

Babele

15

54

Verso uno scambio comunicativo

Periodico telematico trimestrale a carattere scientifico dell'Istituto di Ortofonia srl con sede in Roma - via Salaria 30 - anno IV - n. 15 - luglio 2012
Direttore responsabile: Federico Bianchi di Castelbianco - Iscrizione al Tribunale civile di Roma n. 63/2009 del 25/02/2009 - ISSN 2035-7850

DSM-5

Evoluzione o regressione?

A maggio del 2013 è in programma l'uscita della nuova edizione del DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) elaborata dall'APA (American Psychiatric Association). È del 1952 la prima stesura del testo che mira a classificare su base statistica dei disturbi mentali. Sono passati sessant'anni, ma ad ogni nuova edizione lo scenario si ripete inevitabilmente: dubbi, preoccupazioni, critiche si susseguono tra gli addetti ai lavori di tutto il mondo. La «classificazione» è il concetto chiave del DSM, ovvero la possibilità di fornire agli operatori del settore - psichiatri e psicologi - di «incassare» un paziente in una o più categorie. Una prima indicazione della revisione apportata al precedente sistema nosografico, proviene dalla redazione di una versione preliminare, pubblicata sul sito internet dedicato (www.dsm5.org). Il DSM-5 si preannuncia come una vera e propria rivoluzione in ambito clinico e, come ogni rivoluzione, desta notevoli preoccupazioni nei professionisti.

Allen Frances, professore emerito di Psichiatria alla Duke University a Durham, nella Carolina del Nord, che ha guidato la stesura del DSM-IV, ha fatto notare che il DSM-5 abbasserà i criteri per raggiungere la soglia oltre la quale viene definito patologico un certo comportamento, e creerà anche nuove «malattie». «Aumenterà moltissimo il numero di pazienti, con un impatto enorme sulla percentuale di persone, adesso considerate sane, a cui poi sarà diagnosticato un disturbo».

Molte associazioni in tutto il mondo (Stati Uniti, Sud America, Europa, ecc.) hanno dato vita a una grande raccolta di firme, su scala mondiale, per chiedere alla *task force* del DSM-5 di ritirare alcune delle proposte fatte.

In Italia sono molte le critiche provenienti da noti clinici. Alessandro Salvini, professore emerito di Psicologia clinica all'Università di Padova, ha definito il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali come il «manuale americano, guidato e dominato dalle case farmaceutiche che investono milioni di dollari sui suoi componenti per ricavarne miliardi successivamente».

Anche Giorgio Nardone, psicoterapeuta e cofondatore del centro di Terapia Strategica di Arezzo, avanza il dubbio sull'imparzialità del DSM-5 ed evidenzia il conflitto di interesse dovuto al fatto che il DSM mette in risalto quelle patologie che implicano trattamenti farmacologici. «Ancor più grave», per Nardone, «è che la stragrande maggioranza dei disturbi elencati nel DSM-5 possono essere trattati dal punto di vista psicoterapeutico senza utilizzare alcun farmaco. Lo abbiamo dimostrato negli ultimi 25 anni attraverso pubblicazioni di ogni tipo. Su una persona invalidata bisogna intervenire prima con terapie meno rischiose. I farmaci devono essere prescritti solo in ultima istanza, non bisogna sparare con i cannoni ai moscerini».

Vittorio Lingiardi, professore ordinario di Psicologia clinica presso la facoltà di Medicina e Psicologia di La Sapienza Università di

Roma, ha espresso la sua principale preoccupazione: «Temo che per alcune aree di disagio psichico, in particolare i disturbi della personalità, il DSM-5 possa aumentare il gap tra realtà clinica e categorie diagnostiche. I pazienti che vediamo nella realtà clinica non sono dei prototipi costruiti attraverso "negoziati" scientifici, sono persone reali». Secondo Lingiardi è quindi importante disporre di alternative, come per esempio il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM), perché «se il DSM si propone come una tassonomia di patologie o di disturbi psichici, il PDM è una tassonomia di persone».

