

Il ruolo delle esperienze immaginative nella relazione terapeutica tra corpo e memoria

Architravo M*., Troisi M.** , Iorio V.S.***

*Psicologo, Psicoterapeuta, Docente SiPGi

**Psicologo, Psicoterapeuta, Docente IGAT, Didatta FISIG

*** Psicologa, Psicoterapeuta, Docente SiPGI

INTRODUZIONE

Le esperienze immaginative che durante una seduta si affacciano alla mente del terapeuta, possono originare dal rapporto esistente tra stati corporei, percezioni sensoriali, stati emotivi attualizzati, e da ciò che è inscritto nella propria memoria. La narrazione del paziente può sollecitare questi stati immaginativi che si connotano come comunicazioni veicolate dall'insieme di questi registri esperienziali. Le immagini che ne scaturiscono possono essere classificate secondo due diverse categorie: quelle rappresentate dalla memoria dei vissuti del terapeuta (immagini di Tipo I) oppure quelle che ne sono indipendenti e che assumono quindi una costruzione del tutto inedita (Immagini di Tipo II). La differenza nella modalità con cui ciò accade potrebbe essere determinata da fattori specifici e ciò condurrebbe alla possibilità di fare un uso più sistematico e consapevole del significato delle esperienze immaginative in psicoterapia. Questo studio esamina i primi risultati emersi dalla somministrazione di un questionario self report per psicoterapeuti creato per la valutazione della qualità delle esperienze immaginative, e l'uso che essi ne fanno, in relazione ad altre variabili. In particolare intende soffermarsi sul rapporto esistente tra le attitudini immaginative dello psicoterapeuta, condizionate da differenti fattori legati alla quotidianità oltre che al modello formativo di riferimento, e la qualità delle esperienze immaginative durante la pratica clinica sollecitate dalla relazione con il paziente. Più in particolare ancora, l'attenzione è rivolta alla individuazione dei fattori specifici che possono favorire la produzione di immagini di Tipo I oppure di immagini di Tipo II.

STRUMENTI E METODI

Lo studio è stato condotto mediante la somministrazione di un ***Questionario per la valutazione delle esperienze immaginative in psicoterapia*** rivolto a psicoterapeuti e specializzandi del terzo e del quarto anno, costruito ad hoc. Il questionario si compone di una intervista preliminare (nella quale è possibile indicare sesso, età, se si è psicoterapeuti o specializzandi, tipo di formazione, tipo di setting, se si lavora anche con bambini e adolescenti, numero medio di colloqui effettuati a settimana e anni di esperienza clinica come psicoterapeuti), e di una parte successiva composta dal questionario vero e proprio compilabile in forma self-report. Lo strumento è composto da 35 items che raggruppano 8 aree:

1. **ATTITUDINE ALL'INTEGRAZIONE** (items da 1 a 9, che valuta la tendenza a fare esperienze diversificate che sollecitano l'attività immaginativa nella quotidianità);
2. **ATTITUDINE IMMAGINATIVA** (items da 10 a 15, che valuta quanto l'immaginazione nelle sue diverse espressioni è percepita come un'attività presente nella propria esperienza e nella propria personalità);
3. **METAFORE** (items da 16 a 20, che valuta la tendenza a servirsi dell'uso di metafore come strumento comunicativo nella quotidianità e nella pratica clinica);
4. **IMMAGINI DI TIPO I** (items 21 e 23, che valuta la tendenza a figurarsi le esperienze narrate dal paziente, in luoghi e contesti scaturiti dal registro di memoria del terapeuta);
5. **IMMAGINI DI TIPO II** (items 22 e 24, che valuta la tendenza a figurarsi le esperienze narrate dal paziente, in luoghi e contesti "inediti" ovvero che non attingono dal registro di memoria del terapeuta ma sono del tutto immaginari);
6. **IMMAGINI DI TIPO NEUTRO** (items 25 e 26, che valuta la tendenza ad avere esperienze immaginative che non sono particolarmente attribuibili al Tipo I o al Tipo II);
7. **CONSAPEVOLEZZA DELLE ESPERIENZE IMMAGINATIVE** (items da 27 a 30, che valuta il livello di consapevolezza della qualità e della diversità delle esperienze immaginative durante una seduta o durante il processo terapeutico in relazione ai cambi di stato emotivi e al controtransfert);
8. **USO DELLE ESPERIENZE IMMAGINATIVE** (items da 31 a 35, che valuta la tendenza a usare la consapevolezza della diversificazione delle esperienze immaginative nella pratica clinica rispetto, ad esempio, al cambiamento,

allo stile di intervento o alla restituzione al paziente delle immagini evocate come fattore di affiancamento al controtransfert).

CAMPIONE

Il campione è composto da 49 soggetti di età compresa tra i 28 e i 61 anni (M=44.5), di cui 11 maschi e 38 femmine. Di questi, 37 sono già psicoterapeuti mentre i restanti 12 sono specializzandi iscritti almeno al terzo anno di corso e che hanno già pazienti in trattamento con supervisione clinica; i soggetti provengono da differenti ambiti formativi ed in particolare: 11 di area umanistica (gestaltico, rogersiano, AT, modello integrato), 9 di area psicoanalitica/dinamica, 2 di area cognitivo comportamentale, 24 di area sistemico relazionale/ terapia familiare, 3 di altri approcci. Dei soggetti intervistati, inoltre 12 lavorano con setting vis a vis (poltrona), 8 con setting vis vis (scrivania), 2 con setting psicoanalitico (esclusivamente a lettino), 1 con setting di gruppo e i restanti 26 lavorano praticando più di un tipo di setting. 21 soggetti lavorano anche con bambini e adolescenti, il numero di colloqui effettuati mediamente a settimana è di 9,8 mentre gli anni di esperienza clinica in media sono 7,8.

RISULTATI

in questa fase dello studio ci si è soffermati in particolare sul rapporto esistente tra attitudine all'integrazione e all'immaginazione, e la qualità (ovvero se sono presenti immagini di Tipo I o di Tipo II) e l'uso delle esperienze immaginative in relazione alla pratica clinica. E' stato condotto un esame delle correlazioni esistenti tra i diversi item attraverso il test di correlazione R di Pearson ($p < 0.05$ e $p < 0.01$).

Il test ha evidenziato numerose correlazioni statisticamente significative tra items, descritte nelle seguenti tabelle:

Tab 1 item 21

*p < 0.05; **p < 0.01	1	2	14	16	23	33
Item 21 Immagini tipo I	.324*	.536**	.318*	.482**	.568**	.334*

Tab 2 item23

*p < 0.05; **p < 0.01	1	9	14	21	28
Item 23 Immagini tipo I	.308*	.379**	.282*	.568**	-.358*

Tab 3 item 22

*p < 0.05; **p < 0.01	2	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	17	18	20	24	31	33
Item 22 Immagini tipo II	.330*	.338*	.292*	.402**	.383**	.286*	.323*	.433**	.386**	.416**	.313*	.450**	.289*	.317*	.304*	.734**	.343*	.416**

Tab 4 item 24

*p < 0.05; **p < 0.01	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	22	28	33
Item 24 Immagini tipo II	.308*	.362*	.371**	.425**	.329*	.484**	.289*	.289*	.346*	.398**	.734**	.335*	.354*

Tab 5 item 19

*p < 0.05; **p < 0.01	10	16	17	20	27	28	34
Item 19 metafore create ad hoc	.428**	.441*	.471**	.327*	.310*	.295*	.333*

Le correlazioni emerse indicano preliminarmente che sussiste un rapporto molto stretto tra le attitudini alla integrazione (ovvero la tendenza a stare in contatto con esperienze sociali e culturali di ampio raggio e a coltivare interessi affini al proprio campo di studi e alla propria formazione), e l'attitudine all'immaginazione (ovvero alla tendenza a percepirsi come persone per le quali la dimensione immaginativa svolge un ruolo prevalente nella propria esperienza quotidiana). Le tabelle 1 e 2 indicano lo stretto rapporto che sussiste tra il dedicarsi alla lettura (1), all'ascolto della musica (2), il ricorso all'uso di metafore (16), e la produzione di una intensa attività immaginativa di Tipo I, proveniente quindi dal registro di memoria del terapeuta; inoltre sembra interessante come l'ascolto del racconto di un sogno da parte di un paziente (23) quando genera immagini di Tipo I, sembra essere in stretto rapporto non soltanto con la tendenza a figurarsi in modo concreto, mediante l'attribuzione di forme fisiche o colori a suoni od odori (14), ma anche con l'attenzione che il terapeuta dedica al controtransfert (28) durante una seduta.

La tendenza invece a produrre immagini di Tipo II (Tabelle 3 e 4) sembra essere particolarmente concomitante a quasi tutti gli items che riguardano l'area della attitudine alla integrazione e alla immaginazione. Immagini di Tipo 2 scaturite dalla narrazione di un paziente si associano più frequentemente alle attitudini all'integrazione mentre la immagini di Tipo II scaturite dalla narrazione di materiale onirico si associano più frequentemente all'attitudine immaginativa ed in particolare all'immaginarsi in situazioni piacevoli e impegnative prima che esse vengano affrontate (11 e 12). Altro dato interessante correlato alle immagini di Tipo II, riguarda la presenza di esperienze sinestetiche (15) nella quotidianità del terapeuta, e una maggiore frequenza ed attenzione al ricorso di metafore nella pratica clinica (16, 17, 18). Anche la consapevolezza dei propri stati immaginativi assume la funzione di strumento di restituzione e condivisione di stati d'animo ed emozioni, più frequentemente quando le immagini evocate nella relazione terapeutica sono di tipo II (28 e 33).

Attenzione particolare meritano i risultati emersi in relazione all'uso delle metafore; la Tabella 5 descrive il rapporto tra il ricorso all'uso di metafore create ad hoc dal terapeuta, e quindi non di uso comune, e la percezione di sé come persona caratterizzata dall'aver una vivida immaginazione (10, 16 e 17) e, soprattutto all'attenzione consapevole che il terapeuta presta all'esistenza dei fenomeni immaginativi di cui è investito come strumento tecnico del proprio fare clinico (27, 28 e 34).

CONCLUSIONI

Sebbene lo studio sia in una fase ancora preliminare, i dati emersi descrivono l'importanza che i fenomeni immaginativi ricoprono in rapporto alla comunicazione tra terapeuta e paziente su più livelli. Le immagini di Tipo I sembrano affacciarsi alla mente del terapeuta quando esse ricoprono una funzione essenzialmente di supporto o di accompagnamento all'ascolto, assecondando la naturale tendenza della mente a rappresentare mediante una forma più riconoscibile e quindi di più facile accesso, seppur immaginata, i contenuti offerti dal paziente verso cui ci si pone in posizione di ascolto. Le immagini di Tipo II sembrano invece affacciarsi alla mente del terapeuta quando insieme ad esse vengono tradotti anche stati emotivi e vissuti più intensi che in ogni caso stimolano le qualità legate alla immaginazione del terapeuta in maniera più incisiva. Quest'ultimo è più "ricettivo" alla produzione di immagini di Tipo II e ai vissuti che le accompagnano quando sono soddisfatte le condizioni di essere da un alto maggiormente disponibile ad integrare e diversificare le proprie esperienze quotidiane nella sua pratica professionale, e dall'altro quando l'attività immaginativa è presente in modo più pervasivo e costante nella propria attività di pensiero. La possibilità di ampliare il campione potrà fornire dati più fini e interessanti anche in rapporto ad altre variabili come ad esempio il tipo di formazione, gli anni di esperienza clinica oppure il tipo di setting utilizzato, o ancora la frequenza dei colloqui per settimana.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia il dott. Raffaele Sperandeo per il prezioso contributo offerto per l'analisi statistica.

