

Babele

29

Verso uno scambio comunicativo

Periodico quadrimestrale dell'Associazione Sammarinese degli Psicologi (RSM) Anno VII - n. 29 gennaio-aprile 2005. Pubblicità inferiore al 40% - Stampe - Spedizione in abbonamento postale - Tabella B - Taxe percue (tassa riscossa) - Autorizzazione n. 397 del 15/1/98 della Direzione Gen. P.P.TT. della Repubblica di San Marino ISSN: 1124-4690. In caso di mancato recapito rinviare all'ufficio Postale di Borgo Maggiore - 47893 (RSM) per la restituzione al mittente, che si impegna a pagare la relativa tassa.

ADHD: diffusione reale o immaginaria?

Sindrome ADHD
Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Capisco che un titolo del genere, che mette in dubbio la scientificità di alcuni dati e soprattutto che si pone controcorrente alla spinta diagnostica che sta attraversando l'Italia e il resto del mondo, può sollevare critiche e facili ironie, ma d'altra parte non è possibile seguire ciecamente un andamento che, se lasciato libero, può comportare proposte terapeutiche disastrose per i bambini dato che, così come abbiamo visto in passato, ogni volta che si identifica una problematica che non presenta contorni netti, questa viene confusa con comportamenti che nulla hanno a che fare con la patologia ricercata. Non si tratta di mettere in dubbio l'esistenza di questo disturbo, ma vi sono dei punti interrogativi sulla diffusione e sulle percentuali dichiarate che non sono facilmente accettabili, che per di più sono viepiù aumentate dalla facilità con la quale vengono attribuite patologie nel parlar comune da persone non esperte nel campo. A questo proposito non esistono più i bambini distratti e non interessati ma sono diventati tutti con «deficit attentivo». Non parliamo poi dei bambini agitati, irrequieti, incapaci di aderire a semplici regole sociali, che nella maggior parte dei casi sono semplicemente maleducati, ma viene data loro la definizione di iperattivi. Quel che sembra incredibile è che nessuno si renda conto di quanto siano cambiati i comportamenti nella nostra società e come questi abbiano influito sui bambini. Così, da un lato, affermiamo che non hanno più regole, che gli adulti non sono capaci di educarli, etc. ma poi ci meravigliamo se nelle nostre scuole i bambini presentano comportamenti veramente difficili e complessi che si concretizzano in disturbi di apprendimento, fobie scolari, bullismo, per non parlare dei disturbi dell'alimentazione etc. Per avere una minima idea di quanto siano cambiati i comportamenti è sufficiente pensare che tanti anni fa, quando si sostava nel corridoio di una scuola, ci si accorgeva della presenza o assenza della maestra dal clamore o dal silenzio avvertito nella classe. Ora non è più così. La presenza della maestra

non è più un argine. Urlano tutti in continuazione e contemporaneamente. Le maestre, per ottenere l'attenzione, devono far ricorso a tutta la loro esperienza, ma questo non significa che adesso, anche se urlano e hanno comportamenti vocali esagerati, i bambini presentano la SINDROME DELLO STRILLONE. Ora, per tornare ai dati ufficiali dell'ADHD che indicano la presenza «certa» di un bambino ogni 25, cioè uno per classe scolastica, sono sbalordito e denunciando il mio stupore, qualora fossi smentito dichiarerei contemporaneamente anche una certa incompetenza professionale, perché nella nostra pratica clinica, dove arrivano solo bambini segnalati (che sarebbero in pratica quell'1 ogni 25), noi queste percentuali non le abbiamo mai riscontrate. Anzi, sono veramente pochissimi quelli che si possono diagnosticare con ADHD. Spesso arrivano già con questa diagnosi, ma raramente troviamo riscontri per confermarla. Mi rendo conto che un'affermazione del genere possa essere trascurabile, anche se proviene da chi opera sul campo, comunque non può suscitare grandi cambiamenti. Ma se coloro che lavorano con i bambini facessero sentire di più la loro voce, almeno si porrebbero elementi per far sorgere riflessioni. D'altra parte sono situazioni che abbiamo già vissuto, e mi riferisco alla diagnosi di dislessia che aveva raggiunto addirittura stime ufficiali del 14% e 18%, che ora si sono ridimensionate in modo clamoroso, si è ridotto anche l'aspetto genetico, etc. In questo caso vi è un'aggravante che, oltre alla diagnosi sbagliata con tutte le conseguenze che comporta nella vita di uno studente e nella sua famiglia, vi è anche la somministrazione di farmaci, che non sono neanche leggeri, e somministrati a soggetti che non hanno questa sindrome comportano danni evidenti.

Con questo articolo ho preso in considerazione anche una mia possibile miopia professionale, perché vorrei cercare di dar vita a una riflessione generale negli operatori, in quanto non è giusto che un bambino, a seconda dello specialista che lo segue, subisca diagnosi e cure così diverse e spesso quindi inadeguate.

FEDERICO BIANCHI DI CASTELBIANCO

ISTITUTO DI ORTOFONOLOGIA

AUT. DECRETO G.R.L., ACCREDITATO CON IL S.S.N.

Centro per la diagnosi e terapia dei disturbi della relazione e della comunicazione
Centro di formazione e aggiornamento per operatori socio-sanitari, psicologi e insegnanti

OPERATIVO DAL 1970

Direzione: via Salaria, 30 – 00198 Roma TEL. 06/85.42.038 06/88.40.384 FAX 06/84.13.258
ist.ortofon@flashnet.it - www.ortofonologia.it

ATTIVITÀ CLINICA

Servizio di Diagnosi e Valutazione

- 1ª Visita
- Osservazione globale
 - area cognitiva, linguistica, psicomotoria
 - area affettivo-relazionale
- visite specialistiche
 - psicodiagnosi
- Proposta terapeutica

Presa in carico

Servizio Psicopedagogico

- Logopedia
- Psicomotricità
- Atelier grafo-pittorico
- Atelier della voce
- Laboratorio di attività costruttive
- Laboratorio ritmico-musicale e di educazione uditiva
- Attività espressivo-linguistica (racconto-fiaba)
- Attività espressivo-corporea e drammatizzazione
- Rieducazione foniATRica
- Servizio scuola-collaborazione con gli insegnanti

Servizio di Psicoterapia per l'Infanzia e l'Adolescenza

- Psicoterapia, individuale e di gruppo, con bambini
- Psicoterapia, individuale e di gruppo, con adolescenti
- Counseling e psicoterapia della coppia genitoriale

Riunioni d'equipe e progetto terapeutico

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE

Corso Quadriennale di Specializzazione in Psicoterapia dell'età evolutiva ad indirizzo psicodinamico

Corsi di Psicomotricità

Corsi di formazione per operatori socio-sanitari

Corsi di Aggiornamento per Insegnanti

Seminari Monotematici

ATTIVITÀ DI RICERCA

CONSULENZE PSICOPEDAGOGICHE

PUBBLICAZIONI

ATTIVITÀ CONGRESSUALE

Verifica periodica

Verifica periodica

SCUOLA

FAMIGLIA

PEDIATRA

SERVIZI TERRITORIALI

Babele

EDITORE
Associazione Sammarinese
degli Psicologi (RSM)

DIRETTORE RESPONSABILE
Eva Guidi

AMMINISTRAZIONE
Via Canova 18, 47891 RSM
tel 0549/90.95.18
fax 0549/97.09.19

PER INFORMAZIONI SULLA
PUBBLICITÀ
06/84.24.24.45
Fax 06/85.35.78.40

STAMPA
Arnoldo Mondadori Editore
Via Costarica, 11/13
Pomezia (RM)

TIRATURA
100.000 copie

E-MAIL
babele.news.rsm@flashnet.it

SITO WEB
www.babelenews.net

*I numeri arretrati possono
essere richiesti alla redazione
(è previsto un contributo
per le spese postali)*

CHI VOLESSE SOTTOPORRE
ARTICOLI ALLA RIVISTA PER
EVENTUALI PUBBLICAZIONI
PUÒ INVIARE TESTI ALLA
REDAZIONE
Edizioni Magi srl
Via Bergamo, 7 - 00198 Roma

*Il materiale inviato non viene
comunque restituito e la
pubblicazione degli articoli non
prevede nessuna forma di
retribuzione*

Il presente numero è stato
chiuso nel mese
di aprile 2005

L'immaginale

L'immagine intollerabile

Niel Micklem 4

Filottete: l'isola della malattia e la comunità del malessere

Robert J. Sardello 13

Questioni di psicoterapia dell'età evolutiva

La relazione adulto-bambino tra empatia e intrusività

Magda Di Renzo 19

Riflessioni su alcuni aspetti problematici del setting nella terapia analitica in età evolutiva

Carla Cioffi 25

Magi Informa

32

Counseling per i genitori

«Mamma, ma io cosa vengo a fare in questo posto?»

Maria Luisa Ruffa 37

Il Sufismo come corrente mistica dell'Islam: l'estasi nella danza dei Dervisci

Giuliano Bianchi di Castelbianco 41

Prospettive pediatriche

Bambini in ospedale

Michele Capurso 44

Alimentazione del bambino

Andrea Vania 48

Ha un anno e mangia tutto: è solo fortuna?

Alberto Villani 50

Il bambino, la tonsillite, la multifattorialità

Francesco Macrì 52

Sui farmaci antifumo

On.le Prof. Antonio Guidi 54

Il caso di Terry Schiavo

On.le Prof. Antonio Guidi 55

ISFAR Magazine 56

L'esplicito e l'implicito in psicoterapia

Margherita Spagnuolo Lobb 57

Approccio psicopedagogico ed esperienze cliniche

Disegnare i sentimenti

Eliana Tisci 59

...e vissero felici e contenti

Simonetta Puccilli 63

Il disturbo dell'apprendimento: un approccio psicopedagogico

M. Raffaella Alberigi 69

Riflessioni sul laboratorio fonetico per balbuzienti

Barbara Plescia 72

La terapia psicomotoria: rapporto tra il corpo e i processi psichici

Ilaria Tosi Coletta 76

Calendario Convegni 79

L'immagine intollerabile

Lo sfondo mitico della psicosi

NIEL MICKLEM

Analista junghiano, Londra

l'immaginale, anno 2°, n. 3, ottobre 1984

La maggior parte della gente sa quando è malata. D'altra parte poche persone si avventurerebbero a dare un'opinione sicura riguardo a ciò che si intende per «malattia». È difficile essere precisi rispetto a uno stato morboso, e diventa anche più difficile mano a mano che il campo in espansione della psicologia medica dà, con le sue malattie, un contributo alla gamma di quelle già esistenti. In questo scritto prenderò in considerazione quelle sindromi che si manifestano come malattie psicotiche. Vorrei mostrare come una concezione psicologica della malattia possa gettare luce sulla psicosi: non è un tentativo di definizione, quanto piuttosto un contributo all'argomento da un punto di vista inconsueto per la medicina, un punto di vista della psiche attraverso la prospettiva di ciò che io chiamo l'immagine intollerabile¹.

Quando definiamo qualcosa come intollerabile, impliciamo spesso poco più che una disapprovazione, o una insofferenza verso i fastidi della vita quotidiana. Ciò che realmente la parola significa, tuttavia, potrebbe essere compreso meglio con l'immagine di una tortura, che vada al di là della sopportazione della coscienza; qualcosa che induca un cambiamento nello stato dell'essere, come risulta evidente quando la vittima sviene o muore. Non si tratta qui di un disagio trascurabile, ma di un affetto che è insostenibile. Così, anche per la psiche intollerabile significa insostenibile, al punto tale che un qualche cambiamento s'impone.

MEDUSA: L'IMMAGINE DELLA FISSAZIONE

Vi sono molte immagini psichiche i cui tratti divini, senza riguardo per i più bei sentimenti dell'umanità, sfiorano i confini della sopportazione; ma una in particolare sembra decisamente intollerabile: è Medusa, la più importante delle tre sorelle Gorgoni, la cui espressione naturale è più di ciò che la costituzione umana possa sopportare. Le caratteristiche di questa Dea colpiscono con tale terrore che è impossibile incontrarne gli occhi senza essere immediatamente trasformati in pietra. Una simile devastazione terrificante per un'immagine divina contrasta acutamente con le aspettative di benevolenza e protezione diffuse dall'immagine cristiana. Nonostante l'ammonimento di S. Paolo agli Ebrei, che è cosa terribile cadere nelle mani del Dio vivente, l'affetto della paura non corrisponde più a una realtà psicologica archetipica; per molto tempo la psiche è stata priva degli Dei, ma oggi,

via via che il territorio della psiche viene riconosciuto si afferma una diversa valutazione della paura, di più prossimo ai modi pagani dei primi tempi. La spaventosità propria del divino è una realtà psichica che si rende particolarmente vivida nell'immagine di Medusa.

Nessuno può fronteggiare direttamente il terrore di Medusa senza esserne trasformato. Le caratteristiche di questa immagine appartengono a una patologia considerevolmente più grave di quanto la psicologia abbia finora compreso, perché finora non abbiamo riconosciuto questa immagine nella pienezza del suo significato. Proprio come il termine intollerabile è sottovalutato, quando è riferito a poco più di una secatura, così anche Medusa è sottovalutata e in qualche modo misconosciuta rispetto ai tratti che la rendono davvero insopportabile. L'interesse di Freud per la mitologia lo attrasse precocemente verso Medusa, ma le sue formulazioni furono tanto limitate da essere deludenti; liquidò infatti il motivo con un «decapitare=evirare», e con alcune osservazioni sulla evirazione². Le considerazioni fondate sulla psicologia di Jung, con la sua diversa valutazione della realtà del mito, si sono fermate al tema della strega e alla «lotta con la madre negativa», mettendo in risalto questi come aspetti problematici della femminilità, ma non riuscendo a rendere completa giustizia all'individualità di Medusa³.

Quali sono dunque le caratteristiche di questa Dea arcaica, che la distinguono come un soggetto del terrore tra i molti altri esseri mostruosi delle mitologie del mondo? Quali sono i contrassegni specifici delle sue manifestazioni divine?

La Medusa della mitologia greca appare come una delle manifestazioni trinitarie della Grande Dea⁴. Con le sorelle Gorgoni, Steno ed Euriale, essa vive in un luogo lontanissimo, cui Eschilo si riferisce come alla piana Gorgonica di Cistene, al di là del luogo ove dimorano le Graie⁵. È una terra favolosa e lontana, prossima ai confini del mondo. Esiodo pone le Gorgoni sul limite estremo dell'Oceano, cioè sul lato notturno di questa corrente, al confine stesso del mondo⁶. Si tratta di una terra così distante dagli estremi più occidentali, che nessun raggio solare o lunare può penetrarvi a ridurne l'oscurità. La descrizione dell'estrema distanza e inaccessibilità di questa dimora è alquanto vivida, ed esprime una caratteristica rilevante dell'immagine.

Si dice che Medusa fosse la sola mortale delle tre sorelle⁷, le altre due erano immortali e senza età come le altre Dee. Tutt'e tre sono descritte come figlie di quella coppia sinistra



formata da Cheto, il mostro marino, e Forco, il vecchio canuto del mare. Attraverso questa parentela, Medusa è strettamente collegata alle Erinni e alle Graie, le altre spaventose sorelle che appaiono in gruppi di tre; anch'esse sono figlie di Forco. Sia le Erinni, che sono spiriti della collera e della vendetta, che le Graie, il cui aiuto è necessario a coloro che vogliono trovare le Gorgoni, indossano un abbigliamento nero; la loro pelle è nera e hanno serpenti al posto dei capelli: Eschilo le descrive come esseri senz'ali, nere e nauseanti⁸, trasudano sporcizia dagli occhi e il loro fiato è insopportabile, cosicché né Dio, né uomo o bestia, possono tollerarne la presenza. Le sorelle Graie, inoltre, vivono in una caverna che è d'ingresso alla terra delle Gorgoni, e si spartiscono tra loro un solo occhio e un solo dente⁹.

La passata umanità di Medusa è la caratteristica che la distingue, ciò per cui è la più famosa delle tre sorelle: questa donna dalle «gote meravigliose» giacque una volta con Poseidone, il Dio dai capelli scuri, e incorse in tal modo nel furore di Atena. Rimane incerto se questo furore sorgesse dalla gelosia per la sfida alla sua bellezza, o dallo sdegno per il fatto che l'unione avesse luogo nel tempio di Atena; ma per questo suo presuntuoso comportamento Medusa fu trasformata in un mostro alato dallo sguardo abbacinante, i denti enormi a forma di zanne, la lingua sporgente, gli artigli di bronzo, e con serpenti in luogo dei capelli. In questa forma orrenda, ella dimora addormentata ai confini del mondo.

Quella di Medusa è la più estrema delle esistenze immaginabili, e il sonno eterno – di cui non ci si accorge – è il suo stato naturale. Alcune caratteristiche di questa immagine formano legami associativi tra Medusa e Persefone, essendo fato di entrambe la fuga dal mondo, e la loro bellezza trasformata in terrore. Ognuna di queste due Dee giace con un fratello di Zeus dai capelli scuri; come conseguenza, Persefone vive prigioniera nell'Inferi, e Medusa in un esilio infinitamente lontano. La bellezza di Persefone è sostituita da lineamenti di proporzioni terrificanti; la bellezza di Medusa è mutata per sempre in un aspetto intollerabile, che trasforma istantaneamente in pietra ognuno che la guardi.

La decapitazione di Medusa ad opera di Perseo, di là dai confini degli Inferi, attira la nostra attenzione su una particolare caratteristica dell'immagine: la testa. Questa separazione della testa dal corpo conferma una caratteristica di «incorporeità», già presente nelle descrizioni storiche di Medusa; infatti, prima che vi sia menzione alcuna di Medusa, vi è menzione della sua testa¹⁰. È come se *Medusa fosse proprio la testa* che Atena doveva più tardi portare come egida sul suo scudo; come se fosse, inoltre, la testa che Persefone tiene a portata di mano, da inviare come «gigantesca immagine della paura» incontro a coloro che vorrebbero invadere gli Inferi.

La testa di Medusa è a sua volta dominata dagli occhi abbacinanti, il cui sguardo diretto produce un'immediata fissazione, come un momento fotografico che fa apparire immobile il tempo. Cosa questo possa significare in termini di psicopatologia non è facile da afferrare, perché le reazioni di ogni anima umana sono altrettanto numerose e varie quanto gli aspetti dell'anima stessa. Una difficoltà ulteriore sta nel fatto che le formulazioni della psicopatologia sono sorte per lo più dai dettati della scienza medica, e pertanto non possono sempre rendere giustizia agli stati dell'anima, perché la medicina,

inclusa la psicologia medica, è tuttora legata a una scienza che si serve della dualità di mente e corpo per spiegare le sue scoperte. A questo punto dobbiamo per un momento discostarci dall'immagine intollerabile, e considerare perché la scienza medica fornisca un insoddisfacente punto di vista dal quale comprendere malattia e psicopatologia.

La concessione relativamente recente fatta alla psicologia medica, di riferirsi a una dualità di mente e corpo con i nomi alternativi di psiche e soma, non ha portato alcun fruttuoso cambiamento nel punto di vista tradizionale perché, nonostante la scelta di una terminologia psicologica, si è ancora incapaci di correlare questa coppia come manifestazione significativa dell'anima. Per la psicologia del profondo invece le parole soma e psiche si situano in un contesto differente; non si riferiscono tanto al corpo e alla mente, quanto a una concezione dell'anima vista come area psicosomatica, legata alla materia del corpo da un lato, e al movimento dello spirito dall'altro. È essenziale osservare il campo in questo modo unificato, allo scopo di capire in che modo l'immagine intollerabile possa manifestarsi nella fissazione, perché gli effetti devono essere cercati tanto nel corpo, la cui responsabilità è assunta dalla medicina fisica, quanto nella mente, che è prerogativa della sua collega psicologica. All'interno di un campo psicosomatico, ciò che è intollerabile per la psiche è intollerabile anche per il soma, e questo significa che il campo della medicina psicosomatica si estende probabilmente molto al di là di quanto finora si sia ritenuto. Se siamo capaci di afferrare la realtà di questa concezione, si comprenderà che esiste una psiche del corpo, che avvicina considerevolmente le antiche rivali, le malattie fisiche e quelle mentali; una rivalità che si è sviluppata col tempo e che sfocia nella separazione in padiglioni differenti all'interno dell'ospedale.

Molte cause e molte cure sono state trovate per il formidabile elenco di malattie conosciute in medicina, ma poco si è detto di ciò che costituisce il tempo e il luogo che *fissa la malattia* come entità, rendendola visibile in uno stato di salute del corpo altrimenti invisibile. Cosa possiamo dire di quando il processo psicosomatico del cancro cessa di essere un compagno del corpo che non reca disturbo, e si rivela in un

Centro Sammarinese di Psicologia

Ulisse

Il Centro offre un servizio e uno spazio a cui possono rivolgersi adolescenti, adulti e famiglie desiderosi di confrontarsi e di trovare soluzioni brevi ed efficaci per la gestione di momenti difficili.

- Counseling psicologico
- Psicoterapia per disturbi d'ansia, alimentari e dell'umore
- Interventi specifici per disturbi dell'apprendimento (dislessia, disgrafia, discalculia), disturbi del comportamento (iperattività, oppositività, disattenzione) e della comunicazione

Per informazioni rivolgersi a:

Centro Sammarinese di Psicologia

Via A. Canova, 18 - 47891 Dogana Rep. San Marino

Tel./Fax 0549/908884

Dott.ssa M.C. Baglioni cell. 335/7343136

Dott.ssa Laura Muratori cell. 335/7340520

Dott.ssa M.S. Rampulla cell. 329/3311338

momento di fissazione, entro una certa cellula, come malattia, un neoplasma maligno? Dov'è l'effettiva fissazione in uno stato che coaguli il sangue, per formare una trombosi in un suo vaso? Quand'è che la fissazione dello streptococco in una tonsilla si rivela a un tratto come tonsillite visibile? Ci sono questioni che toccano uno dei limiti indefinibili della vita, e che richiedono un particolare modo di vedere, se vogliamo dare un senso alla malattia.

Fissazione, nel campo della psicopatologia, è stato per lungo tempo un termine familiare. Il termine è attribuito a Freud, che lo concepì per comprendere la dinamica delle psiconevrosi. «Ogni nevrosi contiene una fissazione... ma non ogni fissazione conduce alla nevrosi», egli scrisse¹¹, riferendosi alla fissazione come all'arresto di una pulsione costitutiva della psiche. Per Freud questo significava l'arresto dell'energia sessuale a un particolare stadio dello sviluppo nel corso dell'infanzia. La sua spiegazione della dinamica era tale che l'immagine stessa della fissazione soffriva di una certa fissazione, dato che Freud ne concepiva lo stato in maniera letterale.

Tale immagine, tuttavia, può rivelare molto di più, se non è concepita letteralmente come un fenomeno storico traumatico, e se le è concesso invece di esistere come fissazione nel contesto atemporale dell'archetipo. Il momento fotografico può avere una dimensione viva che parla dell'onnipresente, così come può rappresentare un istante morto nell'album del passato.

FISSAZIONE, DELIRIO E PSICOSI

Freud si servì della «fissazione» per lo più riferendosi alla nevrosi. Ma la fissazione è più agevolmente colta nella psicopatologia della psicosi, dove, specialmente all'inizio, sono date indicazioni di un *terrore* concomitante. Sebbene non sia sempre comunicata con questo terrore, vi è nondimeno una qualità, nel contegno di simili persone, che parla di un drammatico smembramento, in tutta la vasta gamma delle sindromi psicotiche. I quadri che illustrano queste sindromi sono così differenti, che quasi sembrerebbero sottrarsi al filo comune del loro gruppo. Eppure, anche se medicalmente sono più o meno irrelate, sono tuttavia psicologicamente unite, da un lato da ciò che ho chiamato un terrore concomitante, e dall'altro dal delirio.

Un'importante sindrome psicotica, conosciuta attraverso i secoli come paranoia¹², mostra più chiaramente di altre l'affinità delle psicosi; e qui l'ho scelta per poterla considerare più da vicino. Non si tratta di una scelta casuale. Come vedremo, essa si fa largamente preferire in forza della sua età, della sua importanza storica e delle sue particolari caratteristiche. Lo speciale significato della paranoia si trova nel fatto che il delirio è sempre stato riconosciuto come centrale in questa malattia, e che esso, fin dall'antichità, è stato anche ritenuto la caratteristica fondamentale della follia. Possiamo valutare immediatamente il filo storico che la connette ai giorni nostri nei commenti di Cicerone, le cui formulazioni suonano ancora fresche e vere; criticando l'opinione comune della malattia mentale come disturbo dell'apparato senso-percettivo, Cicerone¹³ parlava della paranoia dicendo che la *mente* era la cosa più importante. Portava ad esempio il mito in cui Eracle tra-

figge i figli con le sue frecce scambiandoli per i figli dei nemici: Eracle poteva vedere, ma la sua mente fece un errore; la follia, inviatagli da Era, aveva distorto la sua mente, rendendolo vittima di un delirio.

La paranoia ha continuato ad essere al centro di grandi discussioni, nel corso della sua lunga storia. Oggi non è più riconosciuta da molti come un'entità patologica con i propri diritti; è stata degradata a poco più che un aspetto della sua compagna più giovane, la schizofrenia. Per quelli di noi che ancora riconoscono come malattia la paranoia, essa, dal punto di vista psicologico, è una sistematizzazione di immagini. È essenzialmente un sistema delirante, una struttura di connessioni impeccabili, senza alcuna contraddizione interna. Le funzioni psichiche appaiono inalterate, dato che vi è un adattamento intelligente, una buona e accurata percezione sensoriale, e una capacità critica non ridotta. Tuttavia il sistema di immagini è fondato sul delirio, e la sua logica non è simpatetica, né è effettivamente accettabile per gli altri. Il funzionamento impeccabile di una natura razionale è al servizio del delirio¹⁴.

I soggetti paranoici si trovano in un ambiente che presenta un mondo di nuovi significati; sono presi nel fenomeno del delirio, che dà un significato opposto all'evento ordinario. La paranoia, pertanto, solleva le seguenti domande per la psicologia: qual è il significato del delirio, e quale senso ha il rapporto tra delirio e significato? Come risposta a queste domande, la comune osservazione che il delirio sia un'idea semplicemente sbagliata non è sufficiente; non arriva a toccare l'immaginario archetipico, che sperimenta *come reale* una situazione. La questione della realtà deve essere centrale per lo psicologo. In pratica questa realtà viene incontrata come interpretazione, come *un significato*; così, se il significato è compreso, la realtà ha stabilito la sua presenza¹⁵. Per una comprensione del delirio, è importante avere anche in mente che la realtà influenza la psiche nelle sue profondità, senza riguardo per le categorie di vero e falso.

Questo rapporto tra realtà psichica e significato acquista valore quando abbiamo compreso che il significato è direttamente presente nella memoria e nell'immaginazione. Il significato è contenuto nell'espressione psichica delle immagini archetipiche e, avendo qualità di realtà, è direttamente percepito con i sensi¹⁶. Questo fatto apparentemente ovvio non è così evidentemente semplice quale appare, perché riporta all'intricato fenomeno della percezione. Ci ricorda che nella percezione non c'è soltanto la risposta «causa-effetto» agli stimoli sensoriali; c'è anche una percezione di significato, allorché lo stimolo fisico incontra la psiche ed è trasformato in immagine psichica. È in questo modo che una certa accuratezza, una certa «correttezza» degli stimoli sensoriali può essere afferrata e distinta come realtà tra la massa percepita. La funzione è meglio designata come *appercezione*, che è il processo mediante cui il significato pertinente, e presente in ciò che è percepito, si trasforma in immagine e memoria. Tutto ciò che possiamo dire oggi del delirio è che esso è analogo al vedere il significato, e che è uno *stato archetipicamente affettivo, condizionato da immagine e memoria, che trasforma la ricezione in modo tale che la consapevolezza del significato, e quindi della realtà, ne risulti tratta in inganno*.

Cosa comporta questa digressione su realtà e significato



per l'immagine intollerabile? La risposta si trova nel delirio, e in una comprensione completa dell'importanza per la psicopatologia di questo rilevante fenomeno. Come si è già detto, non è sufficiente considerare il delirio come un'idea erronea o una «falsa credenza». La maggior parte di noi ha familiarità con persone che si alienano dal loro ambiente con la tenace affermazione di una qualche opinione particolare cui esse tengono. Nondimeno, che questa opinione sia accettabile o che sia palesemente errata, queste persone danno l'impressione di essere soggetti sani e con un buon discernimento della loro situazione. Sono ricettivi, aperti al rapporto e ai cambiamenti, anche se ostinati nella loro affermazione.

Come sembra simile, e tuttavia profondamente diverso, tutto questo rispetto al quadro della paranoia! Adesso, infatti, in forma di delirio, l'errore nelle asserzioni si è legato, fissato, con un'incorreggibilità che è centrale alle asserzioni stesse. Per la psichiatria questa è una psicosi; psicologicamente è una follia, vista e sperimentata come un avvenimento profondamente dirompente all'interno della personalità del paziente. *La trasformazione in uno stato di delirio è un momento di fissazione, che è un fattore fondamentale della follia.* Nella paranoia l'affetto del terrore può essere immediatamente riconosciuto in questo momento. Più spesso appare, con minore drammaticità ma con uguale gravità, in ciò che è descritto come atmosfera confusionale¹⁷. L'esperienza è quella di uno stato di cose vagamente misterioso, dove le percezioni sono avvolte in una luce sottile e stranamente incerta; l'ambiente si è trasformato in qualcosa di indefinitamente diverso. Ciò riflette un confronto psichico talmente orrido, da essere intollerabile per la salute, ed espresso in modo mitologico come tanto terrificante, che l'osservatore è trasformato istantaneamente in pietra¹⁸. La trasformazione della personalità è un momento di fissazione in regioni lontane, immagine di un'immobilità concreta e immutabile, come saprà chiunque abbia sperimentato la rigidità immobile, petrigna, del delirio nella psicosi.

La paranoia è ritenuta da molti come sinonimo di delirio, ma non lo è. La sindrome paranoica è semmai una sistematizzazione di immagini all'interno di uno stato di delirio.

In modo simile, sono gli affetti della malinconia e dell'eccitazione, espressi *entro il delirio*, che fanno la psicosi maniaco-depressiva; ed è la molteplicità delle personalità *entro il delirio* che fa la varietà di forme morbose nella schizofrenia. *È il delirio stesso l'essenza della psicosi.* La paranoia, dato che presenta più immediatamente e apertamente lo stato confusionale, ci offre la possibilità di osservare più addentro nella natura del delirio, e nel suo meduseo trafiggimento della psiche.

RIFLESSIONE

Le precedenti osservazioni sulla natura della psicosi sono il risultato dell'analisi di una delle caratteristiche preminenti dell'immagine intollerabile, e precisamente della sua capacità di fissazione. Queste osservazioni troveranno una loro consistenza, unitamente a una più piena comprensione della psicosi, in un'altra caratteristica dell'immagine. Il fenomeno della riflessione si rivela come attività inseparabilmente unita al motivo dell'orrore e della fissazione, ed è pertanto in rapporto immediato con il delirio.

Il confronto tra Perseo e Medusa esprime in modo mitologico l'importanza della riflessione; in questo caso è questione di vita o di morte. Apollodoro racconta come Atena istruì Perseo a non guardare Medusa mentre le si avvicinava, ma ad osservarla solo mediante la riflessione. Per questa prova Atena gli prestò uno scudo molto lucido, in cui conservare riflessa l'immagine della Gorgone, e una spada come un falchetto da mietitore. L'uso dello scudo lucido come riflessione difensiva e il riflesso argenteo del falchetto in attacco gli consentirono, in virtù dello sguardo indiretto, di evitare la fatale trasformazione in pietra. Questa sorta di in-direzione è manifestamente una qualità salutare e una salvaguardia, che pertiene a un vitale mantenersi a distanza dagli Dei.

La riflessione svolge un ruolo indispensabile nel mantenimento della salute e nell'economia psichica; il che non dovrebbe risultare sorprendente, se pensiamo che la riflessione psichica è un comportamento umano *istintivo*. Nella consapevolezza del funzionamento quotidiano, la riflessione –

Istituto Carlo Amore

RICERCA – FORMAZIONE – EDITORIA

Master in PSICOLOGIA SCOLASTICA

nelle sedi di Roma, Milano, Palermo, Bologna

www.educazione.it

Per ulteriori informazioni: Tel. 06 32.80.34.57 – Fax 06 32.80.34.00

E-mail info@educazione.it

come gran parte del nostro comportamento istintivo – è data per scontata. La riflessione suppone che, come in uno specchio, non sia l'oggetto esterno in sé ad essere incontrato, bensì la sua immagine. Nella psicologia della mente, la riflessione descrive la direzione di un processo come «ripiegamento» della consapevolezza conscia quando questa incontra le immagini in un'attività della fantasia. Ma vi è riflessione anche a un livello più profondo della psiche, considerevolmente distante da ogni controllo volontario, ed è un movimento di *in-direzione*. Questo è ciò che Jung chiama l'istinto della riflessione, che egli addita come fattore determinante del comportamento e come una funzione che, per quanto è possibile appurare, è una caratteristica specificamente umana¹⁹. La riflessione, in queste regioni distanti della psiche, è un'attività vitale dell'esistenza psichica, che coinvolge immediatamente il ruolo dell'immaginazione²⁰. Qui è il modello dell'istinto culturale, come quello che consente un certo grado di libertà in luogo di un'azione altrimenti compulsiva.

Ciò che questo significa per il benessere dell'economia psichica è che la testa di Medusa, l'immagine intollerabile, è *l'immagine dell'assenza di riflessione*. Significa anche che «l'assenza di riflessione» è intollerabile per la psiche. Essere messi a confronto in un modo che costringa allo sguardo diretto, significa essere minacciati della perdita della caratteristica più vitale che contraddistingue l'umana dalle altre forme di vita. Inoltre, quando un'area di riflessione è impedita, allora l'immaginazione è corrispondentemente distorta.

L'osservazione secondo cui Medusa è un'immagine che non consente riflessione suona innocua e semplice, e invece parla di un orrore che smembra la personalità in quel modo che si presenta come delirio. Se, come abbiamo in precedenza argomentato, il delirio coinvolge non la funzione di giudizio, ma quella di appercezione, ne consegue allora che la riflessione è direttamente interessata al sano funzionamento dell'appercezione. Il flusso opprimente delle visioni ipnagogiche, che accompagna certe forme di follia, è sintomatica dimostrazione di un disturbo nella connessione di riflessione e appercezione. Le psicosi organiche, indotte artificialmente come reazione alla droga, illustrano a loro volta questo punto:

oppio, LSD e alcool, ad esempio, inabilitano la funzione apperettiva, e determinano una libertà relativamente incontrollata dei fattori psichici sottesi alla percezione sensoriale. L'accuratezza della ricezione in tal modo è distorta, e realtà e significato di conseguenza ne soffrono. Quando l'appercezione è paralizzata artificialmente da agenti *fisici*, essa pervaderà la riflessione *psichica*. E parallelamente possiamo vedere, dai sintomi affini delle psicosi non indotte, che la perdita di riflessione psichica distorce l'appercezione.

La psicopatologia indotta con droghe ci mostra uno spettro che comprende da una parte una fissazione, dall'altra un'alterazione dell'economia psichica, che riduce il corpo a uno stato di «malattia», via via che la droga esercita la sua influenza attraverso la carne. Il riconoscimento di questo processo non è che un'estensione degli ultimi scritti di Jung sulla psicosi. Verso la fine della sua vita, Jung scrisse le sue impressioni sulla natura del coinvolgimento organico nei disturbi psicogeni, in una maniera che abbracciava chiaramente la prospettiva psichica e che non sottovalutava l'influenza di un elemento psichico nella malattia. In questo scritto²¹, egli suggeriva che la schizofrenia (che, come altre sindromi psicotiche, significa una fissazione in uno stato di delirio) è un fenomeno autogeno, concepito come apparizione di una tossina in risposta a un affetto troppo forte. Jung postulava che i cambiamenti fisici e biochimici del corpo sono o concomitanti o risultanti di malattie psicogene. Se sviluppiamo ulteriormente queste connessioni mediante la mitologia di Medusa, veniamo guidati nel regno dei morti.

SONNO, INVISIBILITÀ E INFERI

Cos'altro si può dire circa quel coinvolgimento fisico, che è un confronto con l'immagine di ciò che non ha corpo, e qual è il rapporto tra corpo e psicosi? Queste domande indirizzano l'attenzione al sonno di Medusa e all'invisibilità di Perseo. Questi due motivi situano direttamente l'immagine proprio nel suo ambito, gli Inferi, gli Inferi di Ade.

È chiaro già nel mito che essere invisibile è essenzialmente uno stato di salvezza per Perseo, ed è un fattore di salvaguardia nel suo incontro con la Gorgone. Questa protezione è di vantaggio indiscutibile in imprese come l'uccisione del drago e in simili compiti, ma il significato psicologico non è altrettanto appariscente. L'ovvietà stessa dell'invisibilità è qui un fattore oscurante, che induce a fraintendere questo episodio di Perseo con la Gorgone. Gli stessi psicologi sono responsabili di questo fraintendimento, col cadere nella fascinazione del tema dell'eroe e sopravvalutandone l'importanza. Il pericolo è che, una volta individuato come eroe, il soggetto sia condannato a rimanere soltanto un eroe, nient'altro che un eroe. Vorrei attirare l'attenzione sul fatto che proprio questo episodio della vita di Perseo *non ha niente a che fare con l'eroe*. L'esperienza che ha guadagnato a Perseo tale titolo non fu, come in genere si ritiene, l'incontro con Medusa, bensì l'esperienza col mostro marino, che egli uccise per liberare e ottenere Andromeda. Non stiamo considerando una classica avventura dell'eroe, ma un'impresa che Perseo compì quasi come estensione o strumento dei piani combinati di Atena ed Ermes. Lo scudo e la spada prestati non erano che due articoli dell'equipaggiamento; a questi Ermes aggiunse il *kibisis*, in

WORKSHOP EMDR

Livello I

Torino
17/19 Giugno 2005

Milano
11/13 Novembre 2005

➤ *Attribuiti 18 (diciotto) Crediti Formativi ECM* ◀

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing è uno dei metodi più innovativi a livello psicoterapeutico che può essere integrato nei diversi approcci terapeutici aumentandone l'efficacia. Rivolto inizialmente al Disturbo Post-Traumatico da Stress, attualmente è ampiamente utilizzato nel trattamento di varie patologie e disturbi.

*Il workshop è rivolto a psicoterapeuti.
Il certificato rilasciato dall'EMDR Institute, Inc. abilita
alla sua applicazione clinica*

Per informazioni: Dott.ssa Isabel Fernandez
Tel.Fax 0362/55.88.79 – 338/34.70.210
e-mail: isabelf@tin.it www.emdritalia.it



cui nascondere e portare la testa di Medusa, che qualche tempo prima aveva dato ad Ade.

L'elemento ermetico presente nell'immagine intollerabile è considerevole. C'è da chiedersi se i sandali non fossero gli stessi che l'astuto ladro di bestiame si fece per portare a termine il suo percorso tortuoso²². La tortuosità ermetica si manifesta qui nella fuga che, in un certo modo, è essenziale all'incontro con Medusa; è ben più che un battere in ritirata. Parimenti, l'invisibilità è molto più che lo strumento protettivo dell'eroe; il significato psicologico di questo motivo si trova nel modo in cui Ermete ci indirizza verso Ade mediante il dono dell'elmo. Questo contenuto è un retaggio della lunga tradizione secondo cui *lo stato di salute della psiche è quello invisibile*. Il viaggio che Perseo fece verso la terra delle Gorgoni significa che egli non solo si mosse a grandi distanze, ma dirigendosi verso il basso. Non vi fu alcuna ascensione verso le estasi eroiche, bensì un viaggio in direzione della psiche, e che dunque, come la psiche, parla e si definisce in termini di profondità. Una descrizione simile, ci sia permesso di notare, non è di quelle che vanno dietro qualche idea di recente invenzione nella psicologia del profondo, ma è un'antica affermazione, che data almeno dai tempi di Eraclito, al quale è dovuta la considerazione che la profondità è la direzione, la qualità e la dimensione della psiche²³. Ade, il vero possessore dell'elmo, è tanto il Dio delle profondità che degli invisibili sepolti al di sotto dell'apparenza visibile della terra. Indossando l'elmo, Perseo si muove dalle esperienze terrestri visibili alle esperienze invisibili proprie degli Inferi: ai confini estremi di questo regno, egli trovò Medusa nel sonno, ed era preparato ai pericoli insiti nella sua natura²⁴.

Come l'invisibilità, il sonno è una via alla morte, perché implica un viaggio che distacca dalla vita e dalle rappresentazioni letterali delle esperienze della veglia. Entrambi questi stati, nelle loro rispettive rappresentazioni, esprimono la stessa qualità sotterranea della morte, ma in un senso che non tocca tanto i caratteri definitivi della tomba, quanto le qualità atemporali e aspatiali del regno di Ade, laddove le immagini sono nascoste²⁵. Abbiamo bisogno di ricordare queste qualità vitali, perché la terra deserta e desolata delle Gorgoni è in luoghi assai simili a un cimitero. A tale enorme distanza, oltre il sole, la luna e l'oceano, dove non v'è alcuna luce di riflessione, Perseo arrivò sulle immagini pietrificate di uomini e bestie; e trovò una scena che può essere adeguatamente descritta come una fantasia cimiteriale, in cui i cadaveri sono stati assimilati alle statue dei defunti. Era davvero una terra del sonno eterno, tutt'intorno a Medusa dormiente.

Il profondo scorre come un filo attraverso questa immagine, unendo le sue varie componenti. La forza dell'immagine intollerabile e le lugubri associazioni che essa convoglia sull'estremo confine della psiche, ne fanno un esempio sorprendentemente valido di ciò che significa profondo in psicologia, e del perché ne è così spesso evitata l'esperienza. Sperimentare la psiche può essere spaventoso. Questa esperienza non deve essere confusa con quei voli in alte fantasie, erroneamente assunti come psicologici. La fantasia è un'attività dello spirito che resta lassù nel suo regno, a meno che non venga ancorata alla realtà archetipica della psiche. Il sonno, come la psiche, si definisce in termini di profondità. Esso denota il viaggio verso il basso di una consapevolezza che muta, e in cui

la prima pietra miliare è l'apparizione della cecità. Il sonno è un'*invisione*, un tipo «funzionale» di cecità, che è il lato simmetrico dell'invisibilità. Perseo si servì dei doni della tortuosità divina con le Graie, per estorcere loro la conoscenza sul modo di raggiungere le Gorgoni. Viene detto in che modo le sorelle rimanevano a turno di guardia, non disponendo che di un occhio solo fra tutt'e tre. (Quest'organo è d'importanza centrale nel mito, e vedremo che esso è strettamente collegato con l'occhio di pietra di Medusa sullo sfondo). Quando il turno di guardia cambiava, e il singolo occhio passava dall'una all'altra, le sorelle erano in quel determinato momento cieche, come in uno stato di sonno. Perseo, già reso invisibile dall'elmo, aspettò il momento di strappare l'occhio dalle loro mani, rifiutandosi di restituirlo finché esse non gli avessero rivelato la strada verso Medusa. In un'altra versione della storia, il medesimo motivo è espresso diversamente, in quanto Perseo doveva impossessarsi di questo occhio prima di trovare l'elmo dell'invisibilità di Ade; e non è certo che dopo di ciò abbia restituito alle Graie la vista – altre versioni infatti dicono che gettò l'occhio nel lago Tritonis, quando fuggì via²⁶.

C'è sempre stata una grande ricchezza di associazioni nel mettere insieme sonno, sogno e follia²⁷. Alcuni psicologi considerano il sogno come originato dalla rimozione di contenuti emozionali, e come tale appartenente solo alla patologia della psiche. Questa dubitabile affermazione circa il sogno, unita poi al vago riferimento al sogno come a una «psicosi nel sonno», non rappresenta fedelmente lo stato psicotico. Certe volte la somiglianza tra sogno e psicosi è stupefacente, ma l'osservazione che li identifica l'uno all'altra è imprecisa. Un sogno non è una psicosi; nei sogni infatti, l'istinto riflessivo e la funzione appercettiva assolvono al loro compito. Molto prossimo alla psicosi, tuttavia, è il sintomo dell'assenza di sonno, quale appare nella malattia che rivendica il nome di insonnia. Qui c'è un'evidente prova di un rapporto con la follia. Più di cent'anni fa, un medico americano che si prendeva cura di malati mentali osservava che «è così raro vedere un caso iniziale di follia che non sia preceduto da una mancanza di sonno, che consideriamo ciò un precursore quasi sicuro del disturbo mentale»²⁸. La sua osservazione rimane vera anche oggi, in tutti i tipi di società e di cultura.

Cos'è l'insonnia? È solo la mancanza di sonno, come insistono a dire coloro che ne soffrono? I pensieri della veglia, a dispetto delle dichiarazioni contrarie, non sono facili da distinguere da quelli del sonno, dato che tra i due stati c'è una somiglianza più pronunciata di quanto generalmente si sospetti²⁹. Persone intelligenti e sensibili assicureranno di non aver chiuso occhio per tutta la notte, nonostante che le tracce pettegole dell'elettroencefalogramma mostrino lunghi periodi di ritmi ipnici. L'insonnia riflette un inganno simile. È sia un sintomo di paura – che a volte raggiunge il panico – e una sensazione di stato vigile, che una vera e propria assenza di sonno. Questo terrore è la base archetipica dell'insonnia, ed è affine a quello della follia.

Possiamo cogliere l'affinità tra insonnia e psicosi dando un'occhiata alle somiglianze nelle storie di Medusa e di Lamia. Di Lamia si dice che fosse un tempo una bellissima regina di Libia³⁰. Quale amante di Zeus, scatenò la gelosia e il rancore di Era, che per vendetta fece morire ogni bambino nato dalla loro unione. Tramite questo tormento, Lamia fu

ridotta lentamente a una bruttezza mostruosa; nella sua invidia rubava e uccideva bambini, facendoli a pezzi e divorandoli: sempre più mostruosa, diventò alla fine una bestia, e andò a vivere in una caverna. Era, colei che invia la follia, ridusse Lamia allo stato di bestialità, e oltre a ciò la torturò con l'insonnia. Zeus allora ebbe pietà della sua terribile condizione, e accordò a Lamia il potere di rimuovere i suoi occhi, che ella deponeva in una cesta quando voleva dormire.

Sia Lamia che Medusa furono trasformate in mostri, ed entrambe persero il potere della visione riflessiva quando persero la forma umana e il corpo umano; infatti, come abbiamo visto, quando il rapporto appercettivo col mondo è smembrato, l'assenza di riflessione può trafiggere la psiche nello stato delirante psicotico.

ATENA-ERMES E LA GUARIGIONE

Il modo in cui Perseo tratta Medusa è un modo di trattare la psicopatologia. Se teniamo presente che questo non è il racconto classico dell'eroe, così come viene spesso concepito, bensì un'impresa ermetica, vedremo che il racconto parla della guarigione in un modo che non richiama immediatamente (anche se non la nega) l'immagine di Asclepio, il guaritore interiore al paziente³¹. Il mito di Perseo parla della guarigione nell'anima sotto la guida remota di un'immagine di Atena-Ermes. C'è un racconto mitologico che differenzia questi due aspetti della guarigione; esso dice come Atena diede ad Asclepio due fiale del sangue sgorgato dalla Medusa, dopo che la testa ne era stata staccata: una di queste fiale, riempita col sangue del lato sinistro, faceva risuscitare i morti; l'altra, col sangue del lato destro, portava la distruzione istantanea.

Notiamo che nessuna di queste due reazioni si riferisce alla guarigione del malato, secondo la concezione asclepica della guarigione. Questa parla semmai della malattia come espressione di quella lontana distruzione, e i cui movimenti di guarigione sono simili al risuscitare dei morti; Asclepio ci ricorda che la malattia non deve essere confusa con la morte, anche se essa ha luogo proprio in quei confini crepuscolari. Appunto per questa ragione i morenti non venivano ammessi nel tempio di Epidauro, e lo stesso Asclepio fu annichilito da un fulmine di Zeus per aver interferito con questioni al di fuori della sua sfera, allorché tentò di risuscitare i morti. La malattia, ci dice Asclepio, non è proprio la morte. Atena ci dice invece che la natura della malattia nella psicosi – le sue origini nell'immagine intollerabile, in Medusa – è simile al rapporto con la morte; e come nel caso della morte, abbiamo ben poco da dire circa il tempo della sua apparizione e le aspettative per la sua cura. In altre parole, la psicosi, e quindi il suo terrore, ha a che fare meno con la malattia e più con la morte.

La questione è allora: cosa intendiamo dire con guarigione mediante Atena-Ermes, che riscatta, o condanna al mondo dei morti? Mitologicamente Atena si trova così vicina a Medusa, che a sua disposizione c'è un'intima attività cooperante di distruzione e di creatività³²; e porta per questo sulla sua egida la testa di Medusa.

Il dono terapeutico di questa Dea guerriera, esperta anche nelle arti della pace, è la sua prudente intelligenza, che si

rivela nella riflessione. È un *combattimento nella riflessione*, che è d'importanza centrale nell'affrontare la psicopatologia della psicosi: è questa la saggezza guaritrice di Atena, contenuta nella spada e nello scudo che ha prestato³³.

Ma la saggezza di Atena necessita della cooperazione di Ermes, onde facilitare la riflessione. Nessun psicologo è stato più sensibile di Jung all'importanza di Ermes nella psiche. Questa immagine fu di grande rilevanza nella sua vita, e furono numerosi gli scritti di Jung su Ermes-Mercurio. La considerevole importanza psicologica che egli colse in questo tema, lo indusse in un saggio a riferirsi ad Ermes come all'archetipo dell'inconscio³⁴. Un'altra opera è dedicata all'esplorazione dei molti aspetti di Mercurio come guaritore³⁵. Qui Jung si riferisce a Mercurio come alla «misteriosa sostanza psichica... che definiamo la psiche inconscia». Anche tutte le note caratteristiche di Ermes devono essere trovate nel racconto di Perseo e nel suo incontro con Medusa; ma qui, in cooperazione con Atena, l'accento è su un'immagine particolare, che menziona specificamente la presenza ermetica nel *kibisis*, nei sandali e nell'elmo dell'invisibilità. Il *kibisis* in questo contesto è il contenitore ermetico della testa spaventosa. Per lo psicoterapeuta ciò rimanda al confronto immediato con il delirio reale, e a come esso possa essere contenuto. Avere a che fare con il delirio significa in primo luogo prenderlo su di sé e vivere con esso, e in certi periodi di minaccia perfino usarne apparentemente gli effetti. Questa grave patologia non deve essere «uccisa», né sradicata o trasformata, bensì isolata e vissuta nascostamente.