Anche l'Ordine degli Psicologi del Lazio ha preso la sua posizione con una lettera ufficiale inviata all'APA in cui sostiene che «questa nuova edizione produce una spaccatura tra realtà clinica e diagnosi ufficialmente formulate». La presidente dell'Ordine del Lazio, Marialori Zaccaria ha affermato che «si va sempre più verso la medicalizzazione dei disagi mentali, quindi si dà più peso alle malattie in cui è possibile l'uso dei farmaci». «La riscrittura di questo testo ha coinvolto 600 specialisti ed è costata circa 25 milioni di dollari», conclude Zaccaria, «arrivati molto probabilmente da case farmaceutiche e assicurazioni, che hanno il loro tornaconto non rimborsando le psicoterapie».

Il DSM-5 sarà, con tutta probabilità, uno strumento con una nuova visione della patologia: non più come qualcosa di nettamente distinto dalla «normalità», bensì parte di un'unica dimensione. Se il punto di vista teorico appare condivisibile, diverse sono le applicazioni nella pratica. L'uso delle classificazioni del DSM porta ovviamente a una diagnosi descrittiva che fa perdere la dimensionalità della patologia. Si arriverebbe così a un'eccessiva semplificazione degli aspetti costitutivi e qualitativi del disturbo, con un conseguente appiattimento della complessità e dunque della psicologia del singolo individuo, la cui conoscenza e riconoscimento della peculiarità dovrebbe rappresentare l'oggetto principale dell'interesse dei clinici.

La tendenza preoccupante che intendono valorizzare considera sempre di più la psicopatologia come una patologia, di fatto, organica per la quale la terapia d'elezione diventa quella farmacologica, con tutte le implicazioni di carattere scientifico e culturale, alle quali vanno indubbiamente aggiunte anche le ripercussioni sul piano politico, sociale ed economico. Inevitabile è la perplessità di fronte all'influenza di case farmaceutiche, enti di ricerca e assicurazioni sanitarie sulla nuova versione del DSM. Ancor più significativa è la nostra preoccupazione per tutti i soggetti in età evolutiva, nei confronti dei quali riteniamo debbano sempre esserci un'attenzione e un impegno eticamente fondati, tenendo sempre presenti i numerosi studi che documentano quanto alcune patologie descritte dal manuale diagnostico non siano in realtà riscontrate nella pratica clinica.

Laura Sartori
Federico Bianchi di Castelbianco

IdO



stituto di Ortofonologia

OPERATIVO DAL 1970

Centro di diagnosi e terapia dei disturbi della relazione, della comunicazione, del linguaggio, dell'udito, dell'apprendimento e ritardo psicomotorio. Centro di formazione e aggiornamento per operatori socio-sanitari, psicologi e insegnanti



UNI EN ISO 9001:2008 EA:38

ATTIVITÀ CLINICA

Servizio di Valutazione e Consulenza Clinica

1° visita

Osservazione globale → visite specialistiche su:

- Area cognitiva e linguistica
- Area psicomotoria
- Area affettivo-relazionale

Riunioni d'équipe e diagnosi

Progetto terapeutico → presa in carico

Servizio di Terapia

Riabilitazione psico-motoria, logopedica e cognitiva, intervento educativo, terapia occupazionale

Atelier grafo-pittorico • Laboratorio ritmico-musicale •
Attività espressivo-corporea e di drammatizzazione •
Laboratorio occupazionale • Atelier della voce •
Laboratorio di attività costruttive • Osteopatia •
Atelier espressivo-linguistico • Rieducazione foniatrica •
Laboratorio fonetico di educazione uditiva
(Favole tridimensionali)

Terapia psicologica

Lavoro, individuale e di gruppo, con bambini e con adolescenti • Counseling e lavoro con la coppia genitoriale

Attività di integrazione scolastica

Servizio scuola

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE

Accreditato con:

Ministero della Salute come Provider ECM rif. n. 6379
Ministero della Pubblica Istruzione per corsi di aggiornamento per insegnanti

Convenzionato con le Facoltà di:

Medicina dell'Università "Campus Bio-Medico" di Roma
Psicologia dell'Università "La Sapienza" di Roma per tirocinio
Scienze dell'Educazione dell'Università "Roma Tre" di Roma per tirocinio

Corso quadriennale di specializzazione in psicoterapia dell'età evolutiva a indirizzo psicodinamico (decr. MIUR del 23/07/2001)

Corsi • Seminari • ECM

ATTIVITÀ DI RICERCA E PROGETTAZIONE

Convenzionato con la Facoltà di Medicina dell'Università «Campus Bio-Medico» di Roma per attività di ricerca