IL SENTIMENTO DEL RIDICOLO E L'EMOZIONE DELLA VERGOGNA NELLE ESPERIENZE CORPOREE IN PSICOTERAPIA (*)

Dott. Giuseppe Carzedda

Psicologo e psicoterapeuta. Presidente I.I.F.A.B (Istituto Italiano di Formazione in Analisi Bioenergetica) Roma
Direttore della Scuola Quadriennale di Formazione in Psicoterapia riconosciuta nel 1998 dal M.I.U.R.
Certified Bioenergetic Therapist (C.B.T.), Trainer e Supervisore per l'Italia in Analisi Bioenergetica

Sito Web: ww.iifab.org - Email: carzedda@iifab.org - Tel. 338 718 5684



REGOLAZIONE DELL'EMOZIONE DELLA VERGOGNA E PROCESSO TERAPEUTICO

La tendenza della vergogna a presentarsi anche con accessi improvvisi e totalizzanti tali da annichilire il senso di sé (Schore A. N., 2008), ma allo stesso modo anche a scomparire dalla ribalta altrettanto repentinamente vista la penosità e l'insostenibilità dei vissuti che la accompagnano, è sicuramente uno dei motivi per cui può risultare così difficile riportarla in primo piano per renderla analizzabile. L'importanza di regolare il suo emergere all'interno del processo terapeutico, soprattutto se di tipo psicocorporeo viste le ulteriori intense valenze in questo caso evocate, è perciò di cruciale importanza soprattutto se pensiamo che probabilmente essa *"... è responsabile del corso che prende la nostra vita psichica ...più del sesso e dell'aggressività..."* e che *"...le nostre lotte interiori non sono scontri fra gli istinti e la realtà, ma conflitti che tipicamente ci vedono alle prese con la vergogna, i suoi fattori scatenanti e la frequenza con la quale ci colpisce"* (Lewis M., 1995). In questo senso imparare a riconoscere e a gestire in psicoterapia i sentimenti che la precedono nel suo potenziale dirompente emergere, tra cui in particolare quello del sentirsi ridicoli, può essere considerata una importante e cruciale competenza del terapeuta nei termini del suo "saper essere" all'interno della relazione

Bibliografia essenziale

- ◇ Damasio, A. (2003), *Alla ricerca di Spinoza*, Trad. it. Adelphi, Milano, 2003
- ◇ Lavelli M., *Intersoggettività: origini e primi sviluppi*, Raffaello Cortina, Milano, 2007
- ◇ Lewis M. (1992), *Il sé a nudo*, Trad. it. Giunti, Firenze, 1995
- ◇ Lowen, A. (1970), *Il piacere*, Trad. it. Astrolabio, Roma, 1984
- ◇ Lowen, A. (1982), *Il narcisismo*, Trad. it. Feltrinelli, Milano, 1985
- ◇ Nathanson, D.L., (1987) *A timetable for shame*: in Nathanson D.L. (a cura) *The many faces of shame*. Guilford Press, New York
- ◇ Schore A. N. (2003), *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*, Trad. it. Astrolabio, Milano, 2008
- ◇ Siegel D. J. (1999), *La mente relazionale*, Trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 2001
- ◇ Trevarthen, C. (1998), *The concept and foundations of infant intersubjectivity*. In Braten, S. (a cura di), *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*. Cambridge University Press, Cambridge, UK, pp. 15-46

(*) Carzedda, G. (2015). Feeling Ridiculous and the Emotion of Shame in Physical Experiences During Analysis. *Bioenergetic Analysis*, (25) 2015, 121-143. ISBN 978-3-8379-2481-7
(Versione in italiano su: <http://iifab.org/corponarrante/numero-1>)



S.I.P. T.

VII CONGRESSO FIAP

AMORE E PSICHE

La dimensione corporea in psicoterapia

6-9 Ottobre 2016 - ISCHIA



Neurofisiologia del Legame di Attaccamento

G. Silvia Chiavacci

Psicologa e Psicoterapeuta ad indirizzo psicosintetico - Centro Clinico SIPT di Firenze

PREMESSA

L'esperienza del legame di attaccamento pone le sue radici nei primi sette mesi di vita, influenzandone il suo sviluppo. Le neuroscienze hanno evidenziato come la mente umana sia il risultato di processi che modulano flussi di energia e di informazioni sia all'interno del cervello, che tra i cervelli delle persone. Attraverso lo scambio di queste informazioni nel legame di attaccamento si definisce la socialità futura di un individuo. Lo sviluppo sociale potrebbe essere considerato come una conseguenza, una neotenia che si completa con le cure parentali e che è fortemente radicato nell'ambiente in cui esso vive e cresce. (Winnicott, 2000)

RETI NEURALI

Le evidenze scientifiche hanno rilevato che il cervello è formato da reti neurali che possono essere attività in un'infinità di pattern o profili neurali diversi che sono rappresentazioni simboliche. Ogni rete neurale è un pattern di eccitazione con un suo effetto specifico. Quando si crea un circuito, la sua possibilità di essere attivato nel futuro aumenta in modo direttamente proporzionale alla ricettività della sua attivazione.» I neuroni che sparano insieme, si aggregano insieme» (Siegel, D., 2001); difatti l'attivazione degli ioni calcio e il conseguente flusso elettrico che si propaga lungo gli assoni, accende i neuroni post- sinaptici. Più essi sono attivati più si rafforzano le connessioni post sinaptiche con variazioni della membrana sinaptica, e, in particolare quando l'esperienza è caratterizzata da ripetitività e coinvolgimento emotivo. Questa reazione a catena dà vita a processi cognitivi e di memoria, legati ai comportamenti da agire in quelle specifiche situazioni verso lo scopo di un adattamento che sia benefico. Impariamo dall'esperienza proprio in virtù del rafforzamento sinaptico, per cui possiamo parlare di uno sviluppo del cervello esperienza- dipendente.

NEUROFISIOLOGIA DEL LEGAME DI ATTACCAMENTO

Un pattern neurale rappresenta, perciò, un simbolo e, a sua volta, questo insieme di processi neurali formano insieme la visione globale delle cose, nonché delle aspettative che si hanno nelle relazioni affettive.

Le connessioni neuronali e i neuroni che si sviluppano nella prima fase della vita sono plasmate dalle connessioni umane. Il nostro cervello si sviluppa a partire dal tronco encefalico, con le zone limbiche e poi la neocorteccia. Mc Lean, lo chiamò il cervello Trino ad indicare una suddivisione della nostra struttura cerebrale in tre zone distinte, che corrispondono anche alla evoluzione umana. Il cervello è anche diviso in due emisferi: destro e sinistro. Queste due parti corrispondono a modi di percepire la realtà e comunicare con l'altro. Mentre l'emisfero destro è la sede dei Neuroni Specchio (Rizzolatti, G.,) e del cosiddetto circuito della risonanza, che permette di comprendere l'altro mantenendo distinto il me dal te, l'emisfero sinistro, invece, è meno coinvolto dalle vicende sottocorticali ed è sede dei pensieri logici e razionali: ama la comunicazione lineare, logica e letterale. All'inizio della nostra vita psichica la parte destra è maggiormente sviluppata del cervello sinistro in quanto la modalità con cui comunichiamo con i care givers è soprattutto non verbale.(Siegel, D., 2001)

Questo implica che esperienze di deprivazione emotiva non favoriscano l'utilizzazione della parte destra, così, secondo il concetto che i neuroni che si attivano insieme sparano insieme, questa parte avrà meno possibilità di essere attivata in futuro comportando un maggiore sviluppo della parte sinistra logica lineare. (Trevarthen, 1996). Dal punto di vista cognitivo nella relazione diadica si creano due mappe cognitive: una MAPPA – ME ed una MAPPA- TE. La MAPPA-ME corrisponde alla rappresentazione di se stessi nella relazione affettiva ed emotivamente e simbolicamente corrisponde a quanto ci si sente degni di amore.

La una MAPPA-TE, invece, che ci dà una rappresentazione dell'altro e di quali sono i segnali per cui sento l'altro come disponibile. Senza una mappa – me non si è in grado di gestirsi emozionalmente e senza una mappa – te non si è in grado di farci una rappresentazione del sentire dell'altro e quindi non c'è sintonizzazione empatica.



Bibliografia: Rizzolatti, G., (2004), The Mirror -Neuron Sistem, Siegel, D., (2001) La mente relazionale; Trevarthen, (1996), « Lateral Asymmetries in infancy: implications for the development of the hemisphere» in Neuroscience and Behavioural Review, Rivista di Psicoterapia, N°23, marzo 2011; Winnicott, 2000, « Sviluppo affettivo e ambiente»

EMDR con pazienti oncologici in follow up

- Storia di un caso clinico -

UOSC di Ematologia Oncologia, Istituto Nazionale Tumori, Fondazione G. Pascale, IRCCS, Napoli

G. De Benedetta, S. D'Ovidio,
G. Dragano, A. Pinto

L'EMDR (dall'inglese *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari) è un approccio complesso ma ben strutturato che può essere integrato nei programmi terapeutici aumentandone l'efficacia. Considera tutti gli aspetti di una esperienza stressante o traumatica, sia quelli cognitivi ed emotivi che quelli comportamentali e neurofisiologici.

La focalizzazione dell'EMDR è sul ricordo dell'esperienza che ha contribuito a sviluppare la patologia o il disagio. È il ricordo traumatico che viene trattato terapeuticamente.

È un approccio psicoterapico interattivo e standardizzato, scientificamente comprovato da più di 20 studi randomizzati controllati condotti su pazienti traumatizzati e documentato in centinaia di pubblicazioni che ne riportano l'efficacia nel trattamento di numerose psicopatologie inclusi la depressione, l'ansia, le fobie, il lutto acuto, i sintomi somatici e le dipendenze.

La terapia EMDR ha come base teorica il modello AIP (Adaptive Information Processing) che affronta i ricordi non elaborati che possono dare origine a molte disfunzioni. Numerosi studi neurofisiologici hanno documentato i rapidi effetti post-trattamento EMDR.

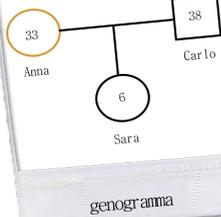
Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) è una condizione psicopatologica classificata nel DSM IV all'interno dei disturbi d'ansia ed è caratterizzata da una sintomatologia di tipo ansioso-depressivo che compare in seguito ad un episodio traumatico. (Ranzato 2005)

Una diagnosi di neoplasia si può configurare come trauma maggiore in quanto mette a repentaglio sia l'incolumità fisica della persona sia la sua stessa vita. Il momento in cui viene comunicata, la diagnosi segna la linea di demarcazione tra il prima e il dopo, il confine tra salute e benessere contrapposte a malattia e malessere.

I sintomi del PTSD possono manifestarsi subito dopo la diagnosi, dopo un evento avverso durante il percorso di cura, ma anche al termine dello stesso. Molto spesso al termine delle terapie i pazienti oncologici sviluppano un malessere come reazione all'esperienza di malattia.

In molti di questi casi i pazienti riferiscono di sentirsi ancora malati, addirittura di sentirsi peggio rispetto a quando avevano il tumore. È evidente la mancata elaborazione del trauma che si manifesta a volte con un malessere esistenziale e a volte con chiari sintomi psicopatologici.

