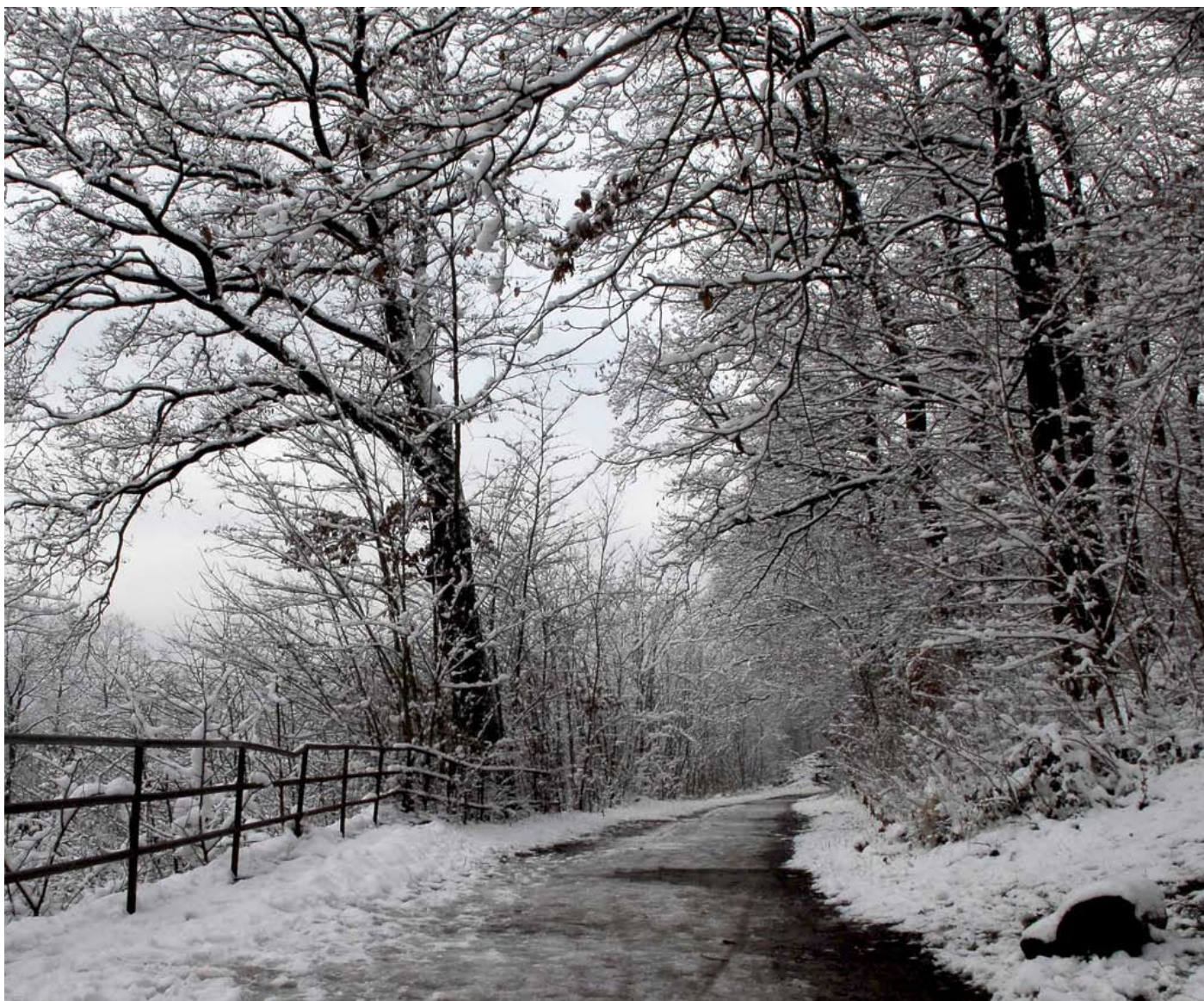


RIVISTA ICSAT

Italian Committee for the Study of Autogenic Therapy and Autogenic Training - Febbraio 2011 - N°3 - www.icsat.it



Buon Anno ai Soci e a tutti i nostri lettori!

Questo numero si è fatto un po' attendere per via delle feste natalizie che spero siano trascorse serene per tutti ed abbiano consentito un minimo di recupero dalle fatiche del lavoro di noi tutti.

Il 2010 è stato un anno non facile per nessuno credo. La crisi si è fatta sentire, la vita politica italiana è stata turbolenta e tuttora confusa, comportamenti pubblici e privati, per usare un eufemismo, non particolarmente encomiabili, tensioni sociali e così via.

Capisco che non sia facile per nessuno di noi conservare equilibrio in una siffatta contingenza, pur tuttavia credo che il compito di ognuno di noi sia e sia sem-

pre stato di conservare, ove possibile, un minimo di armonia sociale di cui fare gli altri partecipi. Per il terapeuta poi il compito si amplifica, più la vita sociale si fa convulsa, confusa più dobbiamo donare ai nostri pazienti equilibrio, accoglienza e positività anche con l'esempio nei comportamenti personali.

Tempo fa mi capitò di avere fra i miei pazienti un medico specialista di fama, nell'osservare alcuni test di psicologia osservò con stupore non scevro di critica qualcosa del tipo "Ma questi sono i vostri strumenti diagnostici?" Lui scienziato e ricercatore, quasi scandalizzato dalla povertà dei mezzi almeno rispetto agli strumenti diagnostici della moderna medicina. Quello che andrebbe chiarito è che la cura della persona, anche per i me-

dici stessi, è più un arte che una scienza, soprattutto quando si tratti di cura della psyche e cioè di cura "dell'anima" più che della parte malata.

Ritengo che nei prossimi anni il ruolo di noi terapeuti, ma anche dei sociologi e prima ancora degli insegnanti risulti sempre più indispensabile non tanto per curare ma soprattutto per indicare una filosofia di vita più rispondente alle vere priorità dell'uomo.

Penso il nostro compito nel prossimo futuro sarà sempre più volto ad indicare percorsi meno ansiogeni, più rispondenti alle esigenze dell'uomo che non di curare le patologie che ne conseguono.

Dott. Vinicio Berti

Dal Tape Counseling alla Cyber Terapia con il Training Autogeno

Prof. Heinrich Wallnöfer, Vienna.

Presidente I.C.S.A.T e Presidente E.C.A.A.T.

Abstract dell'intervento realizzato il 26 settembre 2009 al Convegno Centro Divenire: "La Terapia Autogena" Setting tradizionale e nuove consulenze informatiche organizzato dal "Centro Divenire" Via Susa 12 Torino

Negli anni '70 del secolo scorso abbiamo cominciato con F. Stieglitz ad utilizzare il "Tape Counseling", un metodo per raggiungere quei pazienti che vivevano molto lontano nelle diverse aree geografiche del mondo (America del sud, Africa ecc.).