Ricerche e progetti di intervento nelle seguenti aree disciplinari:

- Psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza
- Psicologia dello sviluppo e della salute (prevenzione)
- Patologie dell'udito
- Psicologia scolastica e mediazione culturale

Dove siamo

Direzione

Via Salaria, 30 (P.zza Fiume) - 00198 Roma - Tel. 06/85.42.038 - 06/88.40.384 - Fax 06/84.13.258
direzione@ortofonologia.it - www.ortofonologia.it

Altre sedi

Via Tagliamento, 25 - 00198 Roma - Tel. 06/88.41.233 - 06/84.15.412 - Fax 06/97.27.04.75
Via Passo del Furlo, 53 - 00141 Roma - Tel. 06/82.36.78 - 06/82.20.88 - Fax 06/82.00.18.52

Via Alessandria, 128/b - 00198 Roma - Tel. 06/442.910.49 - Tel./Fax 06/442.90.410

Babele

Periodico telematico trimestrale
a carattere scientifico
dell'Istituto di Ortofonia srl
via Salaria, 30 - 00198 Roma

Anno IV - n. 15 - luglio 2012

DIRETTORE RESPONSABILE
Federico Bianchi di Castelbianco

RESPONSABILI SCIENTIFICI
Federico Bianchi di Castelbianco
Magda Di Renzo

Iscrizione al Tribunale civile
di Roma n. 63/2009 del 25/02/2009
ISSN 2035-7850

PER INFORMAZIONI SULLA PUBBLICITÀ
06/854.22.56
Fax 06/854.22.56
promozione@babelenews.net
www.babelenews.net

*I numeri cartacei arretrati possono
essere richiesti alla redazione
(le richieste sono subordinate alla
disponibilità dei singoli numeri.
È previsto un contributo per
le spese postali)*

CHI VOLESSE SOTTOPORRE
ARTICOLI ALLA RIVISTA PER
EVENTUALI PUBBLICAZIONI PUÒ
INVIARE TESTI ALLA REDAZIONE
redazione@magiedizioni.com

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

L'immaginale «Mitologie della psiche»

Seminario del 25 febbraio 2012

IL GUARITORE FERITO E LA SUA OMBRA

Il mito di Chirone

*L'esperienza del limite come
dimensione ineludibile dell'anima
del guaritore ferito*

Alfonso Sottile 4

Il guaritore ferito e la sua ombra

Riccardo Mondo 9

Dal mito di Chirone all'arte della psicoterapia

Giusi Porzio 13

Il guaritore ferito: suggestioni archetipiche

Uno strano viaggio

Antonio Napoli 15

Magi informa

18-19

Cinema e letteratura, una lettura psicodinamica La ragazza interrotta

Gelsomina Liguoro 20

I venerdì culturali dell'IdO L'identità femminile

*Il ruolo degli affetti nella formazione
dell'immagine corporea*

Anna Moncelli 24

Luoghi di cura

Una virgola o un punto?

*Una valutazione sull'impatto
della parola scritta visto dalla
prospettiva del paziente*

Janet B. Allyn 28

Percussioni e canto nella musicoterapia universale

Alessandro Francesco Albino 33



Edizioni
Magi

Dal 1 gennaio 2012 tutti i libri sul sito delle Edizioni Magi sono scontati del 15%. D'ora in poi i libri sul nostro sito, comprese le novità, costano meno.

Buona lettura!

www.magiedizioni.com

redazione@magiedizioni.com

«Mitologie della psiche»

Possiamo perciò leggere tutti i documenti e i frammenti del mito rimasti dall'antichità anche come resoconti o testimonianze dell'immaginale. L'archeologia diventa archetipologia, più che una storia letterale essa rivela le eterne realtà dell'immaginazione e ci parla di ciò che è in atto ora nella realtà psichica.

J. HILLMAN

Dal 2008 l'Istituto Mediterraneo di Psicologia Archetipica ha inaugurato un ciclo di seminari dal titolo «Mitologie della Psiche». Questa iniziativa è motivata da una crescente esigenza del nostro gruppo di «attraversare» alcuni dei diversi mitologemi che la grecità ci ha consegnato nel tempo. Ogni mito introduce in uno specifico campo archetipico, ed è all'interno di ognuno di questi che cercheremo di circumambulare la matrice immaginale che il mito consegna alla modernità. Ringraziamo la redazione della rivista «Babele»ù per la collaborazione al nostro progetto con la pubblicazione delle relazioni presentate quest'anno nei nostri seminari.