Il caso di Anna



Diagnosi: Linfoma di Hodgkin
Trattata con ABVDD-DI per 6 cicli
Aprile/settembre 2014
storia di malattia

Richiesta d' aiuto a maggio 2015 tramite il medico ematologo incontrato durante il follow up
invio

gelosia immotivata ed ossessiva nei confronti del marito
scarsa attenzione ai bisogni della figlia
sbalzi d' umore e tristezza
attività quotidiana inficiata
sintomi

eventi traumatici rivissuti con ricordi e sogni
agire e sentire come se gli eventi si stessero ripresentando
disagio all' esposizione di fattori scatenanti
consapevolezza del disagio
sintomi

Anna ha intrapreso una psicoterapia sistemica relazionale a maggio 2015, conclusasi nel settembre 2015. Durante il percorso terapeutico l'utilizzo dell'EMDR ha favorito e facilitato in maniera significativa ed evidente l'elaborazione del trauma legato al percorso di diagnosi e cura della patologia oncologica.

I ricordi traumatici più significativi che emergono dal lavoro con la paziente e sui quali si è utilizzato l'EMDR sono legati sia alla malattia ed al pericolo di morte imminente sia agli effetti collaterali della terapia ed ai disagi da questi provocati nella vita quotidiana.

- 1) Momento in cui perde i capelli, poco dopo il 2° ciclo. Anna si sente brutta, non si sente più donna.
- 2) In DH, reazione avversa alle 7° somministrazione della terapia. Anna pensa di non farcela, pensa di morire.

3) Verso il termine della terapia, è senza forze, la mamma deve aiutarla durante la doccia. Anna non si sente più autonoma.

4) Verso il termine della terapia, le unghie le danno molto dolore e fastidio, non riesce ad abbottonare la camicia. Anna si sente dipendente in tutto dagli altri.

Anna comincia la psicoterapia a maggio, otto mesi dopo il termine del percorso chemioterapico. I capelli sono ricresciuti e le unghie non le danno più dolore. Può fare la doccia da sola e non deve più sottoporsi a terapie. Nonostante ciò lei vive il quotidiano come se tutti questi ricordi legati al periodo della terapia fossero reali e presenti. Questo suo malessere incide molto sul suo rapporto con il marito e la figlia.

Anna è molto consapevole del suo disagio. È lei che decide di chiedere aiuto quando si rende conto che nonostante il passare del tempo il suo malessere emotivo non diminuisce ed anzi diventa sempre più invasivo nel quotidiano della sua vita familiare.

- 1) La figlia ed il marito le sorridono e le dicono che è bella.
- 2) Sa di avercela fatta. Pensa che ha superato quel momento ed ora è viva.
- 3) Fa la doccia da sola e non ha più bisogno di aiuto.
- 4) Abbottona la camicia mentre si specchia e si sente donna, bella.

Dopo il lavoro con l'EMDR Anna ricorda ancora gli eventi traumatici ma sente che fanno parte del passato ed il loro contenuto è totalmente integrato in una prospettiva più adulta. Infatti, durante l'elaborazione con EMDR i pazienti si muovono gradualmente in ambiti cognitivi ed emotivi fino a raggiungere una visione più matura e funzionale. Per la prima volta Anna vede i ricordi lontani e distanti, ha modificato le valutazioni cognitive su di sé, ha incorporato le emozioni adeguate alla situazione ed eliminato le sensazioni fisiche disturbanti.

BIBLIOGRAFIA

Alloccati M.V., Onnis L. 1996, Un modello di approccio sistemico alla malattia somatica cronica grave: implicazioni per l'individuo, per la famiglia, per i terapeuti. Psicobiettivo, vol.16-2.
Emdr.it (consultato nel 2015). Disponibile all'indirizzo <http://www.emdr.it>

Ranzato, L. (2005). Prefazione. Storia, teoria e psicoterapia del Disturbo Post-traumatico di Stress. *Cognitivismo Clinico*, 2(2), 115-117.
Shapiro E. 2000, Trad. It. (a cura di I. Fernandez) EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari. Mc Graw Hill, Italia, Milano.
Shapiro E., Kaslow E.W., Maxfield L. (2011), Manuale di EMDR e terapia familiare, FS Edizioni Milano.

Solomon, E.P. & Heide, K.M. (2005, January). The biology of trauma: Implications for treatment. *Journal Interpersonal Violence*, 20(1), 51-60.
Solomon R., Shapiro E. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. *Journal of EMDR Practice and Research*, vol. 2, n. 4, pp. 315-322.
Yule, W. (2000). Il disturbo post-traumatico da stress: aspetti clinici e terapia. Milano: McGraw-Hill.

MAMMA UOVO

LA MALATTIA SPIEGATA A MIO FIGLIO

Uno strumento per raccontare e spiegare ai bambini la malattia oncologica dei genitori e gli effetti collaterali della chemioterapia

UOSC di Ematologia Oncologia, Istituto Nazionale Tumori, Fondazione G. Pascale, IRCCS, Napoli
S. D'Ovidio, G. De Benedetta, G. Dragano, A. Pinto

Gabriella De Benedetta Silvia D'Ovidio Antonello Pinto

Molti pazienti oncologici tendono a non informare i loro figli minorenni circa la malattia da cui sono affetti, o lo fanno con molta difficoltà. Tale atteggiamento protettivo può alimentare un crescente disagio psicologico nei figli e modificare in senso negativo le capacità gestionali dell'intera famiglia rispetto alla malattia. Inoltre, le preoccupazioni legate alla genitorialità possono incidere negativamente sulla qualità di vita dei pazienti/genitori, influenzandone anche le scelte terapeutiche.

Per affrontare tali problematiche abbiamo ideato uno strumento specifico allo scopo di sostenere i genitori durante la comunicazione della diagnosi oncologica ai figli minorenni. Lo strumento, concepito sotto forma di favola, racconta dal punto di vista di un bambino la malattia del genitore e la conseguente chemioterapia, utilizzando un linguaggio semplice e trasversale adatto a più fasce d'età ed arricchito dalle illustrazioni di Sergio Staino che accompagnano l'intero racconto.

L'utilizzo di questo strumento, suggerendo parole ed immagini, consente al paziente di mantenere il proprio ruolo genitoriale occupandosi in prima persona della comunicazione, ma al contempo di sentirsi sostenuto; inoltre la comunicazione può avvenire a casa, quindi in un contesto familiare e protetto per il bambino. Migliorare la comunicazione riguardo la malattia all'interno della famiglia permette al genitore ammalato di sentire i figli come una risorsa da poter utilizzare e non più come un problema da risolvere.

Mamma Uovo la malattia spiegata a mio figlio



illustrato da Sergio Staino



Eppure ieri sera con aria molto seria mamma e papà mi avevano detto che ci sarebbero stati dei piccoli cambiamenti nella nostra famiglia, perchè la mamma non stava molto bene e sarebbe dovuta andare in ospedale. Quali cambiamenti? [...]



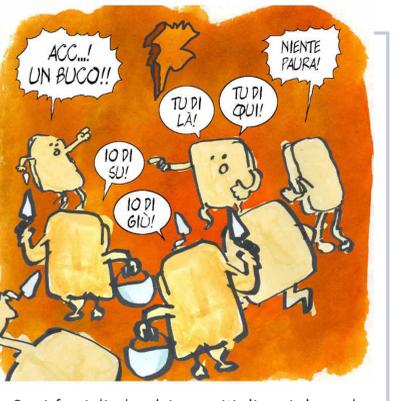
“Ehi, piccolo, come si chiama la malattia di tua mamma?”
“Si chiama ‘malattia della mamma’.”
“Certo contavo i giorni e quando, finalmente, lei tornava a casa era una gran festa. La prima volta che è andata in ospedale è stato per fare degli esami e al ritorno insieme al babbo mi ha raccontato cosa ha dovuto fare per poter capire che malattia avesse.”
“Come si chiama questa malattia?” chiedo. Luca mi dice che ha un nome strano, difficile da ricordare.
Meglio pensarci solo come la malattia della mamma.



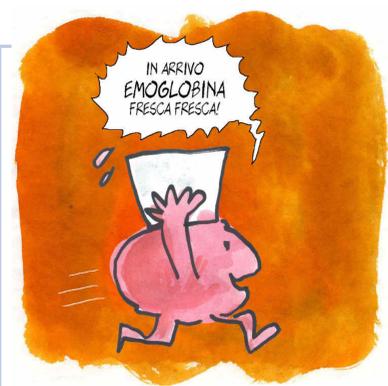
Luca continua a raccontare: “Mamma e papà mi hanno insegnato tante cose nuove! Mi hanno parlato del sangue, che per noi è solo un liquido rosso che scorre per tutto il corpo attraverso dei tubicini chiamati vene. Ecco, io non lo avrei mai immaginato ma anche il sangue, come tutto il nostro corpo, è formato da tantissime, tantissime cellule...” Io lo interrompo subito: “Guarda Luca, io il sangue l'ho visto tante volte, ma di queste cellule non me ne sono mai accorto!”



“Ciao! Io sono un globulo rosso.”
“Io sono un globulo bianco.”
“ED IO UNA PIASTRINA.”
“Certo. Perché le cellule sono delle cose molto piccole, che si possono vedere solo con il microscopio. Anzi, ti dirò di più, di queste cellule ce ne sono addirittura di tre tipi, diciamo di tre famiglie: quella dei globuli rossi, quella dei globuli bianchi e quella delle piccole piastrine.”
“Tre famiglie!” dico tra me e penso a quante cose sa Luca che io non so. Ma in fondo Luca ha due anni in più e quindi è giusto così. Adesso voglio conoscerle anche io.



Ogni famiglia ha dei compiti diversi da svolgere. Per esempio, quando ci si fa male e ci esce del sangue dopo un pochino smette di uscire. “Sai perchè smette?” mi chiede Luca. “No”, rispondo. “Perché le piastrine, come piccoli muratori, corrono vicino al taglio e riparano le buccure delle vene.”



IN ARRIVO EMOGLOBINA FRESCA FRESCA!
I globuli rossi sono delle cellule molto strane. Sono piene di una sostanza che si chiama emoglobina e serve a fare arrivare l'ossigeno ai nostri organi. Sono come dei postini, solo che non trasportano lettere ma ossigeno. L'ossigeno è molto importante perchè dà energia al corpo.
Quando i globuli rossi sono pochi possono portare poco ossigeno agli organi e questo fa sì che tutto il corpo si senta stanco, con poca energia.



VIA BRUTTI MICROBI!
VIVA LA SALUTE, ABBASSO I MICROBI!
I globuli bianchi sono i soldati che ci difendono dalle infezioni mangiando i microbi che invadono il nostro corpo; ne esistono di vari tipi, i soldati semplici, i capitani, i generali e così via. Insieme formano un esercito fortissimo!



HAR!! HAR!! HAR!!
Tutte le cellule del nostro corpo, e quindi anche del nostro sangue, vivono in armonia, sono amiche e giocano fra di loro.
Ma può capitare che, un bel giorno, nel sangue nasca una cellula cattiva che disturba tutte le altre e poi fa tanti figli, e anche loro danno fastidio alle cellule buone. È questo che fa stare male la mamma e i medici devono distruggere queste cellule maligne per riportare l'armonia nel suo corpo!”



CIAO NOI SIAMO I CHEMIO.
Ho capito che la malattia della mamma vive nel suo sangue. Allora chiedo “Ma come faranno i medici a entrare nel sangue della mamma per uccidere queste cellule maligne?”
Luca risponde che i dottori in ospedale hanno degli aiutanti molto piccoli che vivono in un liquido bianco, giallo o rosso, sono piccoli come le cellule e neanche loro si riescono a vedere senza microscopio.
Questi omini si chiamano Chemio e mangiano le cellule maligne per aiutare le persone a guarire.



VEDI LUCA DA QUESTO TIPOCINO ENTRANO I PICCOLI CHEMIO...
Il dottore, quando ha bisogno del loro aiuto, ne aspira tanti con una siringa insieme al liquido in cui vivono e poi attraverso un tubicino li fa entrare direttamente nelle vene di chi è malato. Anche a mia mamma metteranno un tubicino così e Luca mi spiega che poi dovrò stare attento quando sto in braccio a lei perchè se lo tiro potrei farle male.
Quasi mi gira la testa con tutte queste informazioni, ma Luca ormai non lo ferma più nessuno e continua a raccontare. [...]