La tecnica, che usiamo anche oggi, è semplice. Sono necessari due registratori (all'inizio quelli a nastro. Il paziente registra sul nastro cosa lui vuole dire al terapeuta e gli manda il nastro con i suoi problemi.

Il terapeuta mette in moto il nastro del paziente con un registratore e apre un altro, registrando tutta la sessione. Quando il terapeuta vuole notare qualche cosa lui chiude il registratore colla voce del paziente e parla quanto è necessario. Dopo, apre di nuovo il nastro del paziente e così via.

Paragonabile a questo lavoro è il caso del Prof. J. Sasaki, che ha insegnato il T.A. con gran successo ad una paziente neurotica grave che non poteva uscire del suo alloggio.

Confortati dai nostri successi con il tape-counseling abbiamo cominciato ad usare internet molto presto. La possibilità che molto presto è stato anche possibile usare una webcamera, le cose sono state ancora più facili, specialmente per trasmettere i esercizi del TA basale ed anche con

la mia tecnica del "plasmare prima e dopo del T.A.", e poi ancora con gli esercizi del daoyin ecc..

Occorre considerare alcune cose per quanto riguardo questa modalità di lavoro.

In primo luogo si deve pensare al fatto che il segreto professionale non è assolutamente sicuro perché la comunicazione via internet non è completamente affidabile. Si deve – come con ognuna "cybertherapy" – richiamare l'attenzione del paziente al fatto, che esistono gli "hacker" e la possibilità che una persona potrebbe registrare il processo.

Non ho trovato altre difficoltà insuperabili. Naturalmente il processo dipende dal talento del paziente (e del terapeuta!) per le questioni tecniche, ma con gli strumenti si può trovare una risoluzione. Talvolta il problema utilizzando il collegamento con "Sky" è il suono (p.e. quando viene da dietro) e anche la chiarezza del suono. Spesso, quando è possibile, si può lasciare acceso il collegamento con "Sky" e parlare con la linea telefonica.

In questo modo, si può insegnare molto bene il T.A., e anche il TA avanzato, si possono controllare le posizioni, vedere i disegni ecc. ecc.. Credo che questo sia una opportunità per diffondere il nostro metodo e renderlo ancora più fruttuoso.

23 24 ottobre 2010

RAVENNA

**VII Convegno nazionale
"SIMBOLO O SINTOMO"**



Ravenna – Nell'Ottobre 2010 si è svolto a Ravenna il giorno 22 il seminario I.C.S.A.T. sul tema "Il significato simbolico della calma nella Psicoterapia Autogena" con interventi dei soci che hanno portato alcuni interessanti contributi.

Inoltre il 23 e il 24 si è avuto il Convegno I.C.S.A.T. dal titolo "Simbolo o sintomo" tema assai stimolante che ha visto i più svariati interventi che hanno toccato temi quali il corpo e gli archetipi simbolici nella mitologia, le nuove frontiere virtuali sino al sintomo raccontato attraverso le immagini.

Infine contributi che hanno spaziato dalla fragilità dell'io agli archetipi junghiani.

LE PAROLE DI PSYCHE

AROUSAL

Vi sono condizioni che possono influenzare il sistema di elaborazione; fra queste ricordiamo il meccanismo di arousal, ovvero il livello di preparazione fisiologica il cui scopo è di ricevere lestimolazioni esterne ed interne, permettendo di conseguenza una risposta più o meno adeguata e veloce rispetto una specificata stimolazione.

Possiamo considerare il livello di attivazione come uno stato globale dell'organismo che si svolge su di un continuum che passa dallo stato più basso (ad esempio il sonno), allo stato più alto (lo stato di iperattività).

Non risulta difficile pensare come il livello di attivazione riesca a modulare le prestazioni di un organismo: se il livello di attivazione dell'organismo (prestazione fisiologica) è troppo basso, entrano indiscriminatamente tutte le stimolazioni che si accumulano nel sistema, determinando un decadimento della prestazione dell'individuo; se invece, il livello è troppo elevato, il sistema filtrante può ridurre eccessivamente le informazioni in entrata, ed anche in questo caso la prestazione risulterà scadente.

L'altra condizione che può influenzare il sistema di risposta è il livello di vigilanza con cui ci impegniamo a svolgere un compito, cioè la capacità di mantenere un buon livello attenzionale per un periodo protratto nel tempo.

In questo numero parliamo di:

PNL: la programmazione neuro linguistica

Il metodo fu sviluppato dal matematico Richard Bandler e dal linguista John Grinder. "Il termine corrisponde alla combinazione di tre fattori:

a) 'programmazione' (come risoluzione dei problemi' già impiegata nei modelli batesoniani) rinvia da un modello informatico; noi non smettiamo di programmare alberi automatici di decisione nelle nostre strategie e pratiche psico-affettive. Il nostro sistema nervoso centrale e periferico, il nostro corpo, possono essere concepiti come 'hardware', un materiale il cui impiego è ampiamente modificabile in funzione dei software utilizzati.

b) "neuro' rinvia all'importanza dei sistemi d'interconnessione sensorimotoria, delle finestre sensoriali sul mondo assicurate dai nostri organi di senso: l'osservazione delle sinergie e degli antagonismi tra i sistemi d'emissione-percezione visivo, uditivo, olfattivo, tattile, gustativo, comporta un funzionamento cenesestesico più o meno congruo. Questi diversi sistemi sono almeno altrettanto paracomunicativi che meta-comunicativi.

Essi non ricoprono l'insieme dello spettro continuo delle risonanze del mondo interno ed esterno. L'esperienza sensitivo-sensoriale è considerata l'esperienza primaria di riferimento.

c) 'linguistica' insiste sullo strumento umano polivalente che permette

la modellizzazione e la rappresentazione del mondo dell'esperienza: si tratta dunque di un'esperienza secondaria. In quest'ottica la grammatica trasformazionale è concepita come rappresentazione del linguaggio, dunque rappresentazione di rappresentazioni, dunque meta-linguaggio'

Un tale approccio combina il modello linguistico trasformazionale: ricerca ramificata, ad albero, delle strutture profonde dietro le strutture superficiali; la considerazione delle sincronie internazionali in ogni relazione; l'ancoraggio multisensoriale di ogni apprendimento strutturante (o destrutturate): visivo, uditivo, cinestesico, olfattivo." Dal Dizionario delle terapie familiari, a cura di J.Miermont, Borla 1993

Robert Dilts, collega di Grinder e Bandler, e che ha studiato con Milton H.Erickson e Gregory Bateson, ha sviluppato la cosiddetta PNL sistemica ed è diventato un punto di riferimento nelle applicazioni della PNL applicata alla formazione.