Riccardo Mondo

Presidente Istituto Mediterraneo di Psicologia Archetipica

Seminario del 24 marzo 2012

Riabilitare Narciso: una cura omeopatica del narcisismo

Narciso o del mito di riverbero

ANTONELLA RUSSO

Psicologo, psicoterapeuta presso il Servizio di Psicologia Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele di Catania, socia impa e psicologo analista in formazione presso il C.I.P.A.

Chi è Narciso? Hillman lo definirebbe una figura del regno intermedio, non del tutto trascendente, non del tutto essere umano corporeo. Narciso è un daimon.

Un daimon che esprime un atteggiamento, un'inclinazione dell'anima, una via immaginativa, del «come se».

Jung affermava che nei processi psichici non esistono vie prive di scopo. Tutto ha importanza, tutto ha un significato.

Il mito ci dà una prospettiva metaforica, è il «come se», che aiuta l'anima a dissolvere le sostanziazioni di sé, trasforman-

dole in prospettive. La metafora è il luogo del «come se» e se il mito ci attrae ci cattura per le prospettive che ci rimanda, per le analogie che aprono le prospettive.

Cosa è che vuole l'anima? Qual è la sua intenzione innata?

L'anima, che costituisce il presupposto di ogni psiche individuale (Jung, ed. it. 1976, p.181), vuole dare un contributo che dia significato alla vita.

«Non possiamo rispondere alle richieste dell'anima con una certezza, con una meta, senza renderci conto, nello stesso

II Ciclo di Seminari

MITOLOGIE DELLA PSICHE

Catania Biblioteca Comunale "Vincenzo Bellini" - Via di san Giuliano 307

I) Sabato 28 Gennaio 2012 ore 9.30 / 12.30
MERCURIUS: LO SPIRITO DELL'INCONSCIO

Modera: Riccardo Mondo
9.30/10.00 Video: Marinella Calabrese
Introduzione al Mito: Mario Tambone
10.00/11.00 Relazione: Bob Mercurio
11.00/11.30 Pausa
11.30/12.00 Suggestioni archetipiche:
Fabrizia Vinci, Lilia Di Rosa 12.00/12.30
Discussione

II) Sabato 25 Febbraio 2012 ore 9.30 / 12.30
IL GUARITORE FERITO E LA SUA OMBRA

Modera: Luigi Turinese
9.30/10.00 Video: Marisa Capace
Presentazione del Mito: Alfonso Sottile
10.00/11.00 Relazione: Riccardo Mondo
11.00/11.30 Pausa
11.30/12.00 Suggestioni archetipiche:
Giusy Porzio, Antonio Napoli
12.00/12.30 Discussione

III) Sabato 24 Marzo 2012 ore 9.30 / 12.30
**RIABILITARE NARCISO: UNA CURA
OMEOPATICA DEL NARCISISMO**

Modera: Giuseppe Castagnola
9.30/10.00 Video: Gianna Tarantino
Presentazione del Mito: Antonella Russo
10.00/11.00 Relazione: Luigi Turinese
11.00/11.30 Pausa
11.30/12.00 Suggestioni archetipiche:
Matteo Allone, Giusi Polizzi
12.00/12.30 Discussione

IV) Sabato 26 Maggio 2012 ore 9.30 / 12.30
EDIPO RIVISITATO

Modera: Salvo Pollicina
9.30/10.00 Video:
Eleonora Chicarella e Loredana Zappalà
Presentazione del Mito: Gabriella Toscano
10.00/11.00 Relazione: Magda Di Renzo
11.00/11.30 Pausa
11.30/12.00 Suggestioni archetipiche:
Raffaella Bonforte, Simona Carfi
12.00/12.30 Discussione



Matteo Allone Psichiatra, Psicologo Analista AIPA, socio IMPA

Raffaella Bonforte Psicologo Psicoterapeuta

Marinella Calabrese Docente di fisica, Psicologo

Marisa Capace Video Performer

Simona Carfi Psicologo Psicoterapeuta

Eleonora Chicarella Psicologo Psicoterapeuta

Giuseppe Castagnola Psichiatra Psicoterapeuta, socio IMPA

Magda Di Renzo Psicologo Analista CIPA, direttore scuola di
psicoterapia per l'età evolutiva Istituto di Ortofonologia