Guarigione attraverso la psiche ermetica, della quale Perseo costituisce qui il modello, indica la tortuosità, l'imbroglione e il furto che Ermes escogita coi suoi sandali³⁶: per il terapeuta questo è più che il furto superficiale che ci facciamo reciprocamente nei colloqui del lavoro terapeutico; è il furto che Ermes fa per noi dai suoi incontri archetipici, i complessi, le immagini incontrate nel suo viaggio verso il profondo, guidato dall'elmo dell'invisibilità. Ciò viene spesso chiamato regressione; ma si deve fare attenzione a non interpretarlo erroneamente come qualcosa di diverso da un'indicazione della direzione che ha il flusso dell'energia psichica: non è «regressione», come viaggio che dobbiamo intraprendere noi, ma un viaggio che fa per noi Perseo. Come ladro ermetico e messaggero ermetico, egli stacca la testa dai suoi lontani ormezzi e, regalandola ad Atena, contribuisce a riunire quell'aspetto orrido alla bellezza, come una possibilità duale in un'unica immagine.

Ciò che questo significa in terapia è un'esperienza umiliante: l'estrema distanza dell'incontro di Perseo su, se non proprio sopra, i confini della psiche, ci ricorda che molte delle modalità e degli sforzi eroici, degli insegnamenti e delle aspettative psicologiche, sono molto limitati: anche ammesso che siano di qualche aiuto nel trattamento delle psicosi. Una psicosi può fare la sua apparizione, a dispetto di tutte le nostre precauzioni manipolatrici; parimenti, può scomparire a seguito della nostra opera – ma può anche non scomparire. Talvolta è visibile una cicatrice psichica, e talvolta non lo è. La scena della trasformazione è al di là del limite d'influenza diretta, oltre i confini presunti da gran parte della pratica psicologica. Dato che la natura della psicosi è poco compresa, è facile per gli incauti oltrepassare questi confini. La psi-



così non è semplicemente una grave forma di nevrosi, come amiamo sovente ritenere; e ancor meno dei disordini nevrotici, può essere considerata una specie di compensazione, un qualche tentativo vago e sconnesso della psiche di trasformarsi. Il ruolo che la psicosi svolge nei disegni della personalità non può essere spiegato con tanta semplicità. È dubbio che senza l'aiuto di un agente fisico noi terapeuti si possa indurla o curarla. Questa è una condizione scoraggiante per il terapeuta ambizioso, dato che essa, più delle altre patologie, si deve accettare così com'è, si deve viverci e adattarsi, tanto da parte del paziente che del terapeuta, perché l'influenza terapeutica può raggiungere il suo centro solo indirettamente, alla lunga e nell'oscurità.

Queste osservazioni sulla terapia possono suonare pessimistiche e disfattistiche, ma non comportano che non si possa dare aiuto quando di aiuto c'è bisogno. Anzi, è proprio in questo caso che le modalità sagge e tortuose di Atena e di Ermete costituiscono quella in-direzione che tocca le trasformazioni nel profondo. La in-direzione è la caratteristica che in psicoterapia ci consente di vedere che non serve a niente insistere sulla psicosi. Un approccio diretto, che insista nel curare la psicopatologia, è destinato a fallire. Nonostante tutte le abili strategie dei terapeuti coi loro pazienti, sappiamo che la psicologia incontra realmente la malattia nei movimenti lontani e profondissimi del transfert, in un modo che Jung ci ha comunicato mediante le immagini alchemiche di Ermete-Mercurio³⁷. La materia familiare della terapia, gli incontri emozionali, le discussioni di sogni, che possono favorire il coinvolgimento nel trattamento dell'individuo, sono tutti calore per il vaso alchemico, e costituiscono la responsabilità terapeutica.

Nella psicosi, tuttavia, c'è un'ulteriore responsabilità, dovuta al coinvolgimento del corpo come luogo della fissazione immota. Per far fronte a questa responsabilità ci sono molti metodi di approccio fisico, nei quali la moderna preparazione di psicofarmaci deve rivendicare l'onore di un posto. Non è qui il caso di addentrarsi ulteriormente sull'uso dei farmaci, oltre all'aver attirato l'attenzione sul loro innegabile

contributo terapeutico nel facilitare l'accessibilità psichica. Né le tecniche psicologiche, né i vari tipi di farmaci, prescritti nel trattamento della psicosi, sono in quanto tali rimedi specifici; entrambi, però, possono avere per simili casi un valore terapeutico di importanza centrale. Il valore di questi strumenti si trova nell'amministrarli in quanto corrispondono a un'esigenza generale dell'anima dell'individuo, anziché come un tentativo di curare la psicosi in modo sintomatico. Questo approccio terapeutico riconosce il processo cui Jung ha dato il nome di individuazione, quel processo proprio della vita che continua, sia o no presente la psicosi.

Allora permaniamo nel terrore di quell'immagine che altera la personalità, così lontana dal controllo conscio, ed accettiamo con umiltà il ruolo dell'intollerabile nell'individuazione.

(Traduzione di Mauro Bonacci)

NOTE

¹ Ho ripreso il termine di «immagine intollerabile» da Lopez-Pedraza, che lo deve al suo amico, il poeta José Lesame Lima. È un'espressione poetica e appropriata di una certa esperienza psichica anche se è probabile che nel mio scritto il termine non sia impiegato esattamente nella maniera che originariamente intendeva Lopez-Pedraza: ho infatti ristretto il campo della sua rappresentazione, e ho attribuito un significato più preciso all'immagine.

² S. Freud, (1922) «La testa di Medusa», in *Opere*, vol. 9, p. 415. Per altri scritti psicoanalitici su questo tema mitologico, vedi S. Ferenczi, «Zur Symbolik des Medusenhauptes», in *Int. Z für Psychoanal.*, 1923; J.M. Schnek, «A Hypnoanalytic Note on a Medusa's Head Dream», in *J. Nerv. Ment Diseases*, 131, 1960, pp. 80-88.

³ Vedi A. Dykes, *Medusa's Influent Today*, C.G. Jung Institut, Zurich (stampato privatamente). È una dissertazione psicologica ampia e ben documentata sul mito della Gorgone in rapporto a un caso clinico. Vedi anche L. Stein e M. Alexander, *Loathsome Women*, London, Weidenfeld & Nicholson, 1959.

⁴ Per la mitologia di Medusa, con riferimenti alla letteratura classi-

I.I.F.A.B. - ISTITUTO ITALIANO DI FORMAZIONE IN ANALISI BIOENERGETICA

VIA ANNA FAUSTINA, 9 - 00153 ROMA

Riconosciuto dal M.I.U.R.
(D.M. 20/03/1998)

Affiliato all' I.I.B.A.
*Istituto Internazionale di
Analisi Bioenergetica*
Fondatore:
Alexander Lowen

Direttore responsabile:
Dr. Giuseppe Carzodda

Per informazioni:
Tel. 065741595

E-mail:

info@analisibioenergetica.it

Corso Quadriennale di Formazione in Analisi Bioenergetica

per Medici e Psicologi

- Titolo: Diploma di Psicoterapeuta
- Costo annuo: 2.600 Euro.
- Ammissione: entro il 20/12/2005
- Inizio e sede: gen. 2006 - Roma

Corso Triennale in Counseling Psicocorporeo

- Titolo: Counselor ad orientamento psicocorporeo - Livello base
- Costo annuo: 1.500 Euro + IVA.
- Ammissione: entro il 30/09/2005
- Inizio e sede: dic. 2005 - Roma

L'Istituto organizza inoltre:

- ✓ Corsi annuali (ECM) e Master biennali per psicoterapeuti
- ✓ Corsi per conduttori di "Classi di Esercizi"
- ✓ Corsi per conduttori di Training Autogeno
- ✓ Corsi di Comunicazione interpersonale

Informazioni aggiornate sulle attività e servizi per gli utenti sul sito:

WWW.ANALISIBIOENERGETICA.IT
con *Forum di discussione*

ca, vedi Kerényi C. *Gli De e gli eroi della Grecia*, Milano, Il Saggiatore, 1963, vol. 2.

⁵ Eschilo, *Prometeo incatenato*, pp. 792-809.

⁶ Esiodo, *Teogonia*, p. 275.

⁷ *Ibidem*, p. 277.

⁸ Eschilo, *Eumenidi*, p. 50.

⁹ Eschilo, *Prometeo incatenato*, p. 792.

¹⁰ J.E. Harrison, *Prolegomena to the Study of Greek Religion*, Cambridge, 1903, p. 438.

¹¹ S. Freud, (1915/17) «Introduzione alla psicoanalisi», in *Opere*, vol. 8, p. 438.

¹² La paranoia è menzionata negli scritti di Ippocrate, del IV sec. a.C.: insieme all'isteria, all'epilessia e alla mania, faceva parte della sua classificazione quadripartita delle malattie mentali.

¹³ Cicerone, *Tuscolane*, III.

¹⁴ In questo quadro, la psichiatria riconosce attivi altri fattori ambientali e costituzionali, e concepisce una personalità sensibile e sospettosa, facilmente suscettibile alla gelosia e di natura ambiziosa. Coloro che ne soffrono sono per lo più persone fatue ed egoiste, e tuttavia timide, sognanti e poco pratiche. Specialmente a partire dall'opera di Freud, l'omosessualità ha finito con l'essere strettamente associata a questa malattia. Vedi S. Freud, (1911) «Osserva-

zioni psicoanalitiche su un caso di paranoia descritto autobiograficamente», in *Opere*, vol. 6; (1915) «Comunicazione di un caso di paranoia in contrasto con la teoria psicoanalitica», in *Opere*, vol. 8.

¹⁵ Jung ha espresso ciò semplicemente e tuttavia profondamente, dicendo che la realtà opera nell'anima umana («Wirklichkeit... Wirkt»). Vedi la lettera del 23 aprile 1952, in *C.G. Jung Letters*, London, Routledge & Kegan Paul, 1976, vol. 2, p. 54.

¹⁶ È percepito perfino più direttamente tramite la funzione dell'intuizione.

¹⁷ K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, Roma, Il «Pensiero Scientifico», 1965.

¹⁸ È interessante notare un suggerimento dello stesso motivo quando Teseo nel Tartaro prese la Sedia dell'Oblio ed immediatamente la sua carne divenne tutt'uno con la roccia su cui sedeva. Fu liberato, non senza qualche mutilazione di sé, da Eracle.

¹⁹ C.G. Jung, (1936) «Determinanti psicologiche del comportamento umano», in *Opere*, vol. 8, pp. 135 s.

²⁰ Per una valutazione psicologica della riflessione, vedi J. Hillman *Re-visione della psicologia*, Milano, Adelphi, 1983, specialmente le pp. 14 s, 208 s, 236.

²¹ C.G. Jung, (1957) «La schizofrenia», in *Opere*, vol. 3, pp. 284 ss. «Inno a Hermes», in *Inni omerici*, Milano, Mondadori, 1975.

²² B. Snell, *The Discovery of the Mind*, New York, Harper Torchbook, 1960, p. 17 (tr. it. *La cultura greca e le origini del pensiero europeo*, Torino, 1963).

²⁴ Anche Paracelso era consapevole dell'importanza dell'invisibilità. Egli vedeva, nella cornice macrocosmo-microcosmo, come il *Lumen Naturae* si manifesti negli uomini attraverso il Corpo Astrale. Originariamente tra le stelle del macrocosmo, l'Astra è tuttavia la sostanza stessa della psiche, il luogo dell'immaginazione. Paracelso parlava dell'Ens *Spiritualis* della malattia all'interno del macrocosmo visibile, e del modo in cui esso è riflesso nell'immaginazione invisibile del microcosmo, dove conserva lo stato di salute. Un'intrusione dell'Ens nel microcosmo invisibile lo rende visibile nella malattia. Vedi F. Hartman, *Paracelsus. Life and Prophecies*. Steiner Publi, Blaucelt; C.G. Jung, *CW*, vol. 15, par. 394.

²⁵ J. Hillman, *Il sogno e il mondo infero*, Milano, Edizioni di Comunità, 1984.

²⁶ C. Kerényi, *op. cit.*

²⁷ Dopo la cecità, il viaggio del sonno verso il basso continua attraverso i vari stadi della coscienza dormiente, che periodicamente dà vita a un episodio REM (*rapid eyeball movement*). Questo è il sonno dei sogni, in cui è una risposta emozionale di partecipazione corporea, con reazioni neurovegetative, come una pulsazione accelerata e una respirazione accresciuta. Non è esclusivamente il sonno REM lo stato della coscienza in cui il sogno fa la sua comparsa; è, tuttavia, uno stato speciale del coinvolgimento corporeo, che appare nell'attività onirica.

²⁸ Citato da C.G. Luce e J. Segal, *Abnormal Sleep*, London, Heinemann, 1967.

²⁹ M. Bertine, «Sleep: awake. Differentiation in a Development Context», in *Sleep 1974*, Basel, Karger, 1975.

³⁰ Da Diodoro: vedi K. Kerényi, *op. cit.*

³¹ C. Kerényi, *Asklepios: Archetypal Image of the Physician's Existence*, New York, Bollingen Foundation, 1954.

³² Ci sono racconti sulla rivalità in bellezza fra le due Dee; altri ancora in cui proprio Atena uccide la Medusa.

³³ Ci sono, naturalmente, molte altre caratteristiche di Atena; qui si fa menzione solo di quelle che pertengono all'immagine intollerabile.

³⁴ C.G. Jung, *CW*, vol. 13, par. 299.

³⁵ C.G. Jung, «La psicologia della traslazione» (1946), in *Opere*, vol. 16.

³⁶ Per un'importante opera su Hermes, vedi R. Lopez-Pedraza, *Hermes e i suoi figli*, Milano, Edizioni di Comunità, 1983. Questo libro è realmente psicologico nel suo approccio, ed è un notevole contributo alla psicoterapia, per i molti aspetti della terapia che riscatta dall'oscurità.

³⁷ C.G. Jung, (1946) «La psicologia della traslazione», *op. cit.*



Logos

SVILUPPI
DELLE RISORSE
UMANE

Direttore Dott. V. Neri

PROGRAMMA CORSI

- **Corso Biennale per il Diploma di Mediatore Sistemico Familiare e Sociale (320 ore)**
Accreditato dall'A.I.M.S. (Associazione Internazionali Mediatori Sistemici) e dal Forum Europeo (Formazione e Ricerca in Mediazione Familiare)
- **Corso Biennale di Counselling a Orientamento Sistemico-Relazionale (450 ore)**
(Diploma di Counsellor di Base) accreditato dal CNCP (Coordinamento Nazionale Counsellor Professionisti)
- **Corso di Specializzazione sulla Consulenza Tecnica e la Perizia Psicologica in Ambito Minorile (80 ore)**

INIZIO CORSI: OTTOBRE 2005

NUOVE INIZIATIVE PER L'AUTUNNO 2005

MASTER

Master in Mediazione Sociale e Comunitaria (450 ore)
Rivolto a coordinatori e dirigenti dei servizi del Privato Sociale e del Terzo Settore

Master nei processi formativi (300 ore)
Rivolto ai tutors e referenti di Istituti scolastici ed enti di formazione professionale

Workshop didattico-esperenziale (2 giornate)
in collaborazione con
Istituto Modelli di Comunicazione, Milano

LEGAMI
Individuo e famiglia tra appartenenza e autonomia
Trainer: Dott. Vittorio Neri

PER I CORSI E I MASTER SONO PREVISTI FINANZIAMENTI PUBBLICI

Per informazioni sui programmi e iscrizioni ai corsi telefonare alla segreteria di LOGOS tutti i giorni dalle 15 alle 19 (escluso sabato)
Via F. Pozzo, 19/3 - 16145 Genova tel./fax 010/31.31.86
e-mail: logosvit@katamail.com sito web: <http://www.logos.ge.it>

Filottete: l'isola della malattia e la comunità del malessere

ROBERT J. SARDELLO

Analista junghiano, membro del Dallas Institute of Humanities
e co-direttore del School of Spiritual Psychology, Greensboro, N.C., USA

l'immaginale, anno 2°, n. 2, aprile 1984

La zona di confine che separa la vita della psiche dalla vita della vita, è il terreno in cui si trova spesso a operare la psicologia immaginale, attenta all'intrecciarsi di mito e tempo, di luoghi della psiche e oggetti dell'esperienza. È un'opera che s'incentra su quello stupendo senso di confusione – la «coscienza interiore», lo chiama Charles Olson – fra cose reali e cose immaginali. Essa non sa dire con precisione dove l'immaginale e il reale si separino, e poco si preoccupa di simili distinzioni epistemologiche. C'è forse un'altra via che porti all'anima del mondo? Alla profondità delle cose che realmente accadono? Al carattere drammatico dell'anima di una cultura?

Per la psicologia immaginale, quello che conta è il mondo che abitiamo realmente. Le cose animate della nostra esperienza, quelle che condividono le nostre vite, stanno per spegnersi.

Se, da un lato, il mondo accademico sta diventando sempre più soggetto a un linguaggio concettuale e astratto, e alla ricerca di un'applicazione dell'astratto ai bisogni immediati della civiltà, dall'altro l'energia reale della civiltà è governata dall'azione, dalla praticità e dalla capacità decisionale. Mentre si accumulano conoscenze, e la civiltà si sviluppa sempre più rapidamente, la qualità della vita si va deteriorando con un ritmo impressionante. Il progetto umano non può essere una questione di speculazione astratta, né di azione alla cieca. Quel che sappiamo e quel che facciamo non possono restare separati, se la nostra vita deve perpetuare un senso di valore.

È grazie al tessuto di invisibili presenze intrecciate alle cose del mondo, che il corpo del mondo è dotato di valore. La civiltà volta le spalle all'anima del mondo, e voracemente usa il potere e l'energia di quell'anima per costruire un mondo efficiente e produttivo. Una psicologia immaginale non può prescindere da quel mondo brutale: è l'unico mondo che abbiamo. Se lo guardiamo con attenzione, dall'angolo visuale dell'occhio e non della fronte, i frammenti incantati, raccapricciati, avvincenti, magici, scabrosi, sfuggenti, scintillanti dell'anima si mostrano in trasparenza – ed è in questo modo che la civiltà chiede di essere rimembrata. Rimembrare

l'anima del mondo serve ad approfondire gli eventi della civiltà, facendone un'esperienza comunitaria di cultura.

La medicina è uno degli eventi su cui il progetto della volontà umana, separata dall'anima del mondo, ha lasciato segni profondi. È un luogo dove il corpo dell'anima è in frantumi, e spera di essere ri-membrato. Un ri-membrarsi del corpo dell'anima può dare sostanza e corporeità, tangibilità e tatto, e dotare di valore incarnante una civiltà astratta. Il tessuto, la densità e la sensualità – il corpo della vita comunitaria della cultura – sono diventati le nostre malattie.

Malattia e sofferenza spesso irrompono all'improvviso, inaspettatamente, nella vita. La comprensione delle cause non dà mai conto di cosa fa sì che una malattia colpisca una persona piuttosto che un'altra. E ci sono casi in cui la malattia colpisce una persona e la strappa via dalla sua comunità.

Filottete, durante il viaggio verso Troia con Agamennone e Menelao, scese dalla nave sulla minuscola isola di Crise, per offrire sacrifici al Dio del luogo. Mentre saliva verso il santuario, fu morso a un piede da una vipera; un morso che subito s'infettò – nero e purulento, fu presto una piaga sanguinante e distruttrice. Pus e putredine attiravano i vermi sulla ferita, riempiendo l'aria di un fetore nauseante, che nessuno poteva sopportare. I suoi compagni, disgustati dall'aspetto e dalle esalazioni della ferita, portarono via dall'isola Filottete e lo abbandonarono su un'isola deserta, Lemmo. Non c'era niente, su quell'isola – né alberi, né piante, né animali – solo terra arida e dirupi di roccia. Filottete non avrebbe potuto sopravvivere, se non avesse avuto l'arco e le frecce che Eracle gli aveva donato. Da Apollo Eracle aveva avuto l'arco e, alla sua morte, l'aveva donato a Filottete, per il servizio che lui gli aveva reso, accendendo la sua pira funeraria. Era uno strumento non comune, quell'arco: tale era la sua precisione, che non una volta falliva il bersaglio. Sebbene fossero ben pochi gli uccelli che sorvolavano l'isola, Filottete non sbagliava mai un colpo, e riusciva così a sopravvivere, anche se a malapena.

Per dieci anni non ci fu altro, in quell'isola di malattia, che Filottete, il suo piede verminoso che mai guariva, e un uccel-

lo morto – da mangiare di quando in quando. Pieno di amarezza e di rabbia, isolato e solo, Filottete rinunciò a confidare negli uomini e negli Dei, senza distinzione: «Per quanto scruttassi, altra presenza non trovavo che l'angoscia – questa, in abbondanza (...)»².

Poi, un giorno, una nave arriva al lido. Due figure ne escono, e discendono sull'isola: una di esse è Odisseo e l'altra è un ragazzo, Neottolema, figlio di Achille. «Neottolema, dobbiamo convincere Filottete a tornare con noi; dobbiamo far sì che l'oracolo si adempia. Solo con l'aiuto di Filottete e del suo arco si potrà prendere Troia. Ti guadagnerai la sua simpatia raccontandogli che sei stato abbandonato qui, proprio come lui». Quando Neottolema incontra Filottete e parla con lui, si rende conto di non poterlo ingannare. Il ragazzo ammira il coraggio che gli sta di fronte, ed è profondamente scosso da quella sofferenza. Confessa a Filottete il vero motivo per cui si trova lì e lo supplica di abbandonare quell'isola di malattia. Filottete non vuole saperne. Odisseo, che osserva da lontano, entra in scena e minaccia Filottete di costringerlo con la forza a partire; Filottete imbraccia l'arco e sta per colpire Odisseo, con l'arma che non fallisce mai il bersaglio – quando, all'improvviso, Eracle appare in visione e dice a Filottete che deve andare con loro a Troia; là riacquisterà la salute e otterrà gloria.

È questa la storia che viene narrata e rinarrata quotidianamente, in migliaia di varianti, dai pazienti che vestono i panni dell'ospedale, spogliati di tutte le loro cose, separati dalla comunità e abbandonati nell'isola della malattia. Non è detto, però, che chiunque viva la sua giornata da ricoverato ripeta questa storia. Sono anche molte altre le storie che si rappresentano negli ospedali, e non è necessario essere ospedalizzati per essere coinvolti in questa storia: essa appartiene a ciascuno di noi.

L'espressione di Jan Kott, che chiama Filottete «eroe nazionale lebbroso»³, mette in evidenza che proprio per il suo essere scacciato dalla comunità Filottete è necessario a quella stessa comunità. Ci sono racconti dentro questa storia, che narrano delle intricate complicazioni di malattia, comunità, linguaggio, e necessità. Qualunque tentativo di scoprire que-

sti racconti all'interno della storia passa attraverso l'analisi, l'interpretazione, la spiegazione. Tuttavia, quando ci poniamo nella situazione di quel che sta accadendo, ora, questi racconti appaiono spontaneamente – ammesso che degli elementi della situazione reale si tenga conto nella contemplazione – situati nel tempio, la regione psichica di questo *mythologos* archetipico.

Il Filottete attuale si lamenta di una grave dispepsia, di dolori intensi al braccio sinistro che gli penetrano in profondità allargandosi nel petto, fino a non consentirgli di respirare, se non in modo estremamente superficiale. Arriva l'ambulanza. Entro una mezz'ora il malato è sotto cura intensiva, pieno di fili che lo assicurano agli strumenti. Sullo schermo il suo cuore punteggia una linea dal ritmo irregolare, mentre su un pezzo di carta bianca la macchina sputa fuori un tracciato che somiglia allo scontrino del droghiere. «Cosa mi succede?» chiede al dottore. «Lei ha un attacco di cuore, deve restare qui per almeno cinque settimane». Gli viene messa la maschera di ossigeno, come fosse un pilota che vola a cinque miglia di altezza, e non gli viene detto altro.

Sull'isola, Filottete si macera nell'amarezza e nella rabbia, rivoltandosi contro gli Dei e contro tutto il genere umano per la dura ingiustizia subita. Dice a se stesso: «Io l'ho imparato per necessità, ad acconciarmi a tutti questi mali»⁴. Necessità è il suo male: è ciò che è inimmaginabile. Non c'è nessuno a dirgli cosa sta accadendo, perché sta accadendo, che cosa comporta e dove conduce. Questa assenza di linguaggio, di comunicazione, di comprensione, di simpatia, di un qualunque rapporto con qualcosa al di fuori di sé, fa della malattia la sola realtà. Non c'è altro che la malattia e la sofferenza – nessun'altra possibilità.

Filottete – «amore del possesso». In questo luogo di malattia, Filottete ha solo due cose – la sua ferita e il suo arco – e le possiede, vi resta avvinto, perché sono tutto quello che c'è. È emarginato dalla comunità. Non a caso gli ospedali sono di rado in mezzo alla città; e quando lo sono, sono isole chiuse in se stesse. Ma di solito sono ai margini della comunità – la «Cittadella Sanitaria»: una sottocultura separata con un proprio linguaggio.

L'isola dove Filottete viene colpito, però, è Crise; mentre Lemmo è l'isola della malattia. Crise – «durezza di cuore». Una storia racconta che Crise era una ninfa che s'innamorò di Filottete e che, respinta da lui, lo fece mordere da una vipera. Secondo un'altra versione, a morderlo fu un serpente che custodiva il tempio di Atena, quando lui arrivò ad avvicinarsi troppo. Di Crise si dice anche che fosse figlia di Pallade Atena, la dea della città.

Crise! Tu che servi tua madre come guardiana della città; tu che ami Filottete, sei tu che l'hai scacciato dalla città. Qual è l'opera tua? Qual è il valore dell'esilio di quest'uomo che soffre?

Eracle e l'arco, Neottolema e la parola.

L'arco degli strumenti medici moderni rende possibile la sopravvivenza nell'isola della malattia. Apollo dà l'arco ad Eracle; ed Eracle lo dà a Filottete. Gli strumenti sono un dono di Apollo, uno degli Dei della guarigione. Il dono passa per le mani di un eroe, prima di arrivare nelle mani del mortale



Società Italiana di Psicologia Educazione e Artiterapie

Iscritta all'Anagrafe Nazionale delle Ricerche
Ministero Istruzione Università Ricerca Scientifica e Tecnologica - Codice 52867 HEG

Presidente Dott. Giancarlo Santoni

Formazione in:

**TECNICHE LUDICO-ESPRESSIVE
COUNSELLING NELLA RELAZIONE D'AUTO*
ARTI TERAPIE
PSICODIAGNOSI**

*Riconosciuto dal C.N.C.P. (Coordinamento Nazionale Counsellor Professionisti),
consente l'iscrizione al registro dei Counsellor.

Info: S.I.P.E.A. via degli Etruschi 5/A 00185 Roma
tel. 06 44 659 77 – cell. 347 100 33 60
E-Mail: sipea@libero.it; www.sipeaonline.it



Filottete: a questo punto comincia a farsi arduo ricordare che la sua prestigiosa qualità di precisione non viene all'arco da chi lo usa, ma da chi lo dona. La guarigione di Apollo è diversa dalla guarigione di Asclepio, come la visione è diversa dal contatto. Asclepio, maestro di Chirone, insegna l'arte delle erbe medicinali, il tocco guaritore, il riconoscimento dell'essere feriti, e soprattutto l'arte del rapporto terapeutico fra medico e paziente. Chi porta gli strumenti nell'isola della malattia è Apollo, la cui guarigione è connessa alla profezia, alla diagnosi, alla perspicacia e alla precisione. Nelle mani di Filottete gli strumenti si accompagnano alla malattia in quanto «padronanza di sé», autonomia. Gli strumenti sono memoria costante dell'isolamento proprio della malattia, come l'arco costantemente ricorda che Filottete non ha nessuno su cui contare. Gli strumenti forniscono tracciati, diagrammi, grafici, rendono visibile quel che non si può vedere; sono una verifica costante che la malattia è presente perché può essere vista, e vista con precisione.

I dieci anni in cui Filottete resta solo sull'isola sono un tempo mitico. Ci dicono che ci vuole tempo per dimenticare tutti i legami con gli Dei e con gli altri. L'affidarsi della medicina agli strumenti è una prolungata dimenticanza degli Dei e della comunità.

La medicina ippocratica ha separato la guarigione dagli Dei e, di conseguenza, dalle preghiere, dai canti, dalle seduzioni e dagli incantesimi, che fanno parte del linguaggio di una cultura.

La visione ontologica della malattia, iniziata da Jean Baptiste Von Helmont nel '600 e instaurata definitivamente

da Rudolph Virchow nell'800 afferma che le malattie sono entità autonome che hanno essenze proprie.

Nel 1801, il famoso medico francese Xavier Bichat dichiarava:

«Potete prendere appunti per vent'anni, dalla mattina alla sera, al fianco del malato – e tutto vi sembrerà una confusione di sintomi che, non essendo concentrati in un singolo punto, presenteranno soltanto una serie di fenomeni incoerenti. Aprite qualche corpo, e sparirà presto questa oscurità che l'osservazione, da sola, non avrebbe mai potuto dissipare».

Nel 1819, Rene Laennec esaminò le caratteristiche dei suoni emessi dai petti dei malati con uno strumento che chiamò stetoscopio, che significa «il petto che vedo». Laennec mise in correlazione i suoni che sentiva con l'anatomia patologica degli organi dopo la morte. A proposito dello stetoscopio, un medico ebbe a dire. «È una finestra nel petto attraverso la quale possiamo vedere il preciso stato delle cose all'interno».

Questo non è che un accenno di STORIA; ma provate a togliere la maiuscola, e state a sentire cosa accade davvero. Eracle dà l'arco a Filottete. Eracle appare anche nella visione e dice a Filottete di abbandonare l'isola. Eracle, l'eroe, porta l'eroismo all'immaginazione. La versione del dramma di André Gide mostra chiaramente questo aspetto: il Filottete moderno di Gide scopre che il singolo è importante quanto gli Dei. L'isolamento e la sofferenza della malattia, e gli strumenti che la registrano e ne verificano la presenza e il corso,

ISCRA S.R.L.

**Istituto Modenese di Psicoterapia
Sistemica e Relazionale**

Corso di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica e Relazionale

L'Istituto ha ottenuto il riconoscimento del M.I.U.R. (ex M.U.R.S.T.) con decreto del 10/10/1994 (G. Uff. n. 250)

Per i laureati in Psicologia, in Medicina e Chirurgia

Training di 4 anni accademici di 500 ore ciascuno

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Fabio Bassoli

SEDE DEI CORSI

Modena - Cesena

Altri corsi aperti a laureati e diplomati

- Corsi di Mediazione Sistemica
 - La Mediazione Familiare di separazione e divorzio
 - La Mediazione nei conflitti familiari
 - La Mediazione comunitaria e sociale



Patrocinato dall'AIMS

Associazione Internazionale Mediatori Sistemici

Riconosciuto dal Forum Europeo

- Corsi di Counselling Sistemico
Rivolto a tutti coloro in possesso
di DIPLOMA DI SCUOLA SUPERIORE



Riconosciuto dal CNCP

(Coordinamento Nazionale Counselor Professionale)

Informazioni

ISCRA – Via Berengario, n. 58 – 41100 Modena – Tel. 059/23.81.77 – Fax 059/21.03.70
E-mail: info@iscra.it SITO WEB: <http://www.iscra.it>

dicono cosa sta accadendo al singolo. È un filo importante per la trama di questa storia intricata: la coppia Eracle-Filotete colloca la malattia proprio qui, in questo mondo. È la coppia che dà l'intensità del reale alla malattia, proprio perché sta accadendo al singolo. Tutte le domande sul cosa sta accadendo scompaiono; non c'è nient'altro che la sofferenza. Il Filottete di Gide afferma:

Ho imparato ad esprimermi meglio, ora che non sono più con gli uomini. Fra la caccia e il sonno, mi dedico a pensare. Le mie idee, da quando sono solo e niente, nemmeno il soffrire, le disturba, hanno preso un corso sottile, che talvolta non riesco a seguire. Sono arrivato a capire, dei segreti della vita, più di quanto i miei maestri mi avessero mai rivelato. E ho preso a raccontare storie sulla mia sofferenza... Sono arrivato a comprendere che le parole diventano inevitabilmente più belle, dal momento che non sono più messe insieme per rispondere alle domande degli altri.

Forse che la malattia non capita sempre al singolo? Non è così, che è sempre stato? La storia nella STORIA dice che non è così, che è sempre stato. È lo stile immaginativo di Eracle, quello per cui le cose contano per il singolo; è lui lo strumento che fa apparire la malattia come entità isolata, proprio col provvedere i mezzi per visualizzarne la presenza reale.

L'INTENSITÀ è lo stile proprio di questo tipo di immaginazione. Non va dimenticato che Eracle appare a Filottete in una visione, che è qualcosa di diverso dal sogno. Le visioni sono più intense dei sogni; su di esse grava una necessità che le avvolge, e non si prestano con facilità a essere metaforizzate, simbolizzate, immaginate. Le visioni sono una sorta di intrusione del mondo immaginale nel mondo reale. Il carattere peculiare di questa intrusione di Eracle è che egli pone la malattia all'interno dell'immaginazione del singolo, che altrimenti non prenderebbe in considerazione le parole di un medico reale che gli dicesse: «Lei ha una grava strozzatura a un'arteria, e il suo cuore riceve solo il 30% del sangue che gli necessita». Questo dice il dottore, e questo confermano gli

strumenti. Questo linguaggio del cuore ora è più intenso, più reale di quello che parla del «cuore ardente di desiderio», del «cuore solitario», della «durezza di cuore», dell'«arrivare al cuore delle cose», del «cuore della città», dell'«ascolto «accorato» delle parole altrui, di «ridere di cuore», di «cordialità», di «cuore freddo», di «cuore che pensa», di «cuore diviso», di «cuore coraggioso».

Questi cuori metaforici non appartengono soltanto al singolo – il cuore malato, sì. Quando l'attenzione è tutta presa da qualcosa che non va nel cuore malato, non c'è nient'altro che conti.

Eracle! L'immaginazione eroica fa diventare realtà la malattia. Eracle – sei il solo eroe che nell'attimo della morte diventa una figura dell'eterno pantheon dell'anima. Sei una figura duplice, che partecipa del tempo umano, come dei luoghi archetipici, del corpo che realmente abitiamo, come del corpo dell'anima. Sei tu che dai intensità al corpo della cultura.

Neottolema è un personaggio decisivo, che viene a complicare la trama della medicina dei nostri tempi. È un personaggio inefficace, ma è lui che appartiene alla comunità umana e, al tempo stesso, non respinge Filottete, né si sottrae al suo fetore. Dice Filottete:

Io non l'avrei creduto mai, figliolo, che con tanta pietà tu sostenessi d'attendere i miei mali, stando qui e prestandomi aiuto. A questo certo non ressero gli Atridi, quei comandanti così bravi! Nobile è l'indole che hai, figlio, e da nobili discende: hai preso in buona parte tutto, per quanto nauseato dalle grida e dal lezzo⁵.

Poco dopo, Neottolema dice ai marinai della nave:

Nel cuore m'è venuta una tremenda pietà di lui non adesso: da tempo⁶.

Figlio di Achille, questo ragazzo non è però un eroe. Non fa niente. Semplicemente è lì, e patisce la sofferenza di quell'uomo. La consolazione approfondisce la sofferenza; per

FONDAZIONE ITALIANA GESTALT Ente Morale Riconosciuto con D.M. 08/04/99
 SCUOLA DI FORMAZIONE "SOCIETÀ ITALIANA GESTALT"



**CORSO QUADRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE
 IN PSICOTERAPIA DELLA GESTALT**

Riconosciuto dal M.I.U.R. con D.M. 31/12/1993
 per l'abilitazione all'esercizio professionale della psicoterapia

**CORSO ANNUALE DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE
 ESPERTO NELLA COMUNICAZIONE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**

Riconosciuto ai sensi dell'art. 14 della Legge 845/78

Maria Menditto "Autostima al femminile" Ed. Erikson, 2004

tel/fax 06 58 19 582 sito www.sigroma.com email info@sigroma.com



Filottete, è la via per uscire dall'isolamento del suo dolore. Neottolema non è una figura di guarigione, o una via per uscire dal dolore: è solo la via per uscire dall'isolamento del dolore. Non c'è nulla che lui realizzi: Filottete non cambia grazie ai suoi sforzi.

Neottolema si lamenta, si affligge, inveisce insieme a quest'uomo che soffre. Questo è tutto quanto fa. La consolazione genera tristezza, fa sì che la tristezza si possa esprimere senza timore. Il pastore, il sacerdote, l'infermiera, l'inservente, il visitatore, i familiari, gli amici, svolgono il compito di «fare» una nuova comunità, la comunità della debolezza e della sofferenza. Ricevere fiori e visite e parlare con gli altri non serve a eliminare la malattia. Avere qualcuno con cui parlare della malattia è qualcosa che re-introduce nella comunità; è un parlare che introduce nella comunità una malinconia necessaria, e fa sì che la morte abbia la sua parte nell'immaginazione della comunità.

Chi ha conosciuto l'esperienza della malattia, sa che non è possibile riprendersi dalla malattia. C'è qualcosa di permanente che riguarda il cancro, l'infarto, l'isterectomia, le malattie polmonari... e tutto il resto. La chirurgia è l'arte di far dimenticare che la malattia è lì; ma le cicatrici psichiche permangono a lungo, dopo che i punti sono stati tolti.

Entrai nello studio del mio medico. Ero lì per sottopormi a un pap-test. Mentre parlavo con il medico nella stanza di attesa, cominciai ad accampare pretesti per evitare di sottopormi al test. Sembrava che lo stessi raggirando. Dicevo che, davvero, non avevo bisogno di quell'esame. Era come se lo stessi prendendo in giro. Il medico insisteva che l'esame doveva essere fatto. Dissi allora che non c'era bisogno che lui mi visitasse – avrei preso io stessa un vetrino e avrei prelevato le cellule per lui. Lui continuò a insistere, e poi mi condusse nella stanza della visita. Cominciò a esaminarmi la vagina con uno strumento – un arnese di metallo. Quando mi fece l'esame, provai un dolore intenso, e mi misi a gridare dal dolore.

Questo sogno si ripeté per due volte in una paziente in analisi che era in stato di gravidanza. Un anno prima aveva avuto una gravidanza e aveva perduto il bambino al sesto mese. Il medico non sapeva spiegare, né spiegarsi, cosa fosse accaduto, benché la donna avesse continuato a dire per tutta la gravidanza di essere malata. Le analisi del sangue e delle urine e gli altri test non mostravano alcuna anomalia; il medico concluse, perciò, che la donna doveva essere isterica. Nell'immagine del sogno riecheggiano i temi del dialogo, degli strumenti, della malattia, del linguaggio, del dolore. Il sogno parla del confine fra malessere e malattia. Il medico è una figura del dialogo e della conoscenza tecnica al tempo stesso. La psicologia immaginale si astiene dall'interpretazione teorica, simbolica e mitica, e considera invece il sogno come il linguaggio sottile di ciò che avviene nella realtà. È un sogno cui va risposto con la consolazione, non con l'interpretazione o con l'analisi. Per affrontare la gravidanza di quella donna c'è bisogno del dialogo, almeno altrettanto che degli esami clinici. Lo studio del medico è diviso in due funzioni – il dialogo e la visita. La prima gravidanza era stata trattata come una malattia, e come malattia fu liquidata. A questa gravidan-

za veniva prestata un'attenzione psichica oltre che medica. L'esperienza della gravidanza è quella sconcertante simultaneità dell'essere separati dalla comunità e sottoposti ad analisi minuziose, proprio quando si sta vivendo un evento che è parte integrante di quel rapporto creativo intimo, che porta una nuova vita dentro la fragile forma della cultura.

Il malessere va distinto dalla malattia.

Il malessere non si può vedere, misurare, rilevare in tracciati o diagrammi. Quando ormai gli strumenti tacciono da tempo, il malessere continua a lungo ad agire nel paziente e ad influenzarlo; fa parte del suo destino. La sua opera può rinnovare l'anima del corpo della cultura.

Il Filottete di Gide dice che la malattia l'ha portato a raccontare storie. La coppia Neottolema-Filottete rappresenta un movimento che, uscendo dalla «durezza di cuore», s'immerge nella tristezza profonda al cuore della cultura, cosciente che l'edificio della civiltà non può difendersi dalla fragilità della cultura umana. Il segreto profondo della cultura è che noi siamo qui e che la morte ci è compagna. Capire questo fa sì che quanto si fa nella civiltà conti, faccia differenza, perché il punto di vista della morte è insito in tutto ciò che facciamo.

(Traduzione di Mirka Ventura)

NOTE

- ¹ [N. d. T.] Sull'anima del mondo, Cfr. James Hillman «Anima mundi. Il ritorno dell'anima al mondo», in *Testimonianze*, 238-40, 1981.
- ² Sofocle, «Filottete», in *Tutte le tragedie*, cura di F.M. Pontani. Roma, Newton Compton, 1978, p. 219.
- ³ Jan Kott, «Philoctetes», in *The Eating of the Gods*, New York, Vintage Books, 1974.
- ⁴ Sofocle, op. cit., p. 224.
- ⁵ *Ibidem*, p. 234.
- ⁶ *Ibidem*, p. 237.

ISTITUTO GESTALT BOLOGNA



Ente Accreditato per la Formazione dal M.I.U.R. con D.M. 177 24-5-2001
Via Lame 106, 40122 - Bologna
Tel. 051-523809 Cell. 335-6897862
gestaltbologna@virgilio.it
www.gestaltbologna.it

Stage Residenziale

Sabato 9 - Martedì 12 Luglio

IL CORPO E LA PAROLA

*Dare voce al sapere racchiuso nel corpo
Ripercorrere e trasformare l'originario dolore
Rinascere a noi stessi ai nostri desideri e peculiarità*

Direzione del corso: Dott. Margherita Biavati



Istituto di Ortofonologia - Roma

Servizio di Psicoterapia per l'Infanzia e l'Adolescenza

CORSO QUADRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA AD INDIRIZZO PSICODINAMICO

DECRETO MIUR DEL 23.07.2001 ANNO ACCADEMICO 2005-2006 DIRETTRICE: DOTT.SSA MAGDA DI RENZO

L'obiettivo del corso è di formare psicoterapeuti dell'età evolutiva, dalla primissima infanzia all'adolescenza, in grado di utilizzare strumenti inerenti la diagnosi, il trattamento psicoterapeutico e la ricerca clinica.

LA FORMAZIONE PREVEDE:

- *Una conoscenza approfondita delle teorie degli autori che hanno contribuito storicamente all'identificazione delle linee di sviluppo del mondo intrapsichico infantile e adolescenziale*
- *Una padronanza di tecniche espressive che consentano di raggiungere ed entrare in contatto con il paziente a qualunque livello esso si trovi, dalla dimensione più arcaica a quella più evoluta, al fine di dar forma a una relazione significativa*
- *Una competenza relativa alle dinamiche familiari*
- *Una conoscenza della visione dell'individuo e delle sue produzioni simboliche nell'ottica della psicologia analitica di C.G. Jung*

ORIENTAMENTO DIDATTICO DEL QUADRIENNIO (artt. 8 e 9 del D.M. MIUR n. 509/1998)

1.200 ore di insegnamento teorico, 400 ore di formazione pratica, di cui: 100 ore di lavoro psicologico individuale, 100 ore di supervisione dei casi clinici, 200 ore di formazione personale in attività di gruppo e laboratorio. Il tirocinio, di 400 ore, sarà effettuato presso le strutture interne o presso strutture esterne idonee.

Le ore di formazione individuale previste dal programma possono essere effettuate durante il corso di studi. Previa accettazione del Consiglio dei Docenti, la formazione individuale può essere svolta anche con psicoterapeuti esterni alla scuola e possono essere accettate le formazioni individuali antecedenti l'iscrizione alla scuola.

Sono in fase di completamento accordi scuola-S.I.Co affinché al termine del terzo anno di studi il corsista sia in possesso dei requisiti necessari per fare domanda d'iscrizione alla S.I.Co (Società Italiana di Counseling) per ottenere il titolo di Counselor.

REQUISITI PER L'AMMISSIONE	Diploma in Laurea in Psicologia o in Medicina e il superamento delle prove di selezione
NUMERO DEGLI ALLIEVI	15
SEDE DEL CORSO	Istituto di Ortofonologia, via Alessandria, 128/b – 00198 Roma
PER INFORMAZIONI E DOMANDA D'ISCRIZIONE	Istituto di Ortofonologia, Via Salaria, 30 – 00198 Roma tel. 06.88.40.384 – 06.85.42.038 fax 06.8413258 ist.ortofon@flashnet.it

ISTITUTO DI ORTOFONOLOGIA - ROMA

con la collaborazione scientifica dell'UNIVERSITÀ «CAMPUS BIO-MEDICO» - Roma

Corso quadriennale di Specializzazione in Psicoterapia dell'Età Evolutiva a indirizzo psicodinamico

L'esistenza della scuola di psicoterapia infantile che rappresenta la concretizzazione di 30 anni di lavoro con il mondo dell'infanzia costituisce anche per noi un nuovo percorso di studio e di ricerca. Nonostante il notevole impegno di molti a favore dell'universo infantile riteniamo che molto si debba ancora fare per fornire una risposta concreta di aiuto al bambino che si trova a vivere oggi in un contesto così difficile e complesso e soprattutto così diverso da quello che ha segnato l'infanzia di noi terapeuti. Ci sembra che oggi l'impegno più importante di chi lavora con i bambini sia quello del confronto e della collaborazione tra adulti.

Un confronto che permetta di superare, senza rinnegarle, le posizioni che hanno fondato il nostro fare terapeutico per adattarlo alle nuove richieste che arrivano dai bambini, dalla famiglia, dalla scuola.

Un confronto che aiuti a divenire più consapevoli dei propri strumenti terapeutici al punto da poterli mettere a disposizione di altre professionalità senza rischiare confusive sovrapposizioni.

Un confronto, ancora, che favorisca nuovi impegni di studi e ricerche per rispettare i «luoghi» del bambino ma anche per dare sempre maggiore dignità a quelli abitati dall'adulto.

La rubrica QUESTIONI DI PSICOTERAPIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA è uno spazio di riflessione che ospita contributi provenienti da diverse aree culturali o da differenti indirizzi, ma che hanno tutti l'obiettivo comune di una psicoterapia a misura di bambino. Attendiamo i vostri interventi.

La relazione adulto-bambino tra empatia e intrusività

MAGDA DI RENZO

Analista junghiana, responsabile del Servizio di Psicoterapia dell'età evolutiva dell'Istituto di Ortofonia, direttrice del Corso quadriennale di specializzazione in Psicoterapia dell'Età Evolutiva a indirizzo psicodinamico, Roma

Relazione presentata al Convegno «L'intervento coatto: un paradosso terapeutico. Maltrattamento, trascuratezza e abuso all'infanzia», svoltosi presso l'Università degli Studi «G. d'Annunzio» di Chieti nei giorni 11-12 Marzo 2005.

Il titolo dell'intervento è volutamente ampio perché, prima di addentrarmi in considerazioni direttamente indirizzate alla clinica, vorrei soffermarmi su riflessioni generali e sulle immagini e fantasie che animano il nostro immaginario collettivo sull'infanzia influenzando, a volte inconsapevolmente, il nostro operato di adulti e terapeuti.

Partirò innanzi tutto dal considerare la relazione adulto-bambino quale prototipo di una relazionalità più ampia i cui contenuti e la cui simbologia possono essere rinvenuti in tutte le interazioni umane. La tratterò cioè come una relazione archetipicamente fondata in grado di attivare nell'individuo tutti i contenuti che hanno a che fare con gli opposti e i contrasti sia in senso positivo sia negativo.

Per poter affrontare con il dovuto rispetto scientifico ed etico argomenti così complessi come l'abuso al bambino e il senso paradossale di un intervento coatto, mi sembra importante tentare un'amplificazione del significato psicologico di tutti gli elementi che entrano in gioco per non rischiare visioni unilaterali sempre dannose ai fini della comprensione.

Dice Guggenbühl-Craig: «E non appena appare il Fanciullo divino appare anche colui che lo vuole distruggere e uccidere. Subito dopo la nascita di Gesù Cristo, Erode fece uccidere tutti i bambini. Da un lato l'archetipo del Fanciullo divino, la speranza del mondo, dall'altro l'infanticida, colui che distrugge ogni speranza, sono polarità archetipiche che si appartengono reciprocamente».

In quest'immagine appare subito evidente la dinamica degli opposti che viene a costellarsi in riferimento al bambino portatore dell'innocenza e all'adulto quale rappresentante della distruttività. La comprensione di questa dinamica sia nelle interazioni reali sia in riferimento alle fantasie che animano il mondo interno di ciascun individuo è, a mio avviso, necessaria per accostarsi al bambino e all'adulto abusante e per riflettere, come terapeuti, sul compito che siamo chiamati a svolgere.

La scissione di un archetipo depriva ogni relazione della sua dinamicità e cronicizza la posizione di entrambi i partecipanti a una coazione senza via d'uscita. Se cioè il bambino

diventa il portatore e il rappresentante dell'innocenza e dell'inconsapevolezza, l'adulto dovrà necessariamente ricoprire il ruolo dell'aggressore e della coscienza. In questa prospettiva il bambino reale viene interiorizzato come la vittima senza scampo di un orrore indicibile. Se sul piano della realtà questi sentimenti sono leciti e condivisibili all'interno di una cornice sociale che veicola anche valori morali, sul piano psicologico possono invece produrre una sterilità di azione e pensiero. Non si tratta, infatti, di negare l'orrore ma di capirlo per poter restituire a tutti i partecipanti quel senso di complessità che definisce la dignità umana.

L'intervento coatto, che spesso definisce il contesto terapeutico in casi di abuso, propone inoltre di per sé una realtà paradossale che necessita di profonde riflessioni per non diventare esso stesso un agito in una situazione che si è svolta completamente sul piano della concretezza.

Parlerò dunque della relazione adulto-bambino tra empatia e intrusività per affrontare i sentimenti ambivalenti che la caratterizzano e per vedere, in una sorta di *continuum* ideale, gli aspetti che la costellano nei diversi ambiti in cui si dispiega. Sebbene i due termini potrebbero essere concepiti come i due poli escludentisi, positivo e negativo, di una modalità relazionale, io vorrei invece considerarli come due aspetti sempre compresenti nell'interazione umana. L'empatia, come la definisce Galimberti è «la capacità di immedesimarsi in un'altra persona fino a coglierne i pensieri e gli stati d'animo». Evitando di entrare nel significato specifico che tale termine ha assunto nelle diverse teorizzazioni, mi atterro cioè al suo significato più ampio che la caratterizza appunto come la capacità basilare nel costituirsi di una relazione umana. Immedesimarsi nei pensieri e negli stati d'animo dell'altro consente, infatti, la possibilità di comprendere e contenere l'altro riuscendo a cogliere le conseguenze, positive e negative, dei nostri comportamenti. L'empatia che una madre è in grado di vivere nella relazione con il proprio figlio favorisce, per esempio, la creazione di uno spazio intimo protetto da irruzioni distruttive e consente a quest'ultimo di riconoscersi come un individuo pensante ed emozionale. Si tratta di quella capacità di una madre «normalmente devota» o «sufficientemente buona», per dirla con Winnicott, che sa identificarsi con i bisogni del bambino riuscendo a illuderlo e disilluderlo quel tanto da non farlo sentire abbandonato da una parte, né eccessivamente protetto dall'altra. Quella madre che permette la creazione di un'area simbolica dove la relazione si arricchisce di tutte le sfumature possibili dando vita a desideri, fantasie e progettualità che saranno tanto più intime e intense quanto più riconosceranno la distanza creata dall'area transizionale. Ma cosa accade quando la madre spinge la capacità di identificarsi con il bambino oltre i confini del Sé? Qual è il confine tra una sana comprensione dell'altro e il bisogno di far vivere all'altro parti di sé?