E' inoltre autore di 'Leadership e visione creativa'(1996), Guerini ed. e dei testi di riferimento della PNL. Questo metodo, la cui acquisizione è particolarmente complessa, si presta ad una divulgazione apparentemente facile e veloce. Nella sua forma più elaborata, la PNL ha acquistato un ruolo di grande rilievo nella formazione al 'cambiamento' e quindi , indirettamente ha agito sul tema 'volontà e motivazione'.

Aspetti psicologici nella diagnosi radiologica: la comunicazione

Giulio Argalia

Direttore Unità operativa semplice trapianti Clinica di Radiologia Università degli studi di Ancona

Eleonora Perugini

Medico specializzando in radiodiagnostica presso l'Unità operativa semplice trapianti Clinica di Radiologia Università degli studi di Ancona

Theodor Billroth (1829-1894), direttore della clinica chirurgica dell'ospedale di Vienna, affermava che: "Un medico può aver imparato molto e rimanere un cattivo medico, se non riesce a conquistare la fiducia dei suoi pazienti. In effetti, il modo di trattare con questi, di conquistare la loro stima, di ascoltarli, di aiutarli e consolarli è parte irrinunciabile per essere medico. Allora il paziente attenderà con ansia la visita del medico: tutti i suoi pensieri sono accentrati su questo avvenimento."

Introduzione

Secondo lo storico della medicina Mirko Grmek l'informazione è portatrice del senso della vita e non ci può essere informazione senza la comunicazione che è elemento costitutivo non solo della cultura ma anche della natura, del mondo, dell'universo. L'informazione tuttavia non può e non deve esistere per se stessa: un messaggio così importante come quello contenuto nel genoma umano non avrebbe alcun significato se non ci fossero cellule viventi a leggerlo e a decodificarlo.

"La comunicazione tra medici e pazienti è un grosso nodo etico, prima che un problema di virtù personali, di tecniche comunicative e di organizzazione assistenziale" (Gianni Grassi). Questo importante aspetto, una volta ritenuto componente accessoria dell'attività medica, rappresenta oggi non solo una funzione clinica fondamentale che non va mai trascurata, ma anche una componente indispensabile e doverosa anche da un punto di vista etico, normativo e medicolegale. Appare quindi necessario analizzare tutti gli aspetti della comunicazione nei loro principi generali e stabilire le norme che regolano una comunicazione efficace, in particolare, in un ambito clinico tanto delicato come è quello medico.

Generalità

Dal punto di vista pragmatico non esiste

all'interno di un sistema inter-relazionale la possibilità di non comunicare: "tutto il comportamento, e non soltanto il discorso, è comunicazione e tutta la comunicazione influenza il comportamento". (1)

Gli studiosi della Scuola di Palo Alto hanno analizzato gli effetti comportamentali della comunicazione concentrando l'attenzione sul rapporto emittente-ricevente.

La loro analisi si focalizza sia sull'effetto della comunicazione su chi ascolta, sia sull'effetto che la reazione di chi ascolta produce su colui che comunica.

I ricercatori quindi basano tutta la loro elaborazione teorica su alcuni assiomi della comunicazione, cioè su affermazioni basilari che permettono di illustrare le caratteristiche della funzione del comunicare. (2)

Riteniamo pertanto che un elenco sintetico di tali assiomi possa essere utile al fine di meglio comprendere le dinamiche comunicative tra medico e paziente.

Gli assiomi della comunicazione Il primo di questi assiomi sostiene che: "non si può non comunicare". Qualunque comportamento (parole, pause, attività, inattività, ecc.) è messaggio ed è destinato ad influenzare l'interlocutore che, a sua volta, non può non rispondere alla comunicazione. Anche il non parlare non è un'eccezione a ciò, ma è di per sé, pur nella sua negatività, una risposta alla comunicazione. Il secondo assioma afferma che ogni comunicazione non soltanto trasmette informazioni, ma allo stesso tempo determina un comportamento: ha cioè un contenuto, che è la "notizia", ed un comando, che è la relazione che si stabilisce tra i due partecipanti. Il terzo assioma illustra le modalità degli scambi comunicativi. Essi non sono costituiti da una sequenza ininterrotta, ma sono organizzati in una sorta di punteggiatura, cioè in sequenza: è possibile distinguere tra emittente e ricevente, e quindi definire la causa della comunicazione e

l'effetto comportamentale che da questa deriva. Da ciò possono derivare importanti conflitti di relazione poiché ognuno dei soggetti, incapace di "metacomunicare" (cioè di chiarire la propria comunicazione), ribadisce con il comunicare la convinzione della propria realtà. Il quarto assioma specifica come gli esseri umani comunichino sia attraverso le parole ed una complessa sintassi logica (linguaggio numerico), sia con gesti, espressioni del viso, postura, inflessioni e cadenza del linguaggio (linguaggio analogico). La complessità della comunicazione comporta così anche la capacità di coniugare questi due linguaggi, trasferendo dall'uno all'altro il messaggio da trasmettere. Il quinto assioma sostiene che lo scambio di comunicazione può essere simmetrico o complementare. È simmetrico quando il comportamento di un membro rispecchia quello dell'altro: ad un atteggiamento di sfida se ne contrappone uno identico nel tentativo di minimizzare le differenze. È complementare quando invece vi è una differenza tra i due interlocutori: mentre uno di essi ha una posizione predominante (one-up), l'altro ha una posizione sottomessa o inferiore (one-down): è questo il rapporto che più ci interessa ovvero quello tra medico e paziente. La simmetria e la complementarietà non sono di per sé "buone o cattive", "normali o anormali", ma sono funzioni importanti e necessarie a caratterizzare il reciproco riconoscimento e le rispettive aree di competenza.

Il fallimento comunicativo si ha quando non si rende possibile la relazione tra i due partners, sia in modo simmetrico che in modo complementare.

La competenza comunicativa

S'intende per competenza comunicativa la capacità di ciascuno di produrre e comprendere i messaggi che lo mettono in relazione con altri interlocutori.

Essa comprende un insieme di capacità

non solo linguistiche e grammaticali ma anche extralinguistiche, basate cioè sulla capacità di adeguare il messaggio alla situazione specifica, utilizzando sapientemente, ad esempio, non solo le regole grammaticali ma la scelta tra eloquio e silenzio.

In sintesi essere "competenti" dal punto di vista comunicativo vuol dire possedere queste abilità:

- Avere competenza linguistica: sintassi, fonologia, semantica, fraseologia.
- Avere competenza paralinguistica: enfasi, pronuncia, esclamazioni, pause, sorrisi.
- Avere competenza cinesica: mimica, movimenti del volto, delle mani, del corpo, postura.
- Avere competenza prossemica: la distanza, il contatto, il toccarsi.
- Avere competenza performativa: capacità di utilizzare linguaggio o comportamento per giungere al proprio scopo.
- Avere competenza pragmatica: adeguare i segnali linguistici alla situazione.
- Avere competenza socio-culturale: essere capaci di riconoscere le situazioni e le distinzioni sociali e culturali.