DOVE TI NASCONDI? TI ABBIAMO VISTA BRUTTA CELLULA MALIGNA!
La mamma mi ha spiegato allora che le cellule cattive per non farsi prendere dai piccoli Chemio, si nascondono vicino alle cellule buone, così vicine che i piccoli Chemio si confondono e possono mangiare le cellule buone insieme a quelle cattive. Quindi, se la tua mamma starà male dopo aver fatto le cure in ospedale, non devi preoccuparti, è colpa dei piccoli Chemio che la stanno curando.



NOI PICCOLI CHEMIO MANGIAMO LE CELLULE MALIGNI...
MA SPESSE CI SPAGLIAMO. PERDONACI.
Molte delle cose che succedevano alla mamma dipendevano proprio da questo.
Per esempio, quando i Chemio mangiano le cellule buone che stanno nella pancia viene il vomito, che è veramente molto fastidioso. Quando i Chemio mangiano le cellule dei capelli questi cadono. La mamma me lo aveva già spiegato, ma io non riuscivo a immaginarla senza capelli, anche se li aveva già tagliati molto corti.



POI RICRESCERANNO, SAIP?
SEI TANTO PELLA ANCHE COSÌ, MAMMA.
La prima volta che l'ho vista senza capelli mi sono sentito strano. Guardandola bene la mamma aveva sempre la stessa faccia, ma un po' più buffa. La sua testa sembrava proprio un uovo.
Quando metteva la parrucca stava bene ma a me piaceva anche senza. Io non l'ho mai detto, tu dillo alla tua quando perderà i capelli, ho scoperto che alle mamme piacciono i complimenti. [...]



FORZA PICCOLI CHEMIO!!
Adesso ho capito veramente tutto e quando vedo la mamma che soffre mi avvicino a lei e dico forte: “Forza piccoli Chemio, mettetece la tutta!”

BIBLIOGRAFIA

- De Benedetta G., D'Ovidio S., Pinto A., (2015) “Mamma Uovo. La malattia raccontata a mio figlio.”, Napoli: Marotta&Caffero.
- De Benedetta G., Ruggiero G., Pinto A., (2008) “Genitori e figli: il parenting nei pazienti oncologici. Un aspetto ancora poco considerato nella gestione delle malattie neoplastiche.”, *Recenti Progressi in Medicina*, 99:19-26.
- Kroll L., Barnes J., Jones AL, Stein A., (1998) “Cancer in parents: telling children. Sensitive communication can reduce psychological problems.”, *BMJ*; 316:880.
- National Health Interview Survey 1992. National Cancer Institute, Division of Cancer Control and Population Sciences, Office of Cancer Survivorship, Bethesda: 1993.
- Osborn T., (2007) “The psychological impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review.”, *Psychotherapy*, Feb;16(2): 101-26.
- Simple C.J., McCandee T., (2010) “Parent's Experience of Cancer Who Have Young Children. A Literature Review.”, *Cancer Nursing*, vol. 33, n°2.
- Yellen SB, Cella DF, (1995) “Someone to live for: social well-being, parenthood status, and decision-making in oncology”, *J. Clin Oncol*, May; 13(5): 1225-64.

VII Congresso - AMORE E PSICHE - La dimensione corporea in Psicoterapia

Internet Addiction, trasgressioni e relazioni online: una ricerca clinica sul mondo di **Second Life**

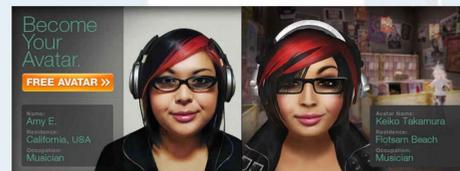
Dott.ssa Cristiana Natale
cristiana.natale@gmail.com

Dott.ssa Mariateresa Papaccio
mt.papaccio@gmail.com

In ambito clinico i termini abuso, dipendenza o addiction - tradizionalmente associati alla presenza di sostanze chimiche - fanno oggi sempre più riferimento alle "nuove dipendenze senza sostanza" in relazione a strumenti o comportamenti. Con il termine Internet Addiction Ivan Goldberg, nel 1995, identifica una nuova forma di tossicomania. Dagli studi pionieristici su utenti "casuali" e "patologici" emerge che le caratteristiche salienti delle dipendenze patologiche - tolleranza, astinenza e craving - sono presenti nell'Internet Addiction (Goldberg, 1998; Young, 2000). In particolare, i servizi maggiormente interattivi sembrano provocare più facilmente fenomeni dipendenziali: i mondi virtuali esporrebbero a fenomeni di depersonalizzazione per effetto dell'identificazione del giocatore con il proprio avatar. Nella letteratura specialistica, per Internet Related Pathology si intende una costellazione di disturbi che si differenziano tra loro a seconda dell'oggetto della dipendenza: Cybersexual addiction, Cyber relationship addiction, Muds addiction, Compulsive online Gambling, Compulsive online shopping and Information overload addiction (Cantelmi, 1998).



"Il mondo reale ti chiede di essere più bello, più forte, più ricco. Puoi accettare tutto questo e arrenderti al mondo reale, oppure puoi ascoltarmi e provare a immaginare... immagina un mondo diverso da quello in cui vivi, un mondo libero dove puoi fare quello che vuoi, in cui puoi essere un altro, o altri cento. Un'altra faccia, un altro corpo, puoi avere quello che vuoi. Un mondo in cui puoi realizzare tutti i tuoi sogni. Questo mondo esiste, è a portata di mano e cresce, cresce, cresce. Io lo conosco, ci vivo, vuoi venire con me?... Qua ogni giorno nascono seconde vite e tutti partecipano alla costruzione di un mondo migliore, dove poter vivere in eterno, perché in questo mondo non si muore mai. In questo mondo potrai essere come vuoi tu. Non sarai troppo grassa, non avrai un capoufficio che ti opprime, non sarai mai solo. Qui incontrerai tanti amici... e come nel vostro mondo potrete parlare, toccarci e fare l'amore... Ma se la tua fantasia ha ancora sete, se la tua voglia di essere altro o altrove cresce ancora, io ti porterò in altri mondi come questo. Allora capirai perché noi avatar siamo così tanti ogni giorno di più, e soprattutto capirai perché avete così tanto bisogno di noi".
Messaggio di benvenuto ai nuovi utenti SL



"Un vero e proprio universo virtuale plasmato a proprio uso e consumo da chi vi abita. Un ambiente, tra l'altro, che evolve secondo l'utilizzo che ne fa chi ci vive. L'obiettivo è quello di fornire una piattaforma su cui ognuno possa costruirsi una seconda vita, a dispetto di ciò che si è nella vita reale".

Philip Rosendale, fondatore di SL

IPOTESI DELLA RICERCA CLINICA

UN USO MASSICCIO DI SECOND LIFE POTREBBE FAR EMERGERE ASPETTI DIPENDENZIALI ANCHE DI TIPO PATOLOGICO. IN PARTICOLARE, SI È IPOTIZZATO CHE GLI UTENTI DAI 20 AI 40 ANNI, CHE UTILIZZANO SL PER UN MONTE ORE SUPERIORE ALLE 40H SETTIMANALI, POSSANO AVER SVILUPPATO UN INTERNET ADDICTION, INDIPENDENTEMENTE DALLA PRESENZA DI ASPETTI PSICOPATOLOGICI DI ALTRA NATURA

IL CAMPIONE: GLI STUDENTI DI SECONDO LIFE

10 Uomini e 5 donne (Età media = 27,8 anni; deviazione standard = 6,5268)

5 studenti universitari, 6 lavoratori (1 operaio, 2 impiegati, 1 caporedattore, 1 igienista dentale e 1 tecnico hardware), 3 disoccupati

11 partecipanti su 15 utilizzano SL da più di 6 mesi, 2 da 6 a 3 mesi, 1 da un mese e 1 da soli 2 giorni



IL CAMPIONAMENTO



- STEP 1** il ricercatore ha creato per sé un profilo e un avatar in SL e si è registrato sul forum italiano SL
- STEP 2** il ricercatore, nel forum, ha fornito le indicazioni sulla ricerca agli utenti interessati e rispondenti ai criteri di reclutamento del campione, i quali hanno compilato la versione digitalizzata del questionario UADI
- STEP 3** L'avatar del ricercatore ha reclutato ulteriori soggetti intervistandoli attraverso la chat della piattaforma di SL
- STEP 4** il ricercatore si è servito del campionamento a rete (snowballing) che prevede il reclutamento di nuovi soggetti da parte degli iscritti allo studio

GLI STRUMENTI: UADI

Uso Abuso Dipendenza da Internet (Cantelmi et al. 2011)

Indaga il rapporto tra Internet e fenomeni psicologici correlati (atteggiamenti, motivazioni, emozioni, comportamenti, sintomi)

75 items

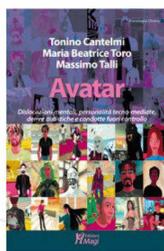
Dimensioni:

Evasione compensatoria (EVA): compensazione rispetto alle difficoltà della vita reale quotidiana;

Impatto sulla vita reale (IMP): conseguenze sulla vita reale dell'uso di Internet;

Sperimentazione (SPE): uso di Internet come spazio privato, laboratorio sociale di sperimentazione del sé, terreno per il gioco e la regressione, strumento per la ricerca di emozioni;

Dipendenza (DIP): comportamenti e sintomi della dipendenza, astinenza, compulsività e ipercoinvolgimento.



UADI: I RISULTATI

Come si evince dalla tabella, il costrutto Evasione correla positivamente con le dimensioni Dissociazione, Dipendenza e Sperimentazione. In seguito, cioè, ad un prolungato collegamento a internet si svilupperebbero sentimenti di evasione e di appagamento per effetto della compensazione virtuale delle difficoltà quotidiane. Tali vissuti favorirebbero la comparsa di sintomi tipici della dipendenza e della dissociazione. Per questi utenti, internet rappresenta anche uno spazio in cui sperimentare nuovi sé.



	EVA	DISS	IMP	SPE	DIP
EVASIONE	1,000	0,644	0,432	0,782	0,760
DISSOCIAZIONE	0,644	1,000	0,472	0,631	0,592
IMPATTO	0,432	0,472	1,000	0,316	0,355
SPERIMENTAZIONE	0,782	0,631	0,316	1,000	0,533
DIPENDENZA	0,760	0,592	0,355	0,533	1,000

Il costrutto della Dissociazione correla positivamente con le aree della Sperimentazione e della Dipendenza. La Dissociazione comporta sentimenti di depersonalizzazione, caratterizzati da alienazione e compulsività soprattutto nella ricerca di emozioni; tali stati sono riconducibili ai costrutti della Dipendenza e della Sperimentazione.

Il costrutto della Sperimentazione correla positivamente con la dimensione Dipendenza. La gratificazione che si prova nello sperimentare nuove identità, in spazi in cui è garantito l'anonimato, indurrebbe dunque l'individuo a provare gli stati d'animo tipici della Dipendenza, quali ad esempio sentimenti di compulsività e ipercoinvolgimento.

METODOLOGIA DI ANALISI DELLE INTERVISTE: GROUNDED THEORY

Il materiale emerso dalla somministrazione delle interviste è stato analizzato attraverso la procedura della Grounded Theory. Essa richiede un continuo scambio tra induzione, aduzione e deduzione.