Ho scelto il termine intrusività come polo opposto a empatia proprio per indicare quello straripamento dei confini del bambino che può aver luogo quando un adulto entra in campo con la propria dimensione narcisistica. L'essere centrato completamente sui propri bisogni impedisce infatti all'adulto calato in una dimensione narcisistica di vedere il bambino reale con le sue necessità evolutive e con i suoi desideri. Il gioco di identificazioni proiettive che viene a stabilir-

si non diventa funzionale alla crescita della relazione ma al suo cristallizzarsi su aree arcaiche che non riescono a raggiungere il livello della pensabilità. L'intrusività di un adulto non è ovviamente sempre e necessariamente patologica e possiamo dire che in alcuni momenti può essere portatrice di apertura e benessere per il bambino. Ogni relazione richiede momenti di forte presenza perché si crei quell'area di influenzabilità che arricchisce entrambi i partecipanti. Nella relazione adulto-bambino è ovviamente il primo ad avere il compito di procurare frustrazioni, di creare argini, di proporre un rifiuto, di pretendere uno sforzo in più, insomma di mettere il bambino nelle condizioni di essere in qualche modo formato e/o modellato dall'altro. Al di là delle diverse prospettive psicologiche e pedagogiche che possono enfatizzare o demonizzare l'atteggiamento direttivo dell'adulto, io mi riferisco all'area psichica della protezione che viene necessariamente a costellarsi quando un adulto si trova di fronte a un bambino. Ed è evidente che quanto più il bambino sarà o apparirà indifeso, tanto più il bisogno di proteggerlo rischierà di spingere l'adulto verso l'intrusione. L'aspetto che mi interessa sottolineare, per il grande riscontro che ha nella pratica clinica, è che un comportamento intrusivo non riguarda unicamente tendenze distruttive e non parte sempre con un'intenzionalità negativa. Le situazioni che ci riguardano, in qualità di psicologi, sono proprio quelle in cui l'intrusività del genitore è stata agita inconsapevolmente ai danni del bambino. Considerata da questa prospettiva più profonda l'intrusione di un adulto narcisistico può essere vista come un tentativo estremo di ricerca di intimità e di calore per un bambino interno che non ha ricevuto a tempo debito il dovuto contenimento. Per dirla sempre con Winnicott è come se la madre ambiente e la madre oggetto non fossero riuscite ad alternarsi e al bambino fosse stato impedito quel momento di quiescenza che consente l'accesso alla pensabilità.

Dice Stein: «L'abuso praticato sul bambino riflette sempre una mancanza di relazione e di rispetto per il bambino interiore psichico. Essendo un archetipo, l'immagine del bambino è associata a un aspetto di rinnovamento della psiche che è sempre presente nella natura... La radice principale dell'abuso sta nel fatto di trattare il bambino come oggetto da modellare, al posto di relazionarci con lui come con un'anima intelligente dotata di un'intenzionalità e di una capacità di scelta... Più i nostri atteggiamenti e i nostri scopi sono diretti dall'Io e sono collettivi più saremo esposti a problemi con il nostro bambino interiore, poiché il bambino archetipico conosce ciò che gli serve per il suo sviluppo, e ciò è spesso in opposizione con l'orientamento del nostro Io. Coloro che non sono abbastanza capaci di manipolare e controllare il bambino spesso ricorrono a misure fisiche abusive perché questi stia al suo posto.

Paradossalmente il bisogno coatto dell'adulto di agire la sua intimità sessuale può sorgere da profondi sentimenti di compassione per il bambino negletto, di cui si è abusato. ...Quando un adulto soffre di una profonda scissione tra spirito e carne, mente e corpo, amore e sessualità, cade sotto il potere sessuale coatto interpretando in senso letterale queste immagini» (R.M. Stein, «Incesto e abuso sessuale sul minore» in M.I. Wuehl, a cura di, *Trappole deduttive*, Milano, Vivarium, 1996).

Queste considerazioni, che sembrano porre l'attenzione soprattutto sulle dinamiche interne dell'adulto, aprono invece prospettive importanti sul modo di considerare la relazione, oltre che sulle immagini interne che vengono a costruirsi nel terapeuta che si avvicina all'abuso dalla parte del bambino. Nella relazione terapeutica con il bambino reale, il rischio di un atteggiamento esageratamente protettivo è sicuramente maggiore di quello che si può determinare con un adulto reale che porta simbolicamente in terapia le frustrazioni del suo bambino interno. Come ho già precedentemente sottolineato è la struttura stessa della relazione che attiva le risorse di accudimento e di maternage verso un individuo che, non solo appare, ma è realmente indifeso al cospetto dei genitori. Il bambino vittima di abuso rappresenta quindi la massima sfida alla terapia per il suo bisogno di essere accolto, accettato e amato comunque e a qualsiasi costo, compreso quello di abbandonare un progetto terapeutico. L'empatia che il terapeuta si trova costretto a provare è infatti indirettamente proporzionale all'intrusività del genitore e ciò può determinare, a livello relazionale, un grave rischio di collusione con i contenuti profondamente ambivalenti che il bambino ha dovuto subire e vivere. Una madre solo ambiente, sempre pronta a rispondere ai bisogni del bambino, prima ancora che questi possa averli chiari nella propria mente, non sa farsi oggetto per le proiezioni del bambino e impedisce l'espressione di contenuti aggressivi percepiti come troppo dirompenti per tutti. L'idea di dover riparare a un danno incalcolabile può rendere difficile al terapeuta una pensabilità positiva sull'intrusione necessaria in ogni relazione e in ogni processo tera-

peutico e la scissione tra genitore interno positivo e negativo, cioè tra oggetto buono e cattivo, diventa sempre più radicale.

Dice Guggenbühl-Craig: «Se consideriamo questi bambini incapaci di sostenere un conflitto tragico, li priviamo di tutte le loro responsabilità e abusiamo di loro, nel senso che non vediamo in essi dei veri esseri umani ma solo dei simboli archetipici unilaterali» (A. Guggenbühl-Craig, «Realtà e mitologia dell'abuso sessuale sui bambini» in M.I. Wuehl, *op. cit.*).

È questo l'aspetto che mi interessa maggiormente sottolineare perché fa parte di una riparazione doverosa alla quale siamo chiamati a rispondere con il massimo della nostra consapevolezza e con una professionalità che non rischi di essere contaminata da nocivi sentimentalismi o da atteggiamenti collettivi che combattono l'abuso troppo spesso perpetuandone la causa. Le «crociate» per modificare gli standard di vita e i pregiudizi non devono mai entrare nelle nostre stanze di terapia, pena la perdita dell'integrità del bambino che abbiamo davanti. Possiamo semmai credere nel fatto che il nostro profondo rispetto per il bambino possa portare una luce diversa sui fatti e che l'impegno dei singoli possa riuscire a modificare uno stile di vita.

«Così oggi, quando i terapeuti incontrano storie di violenza infantile» dice Paul Kugler «potrebbero identificarsi con il "bambino-vittima" e vedere il problema attraverso i costrutti morali di vero o falso, giusto o sbagliato, colpevole o innocente. Queste reazioni di controtransfert e il loro rapporto con il Super-Io del terapeuta, la sua psicopatologia personale e il suo impegno teorico, potrebbero venir trascurati. Analizzare tali reazioni porterebbe il terapeuta, a livello

SPAZIO ANCONA

oggettivo, a considerare meglio l'attuale letteratura empirica e clinica su questa sindrome e ad analizzare il ruolo che le sue personali teorie sulla violenza sessuale giocano nelle sue reazioni emotive con i pazienti. A livello soggettivo il terapeuta sarebbe invece incoraggiato a riflettere su una possibile identificazione inconscia con il "bambino-vittima" e sul nesso esistente fra questa identificazione e la propria patologia infantile» (P. Kugler *Seduzione infantile: l'aspetto fisico ed emotivo* in M.I. Wuehl, *op.cit.*).

Il contatto diretto con alcuni bambini vittime di abusi e, ancora di più, la lunga esperienza di supervisione nel Centro *Piccolo Principe* (Centro per la tutela dei minori – abusati e maltrattati – e la cura della crisi familiare, Pescara), che si interessa di bambini che sono stati allontanati da casa per l'abuso subito e che quindi hanno dovuto affrontare anche i provvedimenti giudiziari, mi hanno permesso di riflettere e lavorare con i contenuti emotivi che i bambini agiscono e che i terapeuti qualche volta subiscono a causa di questa scissione di contenuti. La virulenza degli agiti dei bambini con la forza istintuale che li caratterizza si fa strada contro ogni ragionevolezza e se non ne è consapevole, il terapeuta può rispondere con un atteggiamento coatto che non produce cambiamenti.

Si dibatte spesso, in tema di abuso, se sia più opportuno spronare il bambino a parlare dell'esperienza subita o se sia meglio aspettare che sia lui stesso a prendere l'iniziativa di affrontare i contenuti penosi da cui ha tentato di difendersi in vari modi. Al di là della scelta operativa che può avere come sfondo diverse cornici teoriche, io vorrei occuparmi dell'atteggiamento che più o meno consapevolmente il terapeuta assume nei confronti dei contenuti di cui è a conoscenza e, di conseguenza, nei confronti del bambino.

Gli atteggiamenti difensivi che un bambino può mettere in atto sono svariati e sono solo in parte commensurabili con la storia della famiglia nella misura in cui le risorse del singolo individuo non sono mai prevedibili a priori. Ci sono bambini che possono venir schiacciati da una storia di abuso e che possono reagire con un'inibizione profonda che blocca il meccanismo di crescita suscitando varie perplessità sul piano diagnostico. Mi riferisco a quei bambini che iniziano ad avere bassi rendimenti scolastici e che mostrano chiusure sia nel rapporto con i coetanei sia con gli adulti, facendo nascere dubbi sul loro reale livello intellettuale. Mi sembra importante segna-

lare il fatto che spesso il rendimento scolastico era basso anche prima dell'allontanamento da casa ma questo non conferma l'idea di un eventuale problema cognitivo perché ovviamente i problemi familiari erano già presenti prima della denuncia. Ci sono invece altri bambini che reggono sul piano delle prestazioni, sia pur con qualche momento di *defaillance*, ma che reagiscono con comportamenti dirompenti tesi ad agire all'esterno un dolore che non può essere sperimentato nel mondo interno. Tra questi due estremi esiste una gamma di infinite possibilità che sono collegate, come ho precedentemente accennato, in parte alla storia familiare e in parte al patrimonio individuale del bambino. L'attuale concetto di resilienza vuole proprio sottolineare la capacità del minore di andare oltre le esperienze traumatiche riuscendo a recuperare la forma originaria ed è connessa a fattori intraindividuali quali le abilità di *coping*, un buon livello di autostima, atteggiamenti emozionali positivi verso la realtà, un *locus of control* interno e l'autoefficacia soggettivamente percepita. Un atteggiamento positivo verso le risorse naturali del bambino non deve però far eludere il difficile compito di aiutarlo a elaborare l'esperienza traumatica perché questo rischierebbe di farci ricadere nella legge dei contrasti per cui il bambino o è vittima o è salvatore di se stesso.

Qualunque sia l'atteggiamento che il bambino ha assunto nei confronti del trauma subito e benché le sue risorse siano positive, permane il problema di come definire il setting in un intervento coatto nel quale la coppia terapeutica si trova coinvolta senza aver pattuito in precedenza il senso della richiesta di aiuto.

Sia l'inibizione sia l'iperattività, come risposte agite, richiedono al terapeuta una notevole dose di pazienza che rischia però di essere minacciata dal fatto che tutto il dolore viene vissuto controtransferalmente spesso senza possibilità di esplicitazione e che i comportamenti messi in atto dal bambino vengono subiti come un'impossibilità a fare altrimenti, dato l'orrore che li ha preceduti. Domando allora: quanta violenza possiamo assumere su di noi senza sentire che viene violentato il nostro ruolo terapeutico? Quanta seduzione possiamo vivere nella relazione senza pensare che stiamo agendo parti negative? Quanta empatia possiamo provare senza costringere il bambino a essere vittima delle nostre attenzioni? Quanta intrusività sappiamo mettere in gioco senza identificarci con il ruolo dell'abusante? Quanta coazione possia-

ASSOCIAZIONE ITALIANA SAND-PLAY THERAPY (A.I.S.P.T.)

SCUOLA QUADRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA CON LA TECNICA DEL «GIOCO DELLA SABBIA»

Scuola riconosciuta con Decreto Ministeriale del 18 Luglio 2002

La Sand-Play Therapy o Gioco della Sabbia, di impostazione teorica junghiana, è una tecnica di psicoterapia analitica che utilizza le risorse creative dell'individuo integrando la psicoterapia verbale con la produzione di immagini che permettono di contattare ed elaborare tematiche conflittuali arcaiche, precedenti la fase verbale e di mentalizzazione dello sviluppo.

La scuola ha sede a Roma presso l'Ospedale Bambino Gesù.
Le domande di iscrizione possono essere presentate entro il 30 Settembre.

I CORSI INIZIANO A GENNAIO.

Per ulteriori informazioni:
Tel. 06 68592734 – e-mail: marinucci@opbg.net – www.aispt.it

mo sopportare senza rimanere incastrati in un'ossessione che annichilisce i nostri progetti di cambiamento?

Quando entra nella stanza, Cristina, 10 anni, mi appare immediatamente come una bambina smarrita, bisognosa di sostegno e comprensione per l'aria dimessa, il vestiario non curato, l'aspetto trasandato e uno sguardo indagatore irresistibilmente seduttivo accompagnato immediatamente da una gestualità calorosa che ricerca il contatto. Cristina vive con la madre e due fratelli perché il padre è stato allontanato da casa per molestie e/o abusi (non è ancora chiaro) nei suoi confronti e da un po' di tempo mostra un calo preoccupante nel rendimento scolastico oltre a un comportamento disturbante nel contesto classe. La prima immagine che mi si affaccia alla mente è quella di un pulcino spennacchiato che non sa dove dirigersi e, sia pur tenendo a bada il mio controtransfert, tento di metterla a suo agio spiegandole che so che hanno passato momenti molto brutti in famiglia e che sta affrontando notevoli disagi a scuola. Cristina non risponde ma lascia sottintendere il suo profondo malessere abbassando gli occhi e rannicchiandosi sulla sedia con un'aria sempre più sperduta che attiva in me una sconfinata tenerezza. Siamo in un'area di immobilità che mi fa percepire ogni mia potenziale mossa come una violenza perpetrata ai suoi danni e che mi permette solo di pensare come consolarla e come allontanarla da quella distruttività che l'ha resa così impotente. Controtransferalmente mi ritrovo con un odio profondo nei confronti di chi ha potuto farle tutto questo e provo una conseguente paura di potermi anche solo lontanamente identificare con figure genitoriali tanto negative. Anche il silenzio che accompagna la nostra immobilità inizia a sembrarmi una violenza e soprattutto un abbandono e mi consento di esplicitare tutta l'empatia di cui mi sembra di essere capace in quel momento. Le propongo con molta dolcezza di cercare nella stanza qualcosa che possa interessarla per giocare insieme se non le va di parlare o disegnare e gradualmente Cristina inizia ad animarsi. Esplora la stanza un po' freneticamente senza darsi nemmeno il tempo di capire l'utilizzazione di alcuni oggetti e sembra alla ricerca di qualcosa di specifico che però non riesce a chiedere. Avvicinandosi all'angolo degli strumenti musicali chiede come si usano ma, al mio tentativo di renderle possibile un rapporto attivo con gli oggetti, di nuovo mostra un'aria totalmente smarrita che mi porta a pensare di averle chiesto troppo. Al mio atteggiamento, reso ora sempre più convesso dalla preoccupazione di tipo empatico, la bambina risponde chiedendomi della musica perché a lei piace ballare. Quando inserisco la cassetta nel registratore mi chiede di stare seduta per poterla guardare mentre balla e si mette in piedi davanti a me assumendo una postura di totale chiusura che mi fa nuovamente pensare di averle permesso troppo. Improvvisamente però Cristina inizia a muoversi con una perizia e una seduttività che mi lasciano letteralmente annichilita. Ora non ho più davanti il pulcino smarrito che avevo visto entrare nella stanza solo 20 minuti prima ma una donna-bambina che mostra tutta la sua flessuosità attraverso una danza che si impone alla vista dell'altro con una prorompente sessualità. Giravolte, salti, ammiccamenti e pause che mi rendono spettatrice di uno scenario di seduzione rivolto al mondo. Annichilita, sorpresa, incuriosita e poi mano a mano sempre più perplessa mi ritrovo, a un certo punto, con un senso di fastidio che si trasforma in sensazioni somatiche

che mi impediscono di pensare e mi costringono ad assistere allo spettacolo senza poter intervenire. Una lunga danza che innalza sempre più la temperatura della stanza e che inizia gradualmente a contenerci perché la mia passività consente almeno di tenere lontana l'area del giudizio e anche di quell'empatia che mi aveva portato a pensare troppo al posto suo. Prima di andare via Cristina riassume gradualmente la sua aria sommessata e mi chiede se devo parlare con la madre. Alla mia risposta negativa mi dice che qui si sta bene e vuole tornare perché vuole fare altre cose. Quando rientro nella stanza, dopo averla accompagnata in sala d'attesa, sono colta da un senso di gelo che mi immobilizza e mi impedisce di ripercorrere il filo del nostro incontro.

I sentimenti controtransferali che un terapeuta può accettare ed elaborare consentono di cogliere il senso profondo dei comportamenti che il bambino è costretto a mettere in atto e aiutano a tinggiare le sue reazioni emotive ancora inesprimibili. L'ambivalenza che Cristina è stata in grado di mettere in atto fin dal primo incontro, attraverso il personaggio della vittima e quello della seduttrice, rappresenta in modo evidente quella complessa conflittualità interna che tutti i bambini vittime di abuso sono costretti a provare. I miei sentimenti di compartecipazione e poi di annichilimento, immobilità e mancanza di pensiero sembrano allora ben rappresentare la trama emotiva entro la quale il bambino si trova a subire l'ambivalente seduttività di un adulto importante.

Nel corso della terapia con Cristina i momenti di empatia e intrusività, vissuti inizialmente in modo scisso e a fasi alterne nella relazione, hanno iniziato a integrarsi per dare forma a comportamenti più complessi dove la seduzione non è solo il mezzo per confondere l'altro e portarlo dalla propria parte (*seducere*) ma il ponte per costruire intenzionalmente qualcosa con l'altro. Accogliere la sua danza per tante sedute è stato il modo per far vivere a lei la possibilità di intrudere nel mio mondo ma fermarla è stata l'occasione per vivere la mia intrusione dando a lei l'occasione di sperimentare una forza che chiede all'altro una relazione definita da una presenza consapevole.

Molti bambini e ragazzi mettono in atto comportamenti che sembrano invece distanti dalle tinte emotive che hanno tinggiato l'abuso e possono creare nel terapeuta sentimenti ancora più difficili da elaborare. Tutti quei bambini che parlano simbolicamente dell'evento traumatico attraverso regressioni pesanti e che costringono il terapeuta ad abitare luoghi arcaici per un tempo indefinito, a volte fino alla nausea, per evitare qualsiasi tipo di imposizione dall'esterno. (Penso alla storia di un bambino che ha lasciato tracce reali e simboliche della sua caccia per mesi aspettando inconsapevolmente che un adulto fosse in grado di esprimere la sua nausea ponendo fine alla coazione). Oppure quelli che, a un livello più simbolico, mettono in scena il gioco perverso della loro relazione con i genitori costringendo il terapeuta a ripetere in modo coatto il ruolo di un bambino passivo che deve subire tutte le angherie di un adulto irresponsabile e/o violento. (Penso alla bambina che per lunghi mesi ha chiesto alla sua terapeuta di impersonare, attraverso il gioco simbolico, il ruolo di una bambina incapace di reagire alle richieste esagerate della madre anche lei in attesa di qualcuno che potesse finalmente ribellarsi per attestare il proprio diritto a pensare in modo diverso). O ancora quei ragazzi che pongono alla terapia una



**Società Italiana di
Psicoterapia Funzionale**

**Scuola Europea
di Psicoterapia Funzionale**

International School of Functional Psychotherapy
I.A.P.F. - European Association for Family Psychotherapy

**21° Corso Quadriennale
1983 - 2005**

**Master Triennale
Counselor Professionista**

Master Biennali in Evolutiva



**La Psicologia Funzionale
studia tutti i processi psichici e
corporei nella loro complessa
interazione.**

**Una metodologia terapeutica
innovativa che agisce sui
funzionamenti profondi della
persona in modo integrato su tutti
i livelli del Sé.**

**RECUPERO DELLE ANTICHE
"ESPERIENZE BASILARI DEL SÉ"**

**MOBILIZZAZIONE E INTEGRAZIONE
DI TUTTE LE FUNZIONI DEL SÉ**

Alcuni testi di riferimento:
L. Rispoli, *Psicologia Funzionale del Sé*, Astrolabio, Roma, 1998
L. Rispoli, *Il senso del corpo e i segreti dell'anima*, Iguari, Napoli, 2003
L. Rispoli, *Esperienze di Base e sviluppo del Sé (l'evoluzione nella Psicoterapia Funzionale)*, F. Angeli, Milano, 2004

**Fondatore e Direttore
nm. Luciano Rispoli**

NAPOLI
vico S. Maria Apparente, 77
tel. 081 660784
081.2404111
fax 081.2404125
email:
napoli@psicologiafunzionale.it

FIRENZE
tel. 055 7469093
email:
firenze@psicologiafunzionale.it

sito web
www.psicologiafunzionale.it

Altre Sedi:
In via di riconoscimento

Catania tel. 095.7150060
Padova tel. 049.8844051
Roma tel. 06 70454258

Istituti:

Brescia tel. 030.7435477
Palermo tel. 091.513793
Roma tel. 06 20764848

Referenti in altre città:

Siena tel. 0577.49640
Parma tel. 0521.232681

Sedi Internazionali:
Pang, Montpellier, Città del
Messico

sfida estrema con atti pericolosi che costringono il terapeuta a provare, in modo passivo, tutto il terrore di chi non ha scampo o via d'uscita. (Penso al ragazzo che ha passato intere sedute sul bordo della finestra sfidando il suo terapeuta a reggere l'orrore del vuoto finché quest'ultimo non è stato in grado di porre finalmente un limite a questo gioco sado-masochistico che imprigionava entrambi in un'area di gelo).

Ci sono poi quei bambini e ragazzi che, impersonando tutta la passività, sfidano la creatività del terapeuta costringendolo a sentire tutta l'impotenza del proprio operato. Ore interminabili di risposte a mezza bocca, di «non lo so», di «come vuoi» che fanno oscillare il terapeuta tra il senso di inadeguatezza e la rabbia rendendogli a volte difficile quel tanto di intrusione che permetterebbe almeno al ragazzo di essere consapevole della propria passività.

Ma penso anche a tutti quei genitori che stimolano nel terapeuta sentimenti di squalore o attivano rabbia e rifiuto e che hanno invece bisogno di incontrare un adulto sufficientemente intrusivo da porsi come modello di normatività e sufficientemente empatico da trasmettere una sensazione di calore per parti interne che sono state bistrattate o completamente disattese. Genitori che hanno bisogno di essere messi in contatto con il rispetto e la dignità ma che devono anche essere tenuti a bada perché la componente manipolativa che li porta a difendersi non prenda il sopravvento distruggendo il senso di una riparazione.

Sono queste le trappole che possono spingere il terapeuta ad essere troppo concavo o troppo convesso quando gli elementi della storia del bambino mettono inconsapevolmente in moto il suo passato e che possono spingerlo a privilegiare unilateralmente una parte a scapito dell'altra tenendo in vita la dinamica perversa che ha dominato l'abuso. Trappole che sono tanto più attive in un servizio quanto più l'intervento si pone come ultima possibilità di redenzione di una famiglia che è stata sancita anche per vie legali. Il rapporto tra terapeuti che seguono il bambino e quelli che sostengono i genitori, i rapporti tra la struttura che accoglie il bambino nella sua quotidianità e il luogo dove il bambino svolge la sua terapia, la collaborazione con la scuola e i rapporti con le competenti autorità giudiziarie creano dinamiche di difficile gestione anche per uno psicoterapeuta.

Nel corso delle supervisioni è emerso più volte un quadro di confusione e conflittualità che ci ha permesso gradualmente di risalire all'origine del problema e ci ha consentito di comprendere i sentimenti ambivalenti di ciascuno. È facile vedere il persecutore nel genitore, nel collega che non ha capito, nella struttura in cui si lavora, nella scuola, nel giudice e comunque nel mondo là fuori che ci infligge i suoi traumi senza rendersi conto della nostra vittimizzazione. Quando si lavora con temi così scottanti è anche più probabile che entrino in gioco ansie, perplessità e paure che sembrano travalicare i confini delle nostre teorie e del nostro fare terapeutico. Serve coraggio e onestà intellettuale, oltre che ovviamente una solida professionalità, per riconoscere la conflittualità dentro di noi, per farci contenitori di tutte le parti che la storia agisce, per riconoscere la nostra genitorialità interna nel bene e nel male e per accettare la contraddittorietà del nostro bambino interno. Per tutti questi motivi voglio chiudere le mie riflessioni esprimendo empatia per quanti quotidianamente si impegnano in riparazioni così delicate. ♦

Riflessioni su alcuni aspetti problematici del setting nella terapia analitica in età evolutiva

CARLA CIOFFI

Neuropsichiatra infantile, analista junghiana (CIPA-IAAP), Sandplay Therapist (AISPT-ISST), Roma

Nella mia attività svolgo la maggior parte del mio lavoro con pazienti in età evolutiva in un ambiente privato, lontano dalla realtà istituzionale. La riflessione metodologica che mi porta a considerare gli aspetti problematici del setting nella terapia dell'età evolutiva risente quindi della peculiarità di questa mia pratica terapeutica.

Prima di tutto bisogna precisare che il setting che si configura con i pazienti in età evolutiva pone problemi molto diversi rispetto a quelli in età adulta.

I più importanti fattori che causano questa diversità sono i seguenti:

- 1) le modalità espressive del bambino, anche nel manifestare il disagio psichico, modalità in continua evoluzione in relazione ai vari momenti dello sviluppo;
- 2) la presenza reale dei genitori nella vita di un bambino e quindi anche nella sua terapia.

Consideriamo il primo punto. Se anche per la terapia infantile, come per quella degli adulti, il setting deve essere una modalità interiorizzata di definire i confini della relazione analitica, bisogna considerare che nel rapporto con il bambino questi confini sono molto più soggetti ad essere trasgrediti.

In età evolutiva c'è una naturale tendenza all'agito, ascoltare e comprendere un paziente in questo periodo della vita significa abbandonare le coordinate del proprio mondo per esplorarne di nuove che sono spesso difficili e sulle prime poco praticabili.

Non si è solo di fronte a un'immaturità dell'evoluzione del linguaggio, ma a una qualità diversa del comunicare, dove la dimensione senso-motoria si modula nell'espressione corporea, nel disegno.

Il setting interno, teso all'ascolto e alla comprensione, ha bisogno di essere oggettivato in un setting estrovertito che, per la terapia in età evolutiva, non può che essere rappresentato da possibilità di gioco e d'espressione corporea destinata a facilitare la comprensione del giovane paziente e ridurre le interferenze alla produzione inconscia entro cui poter avviare il lavoro analitico.

Nell'analisi infantile quindi il setting può essere considerato un ambito nel quale si può (o si deve) agire sapendo di agire, lasciandosi coinvolgere totalmente dalle identificazioni proiettive del bambino, in situazioni di lavoro in cui mancano i tempi e le condizioni per una possibilità di elaborazione verbale e vige l'esigenza di una risposta immediata.

Questo può per il terapeuta essere un elemento che induce

ad *agiti* al di fuori della funzione analitica, soprattutto in momenti in cui si è più esposti ad *attivazioni di angosce arcaiche* (trovo questo un elemento molto importante e lo riprenderò più avanti al momento dell'esemplificazione clinica).

Occupiamoci ora del secondo punto. L'altro aspetto che differenzia profondamente il setting infantile da quello degli adulti riguarda i genitori, il cui rispetto o meno della regola analitica è portatore di sentimenti transferali e controtransferali difficili da elaborare all'interno del rapporto terapeutico.

L'esigenza di riflessione su un aspetto teorico come quello del setting non può secondo me essere sufficientemente approfondito se non lo si lega alla realtà della pratica analitica.

Per questo motivo sorge l'esigenza di tracciare per sommi capi alcuni frammenti di storie cliniche che hanno promosso le mie considerazioni al fine di usarle come filo conduttore esplicativo nei vari quesiti che mi si porranno lungo il cammino.

IL SETTING DIAGNOSTICO

Gary è un ragazzo che presenta molte difficoltà di relazione e problemi di somatizzazione.

Fin dal suo inserimento nella scuola dell'obbligo, il suo carattere chiuso e isolato, le difficoltà di concentrazione, certe anomalie nell'utilizzo del tempo e dello spazio, avevano preoccupato le insegnanti e le avevano indotte a sollecitare la famiglia, affinché il bambino fosse indagato da un punto di vista medico-psicologico.

I genitori non condividevano le preoccupazioni delle insegnanti. Anche gli altri tre figli maggiori avevano presentato a suo tempo problemi di crescita (anche se di diversa tipologia) che poi si erano attenuati, a loro dire, attenuati col tempo.

Le insegnanti, durante tutto il periodo scolastico elementare di Gary, pur riconoscendone le buone possibilità intellettive, avevano iterativamente espresso le loro preoccupazioni e rinnovato ai genitori, senza alcun successo, l'invito ad approfondimenti medici.

Gary viene condotto nel mio studio dopo una prima media disastrosa, e soprattutto dopo un lungo viaggio fatto, durante le vacanze estive, con il padre e i fratelli, ma senza la madre, nel paese d'origine paterno.

Durante questo «ritorno a casa» le bizzarrie di comportamento del ragazzo vengono finalmente notate e viene decisa una consultazione medica.

I genitori si rivolgono a me perché sono una neuropsichiatra infantile che lavora nel suo studio privato poiché

NEUROPSICHIATRIA QUOTIDIANA PER IL PEDIATRA

All'evento sono stati assegnati
 5 crediti formativi ECM per le seguenti categorie:
 Medici Chirurghi – Psicologi

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Carla Berardi

Eliana Coltura

Serenella Corbo

Stefano Falcone

Federico Marolla

Manuela Orrù

Franco Panizon

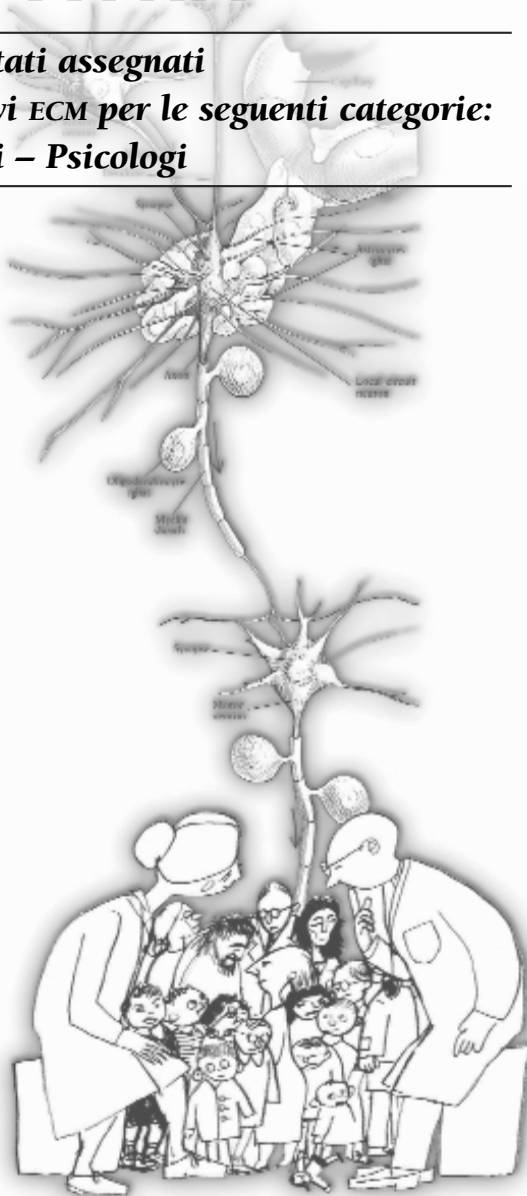
Franco Passalacqua

Angiolo Pierini

Laura Reali

Vittoria Sarno

Michele Valente



ROMA

21-22 maggio 2005

Museo Civico di Zoologia – Sala Balena

Via Ulisse Aldrovandi, 18 – 00197 Roma

PROGRAMMA

Sabato 21 maggio

Educazione, bambini e sviluppo umano

Mattino: conduce C. Rossetti

- 9,00 Presentazione: da Spoleto a Roma (F. Panizon, C. Berardi, M. Valente)
- 9,30 Teoria dell'educazione: modelli del passato e attuali (P. Lucisano)
- 10,00 Discussione
- 10,30 Teoria dell'educazione: basi neurofisiologiche dell'apprendimento (G. Chiarenza)
- 11,00 Discussione
- 11,30 Coffee break
- 12,00 Educare al sonno (A.M. Moschetti)
- 12,30 Discussione
- 13,00 Lunch

Pomeriggio: conduce M.G. Torrioli

- 14,30 Educare all'autonomia: il bambino e il suo ambiente (F. Tonucci)
- 15,00 Discussione
- 15,20 Educare alla genitorialità: l'approccio Brazelton (G. Rapisardi)
- 16,00 Discussione
- 16,30 Tavola rotonda
Interventi educativi di efficacia dimostrata: dall'EBM all'applicabilità quotidiana (F. Marolla, F. Panizon, L. Reali, M. Valente)
- 17,30 Discussione

Domenica 22 maggio

Educazione e dipendenze: un problema pediatrico?

Mattino: conduce M. Davoli

- 9,00 L'origine delle dipendenze (A. Oliverio Ferraris)
- 9,30 Discussione
- 9,50 Epidemiologia delle dipendenze (M. Bonati)
- 10,10 Farmacotossicologia delle droghe vecchie e nuove (A. Russo)
- 10,50 Discussione
- 11,15 Coffee break
- 11,30 L'adolescente e le dipendenze: aspetti psicosociali (G. Barletta)
- 12,00 Discussione
- 12,20 Novità sull'ADHD (M. Bonati)
- 12,40 Verifica dell'apprendimento
- 13,30 Sintesi delle giornate e arrivederci a Spoleto (F. Panizon)

Le iscrizioni vanno inoltrate alla segreteria organizzativa: Quickline Traduzioni&Congressi
 Via S. Caterina da Siena n. 3 – 34122 TRIESTE
 Tel. 040 773737-363586 – Fax 040 7606590 – cell. 335 7773507
 e-mail: congressi@quickline.it – <http://www.quickline.it>

rifiutano l'ambiente istituzionale per una precedente e fugace esperienza presso un Centro Specialistico di N.P.I.; esperienza fatta con i primi figli e risultata per loro assolutamente disastrosa e irripetibile.

Il primo incontro si svolge solo con la coppia di genitori, coppia che sento strettamente alleata nel negare la problematicità del figlio; sento anche che forse è questa l'unica cosa che ancora li unisce in un matrimonio che rimane ormai solo di facciata. I tre incontri successivi (sedute d'osservazione), sono dedicati all'incontro e alla conoscenza di Gary.

Durante le sedute di osservazione il bambino presenta tratti autistici e fenomeni di somatizzazione così rilevanti che mi fanno pensare a una possibile compromissione su base organica per escludere la quale è necessario un approfondimento strumentale in ambiente ospedaliero.

Ma se il linguaggio di Gary risulta così coartato da essere ai limiti del comprensibile, i disegni e soprattutto le immagini della Sandplay therapy risultano così comunicative e significative da essere percepite dal mio controtransfert come una richiesta d'aiuto oltre che una buona possibilità di lavoro analitico.

Ho riassunto brevemente la prima parte di quella che nel lavoro iniziale con i bambini viene definita fase diagnostica.

È questa la prima grande differenza con la terapia degli adulti.

Con fase diagnostica s'intende quella serie d'incontri con la famiglia e con il bambino durante la quale l'analista consultato può farsi un'idea generale del problema, del quesito diagnostico che viene posto e di chi lo sta ponendo.

Durante il primo colloquio si cerca di raccogliere un'anamnesi accurata sia di ordine medico che psicologico, si cerca altresì di ricostruire l'evoluzione della crescita del bambino e in quale ambiente socio-culturale questa sia avvenuta. Si cerca di sintonizzarsi sulle dinamiche familiari, sui punti conflittuali all'interno di questa, sulle resistenze ai cambiamenti e alle possibilità di trasformazione.

Quest'ultimi aspetti saranno poi riaffrontati, ma sotto una diversa prospettiva, al momento della restituzione, nella parte cioè conclusiva della fase diagnostica, in cui s'incontra nuovamente la famiglia.

Il numero degli incontri e la presenza o meno del bambino a tutti gli incontri varia da analista ad analista e per quanto mi riguarda varia da caso a caso.

Questa fase ha un suo setting, *setting diagnostico*, che è caratterizzato dal fatto di avere dei tempi propri con un'ampia libertà di movimento ma che non si dovrebbe sovrapporre alla fase successiva: a quello che sarà il *setting terapeutico*.

Tranne rare eccezioni non è il bambino che chiede di essere portato a una consultazione psicologica, ma sono i genitori che sentono il peso del disturbo del figlio e decidono per lui.

Gli analisti di bambini si scontrano continuamente con le problematiche legate alla presenza di genitori reali e fantastici.

Dietro ogni bambino c'è una famiglia quindi e il primo compito è capire perché quella famiglia ci chiede un parere o una terapia.

Compare in questa fase del caso di Gary, la prima problematicità di setting diagnostico: qual è la metafora che deve essere impiegata nel lavoro che si prospetta?

La metafora medica con la sua necessità di far chiarezza

sulla patologia e possibilmente sulle sue cause, le sue dinamiche, la sua prognosi? O la metafora analitica con la sua necessità di mantenere una posizione d'ascolto e d'attesa e una capacità di stare nell'incertezza?

Considero il mio doppio ruolo di neuropsichiatra infantile e di analista un arricchimento nel lavoro con i bambini per la possibilità di una visione binoculare sulla stretta interconnessione in età infantile che la psiche e l'attività noetica presenta con il corpo e le sue difficoltà.

Questo doppio ruolo richiede però una maggiore attenzione alla motivazione che conduce i genitori alla consultazione, specie se quest'ultima non avviene, come nel presente caso, in uno spazio ben definito come quello istituzionale in cui ogni figura professionale assume agli occhi dei pazienti un ruolo ben preciso senza ambiguità o sconfinamenti.

Da qui l'esigenza di definire il setting diagnostico inteso, così come quello diverso che caratterizzerà la fase terapeutica, non come insieme di regole pre-costituite, ma come una modalità interiorizzata di definire la relazione con quel paziente e con quei genitori.

Questa esigenza di definizione del setting diagnostico sorge nel momento in cui si crea uno spazio in cui ancora non c'è terapia e in cui ancora spesso non c'è una domanda, ma è determinante la necessità di un *témenos* in cui tutto questo possa avvenire.

Nel ritornare alla metafora da usare, medica o analitica, questa è legata alla domanda conscia e inconscia che sottende la consultazione.

Quando un genitore fa una richiesta d'aiuto «agisce» una fantasia riguardante il tecnico della psiche o il trattamento che si aspetta da esso venga. Quest'area del pensiero dei genitori va analizzata, resa pensiero, prima di qualunque altra iniziativa (Montecchi, 1993, pag. 67).

La fase diagnostica, nella pratica privata di un analista che è anche neuropsichiatra Infantile, necessita quindi di un setting in cui possano coesistere senza interferenze la metafora medica con le sue esigenze di accertamento biologico e con la conseguente spesso inevitabile delega diagnostica a strutture ospedaliere, e la metafora analitica in cui l'ascolto delle motivazioni e delle fantasie inesprese dei genitori e del bambino renda possibile un'elaborazione che li aiuti a rendersi consapevoli della specificità della loro domanda.

Nel primo incontro con i genitori di Gary non era stata formulata una domanda specifica, cosa per altro molto frequente nella mia esperienza. La consultazione aveva avuto le connotazioni di una visita medica di controllo, così come le può avere una visita pediatrica.

La restituzione quindi è l'occasione in cui si può formulare una domanda e cercare di costruire un'ipotesi di terapia.

Rifletto molto anche sull'opportunità di far partecipare Gary alla restituzione con i genitori.

Anche questo punto del setting diagnostico è molto controverso tra gli analisti dei bambini.

Personalmente valuto ogni volta l'opportunità della presenza del bambino ai primi colloqui con i genitori e comunque sia l'età che la gravità del paziente sono fattori che tengo fondamentalmente in considerazione per una decisione in proposito.

Nel caso sopra riportato 12 anni sono sicuramente un'età in cui la presa di coscienza del sintomo e le motivazioni esplicite

tate dai genitori in sua presenza possono essere aspetti importanti e depongono a favore della presenza del ragazzo alla restituzione.

Contro questa decisione, in questo caso, sta quel *non vedere* da parte della coppia le problematiche di Gary, l'essere tra loro così alleati in questa *chiusura* ai richiami delle insegnanti.

Un lungo non vedere e non ascoltare che dà la misura di quanto la restituzione si prospetti difficile.

Una delle più importanti esigenze di riflessione sul setting è dovuta al fatto che il lavoro analitico con i bambini ha un'alta incidenza d'interruzioni e di fallimenti e dal fatto che spesso le radici degli insuccessi siano già riconoscibili in quella fase iniziale (diagnostica) in cui si colloca la domanda d'aiuto, la definizione del contratto e l'inizio della terapia.

Ma se a livello teorico si riesce a fare una distinzione tra ciò che è diagnosi e ciò che è terapia, nella pratica terapeutica spesso ci si trova a confronto con modalità di comunicazione inconscia a cui, a mio avviso, bisogna dare la precedenza.

Il transfert positivo creatosi con Gary durante le sedute d'osservazione e quella sua ancora inconscia richiesta d'aiuto (per ora solo su un piano simbolico) rappresenta qualcosa di troppo prezioso per poter essere messa a rischio e troppo fragile per poter superare indenne una seduta che si preannuncia così carica d'affetti: la difesa di quel germoglio di rapporto terapeutico diventa l'idea guida per le decisioni da prendere.

In questo caso e per le motivazioni sopra riportate, decido di fare la seduta finale di restituzione con i soli genitori.

FASE DI PASSAGGIO DAL SETTING DIAGNOSTICO AL SETTING TERAPEUTICO

Spesso sono necessarie più sedute molto dilazionate nel tempo per poter permettere ai genitori di elaborare il fatto che le difficoltà dei loro figli non sono solo problemi di crescita.

Talvolta entra in gioco il loro essere stati, per ragioni diverse, bambini sofferenti e non riconosciuti. Talaltra appare il pericolo di rottura di quella omeostasi familiare che tiene unita una coppia nel negare i problemi del proprio figlio.

Il controtransfert dell'analista rimanda spesso un dolore e un senso di colpa genitoriale con cui si deve confrontare e che deve cercare di contenere.

Spesso è solo dopo aver faticosamente accettato il parere medico che può essere formulata una domanda di terapia.

Anche qui la metafora analitica si accompagna frequentemente a quella medica: c'è l'ascolto e il contenimento, ma anche spesso in età evolutiva c'è la necessità di una prescrizione di accertamenti biologici.

Quest'ultimo punto legato a un'ipotesi di *causa organica*, viene accolto il più delle volte come un'ancora di salvezza di fronte a sentimenti di colpa o di inadeguatezza sul proprio ruolo di padre e di madre, scatenati dalla conferma della patologia del figlio.

Angela ha quindici anni, l'anoressia è iniziata subdolamente come al solito, a seguito di una dieta dimagrante.

Il periodo diagnostico serve ad Angela per realizzare che la situazione dieta le sta sfuggendo di mano e accetta d'intraprendere una terapia individuale.

Nel frattempo, secondo una modalità che sono solita proporre nei disturbi alimentari adolescenziali, verrà preso con-

tatto con un reparto ospedaliero da me indicato (in quanto specializzato in disturbi alimentari) per una valutazione del danno biologico; inoltre i genitori sono d'accordo nel consultare un collega analista che li seguirà durante la terapia della figlia e li aiuterà a comprenderla meglio e a comprendere i loro vissuti rispetto a lei.

Dopo un mese di sedute, al momento in cui viene fissato l'appuntamento in ospedale, Angela incomincia a manifestare una grande irrequietezza e malessere fisico: è spaventata all'idea dell'ospedale e, tramite il suo lavoro alla Sandplay, fa riferimento a un segreto che deve essere mantenuto e protetto, pena una catastrofe universale.

Comprendo che è giunto il momento di abbandonare la metafora medica che aveva accompagnato il setting diagnostico, per utilizzare solo quella analitica, metafora dominata dalla posizione d'ascolto e d'attesa, ma anche dalla necessità di stare nell'incertezza.

L'accertamento in ospedale viene rimandato a un momento in cui la ragazza si sentirà pronta ad affrontarlo.

Nel frattempo anche i genitori, dopo diverse sedute con l'analista a cui li avevo inviati, interrompono tutto perché sostengono di non sentirsi sufficientemente motivati.

Angela continuerà a venire da me puntualmente.

Il passaggio dal setting diagnostico a quello terapeutico che viene sancito dal «contratto» è un momento molto delicato.

Si passa da una situazione di accoglienza del nucleo familiare nel suo insieme e dall'accoglienza delle problematiche di cui ogni singolo componente è portatore, a una scissione di questa unità con l'inevitabile delega ad altri perché si occupi del contenimento di alcune sue parti.

Nella fase diagnostica è presente quella che può essere definita una «funzione paterna» che con le sue modalità di riordino e catalogazione dei problemi (la raccolta dati, l'individuazione della richiesta, l'analisi delle necessità d'intervento) pone i limiti della relazione e prepara il paziente a separarsi.

Questa separazione però talvolta è vissuta, soprattutto dalle famiglie più patologiche in cui è indispensabile «che nulla cambi», come un pericolo troppo grande per poterne accettare il rischio.

La decisione di accettazione del contratto per il passaggio a un setting terapeutico, di solito è motivata da uno spirito cosciente di collaborazione da parte dei genitori, grazie al quale essi si sentono parte attiva nella terapia del figlio e possono così dar spazio a una loro esigenza di «riparazione».

In quest'ottica, essi sono spesso portati ad accettare inizialmente anche condizioni che reputano pesanti.

Una condizione investita spesso di un importante significato riparatore è quello di accettare un lavoro psicologico personale in funzione di sostegno alla terapia del figlio.

Come si sa Jung ha dato un ampio spazio ai nodi irrisolti dei genitori e alla loro influenza sulla vita dei figli; ha quindi, per gli analisti infantili, un significato profondamente junghiano il far sì che i genitori dei bambini in trattamento possano accedere a una motivazione interna per un approfondimento personale che li apra a una reale disponibilità a mettersi in discussione; inoltre, come scrive M.-L. von Franz, quando i genitori hanno stabilito un nesso con il proprio inconscio, la pressione sui figli è minore anche se nessun essere umano può sfuggire del tutto al fatto di essere influenzato dall'inconscio dei suoi genitori (1972, pagg. 110-1).

Il lavoro psicologico dei genitori condotto separatamente rappresenta una salvaguardia per il setting terapeutico, salvaguardia che l'analista deve perseguire per evitare al massimo l'alto numero di interruzioni e di fallimenti terapeutici che si verificano nella terapia infantile.

L'ascolto analitico e gli interventi effettuati sui genitori da un altro analista offrono numerosi vantaggi, permettendo la diluizione del transfert intenso, una migliore distribuzione delle energie e il ritorno a un rapporto dove prevalgono una confidenza e una fiducia di base.

Il dare uno spazio ai genitori consente di:

- a) soddisfare la loro tendenza a parlare di se stessi;
- b) ridurre la possibilità di disturbare lo svolgimento della terapia;
- c) diminuire le loro resistenze;
- d) chiarire il loro bisogno di frenare il processo di cambiamento in corso (Montecchi, 1995, pag. 168).

Il contratto stipulato con Angela e i suoi genitori subisce precocemente due deroghe: il rifiuto della ragazza all'accertamento ospedaliero e subito dopo il rifiuto dei genitori a portare avanti un loro lavoro personale.

Il contratto solitamente definisce il setting; vanno, questi due avvenimenti, considerati altrettanti attacchi alla sua integrità?

Il rifiuto della ragazza a fare qualcosa che è sostanzialmente al di fuori del setting analitico non credo possa essere considerato un attacco alla terapia.

In ogni caso esso ha avuto un senso raggiungibile per entrambi i componenti della relazione analitica in uno spazio proprio ed ha dato la possibilità all'analista di indirizzare meglio il suo piano operativo (l'esclusione definitiva della metafora medica).

La rinuncia dei genitori, anch'essa riguardante in senso stretto qualcosa di esterno al setting, può invece essere considerata una resistenza a delle possibilità di cambiamento, quindi un attacco alla terapia, attacco che, per altro, non è possibile elaborare.

Ogni qual volta l'analista crea uno spazio interiore per il giovane nuovo paziente, deve anche considerare tutte le implicazioni che questa assunzione in carico può comportare, com-

presi i rapporti con i genitori che certo non sempre nella realtà aderiscono a una pianificazione anticipata.

Chiedere la massima collaborazione ai genitori significa chiedere loro di rinunciare al controllo della terapia; il segreto professionale che vige per l'adulto vige anche per il bambino, anche se troppo spesso si pensa che un bambino *non debba aver segreti*.

I genitori inoltre devono essere preparati a momenti per cui il bambino starà peggio e condurlo comunque in terapia.

Quel che si chiede ai genitori è quindi qualcosa di molto difficile: sostenere la terapia ma di non parteciparvi.

Nel fare ciò bisogna appellarsi alle parti adulte e responsabili dei genitori, ma non sempre si può avere una risposta adeguata, o almeno non per tutto il tempo della terapia e soprattutto non da quelle famiglie che risultano troppo disturbate per espletare le loro funzioni.

IL SETTING TERAPEUTICO

Paolo ha tredici anni ed è in terapia da circa nove mesi. Venne inviato da un collega che aveva ipotizzato un disturbo pervasivo dello sviluppo; la diagnosi, molto seria da un punto di vista prognostico, aveva suscitato l'incredulità e l'ostilità dei genitori anche se questi concordavano che certi comportamenti del ragazzo potevano essere definiti anomali e lesivi della sua buona riuscita scolastica.