Possiamo distinguere tre specifiche classi di abilità nella interazione faccia a faccia:

- 1- Rispetto alla ricezione dei segnali, si può individuare un'abilità a cogliere attenzione ad interpretare i segnali trasmessi, ad integrare le informazioni ricevute, a comprendere i ruoli.

- 2- Rispetto all'invio dei messaggi, vi è un'abilità ad inviare i messaggi non verbali, ad esprimere opinioni, ad agire adeguatamente ai ruoli ed al contesto sociale. In tal senso risulta evidente l'importanza degli aspetti intonazionali di una frase, dei movimenti del corpo, della mimica facciale e dello sguardo; elementi in grado d'instaurare con l'interlocutore un dialogo vero e proprio anche se non verbale.

- 3- Una terza abilità è legata alla capacità di effettuare un costante monitoraggio e controllo dei propri comportamenti comunicativi, degli atteggiamenti e sentimenti sottostanti.

Oltre agli elementi sopra citati, l'appropriatezza costituisce un contributo impor-

ante alla comunicazione: essa stabilisce infatti una relazione tra messaggio, frase, contesto e richiede l'analisi delle frasi e dei contesti.

Modello lineare di comunicazione

Tale modello rappresenta la comunicazione che tradizionalmente avviene attraverso il seguente meccanismo: la rappresentazione mentale del soggetto emittente è codificata (trasformata in codice) attraverso la rappresentazione verbale ed inviata attraverso un canale al ricevente che a sua volta decodifica il messaggio creando una sua rappresentazione mentale che corrisponde a quella del parlante.

Il modello rappresentato introduce anche il concetto di "rumore", cioè qualsiasi elemento che interferisca procurando disturbo nella comunicazione. Questo rumore può essere esterno, cioè dovuto a fattori che non dipendono dal ricevente e che impediscono una buona percezione o che sono fonte di distrazione. Fisiologico quando si tratta di un fattore che impedisce la ricezione, ad esempio un abbassamento dell'udito. Psicologico relativo ad un'incapacità ad esprimersi da parte di chi comunica.

Comunicazione medico-paziente

Ippocrate nel V secolo a.c. argomentava che: "Anche se consideriamo la loro malattia grave, molti pazienti riacquistano la salute semplicemente grazie alla presenza di un medico comprensivo, che dia loro soddisfazione."

Martin Winckler, medico autore nel 2004 del libro: "È grave, dottore?" suggeriva di comprendere il paziente: "Non basta ascoltare, bisogna sforzarsi di capire. Non basta pensare di aver capito, occorre accertarsi di aver capito proprio quello che il paziente intendeva dire. Le frasi, le parole, i termini apparentemente più comuni, quando vengono pronunciati da un medico o da un paziente, non hanno forse un duplice significato? Come fare perché i medici ci ascoltino? Come fare in modo che capiscano ciò che diciamo? Ascoltare non significa obbedire, significa capire. Volete che i medici vi ascoltino? Ascoltateli anche voi e vedrete che sono

persone come le altre: hanno pregiudizi, angosce, speranze, ambizioni, vanità, paura di sbagliare. Non sono affatto sicuri del loro sapere e del loro potere e sono spesso terrorizzati all'idea che qualcuno possa rendersi conto della loro impotenza. Ascoltateli e scopriteli per quel che sono."

Da queste due citazioni risulta chiaro come la comunicazione tra medico e paziente nei secoli abbia ricoperto un ruolo chiave nel percorso diagnostico e terapeutico.

La comunicazione con il paziente deve essere intesa sia come comprensione delle problematiche che questi esprime, sia come vera e propria comunicazione da parte del medico di quelle notizie che sono necessarie all'utente per comprendere i propri problemi e le decisioni relative all'iter diagnostico e alle terapie da intraprendere. Secondo la psicoterapia, è necessario instaurare un "rapport" con la persona, ovvero sintonizzarsi con essa in modo che la comunicazione sia fluida e coinvolgente, quindi efficace; affinché ciò si realizzi, è necessario cercare di uniformarsi nei limiti del possibile al comportamento del paziente ed al suo modo di comunicare (3).

Il destinatario ideale di una comunicazione efficace è un interlocutore attento, partecipe e consapevole, che sa ricevere ed elaborare (4).

Nell'esperienza quotidiana, purtroppo, il paziente può essere un destinatario "difficile" della nostra comunicazione. Esiste il paziente particolarmente fragile: facilmente si allarma, è preso dal panico, piange. Parlare, formulare una diagnosi e proporre una terapia diventa complesso. Il medico dovrà avere allora un ruolo paterno e guidare il paziente quasi fosse un'adolescente. Esiste il paziente distratto: dimentica o rimuove le prescrizioni pur accettando la comunicazione. È il tipo di paziente che successivamente effettua telefonate o per dimenticanza delle prescrizioni

o per essere rassicurato. Il paziente riluttante è quello che tende a rifiutare la comunicazione essendo emotivamente precario: è colui che non vorrebbe sapere ciò che potrebbe accadergli. Il suo apparente disinteresse nasconde la paura. L'introvabile appare impermeabile ad ogni



messaggio spiacevole anche se estremamente esplicito: è ottimista o addirittura scettico e cerca di minimizzare ciò viene detto. Vi è poi il polemico ed il conviviale: entrambi trasformano una visita in un incontro salottiero durante il quale può capitare che tentino di interpretare i loro sintomi, cercando così di competere in conoscenza con il medico; per contro sono pronti a replicare e a contrastare con una certa aggressività. È un modo anche questo di difendersi da una realtà non accettata. Il freddo è il paziente che richiede informazioni ma che in realtà vuole essere tranquillizzato: solitamente lascia in visione molti esami e telefona ripetutamente per conoscerne il giudizio. Al paziente esigente tutto è dovuto: il tempo senza limiti, telefonate quotidiane, disponibilità continua, richieste sempre crescenti di spiegazioni. Il manipolatore utilizza la comunicazione per farsi commiserare, coccolare ed avere vantaggi nell'ambito della propria famiglia. È più interessato ai sintomi che alla diagnosi del medico, è accompagnato spesso dal marito/moglie, dai figli o dai propri familiari perché vuole utilizzare queste presenze per ottenere una maggiore attenzione nell'ambito familiare. Questa vasta gamma, forse incompleta, di modelli di pazienti condiziona pesantemente il grado di comunicazione tra medico ed assistito. Il medico dovrà dimostrare tutta la sua abilità a farsi comprendere, a rispiegare quanto si è detto, a fare anche domande per accertarsi dell'avvenuta comprensione, a recepire, a stabilire un contatto culturale ed emotivo, inviando messaggi chiari e comprensibili, dimostrando disponibilità verso ogni uomo e/o ogni donna che sia consapevole del proprio ruolo di paziente. Un attento medico non solo dovrà possedere quelle competenze comunicative linguistiche, paralinguistiche, prossemiche, performative e socio-culturali già elencate, ma dovrà fare molta attenzione a non cadere nell'errore del non saper ricevere il messaggio che il destinatario vuole inviare. Questo accade quando, per esempio, si segue l'anamnesi svogliatamente (che peraltro ha un ruolo centrale nel processo comunicativo, spesso unica occasione di un vero incontro tra medico e malato e che frequentemente si riduce ad una prassi sciatta e riduttiva), quando s'interrompe continuamente per rispondere alle telefonate, quando appare scarsamente interessato, frettoloso o distratto.