Lilia Di Rosa Psicologo Psicoterapeuta; Presidente ass. Contanimare

Robert Mercurio Psicologo Analista ARPA

Riccardo Mondo Psicologo Analista AIPA, Presidente IMPA

Antonio Napoli Psichiatra Psicoterapeuta

Giusi Polizzi Psicologo Psicoterapeuta, socio IMPA

Salvo Pollicina Neuropsichiatra Infantile Psicoterapeuta

Giusy Porzio Psichiatra Psicoterapeuta

Antonella Russo Psicologo, psicoterapeuta, socio in formazione CIPA,
socio IMPA

Alfonso Sottile Psicologo Psicoterapeuta

Mario Tambone Reyes Medico, allievo CIPA

Gianna Tarantino Fotografa, Ufficio Stampa IMPA

Gabriella Toscano Psicologo Psicoterapeuta

Luigi Turinese Medico, Psicologo Analista AIPA, Presidente Crocevia

Fabrizia Vinci Psicologo Psicoterapeuta

Loredana Zappalà Psicologo Psicoterapeuta

foto e grafica di Gianna Tarantino

momento, che questa meta è una finzione, e che letteralizzarla è un errore, sia pure un errore necessario. E' certezza identificarsi con un significato unico; il proprio e privato significato viene posto in una «posizione di finalit », il che serve soltanto a isolarci, frustrando il nostro innato altruismo, e allontanandoci dalla comunit  umana» (Hillman, ed. it. 1999, p.145).

Questo isolamento   anche pazzia.   importante provare un sentimento per gli altri, perch , e qui si cita Adler, il vero significato della vita   dare un contributo.

Il genio secondo Adler   un uomo speciale che pi  degli altri riesce a percepire la logica ferrea della vita in comune. Il genio   un uomo di utilit  suprema.

Narciso fu punito dagli dei, perch  viveva per s , «per se unum». Era uno degli «entia per se» alla fine un demone, perch  avendo scelto la contemplazione di s  stesso, aveva scisso il senso del proprio esistere dal significato dell'essere.

Narciso specchiandosi a una fonte si innamor  della propria immagine e non riusc  pi  a staccarsi da quella contemplazione; cos  sulla riva dell'acqua illanguidendo mor  e si mut  nel fiore che porta il suo nome e che di preferenza cresce sul margine delle fonti.

Nelle metamorfosi di Ovidio: Narciso era figlio del fiume Cefiso e della ninfa Liriope. Un giorno Cefiso aveva intrappolato nelle curve della propria corrente la bellissima ninfa che rimasta incinta aveva partorito un bambino che gi  appena nato meritava di essere amato. La madre interrog  il vecchio Tiresia, sul destino di Narciso, sentendosi rispondere che egli sarebbe vissuto a lungo «se non avesse mai conosciuto se stesso».

All'et  di sedici anni Narciso era un bellissimo adolescente desiderato da molti giovani e molte fanciulle, ma quella tenera bellezza era di una superbia cos  ostinata, che nessuno riusciva a toccarlo. Narciso aveva deluso molti e un giorno uno di questi disperato lev  le mani al cielo e disse: «Che possa innamorarsi anche lui e non possedere chi ama». La dea Nemese assent  a quella giusta preghiera.

C'era una fonte senza un filo di fango, dalle acque cristalline e argentate, che mai era stata agitata da un uccello o da un ramo caduto da un albero. Tutt'intorno c'era erba, rigogliosa per la vicinanza dell'acqua, e una selva che mai avrebbe permesso a quel luogo di essere intiepidito dal sole. Qui il giovane, spossato dalle fatiche della caccia e dalla calura, si getta bocconi, attratto dalla bellezza del luogo e dalla fonte, ma mentre cerca di sedare la sete, un'altra sete gli cresce: mentre beve, invaghitosi della forma che vede riflessa, spera in un amore che non ha corpo, crede che sia un corpo quella che   un'ombra. Disteso a terra contempla attonito l'essere meraviglioso e desidera senza saperlo se stesso. Quante volte d  vani baci alla fonte ingannatrice! Quante volte tuffa le braccia nell'acqua, ma nell'acqua non si afferra! Non sa che sia quel che vede, ma   proprio l'errore che lo inganna gli riempie il cuore di cupidigia. Ingenuo che stai a cercar di afferrare un'immagine fugace? Quello che brami non esiste; quello che ami, se ti volti, lo fai svanire. Questa che scorgi   l'ombra, il riflesso della tua figura.