Il concetto di ricerca è inteso come processo circolare che prevede una stretta e continua interazione tra raccolta dei dati, formulazione delle ipotesi e la verifica dei dati. L'intero processo di ricerca, viene costantemente messo in discussione attraverso un monitoraggio dell'adeguatezza dei metodi utilizzati: il legame tra raccolta, interpretazione dei dati e selezione del materiale empirico permette al ricercatore di determinare delle categorie e delle teorie rispetto ai dati. In questo approccio i dati vengono codificati frammentandoli, concettualizzandoli e rimettendoli insieme in una forma nuova.

Individuate le categorie in cui sono raggruppati i concetti appartenenti ad aspetti simili del fenomeno indagato, il passo successivo consiste nella riorganizzazione dei dati per rilevare tutte le possibili relazioni tra le categorie d'interesse precedentemente determinate al fine di selezionare una categoria centrale (Core category) che le comprenda tutte.

GROUNDED THEORY: LA STORYLINE

- SL come possibilità di una seconda vita
- SL come sogno e rifugio o come gabbia e prigione
- SL come mondo senza limiti e responsabilità e dove il sesso e la trasgressione sono possibili grazie all'anonimato
- Anonimato = libertà di espressione di parti di sé altrimenti inespresse
- Libertà di cambiare identità stravolgendo le relazioni con l'altro
- Avatar come rappresentazione idealizzata di sé stessi e impatto sulla personalità
- Relazioni avatar mediate favoriscono maggiore libertà di espressione di sé
- Disinhibition effect grazie allo schermo che protegge l'utente
- Relazioni caratterizzate da superficialità e velocità
- Percezione delle Relazioni come reali solo se trasferite sul piano di realtà
- Paura della disillusione
- Essenzialità del corpo nelle relazioni

LE CODE FAMILY E LA CORE CATEGORY



BIBLIOGRAFIA

Adams L. and Lyell B., 1996, "Self concept and question of life: identity development during late adolescence", Journal of Adolescence, nr. 19, pag. 569-582 American Psychiatric Association, 2002, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Elsevier Masson Editore, Milano
 Archer S.L., 1989, "The status of identity: reflection on the need for intervention", Journal of Adolescence, nr. 4, pag. 345-59
 Bailone C. & Bailone, V. (1996), Psychology of computer use: XXXVII. Computer related stress and amount of computer experience. Psychological Reports, 78, 969-997
 Baroni A., 1998, Il corpo virtuale, Muzio Editore, Montebelluno
 Berardi F., 2000, L'estasi della comunicazione e la elenchi tura dark, lavoro presentato al convegno "Estetiche (per)medialità", Palermo Cantelmi T., Del Miglio C., Tullì M. e D'Andrea A., 1996, La mente in internet, Piccin Nuova Libreria, Padova
 Cantelmi T., Toro M.B., Talli M., 2011, Avatar Diposizioni mentali, personalità tecnica mediata, derive autistiche e condotte fuori controllo, Magi Edizioni, Roma
 Cantelmi T. & D'Andrea A., 1998, Psicopatologia della comunicazione virtuale, fenomeni di internet dipendenza, in AA.VV. La realtà del virtuale, Edizioni Laterza, Roma
 Cantelmi T. e Grillo L. G., 2002, La mente virtuale, San Paolo, Milano
 Cardaci Maurizio, 2001, Cyber-Psicologia. Esplorazioni cognitive di Internet, Carocci Editore, Roma
 Caretti, V. e La Barbera D., 2001, Psicopatologia delle realtà virtuali, Elsevier Masson Editore, Milano
 Carotenuto A., 2000, "Convivere con il mutamento è possibile: addestriamoci a farlo", Telemag, pag. 67-69
 Castella M., 1998, The Rise of The Network Society, Blackwell, Oxford
 Cordella B., Pennella A.R., Grasso M., 2004, Metodologia dell'intervento in psicologia Clinica, Carocci editore, Roma
 Costantini G., 2002, Psicologia sociale e ricerca qualitativa, Carocci editore, Roma
 Costantini G., Second Life: identità virtuale, in http://webnews.html.it/news/legg/4677/second-life-identita-viola
 Dagnino A., 2007, "La mia Seconda Vita", L'Espresso, n. 9, pag. 104-111
 De Kershove D., "Psychotechnologies: Interfaces of Language, media and mind", http://www.siptech.it
 De Rienzo G., 1996, Attualità e futuro della società multimediale, Fondazione Ugo Bordini, Roma
 Dellino M., Manca S., 2006, Metodologie per l'analisi della dimensione sociale in Rete, Guerini scientifica, Milano
 Fitzly R., 1998, L'innovazione tecnologica, Feltrinelli, Milano
 Fulco I., "Second Life diventa open source: un altro passo verso il web 2.0", in http://www.lastampa.it/web/cmstp/mprubricache/tecnologica-grubrica.asp?ID_blog=30&ID_articolo=1542&ID_sezione=8sezione=

Galimberti C. e Riva G., 1997, La comunicazione virtuale, Guerini e associati, Milano
 Gergen K., 1991, The Saturated Self, Basic Books, New York
 Garcia Mario, 2007, Second Life, Meltemi, Roma
 Goldberg I., 1995, "Internet Addiction Disorder", http://aspen.unl.edu/www/counseling/het/addictorder.html Goldberg I., 1996, "Internet Addiction: electronic message posted to ResearchDiscussionList", http://www.cmhc.com/mlists/research/http://www.1.rider.edu/~suler/psychber/supportg.html
 Goldberg I., 1998, "Just Click No", New Yorker Magazine, 13 January 1997 quoted in I
 Goldberg I., Ivan Goldberg Discusses Internet Addiction, "Dr. Ivan's Depression Central", 7 December 1998, http://www.psycm.com/iasg.html
 Higgins E.T., 1987, "Self discrepancy: a theory relating self and affect", Psychological review, nr. 94, pag. 319-340
 Iacone S., Verde L., 2013, "Mente darwiniana e addiction: Evoluzione, neuroscienze e psicopatologia", Franco Angeli Ed.
 King, S. A., 1994, "Analysis of Electronic Support Groups for Recovering Addicts: Interpersonal Computing and Technology: An Electronic Journal for the 21st Century", http://www.hetiskr.fis.science.org/epk/1994/n3/king.txt King A., 1996, "The Psychology of Cyberspace Storm", http://www.fu.edu/~mizrachscyberpsych.html
 Kraut R., 1998, Internet paradox, a social technology that reduces social involvement and psychological well-being?, Human Computer Interaction Institute, Carnegie Mellon University, Pittsburgh
 Kvale, S. 1996 InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing, London: Sage.
 La Barbera D., Cantelmi T., Casati V., 2000, Chair of Psychotherapy, University of Palermo, Congress On Medicine And Health "Medicine Meets Millennium" Hannover Expo
 Lachman, How many selves make a person?
 Levy P., 1997, Il virtuale, Cortina, Milano
 Linden David J., 2011, La bussola del piacere, Codice Edizioni, Torino
 Lingardi V., 2001, Male, female, e-mail: fluidità di genere, cyber identità, relazioni fantastiche, in Psicopatologia delle realtà virtuali, Elsevier Masson Editore, Milano
 Livolsi M., 1987, Identità e progetto, Fattore sociale nella società contemporanea, La Nuova Italia, Venezia
 Longo, O. Homo tecnologico, Meltemi, Roma, 2001
 Mantovani G., 2000, "Il virtuale e reale", Psicologia Contemporanea, 158, pp. 28-35.

Mantovani G., Spagnoli A. (a cura di) 2003, Metodi qualitativi in psicologia, Il Mulino, Bologna, pp. 41-43.
 Ong W.J., 1989, Interfaces of the World. Studies in the evolution of consciousness and culture, Il Mulino Editore, Bologna
 Ong W.J., 1986, Orality e scrittura. La tecnologia della parola, Il Mulino Editore, Bologna
 Orlando P., Illusione grupale nelle comunità virtuali: nuove atene, nuovi legami nella società mediatica in Rivista Psychomedia, area memoria e (tele)comunicazione http://www.psychomedia.it/pmp/telecomunita/orlando.htm Paccagnella L., 2000, La comunicazione al computer, Il Mulino Editore, Bologna
 Parks, M. R. & Floyd, K., 1996, Making friends in cyberspace, Journal of Communication, 46, 80-97
 Parks, M. R. & Roberts, L. D. (1988), "Making MOOCs": The development of personal relationships on-line and a comparison to their off-line counterparts. Journal of Social and Personal Relationships, 15, 517-537.
 Reed E. M. Electropics, communication and community on Internet Relay Chat. University of Melbourne, 1991
 Riversi A., 2001, Chat line. L'ugh ed esperienza della vita in rete, Il Mulino Editore, Bologna
 Rymaszewski M., Wagner J., Wallace M., Winters C., Ondrejka C., Rosedale P., 2006, Second Life: The Official Guide, Sybex, Berkeley, California
 Schramacher F., 2010, La libertà ritrovata, Come (continuare a) pensare nell'era digitale, Codice Edizioni, Torino
 Suler, J. (2004), CyberPsychology and Behavior, 7, 321-335 doi:10.1089/10949350412912925
 Suler, J. (2002) Identity Management in Cyberspace, Journal of Applied Psychosocial Studies, 4, 455-460.
 Suler, J. The Final Showdown Between In-Person and Cyberspace Relationships in May 97; revised in Sept 04
 Turkle S., 1997, La Vita sullo schermo. Nuova identità e relazioni sociali nell'epoca di Internet, Apogeo, Milano
 Turkle S., 1985, Il secondo io, Il computer e l'uomo: convivere, amarsi, capirsi, Frassinetti, Milano
 Wallace P., 2000, La Psicologia di Internet, Raffaello Cortina Editore, Milano
 Werry C.C., 1996, Linguistic and interactional features of Internet relay chat, Publishing Company, Roma
 Winters C. and LaRoche A., 2007, Creating Your World: The Official Guide to Advanced Content Creation for Second Life, Sybex, Berkeley, California
 Yee N. and Bailenson, J., Walk A Man in Digital Shoes: The Impact of Embodied Perspective-Taking on the Reduction of Negative Stereotyping in Immersive
 Young K. S., 2000, Presi nella Rete, Intossicazione e dipendenza, Bologna, Calderini
 Virtual Environments, Stanford University, Palo Alto, California Zimmerman V. L., 1998, Tecniche dell'intervista e del questionario, Il Mulino, Bologna, pp. 68-69.

WHAT'S ON A MAN'S MIND



	EVA	DISS	IMP	SPE	DIP
MEDIA UOMINI	50,2	45,8	51,9	51,4	58,7
MEDIA DONNE	50,4	37,4	47,2	44,6	56,8

CONCLUSIONI

La ricerca clinica mette in luce che, nel campione oggetto di studio, l'uso massiccio di Second Life (> 40 /h settimanali) favorisce l'emergere di aspetti dipendenziali.

In particolare, grazie all'uso degli avatar e per mezzo del "disinhibition effect" (Suler, 2002) vi è la possibilità di sperimentare nuovi modi di essere e di relazionarsi con gli altri, di mettere in scena parti di sé, di agire impulsi sessuali e trasgressivi e comportamenti contrari alle norme sociali ed etiche, senza subire le conseguenze proprie della vita reale.

Il presente studio pilota stimola riflessioni rispetto alla percezione dei soggetti circa la qualità delle relazioni virtuali. Appare infatti che la dimensione virtuale possa rappresentare una fase "embrionale" della relazione con l'altro che si esplicherebbe solo in un secondo momento, con il passaggio al piano di realtà.

Se l'ambiente virtuale infatti permette di mettere in gioco parti di sé (poco conosciute o inibite nella realtà) il corpo appare invece come un elemento imprescindibile per poter accedere alla dimensione relazionale. I rapporti hanno bisogno di un contatto fisico per evolversi e consolidarsi

Da lupo solitario a cucciolo ferito: ri-significare il corpo nell'incontro con l'altro.