Se così fosse cadrebbe il modello lineare della comunicazione che permette che il messaggio dall'emittente giunga chiaro al ricevente. Sarà pertanto fondamentale creare un ambiente raccolto, accogliente che metta a proprio agio il paziente senza che rumori esterni disturbino la comunicazione. Non solo: la relazione con il paziente nella quale ci si impone di essere eccessivamente gentili, di dimostrare troppa disponibilità e comprensione, il più delle volte, si traduce in un modo formale e distaccato di restare ognuno al proprio posto. Così come la comunicazione parlata, anche la comunicazione scritta, sotto forma di referto, non potrà discostarsi dai principi sopra enunciati. Non potendo rinunciare ad una terminologia tecnico-scientifica, tuttavia, il medico non potrà esimersi da una descrizione delle immagini precisa, pertinente e concisa, e dal formulare, specialmente nella parte conclusiva del referto, un' opportuna ipotesi di diagnosi, programmando l'iter diagnostico più adeguato.

John Abernethy (1764-1831), chirurgo presso il Saint Bartholomew's Hospital e professore di Anatomia del Royal College of Surgeons, London, fu un medico famoso per la chiarezza e la concisione delle sue conversazioni mediche. Riportiamo un esempio paradigmatico del suo colloquio con il paziente:

Primo giorno:
Abernethy: tagliata?
Paziente con taglio al dito: morsa!
Abernethy: cane?
Paziente: pappagallo!

Secondo giorno:
Abernethy: meglio?
Paziente: peggio!
Abernethy: cambiare fasciatura!

Terzo giorno:
Abernethy: meglio?
Paziente: bene!
Abernethy: avanti un altro!

Bibliografia

- 1) P. Watzlawick, J. H. Beavin, D.D. Jackson: (1971), "Pragmatica della comunicazione umana". Astrolabio, Roma.
- 2) F. Emiliani, B. Zani: (1988), "Elementi di psicologia sociale". Il mulino, Bologna.
- 3) G. Gamberini: (2002), "Ipnosi: la psicoterapia Ericksoniana". Firenze.

IL FILM

CRASH

di David Cronenberg



Crash, film che nel 2006 ha vinto tre premi Oscar, è un'opera bella e interessante, costituita da un mosaico di storie che sfiorandosi, collidendo e intrecciandosi tra di loro, riescono a svelare sfaccettature contraddittorie e sorprendenti dei protagonisti e a provocare cambiamenti imprevedibili nei loro comportamenti. Si offre come un'autentica miniera di spunti per chi è interessato all'analisi sistemica. In questo articolo illustreremo quattro tra i concetti fondamentali della teoria sistemica, esemplificati attraverso l'utilizzo di alcuni episodi del film: importanza del contesto, contenuto/relazione, punteggiatura degli eventi, simmetria/ complementarietà. Per individuare più facilmente le scene a cui ci riferiamo, nel testo abbiamo riportato i numeri di riferimento contenuti nel menu "selezione scene" dell'edizione su DVD.

Il film "Crash" appare interessante perché non si ferma, come spesso accade nelle pellicole cinematografiche, a presentare i personaggi da un particolare punto di vista, che porta a classificarli in modo semplicistico in "buoni e cattivi". Propone invece i protagonisti in modo complesso, evidenziandone molteplici sfaccettature, che emergono nei vari contesti di cui entrano a far parte, come nel caso del poliziotto John Ryan, che mette in atto comportamenti molto diversi, che ostacolano il formarsi di un'idea chiara su di lui. Riflettendo è possibile individuare una tematica ricorrente: il cambiamento, inteso come ridefinizione della relazione. In ogni scena il modello della relazione cambia. Queste riflessioni si sono focalizzate su scambi comunicativi piuttosto che su sistemi con storia. Allargando il focus anche alle vicende passate dei personaggi, si possono approfondire ulteriori aspetti, che partendo dalla teoria sistemica, si allargano a tutti gli ambiti della psicologia.

Il sintomo che salva: un caso clinico

Dott. Carmine Grimaldi

Medico, Psicoterapeuta, Direttore Centro Psico.Din.

Introduzione

L'osservazione clinica mostra con una sempre maggiore frequenza ed intensità gli effetti prodotti dalle emozioni sulle persone della società contemporanea. L'emozione, dall'etimo latino *ex-movere*, mette a soqquadro la personalità e ne alimenta le tendenze alle scissioni insite in essa; scaturisce spontaneamente dall'interno dell'organismo; è autonoma e si afferma, spesso, contro la volontà del soggetto con ostinazione e violenza. E', altresì, vero che nella società occidentale multimediale gli stimoli che la evocano sono sempre più intensi e numerosi per cui il meccanismo della rimozione è spesso insufficiente a proteggere la coscienza dall'inflazione psichica emozionale. Il controllo e la gestione delle emozioni ha, infatti, impegnato l'uomo, fin dalla preistoria, nella creazione di strumenti efficaci per realizzare questo scopo. I miti, i rituali, le ideologie, le religioni, le morali hanno in questo obiettivo la loro fondazione. Ad esempio, la confessione della religione cattolica con l'anonimato e la "grata" divisoria è un rito necessario per preservare il sacerdote ed il fedele dal coinvolgimento emozionale personale e, potenzialmente, pericoloso per entrambi. L'assoluzione dai peccati per mezzo del rito libera dall'emozione della colpa con la penitenza e restituisce al fedele, purificato dal male, il benessere dello stato di grazia: l'innocenza senza macchia. L'uomo di oggi ha perso molte fedi nelle quali credere e trovare conforto: le ideologie, i sistemi filosofici, le religioni sono stati sostituiti dalla ragione e dall'intellettualismo che cercano di spiegare l'essere e fargli vivere con tranquillità le emozioni, ma senza grandi risultati. La ragione, rispetto alla totalità della personalità, è come una coperta troppo corta che quando copre i piedi scopre la testa e viceversa. Il malessere, espresso da sintomi, e dalle malattie inesorabilmente viene quando l'ordine e le regole di vita sono carenti o addirittura assenti. La