Pur accettando una terapia psicologica per il figlio, la coppia aveva a suo tempo rifiutato un sostegno psicologico per loro stessi.

Le sedute terapeutiche si susseguono regolarmente due volte a settimana.

Il ragazzo, pur abitando piuttosto lontano dal mio studio, arriva puntuale accompagnato solitamente dal padre che ha orari di lavoro più elastici della madre.

Le rare volte in cui lo accompagna la madre si verificano immancabilmente ritardi dovuti al fatto che con lei Paolo assume un'«andatura molto lenta».

Le parcelle di fine mese, pur essendo in buona parte rimborsate da un'assicurazione e pur essendo la famiglia di condizioni economiche agiate, vengono spesso pagate in ritardo o

Direttore:

Dott. Aldo Mattucci

Staff clinico e didattico:

Dott. Luciano Tonellato

Dott.ssa Fabiana Filippi

Dott. Marcellino Vetere

Dott.ssa Alda De Marchi

Dott.ssa Ancilla Dal Medico

Dott.ssa Stefania Castellani

ISTITUTO VENETO di TERAPIA FAMILIARE

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Familiare e Relazionale. Sedi di Treviso e Vicenza

Riconosciuta dal MURST con decreto del 3 Aprile 2003

Organizza

MASTER DI 2° LIVELLO IN CLINICA DELLA RELAZIONE DI COPPIA
(in collaborazione con l'Università Cattolica di Milano)

Altri corsi aperti a laureati e diplomati:

CORSO DI FORMAZIONE PER MEDIATORI FAMILIARI SISTEMICI
(riconosciuto dall'AIMS)

CORSO PER CONSULENTE SISTEMICO (FAMILIARE E RELAZIONALE)
CORSO PER PSICOLOGO SCOLASTICO

Corso speciale:

LA CONSULENZA TECNICA E LA PERIZIA PSICOLOGICA

Corsi per:

AVVOCATI E MAGISTRATI

MEDICI DI BASE E OSPEDALIERI

OPERATORI SOCIOANITARI

SEMINARI DI STUDIO E DI AGGIORNAMENTO

CORSI RESIDENZIALI NEL TERRITORIO

(organizzati su richiesta di Enti pubblici e privati)

CORSI SULLE APPLICAZIONI DELLA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO

Condotti dalla Dott.ssa PATRICIA CRITTENDEN

Sede di Treviso

Piazzale Pistoia, 8 - 31100 Treviso

Tel./fax (0422) 430265

e-mail: itfv.treviso@tin.it

www.itfv.it

Sede di Padova

Via Savelli, 9 - 35100 Padova

Tel. (049) 8075845

Sede di Verona

Via Del Capitell, 3 - 37131 Verona

Tel. (045) 8401457

Sede di Vicenza

Via Pola, 30

36040 Torri di Quartesolo (VI)

Tel. (0444) 267482

Sede di Mestre - Venezia

Via Dante, 58

Tel. (041) 959500

mal conteggiate per difetto. Purtroppo il processo di Sand-play, approccio che occupa una parte importante nel mio setting terapeutico, presenta un decorso evolutivo fluido e assume aspetti e contenuti simbolici significativi.

Il miglioramento di Paolo, sia in terapia che nella vita quotidiana è tangibile; incomincia a relazionarsi con i compagni di scuola e le sue fantasie nei loro confronti si fanno meno persecutorie, diminuisce il numero di comportamenti bizzarri e pur permanendo le frequenti cefalee in risposta a frustrazioni anche modeste, queste sembrano essere meno invalidanti rispetto allo svolgimento delle sue normali attività. Il ragazzo inoltre incomincia a presentare autonomie e iniziative più consone alla sua età anagrafica.

I miei contatti con la famiglia si limitano a brevi comunicazioni alla fine delle sedute. Prima delle vacanze Pasquali ci incontriamo tutti e quattro e in questa occasione vengono espressi dai genitori i miglioramenti del figlio nella scuola e in famiglia.

Se da una parte mi rallegro dei progressi, non posso tra me non riflettere sulle variazioni che questi nuovi atteggiamenti comportano nella vita familiare e nella sua dinamica interna; di tutto questo Paolo non parla e, come spesso accade con quei bambini che sono molto presi dal loro mondo fantastico, ho grandi difficoltà a comprendere cosa accade realmente nella vita reale.

Sono trascorsi nove mesi di terapia quando una mattina la madre, per telefono, mi dice di aver trovato uno strano biglietto caduto dal diario scolastico del figlio.

Il biglietto, dai toni deliranti, in un linguaggio insolito e un po' biblico assolutamente lontano dalla consueta espressività del ragazzo, parla di un'entità che con la forza del pensiero lo spingerebbe al suicidio.

La signora, che non vuole far parola dell'accaduto con il figlio e che si raccomanda di non dirgli niente, mi chiede se deve preoccuparsi.

Dopo questa comunicazione, ripenso agli atteggiamenti di Paolo nell'ultimo periodo e fatalmente questi assumono ai miei occhi una nuova coloritura.

Mi preoccupano le cefalee persistenti, penso agli accertamenti medici richiesti dal collega e mai eseguiti.

Riguardando i resoconti delle ultime sedute, certi passaggi assumono ora significati che mi appaiono inquietanti.

Ricordando che alcune neoplasie del lobo cerebrale temporale procurano sintomatologie compatibili con quelle di Paolo, meto, consulto i trattati di neurologia.

La metafora medica si sostituisce prepotentemente a quella analitica.

Prendo contatto con lo psicologo scolastico perché raccomandi attenzione agli insegnanti durante una gita scolastica di tre giorni programmata di lì a poco.

In una comunicazione telefonica, sollecito i genitori a eseguire gli accertamenti ospedalieri che erano stati programmati dal primo neuropsichiatra e mai eseguiti (in seguito gli accertamenti biologici risulteranno totalmente negativi).

Apparentemente in seduta con Paolo non è successo niente, ma alla ripresa della terapia, dopo il breve ricovero ospedaliero, il dialogo analitico ristagna fino a diventare insignificante.

Paolo incomincia a saltare le sedute; al termine delle vacanze estive il ragazzo non riprenderà la terapia.

Il punto nodale causa d'interruzioni e d'insuccessi è individuabile già nelle fasi iniziali del trattamento, durante quel periodo che va dalla domanda alla definizione del contratto.

Ci sono genitori che hanno bisogno di un clivaggio tale che il primo analista consultato deve ricoprire il ruolo di *oggetto cattivo* ed essere la pattumiera delle proiezioni negative.

Ciò permette loro di vivere il secondo terapeuta come *buono* e degno di confidenze, anche se il suo parere è identico a quello del primo (Montecchi, 1995, pag.164).

Un transfert troppo intenso di un genitore sull'analista o delle aspettative troppo alte, rendono altrettanto difficile al terapeuta condurre il trattamento del bambino di quanto siano presenti forti resistenze o componenti svalutanti o palesemente ostili.

Il bisogno dei genitori di parlare separatamente con l'analista (anche nel caso in cui ci si sia accordati preventivamente nel far passare tutte le comunicazioni, comprese quelle telefoniche, al cospetto del giovane paziente) può essere agito in molti modi sia su un piano inconscio sia in modo più consapevole.

È noto come i ritardi alle sedute o gli erronei conteggi nei pagamenti possano essere attribuiti nella terapia degli adulti a una resistenza o a un attacco al setting.

Pur essendo questo valido anche per la terapia infantile, più frequentemente accade che certi *disguidi* possano essere dovuti a un sentimento di esclusione e di non controllo della terapia da parte dei genitori, visto che la chiarificazione di certi aspet-



Naturopata Scuola di Naturopatia Olistica

CENTRO STUDI EINSTEIN a.c.
organizza

**CORSI TRIENNALI DI NATUROPATIA OLISTICA
A INDIRIZZO BIOENERGETICO PSICOSOMATICO A:**

Grosseto - Roma - Milano - Chiavari - Bolzano

INOLTRE

**IV ANNO DI SPECIALIZZAZIONE IN COUNSELING
(Albo counselor F.A.I.P. riconosciuto dal CNEL)**

**CORSI DI INTEGRAZIONE PER DIPLOMATI
IN DISCIPLINE NATURALI**

**CORSI DI AGGIORNAMENTO PER MEDICI E PSICOLOGI
NELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE**

CORSI ECM

La Scuola rilascia diploma riconosciuto in ambito CEE
tramite il Centro De Estudios Naturistas di Barcellona,
legalmente riconosciuto in Spagna.

Disponibili a contatti per apertura nuove sedi

PER INFORMAZIONI RIVOLGERSI A:

Centro Studi Einstein

Via Aurelia Nord, 22 - 58100 Grosseto - Tel. 0564/416431 Fax 0564/427412
www.naturopatiaonline.org e-mail: info@naturopatiaonline.org

ti *contabili* obbliga a un incontro diretto tra analista e genitori.

Spesso il padre o la madre (o entrambi) sentono il bisogno di parlare con il terapeuta, ma il più delle volte ciò di cui vogliono parlare ha motivazioni e contenuti diversi da quello che è l'analisi del figlio e riguarda piuttosto il bisogno di accoglienza del loro bimbo interno.

In questi casi (in mancanza di un terapeuta che si occupi solo dei genitori) ci si trova davanti a un nodo insolubile.

Il bisogno di parlare con l'analista complica la relazione analitica stessa, mentre il rifiuto crea una ferita dannosa al proseguimento del trattamento.

La Psicologia Analitica indica come le comuni inconscietà, quella del paziente e quella dell'analista, debbano essere contenute in un *vaso alchemico chiuso*.

Talvolta quello che i genitori devono comunicare all'analista è un segreto che il bambino, a loro giudizio, non dovrebbe conoscere.

È questo qualcosa che può mettere fuori gioco il terapeuta: un segreto ne nasconde quasi sempre un altro, e non è possibile per l'analista lavorare tenendo dentro dei segreti che riguardano il paziente.

Il suo spazio emotivo verrà occupato dalla confusione e da un senso d'impotenza che lo porterà, come già detto, ad essere più esposto ad attivazioni di angosce arcaiche e indurlo ad agitarsi al di fuori della sua funzione analitica.

Accettando di parlare individualmente con la madre di Paolo che mi ha fatto partecipe di un segreto escludendo il mio paziente, ho permesso di scoperciare anzitempo il *vaso alchemico* contenitore e garante dell'analisi.

La confusione, il senso d'impotenza, la paralisi operativa su un piano analitico, ha fatto sì che l'*archetipo del guaritore* si sia impadronito del campo.

Se l'analista vuol comprendere qualcosa che accade all'anima deve sempre evitare di procedere con un atteggiamento di prevenzione (Hillman, 1964, pag. 37).

In una metafora medica, qualsiasi indicazione di suicidio, qualsiasi minaccia di morte, richiedono invece l'azione immediata di mezzi di contenzione e farmaci e una sorveglianza continua (*ibidem*, pag. 26).

Il medico deve curare, al di sopra di ogni altra cosa *egli deve fare qualcosa*. Se non facesse niente, assolutamente niente, dovrebbe deporre le sue armi contro la morte e svestirsi del suo ruolo archetipico al quale deve in primo luogo la sua efficienza... tutto ciò che ha valore non è quello che il medico fa ma *il fatto che egli faccia* (*ibidem*, pag. 93).

Jung ci ha aiutato, nel suo lavoro sugli archetipi e sulla loro rappresentazione, a prendere coscienza di fenomeni complessi propri dell'inconscio collettivo.

Ma come si fa a prendere coscienza di tali fenomeni in una situazione fortemente inconscia come quella archetipica?

Nagliero, nel suo lavoro sulla stabilità del setting per la formazione del Sé in adolescenza, sostiene che la potenza dell'inconscio collettivo e degli archetipi sta nel fatto che non ne possiamo prendere coscienza se non nelle loro manifestazioni esteriori... e questo (la presa di coscienza dell'analista con la sua costante analisi del controtrasfert) è possibile solo in un setting stabile, in una cornice all'interno della quale si possono svolgere gli eventi psichici differenziandoli da quelli reali (2001, pag.179).

CONCLUSIONI

In queste mie considerazioni sul setting nella terapia analitica in età evolutiva trovo che la ricerca di un giusto equilibrio tra rigore e flessibilità del setting sia un'esigenza fondamentale in quel *rapporto unico* che s'instaura con ogni paziente.

Sono convinta dell'opportunità di stabilire regole precise al momento dell'accordo al fine di rendere comprensibili nel loro significato più profondo tutte le possibili trasgressioni, sia da parte di bambini e genitori che da parte dell'analista.

Credo inoltre a un valore di *contenimento* delle regole, contenimento che è proprio della dimensione materna, e a un loro valore *etico*, valore che è proprio della dimensione paterna.

Ritengo però anche che una standardizzazione eccessiva delle regole rappresenti spesso la *difesa* del terapeuta da contatti profondi e da aspetti fusionali non sufficientemente elaborati.

Infine credo che proprio in una modalità di lavoro in cui *tutto spinge all'azione* e alla necessità di una *risposta immediata*, modalità che è peculiare nella terapia con pazienti in età evolutiva, quel *témenos* chiamato setting rappresenti la possibilità di dare all'analisi il senso profondo del pensare, del sentire, del comprendere quel che accade nella relazione prima di *agire*.

Le considerazioni qui riportate sono solo alcune delle tante possibili su un argomento così complesso, articolato e diversificato come quello del setting utilizzato nella terapia infantile ed ho cercato di approfondire soprattutto aspetti su cui tante volte ho trovato difficoltà e a cui spesso non sono riuscita a dare una risposta univoca.

Le riflessioni sono frutto di letture sugli approfondimenti teorici del setting infantile (e non) di vari autori della letteratura analitica; sono frutto di confronti e discussioni con i numerosi colleghi che lavorano con pazienti in età evolutiva in campo junghiano e colleghi che appartengono ad associazioni diverse.

Sono frutto infine di esperienze ed errori che ogni volta hanno avuto il potere di rimettere in discussione convincimenti faticosamente acquisiti.

Un convincimento diventa infatti facilmente autorassicurazione e per conseguenza s'irrigidisce ciò che è contrario alla vita.

Un convincimento profondo è valido in quanto elastico e malleabile e, come ogni altra verità, si rafforza ancor più nel riconoscimento dei propri errori (Jung, 1942, pag. 90).

BIBLIOGRAFIA

- FRANZ (VON) M.-L. (1972), *Il femminile nella fiaba*, Torino, Bollati Boringhieri, 1983.
- HILLMAN J. (1964), *Il suicidio e l'anima*, Roma, Astrolabio, 1972.
- JUNG C.G. (1942), «Psicoterapia e concezione del mondo» in *Opere*, vol. 16 Torino, Bollati Boringhieri, 1981.
- MONTECCHI F., *Giocando con la sabbia*, Milano, Franco Angeli, 1993.
- I simboli dell'infanzia*, Roma, Nuova Italia Scientifica, 1995.
- NAGLIERO G., *La stabilità del setting per la formazione del Sé in adolescenza*, in Atti del IV Congresso Nazionale AIPA, Milano, Franco Angeli, 2001.

Immagini dall'Inconscio

ELENA LIOTTA

SU ANIMA E TERRA

Il valore psichico del luogo

Con i contributi di: Elena Angelini, Flavia D'Andreamatteo, Massimo Buttarini, Massimiliano Scarpelli, Ursula Prameshuber, Riccardo Mondo, Silvia Tomasi, Luciano Perez, David Peat.

PAGINE: 360 – PREZZO: 20,00 euro

ISBN: 88-7487-146-5 – FORMATO: cm 15,5x21

Da *Premessa* di Elena Liotta

Si può dire che il tema della migrazione, e quindi del rapporto con i luoghi, mi accompagna da quando sono nata. Appartengo, infatti, per le vicende della mia vita, al gruppo degli emigranti. Purtroppo, ma anche per fortuna, appartengo a un sottogruppo di persone che raramente vengono riconosciute come emigranti, trattandosi di quei fortunati che hanno vissuto l'esperienza migratoria senza in apparenza subirne i traumi più gravi (...)

In effetti ero sparita da una terra, ma per essere viva in un'altra (...)

L'immaginario collettivo dei luoghi, soprattutto per i giovani, varia di generazione in generazione, nella sua geografia e nei significati che assume. A un certo punto, e rivisto a posteriori, l'approdo alla psicologia analitica dev'essere stato per me come una cornice a questo vagabondare, e anche una chiave per leggere le diversità dell'esperienza umana dal suo interno e nei suoi fondamenti universali (...).

Il punto è che, in modi e misure diverse, le dinamiche psicologiche e gli affetti attivati dalla migrazione e dall'esilio, sono alla base simili a quelle che il non emigrante può sperimentare in situazioni di cambiamento e di perdita, personale o relativa alla propria comunità.

Per coloro che nascono e crescono nel medesimo luogo, condividendone la cultura, i valori e le tradizioni, accade che le appartenenze al territorio e al contesto sociale si rispecchino l'un l'altra senza particolari discrepanze, in ciò che viene definito come *identità culturale*. Sempre che forti scossoni storici non ostacolino questo processo naturale di sviluppo della vita di gruppo. Come, invece, sta accadendo oggi.

Ancora non sappiamo come reagiranno anche le identità culturali più solide, minacciate come sono dai veloci cambiamenti imposti dalla globalizzazione economica.

Per l'emigrante, lo sviluppo è più accidentato. Lo scossone l'ha già subito, in prima persona, e deve trovare soluzioni tempestive, momento per momento, per sopravvivere fisicamente o anche solo psicologicamente.

Sopra tutti c'è il problema della lingua, il mediatore più potente di cultura, veicolo del pensiero e del simbolo, porta d'accesso principale alla relazione sociale. La lingua, intesa



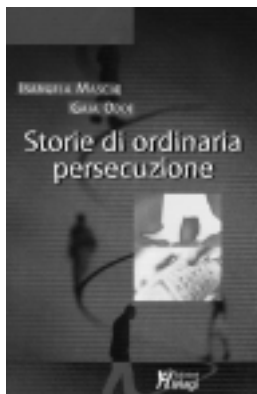
anche come fondamento culturale della comunità, scritta nel Libro, il testo sacro che fa la Legge, luogo interiore per molti emigranti. Il luogo che trasportano con sé.

Il rapporto tra il piano concreto e il piano simbolico dell'esistenza, chiede all'emigrante una modulazione continua e una costante ricerca di equilibrio. Dover fare a meno della concretezza della propria terra, così com'era stata interiorizzata, lo spinge necessariamente verso un piano interiore, che ho voluto definire con la parola anima. Oltre alle radici geografiche, cioè quelle della nascita e della successiva collocazione spazio-temporale sul mappamondo, possono svilupparsi anche *le radici dell'anima*, quelle che idealmente permettono di sopravvivere ovunque nel mondo, durante il corso della vita.

Aver scelto il lavoro della psicoanalista mi ha permesso di comprendere le sottigliezze di questo rapporto tra la terra e l'anima, tra il dentro e il fuori, tra il simbolo e la realtà concreta (...).

Esiste un *paese dell'anima* che può rendere la terra concreta meno esigente e meno potente. Preciso, un luogo dell'anima, non il luogo della mente razionale e intellettuale, del pensiero cosiddetto lineare, su cui prevalentemente si fonda da qualche secolo la cultura dell'Occidente (...).

Lecturae



ISANGELA MASCIA — GAIA ODDI

STORIE DI ORDINARIA PERSECUZIONE

Si chiama *stalking*, per gli addetti ai lavori. Per tutti gli altri è persecuzione. Subita a casa, sul luogo di lavoro, nel tempo libero. Di giorno e di notte. Con le lettere, telefonate, sms, appostamenti e pedinamenti. Con conseguenze devastanti su tutti i piani: psichico e fisico, lavorativo e sociale, familiare e personale. Un fenomeno che, per il peso che ha assunto e con cui si impone nella società, si è conquistato un nome da manuale ed è oggetto di studi specifici nei campi psicologico, sociale e giuridico. Dall'esperienza diretta di lavoro con persone che sono state vittime di persecuzioni, una raccolta di storie rappresentative di quella manifestazione patologica di emozioni e comportamenti che, nonostante sia così diffusa, è spesso taciuta e nascosta. Per vergogna, senso di impotenza, sconcerto, paura... La vittima subisce pensando che non c'è altro modo che far passare del tempo, il persecutore agisce convinto che nessuno potrà mai fare nulla per fermarlo... Una spirale dalla quale sembra impossibile uscire e la mancanza di apposite leggi non aiuta di certo.

La conoscenza del fenomeno e dei meccanismi che lo innescano prima e alimentano poi, è il primo passo per non subirlo o per potersene liberare.

PAGINE: 168
PREZZO: 8,00 euro
ISBN: 88-7487-142-2
FORMATO: cm 13x21



MARIO TROIANO

GUARIRE DAGLI ATTACCHI DI PANICO

PAGINE: 136
PREZZO: 8,00 euro
ISBN: 88-7487-143-0
FORMATO: cm 13x21

Oggi un numero sempre maggiore di persone soffre di attacchi di panico. La patologia, potremmo dire, quasi endemica nella società odierna è strettamente collegata con l'incapacità sempre più diffusa di saper riconoscere e descrivere i propri sentimenti, con il saper individuare la differenza tra stati emotivi e sensazioni corporee e con la regolazione e il contenimento delle emozioni.

Caratterizzato da un'intensa e profonda sensazione d'angoscia, di catastrofe imminente, di terrore e di paura, l'attacco di panico è accompagnato da problemi respiratori, aumento del battito cardiaco...

La storia del disturbo, le sue cause, la sua collocazione sul panorama degli altri disturbi d'ansia, i metodi terapeutici per affrontarlo nonché nozioni per la sua (possibilissima!) prevenzione è quanto offre al lettore questo volume da linguaggio chiaro ed esposizione limpida.



CATHERINE BERGERET-AMSELEK

IL MISTERO DELLE MADRI

Un viaggio nel cuore della maternalità

PAGINE: 176
PREZZO: 13,00 euro
ISBN: 88-7487-140-6
FORMATO: cm 13x21

Diventare madre significa compiere, in un tempo di vita estremamente fecondo e misterioso, un viaggio nel cuore della maternalità. La maternalità, concetto coniato da quel misto poetico di *maternità* e *natalità*, nasce con il desiderio di avere un figlio, a prescindere che ciò si realizzi o meno. Include, infatti, anche il destino delle donne che hanno rinunciato a diventare madri e quello di donne che vivono questo subbuglio senza trovare parole per esprimerlo e scelgono, del tutto inconsciamente, di dire l'indicibile attraverso altri mali quali la sterilità o aborti. La maternalità dà voce a tracce genealogiche rimaste mute. Lutti non rielaborati, traumi subiti dai genitori, alcuni segreti di famiglia. Ed è così che la data di un concepimento commemora spesso la data di un anniversario... «Nella mia esperienza clinica quotidiana – scrive l'autrice – ho potuto verificare che l'inconscio è una memoria che sa calcolare». Le sofferenze della maternità, di cui alla maledizione biblica «partorirai con dolore», acquisiscono qui un significato nuovo con l'indicazione di una nuova via per il loro superamento.

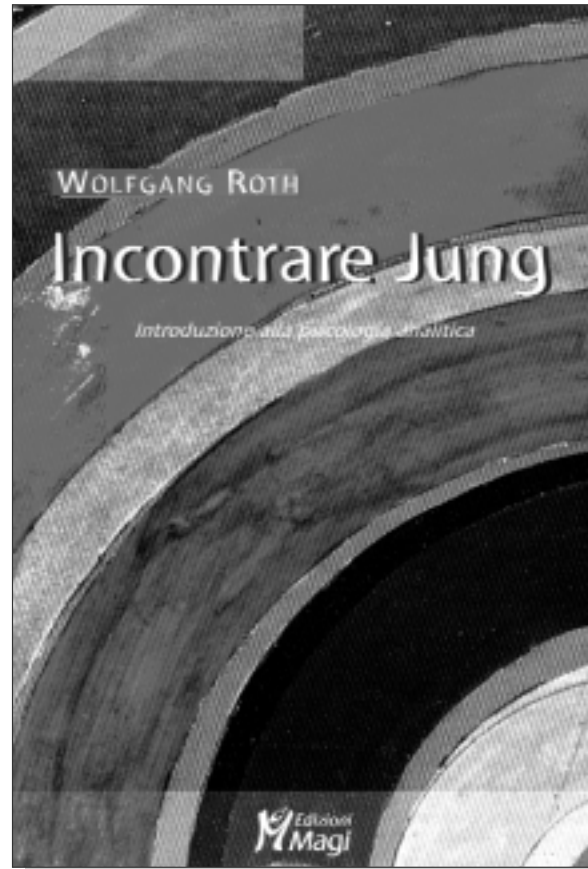
Lecturae

WOLFGANG ROTH

INCONTRARE JUNG

*Introduzione alla psicologia analitica*PAGINE: 246 – PREZZO: 18,00 euro
ISBN: 88-7487-144-9 – FORMATO: cm 13x21

Il volume espone aspetti fondamentali della psicologia analitica ed è destinato innanzitutto a chi non ha ancora confidenza alcuna con il pensiero di C.G. Jung. Con l'obiettivo di introdurre il lettore ai concetti basilari, l'autore mette in risalto la scoperta dell'inconscio collettivo, prestando molta attenzione alle necessarie nozioni sul contesto storico, ai dati essenziali della biografia di Jung e quelli relativi all'amicizia e alla rottura con Freud. Di seguito il lettore prenderà confidenza con i significati dell'Anima e dell'Animus, degli archetipi e dei simboli e, infine, con il processo di individuazione. L'opera junghiana va ben oltre una semplice dottrina psicoanalitica. Non ci si stanca mai di ripeterlo. Essa consente una vasta comprensione della psiche umana, toccando aspetti culturali, filosofici e religiosi e permette un approccio esaustivo all'animo dell'uomo e alla ragione della sua esistenza nell'universo. Un libro per i *principianti*, ma anche per chi vuole integrare nella propria conoscenza psicologica o nella sua preparazione umanistica una linea di pensiero impossibile, oggi, da prescindere.



Forma mentis

JEAN-MARC LOIS

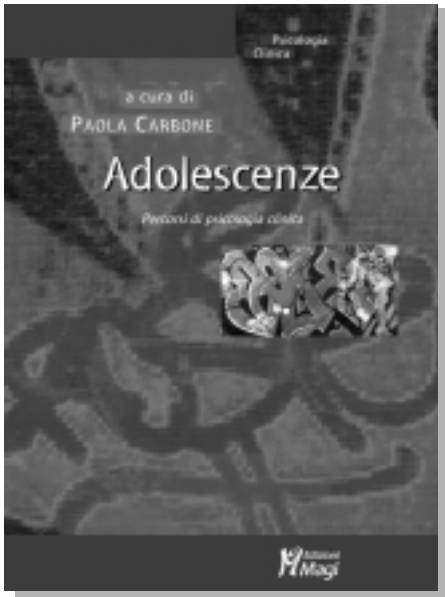
RICONOSCERE E AIUTARE
I BAMBINI PRECOCIPAGINE: 152
PREZZO: 13,00 euro
ISBN: 88-7487-138-4
FORMATO: cm 15,5x21

Il bambino precoce non è frutto di una moda. È sempre esistito. La difficoltà sta nel riconoscerlo. Di solito etichettato come «genialoide» o «problematico», il bambino precoce all'inizio sorprende ma presto sconcerta.

I genitori, passata la prima fase di stupore e di ammirazione, si sentono spesso smarriti di fronte alle difficoltà di socializzazione del figlio, ai suoi problemi scolastici, al sempre più evidente isolamento di cui diventa vittima.

Il bambino precoce disorienta. Fa vacillare l'ordine familiare, pone problemi all'istituzione scolastica e nessuno sa cosa fare e come comportarsi con quell'*ometto speciale* che, competenze sorprendenti a parte, spesso non sembra affatto felice. Alla prima parte del libro, dedicata al riconoscimento della precocità, seguono riflessioni e indicazioni pratiche per i genitori e per i diversi operatori al fine di favorire l'inserimento scolastico e sociale del bambino precoce. «È di fondamentale importanza – scrive l'autore – cominciare a prendere in seria considerazione la precocità al di là delle divisioni e degli interrogativi che suscita, affinché i bambini interessati non continuino a essere dimenticati da una società che in altri campi, in particolare in quello dell'handicap, si considera sempre più integrazionista».

Psicologia Clinica



PAOLA CARBONE (a cura di)
ADOLESCENZE
Percorsi di psicologia clinica

PAGINE: 502 – PREZZO: 21,00 euro
 ISBN: 88-7487-155-4 – FORMATO: cm 16,5x24

Adolescenze è un viaggio nella psicologia clinica destinato a quanti abbiano avuto o stiano conseguendo una formazione psicoanalitica. Il libro nasce dalla convinzione che l'adolescenza sia un terreno particolarmente adatto per sperimentare la complessità dell'incontro clinico con le sue tante sfaccettature e i suoi diversi approcci tecnici. È un'opera completa e sistematica che affronta le principali aree psicopatologiche (tra cui gli stati depressivi, psicotici e borderline, i disturbi del comportamento alimentare) ma anche il tema degli agiti (comportamenti auto e etero-aggressivi...) e le sofferenze non inquadrabili nelle comuni categorie diagnostiche (come, per esempio, malattie e incidenti). L'approccio clinico e la valutazione diagnostica, la costruzione di setting adeguati ai diversi contesti dell'incontro (scuola, spazi intermedi, casa famiglia) e l'integrazione della psicoterapia psicoanalitica con altri interventi (la «terapia senza paziente», il compagno adulto, i laboratori) sono tematiche messe qui in un rilievo particolare. La coerenza della trattazione e la chiarezza dell'esposizione sono garantiti dal fatto che gli Autori, psicoanalisti concretamente impegnati nel lavoro con gli adolescenti, condividono da decenni quello stile teorico-clinico che, sotto la guida di Arnaldo Novelletto, caratterizza l'Associazione Romana di Psicoterapia Psicoanalitica per l'Adolescenza (ARPA).



GIULIANA KANTZÀ
COME UCCIDONO LE DONNE
Una lettura psicoanalitica

PAGINE: 144 – PREZZO: 10,00 euro
 ISBN: 88-7487-141-4 – FORMATO: cm 15,5x21

A partire dall'insegnamento di Lacan, il testo si pone la domanda della differenza femminile indagando nella zona oscura del delitto che ricade nell'area «dell'incapacità di intendere e di volere». Le donne, strutturalmente diverse dall'uomo, presentano anche in questo campo una loro specificità? Come e perché uccidono? Perché (la questione è attuale) le donne, si direbbe che sia il delitto per eccellenza, uccidono i propri figli? Le donne, dice Lacan, hanno rispetto all'uomo una differenza strutturale: mentre gli uni sono ordinati secondo la Legge simbolica del discorso, le donne sono «non tutte» in queste Legge. Qualcosa in esse si oppone, si sottrae, si nasconde. E in questo «...posto di confine dove la Legge si arresta e si vanifica, luogo dunque della passione dell'odio e dell'amore» che avviene il delitto dell'altro amato, del bambino. Ma in questo volume ci sono anche i delitti politici, quelli del mito e quelli attuali, come il caso di Faranda; ci sono i delitti contro le altre donne, i delitti contro le violenze sessuali e contro l'uomo. E anche le figlie che uccidono le madri. Tutti questi delitti sembrano sottesi da questa passione d'amore che talora, nel suo versante di follia, si rovescia nella passione incontenibile dell'odio. Ma la contiguità fra passione d'amore e passione di odio, al di là degli esiti tragici del delitto, indica anche a noi una sua verità?

Psicologia Clinica



PAGINE: 352
PREZZO: 18,00 euro
ISBN: 88-7487-134-1
FORMATO: cm 15,5x21

APID DANZAMOVIMENTO TERAPIA *Modelli e pratiche nell'esperienza italiana*

La Danza Movimento Terapia è una disciplina specifica orientata a promuovere l'integrazione fisica, emotiva, relazionale, affettiva e psicosociale dell'individuo, per migliorarne la qualità della vita. La specificità della Danza Movimento Terapia si riferisce al linguaggio del movimento corporeo e della danza che, uniti al processo creativo, diventano le principali modalità di valutazione e di intervento all'interno di processi interpersonali finalizzati alla positiva evoluzione dell'essere umano. L'APID, Associazione Professionale Italiana di Danza Movimento Terapia, si propone di qualificare nel nostro paese la pratica della Danza Movimento Terapia, promuoverne e tutelarne la qualità professionale, etica e scientifica, promuovere il riconoscimento legale della professione e curarne la corretta informazione. L'APID riunisce oggi danzamoventoterapeuti provenienti da tutto il territorio nazionale, appartenenti a diverse scuole di formazione. «Questo libro, che nasce per iniziativa dell'APID, è una raccolta non esaustiva di contributi di alcuni tra i più autorevoli dei suoi membri. Il libro presenta in maniera approfondita alcune delle questioni centrali intorno alle quali si definisce ogni scuola di formazione, ciascuna con la sua specifica cornice teorica. Il filo comune a tutti i lavori è la fiducia nella possibilità di recuperare una migliore integrazione di corpo e psiche, quale fonte primaria di conoscenza. È comune anche la centralità assegnata al corpo e al suo movimento espressivo-creativo come veicolo per la costruzione della relazione e del processo terapeutico. Infine le potenzialità del processo creativo in quanto elemento di cura e di trasformazione sono, in un modo o nell'altro, riconosciute da tutti».

Immagini dall'Inconscio



PAGINE: 320
PREZZO: 20,00 euro
ISBN: 88-7487-147-3
FORMATO: cm 16,5x24

PIERRE LAFFORGUE POLLICINO DIVENTERÀ GRANDE *Racconti che fanno crescere*

La fiaba come nutrimento per la psiche e un filtro per la mente. Il giardino della memoria collettiva che dà voce ai conflitti psichici e ne suggerisce, fornendo modelli di identificazione, possibili mediazioni. L'innestatrice di pensieri che aiuta a far sorgere capacità mentali non ancora attivate nel bambino molto piccolo, o di quello affetto da psicopatologia, la fiaba offre – tramite la narrazione – una struttura e una forma per accogliere angosce altrimenti impensabili. Riscoprire la fiaba come possibilità di comunicazione – in campo clinico, educativo e familiare – equivale al bisogno di ritrovare le radici comuni e di avvicinarsi alle origini profonde della nostra anima, alle esperienze più arcaiche relative al corpo e a quelle universali della nascita, dell'amore e della morte, dando voce e forma alle paure che questi eventi suscitano. Nell'affrontare il significato e l'immenso valore delle narrazioni fiabesche, l'autore si avvale di lavori multidisciplinari: da Propp, il morfologo della fiaba, agli studi psicoanalitici sul significato inconscio della fiaba (il pensiero di Freud, Jung e Bettelheim). Integrando le sue tesi con le più recenti ricerche etnologiche, sociologiche e pedagogiche, elabora una tecnica originale che eleva la fiaba a strumento terapeutico in grado di promuovere lo sviluppo cognitivo ed emotivo e, in alcuni casi – affiancata da altre forme di terapia – di facilitare il superamento di disagi psichici anche molto profondi e complessi come l'autismo e la psicosi infantile.

Responsabili del servizio

DOTT. FEDERICO BIANCHI DI CASTELBIANCO
DOTT.SSA MAGDA DI RENZO

Équipe composta da:

DOTT.SSA ANTONELLA BIANCHI - DOTT.SSA FLAVIA FERRAZZOLI
DOTT.SSA LAURA GIACCHINI - DOTT.SSA MARIA LUISA RUFFA
DOTT. BRUNO TAGLIACOZZI - DOTT.SSA PAOLA VICHI

Il counseling rivolto ai genitori sta sempre più assumendo, nel nostro servizio, connotazioni peculiari in riferimento ai progetti terapeutici che rispondono all'esigenza del singolo bambino. La forma di aiuto rivolta ai genitori è contestualizzata in base a due parametri fondamentali: i problemi del bambino e la capacità del genitore di contenere, elaborare, predisporre nuove risposte nel rispetto delle singole personalità dei genitori e delle problematiche presenti. Rispettando i livelli dei singoli genitori e le problematiche della famiglia vengono cioè proposti interventi mirati ad affrontare specifici temi educativi o riflessioni sullo stile educativo o elaborazioni di nodi complessuali che influenzano il rapporto con i propri figli nella convinzione che il bambino non può oltrepassare i limiti psicologici che gli vengono inconsapevolmente imposti dai genitori. A tale proposito è risultato palese come la risoluzione di problematiche individuali/coniugali/genitoriali a qualsivoglia livello di approfondimento abbia consentito al bambino di attuare quel salto di qualità all'interno del suo specifico programma terapeutico, se non la sua definitiva risoluzione.

Accanto al counseling individuale è stata sempre più potenziata l'attività di gruppo. I gruppi dei genitori sono organizzati in parallelo alle attività terapeutiche di gruppo rivolte ai bambini. Due spazi terapeutici compresenti (la coincidenza degli orari favorisce la partecipazione dei genitori) che migliorano la comunicazione e la relazione tra i vari partecipanti e fanno della stanza di terapia un luogo di interazione sociale, oltre che di elaborazione individuale e collettiva. Un luogo, quello del gruppo, che consente di aprire a una dimensione collettiva di riflessione e condivisione del proprio vissuto problematico, spesso sentito come unico e indeclinabile e che si avvale del ruolo dello psicoterapeuta conduttore quale attivatore e fluidificatore della comunicazione, in grado di restituire ai singoli e all'intero gruppo il significato e il valore di una rinnovata consapevolezza.

Inoltre il lavoro parallelo dei due gruppi favorisce una migliore comprensione delle relazioni genitori-figli e uno scambio di importanti informazioni e riflessioni tra tutti i componenti dell'équipe terapeutica.

«Mamma, ma io cosa vengo a fare in questo posto?»

MARIA LUISA RUFFA

Analista junghiana, coordinatore del Servizio di Psicoterapia dell'età evolutiva dell'Istituto di Ortofonia, Roma

Sono diversi anni che nel lavoro con i genitori dei bambini e degli adolescenti in trattamento presso l'Istituto di Ortofonia rimango profondamente colpita da un problema che ormai potrei definire ricorrente: moltissimi genitori evitano di comunicare ai propri figli sia il motivo reale per cui sono stati portati da noi, sia il fatto che qui vengono effettivamente per fare una terapia. Parecchi genitori non ritengono opportuno, o non se la sentono (ed è ovvio che tra le due cose c'è un'enorme differenza!), di informare i propri figli del fatto che si sono accorti del disagio che stan-

no vivendo e che per questo li vogliono aiutare a stare meglio portandoli in un posto dove ci sono persone che possono dare loro una mano.

Poiché la consapevolezza del paziente è un presupposto irrinunciabile di ogni terapia è naturale che la prima domanda che noi poniamo ai bambini o ai ragazzi già dalla prima visita e poi nel corso della prima seduta è proprio: «Lo sai perché sei qui?». E il dato che emerge è che raramente qualcuno ha già spiegato a quei giovani pazienti *perché* sono arrivati in Istituto, e che *cosa* ci sono venuti a fare.

Altre volte emerge anche un altro dato molto interessante. In alcuni casi infatti, malgrado sia mancata qualunque seria spiegazione da parte dei loro genitori, i bambini danno una loro interpretazione sul *perché* si trovano lì e questa interpretazione, nella sua semplicità, è spesso sorprendentemente rispondente alla motivazione reale: «Perché dormo male»... «Perché a scuola mi distraigo»... «Perché balbetto»... «Perché non riesco a stare fermo»... «Perché ho paura del buio»... «Perché non mangio»... «Perché parlo male»... Come dire, spesso i bambini sono molto più consapevoli e attenti di quanto i loro stessi genitori ritengano.

A questo punto credo che una difficoltà così forte da parte di noi adulti, che per molti si traduce in una vera e propria impossibilità a destreggiarsi con contenuti evidentemente penosi, a volte vaghi e confusi, meriti da parte di coloro che lavorano con la genitorialità e/o con l'età evolutiva una ponderata riflessione che certo non può limitarsi alle poche righe di un articolo. E in questo senso il mio breve scritto vuole essere un invito a una riflessione comune, intendo una riflessione che non si limiti a vagliare le motivazioni che possono spingere un genitore a una mancanza di tal genere, ma che possa altresì considerare le ripercussioni che tale mancanza può provocare nel figlio.

Penso che questo dato, assolutamente trasversale, che prescinde dall'età dei pazienti e dalla diagnosi di entrata in terapia, possa considerarsi sintomatico non solo di una più che comprensibile difficoltà e imbarazzo per una mamma o per un papà di comunicare al proprio figlio di essere testimoni della sua sofferenza o del suo disagio, di essere preoccupati per lui e di ritenere che abbia bisogno di un aiuto psicoterapico o psicopedagogico, ma anche del tipo di rapporto che quella mamma o quel papà, o quella coppia genitoriale, hanno con il proprio figlio, nonché della fantasia che fanno su quel figlio.

Per diversi bambini, ma anche per tanti ragazzi, questo tipo di comunicazione, che richiederebbe una spiegazione da parte dei loro genitori del *perché* e del *cosa*, viene completamente omessa. Forse, a volte, nella speranza che ci sia qualche altro adulto disposto ad assumersi la responsabilità di mettere quel bambino, o quel ragazzo, di fronte alla sua sofferenza.

Per altri, invece, la motivazione alla terapia e la terapia stessa vengono camuffate con altro. Ci sono casi, infatti, in cui la creatività degli adulti si sbizzarrisce nel tentativo, probabilmente, di rendere ciò che il figlio sta per intraprendere qualcosa di più innocuo, di meno pericoloso. Parlo di quei casi in cui quando chiedo se è stato spiegato al bambino perché viene qui, mi sento rispondere: «Certamente, gli ho detto che viene a fare un corso di pittura!». E allora l'atelier grafopittorico diventa appunto il corso di pittura, il laboratorio di musica diventa il corso di musica, la psicomotricità è la ginnastica, e così via. Le cose si complicano con i gruppi di psicoterapia o con la psicoterapia individuale, più difficilmente spacciabili per altro, ma anche in questi casi non sono mancate produzioni interessanti come: «Mamma mi ha detto che vengo da te a prendere ripetizioni di scienze».

In entrambi i casi, quando sollecitiamo i genitori ad essere chiari con i figli su questo argomento ci troviamo di fronte a notevolissime resistenze. Frequentemente il motivo che

viene addotto a sostegno dell'omissione o della bugia sembra avere un fine protettivo: tacendo il *perché* e il *cosa* il figlio non si allarma, non pensa «allora sono pazzo, ho qualcosa che non va». Il più delle volte a questa preoccupazione se ne aggiunge un'altra, un imbarazzo che ha a che fare con il timore di una sorta di condanna sociale, il timore che «gli altri» possano esprimere un giudizio negativo sul bambino, sull'operato dei suoi genitori, che possano emarginarlo o isolarlo.

Il problema è che – a prescindere dall'età – il giovane paziente ha ben presto la possibilità di comprendere che c'è qualcosa che non quadra in quello che i suoi genitori gli hanno detto – o che non gli hanno detto. Perché, a dispetto di bugie e omissioni, gli è subito chiaro che questo è un posto un po' speciale, dove si vengono a fare cose un po' speciali, dove, in pratica, si viene per stare meglio, per fare terapia. Inoltre, da subito, entra in contatto, e si confronta con altri bambini, o altri ragazzi, che, come lui, sono preoccupati, agitati, impauriti, arrabbiati, insicuri, impacciati, o magari parlano male, dormono poco, hanno incubi, non mangiano o mangiano troppo, non riescono a concentrarsi, si bloccano a scuola, balbettano, non riescono a fare amicizia e vengono presi in giro dai coetanei. Insomma, un primo confronto con le vere ragioni per cui si trova qui, con la realtà della propria sofferenza, del proprio disagio, e di quelli altrui è veloce e diretto. A quel punto, se nessuno gli ha spiegato niente, cosa penserà? Che fantasie farà? Quanto potrà spaventarsi?

In genere la prima, e più che comprensibile, reazione è che il bambino non vuole continuare la terapia, apparentemente senza motivo.

Sono convinta che quei genitori sono autenticamente preoccupati di proteggere il proprio figlio, ma c'è da chiedersi se accanto a quella genuina intenzione non ci siano anche motivazioni che hanno più a che fare con l'adulto stesso, il genitore, e con la sua necessità di proteggere parti proprie meno accessibili, che forse sono rimaste più in ombra.

Accennavo all'inizio dell'*ovvia* differenza che c'è tra il non sentirsela di dire certe cose e il non ritenerlo opportuno. Forse è meno *ovvia*, ma soprattutto meno *differenziata* di quanto io pensi. Nel senso che le due motivazioni potrebbero confluire l'una nell'altra, diventando indistinte. In fondo, quell'imbarazzo, quel dolore, quel senso di impotenza profondi in alcuni casi sono di una tale intensità e di una tale pericolosità per la coscienza da interferire seriamente con la possibilità di riconoscere internamente, e in un secondo momento di verbalizzare a una parte di sé tanto vitale come un figlio, che c'è un problema. Ed è un problema che fa sentire il genitore inefficace in quanto tale, e inadeguato e in certi casi anche colpevole. Non si tratta certo di contenuti e di emozioni così facilmente accessibili, ancor prima che elaborabili. A volte, per alcuni si tratta di contenuti ed emozioni totalmente negati, rigettati, che rimangono fuori dall'area della pensabilità.

Spesso, in questi casi, il genitore si ritrova costretto ad aggrapparsi alla fantasia e alla aspettativa che il problema del figlio non è che un problema di natura puramente *meccanica*, che sarebbe sufficiente risistemargli l'articolazione,

o la prensione, o l'attenzione, o la tonicità muscolare, oppure basterebbe che qualcuno lo convinca a stare più fermo o a mangiare di più o di meno, o a dormire meglio, etc. etc.

Sto pensando qui, per esempio, alle tante persone che per tutto il tempo della terapia del figlio coltivano la fantasia che prima o poi, meglio prima, gli venga restituito un bambino «aggiustato», oppure a coloro che, nonostante gli sia stato spiegato in numerose occasioni che le difficoltà di linguaggio del bambino sono di ordine emotivo e relazionale e che quindi il figlio necessita di fare un lavoro specifico su queste aree, continuano incessantemente a chiedere di far fare al bambino un lavoro di tipo tecnico-logopedico. Oppure penso a coloro che accompagnano il figlio in terapia senza neanche scendere dalla propria autovettura, o che lo vengono a riprendere dopo molto, troppo tempo, o a quei genitori che ogni qual volta il bambino finisce la terapia e viene riaccompagnato in sala d'attesa chiedono, di fronte ad altri genitori e bambini, con espressione indagatoria: «è stato bravo?».

E allora, in questi casi, una cosa che dal di fuori potrebbe apparire tanto semplice come informare il bambino che inizierà una terapia e perché, può tradursi in un cocciuto rifiuto o in una disarmante inconsapevolezza o nel ritenere inopportuno parlarne con il figlio, adducendo motivazioni che ai nostri occhi spesso suonano agghiaccianti, come: «in fondo è solo un bambino, non capisce», oppure: «ma non me l'ha neppure chiesto».

L'idea che la sofferenza di un bambino possa essere di natura psichica anziché organica fa spesso molta più paura a un genitore. In molti casi, paradossalmente, l'origine organica di un disturbo sembra essere preferibile, sembra rassicurare il genitore. Penso che le ragioni di questo paradosso siano molteplici e complesse. Mi limito a citarne un paio. Innanzi tutto qualcosa che attiene al «corpo» anziché alla «mente» sembra avere una sua realtà concreta, oggettiva, in un certo senso più rappresentabile, immaginabile e quindi pensabile. E quella presunta oggettività rappresentabile è in qualche modo vissuta come qualcosa che si può risolvere, guarire, aggiustare appunto. Ben altra cosa rispetto a un pro-

blema della psiche, per sua natura astratta, immateriale, intangibile, ipotetica. Un'altra ragione che probabilmente concorre a generare un tale paradosso è che se il disagio, la sofferenza del bambino è ascrivibile al corpo e ai suoi meccanismi, allora il genitore si sente immediatamente sollevato rispetto a un'idea, a volte persecutoria, di avere seppur inconsapevolmente contribuito alla genesi di quel disagio, di quella sofferenza. E questo non solo assolve l'adulto (come se ci fosse qualcuno da assolvere!) nella sua funzione genitoriale, ma in un certo senso assolve anche il bambino da una sua ipotetica diretta responsabilità di quel disagio, dall'essere portatore di un'individualità particolarmente incomprensibile, di un carattere difficile e problematico.

L'ultima riflessione riguarda la sottile differenza che, a mio avviso, c'è tra la scelta di non dire nulla al proprio figlio e quella di mentirgli. Perché credo che almeno dal punto di vista del bambino e dell'adolescente ci sia una significativa differenza.

Quando non c'è stata alcuna spiegazione da parte dei loro genitori, i giovani pazienti si trovano a fare i conti con un «non detto», con una scatola vuota, con un'assenza, con un nulla, con uno spazio apparentemente e inizialmente vuoto di significato, che devono esplorare da soli e al quale da soli devono fare la fatica di attribuire un senso, cercando, nel tempo, di riesaminare e rielaborare – sempre in solitudine – l'immagine che avevano di loro stessi, con tutta l'incertezza e la paura a cui un abbandono di tal fatta li costringe. Con il rischio che il «non detto» e il «non dicibile» diventino, o rimangano, l'humus relazionale nel quale ogni pensiero su di sé, o sull'altro, si avviluppa e si impiglia.

Ho l'impressione che per coloro che si trovano a fare i conti con un falso, all'abbandono e al «non detto» si aggiunga l'inganno. Così che quel vuoto si riempie di confusione e smarrimento. E quell'inganno mette immediatamente in discussione la credibilità dei genitori, l'affidabilità di quelle figure fondamentali che dovrebbero sostenere e accompagnare, affettuosamente e con chiarezza, un bambino nel suo percorso di vita e di crescita dentro e fuori le stanze di terapia. ♦



ISC
Istituto di Sessuologia Clinica – Roma

**CORSO DI FORMAZIONE
BIENNALE PER CONSULENTI
IN SESSUOLOGIA**

per medici, psicologi, laureandi in Medicina
e Psicologia e operatori socio-sanitari

**SCUOLA DI FORMAZIONE
QUADRIENNALE IN
SESSUOLOGIA CLINICA**

per medici e psicologi

Coordinatore Scientifico

Chiara Simonelli - Facoltà di Psicologia - Università di Roma

Via Savoia, 78 - 00198 Roma
Tel. 06.85.35.62.11 - Fax 06.85.35.61.18
E Mail: ist.sessuologia@flashnet.it
www.sessuologiaclinica.it



SCUOLA SUPERIORE DI COUNSELING

accreditata presso la S.I.Co.

counseling umanistico – esistenziale – transpersonale

*Psicosintesi – Logoterapia – Trattamenti a breve termine
Training Autogeno – R.E.I.*

PSICHE: Via Salita Luccarelli, 35 – 74012 CRISPANO (TA)
099-8114398 – www.scuolapsiche.it

**Sede E.C.A.A.T. per la diffusione del T.A.
Istituto R.E.I. (Rilassamento Etero-Imagoico)**

www.psychostore.net

LIBRI

- Psicologia
- Psicoterapia
- Psichiatria



TEST PSICOLOGICI

- Manualistica
- Reattivi
- Software



SOFTWARE PROFESSIONALE

- Cartella clinica
- Agenda



Informazioni, novità bibliografiche, aggiornamento e, tutte le settimane, una News Letter gratuita con offerte speciali e sconti riservati.