Cos  sfinito dall'amore, si strugge e un fuoco occulto a poco a poco lo consuma. La morte buia chiude quegli occhi che ancora ammiravano la forma del loro padrone.

La versione di Ovidio   la pi  nota ma ne esistono altre meno conosciute ma altrettanto illuminanti. La cosiddetta versione ellenica   un compendio di due autori Conone («Narrazioni», 36 a. C- 17d.C.) un greco contemporaneo di Ovidio e Pausania (Guida alla Grecia), vissuto centocinquanta anni dopo Ovidio. La versione ellenica aggiunge una nota crudele a Narciso che stanco di essere assediato da un giovane di nome Amina, gli dona una spada per uccidersi se non fosse stato in grado di tollerare il dolore del rifiuto. Amina si uccise, ma ne l farlo invoc  la dea Nemese per ottenere giusta vendetta.

La vendetta si comp  quando Narciso, contemplando in una fonte la sua bellezza, rest  incantato dalla sua immagine riflessa, innamorandosi perdutamente di se stesso.

Preso dalla disperazione e sopraffatto dal pentimento, Narciso prese la spada che aveva donato ad Amina e si uccise. Dalla terra sulla quale fu versato il suo sangue spunt  l'omonimo fiore.

La versione di Pausania introduce nella storia una sorella gemella, del tutto somigliante a lui e della quale egli si innamor .

Quando questa mor  durante una battuta di caccia, Narciso recandosi alla fonte, vide la sua immagine riflessa, ma pur capendolo non riusc  a distaccarsene perch  vedeva riflessa l'immagine della sua amata sorella e ivi mor  di consunzione.

Cosa colpisce di questa storia con le sue varianti?

Il riflesso, lo specchio, un amore intransitivo.

Jung, sostiene che laddove esiste un'identificazione del S  con l'Io vi   una «espansione della personalit  che oltrepassa i limiti individuali, e produce un «rigonfiamento».

In questo stato si riempie uno spazio che normalmente non si potrebbe occupare. Lo si pu  fare solo appropriandosi di contenuti e qualit  che, pur esistendo in s  e per s , dovrebbero essere fuori dei nostri confini (Jung, 1928c, pp. 141sgg.)

L'entusiasmo dell'Io di fronte alla cosiddetta scoperta del S  si trasformerebbe in un atteggiamento fanatico.

La sopraffazione da parte di un contenuto o una scoperta, non «ha niente a che fare con la natura della scoperta, ma semplicemente col fatto che una nuova conoscenza pu  prender talmente possesso di chi   debole di cervello, da non permettergli di vedere o di udire nient'altro. Egli ne   ipnotizzato, e crede di aver scoperto la soluzione dell'enigma dell'universo. Ma ci  equivale a presumere di s » (*ibidem*, p. 154n).

Hillman sostiene che la cura psichica passa attraverso una visione «in trasparenza». La psicologizzazione accoglie le istanze d'anima tenendola al riparo dai letteralismi astratti



dello spirito oltre che nei letteralismi concreti del corpo.

Chi in me ha questo disperato bisogno di... me?

«Il vedere in trasparenza fino a questo chi dissolve l'identificazione con una tra le tante voci insistenti, che ci riempiono di idee e di sentimenti, guidando il destino a proprio vantaggio» (Hillman, 1983, p. 243).

Bisogna guardare oltre le personificazioni del proprio io, non aderire agli aspetti letterali delle cose così come si presentano.

Le idee sono gli strumenti dell'anima e «l'anima senza idee è vittima degli aspetti letterali ed è soddisfatta delle cose così come so presentano. Non ha alcuna idea che esista qualcosa di ulteriore, è priva di dubbi e di incitamenti a vedere in trasparenza» (*ibidem*, p. 245).

Bibliografia

Jung C.G., «La dinamica dell'inconscio», in *Opere*, vol. 8, Torino, Boringhieri, 1976.

Hillman J. (1983), *Re-visione della psicologia*, Milano, Adelphi, 1992.

Le storie che curano, Milano, Cortina, 1999.