mania, di qualsiasi genere, è potente come un Dio; le fobie evitano pericoli immaginari, ma inconsciamente reali; le ossessioni dettano i comportamenti. Zeus è sceso dall'Olimpo; "Dio è morto" affermava Nietzsche; il Papa è un' autorità spirituale seguita ad optional dai suoi stessi fedeli... ed il sistema pulsionale della natura umana è divenuto il *deus ex-machina* dell'agire degli uomini nella vita di ogni giorno. Il timore di Dio che un tempo regolava i comportamenti e le relazioni umane è stato sostituito dall'edonismo: "vivere il piacere per il piacere" e dal consumismo: "consumare senza un senso". Oggi il cambiamento nella concezione dell'esistenza, della natura, del mondo e la veloce trasformazione del costume hanno determinato un restringimento della coscienza con la conseguenza di orientare ad una vita materialistica e sensuale e a promuovere lo schizoidismo nelle personalità.

I "teoremi" sul corretto modo di vivere che giustificano tutto ed il contrario di tutto sono sempre più diffusi e generano condotte semi-deliranti, disagio diffuso e sintomi somatici e psichici. I sintomi, da una parte, sono la spia del disagio delle persone dovuto a queste condizioni esistenziali, dall'altra, costringono il paziente a rendersi conto che la vita va affrontata con la coscienza e la conoscenza di sé. Il sintomo, infatti, non va considerato soltanto come negatività poiché, se ascoltato e curato, può diventare una possibilità di sviluppo e costituire un evento di adeguamento creativo all'ambiente. La salvezza sulla terra, allenando le funzioni della mente che danno la capacità di gestire le emozioni, può passare anche attraverso la terapia del sintomo. L'uomo, infatti, ha cercato da sempre di darsi una ragione del mondo e di conoscersi nel suo funzionamento. All'inizio fu il mito ed il rito, poi venne la loro evoluzione nelle religioni e nella scienza; dal Rinascimento la natura è stata

studiata senza la teologia; da qualche secolo al centro della teoria della conoscenza c'è l'uomo e la sua psiche. Oggi, affinché gli dei delle religioni, il rito, il mito, non vengano sostituiti dai sintomi, bisogna trasformare la tradizione e formulare nuovi "contenitori culturali" adeguati alla realtà attuale. Ho suggerito un metodo per dare "Senso all'Emozione" tratto dalla mia esperienza clinica. Presento un aneddoto e un caso clinico per esplicitare con i dati dell'esperienza le affermazioni concettuali formulate in precedenza.

Aneddoto

La sig.ra G. telefona all'amica sig.ra C. per salutarla. Risponde il marito di C. che, una settimana prima, aveva fatto un "favore" al figlio dell'amica di sua moglie. G. vorrebbe cogliere l'occasione per ringraziarlo, ma uno spasmo muscolare alla gola glielo impedisce. All'analisi clinica il sintomo funzionale rivela un conflitto emozionale nella sig.ra G: voleva ringraziare, ma nello stesso tempo desiderava tenere distinti la moglie-amica dal marito-conoscente. Voleva, altresì, mantenere separato il motivo del saluto da quello del ringraziamento per dare ad ogni azione un valore per se stesso. Il sintomo le ha permesso di realizzare questo desiderio e l'ha salvata da un probabile disagio.

Caso Clinico

La paziente XY, laureata, lavora presso un istituto bancario con impegno e dedizione. L'infanzia, l'adolescenza e la scolarità sono trascorsi senza problemi. Ha vissuto a 25 anni una storia amorosa durata un anno che ha avuto, per lei, uno scarso significato emotivo. Ha una malattia metabolica. Inizia il lavoro psicoterapeutico per una grave depressione ansiosa con idee a sfondo suicida, reattiva alla delusione di un amore finito da un mese. La relazione amorosa era iniziata 5 anni prima con un uomo sposato (xz), più grande di lei di 15 anni, conosciu-

to nell'ambiente di lavoro. La moglie di xz moriva 3 mesi fa e lui invece di dare continuità e prospettiva alla relazione con xy la interrompeva bruscamente. Dopo un mese ne iniziava un'altra con una donna anche lei impiegata nello stesso istituto.

Nei primi 6 mesi di terapia la paziente ha parlato della sua inadeguatezza nella vita. Si sente una merdaccia. Ha continuato a ripetere che a lei non avrebbe dovuto succedere una cosa del genere. Incapace di lavorare ha chiesto ed ottenuto dall'istituto una lunga aspettativa. Ha tentato il suicidio per impiccagione per cui ho ritenuto opportuno aggiungere alla psicoterapia un trattamento farmacologico seguito da un collega psichiatra. E' ansiosa, abulica, stanca, senza desideri, non vede amici, priva di interessi. Vivo da "vegetale" dice la paziente! Tuttavia un sogno (Aprile 2009) ci permette di constatare un'evoluzione dello stato psichico del quale la paziente sembra non avere consapevolezza:- "Sono incinta... sento dolore e sto male... dico a mia madre che mi fa male la pancia, mi si è mossa... mamma mi dice che non è niente di serio... perdo un filo di liquido bianco-giallastro dalla vagina... sto male, qualcosa non va nella mia gravidanza... vedo A, una collega, era incinta del figlio del mio ex partner...mi chiedo come ha fatto a scegliere una come lei... aveva sempre detto che era una matta". Il risveglio è improvviso ed angosciato. Lavoriamo sul sogno con il metodo della Psicoterapia tramite il senso nella psiche a partire dalla "sensazione" e dalla "emozione". Emerge il rimosso; la paziente lo elabora e lo definisce in questi contenuti:

- 1) lo stato depressivo è stato una conseguenza del rifiuto da parte di xz a continuare la storia d'amore, aggravata dal fatto che di lì a poco ha iniziato una relazione con un'altra donna;
- 2) Il desiderio di sposare xz dopo la morte della moglie, della quale la paziente si sentiva inspiegabilmente in colpa, è stato improvvisamente frustrato;
- 3) Il desiderio di maternità è stato vanificato dalla decisione di xz;
- 4) Si è sentita offesa e mortificata nel-

la sua autostima dal giudizio di xz che prima di lasciarla le aveva detto: " Tu sei troppo grassa per me". Lo stato depressivo dopo l'elaborazione di questo sogno è migliorato. Dopo un mese, un altro sogno (maggio 2009) permette di constatare un'evoluzione nella psiche della paziente: - "Nella mia stanza c'è tanta erbaccia da tagliare con le radici... il pavimento è pieno di buche... sono coperte da qualcosa e perciò non si vedono... all'improvviso, il terreno cede ed il letto crolla... sono arrabbiata e voglio fare dispetto... la notte telefono a B mentre dorme... Lo sveglio all'improvviso nella notte... gli prende un colpo". Le associazioni libere sono indicative del superamento dello stato depressivo. La paziente, infatti, afferma: "Ho tolto xz dalla mente ed è crollato tutto. Lui è responsabile del mio crollo perciò sento una fortissima rabbia verso di lui. Voglio fargli del male anche se è un atteggiamento contrario alla mia natura mansueta (ride).