Psychostore. Una storia di successo

Quando nel febbraio 2002 decidemmo di avviare una libreria on line dedicata alla psicologia, psicoterapia e psichiatria (psychostore – www.psychostore.net) che fosse veicolo di diffusione culturale e professionale dedicandola sia a chi di psicologia vive ma anche a tutti coloro che semplicemente se ne interessano, non credevamo di poter arrivare a tanto.

Spinti dalle richieste dei nostri affezionati visitatori che ci domandavano dove trovare le novità bibliografiche che, volta a volta, presentavamo sul sito, pensammo di offrire loro un nuovo servizio che li favorisse e facilitasse in questa ricerca. Non credevamo, però, che questa richiesta fosse così alta e che la fiducia che i nostri amici on line ripongono in noi ci premiasse così tanto.

A distanza di 3 anni da quel momento possiamo fare i primi bilanci di questa esperienza e tirare le prime somme che si condensano in una sola parola: SUCCESSO.

Dalla nostra prima, timida apparizione ad oggi è stato un crescendo di successi, di piacevoli sorprese, di fiducia ben risposta e di costanza ripagata, di soddisfazioni incredibili per noi che ci siamo visti premiati dai nostri visitatori e di altrettanta soddisfazione da parte di tutti coloro che si sono «serviti» da noi.

Poche cifre per chiarire quello che stiamo dicendo: **+ 85.35% / + 32.54% / + 145.00%**
La prima è la percentuale di aumento del fatturato dal 2002 al 2003 mentre la seconda è quella dal 2003 al 2004. La terza cifra è la differenza di fatturato registrato fra il 2002 ed il 2004.

Come potete vedere, numeri estremamente significativi e particolarmente importanti in una situazione economica difficile come l'attuale. E a queste percentuali vanno aggiunti numeri altrettanto significativi quali quelli relativi all'aumento del numero di visitatori del sito di Psychostore, dei volumi presenti in catalogo, degli Editori, dei clienti/utenti occasionali ed in particolare di quelli abituali, dell'importo dello «scontrino medio» e così via elencando.

Tutto questo GRAZIE AI NOSTRI UTENTI e grazie ad una passione che ogni giorno ci coinvolge e ci stimola sempre più: l'amore per la psicologia.

Il Sufismo come corrente mistica dell'Islam: l'estasi nella danza dei Dervisci

GIULIANO BIANCHI DI CASTELBIANCO

Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche, Roma

Il problema della dimensione estatica può essere collocato nella linea di confine che separa diverse discipline delle quali ha ricevuto il contributo; il problema è entrato a far parte dell'ambito d'interesse della psicologia quando è stato possibile occuparsi di stati di coscienza.

Il problema, però, è di confine anche da un punto di vista culturale giacché i Dervisci, i monaci sufi le cui origini risalgono al IX secolo e che sono tutt'oggi presenti, appartengono a un contesto psichico e socio-culturale molto lontano (se non diametralmente opposto) dal nostro. La nostra società non fornisce alcuna nozione di base per accogliere costumi e tradizioni del lontano Oriente. Benché oggi la società multietnica ponga a confronto persone con origini tanto differenti, manca quasi sempre una comprensione autentica delle civiltà diverse dalla propria.

Gli aspetti distruttivi dell'Islam che hanno avuto una profonda eco nel nostro recente quotidiano, non rappresentano certo la complessità culturale islamica.

La danza dei Dervisci rappresenta un momento estatico di ricerca e di unione con il divino. È difficile comprendere come possano coesistere, in una stessa cultura religiosa, atti tanto distruttivi con momenti di emozionalità così intensa. È importante considerare, almeno in parte, il contesto di provenienza per ricercare il significato e il senso di una danza che altrimenti potrebbe apparire solo come una manifestazione folkloristica.

Lo psicologo di oggi non può più arroccarsi nella propria identità culturale, perché – così facendo – rischierebbe di analizzare il resto del mondo in termini di diversità e/o patologia. I confini tra i popoli, e quindi i perimetri della nostra psicologia individuale, devono oggi contemplare anche quella differenza che è ormai diventata parte integrante della nostra comunità.

Per inquadrare storicamente e culturalmente la danza dei Dervisci si devono analizzare per prima cosa alcuni aspetti fondamentali del pensiero islamico e in particolare del Sufismo, che ne rappresenta la radice e la matrice filosofica e religiosa.

Il Sufismo è un movimento spirituale che testimonia la religione mistica dell'Islam; è il frutto del messaggio spirituale del Profeta Maometto, che rappresenta lo sforzo di rivivere l'esperienza personalmente, tramite un'introspezione del contenuto della Rivelazione coranica. Il Sufismo costituisce il tentativo di unire l'essere umano al Dio unico, Signore del-

l'universo. Tutti i Sufi si sono impegnati a realizzare personalmente il *mi'râg* – l'ascensione mistica, l'assunzione estatica – come prototipo dell'esperienza; questo perché Maometto fu iniziato ai segreti divini proprio durante il *mi'râg*. Dinanzi all'Islam come religione legalitaria e letteralista, il Sufismo si delinea come una clamorosa protesta; si può dire che in generale il Sufismo accetti in prospettiva esoterica i fondamenti dottrinali dell'Islam e proprio il termine Islam sta a significare «pace» e «sottomissione», implicando ovviamente l'abbandonarsi a Dio. Inoltre i Sufi ammettono tutti i cinque pilastri della religione islamica relativizzandone, però, il significato esteriore; i pilastri sono: la professione di fede, il digiuno, la preghiera, l'elemosina e il pellegrinaggio alla Mecca.

L'ultimo dei pilastri, il pellegrinaggio alla Mecca, è quello che evidenzia meglio l'interpretazione esoterica sufi; difatti il Sufismo non ritiene che la meta sia un luogo geografico, bensì il proprio cuore stesso, mentre l'Islam prescrive di recarsi nella città santa. Tuttavia questo non implica la svalutazione del pellegrinaggio quanto piuttosto la possibilità di sostituirlo con altre azioni; da un punto di vista esoterico chi compie il bene, acquisisce meriti superiori.

La cosmologia dei Sufi afferma che il Dio unico creò il mondo quando non esisteva ancora il tempo; cronologicamente parlando, l'ultima creatura a cui diede vita, fu l'uomo. Per questo motivo, tutte le altre creature tendono verso di lui in quanto è la fine e il fine della Creazione: l'uomo arriva per ultimo poiché racchiude in sé l'universo intero e ne costituisce la perfezione tipica. Dio ha bisogno dell'uomo per conoscere se stesso e l'uomo ha bisogno di Dio per realizzare la propria essenza. L'uomo dovrà trarre profitto da ogni cosa materiale al fine di avvicinarsi al mondo spirituale e la dimensione corporea costituirà il ponte per un'altra forma di esistenza. L'aspetto della questione caro ai Sufi è che l'uomo è un essere teomorfo, in grado di recuperare la propria origine divina nonostante egli sia decaduto, a causa del peccato originale, nella sfera della vita materiale. I Sufi esortano l'uomo a scrutare nella propria interiorità per recuperare la sua Origine; egli dovrà riuscire a percorrere a ritroso il cammino per realizzare lo stato di Unione in cui sarà una sola cosa con Dio. Questo processo trascende le possibilità che il linguaggio ha di esprimerlo; del resto, è proprio quando non si è coscienti di essersi fusi con Dio che avviene la vera Unione allorché venga dimenticato lo stato di Unione stesso.

I Sufi esaltano l'analfabetismo di Maometto capace di cogliere il Divino proprio perché avente uno stato d'animo incontaminato dalla conoscenza razionale. I Sufi optarono per una predicazione orale al fine di propagare i loro insegnamenti; non fecero affidamento ai libri perché per intenderli bisogna far uso della conoscenza razionale, rischiando così erronee interpretazioni. Il Sufismo afferma che tutti gli ostacoli presenti nel Sentiero sono da ricondurre all'ambito emotivo (inteso come egemonia di un senso di sé, una visione del modo egocentrica e troppo autocentrata) o a quello intellettuale razionale; entrambi impediscono all'uomo di percepire la presenza del Divino.

Ora iniziamo a capire veramente cos'è un Derviscio. L'etimologia riconduce alla parola araba *darwish*, che significa «povero» perché, perdendo l'Amato (il Dio), l'uomo ha perso tutto ciò che possedeva; Derviscio è l'uomo caduto nella prigione terrena, è il povero. Un proverbio musulmano dice che siamo tutti poveri tranne Dio, ma al povero è rimasta la virtù del canto e del suono nonché il magico dono della danza per addentrarsi nel lungo cammino di ricongiungimento col divino.

Una prima considerazione che fin d'ora possiamo evincere è quella più generale riguardante l'irrisolvibile dicotomia tra il pensiero occidentale e quello orientale laddove, se il primo insegue frettolosamente il raggiungimento di un risultato quasi sempre desiderabile socialmente – il secondo si sofferma sul processo, e sulle sue connotazioni semantiche, che conduce a un risultato esteriore che esce sicuramente svalutato dal confronto con le acquisizioni interiori che porta con sé.

L'accento al canto e al suono ci permette di tornare sulle origini della danza dei Dervisci e sul suo significato. Ghaladdin Rumi, un sufi di grande importanza nella letteratura islamica, fondò nel XIII secolo a Konya in Anatolia la confraternita dei Dervisci mevlevi, chiamati dai viaggiatori occidentali «i Dervisci rotanti» in quanto la loro ricerca di unione col divino è caratterizzata da una danza vertiginosa. In questa cerimonia neanche un gesto è frutto del caso: la mano destra è aperta verso il cielo nel tentativo di accogliere la grazia divina; la mano sinistra, invece, aperta verso terra, simboleggia la sorgente di vita che comunica al mondo corruttibile di noi poveri mortali l'influsso divino. La pietra tombale che l'Iniziato pone sulle sue passioni terrene è rappresentata dall'alto copricapo a cilindro. Un piede ha la funzione di perno fissato nel terreno mentre l'altro dà la spinta che permette una rotazione su se stessi. L'ampia gonna, roteando, forma un cerchio che simboleggia la sfera del cosmo che intorno al centro dell'universo si avvolge all'infinito. Il suono è un'onda ritmica che si rompe e si ritira in un moto perpetuo di espansione e contrazione. Nel ricordare il Nome di Dio, la cantilena del Derviscio s'avvolge nei giri senza fine di una spirale, che – incantando – trascina fino allo stordimento dei sensi. Senza mai stancarsi, la voce profonda dei Dervisci invoca una sola sillaba: *hû* (Lui), che ovviamente sta per Allah. La professione di fede si evolve poi nelle sette sillabe «*lâ ilâha illâ-llah*», ovvero «non c'è Dio se non Allah». Il suono ineffabile dell'udito spirituale è simboleggiato proprio da questi suoni sensibili, salmodiati e cantati; quel suono proviene dalla insondabile profondità dell'Essere. L'uomo, udendo attraverso i sensi materiali, ha dimenticato quel

suono che il senso spirituale da sempre conosce. Pertanto interviene ora il miracolo del *dhikr*, «il ricordo». Questo ricordo è il frutto del desiderio che spinge l'Amante verso l'Amato, ed è al tempo stesso il dono e la grazia concessa da Dio al fedele. Il Derviscio si prepara perciò all'unione con Dio ripetendo le formule del *dhikr* all'infinito; esasperando il suo desiderio si può così aprire all'influsso del cielo. Potrà anche giungere in alto e fondersi totalmente con l'Amato oppure toccare solo un gradino preliminare dell'estasi. Ma nessuno può sapere veramente che cosa accadrà in lui perché la gioia finale è, e deve rimanere, un mistero. Al *dhikr* si accompagna il *samâ*, «la sacra audizione», e queste due sono le parole chiave che nel senso mistico sono considerate sinonimi. Infatti la sacra audizione è una rappresentazione simbolica del viaggio verso Dio che compie l'anima quando la potenza del ricordo si risveglia in lei; è una messinscena della conversione e del raptus estatico. Il risveglio spirituale, ossia la guarigione intesa nel suo senso più vero, ha due simboli: la luce e il suono. Si può ben dire che l'Iniziato, il pellegrino celeste, compie una risalita al tempo stesso luminosa e musicale lungo la scala delle sfere celesti nel *mi'râg*.

Per i musulmani la musicoterapia è parte integrante di una visione per cui ogni cosa è in armonia con una intera serie di esseri e le varie serie armonizzano tra loro nel grande ordine del cosmo. Si tratta di una visione simbolico-religiosa della vita nella quale il cosmo è in complesso raffigurabile come un'entità sferica orientata verso Dio in ogni suo punto. I medici-filosofi dell'Islam asseriscono che l'uomo è sano e perfetto soltanto quando ritrova l'ordine del cosmo in sé; per questo la bellezza della musica risiede nel suo ordine e nella sua armonia. La musica dei Dervisci è un'onda sonora dolce e armoniosa che non eccita e non deprime ma riconduce al centro, il centro che è dentro di noi e nel cuore dell'universo. In queste onde sonore sono rispettati i dettami della scienza tradizionale per quanto concerne l'ordine degli intervalli e l'equilibrio fra i timbri e i toni; si può ben dire che stiamo parlando della scienza musicale della suprema guarigione.

Fra le spiegazioni simboliche della cerimonia la più conosciuta dal grande pubblico in Europa è quella che vede nella danza dei Dervisci la riproduzione dei movimenti dei pianeti che, mossi dall'amore, girano attorno alla loro fonte comune. Con la loro mano destra, che è girata verso l'alto, essi accettano l'emanazione divina, con la loro mano sinistra, girata verso il basso, essi – come detto – la trasmettono alle regioni inferiori. Nel fare il *samâ*, il «viaggiatore» mistico gira dall'oriente dell'essere all'occidente del non-essere e dall'occidente del non-essere all'oriente dell'Essere di Dio. La spiegazione classica del *samâ* è differente. La tonaca del Derviscio è la sua tomba, la sua berretta la sua pietra tombale. La prima parte della cerimonia, quando i Dervisci sono seduti, rappresenta il paradiso attuale; i Dervisci sono morti nelle loro tombe. Al suono del flauto, che rappresenta la tromba della resurrezione, essi si alzano: la resurrezione rappresenta simbolicamente il risveglio dal sonno dell'indifferenza. Il *samâ* stesso rappresenta lo sboccio degli esseri viventi a partire dall'Uno. Il «viaggiatore» mistico, girando, ritorna così all'Essere Assoluto.

Per Rumi il vero credente non si deve attenere in maniera rigida alla tradizione di un'unica fede, deve liberarsi dalle

anguste interpretazioni dei coranisti, cercare in eterno, aperto a tutte le religioni e a tutte le correnti spirituali. Rumi assomiglia all'immagine che Shubart ci dà del mistico, e cioè colui che ha il coraggio di sfidare la religione convenzionale. Per il mistico, le esperienze non sono mummificabili in un dogma o nella riflessione o nel concetto, devono diventare invece un simbolo, un'opinione, un'immagine; la mistica è la religiosità senza dogmi perché il dogma divide, è il pericolo della religione. Gli equivoci iniziano quando si cerca di ingabbiare l'esperienza religiosa nella parola. Nelle fusioni mistiche è la redenzione il motivo dominante, non il mondo: è tornare a fondere Dio e il mondo. Per la metafisica mistica, il massimo che l'uomo possa raggiungere è la nascita di Dio nell'uomo e, quando lo raggiunge, in quel attimo si avvera il senso del cosmo. Ecco cosa ci dice Gelaleddin Rumi della sua esperienza di eterno cercatore: «Esaminai attentamente la croce e i cristiani; Lui sulla croce non c'era. Andai al tempio indù e all'antica pagoda, ma né nell'uno né nell'altro luogo trovai traccia di Lui. Andai allora alla *caaba*¹, ma nemmeno là c'era. Guardai infine nel mio cuore e lo vidi. Non è in nessun altro posto»². Esaminando questa affermazione si capisce che qualsiasi religione appare angusta, troppo cieca per vedere la religiosità sin nel profondo. La verità la troviamo soltanto nella nostra esperienza, e non nel chiuso sistema dei dogmi, in quel mistico capire che non è sondabile. Solo così è possibile giungere al cuore di tutte le religioni.

Un'antichissima sapienza derviscia afferma che sono molte le vie che conducono a Dio; ma dopo tutto quello che abbiamo detto ciò assume un significato qui più radicale che mai. Possedere la massima sapienza non è più consentito ad un musulmano. La verità è solo laddove ci sia un sincero cercatore di Dio, indipendentemente dalla religione di appartenenza. Ecco perché Rumi, che sembra più un uomo del nostro tempo che del suo, si rivolge ai credenti di tutte le religioni. L'ardente desiderio di Dio e l'amore per Lui diventano fonte del più alto grado di conoscenza; l'estasi come uscita da sé permette una deificante negazione di sé.

«Benjamin ci ricorda che nell'antichità, si credeva che la facoltà mimetica permettesse di stabilire una relazione tra una certa comunità e le forze del cosmo. Benjamin segnala anche che, nell'antichità, si riteneva che il rapporto di *mimèsi* potesse essere attivato attraverso opportune cerimonie. La danza dei "Dervisci rotanti", che imita il movimento cosmico, non è soltanto un rappresentare il cosmo, ma è un attualizzare le forze cosmiche»³. Questa danza ristabilisce il contatto tra il cosmo e la comunità dei Dervisci, riattivando così il rapporto tra microcosmo (comunità) e macrocosmo (il muoversi delle stelle).

Pertanto essere a conoscenza dell'esistenza di una dimensione così spirituale in una religione insediata nella nostra comunità, come quella islamica può di certo essere importante per lo psicologo per confrontarsi con un relativismo culturale ormai divenuto necessario soprattutto nell'esercizio di una simile professione. Senza contare che, a una analisi più approfondita, questo tema oggi lo possiamo considerare di grande attualità anche perché l'Anatolia, la regione in cui ha avuto origine la danza dei Dervisci, è la parte occidentale della Turchia che proprio di recente è al centro dei dibattiti politici per un suo eventuale ingresso nella Comunità Europea.

NOTE

- ¹ Pietra sacra dell'Islam, al centro della Mecca.
- ² G. Schweizer, *I Dervisci*, SugarCo Edizioni, Milano 1980, pag. 193.
- ³ C. Neri (1985), *Gruppo*, Borla, Roma 1998, pag. 125.

BIBLIOGRAFIA

- ARENA L.V., *Il sufismo*, Milano, Mondadori, 1996.
- CORBIN H. (1971), *L'uomo di luce nel sufismo iraniano*, Roma, Edizioni Mediterranee, 1988.
- (1964), *Storia della filosofia islamica*, Milano, Adelphi, 1989.
- COULIANO I.P. (1986), *I viaggi dell'anima. Sogni, visioni, estasi*, Milano, Mondadori, 1991.
- DE VITRAY-MEYEROVITCH E., *Rumi et le soufisme*, Parigi, Editions du Seuil, 1977.
- GUVENÇ O., *Musiche mistiche dell'Islam*, Novara, RED, 1997.
- MARGNELLI M., *L'estasi*, Roma, Sensibili alle Foglie, 1996.
- MERRA S., *Estasi e pathos*, Roma, Armando, 2000.
- MOLÉ M., «La danse extatique en islam» in *Les danses sacrées Sources Orientales VI*, Parigi, Editions du Seuil, 1963.
- (1965), *I mistici musulmani*, Milano, Adelphi, 1992.
- MUTAHHARI M., *Gnosi e sufismo*, Roma, Atanòr, 1992.
- NERI C. (1985), *Gruppo*, Roma, Borla, 1998.
- PUECH H. (1970), *L'Islamismo*, Roma, Biblioteca Universale Laterza, 1991.
- RANDOM M., *Mawlana, le soufisme et la danse*, Tunisi, Sud Editions, 1980.
- SCHWEIZER G., *I Dervisci*, Milano, SugarCo, 1980.
- TART C.T. (1975), *Stati di coscienza*, Roma, Astrolabio, 1977.
- YOLTAS N., *Donen Dervis*, Istanbul, Galeri Minyatur, 1993.

Istituto
Gestalt
Firenze

Sede di Roma e Firenze



Scuola quadriennale di Specializzazione in Psicoterapia della Gestalt

Approvata dal MIUR (D.M.16/11/2000)

Dir. Scient.: G. Paolo Quattrini

Dir. Did.: Anna R. Ravenna

Corsi triennali di formazione al Gestalt Counselling

Coordinatore: Oliviero Rossi

Altre attività dell'Istituto

Formazione alla didattica secondo il modello della P.T.G.
Perfezionamento al Counselling professionale: mediazione artistica,
familiare, interventi nelle scuole e nelle aziende
Corsi di formazione alla Supervisione
Sensibilizzazione «Teoria e prassi in Gestalt»

L'Istituto è sede di tirocinio post-lauream per Psicologi

Informazioni sui corsi, seminari e workshop sul Sito web

www.igf-gestalt.it; e-mail: igf.roma@iname.com

I.G.F. : Viale Angelico, 38 - 00195 Roma

Tel 06/37514179 - Fax 06/97600503

Rivista dell'Istituto consultabile on-line:

«Formazione in Psicoterapia, Counselling Fenomenologia»

www.in-psicoterapia.com

Bambini in ospedale

Come aiutare la famiglia a organizzarsi in caso di ricovero

MICHELE CAPURSO

Ricercatore in Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione, Università degli Studi di Perugia
Responsabile del Settore «Formazione» della Associazione Gioco e Studio in Ospedale

Secundo un rapporto del Ministero della Sanità basato su dati del 2001, quasi un milione e mezzo di bambini e ragazzi vengono ricoverati ogni anno in Italia, con una durata media della degenza di circa 3-4 giorni. Se si considera la popolazione di soggetti in età pediatrica, questo significa che ogni anno il fenomeno del ricovero ospedaliero riguarda all'incirca 1 bambino ogni 7.

Si tratta quindi di un evento ancora molto comune.

Ogni ricovero in ospedale è un evento che può essere traumatico anche dal punto di vista psicologico, sia per la famiglia che per il bambino che deve sostenerlo. Al disagio fisico causato dalla malattia e dalla sofferenza, si aggiunge uno stress emotivo che coinvolge l'intero nucleo familiare.

Il bambino malato si trova improvvisamente allontanato dal suo normale ambiente di vita, dai suoi ritmi, dai sui

amici e dalle sue abitudini; i genitori si trovano a dover affrontare lo stress di vedere il loro figlio malato e sofferente e allo stesso tempo devono occuparsi della gestione quotidiana del lavoro, della casa e di altri eventuali figli rimasti a casa; fratelli e sorelle possono assistere al ricovero in ospedale senza capirne bene le ragioni e talvolta giungono addirittura a sentirsi in colpa per lo stato di salute di chi si è ammalato o ha subito un incidente.

Sebbene i rischi di disagio per il nucleo familiare siano molto numerosi, sono pochi i reparti ospedalieri in grado di assicurare un adeguato sostegno psicopedagogico ai pazienti e alle loro famiglie. Un buon progetto di accoglienza e tutela globale dovrebbe mettere in relazione gli aspetti cognitivi e affettivo-emotivi individuali con gli elementi di novità del contesto-ospedale, cercando di ricostruire linee di



ASSOCIAZIONE GIOCO E STUDIO IN OSPEDALE - ONLUS

Un bambino malato è circondato da tante persone che si occupano della malattia. Talvolta ci si dimentica della sua parte sana: la voglia di giocare, il bisogno di avere amici, la naturale spinta a crescere ed imparare.

L'Associazione è attiva dal 1996. Ha lo scopo di offrire opportunità di formazione, incontro, confronto e documentazione a quanti lavorano con bambini malati e con le loro famiglie. Le sue finalità vengono raggiunte attraverso l'impegno libero e volontario dei soci nei rispettivi ambiti professionali, e tramite l'erogazione di servizi e di attività formative.

TRA I SERVIZI OFFERTI DALL'ASSOCIAZIONE:

- **Incontri periodici di aggiornamento** Offrono a chi opera nel settore dell'ospedalizzazione pediatrica la possibilità di confrontarsi e aggiornarsi su tematiche relative alla tutela psico-socio-pedagogica del bambino malato.
- **Centro di Documentazione «Armida Carla Capelli»** Il Centro è punto di riferimento per la consultazione di documenti e materiale informativo sull'ospedalizzazione pediatrica.
- **Newsletter** Fornisce informazioni su convegni, esperienze nazionali ed internazionali, recensioni di libri e tesi di laurea, articoli teorici di approfondimento.
- **Consulenze** Percorsi ludico-didattici, apertura di nuovi spazi ludici e scolastici, progetti di formazione.
- **Settore formazione** L'Associazione è accreditata presso il Ministero dell'Istruzione quale Ente di formazione per insegnanti e registrata presso il Ministero della Sanità per la creazione di eventi con accredito ECM.

Per qualsiasi informazione: www.giocoestudio.it

continuità con l'ambiente domestico della famiglia e dei suoi componenti.

Ogni bambino, infatti, per quanto malato, continua a portare dentro di sé una parte «sana» e vitale, fatta di desiderio di crescere, di conoscere, di giocare e stare con gli altri. I genitori possono fare molto per continuare a «nutrire» questa parte sana e aiutare il proprio figlio a superare l'esperienza del ricovero nel miglior modo possibile.

Proviamo dunque ad analizzare brevemente le tappe di un percorso di ospedalizzazione pediatrica evidenziando i possibili ruoli e funzioni dei familiari nei diversi momenti.

PRIMA DEL RICOVERO: PREPARARSI ASSIEME

Un buon ricovero inizia dalla preparazione del bambino. La letteratura in materia indica che non esiste un modo «standard» di fornire spiegazioni a un bambino. La qualità della comprensione di un paziente pediatrico dipende da una combinazione di fattori cognitivi ed emotivi e di interiorizzazioni sociali che derivano dagli atteggiamenti dei genitori e della famiglia. In questo senso, una preparazione che coinvolga assieme genitori e bambini li aiuterà a sviluppare un ruolo attivo ed efficace nei confronti di una situazione nuova e potenzialmente ostile.

Se si tratta di un ricovero programmato, mamma e papà possono preparare il proprio figlio con qualche giorno di anticipo. La prima cosa da fare è avvisare il piccolo paziente che

dovrà andare in ospedale per un po' di tempo, spiegategli in modo semplice e chiaro quale è il motivo, assicurandolo sul fatto che un parente sarà sempre con lui, giorno e notte.

Se c'è tempo, si può fare un salto in libreria e scegliere assieme dei libri da leggere.

È importante che i genitori sappiano coinvolgere chi si deve ricoverare ed eventuali fratelli o sorelle nei preparativi: facendo assieme la borsa, scegliendo qualche giocattolo da portare, assegnando piccoli incarichi a chi resta a casa. In questo modo i bambini si sentiranno maggiormente attivi nei confronti dell'avvenimento e questo li aiuterà anche a condividere ansie o timori.

DURANTE IL RICOVERO: GIOCARE E COMUNICARE

Da una ricerca del 2002 (Capurso, Trappa), emerge che i bambini ritengono che il modo migliore per superare la paura dell'ospedale sia giocare, poter parlare con altre persone e ricevere rassicurazioni: è evidente che la relazione con altri, sia essa mediata dal gioco, dalla parola o dalle «coccole», costituisce l'elemento primario per vincere il disagio.

È dunque importante che i genitori sappiano dimostrarsi aperti ad accogliere i timori del proprio figlio e le sue manifestazioni esteriori (pianto, rabbia, ecc.). In questa situazione è importante non imporre comportamenti «da grande» e non fare confronti con altri bambini vicini di letto. Esprimere le paure o il proprio dolore è un modo per cercare il con-

Istituto Ricerca e Formazione Istituto Internazionale di Sessuologia

Coordinamento Scientifico: Dott.ssa Roberta Giommi

Corso di formazione in **MEDIAZIONE SOCIALE E FAMILIARE 1° livello**

Riconosciuto dall'AIMS (Associazione Italiana Mediatori Sistemici)
e dal **Forum Europeo** (Formazione e Ricerca in Mediazione Familiare)

120 ORE FORMATIVE (8 WEEK-END)
COSTO DEL CORSO: EURO 1440,00 + IVA
SEDE: FIRENZE C/O HOTEL ADRIATICO
ORARI: SABATO 13,00-20,30; DOMENICA 9,00-18,15

DATE: 7/8-05; 11/12-06; 24/25-09; 22/23-10; 19/20-11;
17/18-12-2005; 21/22-01-2006; 18/19-02-2006

PER GLI EX-ALLIEVI SCONTO DEL 10% SUL COSTO DEL CORSO

Argomenti del corso: il concetto di mediazione e le varie aree di intervento. Conflitti interpersonali e ambienti familiari e sociali. Negoziazione e decisioni organizzative. Verso una gestione pacifica del conflitto. Tipologia di intervento sulla coppia in crisi; il problema della tutela dei figli; mediazione familiare; il ruolo dei figli nelle dinamiche conflittuali; gestione della separazione e del divorzio; tecniche per la gestione pacifica della conflittualità familiare e coniugale; analisi delle difese organizzative e superamento delle stesse. L'arte del negoziato e le sue caratteristiche. Aspetti della mediazione in Italia. Strategie e tecniche della mediazione sociale; i contratti di mediazione sociale e familiare; gli strumenti. Strategie e tecniche di comunicazione.

Metodologia: interattiva tra docente e gruppo in formazione, con momenti di lezione frontale, tecniche di discussione guidata e esercitazioni sulle modalità di intervento di fronte a situazioni problema, giochi di ruolo, lavoro di gruppo, casi presentati dai docenti.

Struttura del percorso formativo: l'Istituto prevede una formazione su due livelli (1° livello 120 ore - 2° livello 60 ore) più 60 ore di supervisione. Al termine di ciascun livello verrà rilasciato un attestato di frequenza da parte dell'Istituto Ricerca e Formazione.

A chi è rivolto: a chi desidera intraprendere una nuova professione indipendente, a chi lavora già in questo ambito, a chi è interessato ad acquisire la competenza della gestione dei conflitti e delle tecniche di negoziazione.

Maggiori informazioni (date, modalità di iscrizione, crediti ECM) sul sito: www.irf-sessuologia.org
Tel. 055 212618 - 055 212859 fax 055 218921 e-mail: irf@fi.flashnet.it

COME AIUTARE VOSTRO FIGLIO IN OSPEDALE

Un decalogo per i genitori

1) Lasciategli esprimere liberamente paure, timori, curiosità

Non dite «comportati da grande» o «non devi piangere», ecc. Vostro figlio ha bisogno di sentirsi accettato ed accolto, soprattutto durante la malattia.

2) Usate positivamente il vostro tempo assieme

Riducete TV e videogiochi e riscoprite la lettura di fiabe, i giochi da tavolo, le bambole o le costruzioni.

3) Non pretendete di fare tutto da soli

Il vostro benessere è importante e si riflette anche sul vostro bambino. Amici, parenti e volontari sono disposti ad aiutarvi, basta chiedere.

4) Scegliete ospedali con reparti pediatrici e servizi educativi e di animazione

Per quanto possibile, cercate di evitare che vostro figlio venga ricoverato in un reparto per adulti.

5) Cercate di essere sinceri e coerenti con vostro figlio/a

È meglio dire «non lo so» piuttosto che inventarsi qualcosa sul momento. Il personale sanitario potrà aiutarvi a spiegare le cose più difficili al vostro bambino.

6) Fate portare a vostro figlio un oggetto da casa al quale egli è particolarmente affezionato

Una coperta, un giocattolo, ecc. Disinfettate e pulite bene

l'oggetto prima di entrare in ospedale e al vostro rientro a casa.

7) Durante il ricovero, fate assieme progetti per il futuro che siano verosimili e realizzabili

Per esempio, programmate le vacanze estive, o la visita a qualche parente, ecc.

8) Facilitate la comunicazione con altri bambini

Gli altri pazienti e gli amici di casa e di scuola sono risorse importate per vostro figlio. Se i medici ve lo consentono fatelo giocare con gli altri. Scrivete lettere alla classe o ai parenti, fate disegni o lavoretti da regalare, ecc.

9) Chiedete informazioni e chiarimenti al personale sanitario ogni volta che ne avete necessità e incoraggiate vostro figlio a fare altrettanto

È compito di medici e infermieri spiegare le cose ai genitori ed ai pazienti. Evitate i colloqui nel corridoio, ma chiedete con fermezza un appuntamento preciso al medico curante se avete bisogno di parlare con lui.

10) Non usate mai l'ospedale come una minaccia

L'ospedale è un luogo dove si va per essere curati e stare meglio, non è una punizione perché si è stati cattivi.

*M. Capurso per Associazione Gioco e Studio in Ospedale, 2004
Rev. marzo 2005
tratto dal sito www.giocestudio.it*

tatto con gli altri. Cambiamenti nel comportamento del bambino durante il ricovero (aggressività, nervosismo, tristezza, regressioni) rappresentano spesso una normale reazione psicologica allo stress e sono generalmente destinati a scomparire dopo la dimissione.

Se in reparto è presente la scuola o una ludoteca, gli ope-

ratori dell'ospedale dovrebbero incoraggiare i genitori a mandarci il proprio figlio il più possibile (compatibilmente con le condizioni mediche). Dal punto di vista psicologico, questi sono gli ambienti più sani che è possibile trovare all'interno dell'ospedale, perché richiamano la situazione di normalità che si viveva prima della malattia e consentono ai genitori di riposarsi per qualche ora.

Alcuni bambini si sentono più tranquilli se un genitore è presente durante le procedure mediche di routine; altri, invece, preferiscono affrontarle con altre persone o da soli. Mamma e papà possono parlare con il proprio bambino e cercare di capire quali sono le sue preferenze, regolandosi anche in base ai propri sentimenti (un genitore eccessivamente ansioso rischierebbe solo di peggiorare la situazione). Nessuno deve assistere per forza a un prelievo di sangue se la sua vista lo fa svenire!

Se si deve allontanare per un po' di tempo, ogni genitore potrebbe lasciare in bella vista un proprio oggetto personale (le chiavi della macchina, una sciarpa...). È sempre bene avvisare il bambino, dicendogli dove si va, perché, chi si occuperà di lui e quando mamma o papà torneranno.

È bene consigliare i genitori di non stravolgere gli stili educativi che avevano a casa solo perché il proprio figlio è ricoverato. Una buona continuità con le regole che sono state stabilite in passato e che vengono normalmente seguite a casa risulta più rassicurante di un atteggiamento eccessivamente protettivo.



S.M.I.P.I.

Società Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi

Presidente: Dr. Riccardo Arone di Bertolino

SONO APERTE LE ISCRIZIONI PER 20 POSTI AL

**Scuola di specializzazione
in Psicoterapia per medici e psicologi**

(abilitato con decreto pubblicato a pagina 53 sulla Gazzetta Ufficiale del 19/06/2002, Serie generale n.142)

Il corso inizia a settembre e si conclude nel giugno successivo. Per iscriversi alla scuola è necessario un colloquio di ammissione. Il corso si svolgerà nel fine settimana per un totale di 12 week-end e di due stages di 9 giorni l'uno (in aprile e settembre). Le ore per anno di corso sono 500: 350 didattiche (parte generale e speciale), 100 di tirocinio (in diverse sedi in Italia) e 50 di supervisioni e formazione professionale.

Durante la frequenza di questo corso di specializzazione non è necessario acquisire crediti ECM, e si può continuare la propria attività professionale. Si possono inoltre acquisire diverse Specializzazioni (in merito si è espressa la Corte Costituzionale). Il costo per anno di corso è di 4.000 euro, comprensivo tutte le attività didattiche e formative, versabile in due rate, all'inizio di ogni semestre.

Informazioni e iscrizioni:

S.M.I.P.I. - Società Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi, Via Porrettana 466, 40033 Casalecchio di Reno (BO), Tel. 051.573046 Fax 051-932309, www.smipi.it, E-mail inedita@tin.it

DIMISSIONE: NARRAZIONE DEI VISSUTI, RITORNO ALLA NORMALITÀ

Il ritorno alla vita normale può avere bisogno di una certa gradualità. Se sono previsti dei follow-up in ospedale è bene che i bambini siano chiaramente informati di questo appuntamento già al momento della dimissione.

È facile che una volta tornato a casa il bambino cerchi di rielaborare i vissuti dell'ospedalizzazione attraverso il gioco, il racconto ripetuto e quasi ossessivo di quanto è accaduto ad amici e parenti e attività di simbolizzazione diverse (gioco simbolico, disegno, invenzione di storie a carattere identificativo o proiettivo). In questi casi è utile lasciare che il piccolo si esprima liberamente e senza forzature. L'importante è che possa trovare qualcuno disposto ad ascoltarlo. Soprattutto è bene che i genitori sappiano che non bisogna mai usare l'ospedale come minaccia (pratica purtroppo ancora molto diffusa).

Un ricovero pediatrico è certamente un'esperienza spiacevole, ma se la famiglia riesce a viverlo in modo attivo e consapevole e viene aiutata dagli operatori a mettere in pratica questi semplici accorgimenti, anche l'ospedalizzazione potrà diventare un'esperienza di vita e di crescita per tutti.

Per saperne di più: Associazione Gioco e Studio in Ospedale (www.giocoestudio.it).

BIBLIOGRAFIA

AA. VV. *Infanzia e adolescenza in cifre – I numeri italiani* – Quaderno N. 17 del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Istituto degli Innocenti, Firenze, Dicembre 2000.

BENINI E. *Bambini in pigiama*, Roma, Edizioni Magi, 2005.

BRONFENBRENNER U., *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino, 1986.

CANEVARO A. (1976), *I bambini che si perdono nel bosco*, Firenze, La Nuova Italia, 9 ristampa, 1995.

CANEVARO A., CHEREGATTI, A., *La relazione di aiuto*, Roma, Carocci Editore, 1999.

CAPURSO M. (A CURA DI), *Gioco e Studio in Ospedale*, Trento, Erickson, 2001.

CAPURSO M., FINAURO S., *La relazione che aiuta*, «Babele», Anno V, n. 17, Gennaio-Aprile 2001.

CAPURSO M., TRAPPA M., *Le paure dell'ospedale in bambini di età scolare: una ricerca basata su sistemi proiettivi*, in «Difficoltà di Apprendimento» vol. 8, n. 1, ottobre 2002, pp. 103-130.

JOHNSON B.H., JEPSON E.S., REDBURN L., *Caring for Children and Families: Guidelines for Hospitals*, Association for the Care of Children's Health, Bethesda, USA, 1992.

MANGINI M.T., ROCCA M. L., *Cappe gialle*, Milano, G. Mondadori, 1996.

NEISSER U., (1976) *Conoscenza e realtà*, Bologna, Il Mulino, 1981.

SIANI P., CIRILLO G., *Il ricovero dei bambini in ospedale*, «Quaderni ACP», 2004; 11(3), pp. 103-105.



PER I BAMBINI

La Giunti Progetti Educativi pubblica un bel libretto per spiegare l'ospedale ai bambini (*Che ci faccio in Ospedale?*). Esistono anche raccolte di giochi da fare quando si è ammalati (*Giochi per star meglio*, elledici; *Un gioco speciale*, Edizioni la Meridiana). Ma non è necessario che i libri parlino necessariamente di ospedale. Anche una classica raccolta di fiabe o il libro di avventure preferito andrà benissimo.

PER GLI OPERATORI

Educatori e insegnanti che volessero approfondire l'argomento possono fare riferimento a un testo Erickson (*Gioco e studio in Ospedale*), o al recente *Bambini in pigiama* (Edizioni Magi). L'Associazione Gioco e Studio in Ospedale (AGESO) sta inoltre lavorando a percorsi

educativi di accoglienza e di preparazione all'intervento chirurgico.

PER LE SCUOLE

A Firenze viene sperimentato da alcuni anni un percorso educativo per conoscere l'ospedale e le persone che ci lavorano. Il progetto è rivolto ai bambini della scuola primaria (A. Trappa - M. Capurso, *Conosciamo l'ospedale*). Contattare il settore formazione dell'AGESO per saperne di più.

SU INTERNET

Associazione Gioco e Studio in Ospedale - www.giocoestudio.it
 Organizzazione europea dei pedagoghi ospedalieri - www.connect-to-hope.org

Alimentazione del bambino

ANDREA VANIA

Specialista in pediatria, Ricercatore Confermato in Clinica Pediatrica presso l'Università di Roma «La Sapienza»

PERCHÉ PARLARE DI ALIMENTAZIONE PEDIATRICA?

Già, la domanda, come si dice, sorge spontanea. È fuor di dubbio che il momento migliore per impostare una corretta alimentazione sia proprio durante l'età infantile. Le norme nutrizionali più giuste e appropriate, quelle che formeranno la base degli stili alimentari dell'adulto, si apprendono infatti proprio durante l'infanzia, e in particolare nei primi due anni di vita.

Secondo una delle più note e accreditate studiose di alimentazione infantile, ovvero la dott.ssa Irene Axelsson, infatti, nella vita di ognuno di noi esistono solo due grandi rivoluzioni alimentari, due soli punti in cui si decide tutto il nostro futuro destino, per quanto riguarda gli aspetti nutrizionali, due punti che sono vere e proprie rotture rispetto al «passato»... ed entrambi sono in età pediatrica! Il primo di questi punti di rottura è rappresentato dalla nascita: è questo il momento in cui, dopo 9 mesi circa di alimentazione per vena (attraverso i vasi ombelicali che ricevono il nutrimento dalla placenta), si passa per la prima volta a un'alimentazione orale, rappresentata dal latte, sia esso – come è altamente auspicabile e raccomandabile – materno, sia invece con un latte formulato (cosiddetta «alimentazione artificiale»). Il secondo momento di stacco avviene a circa 6-7 mesi di vita, con il divezzamento: in questo processo, infatti, che dura circa 1 anno, si passa progressivamente da un'alimentazione esclusivamente latte, monotona se si vuole, a una diversificata sia per consistenza che per composizione che per stili. Sempre secondo la Axelsson, nessuna scelta alimentare si possa volontariamente compiere nelle epoche della vita successive, per quanto radicale essa sia, potrà mai rappresentare uno stacco tanto grande come le due che abbiamo citato. Così, poiché molti dei lettori sono sicuramente genitori, oppure hanno a che fare a vario titolo con i bambini, mi sembra possa essere giusto dedicare uno spazio ai principi nutrizionali più corretti, alla luce delle conoscenze attuali, per questa fascia d'età. Lungo una carrellata piuttosto rapida ma esaustiva, per quanto la vastità dell'argomento lo permetta, che non vuole peraltro sostituirsi all'opera del proprio pediatra di fiducia, che dovrebbe sempre rappresentare il punto di riferimento principale anche per quanto riguarda l'alimentazione, percorrerò semplicemente le tappe principali dell'alimentazione infantile, dando alcune indicazioni su cosa è opportuno fare e cosa sarebbe bene evitare, nonché su quelli che sono i principali principi informativi relativi a quella specifica tappa o situazioni. Comincio, quindi, dalla più tenera età e dal principe degli alimenti, il latte.

IL CIBO DEL LATTANTE: IL LATTE

I lattati formulati

Mentre in epoca preindustriale l'allattamento al seno era la regola e lunga era la sua durata (tra i 9-12 mesi e addirittura fino a tre anni in alcune regioni) con il sorgere dell'industria si è verificato un progressivo declino della sua pratica. Bisogna arrivare ai recenti anni settanta per vedere l'inizio di una netta inversione di tendenza. Il latte vaccino è considerato oggi del tutto inadeguato alle esigenze del bambino anche dopo i sei mesi di età e fino almeno al compimento dell'anno (e comunque poco adeguato anche dopo l'anno di vita...). Questa opinione è oggi largamente condivisa, come dimostrano le recenti raccomandazioni delle maggiori autorità pediatriche mondiali.

Il motivo principale che ne sconsiglia l'uso è l'eccessivo apporto di sodio, potassio, cloro e proteine, che si traduce in un eccessivo lavoro a carico dei reni, che può portare a disidratazione ma anche a uno sforzo eccessivo per quest'organo, con possibili danni nelle epoche successive.

È molto importante anche il contenuto di grassi essenziali, fondamentali per il corretto sviluppo del bambino.

L'unica alternativa al latte vaccino, se non è possibile allattare al seno, è quella di utilizzare un latte per lattanti (o latte di partenza).

Dopo il quinto mese è indicato l'utilizzo dei cosiddetti lattati di proseguimento, che si caratterizzano per un contenuto di proteine leggermente più elevato e una diversa composizione in generale, più adatta ai bisogni e alle più mature capacità digestive del bambino.

	LATTE MATERNO	LATTE DI PARTENZA	LATTE DI MUCCA
Energia Kcal/dl	60-65	65-70	60-65
Proteine g/dl	0,9-1,1	1,2-1,9	3,2-3,5
Carboidrati g/dl	7,0	5,4-8,2	4,5
Grassi g/dl	3,7	2,7-4,1	3,5
Calcio: Fosforo mg/dl	35:15	50:25	125:100

I bisogni psicologici del lattante

Il feto comincia succhiarsi il pollice fino dalla undicesima e tredicesima settimana, sviluppando così i muscoli della mandibola e delle guance, in modo da essere pronto a suc-

chiare il latte appena nato: ciò va inteso non solo come un'abilità comportamentale innata tesa alla sopravvivenza, ma anche come uno dei primi atti finalizzati a riconoscimento di sé e del mondo esterno.

Risulta evidente così, fin dai primi atti della vita, come l'alimentazione e le attività relazionali, emotive e cognitive si sviluppino in modo integrato e contemporaneo.

Così il processo dell'allattamento si attua in un complesso sistema di comportamenti della madre e del piccolo i cui effetti biologici e psicologici sono caratterizzati dalla reciprocità, definita dall'integrazione dei livelli psicofisici durante tutto il processo di sviluppo: secondo alcuni, inoltre, durante queste prime fasi, nella organizzazione dei ritmi di cullamento e suzione tra madre e bambino è ravvisabile l'apprendimento di quei ritmi «io parlo tu ascolti» che sembrano indispensabili all'acquisizione di linguaggio e abilità comunicative.

Cosa fare

Nei primi mesi di vita è opportuno allattare il bambino secondo ritmi orari non rigidi, ma cadenzati e ordinati, flessibili a seconda delle necessità del piccolo, che è già in grado di esprimere abbozzate abilità di auto-organizzazione, avendo cura di dedicargli il momenti di serenità, senza fretta o tensioni di vario genere. È davvero opportuno che gli adulti che si prendono cura del piccolo, la madre in particolare, siano attenti alle necessità e alle richieste del bambino fin da queste prime fasi.

Cosa non fare

È necessario evitare di alimentare il bambino per calmare ogni

suo disagio, ma scegliere fin da queste primissime fasi della vita modalità differenziate, basate sul contatto e la tenerezza per rispondere alle esigenze e ai richiami del piccolo.

Se il bambino non si alimenta volentieri o presenta disturbi di vario genere, è sempre bene non far diventare il momento di mangiare un evento tragico in cui il bambino si sente forzato e la madre si disperava: il pediatra, nei casi estremi, saprà certamente consigliare i modi perché il bambino assuma i nutrienti necessari senza che il momento del pasto diventi un incubo.

Il bambino in questa fase di vita è già in grado di imparare che il cibo è un ottimo strumento di relazione da usare nel rapporto con gli adulti o con chi si prende cura di lui.

ALLATTAMENTO E FARMACI

Non tutti i farmaci sono controindicati durante l'allattamento: alcuni lo sono poiché potrebbero nuocere in qualche modo al bambino, altri però sono somministrabili, seppure con cautela, e altri ancora sono innocui.

È consigliabile sempre e comunque di chiedere informazioni al proprio medico curante o meglio ancora al proprio pediatra prima di assumere qualunque farmaco durante l'allattamento.

L'articolo sulla nutrizione infantile – modificato, adattato e aggiornato – è tratto dall'opuscolo «Il bambino, la sua famiglia e il cibo», di A. Vania, A. De Pascale, G. Pitzalis e S. Monti.



SIRPIDI

SCUOLA INTERNAZIONALE DI RICERCA E FORMAZIONE IN
PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

Riconosciuta dal M.U.R.S.T. con D.M. 20.03.98

Organizza per l'Anno Accademico 2005/2006

24 settembre 2005 – Workshop internazionale con

DANIEL STERN

(richiesti crediti ECM)

**Corso Quadriennale di Specializzazione
in Psicologia Clinica
e Psicoterapia Psicoanalitica**

Inizio lezioni: novembre 2005

Sede: Via di Santa Maria Mediatrice, 22/G - 00165 Roma
Tel. 06.39366059/62 – Fax 06.39366066 e-mail: sirpidi@idi.it www.idi.it/sirpidi

Ha un anno e mangia tutto: è solo fortuna?

ALBERTO VILLANI

Responsabile U.O.C. Pediatria Generale, Ospedale Bambino Gesù, IRCCS, Roma

L'alimentazione rappresenta uno dei temi di più frequente coinvolgimento per il Pediatra, in particolare per quanto riguarda il bambino nel primo anno di vita.

Tra le primissime preoccupazioni della madre che ha appena partorito c'è l'alimentazione del neonato.

L'allattamento al seno deve essere fortemente favorito e il Pediatra deve contribuire, già durante i corsi pre-parto, a rendere possibile un sereno, efficace e prolungato allattamento. La gran parte delle mamme è in condizioni fisiche tali da consentire l'allattamento al seno, ma è doveroso tener conto anche di quelle, fortunatamente poche, che non possono allattare.