Paola Penta, Veronica Murrone e Angelamaria Politi.

PREMESSA

Il corpo è la memoria storica delle esperienze passate presenti e future. È sempre il corpo a parlarci quando il dolore psichico è così forte da superare le capacità della mente di pensarlo e tollerarlo poiché il trauma si rende visibile attraverso i segni del soma che chiedono di essere visti e ascoltati.

L., 11 anni, vede in tv una trasmissione che spiega il comportamento pedofilo ed inizia a chiedersi se ciò che accade da tempo con il nonno rientri in tali condotte. Cercando risposte si rivolge ai genitori raccontando ciò che ha vissuto. Il padre, in preda all'angoscia, chiede aiuto ai Servizi che lo accompagnano nel percorso di segnalazione e denuncia. Contemporaneamente egli si ricorda delle dichiarazioni passate della sorella, la quale gli aveva raccontato, senza però essere creduta, degli abusi subiti da parte del padre.

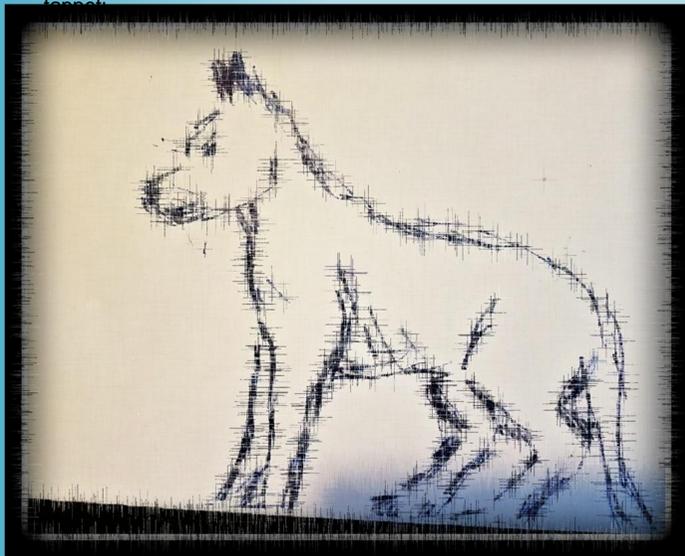
I racconti di L., che si trova a confrontarsi con le trasformazioni corporee e psichiche della preadolescenza, svelano un segreto familiare denegato per generazioni. Il ragazzino inizia così ad interrogarsi sulla propria identità: "io diventerò come il nonno?"

OBIETTIVO

Attraverso l'esposizione del seguente caso clinico ci si propone di evidenziare come gli effetti di un trauma possano ripercuotersi sullo sviluppo fisico e psichico di un preadolescente. Nel lavoro presentato emerge che dando spazio in seduta alle manifestazioni corporee, è possibile integrare ciò che il trauma ha denegato, nascosto e stravolto nel tempo.

CASO CLINICO

Il setting. La terapia si svolge all'interno di una stanza adibita al lavoro con i bambini, nella quale sono presenti materiali specifici per la psicomotricità, tra cui cubi imbottiti e



Fase centrale della terapia: ristabilire e risignificare ruoli e confini

Successivamente le attività che L. propone in seduta alternano temi di sfida e strategia (poker, scacchi) attraverso cui porta gli aspetti grandiosi di sé, a sogni e racconti inerenti scene mostruose e terrificanti, che invece esprimono le sue paure più profonde rispetto a chi potrebbe diventare. Nella relazione terapeutica in questo momento diventa fondamentale accogliere e contenere questi aspetti e l'angoscia correlata, senza lasciarsi travolgere da tali vissuti, per ricontattare la parte bambina che era stata ferita, negata e nascosta. Ciò ha comportato anche l'introduzione, da parte della terapeuta, delle regole e il ripristino dei ruoli sovvertiti dal trauma.

Riflessioni cliniche

Lentamente ha iniziato ad affiorare la frustrazione e la non accettazione delle regole a causa dei vissuti onnipotenti. Le tematiche si sono spostate su questioni sempre più legate alla preadolescenza: si è fatto strada il cambiamento corporeo con i moti istintuali, che suscitavano confusione e paura ma al contempo erotizzazione. Il compromesso sintomatico a cui è giunti viene rappresentato dal controllo del peso corporeo (condotte alimentari restrittive e attività sportiva), soprattutto in concomitanza di situazioni piacevoli all'interno dei primi rapporti amicali col sesso opposto.

Dall'erotizzazione delle relazioni si è cercato di iniziare a sciogliere la confusione delle lingue tipica dei traumi violenti e a distinguere i codici della tenerezza da quelli dell'amore ecc. Nella relazione terapeutica L. ha potuto incontrare un adulto che, non lasciandosi abbagliare dall'esteriorità e dalla prestazione, ha riconosciuto e accolto i vissuti del suo mondo interno, mettendo in parola il segreto.

Presumibilmente aver sperimentato la relazione terapeutica di cura ha permesso a L. di manifestare gli aspetti di sé più teneri e affettivi che si sono potuti esprimere anche attraverso la scelta di accudire un cucciolo di cane

LUPO SOLITARIO

Fase iniziale della terapia: i giochi

Nelle prime sedute L. costruisce la tana sotterranea di un lupo solitario dove manca lo spazio per muoversi o accogliere qualcuno. Successivamente la amplia tanto da poter contenere altri "quattro lupi"; la tana diventa "la casa dei lupi". In questa "famiglia di lupi" ce n'è uno più intelligente degli altri "che si riposa e controlla ciò che accade". La "casa dei lupi" è sentita da L. come inspiegabilmente "imperfetta".

Riflessioni cliniche

E' significativo il fatto che il contesto lavorativo familiare ruoti attorno al mondo animale ed, in particolare, si nota come emergano i temi della prestanza fisica, della forza e dell'impeccabilità, aspetti assunti come valori. L. stesso aderisce pienamente a questi modelli, ricercando in maniera compulsiva sport in cui può esibire le proprie prestazioni (arti marziali, rugby, box). In particolare nel gioco del rugby non riesce ad avere la percezione del dolore e della fatica e quindi a proteggersi, ma privilegia il piacere di un contatto fisico ambiguo. Ciò è indicativo della difficoltà a percepire i confini fisici ma anche del groviglio pulsionale in cui è immerso, che non gli consente di differenziare ciò che sente.

Fase centrale della terapia: il trauma in scena

L'ascolto e la relazione terapeutica permettono un cambio di scena in cui L. inizia a rappresentare attivamente il trauma attraverso un "gioco" col pongo: crea il corpo di una gallina con al suo interno tutti gli organi. Simula operazioni chirurgiche violente nelle quali non si riesce a curare la gallina che, ripetutamente, muore.

Riflessioni cliniche

E' evidente come in questa attività L. stia riproducendo il trauma subito e le proprie ferite ancora aperte. Nella scelta del lupo e della gallina L. mostra le due parti di sé non integrate: da una parte l'intelligenza, l'aggressività, il controllo e la solitudine, la notte (nel lupo); dall'altra la stupidità, la debolezza, la fragilità, il giorno (nella gallina).

Conclusione della terapia: l'inizio delle domande

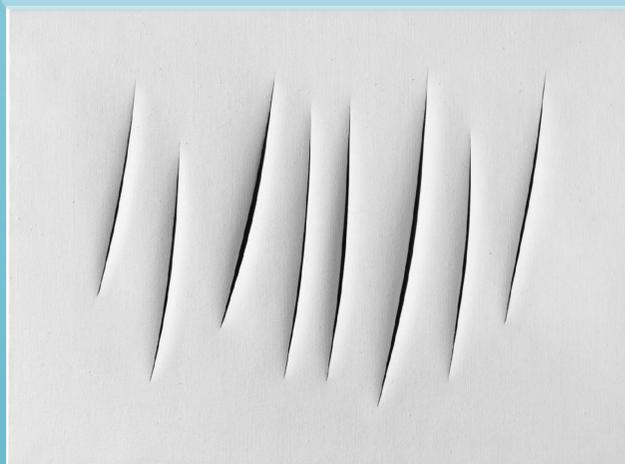
Grazie alla presa in carico di L. è stato possibile coinvolgere nel progetto terapeutico anche i genitori, ambivalenti rispetto al cambiamento, che venivano seguiti parallelamente da una collega. Loro stessi, in una fase di alleanza, hanno portato la richiesta terapeutica -accolta- riguardante il figlio minore, preoccupati per la sintomatologia ansiosa legata alla prestazione scolastica. Nonostante un'iniziale alleanza, prevale però nei genitori il bisogno di tornare ad una "normalità", negando il disagio e la necessità di mettersi in discussione. Da qui la decisione di interrompere il progetto terapeutico riguardante la famiglia.

Riflessioni cliniche

L'interruzione del progetto terapeutico giunge nel momento in cui L. stava iniziando a porre le sue prime domande, quali "cos'è l'omosessualità?", cercando quindi di significare e canalizzare le proprie percezioni fisiche verso una possibile scelta amorosa oggettuale, e "perché non me lo avete detto?", riferendosi alla decisione dei genitori di concludere la terapia (scelta a lui non comunicata e non avallata dall'equipe di lavoro) ma forse anche a tutto ciò che per anni era stato tenuto celato in famiglia.

Il caso clinico è stato seguito dalla dott.ssa Penta P. presso l'Equipe specialistica interprovinciale «I Girasoli», Ulss 16 Padova.

CUCCIOLA FERITA



CONCLUSIONI: DAL CORPO ALLA PAROLA

Nel lavoro terapeutico, interrotto prematuramente, il tema della separazione è comparso in maniera violenta e inaspettata, così come lo era stato il trauma subito.

Le domande finali di L. fanno tuttavia ipotizzare la presenza di un cambiamento in atto ed un'apertura rispetto al futuro.

BIBLIOGRAFIA

CANCRINI L. (2012), *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline*, Raffaello Cortina Editore; CIRILLO S. (2005), *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina Editore; CHARMET G. P. (2000), *I nuovi adolescenti*, Raffaello Cortina Editore. DE ZULUETA F. (2006), *Dal dolore alla violenza*, Raffaello Cortina Editore; DOLTO F. (1984), *L'immagine inconscia del corpo*, Bompiani; FERENCZI S. (1932), *Confusione delle lingue tra adulti e bambini*, in *Fondamenti di psicoanalisi*, 3, Guaraldi, Rimini, 1974; MALACREA M. (1998), *Trauma e riparazione*, Raffaello Cortina Editore; MC DOUGAL J. (1999), *I teatri del corpo. Un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici*, Raffaello Cortina Editore; NOVELLETTO A. (1995), *Adolescenza e trauma*, Borla; NOVELLETTO A. (1995), *Trauma interno e trauma esterno. Un approccio psicoanalitico*, Psychomedia; RACAMIER P-C. (1995), *Incesto incestuale*, Franco Angeli; RUGI G. (2015), *Trasformazioni del dolore. Tra psicoanalisi e arte: Freud, Bion, Grotstein, Munch, Bacon, Franco Angeli*; FERRO A. (2002), *Fattori di malattia, fattori di guarigione. Genesi della sofferenza e cura psicoanalitica*, Raffaello Cortina Editore; VILLA F. (2002), *Le storie del giorno che non muore. Il trauma dell'abuso sessuale*, Borla; VEGGETTI FINZI S., BATTISTIN A. (2000), *L'età incerta: i nuovi adolescenti*, Mondadori.



Metacognizione e valutazione del processo di cambiamento nei pazienti in psicoterapia ad orientamento funzionale

Perrella Raffaella*, Rizzi Luca**

*Dipartimento di Psicologia, Seconda Università degli Studi di Napoli

**Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale (SEF) / Società Italiana di Psicoterapia Funzionale (S.I.F.)

SEF

S.I.F.