Devo, tuttavia, riconoscere che è stata anche colpa mia. Gli ho dato troppa importanza. Mi sono resa dipendente da lui e non meritava la mia fiducia. Sembrava sincero, ma in realtà si è sempre comportato come uno stronzo. Me ne sono accorta tardi. Pazienza!!! Però, è stato proprio stronzo: fingeva di amarmi, e forse un poco me ne voleva, ma si è comportato in tutt'altro modo: gli interessava il mio corpo più del mio sentimento d'amore. La ragione mi sembrava lo strumento onnipotente che mi permetteva di controllare tutto anche l'amore. Mi chiedo, ora, come ho fatto a pensare di fare un figlio con xz. E' inconcepibile, devo essere impazzita." Fin qui restiamo nella prospettiva della psicoanalisi classica. Il lavoro sul sintomo era stato efficace nella cura della patologia in quanto aveva fatto superare la rimozione immettendo nella coscienza il materiale rimosso ed aveva consentito di elaborarlo neutralizzando la componente emozionale del fatto esistenziale.

Passati 15 giorni da questo sogno la paziente, spontaneamente, formulava una valutazione globale sulla sua personalità. Affermava che: " Nella vita,

mi rendo conto solo adesso, mi manca tutto. Niente mi dà sicurezza. Sono incapace di tutto, perfino di farla finita. Il lavoro mi disgusta. Eppure mi piaceva ed ero stimata dai superiori. Ho perso il controllo di me stessa. L'ansia, l'angoscia e la paura mi annientano. Sono tornata a vivere con i genitori che mi accudiscono come una bambina. Non so cosa fare. Mi rendo conto che sono stata presuntuosa, perfino arrogante a volte. Con la ragione e l'intelligenza controllavo tutto, anche quello che provavo. Mi accorgo di essere senza difese verso le emozioni, sono in balia di quello che mi agita da dentro. La malattia metabolica mi fa sentire impotente a gestire il mio corpo. Ho sempre vissuto una vita con la testa, una bella testa razionale e logica, ma insufficiente a sostituire il cuore. Ho represso il desiderio e l'istinto vivendo in modo arido e freddo. Che squallore una vita senza sentimento e sensibilità". Metto in rilievo come questa presa di coscienza mostra una dissociazione nella struttura della personalità tra l'essere-emozionale e l'essere-razionale, tra la sensibilità e la cognizione. Il riflettere è vuoto pensiero senza la sensibilità che, a sua volta, rimane cieca; priva di senso, senza la riflessione. L'innamoramento aveva immesso l'emozione nella sua psiche sconvolgendola poiché era stata incapace di gestirla in maniera adeguata. La paziente aveva vissuto fino a 5 anni fa come un automa, guidata dalla sola "ragione" priva del "cuore" e del "senso della vita". Il lavoro clinico aveva elaborato il dramma del lutto ed il sintomo depressivo era migliorato; ora, però, doveva aiutare la paziente a realizzare un salto di qualità nella sua psiche per creare la connessione, (Percorso) tra il "sentire" ed il "pensare" e superare la loro dissociazione. Questa possibilità è l'originale contributo che il nostro Centro ha dato alla psicoterapia ispirato dal lavoro pionieristico di M. Liebl.

XY ha focalizzato l'attenzione sulla percezione del sentire, ha appreso il metodo dell'elaborazione del senso nella psiche e dopo due mesi già si potevano osservare i primi soddisfacenti risultati. Un altro sogno (Luglio 2009), infatti, ha rilevato che il processo men-

tale della paziente evolveva in questa direzione:- "Vado in palestra con mia sorella per informazioni... voglio darmi un po' di tono...mi accorgo che gli orari sono sballati poiché si sovrappongono facendo confusione... chiedo alla reception ulteriori chiarimenti... mia sorella, con mia grande sorpresa, non si accorge di nulla... infatti si iscrive e ci torna da sola.. io non ci vado, mi sembra un bordello...mia sorella entra nello spogliatoio senza chiedere niente a nessuno e si trova nei bagni che hanno le porte nere e sono tutti occupati... in realtà non è una palestra... è un locale notturno e per entrare ci vuole un look speciale... mia sorella prova il nuovo look: gonna , gilèt, t-shirt e si accorge che la gonna è frivola e non le piace... ritorna a casa delusa... in ufficio racconta che è andata in palestra ed ha trovato un locale notturno, forse un night.

XY, dopo varie associazioni libere deduce dal lavoro su questo sogno che sta sviluppando una visione della realtà fondata non solo sulla ragione, ma anche sulla percezione di ciò che sente e desidera, sulla selezione affettiva di ciò che piace o non piace. In breve, nella paziente il mondo interiore sensoriale ed emozionale che precede il razionale incomincia ad attivarsi e ad emergere nella coscienza. Il sentire ed il pensare lentamente si integrano e felicemente si armonizzano rendendo migliore la coscienza di sé e l'adeguamento alla realtà. Il sogno (Agosto 2009), composto da due parti, mostra un ulteriore miglioramento nella formazione della struttura del senso nella psiche. Prima parte:- "Sono in spiaggia con i miei colleghi che mi dicono di andare verso il mare...io non ci vado, loro si... vicino alla mia sedia c'è O ...gli vado accanto e amoreggio stringendolo forte...tutto avviene in silenzio... ad un certo punto lui mi bacia a lungo...mi tocca il seno...ora basta dico io... sei pronta dice lui... gli dico di pensare ad I, sua compagna... basta siamo troppo avanti... non possiamo fare questa cosa ad I , collega, anche lei...

Seconda parte:- "Stavo dentro casa con una bambina Down... mi dice di chiedere dove sta la menta... vado in cucina e trovo mia madre che, da carabinieri qual è, mi fa: che te ne fai?... dopo mie insistenze mi dice dov'è... la do alla

Down che fa il sugo... dopo un po' la bambina mi dice che ha fatto il sugo... le dico brava e la bacio... ho una sensazione bella di tenerezza. Mi sveglio di buon umore".

La paziente associa e dichiara che O è un collega che in passato le piaceva. I era amante di O quando lui era ancora sposato. Poi la moglie di lui è morta e sono diventati conviventi. La bambina down era lei stessa.