Per le prime, quelle che possono allattare, è importante che il Pediatra rassereni il più possibile la neo-mamma (particolarmente al primo figlio) spiegando alcune *nozioni elementari sulla fisiologia della lattazione*. Nei primissimi giorni la ghiandola mammaria produrrà piccole quantità di *colostro* (questo è il nome del primo latte) che comunque sarà esattamente ciò di cui ha bisogno il neonato. Sono piccole quantità, ma molto nutrienti e ricche in calorie. Il neonato nei primissimi giorni di vita perderà un po' di peso (*calo fisiologico*, fino al 10% circa) e avrà bisogno di imparare ad alimentarsi. Sarà impegnativo per il neonato, ma anche per la mamma, che dovrà sperimentare e imparare sul campo come allattare. La serenità e la naturalezza renderanno il tutto estremamente facile e coronato dal successo. Inizialmente sarà importante che la mamma dedichi molto tempo all'allattamento per imparare lei stessa e per consentire al neonato di imparare a ciucciare al meglio. In genere in pochissimi giorni (3-10 giorni) ognuno (sia la mamma che il neonato) farà al meglio la sua parte. Le prime poppate potranno durare anche oltre l'ora per poi impegnare non più di 30-40 minuti (7-10 minuti per seno, con una breve pausa tra i due seni, e 5-10 minuti per il ruttino). Non è necessario e non ha molto senso prolungare i tempi dell'allattamento. Alcune semplici regole possono essere suggerite alla mamma per ottimizzare l'allattamento del neonato sano. L'allattamento non deve durare più di un'ora, tra una poppata e l'altra è bene che vi sia un intervallo di tempo che sarà tanto più lungo in base all'età e al peso del neonato, *non è necessario somministrare durante l'allattamento altri liquidi* (camomilla, the, finocchio, acqua, ecc.). *Durante l'allattamento la mamma non dovrà fumare, né bere superalcolici*, né eccedere i 2 caffè al giorno; dovrà inoltre evitare le spe-

zie particolarmente piccanti. L'alimentazione dovrà essere curata, ripartita nei tradizionali 4 pasti, senza inutili privazioni. *La madre che allatta può e deve mangiare praticamente tutto, cercando di evitare gli eccessi*. Non c'è alcun supporto scientifico che legittimi l'astinenza da alcuni cibi (compresa la cioccolata, gli asparagi, i carciofi o la cicoria), né l'utilità di altri (brodo di pollo, bevande al finocchio, birra, ecc.). Ciò che è vero è che la mamma che allatta avrà bisogno di più calorie e quindi potrà mangiare più del suo solito e sentirà l'esigenza di bere di più. Il pediatra dovrà stimolare la mamma durante l'allattamento ad aver cura di sé, a riposarsi, a dormire il più possibile; dovrà *favorire in ogni modo il benessere della mamma*.

Le poche mamme che per motivi organici o di altra natura non fossero nelle condizioni di poter allattare devono essere rasserenate. È possibile nutrire i neonati con degli ottimi latti adattati che hanno una formulazione che li rende molto simili al latte materno. Il neonato che si alimenta con il latte adattato cresce bene e senza problemi. *Il latte materno è sicuramente l'alimento ideale per i neonati*, ma laddove non fosse possibile, non vi sono rischi o pericoli per i neonati che devono far ricorso al latte adattato.

Un'alimentazione esclusivamente lattea (latte materno preferibilmente o latte adattato) è consigliata fino al IV-VI mese di vita in base alle caratteristiche del bambino e della madre. L'introduzione di altri alimenti nella dieta viene definita *svezzamento*. È questo un momento particolarmente importante nella vita alimentare del bambino e rappresenta una vera e propria rivoluzione. Già considerando la modalità di assunzione del cibo, si comprende quanto questa fase sia delicata. Il latte viene assunto per suzione; il neonato succhia il latte dal seno disponendo la lingua come il letto di un ruscello. Il latte vi scorre fino a raggiungere la parte posteriore della cavità buccale e instradarsi verso l'esofago. Con *l'introduzione dei cibi solidi*, la lingua deve eseguire un movimento di ripiegamento verso l'alto indirizzando il cibo nella porzione posteriore del cavo buccale per favorire la deglutizione. *È una vera e complessa rivoluzione* che può miracolosamente compiersi già durante il primo pasto o impegnare il soggetto per giorni e giorni. In questa fase la mamma dovrà avere molta pazienza, perché molto del rapporto con il cibo del suo bambino dipenderà da questi momenti. Con l'introduzione della prima pappa il bambino in genere inizia ad alimentarsi 4 volte al giorno. Non appe-

na il bambino riesce ad alimentarsi agevolmente (in genere dopo 3-10 giorni) sarà possibile introdurre una seconda pappa e quindi il bambino avrà una ripartizione dei pasti sovrapponibile a quella di un adulto (colazione con latte, pappa, merenda con latte e/o frutta, pappa). L'introduzione degli alimenti dipenderà molto dalle caratteristiche del bambino, della madre, dalle tradizioni alimentari. In genere si tende a iniziare con un brodo vegetale con delle creme di riso e di tapioca e mais. La carne viene introdotta al V-VI mese. Il glutine (pasta) dal VI mese. Non prima del VII mese il pesce, il tuorlo dell'uovo, il pomodoro, i legumi. *È invece controindicato, nel primo anno di vita, l'uso del sale da cucina, l'aggiunta di zucchero di canna, l'albume dell'uovo.* Da parte delle mamme c'è grande attenzione sul cosa un bambino nel primo anno di vita debba mangiare, molta meno attenzione viene posta sul come. Dall'inizio dell'assunzione delle pappe al raggiungimento dell'anno di età, il bambino dovrà progressivamente migliorare le sue abilità con l'aiuto paziente della mamma. Essendo auspicabile che a un anno un bambino sia in grado di mangiare moltissimi alimenti, di mangiare a pezzetti, separando i sapori, si dovrà tendere a questo risultato. È bene ricordare che *l'acquisizione del gusto e la capacità di identificare i diversi sapori è particolarmente spiccata tra i 6 e gli 8 mesi.* Se in questa fascia di età, in cui è massima la curiosità per il cibo, si riuscirà a introdurre nuovi sapori e a far sì che il bambino impari a mangiare pezzetti progressivamente più grandi, sarà molto probabile che a un anno riuscirà a integrarsi nelle abitudini alimentari della famiglia (questo dovrebbe essere l'obiettivo). Nell'alimentazione del primo anno di vita è importante che il Pediatra condivida con la madre il programma alimentare e stabilisca gli obiettivi da raggiungere. I risultati non possono essere affidati al caso o, cosa insensata, a una presunta capacità del bambino di autoregolarsi. La condivisione di obiettivi quali il far sì che a un anno il bambino mangi più o meno tutto (pasta, riso, carne di ogni tipo, pesce, ogni sorta di verdure e ortaggi, tutti i tipi di frutta) e sia aperto a tutti i sapori, che sia in grado di alimentarsi in maniera

quasi autonoma (uso guidato delle posate), integrato nei pasti familiari (quando possibile) costituisce la premessa indispensabile a un'impostazione delle abitudini alimentari che il bambino manterrà per il prosieguo della sua crescita.

Un bambino che a un anno fa regolarmente colazione con una tazza di latte (100-150 ml) accompagnata alternativamente da 2-3 biscotti o da 3-4 cucchiaini di cereali, che a pranzo mangia pasta o riso, carne o pesce, verdura e frutta, che a merenda mangia 1 yogurt o della frutta o del latte come a colazione e che cena con 2 fettine di prosciutto crudo o cotto o con 1 uovo o con 30-50 grammi di formaggio con un contorno a base di verdura, un po' di pane e della frutta sarebbe la gioia di ogni mamma. Questo risultato è raggiungibile con ogni bambino, ma per essere raggiunto richiede molto impegno da parte della madre e una sapiente opera di coordinamento da parte del Pediatra. Se un bambino arriva a un anno di età che è in grado di mangiare a pezzetti, che si confronta serenamente con tutti i sapori, che condivide la cultura alimentare della famiglia nella quale vive, sarà molto improbabile che apparterrà alla schiera, ancora molto ampia purtroppo, di bambini che a 3 anni bevono il latte ancora con il biberon, mangiano la pasta scondita, mangiano malvolentieri solo i bastoncini di pesce, odiano la verdura e per frutta occasionalmente accettano un pezzetto di banana. *Il Pediatra deve cercare di favorire il raggiungimento degli obiettivi condivisi, spiegando nel dettaglio alla madre, sin dall'inizio dello svezzamento, l'importanza del rispetto della tempistica dell'introduzione degli alimenti e quanto sia importante non solo cosa si offre da mangiare, ma anche come si mangia. Pediatra deve cercare di favorire il raggiungimento degli obiettivi condivisi, spiegando nel dettaglio alla madre, sin dall'inizio dello svezzamento, l'importanza del rispetto della tempistica dell'introduzione degli alimenti e quanto sia importante non solo cosa si offre da mangiare, ma anche come si mangia.*

Pediatra deve cercare di favorire il raggiungimento degli obiettivi condivisi, spiegando nel dettaglio alla madre, sin dall'inizio dello svezzamento.

**CENTRO di RICERCA di PSICOTERAPIA- socio O.P.I.F.E.R.
SCUOLA di PSICOTERAPIA a INDIRIZZO PSICOANALITICO
Direttore: dott.ssa SIMONA TACCANI**



SCUOLA CeRP di SPECIALIZZAZIONE in PSICOTERAPIA con sede a TRENTO

Decreto di riconoscimento MIUR (ex-MURST) del 16.11.2000. Per laureati in Psicologia e in Medicina. Sono ammessi 20 Allievi per anno di corso.

Incontri di orientamento e presentazione della Scuola: 9 luglio 2005 Padova - 15 ottobre 2005 Trento (gli psicologi interessati contattino la segreteria di Trento).

RIVISITARE L'ISTERIA, Convegno con A. LUCCHIN, A. MASSA e S. TACCANI, TRENTO, sabato 21 MAGGIO 2005, Oratorio del Duomo, VIA MADRUZZO 45 (crediti ECM).

Sede di tirocini universitari - post-laurea - specializzandi.

Seminari di supervisione in piccoli gruppi, discussione casi clinici, valutazioni testistiche, problemi istituzionali.

**Info: 38100 TRENTO, via L. Marchetti 9 - tel. 0461-232053 - fax 0461-239290
20144 MILANO, via Tortona 86 - tel./fax 02-471671 - www.ilcerp.com • scuola.cerp@tin.it**

Il bambino, la tonsillite, la multifattorialità

FRANCESCO MACRÌ

Pediatra, Roma

Per *malattia multifattoriale* si intende un quadro morboso nella genesi del quale intervengono sia fattori genetici (individuali) che ambientali ed è sempre notevole l'impegno che viene profuso per accogliere in tale definizione nuove malattie, tanto da attribuire a tale evento il significato di una sorta di *consacrazione scientifica*. Sarebbe invece opportuno, anche se dissacrante, offrire un condono nosologico e considerare di tipo multifattoriale tutte le malattie acquisite poiché, oramai, la genetica ha pervaso ogni assetto fisiopatologico dell'organismo ed è praticamente impossibile ipotizzare quadri morbosi nel cui determinismo la risposta individuale non interagisca con i fattori ambientali, varrà addirittura la pena di valutare tale possibilità anche per molte malattie congenite.

La multifattorialità in effetti si afferma anche nelle malattie tradizionalmente considerate di tipo ambientale, *le malattie infettive*: è nell'età pediatrica che tale considerazione è particolarmente significativa, proprio perché i bambini nei confronti delle malattie infettive rappresentano la fascia d'età più colpita. Un bambino di tre anni che frequenta il nido si ammala di febbre ripetutamente, mediamente 5 - 6 volte nei casi fortunati, nel periodo autunno-invernale, eppure tutti notano che per alcuni succede più

spesso che per altri: lo stesso agente virale decide chi colpire e chi risparmiare?

Oggi sappiamo che l'immunità si avvale di numerosi componenti sia di tipo cellulare (linfociti, macrofagi, etc..) che umorale (anticorpi) e che si esplica grazie a strutture specifiche presenti sulla parete delle cellule coinvolte e che vanno sotto il nome di recettori; sappiamo anche che l'assetto di questi recettori, e quindi l'intensità della risposta immunitaria da essi consentita, dipende dalle caratteristiche genetiche del soggetto e quindi è proponibile che anche la tonsillite sia in realtà una malattia multifattoriale derivante dall'interrelazione del fattore ambientale (virus) con un fattore genetico (assetto dei recettori delle cellule immunitarie).

Il modello della multifattorialità anche se estendibile a molte malattie, se non a tutte, ammette però forti elementi di variabilità tra una malattia e l'altra, e chi ha cercato di dare una spiegazione a tutto ciò ha formulato 6 possibili modelli in cui il rapporto esistente tra individuo e ambiente si esplica secondo diversi gradi d'interferenza reciproca, per cui, per esempio, la multifattorialità del diabete si configura in modo differente rispetto a quella dell'asma.

Accade però che questa definizione di multifattorialità, apparentemente così innovativa, finisce per riformulare in



I . G . A . T .

Napoli

ISTITUTO DI GESTALT E ANALISI TRANSAZIONALE

Associato a: Federazione Italiana e Associazione Europea di Gestalt (FISIG-EACT)

**SCUOLA QUADRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE
IN PSICOTERAPIA DELLA GESTALT E ANALISI TRANSAZIONALE**

Riconosciuta dal Ministero dell'Università (MIUR) DM del 21/5/2001 (G.U. n.128 del 5/6/2001)

DIRETTORE: **DOTT. ANTONIO FERRARA**

DIDATTA SUPERVISORE IN PSICOTERAPIA DELLA GESTALT E ANALISI TRANSAZIONALE

In convenzione con l'Istituto di Psicologia Generale e Clinica dell'Università di Siena.

Il titolo rilasciato è equipollente alla specializzazione universitaria necessaria per la partecipazione ai concorsi pubblici nel settore sanitario.

SCUOLA TRIENNALE DI COUNSELING

(Napoli - Taranto - Bologna - Salerno)

CORSI DI ENNEAGRAMMA SECONDO IL MODELLO DI CLAUDIO NARANJO

Sede: Via Pietro Castellino 21 - 80128 Napoli Tel./Fax 081.5790855 • e-mail: isigat@tin.it

chiave moderna ciò che la nosologia del passato attribuiva a un *quid* che, a seconda dei casi, o, meglio, del paradigma vigente, coincideva con l'endogeno (la predisposizione individuale) o l'esogeno (la noxa morbosa).

La multifattorialità non ha fatto altro che comporre in interazione, dal punto di vista fisiopatologico, queste due componenti, in un'operazione che, anche senza le nozioni di biologia molecolare oggi a disposizione, avremmo potuto effettuare con semplicità rivisitando e rielaborando quelli che sono i concetti basilari della medicina. Per comprendere meglio tali considerazioni dobbiamo riflettere con attenzione proprio su questi concetti e su come essi siano stati applicati al modo di considerare le malattie. Non si può fare a meno di constatare che differenze di atteggiamento culturale comportano una diversa interpretazione dei problemi medici che ne conseguono, sulla base sia dei cambiamenti verificatisi nel tempo all'interno dello stesso modello culturale sia dei divari esistenti trasversalmente tra vari modelli culturali.: a metà del secolo scorso nel determinismo di alcune patologie, si attribuiva importanza alle carenze alimentari, all'alcolismo, ai matrimoni tra consanguinei; attualmente, invece, i fattori incriminati sono gli eccessi alimentari, il tabagismo, le malattie genetiche; si tratta di variazioni nel tempo all'interno dello stesso contesto socioculturale. E mentre nel mondo occidentale si fa avanti la *Medicina Basata sull'Evidenza*, in alcune comunità indigene di paesi del Terzo Mondo le malattie vengono tuttora attribuite al prevalere dei geni del male su quelli del bene; si tratta di variazioni trasversali all'interno di differenti contesti socioculturali.

Appare necessario, quindi, attuare un'operazione di deco-dificazione, tale da eliminare gli elementi di variabilità e permettere di giungere a un livello di interpretazione delle malattie che sia metaculturale. È un'operazione possibile, perché, se si considerano i concetti essenziali alla base del modo in cui l'essere umano intende la malattia in tutte le sue espressioni, essi in realtà si riducono a un numero esiguo e ogni modello interpretativo consiste in una specifica organizzazione dei vari rapporti tra tali concetti, elencati qui di seguito:

la cosa – la società
 la sostanza – la relazione
 l'interno – l'esterno
 la natura – la cultura
 il senso – il non senso
 il buono – il cattivo
 l'omogeneo – l'eterogeneo
 l'individuale – il sociale
 l'aggiuntivo – il sottrattivo
 il dualismo – il monismo
 l'alterità – l'alterazione
 la quantità – la qualità
 il simile – il contrario
 l'inibizione – la stimolazione

Sono le possibili combinazioni tra questi concetti che consentono di individuare modelli di interpretazione delle malattie e del loro verificarsi. I modelli possibili sono abbinate in coppie:

ontologico / relazionale
 esogeno / endogeno
 sottrattivo / aggiuntivo
 benefico / malefico

Ecco quindi che ritroviamo la diade endogeno / esogeno e, come tutti gli altri modelli in coppia, essi non sono in contrapposizione o lo sono solo apparentemente; un modello terapeutico può essere collegato all'altro della stessa coppia poiché tra i due esiste una continuità garantita dalla flessibilità con cui sono stati considerati i concetti di base che hanno portato all'elaborazione dei modelli stessi.

Abbiamo quindi sempre avuto la multifattorialità sotto gli occhi senza rendercene conto.

Torniamo tranquillamente al bambino con la tonsillite, non è successo niente di nuovo, è sempre un bambino, è sempre una tonsillite.

Istituto Carlo Amore

RICERCA – FORMAZIONE – EDITORIA

Master in
MEDIAZIONE FAMILIARE

nelle sedi di Roma, Milano, Palermo

www.mediazione.it

Per ulteriori informazioni: Tel. 06 32.80.34.57 – Fax 06 32.80.34.00

E-mail info@mediazione.it

Sui farmaci antifumo

ON.LE PROF. ANTONIO GUIDI

Neurologo, NPI infantile, Sottosegretario alla Salute

La lotta contro il fumo deve partire da una prerogativa fondamentale che poco, o non troppo, riguarda i medicinali ma che coinvolge la nostra volontà, fondamentale punto di partenza per tutti quelli che vogliono liberarsi dal vizio delle sigarette. Uno degli errori comuni del fumatore è quello di sottovalutare il vizio, ripetersi e ripetere la faticosa frase «smetto quando voglio». Come per l'uso di sostanze stupefacenti, il fumo porta alla dipendenza e più si è accaniti fumatori più sarà difficile venirne fuori. L'atto del fumare, in molti casi, è legato a precise abitudini, rituali fissi che si compiono spesso senza volerlo ma che fanno parte della nostra quotidianità.

Taluni gesti si compiono senza pensarci, in modo assolutamente meccanico e questo perché ci siamo abituati in un certo modo, lo facciamo da sempre. In pratica è come quando prendiamo la forchetta per mangiare o il cappotto per uscire di casa, tutto ci viene in modo naturale ed è un po' quello che accade con le sigarette, le accendiamo, le fumiamo e ci accorgiamo di averlo fatto solo quando ci bruciano gli occhi per la «nebbia» che ci sta intorno.

Dato per scontato che tutti conoscono la nocività del fumo e le conseguenze negative sul nostro organismo, biso-

gna conoscere ed essere documentati anche sulle terapie farmacologiche che si adottano per smettere di fumare. Un corretto uso dei farmaci in generale e di quelli antifumo in particolare è indispensabile per non correre rischi inutili se si intraprendono terapie di questo genere che, se non seguite da specialisti, rischiano di causare più danni che benefici. Facciamo qualche esempio. Le gomme masticabili, i cerotti, lo spray per via orale sono tutti trattamenti leggeri ma comunque sempre a base di nicotina. Inoltre non mancano gli effetti collaterali che se per le gomme da masticare riguardano nausea e singhiozzo per i cerotti possono recare problemi a cardiopatici e ipertesi.

Un esempio per tutti è la pillola anti-fumo. Si tratta di un farmaco importante per chi voglia smettere di fumare, è per grandi fumatori, ma anche da usare con precauzione. Necessita di ricetta medica in quanto composto da bupropione e negli Stati Uniti è in commercio da circa trent'anni come antidepressivo. Il suo effetto è stato scoperto quasi per caso, chi ne faceva uso spesso presentava il desiderio di non fumare più. Gli effetti collaterali sono diversi tra cui l'insonnia, difficoltà di concentrazione, cefalea e in casi più rari tachicardia e aumento o calo della pressione arteriosa. È inoltre controindicato in prossimità di eventuali anestesi per le quali è richiesta la sospensione del trattamento.

Fin qui i metodi più noti a base di nicotina ma non sono i soli. Trattamenti quali agopuntura, aerosol, preparati erboristici specifici disintossicanti, prescrizioni alimentari e via discorrendo stanno proliferando soprattutto in rete, dove sono sempre più numerosi i siti in cui si pubblicizzano metodi infallibili e sicuri. Bisogna fare molta attenzione. È un po' quello che accade per i metodi di dimagrimento facile. Alcuni sono affidabili ma occorre informarsi sulla reale attendibilità delle terapie e qualora ci fossero dubbi contattare gli esperti di settore e denunciare eventuali truffatori. In casi come questo spesso si è presi dall'ossessione «anti» e precipitosamente si fanno scelte che in seguito si pagano a caro prezzo. I rimedi farmacologici per smetterla con il fumo ci sono e di diversa natura.

Naturalmente si tratta sempre di farmaci e quindi la precauzione, il controllo medico e la prudenza si rendono indispensabili. A corollario di quanto detto c'è sicuramente il fattore volontà.

È scientificamente provato che i farmaci da soli non riescono a farci raggiungere l'obiettivo e senza un grande impegno il rischio di ricominciare è molto alto. Credere di smettere di fumare grazie solo a una pillola è un grave errore, si correrebbe il rischio di smetterla con una dipendenza per passare ad un'altra. ♦



Società Italiana di Analisi Bioenergetica

Riconosciuta dal Ministero dell'Università
e della Ricerca Scientifica (Art. 3 - Legge 56/89)

**ANALISI BIOENERGETICA:
AZIONE E CAMBIAMENTO
NELL'ESPERIENZA SPORTIVA**

*Corso annuale di psicologia dello sport
per Psicologi, Atleti, Tecnici e Dirigenti sportivi*

MASTER PER OPERATORI DEL PARTO

*Corso di 6 weekend sul parto rivolto a
Ostetriche, Psicologi, Medici, Counsellors,
Trainers in Analisi Bioenergetica*

Per informazioni ed iscrizioni:
Via di Magna Grecia, 128 int. 2 - 00183, Roma
Tel/Fax 06-70450819 - www.siab.online.it - mail@siab-online.it

Il caso di Terry Schiavo

ON.LE PROF. ANTONIO GUIDI

Roma, febbraio 2005

Il caso di Terry Schiavo, di stretta attualità in questo periodo, sta dividendo in maniera netta l'opinione pubblica mondiale. Da un punto di vista strettamente morale, la vicenda non può che suscitare angoscia, qualsiasi siano le posizioni etiche a riguardo. In questi giorni di fremente attesa per la decisione dei giudici americani si è spesso parlato dell'opportunità di lasciare in vita la ragazza americana oppure lasciarla morire di fame come di fatto sta avvenendo. Nessuno però, tranne qualche caso isolato, ha parlato di prevenzione. Quante persone, in Italia e nel mondo, sono in coma in condizioni simili, pur non avendo la visibilità, loro malgrado, della sfortunata ragazza americana? In Italia circa 20.000 persone ogni anno entrano in coma e di queste 6.000 vivono in stato vegetativo. La maggior parte di questi soggetti entra in coma a causa soprattutto di incidenti stradali, di infortuni sul lavoro, incidenti in ambito domestico. Credo che all'interno di un sistema di sicurezza sociale si dovrebbe intervenire con delle buone prassi, informazione nelle scuole per limitare al minimo stati comatosi e il solo modo per ottenere risultati è prevenire e avere stili di vita non a rischio. In questi giorni, però, le prese di posizione e le tematiche affrontate sul caso Terry Schiavo si sono basate sul delicato e inquietante quesito, vita o morte? Alcuni genitori con figli in stato di coma hanno ribadito la loro contrarietà allo «stacco della spina» ribadendo la costante comunicazione attiva con i propri cari con i quali interagiscono in continuazione aspettando, forse invano, il risveglio, un segnale di vita anche solo attraverso lo sguardo. Altri invece hanno appoggiato la decisione del marito della Schiavo comprendendo la sua voglia di chiudere con la sofferenza, sua e di sua moglie Terry. Personalmente, ritengo la persona in coma non un vegetale ma un essere umano che vive una vita «altra», diversa, aliena da noi. La filosofia dello «stacco della spina» tranne che in casi dove c'è accanimento terapeutico non è una soluzione ma una scorciatoia e lasciar morire di fame un qualsiasi essere vivente è una cosa che francamente ritengo ignobile. Per le persone che vivono la nostra realtà plurisensoriale vivere di sguardi, impressioni, sensazioni può essere poco ma per altre rappresenta tantissimo, le aiuta ad andare avanti a cercare di non arrendersi per continuare a sperare. Dare un segnale di questo tipo alla società significa anche fare il possibile per migliorare la qualità della vita sia di chi si trova in condizioni di questo genere sia di quelli che danno loro assistenza ed emotivamente soffrono di più. Detto questo, in una situazione dove Terry esprime il massimo della debolezza, paradossalmente questa ragazza ha avuto la capacità di stimolare un dibattito sulla vita e la morte, ma non nell'ambito degli schieramenti politici, ma nelle coscienze di ognuno di noi quasi a ricordarci la precarietà della vita quotidiana. Questo caso ha spaccato la società civile e ha persino scomodato il presidente Bush che ha

On.le Antonio Guidi dà la sua disponibilità ad aprire un dibattito con i lettori sui temi sociali. I lettori interessati possono, a tal fine, utilizzare il seguente recapito e-mail: falconio@libero.it.

firmato una legge *ad hoc* per cercare di aprire le porte a una sua sopravvivenza. Le cose sono andate diversamente e da cinque giorni Terry è senza acqua e cibo.

In qualsiasi modo la vicenda si concluderà, tutto il mondo avrà parlato di Terry, avrà mobilitato una nazione in tutti i suoi sistemi da quello del consenso-dissenso popolare a quello della decisione di uno degli uomini più potenti del mondo. Questo significa che oggi quando si parla di vita e di morte la gente è più attenta rispetto a pochi anni fa e anche negli Stati Uniti, paese notoriamente intransigente, ma anche contraddittorio, si è tornati a parlare della pena di morte.

La presa di posizione da parte dei vescovi americani, conseguente alla vicenda, ha riportato di attualità la questione e si è tornati a dibattere sulla possibilità o meno di una sua abolizione. La questione Terry quasi sicuramente non provocherà la fine di questa pratica terribile ma spingerà se non altro a una discussione sulla materia per capire come e perché in un paese che si vuole simbolo di civiltà sussistano ancora metodi così estremi. In Italia con la prossima consultazione referendaria si andrà a decidere di dare la vita come e quando non essendo, a mio avviso, ancora preparati. L'esempio degli Stati Uniti può farci capire come il singolo evento possa aprire dibattiti costruttivi a prescindere dalla condivisione degli effetti scaturiti. Il mondo sta cambiando velocemente nella sua sensibilità alla vita perché tutti noi ci sentiamo in gioco. La scelta su Terry, probabilmente di morte, sarà in ognuno di noi valutata in maniera diversa, in ogni caso porterà tutti ad apprezzare di più la gioia di vivere.



L'Associazione

«S.O.S. ALZHEIMER TARANTO ONLUS»

organizza l'evento ECM
7-8 Giugno 2005

LA PRESA IN CARICO DEL MALATO DI ALZHEIMER

c/o l'Ospedale di Taranto SS. Annunziata Padiglione «Vinci»

Per informazioni: Viale Magna Grecia, 267 - 74100 Taranto
Tel./Fax 099.7352568 - Cell. 340.9163471
E-mail: clopre@tin.it info@sos-alzheimer.taranto.org
Sito: www.sos-alzheimer.taranto.org

ISFAR Magazine

Post-Università delle Professioni®

Formazione per le professioni riconosciute dalle Associazioni di Categoria e iscrizione nei relativi Albi professionali



Pedagogista Clinico®

La formazione è triennale, rivolta a laureati e laureandi (laurea specialistica o di secondo livello e lauree vecchio Ordinamento) delle Università italiane e straniere.

Il Pedagogista Clinico è il professionista che si avvale di tecniche e metodologie proprie ed esclusive per affrontare molteplici bisogni dell'individuo. Egli svolge il suo impegno attuando interventi di aiuto su soggetti di ogni età o su gruppi.



Reflector®

La formazione è biennale, rivolta a laureati e laureandi (laurea specialistica o di secondo livello e lauree vecchio Ordinamento) delle Università italiane e straniere.

Il Reflector è il professionista che utilizza ogni segnale informatore per offrire alla persona idonee sollecitazioni alla riflessione. Egli agisce una relazione indispensabile al bisogno che la persona ha di muoversi nella propria interiorità, di conoscere e discernere ogni aspetto dell'universalità che le appartiene, di sviluppare il proprio sé.



Psicomotricista Funzionale®

La formazione è triennale e si rivolge a laureati e diplomati.

Lo Psicomotricista Funzionale è lo specialista che attua interventi educativi per mezzo di esperienze motorie, generando motivazione e intenzionalità fino a rendere efficace ogni azione della persona.

Specializzazione e perfezionamento

Consulenza Tecnica e Peritale presso il Tribunale

Destinatari: Laureati in psicologia e pedagogisti clinici.

Il corso si propone di definire e sviluppare tutte quelle competenze teoriche, metodologiche e tecniche utili alla consulenza nei procedimenti giudiziari.

Disegno onirico

Destinatari: Laureati

Il corso orienta sulla teoria delle forme e colori nello spazio, sul simbolismo del mondo archetipico, sul valore delle immagini ancestrali nella strutturazione o ristrutturazione della personalità.

Psicodramma olistico

Destinatari: Laureati

Il corso si basa su tecniche creative e occasioni esperienziali sviluppando ogni linguaggio capace di comunicazione. Una via olistica rivolta ad allontanare gli stati di difficoltà e di disagio per lasciare il posto ad atteggiamenti e motivazioni positive.

SITI INTERNET: www.clinicalpedagogy.com - www.pedagogiaclinica.com - www.pedagogisticlinici.com - www.isfar-firenze.it
www.reflecting.it - www.reflector.it - www.psicomotricistafunzionale.com - www.psicomotricistifunzionali.com

Segreteria: ISFAR Post-Università delle Professioni
Viale Europa, 185/b - 50126 Firenze - Tel./Fax 0556531816

L'esplicito e l'implicito in psicoterapia

Il Congresso della Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia (FIAP), svoltosi a Siracusa nei giorni 21 - 24 aprile 2005

MARGHERITA SPAGNUOLO LOBB

Presidente FIAP (Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia)

A più di mezzo secolo dal Dopo Guerra in cui la psicoterapia era praticamente sconosciuta in Italia, cosa possiamo dire oggi della psicoterapia italiana? Quale percorso evolutivo ha compiuto e quali contributi originali oggi offre alla società globalizzata, frammentata, virtualizzata, velocizzata in cui viviamo? Quale è lo stato dell'arte di questa professione e quali leggi proteggono il cittadino e il professionista? Come i professionisti odierni, molto più preparati di qualche anno fa, affrontano la cura dei nuovi disagi del vivere sociale?

Siracusa, l'antica culla della Magna Grecia, un tempo rifugio e possesso di greci, romani, cartaginesi, arabi, oggi meta frequente di incontri culturali con uno dei più bei porti naturali del mondo, ha accolto dal 21 al 24 aprile 2005 il secondo congresso della psicoterapia italiana, organizzato dalla FIAP in collaborazione con il CNSP (coordinamento nazionale delle scuole di psicoterapia), dal titolo «L'esplicito e l'implicito in psicoterapia». La comunità degli psicoterapeuti italiani si è interrogata nel corso di tavole rotonde, workshops e processi di gruppo su ciò che possiamo oggi definire come l'agente del cambiamento in psicoterapia. Possiamo ancora dire, come ai tempi della fondazione della psicoanalisi, che per stare meglio occorre rendere conscio ciò che è inconscio? O la nostra cultura post-moderna ci obbliga a rivedere il concetto di cura, alla luce della nuova condizione di «fluidità» (senza punti di riferimento) della nostra esistenza, e dei nuovi disturbi (attacchi di panico, sindrome borderline, disturbo post-traumatico da stress, ecc.)?

«Che cosa rende terapeutica una psicoterapia?» È la domanda su cui durante il congresso si sono confrontati i rappresentanti italiani dei metodi di psicoterapia, secondo una nuova modalità di co-gestione di situazioni cliniche tra esponenti di approcci diversi. La domanda ha spinto i convenuti a rivedere i concetti di conscio-inconscio, conscio-non conscio, stimolando la fondazione di un linguaggio comune ai vari approcci. In altre parole, al di là della ormai obsoleta distinzione tra scienze naturali e scienze dello spirito, la psicoterapia si trova a riscoprire valori di normalità e linguaggi nuovi che diano contezza dell'unitarietà dell'esperienza, oggi avvalorata sia nel campo delle neuroscienze che in ambito filosofico.

LA FIAP: IL CONFRONTO TRA METODI E L'INTERFACCIA CON L'EUROPA

La FIAP (Federazione Italiana delle Associazioni di Psicote-

rapia) è nata come luogo di confronto scientifico tra i vari metodi psicoterapici operanti in Italia (quindi delle associazioni di metodo), e come rappresentanza italiana in Europa.

Il suo compito è duplice: portare lo sguardo sull'Europa e invitare la comunità di psicoterapeuti italiani alla conoscenza e allo scambio scientifico tra metodi.

La FIAP è inserita a pieno titolo nella European Association for Psychotherapy (EAP) in quanto rappresentante delle associazioni italiane di psicoterapia. L'EAP (European Association for Psychotherapy) si occupa degli aspetti politici e burocratici coinvolti nell'unificazione del concetto di psicoterapia in Europa. Si propone di unificare le varie realtà europee, attualmente estremamente diversificate nelle varie nazioni (vedi ultimo numero della Newsletter FIAP). Attraverso un lavoro di collaborazione e consulenza con il Parlamento Europeo, l'EAP opera per ottenere uno status unificato della psicoterapia in Europa. La psicoterapia in quanto diritto alla salute è una questione dei singoli stati individuali (occorre esplorare le leggi dei singoli stati e le possibilità di mutuo riconoscimento). La parola chiave per una regolamentazione europea della psicoterapia è la libera circolazione della professione. È possibile fare questo partendo dalle nazioni che già hanno leggi sulla psicoterapia e l'Italia è una di queste. Lo strumento unificatore di un discorso europeo dovrebbe essere l'ECP (certificato europeo di psicoterapia), che è attualmente molto meno qualificato rispetto alla legge italiana sull'esercizio della professione, sia dal punto di vista dell'accesso richiesto per il training, che dal punto di vista delle ore di formazione per ottenere il titolo di psicoterapeuta. Occorre che l'Italia sia presente nel dialogo creato dall'EAP, con i suoi rappresentanti più significativi, per portare il modello italiano in Europa.

PROSPETTIVE PER LA PSICOTERAPIA ITALIANA IN EUROPA

Il modello italiano rappresenta per la psicoterapia in Europa una possibilità di maggiore scientificità proprio per la collocazione della formazione dopo la laurea specialistica e per l'articolazione e l'ammontare delle ore formative.

Esso è anche un esempio di apertura mentale: ogni approccio psicoterapico assume un valore mediatico, non assoluto, una strada da percorrere per l'obiettivo comune rappresentato dal benessere della persona-in-relazione.

Il metodo psicoterapico diventa una chiave di lettura e di

Babele

Volete pubblicizzare al meglio
il vostro Evento?

Convegno, seminario, master,
corso di formazione, workshop
e le vostre Attività?

Studio professionale, strumenti
terapeutici, software....

Babele

Periodico quadrimestrale
in distribuzione gratuita

Uscite: *gennaio-maggio-settembre*

La rivista per psicologi,
psicoterapeuti, pediatri,
insegnanti, medici,
logopedisti, psicomotricisti

100.000 abbonati
28 numeri già usciti
on line su www.babelenews.net

Babele
per i professionisti del settore

Per la vostra pubblicità: camilla appelius

– ufficio pubblicità –

tel.06.84.24.24.45 fax 06.85.35.78.40

promozione@babelenews.net

intervento, al di là della quale lo psicoterapeuta deve acquisire un proprio stile terapeutico, una vera e propria arte.

IL CONGRESSO DELLA PSICOTERAPIA ITALIANA DELLA FIAP

In un tempo in cui le pluriformi presenze del diverso si impongono alla *polis* e richiedono cambiamenti dei paradigmi politico-culturali, il mondo della psicoterapia deve aprire le frontiere interne e interrogarsi su temi clinici che tutti – con linguaggi teorici diversi – affrontano. Le parole e il corpo, il conscio e l'inconscio, l'intrapsichico e il relazionale, il razionale e l'irrazionale, l'esperienza (*Erlebnis*) e l'interpretazione, l'armonia spontanea e la norma sono sempre state categorie che ogni scuola di psicoterapia ha collocato in un gioco di figure e sfondi e che oggi vanno rilette alla luce delle nuove prospettive fenomenologiche e relazionali. La «conoscenza implicita ed esplicita» – il fresco linguaggio coniato da Daniel Stern – è stato un invito per la comunità degli psicoterapeuti italiani a rileggere, a prescindere dalla scuola di appartenenza, non solo le categorie teorico-metodologiche con cui un terapeuta viene formato, ma anche, conseguentemente, tutto il processo terapeutico, ciò che accade nel setting, in primo luogo il rapporto tra es e io, o tra ciò che da sfondo diventa figura. Il congresso, dal titolo «L'implicito e l'esplicito in psicoterapia», ha avuto un padrino d'eccezione: Daniel Stern, il genio contemporaneo della ricerca infantile e della psicoterapia, che ha rivoluzionato sia gli studi sui bambini che la prospettiva della relazione psicoterapica.

Il congresso si è sviluppato in vari momenti di confronto tra i rappresentanti contemporanei della psicoterapia italiana, su aspetti che vanno dalla cura dei nuovi disturbi all'etica della professione psicoterapica, dalla formazione alla ricerca, dalla supervisione ai modelli di intervento nelle strutture psichiatriche, alla psicofarmacologia. Molti progetti sono nati da questo incontro, come quello di una commissione permanente dei direttori delle riviste italiane di psicoterapia, o il lancio di progetti di ricerca «multimodale» sulla psicoterapia.

Il Congresso ha messo in luce l'importanza per la psicoterapia contemporanea di utilizzare categorie teoriche e cliniche che non si riferiscano tanto alla conoscenza esplicita di sé e della relazione, ma a quella che nella teoria del professor Stern è chiamata la «conoscenza implicita», al fine di curare l'«indicibile» disagio emergente nella società attuale. Inoltre, il congresso ha costituito l'occasione per fare emergere il ruolo del modello italiano della psicoterapia nella sua tradizione, nella sua profondità e capacità di esportare i valori della complessità e creatività impliciti in questa professione nel resto del mondo.

BIBLIOGRAFIA

SPAGNUOLO LOBB M., (2002), *A Gestalt Model for Profoundly Disturbed Patients in Residential Settings – Addressing Psycho-sis*, in «British Gestalt Journal», vol. 11, n. 1.

SPAGNUOLO LOBB M., *Psychotherapy as a profession – The Italian model*, in «International Journal of Psychotherapy», vol 8, n. 3, 2003, pp. 227-233.

Sede F.I.A.P., via San Sebastiano, 38 – 96100 Siracusa.

Tel. 0931-465668; fax: 0931-483646

presidenza@fiap.info - training@gestalt.it

www.gestalt.it/fiap.htm - www.fiap.info

Disegnare i sentimenti

Una bambina e le crisi di panico

ELIANA TISCI

Èquipe del Servizio di Psicoterapia dell'età evolutiva dell'Istituto di Ortofonia, Roma

«**P**er quanto riguarda me, ho già risolto da tempo il mio rapporto con l'idea della morte: ho deciso che non morirò mai». Ciò stabilito, la madre di Denise continuò a illustrarmi i motivi che l'avevano indotta ad accompagnare in Istituto la figlia dodicenne soggetta a crisi di panico che si manifestavano con una certa frequenza da circa un anno e durante le quali la bambina viveva il terrore di una morte imminente.

Il padre, che a sua volta in passato aveva sofferto di problemi simili, sapeva trovare le parole e gli atteggiamenti capaci di calmare temporaneamente la bambina, mentre la madre, per sua stessa ammissione, non riusciva a essere di alcun aiuto, poiché rimaneva letteralmente paralizzata dall'angoscia. Ambedue i genitori mi riferirono che Denise viveva in uno stato di ansia continua in attesa della prossima crisi.

Nei nostri primi incontri Denise mantenne un atteggiamento diffidente, controllato, attento. Rispose alle domande nel modo più asettico e conciso, descrisse senza apparente emozione le sue paure, accennò a un fratellino minore, a suo parere molto viziato dai genitori, e fece un rapido riferimento alla delusione procurata dall'inaffidabilità di false amiche. La bambina si teneva scrupolosamente lontana, sia verbalmente che mimicamente, dal manifestare le proprie emozioni, a tal punto che il suo viso appariva quasi inespressivo nell'immobilità imposta da un ferreo autocontrollo.

Sembrò presto evidente che non ci saremmo incontrate sul terreno delle parole. Le proposi allora di «disegnare i sentimenti» e fu sorprendente, anche se non del tutto inattesa, la naturalezza con la quale accolse il mio invito e si dispose a metterlo in pratica, senza apparire disorientata né chiedere ulteriori spiegazioni.

Fu questo il vero inizio della nostra collaborazione, dopo quelle prime sedute trascorse a studiarci reciprocamente e a saggiare le possibilità e i modi del nostro dialogo.

Decidemmo di compilare una lista di emozioni, dando ognuna il proprio contributo nel proporre quelle che ci sembravano più significative. Denise suggeriva soprattutto sentimenti «buoni»: l'amore, la gioia, la bontà e così via. Io introdussi qualcuno di quei sentimenti, da lei volutamente tralasciati, ma tanto pericolosi se a lungo soffocati e ignorati, quali la rivalità, la rabbia, la vergogna.

Denise si accinse al compito di disegnare i sentimenti mantenendo un certo distacco dalla propria produzione, pur

rivelando subito rapidità di ideazione e facilità nel tradurre graficamente quello che la sua fantasia le suggeriva.

Scelse come primi temi la gioia e la speranza e raffigurò la prima come un grande sole «che ride, è contento, gioioso. È mezzogiorno. Il giallo è il colore della gioia». Passando quindi a rappresentare la speranza disegnò una cometa verde e un piccolo cuore rosso, accompagnandoli con questo commento: «dicono tutti che la stella cometa faccia avverare i desideri. Il cuore è la speranza di una vita migliore e di un amore migliore. Il verde è il colore della speranza e il rosso è la speranza dell'amore». Il desiderio e la speranza di essere meglio amata dai genitori e una sua segreta paura di non ricevere altrettanto amore di quanto le sembrava che venisse elargito al fratellino la spinsero a tornare, nella seduta successiva, sul tema dell'amore. Per rappresentarlo ricorse all'immagine più prevedibile: un grande cuore rosso.

In questi primi disegni Denise rimase ancorata a immagini stereotipate; disegnava con facilità e con piacere, ma non lasciava ancora libere di rivelarsi la creatività e la partecipazione emotiva di cui via via si dimostrò riccamente dotata.

Quando affrontammo l'argomento «preoccupazione», comparve sul foglio bianco un cuore grigio trafitto da una saetta gialla «poiché il grigio è il colore della preoccupazione e poi c'è il lampo giallo per esprimere una sorpresa, un timore, anche una paura».

Mi riallacciai alle sue parole per proporle come tema successivo «la paura». Rapidamente si delineò sul foglio la sagoma di uno spiritello maligno (Dis. 1), tracciato con un grosso tratto nero e privo di colori. Denise stessa sottolineò il fatto che era tutto nero e lo descrisse come «un fantasma



Disegno 1.

un po' birichino, che si diverte a spaventare la gente, e sta nel buio, in tutti i bui».

Forse si era affacciato sulla scena il fratellino? O forse anche si condensavano in queste fantasie tutti i timori dell'ignoto che si annidano, appunto, «nel buio, in tutti i bui»?

Nel frattempo l'atteggiamento di Denise mutava sensibilmente, era più animata, più espressiva e nell'accingersi a disegnare si chinava sul foglio, respirava più in fretta, il viso si coloriva, l'emozione che trasfondeva nei disegni era sempre più evidente e, parallelamente, i disegni divenivano via via più espressivi e originali. Finché giungemmo all'esplosione di colori, invenzioni e racconti sollecitati dai «temi caldi» della rabbia, della rivalità, del controllo e, ancora, della cattiveria, del pericolo e della solitudine, inframmezzati dalla rappresentazione di sentimenti acquietanti quali la felicità, la fantasia, la tranquillità, la bontà.

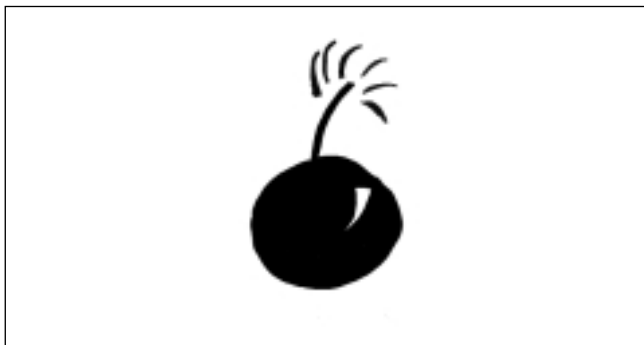
La successione e l'alternanza dei temi venne scelta con attenzione per evitare che un eccesso di emozioni potesse scatenare in Denise una crisi di panico. Per la stessa ragione ogni seduta terminava con un disegno incentrato su un tema che non le creasse particolari turbamenti, ma che avesse anzi su di lei un effetto tranquillizzante.

Eravamo arrivate così al nucleo centrale e più pregnante della sua produzione come pure della terapia.

Nel rappresentare la rabbia (Dis. 2) come «un diavolo arrabbiatissimo e molto cattivo, perché quando uno è arrabbiato è anche cattivo», o nel raffigurare la cattiveria come una bomba (Dis. 3) perché a quanto osservò Denise «la cattiveria è una cosa che esplode quando nemmeno ce l'aspettiamo», la bambina incontrò per la prima volta, esprimendole ma anche oggettivandole, emozioni profonde e paure che non sapeva neanche di nutrire.



Disegno 2.



Disegno 3.

E nel commento che accompagnava i suoi disegni raccontava a me e a se stessa attraverso quali percorsi inconsapevoli era giunta a mettere in atto pseudo rimedi, ai quali era rimasta fedele fino al momento in cui la massa incandescente delle emozioni represses era esplosa nelle crisi di panico.

Commentando il disegno della cattiveria, Denise espresse ulteriormente i dubbi che l'assillavano: «in ognuno di noi c'è sempre una parte buona, però se questa mina esplose in noi la cattiveria diventa tanta. Poi c'è chi riesce a controllarla e a spegnerla, quindi è cattivo solo per quell'istante, quel momento, quel periodo; mentre c'è chi non riesce a spegnere questa bomba e continua a essere cattivo e sopprime il lato buono».

E allora, se la rabbia si identifica con la cattiveria e quest'ultima può esplodere da un momento all'altro, annientando tutto ciò che di positivo può esserci in noi, è necessario mettere in atto un instancabile autocontrollo, unica garanzia contro questo pericolo.

Comparvero a questo punto disegni struggenti, nel primo dei quali (Dis. 4) il controllo diviene prigioniero, incatenamento, ossessione martellante in una scena tutta giocata sul nero e grigio, dove una bambina dall'espressione stravolta mostra i polsi incatenati e chiusi da lucchetti. Significative sono anche le riflessioni che Denise fece rispondendo a alcune mie domande:

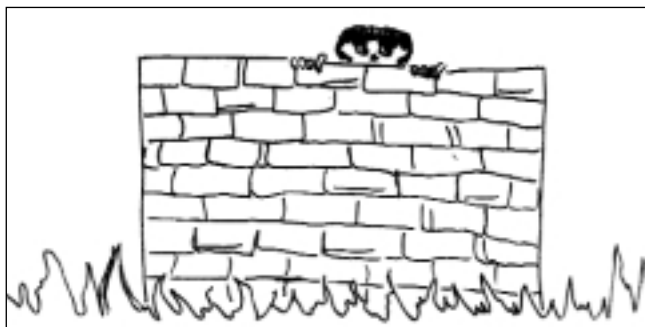
- T. «che succede se si elimina il controllo?»
 D. «che uno può diventare troppo spontaneo e andare incontro a delle reazioni degli altri e a dei comportamenti che non vorrebbe avere».
 T. «puoi farmi qualche esempio?»
 D. «nel lavoro, se un capo ti fa un'ingiustizia e tu gli rispondi male, puoi essere licenziato. Se uno è troppo spontaneo e dice tutto quello che pensa potrebbe avere dei problemi nell'amicizia. In famiglia... se meni tuo fratello».

È trasparente in questo breve dialogo il riferimento all'autorità genitoriale (il capo che fa un'ingiustizia), la paura della propria spontaneità e la repressione dell'aggressività, che Denise vive come una mina vagante sempre pronta a esplodere, con il pericolo di mettere in crisi il suo rapporto con le persone per lei significative.

Come sgorgando da una porta finalmente aperta, Denise poté manifestare anche il senso di mortificazione, di solitudine e di esclusione, contro cui aveva inutilmente lottato celandole nel segreto della propria interiorità. Apparvero così i disegni della vergogna e della solitudine (Dis. 5 e 6).



Disegno 4.



Disegno 5.



Disegno 6.

Nel primo i colori compaiono a tratteggiare un muro compatto dietro al quale si nasconde, lasciando affiorare solo gli occhi, la tenerissima immagine di una bambina rossa di vergogna, aggrappata con le mani, anch'esse seminascolte, alla sommità del muretto. Denise racconta «questa è una bambina che si nasconde perché si vergogna, ha paura di affrontare la vita e tutte le cose che possono accadere e cerca in questo modo di scappare dalla paura, dalla vergogna».

Per quanto riguarda il secondo disegno, nessun commento potrebbe essere più efficace delle parole di Denise: «questa bambina vive in una bolla d'aria, è estranea al mondo. Lei vive in tutt'altra parte e si sente sola perché non ha nessuno e da questo suo "mondo a parte" lei osserva tutte le case, i ragazzi che giocano e le persone che stanno insieme. È triste perché viene esclusa».

Mentre Denise disegnava e raccontava con una partecipazione emotiva che diveniva di seduta in seduta più libera e appassionata, le crisi di panico si diradarono e ne diminuì l'intensità e la durata fino a che scomparvero del tutto.

Anche la vita della bambina registrò un positivo mutamento, divenne più aperta e spontanea e i suoi rapporti interpersonali ebbero un netto miglioramento. Era più serena in famiglia e maggiormente capace di instaurare legami amichevoli con le bambine della sua classe; infine mi annunciò, con trepidazione e una luce nuova negli occhi, una simpatia nascente per un compagno di scuola.

Ma Denise non era ancora completamente tranquilla e me ne spiegò lei stessa le ragioni.

Le crisi di panico non si presentavano più, ma non si sentiva ancora al sicuro poiché le mancava un dato che riteneva essenziale: non sapeva perché le erano venute.



Disegno 7.

A questo punto mi affidai di nuovo ai suoi disegni e ai racconti su di essi per farle ripercorrere la serie di equivoci, le paure, le indebite connessioni e i rimedi inadeguati che avevano contrassegnato il suo cammino e che erano sfociati in conflitti, dolorose chiusure e infine nelle crisi di panico.

Denise sembrava grata delle mie spiegazioni e perfettamente a suo agio nel percorrere una strada lastricata dai numerosi punti di riferimento che lei stessa vi aveva disseminato con la sua produzione grafica e i suoi racconti.