Introduzione

Il costrutto della metacognizione – operazionalizzato secondo la Scala di Valutazione della Metacognizione (S.Va.M.) (Carcione *et al.*, 1997) – risulta essere un utile ponte di raccordo fra le diverse concettualizzazioni e teorie delle tecniche che cercano di spiegare l'eziopatogenesi delle psicopatologie, nonché le possibili forme di trattamento psicoterapeutico delle stesse (De Coro, Caviglia, 2000). La metacognizione è da intendersi come la capacità di rappresentarsi le proprie e le altrui condotte e di utilizzare tali rappresentazioni per la risoluzione dei problemi e per la gestione di stati mentali fonte di sofferenza soggettiva (Flavell, 1979). Pertanto, la metacognizione si riferisce ad un'attività della mente a cui comunemente ricorriamo per stabilire relazioni interpersonali soddisfacenti, formulare e fare valide previsioni sul comportamento altrui, controllare i nostri impulsi.

Il nostro contributo, che si inserisce all'interno del filone della ricerca sul processo (Dazzi *et al.*, 2006), vuole analizzare se:

- si rilevi un incremento metacognitivo nel corso delle psicoterapie ad orientamento funzionale, tale da essere indicativo del grado di efficacia della psicoterapia stessa.

In questo senso il costrutto della metacognizione si rivela di fondamentale interesse sia per la clinica che per la ricerca perché può essere considerato un indice del cambiamento psicoterapeutico.

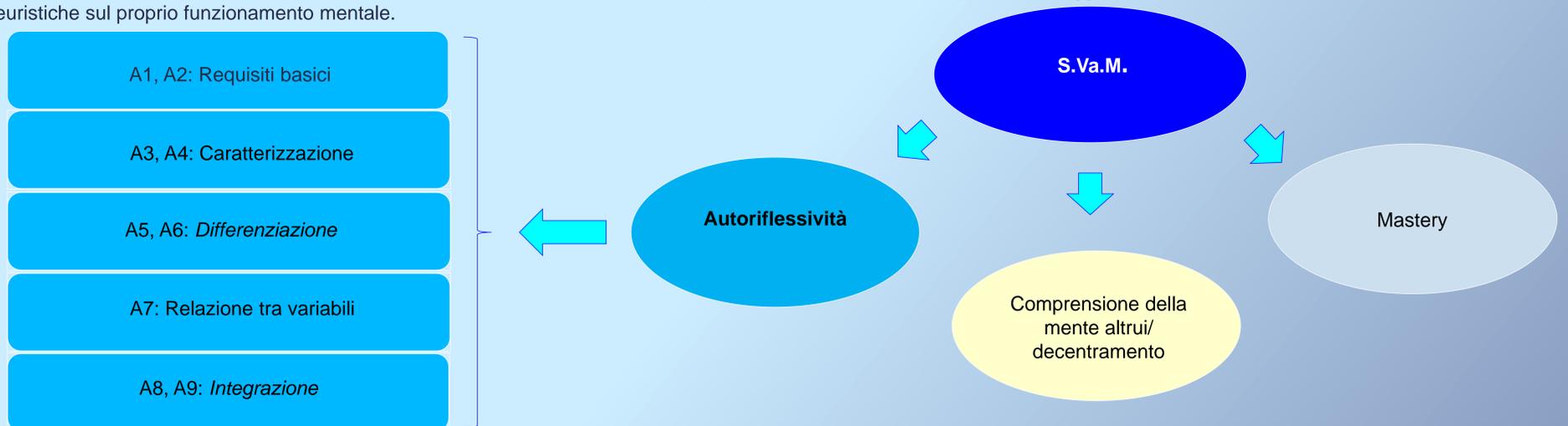
Nello specifico abbiamo ipotizzato l'esistenza di un cambiamento delle sottofunzioni dell'**Autoriflessività** valutati con la S.Va.M. Tali sottofunzioni, in teoria, dovrebbero essere deficitarie in alcune forme psicopatologiche e, comunque, maggiormente deficitarie nei soggetti che intraprendono un percorso clinico (Caviglia, Perrella, 2014; Perrella *et al.*, 2013). In aggiunta ipotizziamo che l'incremento delle sottofunzioni avvenga in concomitanza con l'utilizzo di tecniche specifiche della psicoterapia funzionale.

L'incremento metacognitivo può, quindi, fornire un utile indice di valutazione dei risultati raggiunti attraverso il processo psicoterapeutico.

Metodo

Lo studio ha come partecipanti tre soggetti che hanno aderito ad un protocollo di intervento psicoterapeutico ad orientamento funzionale e che hanno autorizzato l'audioregistrazione e il trattamento dei dati ai fini di ricerca. I casi clinici in esame, valutati con colloquio clinico e MMPI-2 e DSM IV-Tr, presentano tutti o un Disturbo Clinico di classe non psicotica (ASSE I del DSM IV-Tr) o un Disturbo di Personalità (Asse II del DSM IV-Tr). Tutti i soggetti hanno seguito una Psicoterapia Funzionale per un periodo di almeno sei mesi, di cui sono state registrate, trascritte ed esaminate 6 sedute (2 iniziali – T0, 2 centrali – T1, 2 finali – T2). La siglatura del 30% delle sedute è stata effettuata da 2 giudici indipendenti, che hanno seguito un training specifico; i giudici mostrano livelli soddisfacenti di concordanza (K di Cohen 0.80). Lo strumento utilizzato è la S.Va.M., applicata alle trascrizioni delle sedute di terapia. La scala è suddivisa in tre sezioni che valutano le componenti della funzione: l'**Autoriflessività**, la **Comprensione della mente altrui/decentramento** e la **Mastery**. Ciascuna di queste sezioni comprende diverse sottofunzioni (Carcione *et al.*, 2000). La scala è costituita da 40 items a risposta dicotomica sì/no.

In questo studio è stata valutata la prima sottofunzione, l'**Autoriflessività**, nel suo andamento complessivo, definita come la capacità del soggetto di rappresentare eventi mentali e di compiere operazioni cognitive euristiche sul proprio funzionamento mentale.



Risultati

L'analisi dei dati si propone di operare un conteggio delle frequenze e delle analisi descrittive delle attivazioni delle sottofunzioni rilevate. I risultati mostrano un andamento positivo e tendenziale per le sottofunzioni dell'Autoriflessività che, se all'inizio della terapia apparivano maggiormente deficitarie, migliorano decisamente nel corso degli incontri.



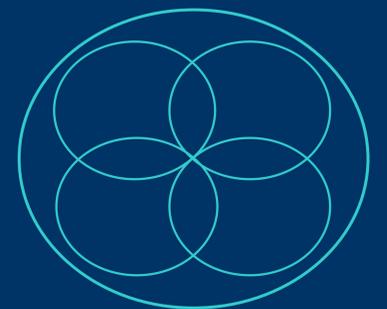
Conclusioni e prospettive future

Lo studio, di natura esplorativa, indica, dall'analisi delle frequenze rilevate, un miglioramento delle funzioni metacognitive legate all'Autoriflessività, progressivo e globale, prevalentemente in concomitanza con le tecniche specifiche corporee, proprie del modello, dato che non disconferma l'ipotesi di partenza. Nello specifico, si osserva che l'Autoriflessività, in seguito a tre rilevazioni effettuate in ogni singola seduta (inizio, metà, fine), per ogni singolo paziente, nel corso del trattamento semestrale, segue un andamento crescente e lineare con un incremento positivo, inoltre, nel corso dello svolgersi della psicoterapia. Tra gli sviluppi futuri sarà necessario prevedere il confronto con modelli diversi, con la finalità di chiarire se e quanto le tecniche specifiche incidano, per singola psicopatologia, sui tempi del cambiamento.

Bibliografia

- Carcione A., Dimaggio G., Falcone M., Nicolò G., Procacci M., Semerari A. (2000), *Scala di valutazione della metacognizione (S.Va.M.). Manuale per la siglatura 2.1.*
- Carcione A., Falcone M., Magnolfi G., Manaresi F. (1997), "La funzione metacognitiva in psicoterapia: scala di valutazione della metacognizione (S.Va.M.)", *Psicoterapia*, 9, 91-107.
- Caviglia G., Perrella R., (2014). Psychotherapeutic Change in Mental Health: Narcissistic Personality Disorder and its Treatment, *International Journal of Clinical Psychiatry and Mental Health*, 2: 104-110.
- Dazzi N., Lingiardi V., Colli A. (2006), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e Strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Coro A., Caviglia G. (2000), *La valutazione dell'Attività Referenziale*, Edizioni Kappa, Roma.
- Flavell J.H. (1979) "Metacognition and cognitive monitoring: A new area of developmental inquiry". *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Fonagy P., Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Milano: Raffaello Cortina.
- Perrella R., Semerari A., Caviglia G., Metacognition, (2013). Borderline Pathology and Psychotherapeutic Change: A Single-Case Study. *Research in Psychotherapy- Psychopathology, Process and Outcome*, SPR Italy, Vol. 16, n° 2, 102-108.

Gestione dell'ansia e della claustrofobia in Oncoematologia Pediatrica: un'esperienza durante un protocollo di Tomoterapia.



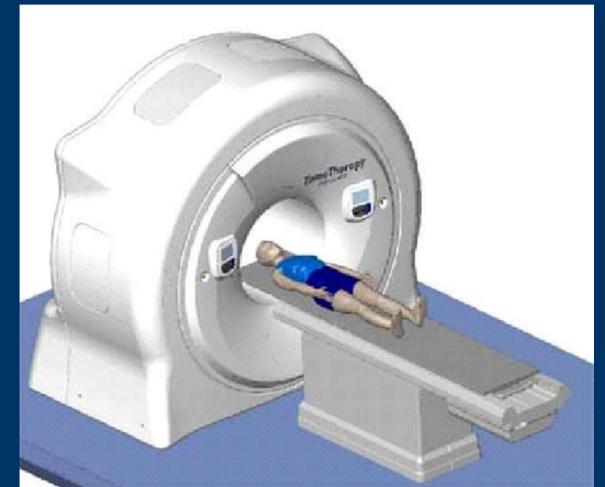
S.I.F.
Società Italiana di
Psicoterapia Funzionale

U.O. di Oncoematologia Pediatrica
Ospedale Civico, Palermo

Autori: Taormina C., Lutri R., D'angelo P.
ARNAS Civico e Di Cristina, Paediatric onco-haematology, Palermo, Italy,

• Introduzione

L'Oncologia Pediatrica possiede oggi una notevole esperienza rispetto alla presa in carico di tutto l'universo emotivo, specifico del giovane che si ammala e della sua famiglia. Talvolta le scarse risorse disponibili, e le alterazioni già presenti all'interno del bagaglio familiare, possono concorrere all'insorgenza di sintomi e alterazioni dello stato di benessere psico-fisiologico, non direttamente riconducibili allo stress legato agli eventi.



• Case Report

Descriviamo qui l'esperienza condotta con un giovane ragazzo di 13 anni, affetto da Leucemia Linfoblastica Acuta, e con la sua famiglia.

La gestione di varie difficoltà terapeutiche, dovute ad una recidiva dopo il primo protocollo di terapia farmacologica, insieme alla difficoltà da parte dei genitori a contenere e comprendere le emozioni, ha portato alla manifestazione di importanti episodi di panico e claustrofobia; i sintomi si sono manifestati principalmente durante le prime sedute di radioterapia cranio-spinale previste dal protocollo di cura, durante le quali il ragazzo doveva rimanere immobile per tutta la durata del trattamento con una maschera di posizionamento.

Già nelle fasi di centratura previste dalla procedura terapeutica il ragazzo ha cominciato a manifestare episodi di panico, dispnea e claustrofobia.