Poi commenta: "Voglio morire poiché vado dietro a quelli sposati, vivo l'edipo. Perciò il figlio mi viene handicappato. Chissà quante volte si sente alla televisione quelli che ammazzano i monelli. Tanto io ho sbagliato tutto nella mia vita ed è inutile che faccia i sogni scemi. E' meglio che muoia visto che la vita fa schifo. Mica posso aspettare qui con le idee suicide in testa". Questi sogni mostrano il livello di sviluppo della personalità della paziente nella comprensione e nell'acquisizione del percorso intrapsichico; se da una parte percepisce i desideri, le sensazioni, il bisogno di maternità, di tenerezza, etc, dall'altra se li nega poiché ne resta turbata considerato che ha, sempre e da sempre, rimosso la realtà emozionale interiore. A questo punto del processo clinico c'è la necessità di connettere il Sentire ed il Pensare per mezzo dello schema della Elaborazione-Creativa che le consenta di armonizzare la percezione e la riflessione, formulare un pensiero ed agire in modo adeguato alla realtà esterna, realizzare i desideri e formare una struttura di personalità che le permetta di dare significato alla sua vita a partire da sé. L'obiettivo finale dell'intervento terapeutico del mio metodo, quando è possibile, è proprio quello di costruire il Percorso intrapsichico che dà alla paziente la capacità di essere unità circolare e autonoma di Sentire-Pensare-Agire. In questa prospettiva il sintomo salva in quanto non solo permette di superare la patologia, ma anche di formare una struttura di personalità che fa vivere il benessere nell'esistenza di ogni giorno.

Conclusione

Il mondo contemporaneo è caratterizzato da un diffuso e generalizzato schizoidismo dovuto all'incapacità di dare senso alle emozioni. Siccome le persone sono incapaci di gestirle, dando loro

un significato personale nel qui ed ora dell'esistere, allora le tendenze alla scissione insite nella natura umana si manifestano in comportamenti inadeguati che portano al disagio ed ai sintomi. Fairbairn, psicoanalista inglese, già negli anni '40 lo aveva previsto e descritto. Oggi il fenomeno sembra esploso in modo esponenziale. La morale fondata sul sentimento prevale su quella basata sui principi della ragione condivisa; l'individualità è diventata più importante della comunità e la famiglia ha perso la sua funzione di cellula sociale formativa come nel passato. "Ama e non pensare", il titolo di un libro di R. Morelli, può essere preso come il paradigma del costume odierno. Questa condizione dell'esistenza, a mio parere, crea un disagio diffuso manifestato con sintomi funzionali di vario tipo, malattie, sindromi e quant'altra patologia. La sfiducia nei contenitori culturali della tradizione: ideologie, miti, religioni, etc. lascia l'uomo solo succube delle sue emozioni. Il sintomo, tuttavia, lo costringe a prendersi cura di sé, a conoscersi dal di dentro, a darsi regole di vita conformi al suo ben-essere.

La terapia del sintomo impone, perciò, la creazione di metodi clinici in grado di sviluppare le potenzialità delle funzioni della psiche per rendere l'uomo capace di vivere la sua soggettività in coerenza con le regole ed i principi che si dà, da sé, ed in armonia con la comunità nella quale vive. Il sintomo salva in quanto costringe a creare nuovi stili di vita ed a rinnovare quelli della tradizione.

Ho presentato un aneddoto tratto dall'esperienza terapeutica ed un caso clinico per sostenere con coerenza metodologica il mio discorso concettuale con il supporto dell'empiria.

Bibliografia

- Fairbairn W.R.D., (1970), Studi psicoanalitici sulla personalità, Boringhieri, Torino.
- Grimaldi C., (1999), Costuire la fiaba, Raffaello, Monte S. Vito.
- Grimaldi C., (2005), Riflessioni sul principio Autogeno e l'idea di Bionomia nella dimensione del sentire, Metriche, Ancona.
- Nietzsche F. , (2004), Così parlò Zarathustra, Adelphi, Milano.

Sedi locali I.C.S.A.T.

Sede I.C.S.A.T. Emilia Romagna

Coordinatore: dr. Vinicio BERTI
Via M. Oretti, 6
40139 BOLOGNA BO
Tel. 051 547602
Fax 051 547602
Email: centri.psicologia@libero.it Web:
<http://www.vinicioberti.it>

Sede I.C.S.A.T. Sardegna

Coordinatore: dr. Walter ORRÙ
V.le Regina Margherita, 56
09124 CAGLIARI CA
Tel. 070 653060
Email: formist@tiscalinet.it

Sede I.C.S.A.T. Piemonte

Coordinatore: dr. Carlo GRIGNOLIO
Via Montegrappa, 12
10040 Rivalta (To)
Tel. 333 2881976
Email: c.grignolio@alice.it
Web: www.psicoterapia-torino.it

...

Sede I.C.S.A.T. Lazio

Coordinatore: dr.ssa M. Teresa GAGGIOLI
Via Bevagna, 68
00191 ROMA RM
Tel. 06 3337988

Sede I.C.S.A.T. Veneto

Coordinatore: dr. Giovanni GASTALDO
Via Chiesa di Ponzano, 6
31050 PONZANO VENETO TV
Tel. 0422 969034
Email: airda@airda.it
Web: www.airda.it

Sede locale I.C.S.A.T. Cuneo

Coordinatore: dr. Luciano PALLADINO
c/o Studio di Psicologia Centro Divenire
Via Susa 12
10138 Torino
Tel. 347 4215685
Email: lucianopalladino@libero.it
Web: www.divenire.net

Sede I.C.S.A.T. Marche

Coordinatore: dr. Carmine GRIMALDI
C.so Amendola, 50
60100 ANCONA AN
Tel. 071 35258
Email: centropsicoterapia@mercurio.it

Sede locale I.C.S.A.T. Vicenza

Coordinatore: dr.ssa Daniela GRIECO
Via dei Cairolì 26, 36100 Vicenza VI
Tel./fax 0444 325548
Email: info@studiologopedagogico.it
Web: www.studiologopedagogico.it

RIVISTA ICSAT
Italian Committee
for the Study of Autogenic Therapy
and Autogenic Training

Febbraio 2011 - N°3 - www.icsat.it

REDAZIONE

Segretaria di redazione Dott.ssa Caterina Serena
Capo redattore Dott. Jacopo Fiorentino
Direttore Dott. Vinicio Berti

DEAD LINE

**Il prossimo numero uscirà nel giugno 2011
e la dead line per l'invio degli articoli e delle comunicazioni è il 30 aprile
prossimo venturo. Ricordiamo che sono graditi stimoli
suggerimenti e contributi scritti da parte dei soci.**

Ci scusiamo con gli autori e con i lettori per non aver pubblicato le bibliografie degli articoli dato l'elevato numero di articoli pervenuti e la conseguente mancanza di spazio. A richiesta saranno pubblicate sul prossimo numero della rivista o sul sito Icsat