L'ultimo disegno che le proposi al termine della terapia: «come sento me stessa in questo periodo della mia vita» (Dis. 7) sembrò offrirle l'occasione per esprimere, in una festa di colori e di immagini gioiose, la pienezza della sua affettività liberata dai «lucchetti» e le aspirazioni e le trepidazioni di una bambina che si incamminava verso l'adolescenza.

Ancora una volta riporto il suo commento: «sento più di tutto il piacere della libertà e di stare con me stessa. Poi c'è l'amore, inteso in tutti i sensi, voglia di amici, di stare con gli altri. Poi c'è il libro di scuola, che è una preoccupazione di quest'anno. C'è il fuoco, che rappresenta una voglia di fare qualcosa, un desiderio che mi brucia, però non so che cosa è. E poi c'è la farfalla, perché è un po' il simbolo di voler volare, avere libertà e dare gioia a tutti perché è così colorata.

Poi c'è un puzzle, perché sono sentimenti, emozioni della mia vita che devo ancora costruire e anche dei "perché" delle risposte che mi devo dare. E per questo ci stanno dei pezzi che non hanno ancora trovato il loro posto e che lo troveranno nel mio futuro».



ISTITUTO DI ORTOFONOLOGIA

Centro per la diagnosi e terapia dei disturbi della relazione e della comunicazione

Accreditato con il SSN • Sede di aggiornamento professionale

Aggiornamento professionale per gli insegnanti

Scuola dell'infanzia – scuola primaria - scuola secondaria di primo grado

• ANNO SCOLASTICO 2006/2007 •

CITTADINI DEL MONDO!

- Analisi delle problematiche relative all'integrazione scolastica del bambino e dell'adolescente immigrato.
- La progettazione e la gestione di azioni educative specifiche.
- La programmazione di Unità Didattiche di Apprendimento.
- La riflessione metaculturale e il circuito autogenerativo come strumenti metodologici funzionali all'integrazione delle diversità culturali.
- La comunicazione tra famiglia e insegnanti per favorire il processo educativo.
- I rapporti tra i bambini immigrati e i compagni del gruppo classe.
- Gli strumenti per la conoscenza e la gestione delle dinamiche del gruppo classe.
- La figura del mediatore culturale come facilitatore e promotore di azioni educative territoriali condivise.
- Lo sportello psicopedagogico nella scuola.

I DISTURBI DEL LINGUAGGIO E DELL'APPRENDIMENTO IN ETÀ EVOLUTIVA

- Lo sviluppo del linguaggio e le sue componenti strutturali. La comprensione e la produzione linguistica.
- Gli aspetti costitutivi della lingua.
- Caratteristiche generali del linguaggio infantile.
- Le tappe fondamentali dello sviluppo della competenza comunicativa.
- Il modello integrato della comunicazione.
- Le patologie del linguaggio in età evolutiva.
- Le patologie dell'apprendimento in età evolutiva.
- L'approccio psicopedagogico ai disturbi del linguaggio e dell'apprendimento.
- I disturbi del linguaggio che interessano il versante fonetico.
- I disturbi del linguaggio che interessano il versante lessicale, semantico e sintattico.
- Le dislessie in età evolutiva.
- I disturbi dell'apprendimento scolastico

IMPARARE CON IL CORPO

- Le problematiche psicomotorie nella scuola.
- Lo sviluppo psicomotorio e l'apprendimento.
- L'approccio psicomotorio a scuola: l'ambito educativo.
- L'approccio psicomotorio alle materie curriculari.
- L'espressione corporea e la comunicazione efficace.
- I cambiamenti fisici e psicologici tipici della preadolescenza e dell'adolescenza.
- I cambiamenti fisici e le situazioni patologiche.
- Come mettere in atto nel gioco della vita comportamenti equilibrati dal punto di vista fisico, emotivo, cognitivo.

IL LINGUAGGIO MUSICALE

COME CONTESTO EDUCATIVO

- La progettazione e la gestione di un'esperienza musicale collettiva.
- La composizione musicale con i suoni informali.
- Il sistema suono/silenzi.
- Il repertorio musicale.
- La composizione con i suoni vocalici.
- L'analisi e la composizione con i suoni alfabetici.
- Il parlato.
- La produzione musicale con i suoni del corpo.
- La produzione musicale con strumenti e oggetti.
- La scrittura e la lettura dei suoni informali.
- I criteri e i concetti cognitivi per la composizione musicale.
- Il Grafico musicale.
- Le sequenze trasformazionali.
- La composizione musicale con i suoni formali.
- La scrittura dei suoni codificati.
- L'improvvisazione musicale collettiva.
- Il gioco musicale.
- Il ritmo e gli elementi di fraseologia.
- Il gioco musicale e la socializzazione.
- Elementi di musicoterapia.

• SEDE DEI CORSI: VIA ALESSANDRIA 128/B – ROMA •

È stata richiesto il riconoscimento all'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio ai sensi della D.M. n. 90 del 1.12.2003

Ogni Corso prevede: 30 ore in orario pomeridiano, una quota di partecipazione individuale di 100,00 oppure una quota per l'istituzione scolastica di 2.000,00.

Le iscrizioni sono limitate dato il carattere dei corsi estremamente operativo. Verranno forniti materiali didattici e libri specifici.

Agevolazioni per i possessori della card **Magi oltre**

PER INFORMAZIONI E ISCRIZIONI:

Istituto di Ortofonia: via Alessandria 128/B tel.06.8542038 • Progetto Scuola: via P.Petrocchi, 8/B tel. 06.82003740

...e vissero tutti felici e contenti

SIMONETTA PUCCILLI

Logopedista, Istituto di Ortofonia, Roma

C'era una volta il termine latino «fabula», derivato del verbo «fari» (dire, raccontare), quindi con «fabulase» venivano indicate brevi storie fantastiche. Nel Medioevo, nella lingua parlata si sono differenziati i termini «faula» e «flaba» da cui le moderne «favola» e «fiaba».

La differenza sostanziale tra le due sta nell'ampio sviluppo narrativo della fiaba e di una mancante intenzione morale esplicita presente invece nella favola. Queste si distinguono dai termini mito e leggenda che pur non hanno origine temporale comune. Per leggenda s'intende un racconto nato dall'ampliamento e dall'arricchimento con elementi fantastici di un evento storico o di un fatto realmente accaduto. Con mito invece si indica un racconto fantastico religioso, i cui protagonisti sono Dei o uomini che subiscono influenze divine, con il quale vengono simbolicamente spiegate le origini del mondo, dell'umanità, delle arti e di scoperte tecniche, di una cultura o di una istituzione.

Molte teorie sono state formulate relativamente alla fiaba. «La fiaba è come una spiegazione generale della vita; è il catalogo dei destini che possono darsi ad un uomo e ad una donna, soprattutto per la parte di vita che è il farsi di un destino: la giovinezza. Dalla nascita, che sovente porta in sé un auspicio o una condanna, al distacco dalla casa, alle prove per diventare adulto e poi maturo, per confermarsi come essere umano» (Italo Calvino). La teoria di Calvino sull'origine della fiaba si basa sull'idea della fiaba come puro racconto di passatempo, che avrebbe poi viaggiato di bocca in bocca, diffondendosi di paese in paese.

Gli allievi dell'antroposofista Rudolf Steiner affermavano che attraverso il racconto della fiaba si fugge momentaneamente dalla frenetica realtà quotidiana, dando spazio alla calma di chi narra e al silenzio di coloro che ascoltano. Nelle fiabe vengono descritti temi legati allo sviluppo degli ideali dell'umanità; il bene viene trovato sulla strada della lotta contro il male.

Tolkien, famoso per il romanzo «Il Signore degli Anelli», sostiene invece che la fiaba sia una storia che tocca «Feria» (città delle fiabe e degli elfi o semplicemente «magia») o se ne serve.

Per Bruno Bettelheim le fiabe, a differenza di qualunque altra forma letteraria, accompagnano il bambino verso la scoperta della sua identità e della sua vocazione e suggeriscono inoltre quali esperienze sono necessarie per sviluppare ulteriormente il suo carattere. Le fiabe affermano che una vita gratifi-

cante e positiva è alla portata di ciascuno nonostante le avversità, ma soltanto se non si cerca di evitare le rischiose lotte senza le quali nessuno mai può raggiungere una vera identità. La fiaba permette di trovare proprie soluzioni ai propri problemi interiori a differenza di racconti religiosi, miti e favole che danno precise indicazioni su come comportarci nel mondo.

Fiabe e favole accompagnano l'infanzia di ogni bambino, oggi come ieri...

Spesso nel cuore si ha una storia, una fiaba, una favola, quella preferita da piccoli, quella che non si era mai stanchi di ascoltare. E anche se la mente non ricorda esattamente e con precisione i particolari, resta il ricordo delle sensazioni che si provavano ascoltandola. Anche nei miei ricordi c'è una fiaba; la raccontava mia nonna e ricordo a grandi linee la storia di un bambino piccolo sbalzato fuori dalla carrozza dei genitori; ricordo il titolo: «Pochettino». Non ho la fortuna di avere la «materia prima», la nonna, quindi ho cercato qua e là sui libri e ho trovato una fiaba con lo stesso titolo, ma la storia era diversa. Probabilmente nei miei ricordi si sono fuse due storie... Ma che importanza ha di fronte alla sensazione di sicurezza e di amore che provo pensandoci. Quella di raccontare favole e fiabe è, per fortuna, una abitudine non ancora abbandonata; certo, cambiano le parole, le modalità, i tempi, i luoghi del racconto, ma le favole rimangono le stesse... Resta sempre l'incanto.

I bambini hanno bisogno di un loro mondo fantastico per crescere più sereni, più equilibrati e più felici.

I reality show, la cronaca in diretta e le guerre in TV, il bombardamento di immagini legate alla realtà stanno progressivamente uccidendo la fantasia. Per questo motivo gli psicologi avvertono che un'infanzia senza fantasia può trasformare i piccoli di oggi in adulti tristi, fragili, pieni di ansie e paure. La fantasia fa bene ai piccoli e ai grandi di oggi e di domani, è fondamentale per la crescita, in ogni fase, e toglierla o solamente limitarla può mettere a rischio generazioni di adulti nell'affrontare la vita e le possibili difficoltà che ne ostacolano il cammino.

L'utilizzo delle fiabe, favole e leggende consente al bambino di vivere esperienze emotivamente forti, che correlano mente e cuore, e che gli permettono di ritrovare la «strada di casa» (A. Canevaro), proprio perché esiste continuità delle esperienze. Allora anche se si troverà in tasca solamente «briciole di pane e non sassolini bianchi», sarà supportato e

accompagnato «con cura» nel processo di crescita cognitiva, emotiva, relazionale e affettiva.

Nel suo *Il Mondo Incantato* Bruno Bettelheim evidenzia l'uso, l'importanza e i significati psicoanalitici delle fiabe. Per imparare ad affrontare la vita il bambino ha bisogno di conoscere se stesso e il difficile mondo che lo circonda. Gli occorrono un'educazione morale e idee sul modo di mettere ordine e dare coerenza alla dimensione interiore. Cosa può essere meglio di una fiaba, che lo diverte, lo motiva, lo affascina e suscita il suo interesse stimolando la sua attenzione? Sia essa Cappuccetto rosso, Cenerentola o I tre Porcellini, la fiaba popolare, anche se anacronistica, trasmette messaggi sempre attuali e conserva un significato profondo per conscio, subconscio e inconscio. Si adatta magnificamente alla mentalità infantile, al suo tumultuoso contenuto di aspirazioni, angosce, frustrazioni, e si esprime con lo stesso linguaggio non realistico dei bambini. Descrive le problematiche e le difficoltà umane, proponendo soluzioni alle stesse. È atemporale e i personaggi dei suoi scenari fantastici sono figure archetipiche che incarnano le contraddittorie tendenze del bambino e i diversi aspetti del mondo. Le situazioni fiabesche, rispettando la visione magica infantile delle cose, esorcizzando incubi inconsci, placando inquietudini, aiutano a superare insicurezze e crisi esistenziali, e insegnano ad accettare le responsabilità e ad affrontare la vita.

Le storie sono considerate percorsi di crescita, ogni volta che si legge o si ascolta una storia si compie un viaggio. Il «C'era una volta...» apre le porte a paesi lontani, a tempi diversi... a situazioni dove l'alternanza di realtà e fantasia permette di osservare la realizzazione della dimensione del «crescere». Le fiabe consentono di arricchire il proprio mondo interiore, costituendo un continuo invito a percorrere nuovi sentieri evolutivi; nelle storie, come nella vita del resto, sono presenti sorprese, i pericoli, gli incontri piacevoli o quelli indesiderati... Viaggiare nell'immaginario attraverso i racconti, permette di conoscere e di conoscersi, offrendo inconsciamente potenzialità e risorse nuove o inattese.

La narrazione delle fiabe può avere effetto terapeutico in quanto nel momento del racconto ci si prende cura del rapporto con il bambino, fortificando le relazioni esistenti (genitore e figlio, ecc.). A volte accade che i genitori si pongano domande relative all'utilizzo di fiabe e favole nella crescita dei propri figli e se sia giusto o meno sottoporre il proprio bambino a emozioni profonde e negative; al contrario vorrebbero narrare ai propri bambini esclusivamente racconti positivi che vanno incontro ai loro desideri. Questa preoccupazione non ha ragione di essere: il bambino non vivrà in una realtà tutta «rose e fiori», ma si troverà a dover affrontare quotidianamente difficoltà di ogni genere alle quali deve essere preparato, per poterle superare con successo. Le fiabe e le favole presentano invece al bambino una realtà multisfaccettata, esse suggeriscono al piccolo immagini attraverso le quali egli può strutturare i propri sogni e con essi dare una migliore direzione alla propria vita, aiutandolo a esprimere le proprie emozioni.

Inoltre, il bambino cui la madre o il padre racconta una fiaba sperimenta l'esclusivo e prolungato possesso della medesima. Attualmente per un bambino avere i genitori tutti per sé non è affatto facile. Il lavoro e gli impegni quotidiani in casa e fuori riducono sensibilmente il tempo che i genitori trascorrono con i propri figli, per non parlare poi della pazienza e della voglia, nonché dell'estro che occorrono ad essi per farlo nel

modo migliore. Quando il genitore racconta una fiaba, è presente, disponibile, servizievole, per un tempo miracolosamente lungo. Il bambino può a suo agio osservarlo e studiarlo, esaminare la sua voce e i suoi gesti, godere del senso di protezione e di sicurezza che quella presenza gli dà; può inoltre discorrere con il papà o con la mamma, interrompendoli con domande, commentando la lettura con sorrisi, esclamazioni e smorfie, o restare in silenzio, instaurando a suo modo un dialogo intimo con i suoi genitori.

Il bambino che ascolta la fiaba da una voce familiare è nelle migliori disposizioni per realizzare un incontro con la lingua materna. Ascolta e riconosce vocaboli e strutture della lingua stessa che sarebbe difficile propinarli in modo sistematico. Nomi e verbi, preposizioni e proposizioni gli vengono incontro nella maniera più affettuosa e suggestiva. Su qualsiasi altro argomento egli non tollerebbe di essere confinato nel ruolo di ascoltatore. Solo di fronte a una fiaba egli è disposto ad ascoltare a lungo: e ciò che egli interiorizza sono le vicende esteriori della fiaba e le parole che la costituiscono. La lingua agisce su di lui come fine.

Le fiabe e le favole favoriscono elasticità psicoemotiva data dal passaggio da un contesto relazionale esterno a una realtà personale interna, nuove connessioni tra reale e immaginario, passando dall'esperienza concreta di invenzioni alla riflessione collettiva. Con la fiaba si può tradurre e trasmettere qualsiasi messaggio: una spiegazione, un'idea, un valore, dei sentimenti, ecc. È come un «pozzo» da cui ognuno può idealmente attingere per arricchire la propria personalità.

Percorrere una fiaba è come entrare in un bosco e lasciarsi prendere e perdersi tra colori e profumi. È il mondo incantato, dove tutto è possibile, ma non prevedibile, non scontato o banale. Nella fiaba è reale la fantasia e fantastica la realtà, c'è un mondo dove l'imprevisto diventa determinante, dove la potenza dell'immaginario genera possibilità, favorisce scelte, apre porte e traccia sentieri. Le storie possono essere considerate anche come un punto di giunzione dell'età adulta con l'infanzia e viceversa, con cui è possibile varcare il confine dall'una all'altra realtà senza che ciò costituisca delle limitazioni.

In ogni racconto si contraddistinguono caratteristiche evolutive quali la successione temporale, la gradualità, il superamento dei vincoli esistenti, la capacità di ampliare il proprio punto di vista e di arricchire la propria dimensione cognitiva ed emotiva.

La narrazione può avere la funzione di alleviare il dolore, diminuire l'ansia, esorcizzare le paure, stimolare forza e volontà. Con essa si trasmettono regole, credenze e valori sociali o individuali: sono metafore delle norme comunemente condivise.

Il bambino nelle fiabe ritrova certe caratteristiche del suo modo di pensare perché è animista (per esempio: se urta contro un tavolo dice «stupido tavolo») e non conosce leggi di natura, proprio come le fiabe.

Il bambino riferisce a sé l'avventura vissuta dal protagonista della fiaba. Se ascolta la fiaba di Pollicino, è lui stesso Pollicino; sventurato come Pollicino, furbo come Pollicino, vittorioso come Pollicino. Il bambino si identifica con l'eroe della fiaba; ciò gli permette di sentirsi diverso dagli altri, di riconoscere nelle persone diverse destini diversi, aiutandolo a definire il confine tra se stesso e il mondo.

Il magico, il meraviglioso, sono solitamente caratteri distintivi delle fiabe: usati appositamente per affascinare gli occhi dei bambini. In passato era così.

Oggi però, nell'era dei jet e delle astronavi, i «tappeti volanti» o «lampada di Aladino» non possiedono più la virtù di sbalordire e di lasciare a bocca aperta chi sta ascoltando il narratore. Adesso il bambino gira un interruttore ed ecco si accende una lampada, ne gira un altro e sul teleschermo compaiono immagini che si muovono e parlano. Nelle fiabe si può dire: «Tavolo, apparecchiati!» ed ecco comparire sulla tovaglia l'occorrente per un banchetto principesco; ancora a tanto non siamo arrivati, ma possiamo dire: «Bucato, lavati!» o «Piatti, sciacquatevi!», e le macchine obbediscono. Se ci soffermiamo a riflettere, le tante meraviglie delle fiabe oggi ci appaiono ipotesi diventate realtà. Non si sono formate come ipotesi, ma, oggettivamente, lo sono.

Però i bambini amano le fiabe, la cui atmosfera incantata è per loro sorgente di meraviglia e di divertimento. In un mondo dagli incerti confini come il nostro, il messaggio della fiaba, anche con i suoi terrori, mostri, orchi e streghe è di fondamentale importanza. La fiaba insegna l'innocenza del divenire, insegna che muoversi, agire, camminare è sempre positivo. Nel traversare la foresta dei sortilegi, nell'affrontare il pericolo, nel superare le prove dolorose o difficili, il protagonista acquista qualcosa o recupera un bene perduto, ed è sempre migliore rispetto al passato. La fiaba, essendo altamente dinamica, è anche sommamente antidepressiva.

Le fiabe devono essere conosciute attraverso l'atto narrati-

vo degli adulti e non dal racconto di «nonna» televisione. Nella trasmissione orale di immagini e simboli è presente una forte valenza di «comunione» emotiva che sconfigge l'incomunicabilità tra le generazioni. È fondamentale che le fiabe della tradizione popolare non vengano dimenticate. Si tratta di migliaia e migliaia di racconti magici, spesso nei dialetti popolari, perle di rara bellezza, veri e propri tesori letterari sconosciuti ai più, che occorre recuperare al più presto e raccontare di nuovo ai bambini. Le fiabe più amate dai bambini sembrano essere quelle misteriose, surreali, a volte anche inquietanti, che il lieto fine riscatta, come la vita è riscattata dalla speranza.

Sulle fiabe si è detto di tutto: che sono storie di vecchie comari, che sono crudeli e sessiste; c'è stato perfino un momento in cui si era pensato di metterle al bando. Eppure i bambini continuano ad amarle, e oggi come un tempo gli eroi e le eroine delle fiabe sono più noti dei personaggi della letteratura. Ben pochi conoscono, se non per sentito dire, il «Faust» di Goethe o l'«Amleto» di Shakespeare, ma tutti conoscono bene «Cenerentola» e il «Principe Azzurro» che

Amisi: Associazione Medica Italiana per lo Studio della Ipnosi
Sepi: Scuola Europea di Psicoterapia Ipnótica



A.M.I.S.I.

PREMIO MARCO MARGNELLI

Per un lavoro scientifico di carattere clinico o sperimentale relativo all'area dell'ipnosi, nell'ambito della neurofisiologia o degli stati di coscienza, per autori medici o psicologi di età non superiore agli anni 36.

Il Premio consiste nella somma di € 1000 oltre alla pubblicazione sulla Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnótica.

SCADENZA DELLA DATA DI INVIO DEI LAVORI:
31 DICEMBRE 2005

Gli interessati possono richiedere l'invio del regolamento del Premio alla Segreteria di A.M.I.S.I.: Via Paisiello, 28 – 20131 – Milano
amisi@virgilio.it – www.amisi.it

Associazione Medica Italiana per lo Studio della Ipnosi



A.M.I.S.I.

Scuola Europea di Psicoterapia Ipnótica

Corso quadriennale di specializzazione e formazione a carattere post-universitario di psicoterapeuti ipnotisti neo-ericksoniani

Riservato a medici e psicologi

ANNO ACCADEMICO 2005/2006

16 fine settimana compreso venerdì nel corso dell'anno accademico

Per informazioni, costi e documenti rivolgersi in segreteria

Riconosciuta dal MURST
Decr. 20.3.1998
Abilitata alla Formazione ed Aggiornamento professionale dalla FNOMeO



DIREZIONE DIDATTICA
Prof. Giampiero Mosconi

DIREZIONE SCIENTIFICA
Prof. Marcello Cesa-Bianchi

SEDI
SEGRETARIA
Via Paisiello, 28
20131 Milano
Tel. e fax 02/236.54.93

SCUOLA
Via Paisiello, 12
20131 Milano
Tel. 02/29.52.01.67
Via Paisiello, 14
20131 Milano
Tel. 348/840.00.23

SITO WEB: www.amisi.it
E-MAIL: amisi@virgilio.it

sveglia la «Bella Addormentata» con un bacio. Ai bambini interessano poco le dispute erudite. Nell'era del computer non intendono permettere a nessuno di privarli del piacere di godersi «Biancaneve», «Cappuccetto Rosso» e «Pollicino». Il Mondo Incantato delle fiabe li aiuta a vincere le paure che li assalgono nel mondo reale, perché i bambini proiettano i loro terrori e i loro desideri sui personaggi e gli eventi raccontati.

Molte fiabe possono essere lette anche ai più piccoli, per esempio quella de «I tre porcellini», i tre fratelli pieni di sé che vanno per il mondo e scoprono in fretta quanto possa essere pericolosa la vita. Il lupo cattivo vuole mangiarli, e ciascuno dei tre si costruisce velocemente una casa: una se la fa in paglia, uno di legno e il terzo di mattoni. Poi dicono ridendo: «Ora venga pure il lupo!» E lui arriva, fa volare via a soffiare la casa di paglia e butta giù quella di legno, ma i due porcellini si rifugiano nella casa di mattoni del terzo fratello, il più intelligente. Questi attizza il fuoco sotto il grande paiolo posto sul camino e quando il lupo cerca di entrare attraverso la canna fumaria finisce nell'acqua bollente e muore.

La morale è evidente: anche un porcellino può sfuggire al grosso lupo cattivo se è abbastanza veloce. E se è abbastanza sveglio, può anche batterlo. La storia infonde coraggio e fiducia nei propri mezzi, rafforza l'auto-considerazione e spinge i bambini timidi, quelli troppo attaccati alle gonne della mamma, a diventare più intraprendenti e risoluti. Allo stesso tempo, frena i bambini troppo sicuri di sé e portati a strafare, insegnando loro che chi si considera troppo in gamba o è troppo presuntuoso per costruirsi una casa sufficientemente robusta rischia di essere, o addirittura viene divorato, come accade nella versione originale di questa fiaba.

Un modo completamente diverso di affrontare un lupo cattivo lo troviamo nella storia di «Cappuccetto Rosso», una favola per bambini un po' troppo buoni e privi di sufficiente fiducia in se stessi per muoversi in autonomia. Nel contempo mette in guardia contro i pericoli di un comportamento imprudente. All'inizio la piccola protagonista promette di seguire le raccomandazioni della mamma, ma appena si allontana dalla casa fa esattamente il contrario: devia dal sentiero, non ha

c.i.Ps.Ps.i.a.

CENTRO ITALIANO DI PSICOTERAPIA PSICOANALITICA PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

(Istituto di Formazione in Psicoterapia - Riconosciuto dal MURST con Decreto del 16/11/2000)

promuove

Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica per l'infanzia e l'adolescenza

ANNO ACCADEMICO 2005/2006

Sono aperte le iscrizioni

Corso di alta formazione in Psicoterapia Infantile e Adolescenziale

Corso biennale di formazione in Psicoterapia Infantile e Adolescenziale per Psicoterapeuti già iscritti negli elenchi > 120 ore annuali. Il Corso intende fornire gli strumenti teorici e tecnico-pratici necessari al trattamento del bambino e dell'adolescente. Ampio spazio sarà dedicato alla psicopatologia, al trattamento della coppia genitoriale e alla discussione di casi clinici. Il Corso si svolgerà a Roma (domenica h. 9/13 e 14/18). È prevista la richiesta di formazione continua ECM (per l'anno 2004 sono stati attribuiti n. 50 crediti formativi).

Corso in Psicologia Giuridica (civile e penale)

Corso quadriennale in Psicologia Giuridica per Psicologi, Avvocati, Magistrati > 120 ore annuali. La frequentazione di due anni del Corso e il relativo diploma danno la possibilità di accesso agli elenchi dei CTU dei Tribunali civili e penali. Il Corso intende privilegiare un approccio interdisciplinare volto a integrare le competenze di carattere giuridico con le conoscenze proprie della teoria e della clinica psicoanalitica infantile e adolescenziale. È prevista la richiesta di formazione continua ECM (per l'anno in corso sono stati attribuiti n. 49 crediti formativi).

Corso di Counsellor Psicoanalitico per l'Infanzia e l'Adolescenza

Corso triennale professionalizzante rivolto a laureati nell'ambito delle Scienze Umane, con almeno una laurea triennale. L'obiettivo è quello di preparare operatori capaci di essere nella relazione con gli utenti (infanzia, adolescenza, coppia), con i genitori e con gli operatori. Il percorso formativo è articolato in un primo biennio suddiviso in due moduli annuali (Infanzia e Adolescenza) e in un terzo anno professionalizzante.

PER INFORMAZIONI: Prof. Guido Crocetti (Direttore): Roma - Tel./Fax 06/44.53.244

Segreteria c.i.Ps.Ps.i.a.: Via Savena Antico, 17 - 40139 Bologna Tel./Fax 051/62.40.016

e-mail: segreteria@cipspsia.it www.cipspsia.it

paura di parlare con il lupo, anzi gli rivela la sua destinazione mettendo a rischio la vita di sua nonna; una volta raggiunta la casa della nonna, nonostante fosse insospettata dall'aspetto e dalla voce della stessa, scosta la tenda davanti e per quanto spaventata, vuol sapere assolutamente tutto. E la paga cara, perché il lupo se la mangia. In passato i genitori scuotevano ammonitori un dito nel raccontare questa storia e dicevano: «Ecco cosa accade a coloro che disubbidiscono e sono curiosi!» In realtà che cosa vedono i bambini? Vedono che alla loro eroina non viene torto neanche un capello e che lei esce dalla brutta avventura sana e salva e festeggia la morte del lupo con la nonna e il cacciatore. Cappuccetto Rosso non solo è uscita incolume, ma ha guadagnato parecchio in esperienza. Nel bosco la bambina ha visto la danza dei raggi di sole che filtrano tra i rami degli alberi e ha imparato molte più cose sui lupi.

I bambini che si identificano con Cappuccetto Rosso sperimentano le stesse cose e, come lei, diventano più decisi e più autonomi.

Se un bambino ha la lacrima facile e si perde subito d'animo in una situazione critica, può consolarsi scoprendo che anche Gretel, la sorella di Hänsel, è come lui. La bambina si lamenta, frigna, non vede via d'uscita. E non ci si sente tanto soli con le proprie debolezze quando si sa di averle in comune con la protagonista di una fiaba. Il bello in questo caso è che Gretel non rimane timida fino all'ultimo, anzi è lei che alla fine vince in furbizia la strega e la spinge nel forno, e così facendo salva la sua vita e quella del fratello.

In questo modo in ogni bambino che si considera debole e pauroso si accende la speranza di poter fare anche lui, nonostante tutto, grandi cose. L'effetto ricostituente di Hänsel è ancora più ovvio. I genitori vogliono abbandonare i due bambini, e il pianto di Gretel è più che comprensibile. Hänsel invece mantiene la calma e consola perfino la sorella, esempio perfetto di come non ci si debba mai abbattere, nemmeno nelle situazioni più disperate. Hänsel trova un sistema per cavarsi d'impaccio seminando lungo la strada sassolini che gli permetteranno di tornare a casa seguendoli a ritroso. La fiducia in se stesso che dimostra, il suo coraggio e lo spirito d'iniziativa rincuorano i bambini.

Hänsel però controlla la situazione solo all'inizio della storia. E soltanto il suo primo espediente per non perdersi nel bosco funziona: la seconda volta usa briciole di pane e gli uccelli glielie beccano. Né riesce a mantenere la promessa di trovare da solo la strada per uscire dal bosco, tanto che alla fine si ritrova prigioniero nella gabbia della strega. Anche allora però non si perde d'animo, e la trae in inganno facendo sporgere dalle sbarre un ossicino. Ma senza Gretel di sicuro non ce l'avrebbe mai fatta, senza di lei nessuno dei due sarebbe uscito vivo dall'antro. Se sopravvivono, è perché ciascuno dei fratelli è l'ideale complemento dell'altro. Ai bambini arriva dunque questo incoraggiante messaggio: le difficoltà, per quanto grandi, si possono sempre superare. A una condizione: che le si fronteggi insieme.

Quale bambino non si sente talvolta come Cenerentola, non abbastanza amato, trascurato, trattato ingiustamente? Ma per quanto triste possa essere la sua condizione, quella di Cenerentola è ancora peggiore: respinta dal padre, costretta a fare la serva in cucina dalla matrigna, tormentata dalle sorellastre, la povera piccola dorme sulla cenere e deve portare a ter-

mine compiti impossibili. Dà uno straordinario sollievo potersi identificare con qualcuno che sta molto peggio di noi. E questo è solo l'inizio, perché poi i bambini possono prendersi con l'eroina della storia una squillante rivincita, nella quale entrano l'amore del Principe Azzurro per Cenerentola e la giusta punizione per le cattive sorellastre. Un balsamo per l'anima ferita (Carl-Heinz Mallet).

Tutti i personaggi delle favole sono riconducibili a ruoli ben delineati: il protagonista, ossia l'eroe buono, l'antagonista, il cattivo della storia, l'aiutante, ovvero colui che aiuta il protagonista nel superamento della sua prova, e i personaggi secondari. Stessa cosa dicasi per le situazioni vissute dai personaggi: il viaggio del protagonista e le peripezie che deve affrontare per superare i tranelli dell'antagonista (viaggio che va inteso in senso fisico, viaggio nel mondo, e metaforico, viaggio dentro se stesso); le prove di fronte alle quali viene messo l'eroe e che lo portano a manifestare il suo coraggio e la sua determinazione; la magia; il premio finale, ossia la felicità dei buoni e la sconfitta dei cattivi.

La forte caratterizzazione dei personaggi consente al bambino di riconoscere il bene e il male e di differenziarli, nonché di assumere dei valori e delle regole di comportamento sempre validi che interiorizzerà già a partire dai primi anni.

Sarebbe opportuno perciò trasformare il momento della lettura della fiaba in una piacevole abitudine familiare quotidiana in cui il papà e la mamma si alternano instaurando con il bambino un rapporto profondo all'interno di uno spazio ludico rilassante e divertente.

Naturalmente a ogni età corrispondono esigenze diverse: a pochi mesi il bimbo è attratto esclusivamente dall'aspetto fisico del racconto, dalla voce, dalla gestualità e dalle espressioni della mamma; più avanti il libro diventa un oggetto concreto da toccare e sfogliare, fino ad arrivare alla comprensione delle favole più semplici, quelle tradizionali con la morale, e a immedesimarsi nei protagonisti delle storie, sviluppando una propria personalità e i propri gusti, e cominciando a richiedere ai genitori la lettura sempre della stessa favola anche se ormai la conosce a memoria. È questo il suo modo per dare un volto alle sue paure e ai suoi timori.

Per concludere, la fiaba è un riassunto degli accadimenti della vita e uno stimolo ad affrontare le difficoltà che vi si presentano. Essa meriterebbe di essere rivalutata e riconsiderata perché è un mezzo per riunire la famiglia. Infatti in questi ultimi anni è consuetudine «parcheggiare» i bambini davanti alla TV; sta diventando sempre più inusuale il «rito» del racconto delle fiabe da parte dei genitori o dei nonni. Purtroppo la maggior parte dei bambini conosce le fiabe solo in versioni artefatte e semplificate che sviliscono il loro significato defraudandole dei contenuti fondamentali per la crescita. È importante quindi non alterare la fiaba eliminando i finali negativi in quanto essi costituiscono un valido insegnamento volto a comprendere che non sempre le cose vanno per il meglio. Questo non caricherà il bambino di paure e ansie (come credono genitori iperprotettivi), ma al contrario lo renderà più accorto e prudente.

Con qualche fiaba in più, meno computer e poca TV, nella casetta di marzapane, con Aladino, Gulliver e Barbablù, o nella pancia del lupo cattivo con Biancaneve e l'Orso Balù, di certo troveremo il consenso e il sorriso dei bambini, vera linfa vitale per noi adulti. ♦

ISTITUTO DI ORTOFONOLOGIA

LA VOCE

Seminario teorico-pratico rivolto a: insegnanti, cantanti, professionisti della voce e tutti coloro che sono interessati ad approfondire le proprie conoscenze sulla gestione della voce

MAGGIO 2005: SABATO 21 e DOMENICA 22

SETTEMBRE 2005: da definire

PROGRAMMA DEL SEMINARIO

- | | |
|--------------------|--|
| 1° Incontro | VHI (scheda di rilevamento), ASPETTI TEORICI SUL FUNZIONAMENTO DEGLI ORGANI FONATORI, PROIEZIONE AUDIO-VIDEO, ESERCITAZIONI PRATICHE. |
| 2° Incontro | ESERCITAZIONI PRATICHE DI RILASSAMENTO, STRETCHING E RESPIRAZIONE, ESERCIZI DI COORDINAZIONE PNEUMOFONICA. |
| 3° Incontro | ESERCITAZIONI VOCALI (altezza tonale, intensità), ESERCIZI DI RISONANZA, ESPERIENZE DI VOCE PROIETTATA FINALIZZATE ALL'USO PROFESSIONALE DELLA VOCE, QUESTIONARIO DI GRADIMENTO. |

DURATA DEL CORSO →

12 ore

{ sabato mattina ore 9.00-13.00
sabato pomeriggio ore 14.00-18.00
domenica mattina ore 9.00-13.00

- Sede: Istituto di Ortofonia – via Savoia, 78 – 00198 Roma
- Considerato il carattere pratico del seminario la partecipazione è a numero limitato
- Quota di partecipazione: €100
- Verrà rilasciato attestato di partecipazione

Per informazioni e iscrizioni:
Tel. 06/8552887 Fax 06/8557247
segr.savoia@ortofonologia.it

Il disturbo dell'apprendimento: un approccio psicopedagogico

M. RAFFAELLA ALBERIGI

Logopedista, Educatore Professionale-Psicomotricista, Coordinatore presso l'Istituto di Ortofonia, Roma

Affrontare il Disturbo dell'Apprendimento, in terapia, mi ha sempre interessato e stimolato. Si tratta di un'ampia e variegata area, accomunata da alcuni elementi distintivi che proverò ora a sintetizzare, per avere un terreno comune su cui riflettere, in quanto non è mia intenzione – in questo contesto – affrontare l'argomento dal punto di vista teorico, ma descrivere alcune esperienze pratiche di terapia.

Intendo, quindi, parlare di bambini con un disturbo specifico nell'acquisizione e nell'utilizzazione del linguaggio scritto, quindi difficoltà nell'apprendere a leggere e scrivere, pur presentando capacità intellettive e verbali adeguate, appartenenti a una fascia di età che parte dai 7.0 -7.5 anni. Brevemente, ricordiamo che i prerequisiti indispensabili per un apprendimento non problematico, quindi motivante e coinvolgente, della letto-scrittura sono, quantomeno, il possedere capacità cognitive nella norma, per l'età; poter organizzare e integrare funzioni percettive (propriocettive, visive, uditive); poter fruire di una competenza verbale adeguata all'età che permetta lo svilupparsi di funzioni metalinguistiche.

L'alterazione di anche uno solo di questi parametri comporta un apprendimento alterato con l'accumularsi di lacune metafonologiche e metalinguistiche, col rischio, inoltre, che il grande sforzo posto nella decodifica dei simboli grafici alteri o renda difficoltosa una comprensione completa del testo, in particolare modo nei gradi scolastici successivi al primo ciclo elementare. Nel linguaggio scritto ritroviamo errori di segmentazione o fusione di parole, omissioni di lettere o sillabe, sostituzioni, inversioni, fino ad arrivare alla produzione di testi scritti di difficile – se non impossibile – decodifica. Il bambino presenta, in parte o per nulla, la possibilità di autocorreggersi.

La sfiducia nelle proprie capacità accentua le difficoltà, col presentarsi di atteggiamenti e comportamenti abbastanza tipici: demotivazione e disinteresse, se non aperta opposizione; bassi livelli di attenzione e concentrazione, in particolare per attività didattiche; preoccupazione, aumento dei livelli d'ansia; scarsa autonomia nella gestione del compito scolastico, inibizione, comportamenti reattivi a una condizione di disagio che lo allontana sempre di più dal partecipare al lavoro didattico della propria classe.

Naturalmente, vi sono livelli di reazione diversi, e assai differenti, tra un bambino e l'altro: nonostante abbia cercato di tracciare degli elementi comuni, ognuno costituisce una situazione particolare che va affrontata e compresa, differenziandola da tutte le altre.

L'intervento logopedico deve portare gradualmente il bambino a superare, almeno in parte se non del tutto, le pro-

prie difficoltà che, col crescere del livello scolastico, possono diventare invalidanti e compromettere un pieno sviluppo delle potenzialità presenti.

Nella seduta di terapia, dunque, occorre affrontare, insieme al bambino, la sua specifica difficoltà, portandolo a prenderne consapevolezza, sviluppando capacità realmente comprese e interiorizzate che lui, poi, possa generalizzare. Parliamo, dunque, di sedute di terapia nelle quali il bambino viene posto davanti alla propria difficoltà, gli si chiede di affrontarla, impegnandosi, per poterla superare. Non tutti i bambini riescono, fin da subito, a confrontarsi col proprio errore, quindi con tutto il proprio vissuto di disagio cui più sopra facevo cenno: il senso di inadeguatezza e la sfiducia nate dalle proprie difficoltà possono inizialmente costituire un ostacolo, per cui non è possibile presentare, in terapia, proposte che attivino il disagio e di conseguenza, i comportamenti reattivi.

In questi casi non sarà possibile partire da un intervento settoriale in quanto le energie del bambino vengono da noi convogliate esclusivamente sul «deficit», mentre sarebbe più opportuno affrontare il disturbo in un'ottica psicopedagogica, in modo da agire sulle potenzialità e capacità presenti, portando gradualmente il bambino a riconquistare maggiore fiducia nelle proprie capacità, sviluppare una maggiore consapevolezza di sé e poter successivamente affrontare le sue difficoltà in sedute più mirate e specifiche.

Il *Laboratorio di Apprendimento* è progettato in quest'ottica, per piccoli gruppi omogenei, di quattro bambini, di età compresa fra 7/8 o 8/9 anni di età.

Obiettivo fondamentale e trasversale a tutto l'intervento è quello di condurre i bambini a provare interesse e curiosità per proposte che solitamente creano disagio e sono sempre collegate ad attività didattiche o comunque sentite come costrittive. Se da una parte dobbiamo operare per rinforzare l'area affettiva relazionale, dall'altra non possiamo esimerci dall'intervenire affinché il bambino acquisisca strumentalità e strategie che possano sbloccare la situazione.

Per questo potremmo, arbitrariamente, suddividere l'intervento in due grosse aree, ben sapendo che, poi, nella concretezza dell'intervento, esse sono sempre integrate l'una all'altra.

Area affettiva-relazionale; aumentare la fiducia nelle proprie capacità, stimolare interesse e motivazione per attività specifiche, confrontarsi con il proprio errore, raggiungere una maggiore autonomia e consapevolezza di sé.

Area cognitiva-linguistica; rinforzo dei prerequisiti di

letto scrittura. Sviluppo della capacità di utilizzare i contenuti appresi in modo diverso da come sono stati acquisiti, stimolando la formulazione di idee originali, lo sviluppo di ipotesi, il ragionamento, il giudizio critico, spingendo verso la generalizzazione dei contenuti e all'immaginazione. Ampliare la competenza linguistica e comunicativa attraverso il rinforzo dell'ascolto verbale, condividendo in modo chiaro ed esplicito la motivazione e la conoscenza dello scopo per cui è richiesta l'attenzione. Espansione del vocabolario, della frase e dell'organizzazione del discorso, attraverso lo scambio di informazioni, mediante la conversazione e la discussione. Individuare e risolvere situazioni problematiche attraverso la riflessione, il ragionamento, l'ascolto degli altri.

Lavorare su questi obiettivi, all'interno di un piccolo gruppo, significa poter spingere ciascun bambino ad acquisire gradualmente la possibilità di mettersi in gioco senza timore di venir giudicato, poter utilizzare strumenti che solitamente creano ansia e rifiuto per condividere una piacevole attività con i compagni, comprendere che lettura e scrittura sono strumenti che ci consentono di conoscere e scoprire mondi fantastici, condivisi e creati da loro stessi.

Il contenitore dei nostri incontri è una storia che andremo a creare e inventare insieme, seduta dopo seduta, utilizzando in maniera prioritaria il linguaggio verbale; al bambino non viene mai richiesto direttamente di scrivere o leggere, ma vedrà utilizzare questi strumenti dalla terapeuta, e se lo desidera potrà inserirsi e affrontarli. Di seduta in seduta il nostro racconto prende forma, la terapeuta scrive ciò che i bambini vanno costruendo e la volta successiva lo presenta ai bambini in

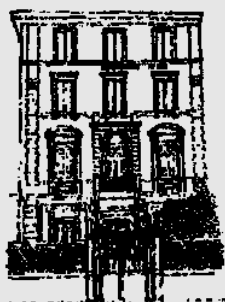
forma scritta: ognuno ha il suo testo, se lo desidera lo guarda o lo legge, ma ciò che si richiede è semplicemente ascoltare ciò che viene loro letto, il brano che ci permette di ricollegarci alla seduta precedente e riprendere insieme il nostro cammino.

Diverse sono le modalità utilizzate per far prendere corpo alle nostre idee: attività grafiche, pittoriche, costruttive, che andranno a integrarsi e a esprimere, attraverso canali differenti, il nostro testo. Di seduta in seduta, i bambini creano le sequenze, le organizzano, le trasformano in testo scritto o raffigurato e infine lo «drammatizzano» in forma molto semplice. Con l'ausilio della telecamera fermiamo quelle immagini che poi potremo rivedere insieme, il nostro «archivio storico» per immagini.

Si cerca, quindi, di creare un ambiente emotivamente pregnante e significativo, che permetta al bambino di partecipare «attivamente» (come «attore» del proprio percorso), potendo così esprimere le sue potenzialità, mentre la struttura della storia ci permetterà di affrontare il discorso dei prerequisiti non pienamente acquisiti e gli aspetti legati alle competenze linguistiche e metalinguistiche. Ogni sequenza del racconto, prevede il superamento di uno step perché si possa proseguire la storia: naturalmente, sarà la terapeuta a introdurre questo tipo di richieste, che sono sempre congruenti e contestuali al testo, e funzionali al racconto stesso.

Possiamo individuare quattro fasi fondamentali che suddividono l'evolversi del progetto.

Una prima fase di poche sedute è dedicata alla conoscenza reciproca, alla spiegazione semplice ma puntuale del perché ci incontriamo e del cosa faremo insieme. Dal nostro punto di vista è di fondamentale importanza che i bambini



ISTITUTO di TERAPIA FAMILIARE di FIRENZE

Via Masaccio 175, 50132 - Firenze
Tel. e Fax: 055/577280
E-mail: itff@itff.org - Web: <http://www.itff.org>

Scuola di Specializzazione in
Psicoterapia Familiare e Relazionale
Riconosciuta dal M.U.R.S.T.

In data 05/11/1994 - D.M. 20/03/1998 G.U. n. 92 del 21/04/1998

**MASTER DI SECONDO LIVELLO
IN CLINICA DELLA RELAZIONE DI COPPIA
IN COLLABORAZIONE CON L'UNIVERSITÀ CATTOLICA DI MILANO**

Rivolto ai laureati in psicologia e medicina iscritti all'albo degli psicoterapeuti
o in fase finale di specializzazione

Altri corsi aperti a laureati e diplomati:

CORSO PER PSICOLOGO SCOLASTICO A ORIENTAMENTO SISTEMICO RELAZIONALE

C.I.O.R. - CORSO INTRODUTTIVO ALL'OTTICA RELAZIONALE

CORSO DI FORMAZIONE PER MEDIATORI FAMILIARI SISTEMICI (riconosciuti dall'AIMS)

CORSO PER OPERATORI SOCIO-SANITARI

CORSO PER CONSULENTI FAMILIARI E RELAZIONALI

CORSO SPECIALE PER MEDICI DI BASE E OSPEDALIERI

Corso speciale:

LA CONSULENZA TECNICA E LA PERIZIA PSICOLOGICA

SEMINARI DI STUDIO E AGGIORNAMENTO

CORSI RESIDENZIALI NEL TERRITORIO

(organizzati su richiesta di Enti pubblici e privati)



**FIRENZE
TREVISO
PADOVA
VERONA
VICENZA
ESTE
VENEZIA
(MESTRE)**

**SIENA
POGGIBONSI (SI)
LUCCA
BOLOGNA
PARMA
GENOVA
LA SPEZIA**

**Centri Co.Me.Te
EMPOLI
MASSA
PISTOIA
AREZZO
FERRARA**

Direttore:
**Dott. Rodolfo
de Bernart**
**Direttore della
didattica:**
**Dott. Cristina
Dobrowolski**

abbiano piena e chiara coscienza della loro partecipazione perché si possa attivare un processo di consapevolezza e modifica del loro comportamento.

Una seconda fase è dedicata a definire l'ambiente della nostra storia: ai bambini viene presentata una caccia al tesoro attraverso la quale raccogliere tutti gli indizi che permetteranno di ricostruire un contesto dentro al quale sviluppare la narrazione. Queste attività permettono di introdurre fin da subito le modalità che verranno utilizzate in seguito e permettono il crearsi di un'alleanza per arrivare a uno scopo comune. Solitamente l'ambiente finale (un castello, il mare, un bosco, un'astronave, e così via) vengono rappresentati da tutti i bambini insieme e sarà il primo passo da cui prendere avvio.

Una terza fase nella quale prendono corpo i personaggi, le loro reciproche relazioni (spaziali, temporali, causali...), è l'evento scatenante che dà luogo al crearsi delle sequenze successive. La modalità utilizzata è quella dello scambio verbale, portando ciascuno a riuscire a formulare con le proprie parole l'idea centrale, aiutandolo a raggiungere una maggiore capacità di sintesi nell'esposizione, evitando di perdersi nel dettaglio, aspetto che verrà affrontato in un secondo momento, nella fase descrittiva. Attraverso il continuo scambio di idee, si arriva a definire il problema di fondo di quella sequenza: occorre, poi, organizzare le idee e sintonizzarle con quelle degli altri. I dati e le relazioni di ciascuno vanno collegati fra loro, confrontandoli e discutendoli secondo criteri di priorità temporale, spaziale, causale, valutati in base a una maggiore o minore pregnanza significativa rispetto al contesto generale e alla spiegazione e soluzione di quella sequenza di racconto.

Una quarta fase, permette di vivere ciò che è stato discus-

so. Si cerca di far comprendere che possono esistere e coesistere diverse ottiche nell'affrontare una situazione problematica, e come si arriva insieme a sceglierne una o a trovare ancora un'altra soluzione che ne contemperi più d'una, così sarà possibile esprimere attraverso canali espressivi differenti ciò che abbiamo immaginato possa succedere ai nostri personaggi.

Seduta dopo seduta, la nostra storia prende forma e consistenza, viene integrata da attività progettate dalla terapeuta (per esempio, ricostruire un puzzle, eseguire sequenze ritmiche, uscire da un labirinto...) contestuali all'avventura che stiamo vivendo insieme, viene ripresa e rivista da tutti, spingendo a trovare nuove possibilità per i nostri compagni di avventura.

Al termine di questo percorso, che dura quanto un anno di terapia, ciascun bambino avrà il suo racconto, arricchito dai suoi disegni, pitture, oggetti elaborati, pensati e creati insieme in un clima di piena accettazione e stimolo a comprendere concretamente che ogni apprendimento deve realmente avvenire per scoperta attiva.

BIBLIOGRAFIA

- BICKEL J.**, *Il bambino con problemi di linguaggio*, Livorno, Belforte Editore Libraio, 1989.
- BRUNER J.S.**, *Psicologia della conoscenza*, Roma, Armando Editore, 1976.
- MARCELLI D.**, *Psicopatologia del bambino*, Milano, Edizioni Masson, 1999.

Istituto di Psicologia e Psicoterapia

PADOVA: Ricerca Scientifica, Formazione, Clinica

Sede della Scuola di Psicoterapia Interattivo-Cognitiva riconosciuta dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica con D.M. del 20.03.1998 e con successivo D.M. del 09.10.2001 ai sensi dell'art. 3 della Legge 56/1989.