Peculiare a tal proposito è stato l'intervento programmato dal servizio di psicologia del reparto. L'attenzione è stata rivolta al paziente ed alla famiglia:

- **12 sedute di psicoterapia (intervento antistress Funzionale)** a frequenza giornaliera; ogni seduta ha anticipato l'appuntamento in radioterapia. Durante ogni incontro la priorità è stata quella di fronteggiare e diminuire lo stato di agitazione e di paura del ragazzo (tecniche: «respiro diaframmatico profondo; immaginazioni guidate, allentamento del controllo, allentamento tensioni muscolari, recupero di vagotonia, condivisione, comprensione e consapevolezza delle proprie percezioni»). Il ragazzo è stato accompagnato in radioterapia dallo stesso psicologo che ha svolto la seduta, accompagnandolo e guidandolo in ogni momento (in alcuni casi anche durante la seduta radioterapica tramite l'ausilio del microfono).
- **12 incontri di Counseling con i genitori** a frequenza settimanale, a supporto di specifiche competenze genitoriali legate alla possibilità di «guidare» il figlio nelle situazioni e nelle emozioni, garantendo il giusto grado di «protezione», attraverso la strutturazione di un clima familiare ricco di comprensione e «contatto».

Il clima familiare era inizialmente caratterizzato da frequente paura e agitazione. Questo ricorrente stato di allarme ha nel tempo portato ad una confusione percettiva del paziente. Spesso piccoli dolori, disagi fisici, lievi sensazioni, scatenavano una reazione di panico legato a pensieri catastrofici e dubbi legati alla scarsa comprensione delle stesse sensazioni. «Sentire il proprio cuore che batteva dopo un movimento più energico portava, ad esempio, ad una grande paura che il cuore si potesse fermare o danneggiare».



• Conclusioni

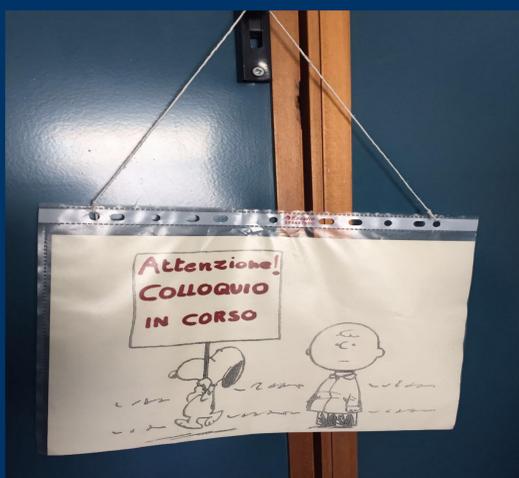
Il carico emotivo di ogni esperienza di malattia cambia al variare di precise condizioni, che vanno dall'andamento della patologia (buona risposta al trattamento, infezioni, problemi vari), alle risorse che ogni famiglia porta con sé (Funzionamento di fondo, strategie di coping).

L'intervento ha giocato un ruolo importante per l'inizio e per la buona prosecuzione del trattamento radioterapico, senza alcun ausilio di psicofarmaci; effetti positivi sono stati ottenuti anche sulla compliance e sulla qualità di vita del paziente.

Attualmente il ragazzo si trova nella fase di mantenimento e non presenta più i sintomi iniziali; la madre, invece, sta continuando il suo percorso terapeutico.

• Bibliografia

- Kwak M, Zebrack B, Meeske K., Embry L, Aguilar C, Block R, Hayes-Lattin B, Li Y, Butler M, Cole S. (in press). Trajectories of psychological distress in adolescent and young adult cancer patients: A one-year longitudinal study. *Journal of Clinical Oncology*.
- Foster RH, Stern M, Russell CC, Shivv V, Bitsko MJ, Dillon R, Klosky J, & Godder K. (2011). Exploring relationships between optimism, perceived health vulnerability, and parental attachment among adolescent and young adult survivors of pediatric cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 1(4), 181-187.
- L. Rispoli, "Esperienze di base e sviluppo del sé. L'Evolutiva nella Psicoterapia Funzionale", 2004, Franco Angeli
- S. Di Nuovo, L. Rispoli, "L'analisi Funzionale dello stress. Dalla clinica alla psicologia applicata", Franco Angeli/Linea Test, Milano 2011.
- Zebrack B. (2011). Psychological, social and behavioral Issues for young adults with cancer. *Cancer*, 117(10 Supplement), 2289-2294.



PROTOCOLLO D'INTERVENTO ANTISTRESS

Studio di due casi con cefalea

*Rizzi, G., **Trabucchi, D., ***Bernardi, O.

*Psicologo, Psicoterapeuta, Didatta SIF

**Psicologa, Psicoterapeuta

***Medico Chirurgo, Audiologo, Psicoterapeuta

Le origini dell'ammalarsi

Nell'epistemologia del Neo-Funzionalismo, l'ammalarsi è considerato l'esito sintomatico dell'**instaurato stress cronico**, come processo di alterazione delle Esperienze di Base. Le alterazioni riportate ai sintomi implicano **segnali di allarme** lo stato di paura, rilevabile nelle funzioni fisiologiche che si presentano con intensità e localizzazioni diverse (infiammazioni, respirazione, tensioni, termoregolazione, sudorazioni ecc.). Lo stato di distress deriva o da microtraumi con vissuto epidemico nella loro ripetitività ed intensificazione (stress cronico), o per esperienza traumatica e violenta con risposta inadeguata dei sistemi psicofisiologici (PTSD), entrambi riducenti la resilienza, inducendo **discontinuità nei fattori protettivi e incapacità ad attingere nell'immediato all'integrazione della persona** (vedi Filtro Funzionale in Rispoli, 2000).

L'intervento Psico-corporeo Neo-Funzionalista

L'intervento Psico-corporeo Neofunzionalista ha una visione **multifattoriale** che si adatta alla **tipicità della persona** per soddisfarne i **Bisogni di base** attraverso il riequilibrio dei Fdf dell'individuo. All'interno dei diversi interventi Neofunzionalisti, quelli **brevi** si svolgono mediante l'applicazione di **protocolli**, finalizzati a riarmonizzare i Funzionamenti maggiormente legati al Benessere generale della persona, **specifici** rispetto alla fase di vita (infanzia, adolescenza, gravidanza,...) o alla sintomatologia (ansia, depressione, **stress**...). Poiché il distress si evidenzia attraverso manifestazioni sintomatiche diverse, ci si prefigge di intervenire sui **sistemi integrati** in modo più preciso: attraverso la scelta della tecnica usata, si può insistere maggiormente sul Fdf ritenuto centrale per la sintomatologia, mantenendo la visione complessiva della persona. Il vantaggio di mettere a punto dei protocolli mirati è duplice:
1- aumentare l'efficacia, riducendo la durata dell'intervento
2- poterne studiare gli effetti in modo oggettivo attraverso variabili misurabili nei diversi sistemi integrati.

Caso 1- cefalea correlata a eventi multipli stressanti

Michele, 52 anni : cefalea dall'età di 7 anni insorta in concomitanza dell'inizio della scuola. Il sintomo risulta peggiorare al presentarsi di eventi di vita stressanti.

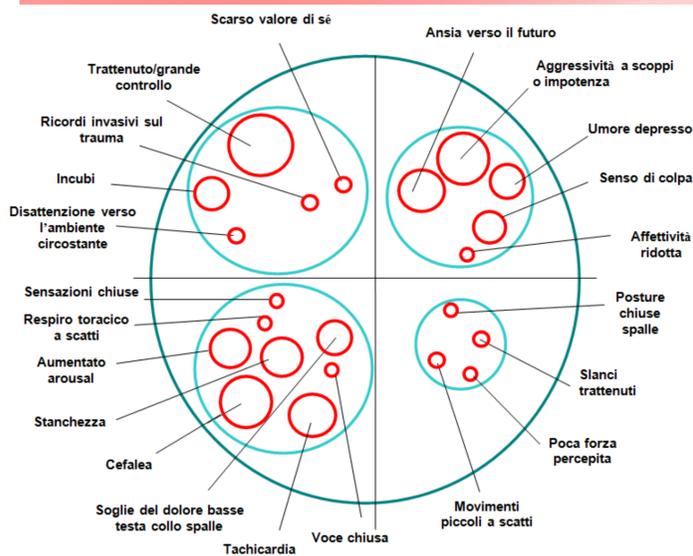


Diagramma Funzionale di Michele con riportate le Funzioni alterate

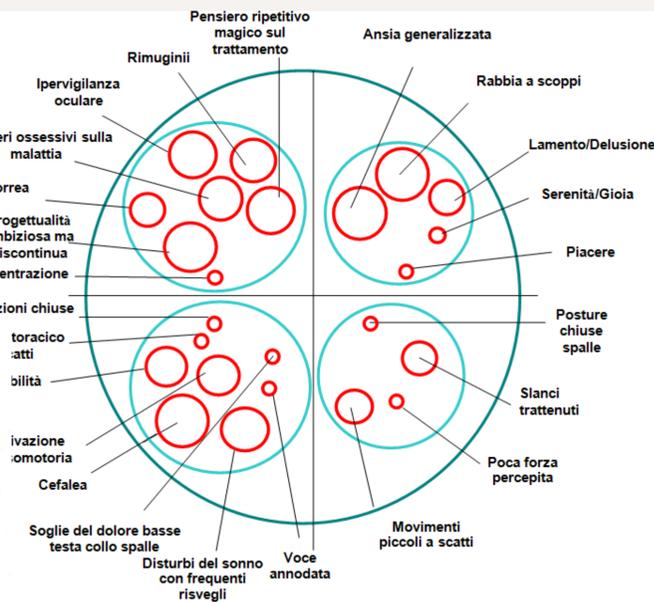


Diagramma Funzionale di Maria con riportate le Funzioni alterate

Maria, 29 anni: la cefalea insorge dopo 2 settimane da un incidente stradale grave.

Caso 2- cefalea correlata a evento traumatico violento



L'intervento integrato breve per pazienti con CEFALEA

Rispetto ai protocolli standard per intervenire sullo stress cronico, con sottogruppi di pazienti con cefalea muscolo tensiva risulta utile lavorare in modo mirato sul Funzionamento di Fondo **dell'Abbandonarsi all'Altro**, che sembra essere centrale nell'insorgenza del sintomo. È attualmente in corso la ricerca sullo studio dell'efficacia del protocollo per pazienti con cefalea.



Associazione

CENTRO DI PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA FUNZIONALE

Istituto S.I.F. di Padova

S.I.F.

Società italiana di Psicoterapia Funzionale

Sede Centrale: Napoli

Istituti: Brescia, Catania, Firenze, Padova, Palermo, Roma, Trieste

Bibliografia

Di Nuovo S., Rispoli L. (2011), L'analisi Funzionale dello Stress, Dalla clinica alla psicologia applicata, Franco Angeli
n.1 (2016) Pnereview. Rivista della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia
n.3 Rivista di Psicologia "Neo Funzionalismo e Scienze Integrate", www.psicologiafunzionale.it/sef/rivista-psicologia-pdf-sif/
Rispoli L. (2004), Esperienze di Base e sviluppo del Sé. Franco Angeli, Milano.
Rispoli L. (2010), Il manifesto del Funzionalismo Moderno. S.E.F. edizioni.
Rispoli L. (2011), Manuale delle tecniche Funzionali, II ed.. Edizioni S.E.F
Rizzi G., Rizzi L., Casetta L. (2011), Il Tocco Massaggio Integrato. UpselDomenighini, Padova.
Rizzi L., Boccasso E., Casetta L. (2012). Intervenire sullo stress - gruppi benessere e Valutazione. Editore Domenighini.

Ringraziamenti

Ai colleghi dell'Associazione che collaborano alla ricerca e alla realizzazione del presente lavoro, a Laura per i disegni.