ATTIVITÀ FORMATIVE 2005

**CORSO QUADRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE
IN PSICOTERAPIA INTERATTIVO/COGNITIVA**

Riconosciuto dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica con Decreto Ministeriale del 20.03.1998 e con successivo Decreto Ministeriale del 09.10.2001 ai sensi dell'art.3 Legge 56/1989

Anno Accademico 2005

L'Istituto di Psicologia e Psicoterapia organizza anche:

CORSO BIENNALE DI PSICOLOGIA GIURIDICA E CRIMINOLOGICA

Seconda annualità – Padova: Maggio 2005 - Novembre 2005

CORSO DI MEDIAZIONE FAMILIARE

Padova: Ottobre 2005 - Dicembre 2005

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E INFORMAZIONI: Istituto di Psicologia e Psicoterapia – via Pellizzo n. 39 - 35100 Padova
PER ISCRIZIONI : Inviare, via fax o posta, richiesta di ammissione al Corso di interesse + Curriculum vitae
 tel./fax 049/7808204, 320/0786077, E-mail info@ist-psicoterapia.it - WEB: www.ist-psicoterapia.it

Riflessioni sul laboratorio fonetico per balbuzienti

*La balbuzie è una pianta, che se non gli dai l'acqua si secca e muore
(M. 13 anni)*

BARBARA PLESCIA

Logopedista, Istituto di Ortofonia, Roma

L'intervento terapeutico proposto ai pazienti è spesso strettamente legato all'impostazione teorica di riferimento, tanto più per un disturbo come la balbuzie, che presenta grandi differenze già nella sua definizione, a seconda della teoria sull'eziopatogenesi presa in considerazione.

Ne conseguono differenti approcci terapeutici (di tipo foniatrico, o psicoterapico, o psicomotorio...).

Ci sono però delle «costanti» tematiche e caratteristiche che il terapeuta, in un'ottica di intervento globale, dovrà comunque affrontare.

Una cosa è certa per quanto riguarda la balbuzie (ma anche per i sintomi di disagio in generale): finché continuerà a svolgere un compito, a «servire» al soggetto, non potrà scomparire. Il paziente che inizia a pensarsi come un ex-balbuziente, anche se ha ancora difficoltà nella fluenza, è quasi arrivato alla «meta»; quello che, malgrado i miglioramenti, non riesce a pensarsi senza la sua balbuzie, ne ha ancora, evidentemente, bisogno.

Certo, non è semplice, in particolare per i ragazzi più grandi, modificare l'idea che si ha di se stessi e anche l'organizzazione della propria vita che spesso ruotava intorno a ciò che si poteva e, soprattutto, non si poteva fare in quanto balbuzienti. Perché la balbuzie è anche una bella trincea, un muro dietro il quale nascondersi, che è pronto a ricevere tutti i «colpi» sparati dalla vita senza farli arrivare a noi. Tutto si ferma prima lì. Il problema è che, seppure ci protegge dall'esterno e non fa entrare i pericoli, ci impedisce però anche di far uscire noi stessi e da rifugio sicuro diventa prigione dorata.

Allora perché non prendere un piccone e buttare giù questo muro? È proprio quello che si tenta di fare con la terapia, cercando di non distruggere le protezioni vissute ancora come indispensabili, quindi evitando di utilizzare la dinamite che fa crollare tutto e subito e lascia poi sul campo macerie, polvere, paura, desolazione.

Cerchiamo piuttosto di togliere un mattone alla volta, perché si abbia il tempo di abituarsi al cambiamento, al nuovo paesaggio visibile al di là del muro.

Sarà il paziente stesso a scegliere, più o meno consapevolmente, quali mattoni togliere per primi e quali mantenere ancora. Ce ne sono alcuni veramente difficili da rimuovere, perché su di essi vengono ancora sparati colpi che chi sta dietro al muro non ce la fa a sostenere. La balbuzie diventa infatti spesso una grande «scusa»: *se non fossi balbuziente*

potrei... ma purtroppo non posso... spostando così tutte le responsabilità delle scelte non fatte, del coraggio non avuto, sulla balbuzie. Questo modo di fare, generalmente assolutamente inconscio, limita sicuramente le esperienze ma, dall'altro lato, ci permette di non guardare direttamente negli occhi i nostri limiti, le nostre difficoltà, perché i fallimenti o le rinunce non dipendono da noi ma dalla balbuzie.

Si presenta quindi in questo scenario una delle parole chiave di questo disturbo: la mancanza di AUTOSTIMA. Il balbuziente vive spesso nei confronti di se stesso un senso di incapacità e di sfiducia nel proprio potenziale ed ha il bisogno continuo di essere valutato positivamente dagli altri, di essere considerato. Naturalmente questo bisogno genera ansia ed assorbe molte energie che non possono essere così impiegate in altro modo e rinforza i sentimenti di insicurezza.

Questi hanno origine probabilmente nell'infanzia, quando il bambino ha bisogno di risposte di approvazione da parte dei genitori, quando deve essere confermato nel fatto che ce la può fare.

Questo purtroppo non sempre avviene; il genitore stesso può avere un vissuto di bassa autostima ed essere quindi «costretto» a mettere in atto comportamenti ed atteggiamenti che, invece di essere finalizzati a una sana evoluzione e crescita del bambino, sono destinati a colmare i vuoti dell'adulto.

Un genitore scarsamente sicuro, può aver bisogno di ricercare questa sicurezza attraverso il figlio, o investendolo eccessivamente di aspettative o, al contrario, disinvestendolo totalmente. Nelle situazioni in cui non ci sia stato un adeguato investimento affettivo sul bambino, quest'ultimo troverà sicuramente nella balbuzie una soluzione per accentrare su di sé l'attenzione della famiglia altrimenti assente.

La balbuzie è infatti un sintomo assolutamente visibile, che necessariamente suscita reazioni da parte degli altri. Il bambino trova così un veloce mezzo per essere protagonista, pagando però un prezzo esageratamente più alto rispetto alla gratificazione che ottiene in cambio! Il bambino che invece è destinato a curare le ferite dell'autostima dei genitori, si troverà a trasportare un carico per lui troppo pesante ma reagirà comunque, nella maggior parte dei casi, modellandosi secondo le aspettative degli altri. Svilupperà ben presto difficoltà ad accettare le frustrazioni, la paura del confronto con gli altri e la difficoltà ad accettare le sconfitte. I bambini balbuzienti sono spesso molto competitivi (o, al contrario, tendono a sfuggire il confronto per paura di una competizione sentita

come pericolosa in quanto vissuta come un'aggressione verso il gruppo). Tutto questo ha radici molto profonde nel senso di insicurezza e fragilità, che tenderà ad essere compensato attraverso desideri di grandiosità e onnipotenza.

Questo genera, successivamente, un senso di non appagamento in quanto, rispetto ad aspettative di PERFEZIONE, la realtà risulterà sempre sicuramente meno soddisfacente, quindi frustrante. La COMPETIZIONE non viene infatti vissuta come possibilità di far emergere se stessi, i propri pensieri, emozioni, desideri nel confronto con gli altri, ma diventa desiderio di primeggiare sugli altri a tutti i costi. La sconfitta è così terribile perché ha il significato di una squalifica globale di sé: non è in gioco solo la vittoria o meno di una sfida, ma il fatto di valere o meno come persona.

Da qui nasce l'esigenza di essere sempre al meglio delle proprie possibilità, la ricerca della perfezione che esclude quindi sconfitte ed errori. In quest'ottica si inserisce l'«amletico» dubbio tra parlare e non parlare: posso entrare in comunicazione con gli altri solo quando sono sicuro che parlerò bene e dirò cose intelligenti. Il rischio, altrimenti, è appunto quello di non essere perfetti e questa eventualità è insostenibile per il balbuziente che ha bisogno di essere giudicato e valutato positivamente dagli altri e di essere sempre all'altezza delle aspettative (altrui e proprie). La perfezione ricercata non è tendenza al miglioramento e alla valorizzazione di sé, ma dovere di essere sempre al massimo, altrimenti si vale poco, con conseguente tensione e spreco di energie che non possono così essere funzionalmente impiegate per il raggiungimento degli obiettivi.

A questa esigenza di perfezione si affianca poi quella del CONTROLLO: innanzitutto controllo di ogni relazione e degli scambi verbali. Questa è la premessa essenziale perché il balbuziente accetti di provare a mettersi in gioco e cioè la certezza di poter controllare la situazione. E spesso ci riesce, perché l'interlocutore si trova in difficoltà rispetto alla mancanza di fluency del linguaggio e la balbuzie diventa così un'arma, un punto di forza nella dinamica comunicativa.

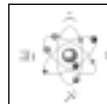
Purtroppo, per riuscire ad avere sempre il controllo su ogni situazione, bisogna impedire alle emozioni di arrivare a noi, perché andrebbero al di là della razionalità e non potremmo più gestire l'ambiente e, soprattutto, noi stessi.

Per questo spesso il bambino balbuziente sembra essere disinteressato a ciò che gli capita intorno, sembra non avere passioni particolari, non essere interessato a condividere emotivamente se stesso e gli altri. Riuscire a modificare questo modo di essere non è semplice. Il cambiamento non può essere limitato al bambino, ma anche e soprattutto all'ambiente familiare e al sistema di relazioni all'interno del quale è cresciuto e che ha, perlomeno, influenzato l'insorgere di questo sintomo. La famiglia d'origine è infatti spesso organizzata come un «sistema chiuso», strutturato secondo i principi dell'«omeostasi rigida», dove ogni cambiamento interno al sistema non può essere tollerato e tutto deve essere riportato continuamente alla posizione di partenza. Le relazioni sono spesso rigide e sterili e non prevedono evoluzioni e cambiamenti. Anche la balbuzie ha il suo ruolo e significato nel mantenimento dell'omeostasi. Intorno ad essa si struttura un modo di stare insieme che esclude in genere conflitti e crisi evolutive. Le esigenze dei singoli non ven-

gono viste, né vengono tollerate manovre di separazione e autonomia. Questo equilibrio non è naturalmente sano né positivo, il conflitto spesso c'è ma viene tenuto nascosto e la balbuzie viene utilizzata per non far emergere contrasti che «distruggerebbero» la famiglia. Non vengono accolte neanche le critiche che, invece di essere vissute come costruttive, vengono viste come portatrici di rischiose fratture insanabili. Ne consegue, tra l'altro, una difficile gestione delle dinamiche AGGRESSIVE. Il balbuziente, da bravo ricercatore della perfezione, vuole mostrare un'immagine di sé ideale, che non prevede quindi sentimenti aggressivi che, però, naturalmente, prova. La tendenza è quella di introiettarli e quindi la loro espressione è spesso indiretta e non potrebbe essere altrimenti, avendo come modello quello di una famiglia che tende a controllare la carica aggressiva. Ma la balbuzie può essere letta anche come risposta a questa organizzazione familiare. Alle richieste e alle aspettative dei genitori il bambino risponde indirettamente, balbettando, che non può fare quello che loro vogliono, che non può essere quello che loro non sono stati.

L., 7 anni, cercando di convincere la madre a mandarla a scuola con la tuta da ginnastica e non con la gonnellina, urla balbettando «io non sono te!».

Anche nei confronti dell'interlocutore esterno alla famiglia la balbuzie può essere vista come un sintomo aggressivo, che richiede a chi ascolta un'attenzione, una pazienza che di solito non sono richiesti in una conversazione: lo mette a disagio e spesso, paradossalmente, determina facilitazioni per il balbuziente, che si trova ad essere (anche se non se ne rende conto) colui che gestisce il «potere» di quella comunicazione. Il sostegno e i colloqui per i genitori sono altrettanto importanti della terapia del bambino, perché gli adulti di riferimento riescano ad accogliere i cambiamenti e riorganizzare le relazioni intrafamiliari alla luce dei nuovi equilibri e perché siano aiutati a gestire l'aggressività, quel-



I.I.W. ISTITUTO ITALIANO WARTEGG

La nuova tecnica d'uso e di interpretazione del Test di Wartegg proposta dall'I.I.W. è **entrata a far parte degli strumenti per la Selezione usati dalla Marina Militare, dall'Esercito Italiano!** La nuova tecnica Wartegg permette di lavorare agilmente e con tempi tecnici molto contenuti in vari campi, Clinico, della Selezione e dell'Orientamento, grazie anche a software elaborati in maniera specifica per ognuno di tali ambiti. L'I.I.W. offre i seguenti servizi:

ATTIVITÀ DIDATTICA

L'I.I.W., accreditato presso il Ministero della Sanità, svolge attività di Formazione in psicodiagnostica per Enti e Strutture Pubbliche e Private (tra i quali: MMI, EI, AUSL, RE) organizzando percorsi di formazione per Psicologi e Medici. Tali corsi, che in passato hanno ottenuto i crediti formativi ECM, sono:

- sulla nuova tecnica Wartegg;
- sull'uso clinico di una Batteria di Test (Prove Grafiche, Wartegg, M.M.P.I.-2 e W.A.I.S.-R);
- sul test di Rorschach.

Al riguardo, l'I.I.W. informa che il corso sul Wartegg ha ottenuto **50 CREDITI FORMATIVI**.

APPLICATIVO

L'I.I.W. mette in vendita il materiale per l'utilizzo della nuova metodica:

- schede per la raccolta (individuale o collettiva);
- hardware per l'inserimento dati;
- software per l'elaborazione computerizzata del test in ambito Clinico, della Selezione e dell'Orientamento.

Maggiori informazioni possono essere richieste presso:

Istituto Italiano Wartegg – Sede legale: Via F. Grenet, 77 Sc.C/9 - 00121 ROMA
Segreteria: Mar., Mer. e Ven. ore 16-19, tel./fax 06.56.33.97.41 www.gubernet.com/wartegg



**ISTITUTO PER LA
FORMAZIONE E LA
RICERCA APPLICATA**

CORSI

- CORSO ANNUALE SUL GIOCO, PRIMO LABORATORIO DELL'IMMAGINARIO**
iscrizioni entro il 20 Maggio 2005
- CORSO TRIENNALE SU PSICODRAMMA PSICOANALITICO
E PSICOLOGIA DELLA FAMIGLIA**
iscrizioni entro il 28 Maggio 2005
- CORSO BIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE SUI DISTURBI DEL
LINGUAGGIO E DELL'APPRENDIMENTO**
Prof. G. Stella - iscrizioni entro il 30 Settembre 2005
- CORSO BIENNALE SULLE NUOVE CONCEZIONI NELLA FORMAZIONE**
iscrizioni entro il 30 Settembre 2005
- CORSO ANNUALE DI PSICODIAGNOSTICA**
iscrizioni entro il 30 Settembre 2005
- MASTER IN TECNICHE PSICOCORPOREE**
iscrizioni entro il 30 Settembre 2005
- CORSO ANNUALE SULLA PSICOLOGIA DELLA MATERNITA'**
iscrizioni entro il 30 Settembre 2005
- CORSO ANNUALE DI SOMATOPSICHICA**
iscrizioni entro il 30 Settembre 2005
- CORSO BIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE SULLA PRIMISSIMA INFANZIA**
iscrizioni entro il 12 Novembre 2005
- CORSO BIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE SULL'AUTO
PSICOMOTORIO INDIVIDUALE**
iscrizioni entro il 12 Novembre 2005
- CORSO TRIENNALE DI PSICOMOTRICITA'**
iscrizioni entro il 12 Novembre 2005

CONVEGNI

- I NUOVI BISOGNI DEI BAMBINI 3°**
Bologna, 11-13 Novembre 2005

SEMINARI

- SIGNIFICATO DELLA PELLE NELLO SVILUPPO DEL BAMBINO**
Relatore: Dott. L. Stoppiello - Bologna, 14 Maggio 2005
- DISAGIO INFANTILE NEI NIDI, NELLA SCUOLA DELL'INFANZIA
E NELLE SCUOLE ELEMENTARI**
Relatore: Dott. G. Nicolodi - Savignano sul Rubicone, 20-21 Maggio 2005
- GLI EFFETTI DEL TRANSFERT NELLA RELAZIONE D'AUTO**
Relatori: Prof. R. Losso e A. Packciarz de Losso - Bologna, 28-29 Maggio 2005
- IMMAGINE CORPOREA, RAPPRESENTAZIONE E MASCHERA IN EDUCAZIONE**
Relatrice: Prof.ssa E. Matoso - Bologna, 28-29 Maggio 2005
- LA TEORIA DEL VINCOLO NELLA TERAPIA FAMILIARE E DI COPPIA**
Relatori: Prof. R. Losso e A. Packciarz de Losso - Bologna, 04-05 Giugno 2005
- EQUILIBRIO: FUNZIONE STRUTTURANTE
LA PERSONALITA' DEL BAMBINO**
Relatore: M. Chokler - Bologna, 02-03 Luglio 2005
- FANTASIE E PAURE NELLO SVILUPPO INFANTILE**
Relatore: Dott. L. Stoppiello - Savignano sul Rubicone, 10 Settembre 2005
- SVILUPPO DEL DISEGNO NELL'INFANZIA**
Relatore: Dott. L. Stoppiello - Bologna, 11 Settembre 2005
- PSICOMOTRICITA', PREVENZIONE E SISTEMA DI ATTITUDINE PSICOMOTORIO**
Relatore: Dott. G. Nicolodi - Bologna, 24 Settembre 2005
- LE PATOLOGIE PSICOMOTORIE**
Relatore: Dott. R.C. Russo - Bologna, 01-02 Ottobre 2005
- COOPERAZIONE CON LE FAMIGLIE NELLA PRIMISSIMA INFANZIA**
Relatore: Dott.ssa A. Szanto - Bologna, 08-09 Ottobre 2005
- GIOCHI E FANTASMI IN PSICOMOTRICITA'**
Relatore: Dott. L. Stoppiello - Bologna, 29-30 Ottobre 2005
- PSICOMOTRICITA' E SVILUPPO**
Relatore: Dott. F. Cartacci - Bologna, 12 Novembre 2005
- I DISTURBI DELLA PRIMISSIMA INFANZIA**
Relatore: Dott.ssa Alicia Connolly - Bologna, 13 Novembre 2005

LABORATORI

- CORPO VISSUTO E CORPO IMMAGINATO**
Docente: Dott. F. Simeti - Bologna, 2-3-4 Giugno 2005
- L'IMMAGINARIO DEI COLORI**
Docente: Dott. F. Simeti - Bologna, 1-2-3 Luglio 2005
- CORPO, MASCHERA E RISORSE ESPRESSIVE**
Docente: Dott. L. Stoppiello - Bologna, 9-10 Luglio 2005

GRUPPI DI SUPERVISIONE

- GRUPPI DI SUPERVISIONE PER PSICOMOTRICISTI,
PER EDUCATORI PROFESSIONALI, PER INSEGNANTI**
Consulenze per psicologi, per laureati in Scienze della Formazione,
per Associazioni e Cooperative Sociali

I programmi dettagliati delle diverse iniziative possono essere richiesti alla segreteria dell'Istituto I.F.R.A. in Via Ugo Bassi n.15 - 40121 Bologna - tel. fax 051.232413, e-mail: info@ifra.it - il mercoledì e il venerdì dalle ore 9,30 alle 13,00 e dalle 15,30 alle 18,00. Per ulteriori informazioni consultare il sito internet: www.ifra.it e www.eubios.net.

la propria e quella che il bambino inizia a sperimentare quando, migliorando, smette di essere compiacente!

RACCONTANDO UN'ESPERIENZA TERAPEUTICA

Trovo che il termine raccontare sia assolutamente adatto alla situazione perché l'esperienza del laboratorio fonetico per bambini e ragazzi balbuzienti utilizza proprio il racconto di una storia.

Nel laboratorio fonetico l'intervento terapeutico si svolge in gruppo. I gruppi sono formati da quattro bambini/ragazzi della stessa età e con la stessa diagnosi, più una terapeuta, che si incontrano una volta a settimana per un'ora e trenta.

La scelta di lavorare in gruppo è stata determinata da diversi fattori, principalmente riconducibili all'approccio psicopedagogico sulla base del quale stabilisco la relazione terapeutica col paziente ed organizzo l'intervento terapeutico.

Il tentativo è quello di conciliare il modello pedagogico che ha come obiettivo l'apprendimento e quello psicologico che mira a lavorare sulle cause della patologia. In questo modo si è potuto strutturare un progetto terapeutico che dà giusto spazio sia al lavoro sul sintomo che a quello sulle ragioni più profonde che lo sottendono. Nasce così questo laboratorio, nel quale ogni persona si incontra con altre che sono necessariamente diverse ma che hanno in comune lo stesso obiettivo da perseguire e questa diventa la motivazione più forte a creare subito il gruppo e a lavorare insieme nel, con e per il gruppo.

L'intervento terapeutico è organizzato su un anno (settembre-giugno) ed ha un'ambientazione, un tema che accompagna tutti gli incontri di terapia. Le attività seguono infatti gli accadimenti di una storia, che la terapeuta sceglie in funzione del tipo di lavoro che dovrà affrontare e che propone ai ragazzi come il racconto dell'anno.

Si vivranno così esperienze diverse pur rimanendo in un unico contesto, in un'unica storia; le situazioni da affrontare saranno diverse tra loro, mantenendo però un unico legame cognitivo ed emotivo. Ogni singola attività è così inserita in un progetto più vasto e acquisisce un più ampio significato e valore.

Il racconto narrato inoltre crea relazioni, interscambio fra adulto e bambino: è come avere un segreto in comune, è una maniera di essere «collegati». Entrare con i bambini in una storia significa creare uno spazio, sia fisico che psicologico, quasi «transizionale», che non è pienamente situabile nella realtà, né totalmente nella fantasia.

Quando, durante l'incontro di terapia, arriva il momento di raccontare la storia, spengo la luce, accendo la candela e il cerchio nel quale siamo seduti si trasforma: la nostra stanza diventa di volta in volta una prateria, o un castello e si legano insieme reale e simbolico, passato e presente, vissuto e immaginato.

Naturalmente è molto importante scegliere una storia grazie alla quale approfondire proprio le tematiche più vicine ai partecipanti di quel gruppo, adatta quindi alle loro esigenze e che, allo stesso tempo, possa essere per loro interessante, li motivi ad accompagnare l'eroe fino alla fine del viaggio, li faccia rimanere col fiato sospeso fino al successi-

vo incontro di terapia per sapere cosa ancora accadrà, li stimoli a dare e a prendere il meglio che possono dalle attività che seguono il racconto e che su di esso sono ambientate.

...E LA PIETRA FILOSOFALE?

Nel progettare il lavoro del laboratorio fonetico, i primi quesiti erano relativi al tipo di «tecniche» da utilizzare (o non utilizzare!) con i pazienti balbuzienti.

Da una parte ero assolutamente in sintonia con l'idea che il sintomo ha sicuramente un valore per il paziente e quindi bisognerebbe riconoscere e trattare il conflitto mentale che lo sottende, descriverne il contenuto psicologico prima di trattarlo per eliminarlo. Con il sintomo il bambino esprime un disagio, una difficoltà, ed è su questo disagio che bisogna intervenire.

D'altro canto è anche vero che, nella forma di un approccio psicopedagogico, è utile lavorare anche sul sintomo che, indipendentemente dalle cause, ha comunque conseguenze significative sullo sviluppo del bambino. Un miglioramento del sintomo può essere un punto di partenza, anche se non è tutto va comunque raggiunto. Bisogna evitare che l'instaurarsi del sintomo, soprattutto in un bambino, quindi un essere in evoluzione, determini un'interruzione delle attività cognitive e provochi un danno difficilmente riparabile.

Per questi motivi il mio intervento riabilitativo prevede interventi mirati sia sul sintomo che sugli aspetti psicologici.

Ai ragazzi vengono proposte:

- attività di rilassamento, per acquisire un controllo della propria energia, per ristabilire un equilibrio – anche emotivo oltre che corporeo – per mettere gli organi deputati alla fonazione nelle condizioni migliori per operare correttamente, sciogliendo tensioni e irrigidimenti;
- attività di respirazione, con impostazione della corretta respirazione diaframmatica e successiva coordinazione del sistema pneumo-fono-articolatorio (attacco dolce, far precedere la fonazione da leggere espirazioni, addolcire le consonanti, accentuare la flessione sulle vocali...);
- organizzazione ritmica (per esempio facendo associare movimenti alla fonazione, utilizzando curve da tracciare...);
- attività di tipo psicopedagogico sulle caratteristiche già esposte in precedenza (bassa autostima, necessità di controllare tutto, di essere perfetti, competizione, difficoltà di gestione dell'aggressività...).

Alla ricerca con Harry Potter della pietra filosofale, i bambini sono partiti con grande entusiasmo e forti motivazioni. Harry, come molti di loro, non era esattamente un «vincente», aveva trascorso i primi undici anni della sua vita tra le prepotenze e le ingiustizie degli zii e del cugino e non credeva affatto di possedere poteri e qualità eccezionali; ad Hagrid, che gli rivelava di essere un mago, risponde che ha sicuramente sbagliato, non può essere lui il bambino che cerca.

Eppure Harry non solo è un mago, ma è il mago più famoso e conosciuto, il più ammirato, in quanto l'unico ad essere sfuggito alla maledizione di Voldemort, causa della scomparsa di quest'ultimo.

- Giocare con Harry è stata quindi una grande avventura:
 - quando lo zio Vernon voleva mandare via le lettere della scuola di Hogwarts che a decine invadevano la sua casa, i ragazzi hanno imparato a farlo utilizzando il soffio. Abbiamo quindi lavorato sull'impostazione della respirazione, abbiamo sperimentato diverse modalità di soffio, prendendo confidenza con la gestione del proprio flusso respiratorio;
 - quando i piccoli maghi sono stati «smistati» nelle quattro case di Hogwarts, i ragazzi hanno lavorato, attraverso diversi giochi, sull'organizzazione ritmica e sulle facilitazioni ritmiche alle quali ricorrere nei momenti di blocchi nella fluenza;
 - quando gli studenti di Hogwarts hanno conosciuto i fantasmi del castello, abbiamo cercato, attraverso attività di rilassamento, di diventare «incorporei» proprio come quei fantasmi;
 - a lezione di incantesimi imparavano a fare magie per sé e per gli altri: in una grossa bacchetta magica inserivano infatti foglietti sui quali avevano scritto una cosa bella che avrebbero voluto fare a un componente del gruppo e una cosa bella che avrebbero voluto un componente del gruppo facesse a loro;
 - a lezione di trasfigurazione hanno inventato e drammatizzato delle storie;
 - a lezione di difesa contro le arti oscure abbiamo lavorato sulle loro paure;
 - a lezione di Quiddich, attraverso giochi di fiducia i ragazzi si sono affidati l'un l'altro per raggiungere i loro obiettivi ed esprimere le loro capacità;
 - hanno espresso i loro desideri più profondi sullo specchio magico di Harry e alla fine hanno sconfitto il potente mago cattivo, conquistando sicurezza e fiducia in se stessi e nelle proprie capacità e tornando a casa, così come Harry, con un potere in più, che avevano sempre avuto dentro se stessi, ma che non riuscivano ad utilizzare perché non ne avevano coscienza.

Ma poi hanno deciso di mettersi in gioco e cercare la loro «pietra filosofale» uscendo vittoriosi da questa ricerca, già soltanto per averla sperimentata e vissuta insieme ai compagni del gruppo.

BIBLIOGRAFIA

- ANZIEU D., Martin J. Y., *Dinamica dei piccoli gruppi*, Roma, Borla, 1997.
- BITETTI A., *Analisi e prospettive della balbuzie*, Verona, ed. Positive Press, 2001.
- CADONICI P., *L'alchimia della balbuzie*, Catanzaro, Rubbettino editore, 2001.
- CARUSO E., *Balbuzie*, Milano, Franco Angeli, 2001.
- DI RENZO M., TISCI E., *Un approccio terapeutico al balbuziente*, Roma, Edizioni Scientifiche Magi, 1998.
- INGENITO M.T., *La balbuzie nell'età infantile*, Milano, Franco Angeli, 1999.

La terapia psicomotoria: rapporto tra il corpo e i processi psichici

ILARIA TOSI COLETTA

Insegnante di Educazione Fisica, psicomotricista dell'Istituto di Ortofonia, Roma

La terapia psicomotoria è uno dei mezzi educativi che aiuta e facilita il bambino a sviluppare il proprio piacere dal senso motorio all'intellettuale, dall'agire al pensare, al ragionare.

Il bisogno principale è colmare gli svantaggi di base e le difficoltà di partenza, attraverso lo sviluppo del senso di sicurezza.

Gli obiettivi formativi consistono nel conquistare l'autonomia, rispettare le regole sociali e di gioco, produrre un cambiamento nelle scorrette abitudini posturali e comportamentali. Tutto ciò, riorganizzando il giusto equilibrio tra le funzioni motorie e psicomotorie, tramite l'utilizzo privilegiato dell'attività motoria.

La psicomotricità permette di ritrovare se stessi come esseri unici, come unità di mente e di corpo, integrare i pensieri e le emozioni con ciò che si fa e si vive, ricercare un equilibrio e un'armonia che vada oltre le problematiche, dialogare con le zone di luce e d'ombra presenti all'interno della persona. Ovviamente, tutto questo non può che iniziare dall'esperienza che noi facciamo di noi stessi, del nostro passato, del nostro vissuto.

Vissuti integrati perché mente e corpo non sono due realtà separate e in conflitto, ma sono due modi diversi di percepirsi come unità. Questo comporta l'integrazione delle discipline che si rivolgono separatamente alla mente e al corpo.

Le discipline psicologiche offrono il metodo di riflessione e di pensiero per raggiungere la consapevolezza, attraverso l'introspezione, la relazione con l'altro e la comunicazione verbale.

La motricità riguarda il corpo e il suo movimento.

Quindi, la psicomotricità è la pratica che ricerca e favorisce la consapevolezza del nostro modo di dirsi attraverso le emozioni, gli affetti, l'universo interiore e il corpo nella sua espressione. La comunicazione non verbale, il movimento, lo spazio, il tono, il tempo, la postura, la voce, sono l'espressione immediata di noi, che può raggiungere la mediazione della coscienza.

Tramite la terapia psicomotoria, si cerca di osservare i disagi e le difficoltà che investono gli ambiti relazionali, comunicativi e cognitivi, ma anche quelli motori e affettivi. Tale analisi richiede degli interventi puntuali e mirati, che aiutano il bambino in difficoltà a ritrovare l'equilibrio armo-

nico sia sul piano psico-fisico, che nel rapporto con gli altri e con la realtà esterna da sé. Interventi volti a favorire e a confermare per tutti, quello «stato di benessere» che concorre alla realizzazione di una buona qualità della vita.

La proposta di attività psicomotoria offre al bambino la possibilità di uno spazio di crescita, costituisce un'esperienza di tipo corporeo, uno spazio di espressione delle sue potenzialità e capacità (creative – comunicative – motorie – simboliche) e una ricerca di nuove tappe da conquistare (sperimentazione – ideazione – realizzazione).

Attraverso la terapia psicomotoria si cerca di far sì che il bambino:

- rifletta sull'importanza che assume l'espressività del corpo in ogni relazione umana;
- diventi consapevole di sé, percepisca, conosca e abbia coscienza del proprio corpo e delle proprie sensazioni;
- interiorizzi le proprie esperienze pratiche motorie e le approfondisca, condividendo con gli altri le impressioni e riflessioni personali, il proprio stato di salute e i conflitti, le tensioni e le paure interiori che ne scaturiscono;
- parli di sé, ascolti, soprattutto l'altro, sviluppi un pensiero, comunicando ed esprimendo attraverso le proprie modalità, da quelle più inibite a quelle più eccessive;
- riesca ad accettarsi e accettare, convivere e collaborare, ritrovando il desiderio di affrontare con fiducia il compito di crescere e di apprendere.

Tutto questo vuole dimostrare come la psiche e il soma si fondano in una dinamica esistenziale.

Il bambino all'inizio della terapia psicomotoria comincia a muovere il suo corpo in modo svogliato, distratto, spesso impacciato e senza coinvolgimento nei confronti di ciò che fa e che gli viene proposto; considera il laboratorio di psicomotricità come una palestra dove ci si muove, dove tutto è permesso e dove non serve ragionare, pensare, ma solo divertirsi e giocare; si sente attratto da questo laboratorio dove nessuno gli chiede di scrivere, leggere, ripetere, costruire e inventare.

Ben presto il paziente capisce che ci sono, anche qui, delle regole socio-educativo-comportamentali da rispettare per meglio crescere, poter relazionarsi e giocare; comprende, quindi, come il corpo sia il motore da far funzionare e soprattutto come ciò sia difficile, mettendo da parte inibizione, vergogna, ansia e timore; cerca allora di concentrarsi, di

impegnarsi al massimo in ciò che fa, in modo di riuscire a migliorare e a vincere, evitando l'ennesima sconfitta.

Il bambino comincia a credere in se stesso, a dare importanza al suo corpo ottenendo risultati e apprezzando ciò che fa; conosce, percepisce e arriva ad avere coscienza del proprio corpo e delle proprie sensazioni; interiorizza e riflette su quanto stia facendo, vivendo emozioni e riflessioni personali da dover poi accettare e condividere raggiungendo uno stato di benessere.

In questo modo emergono le difficoltà, le paure e le incertezze che lo aiuteranno a cambiare, ristabilendo equilibrio e armonia e permettendogli, senza che se ne accorga, di far lavorare il suo corpo e la sua mente per ritrovare un sano equilibrio psico-fisico. Tante esperienze motorie proposte fanno scaturire difficoltà, paure e nervosismi, ma anche emozioni e stati di benessere. Le une, come le altre, sono state affrontate e sono state utili per accettare e condividere le proprie riflessioni.

Risulterà strano, ma il lavoro che impegna corpo e mente aiuta il bambino a crescere. Con il tempo egli riuscirà ad accettarsi e ad accettare, ad aver fiducia, ad aver bisogno di conforto e soprattutto a chiedere e a dare affetto conquistando maggior sicurezza.

L'esperienza in questo campo, mi ha dato l'opportunità di affrontare con i bambini diverse tematiche e discorsi relativi a molteplici stati d'animo. Commentando il comportamento avuto durante una partita di calcio, o riflettendo sulle sensazioni provate dopo aver svolto un percorso psicomotorio, mi sono ritrovata molto spesso ad ascoltare situazioni personali e/o familiari riguardanti gli stessi. Essi trovano ormai conforto, protezione, fiducia e di tutto è lecito parlare!

I., un bambino bulgaro adottato, è riuscito davanti ai suoi compagni di gruppo a raccontarci di avere due mamme e di essere stato portato in Italia dalla sua nuova famiglia, perché nel suo paese non avrebbe potuto continuare a vivere a causa della guerra. Anche A., bambino nato in Russia e successivamente adottato da una famiglia italiana, racconta di avere due mamme e le chiama in modo molto simpatico e intelli-

gente: «mamma di pancia» e «mamma di cuore». Racconta di essere stato lasciato in un istituto quando era ancora neonato dalla sua «mamma di pancia» che non poteva permettergli una vita serena e che altrimenti gli avrebbe fatto condurre una vita da «zingarello». Mostra in terapia, davanti ai suoi compagni di gruppo, la videocassetta di quando i genitori adottivi arrivano in istituto per conoscerlo e per portarlo in Italia. Conclude il suo racconto riflettendo su quanta fortuna abbia avuto nel trovare una «mamma di cuore» e un papà che gli vogliono bene e che gli hanno permesso di giungere a una importante riflessione: «è bello vedere che in un mondo di dolore esiste un po' di bene!!!».

A. ha raccontato con serenità la morte di suo fratello gemello e in modo ironico e simpatico ha aggiunto che lui invece ha avuto la fortuna di rimanere in vita. D. dopo solo pochi giorni che ci conoscevamo e giocavamo insieme, ha avuto la necessità di sfogarsi e di farmi un quadro della sua famiglia: non si sente accettata dal suo «secondo» padre, non si sente amata e voluta in una casa dove i genitori litigano spesso e dove lei e i suoi due fratelli risentono di una situazione «pesante» e insopportabile. D. racconta di aver visto il padre arrabbiato inveire contro la sorellina più piccola, riesce con freddezza e decisione ad affermare che non si sente accettata e che nessuno le vuole bene e l'aiuta quando ne ha bisogno. F. esprime la voglia di volere una sorellina con cui giocare, ma sarà difficile accontentarla, il padre continua sempre a «scrivere, scrivere e scrivere"... alla cicogna, ma questa non le porta ancora nulla e afferma per giustificare ciò che è impegnata a portare bambini ad altre famiglie! F., mentre gioca con gli altri compagni del gruppo, chiede di fermarci un attimo per ringraziare la sorellina Michela, morta da piccola, che ci sta facendo divertire e che lo rende felice quando sta insieme agli altri bambini.

Queste, come tante altre, sono testimonianze di «piccole vite» che soffrono e che stanno crescendo e imparano a chiedere aiuto e a fidarsi di qualcuno esterno alla famiglia che dedica loro qualche minuto della propria vita giocando e parlando. ♦

**ASSOCIAZIONE ITALIANA
SAND-PLAY THERAPY (A.I.S.P.T.)**

**INTERNATIONAL SOCIETY SANDPLAY THERAPY
(I.S.S.T.)**

Con il Patrocinio dell'Ordine degli Psicologi

**XVIII Congresso Internazionale
«IMMAGINI, CULTURA, MONDIALITÀ»
Roma, 14-17 Luglio 2005**

Il congresso offre l'opportunità agli analisti che utilizzano la tecnica del «Gioco della Sabbia» come strumento di terapia analitica di incontrarsi e confrontarsi sugli aspetti teorici e clinici in una realtà che negli ultimi anni ha subito profondi cambiamenti politici sociali e culturali e richiede uno sforzo di integrazione tra culture e popoli diversi. Da sempre infatti il «Gioco della Sabbia», ormai diffuso in tutto il mondo, ci pone in contatto con culture lontane attraverso il suo potere evocativo e simbolico di una realtà transpersonale e transculturale.

Sede del Congresso: Auditorium «Filippini» Via delle Fornaci 161 Roma
Costo dell'iscrizione: 280 Euro - Studenti e specializzandi 200 Euro
Informazioni: Dott. Stefano Marinucci Tel. 0668592734 - www.aispt.it

PER AVVIARSI ALLA PROFESSIONE DI

GRAFOLOGO

**Scuola Superiore di
Grafologia**

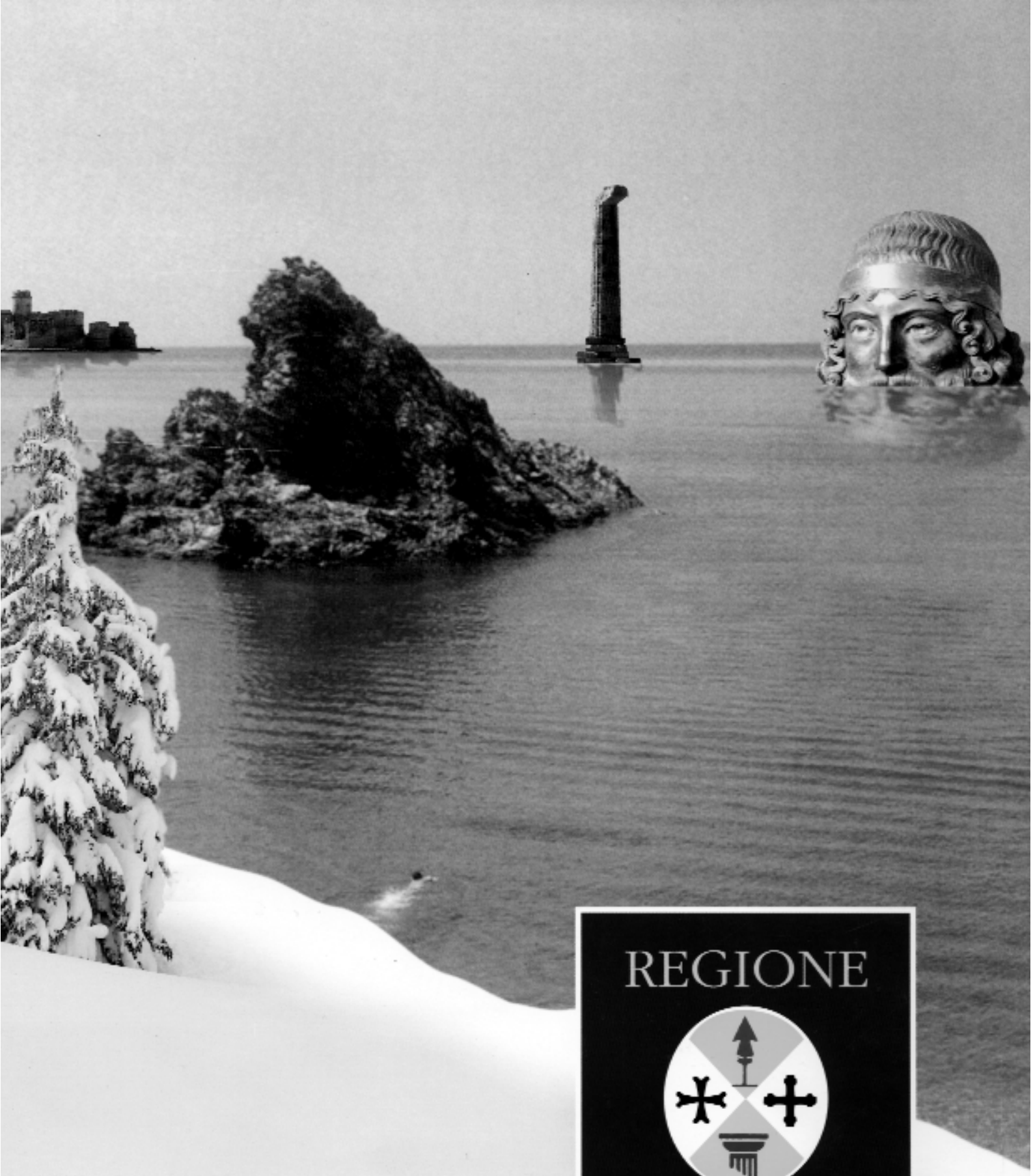
presso
Pontificia Facoltà Teologica
San Bonaventura

Anno 2005-2006

Inizio corso 18 ottobre 2005

Fine corso 20 giugno 2006

Via del Serafico, 1 - 00142 Roma
Tel. 06/50.31.343 (martedì pomeriggio durante i corsi)
0773/66.39.08 - 339/43.50.674
338/95.98.272 (altri giorni)



CALENDARIO CONVEGNI

Roma, 20 Maggio 2005

Inquadramento diagnostico e principi di trattamento delle organizzazioni borderline di personalità

Segreteria organizzativa:
Tel. 06.6867536 fax 06.68803822
formaupi@aupi.it

Napoli, 20-21 Maggio 2005

Meccanismi neurofunzionali e profili clinici nei disturbi di apprendimento

Cittadella Apostolica – Via S. Gennaro ad Agnano, 34
Segreteria organizzativa:
Tel. 081.8046200 fax 081.8046201
segreteriacorsi@centroserapide.it

Bari, 21 Maggio 2005

Il counselling sessuologico nelle professioni di aiuto Aula magna – Policlinico

Segreteria organizzativa:
Tel. 080.3352811 fax 080.3352811
studioviemme@libero.it

Arezzo, 23-25 Maggio 2005

La prevenzione, la valutazione e il trattamento dei comportamenti problematici nei disturbi dello spettro autistico

Istituto di riabilitazione Madre della Divina Provvidenza
Segreteria organizzativa:
Tel. 0575.91511 fax 0575.9151245
lciccarelli@istitutoagazzi.it

Torino 26-29 Maggio 2005

Potere e dimensione culturale: 23° Congress of International Association of Individual Psychology

Segreteria organizzativa:
Planet s.r.l. Piazza Statuto 10, 10122 Torino
Tel. 011.5214008 fax 011.4362949
info@planetcongressi.it

Torino, 27 maggio 2005

Il gruppo come strumento preventivo e clinico in età evolutiva

Sala Eleonora, Centro Congressi Hotel Majestic,
Corso V. Emanuele
Segreteria organizzativa:
Tel. 06.6867536 fax 06.68803822
formaupi@aupi.it

Milano, 28 maggio 2005

Seminario A.S.P.
Il sogno dopo Freud
Per informazioni e iscrizioni:
Tel/fax 02.6706278
direttivo.asp@libero.it

Venezia, 28 maggio 2005

La scena degli addii: morte e separazione nel teatro del vivere
Palazzo del Monte, Contrà del Monte, 13
Associazione culturale interdisciplinare
«SconfinaMenti»
Tel. 0444.322090
e-mail lorenagarz@libero.it

Alghero, 29 Maggio 2005

VIII congresso nazionale SIPF – modulo IV «Il trattamento del paziente difficile»
Hotel Catalunya
Segreteria organizzativa:
Tel. 079.254406 fax 079.228350
llorettu@uniss.it

Parma, 4 giugno 2005

Dire, fare, pensare: teoria del cambiamento ed intervento psicologico con adolescenti che non sanno riflettere su di sé

Casa della musica, Sala dei concerti
Piazzale S. Francesco, 1
Segreteria organizzativa:
Tel. 02.5454442 fax 02.5454442
enri.vince@tiscali.it

Firenze 4-5 giugno 2005

The power of possibilities. Un modello di intervento innovativo in psicoterapia breve ed efficace

Firenze, Hotel Brunelleschi, P.zza Santa Elisabetta, 3
Segreteria organizzativa:
Tel. 0574.584627 fax 0574.584627
segreteria@dialogika.it

Milano, 5 giugno 2005

L'immaginario e i suoi simboli. Linee guida in psicosomatica clinica» – L'energetica dell'immaginario

ANEB – Ospedale Maggiore Policlinico
Segreteria organizzativa:
Tel. 02.58317883 fax 02.58439721
segreteria@aneb.it

Padova, 9-11 giugno 2005

Congresso Nazionale Disabilità, Trattamento, Integrazione

Segreteria organizzativa:
Tel. 049.8278477 fax 049.8278451
convegno.chdr@unipd.it

Bari, 10 giugno 2005

L'oceano borderline: i disturbi di personalità

Hotel Excelsior
Segreteria organizzativa:
Tel. 0831.562367 fax 0831.562367
change@change.puglia.it

Venezia, 10-12 giugno 2005

Parricidio e filicidio: crocevia di Edipo e dintorni. Fondamenti della teoria e della clinica psicoanalitica

Ateneo Veneto, S. Marco 1897
Segreteria organizzativa:
Tel. 041.942003 fax 041.942003
mg.capitanio@libero.it

Cortona, Arezzo 11 giugno 2005

XVII Convegno di Psicanalisti a Cortona – Seduzione e violenza infantile: cicatrici da curare

Centro Convegni S. Agostino – Via Guelfa, 40
Segreteria organizzativa:
Cortona sviluppo srl
Tel. 0575.630158 fax 0575.630227
corsvil@tin.it

Roma, 15 giugno 2005

Seminario
La Coppia
Informazioni: Consultorio Antera, Via Anglona, 16
Tel. 06.45425425
info@consultorioanterait

Foggia, 17-18 giugno 2005

Disturbi specifici di lettura e scrittura in età evolutiva: inquadramento teorico, valutazione e trattamento

Sala Turtur, Ospedali Riuniti, Viale Luigi Pinto
Segreteria organizzativa:
Tel. 080.5213838 fax 0805212
aiming@iol.it

Roma 18-19 giugno 2005

La separazione coniugale e l'affidamento dei figli

Segreteria organizzativa:
Tel. 06.6872870
fax 06.6865560
isissroma@tiscali.it

Roma, 22-24 giugno 2005

II Conferenza Tematica SIP: Origine dei disturbi psicopatologici

Hotel Cavalieri Hilton – via Cadlolo, 101
Segreteria organizzativa:
MGA Congressi Viale G. Mazzini, 145 – 00195 Roma
Tel. 06.39730343
fax 06.39730337
info@mgacongressi.it

Roma 23-26 giugno 2005

L'esperienza inconscia: prospettive relazionali

Sala dello Stenditoio, Via di San Michele, 101
Segreteria organizzativa:
Via Tacito, 7 Roma
Tel. 06.68802859
fax 06.68802859
segreteria@isipse.it

Genova, 25 giugno 2005

Il disturbo da attacchi di panico: aspetti diagnostici e psicofarmacologici in sinergia con i trattamenti psicoterapeutici

Via XX Settembre, 2/31
Segreteria organizzativa:
Tel. 010.5956341
fax 010.5708743
psycomedicalgenova@virgilio.it

Padova, 25 giugno 2005

Workshop pratico-esperienziale di supervisione di casi clinici e di ulteriori approfondimenti del Lüischer Test

Cisspat Piazza De Gasperi, 41 – 35131 Padova
Segreteria organizzativa:
CISSPAT
Tel. 049.650861
fax 049.8779871
info@cisspat.edu

Milano, 11 luglio 2005

I disturbi del sonno

Ospedale Maggiore di Milano
Piazza Sant' Angelo, 2
Tel. 02.55034001
eventi@policlinico.mi.it

San Benedetto del Tronto, 16-18 Settembre 2005

V Congresso Nazionale della Società per la Ricerca in Psicoterapia

Ricerca in psicoterapia e qualità della cura
Centro Congressi, Hotel Calabresi
Segreteria organizzativa
Tel/Fax 0735.587112
c.mezzaluna@katamail.com

Brescia, 24 settembre, 2005

Significato e ruolo delle emozioni nella interazione terapeutica

IAL Lombardia, Via Castellini, 7
Segreteria organizzativa:
Tel. 030.2425901
fax 030.2425905
ippbrescia@jumpy.it

*Centro per la diagnosi
e terapia dei disturbi
della relazione e
della comunicazione*



*Centro di formazione e
aggiornamento
per operatori socio-sanitari,
psicologi e insegnanti*

ISTITUTO DI ORTOFONOLOGIA

AUT. DECRETO G.R.L., ACCREDITATO CON IL S.S.N.

OPERATIVO DAL 1970

Indice operativo pag. **2**

Corso quadriennale di specializzazione in Psicoterapia
dell'Età Evolutiva a indirizzo psicodinamico pag. **18**

Questioni di Psicoterapia dell'Età Evolutiva pag. **19**

Counseling per i genitori pag. **37**

Approccio psicopedagogico ed esperienze cliniche pag. **59**

Direzione: via Salaria, 30 – 00198 Roma FAX 06/84.13.258
ist.ortofon@flashnet.it - www.ortofonologia.it

Il trattamento dei Suoi dati personali è svolto nella banca dati elettronica dell'Associazione Psicologi Sammarinesi e nel rispetto della Legge 675/96 sulla tutela dei dati personali. I suoi dati saranno comunicati a società collegate per l'invio di proposte commerciali. Il trattamento dei dati, di cui le garantiamo la massima riservatezza, è effettuato al fine di aggiornarla su iniziative e offerte della società. I Suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi Lei potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'attenzione del Responsabile Dati della società. Solo se Lei non desiderasse ricevere comunicazioni barri la casella a fianco

La rivista viene inviata gratuitamente a chiunque ne faccia richiesta. Il tagliando a fianco può essere utilizzato per richiedere l'invio della rivista da parte di coloro che non la ricevono ancora, oppure per segnalare la variazione dell'indirizzo.

Babele

c/o Associazione Sammarinese
degli Psicologi
Via Canova, 18
47891 Rep. di San Marino
oppure inviare via fax 0549/970919
E-mail: babele.news.rsm@flashnet.it

Compilare in stampatello

Cognome.
Nome
Via n.
Città. prov. CAP.(preciso di zona)
e-mail
Professione
Sì, desidero ricevere gratuitamente la rivista **Babele**
data firma
 CAMBIO INDIRIZZO vecchio indirizzo:
 NUOVO ABBONATO