VIII Convegno Nazionale
Ravenna 6-7 ottobre 2012



IL TEMPO DEL MORIRE

Momento fatale o tempo compiuto?

PROGRAMMA*

Sabato 6 ottobre - mattina

- 9.00 Introduzione ai lavori
- 9.30 Quando la coscienza svanisce: correlati neurobiologici **GAETANO DI CHIARA • CAGLIARI**
- 10.00 La morte e il senso della vita **CLAUDIO VERUSIO • MILANO**
- 10.30 *coffee break*
- 11.00 La morte: abisso misterioso tra impotenza e desiderio **FRANCESCO CAMPIONE • BOLOGNA**
- 11.30 Le trasformazioni nella morte e nel morire **MARINO DE MARINIS • ROMA**
- 13.00 sospensione dei lavori

Sabato 6 ottobre - pomeriggio

- 15.00 Il vissuto del morire nel T.A. Avanzato **GIOVANNI GASTALDO, MIRANDA OTTOBRE • TREVISO**
- 15.30 Il ciclo Vita-Morte: uno studio con l'abreazione autogena **LUIS GONZALEZ DE RIVERA • MADRID (E)**
- 16.00 Il senso della fine tra scelta e sincronicità **ENRICO PERILLI • L'AQUILA**
- 16.30 *coffee break*
- 17.00 Un tuffo in mare: un'immagine pittorica occidentale dello stato intermedio fra morte e annullamento **GIUSEPPE MARIA VADALA • MILANO**
- 18.00 L'ultimo sogno: il ritorno al Tutto **BARBARA CORRIAS • CAGLIARI**
- 18.30 sospensione dei lavori

Domenica 7 ottobre - mattina

- 9.00 I sogni premonitori di morte alla luce della *Katopnishad* e della psicologia del profondo **HERWIG SAUSGRUBER • BREGENZ (A)**
- 9.30 Varcare la soglia segreta... oltre ogni limite, oltre ogni sogno, oltre ogni immaginazione **FRANCO LA ROSA • PALERMO**
- 10.30 *coffee break*
- 11.00 La morte è puntuale? Una riflessione sulla sincronicità **RAFFAELLA ADA COLOMBO • LUGANO (CH)**
- 11.30 *Ars moriendi*: l'ultimo atto creativo **CLAUDIO WIDMANN • RAVENNA**
- 12.00 sintesi conclusive
- 12.30 questionari ECM
- 13.00 chiusura del convegno

SEDE: Sala D'Attorre di Casa Melandri - via Ponte Marino, 2 - Ravenna

QUOTA DI PARTECIPAZIONE: €80,00 (+IVA) per gli studenti - €100,00 (+IVA) per i soci - €130,00 (+IVA) per i non soci
MODALITÀ DI PAGAMENTO: Conto Corrente Postale n. 35531573 intestato all'I.C.S.A.T., via Pasolini 60 - 48121 Ravenna
PER INFORMAZIONI E ISCRIZIONI: Edizioni Magi - 06.99.703.800 - segreteria@magiedizioni.com

* Il programma del convegno può essere soggetto a qualche variazione.



Il guaritore ferito e la sua ombra

RICCARDO MONDO

Psicologo, analista junghiano, presidente dell'Istituto Mediterraneo di Psicologia Archetipica, Catania

Noi psicologi – come tutti gli esseri umani – dobbiamo essere «modesti». Il nostro sapere e la nostra conoscenza dell'animo umano sono molto limitati. Il miracolo dell'anima è molto più grande della nostra capacità di comprenderlo (Guggenbühl-Craig, 1992, p. 147).

Il punto fondamentale di connessione tra paziente e terapeuta è la ferita, elemento di unione che annulla ogni differenza. La ferita è una frattura che scardina gli equilibri, una caratteristica costante nei miti qui presentati. Uno squarcio che lacerava gli equilibri di Chirone, che lo rende vulnerabile. La consapevolezza della propria ferita è necessaria al terapeuta; affinché egli curi, avremo bisogno non solo della sua competenza tecnica ma anche del sentimento che il terapeuta, che non dimentica la sofferenza, può utilizzare. La ferita compromette la visione che abbiamo di noi e del nostro mondo. Jung ha scritto che

È possibile che stiamo guardando il mondo dalla parte sbagliata e che potremmo trovare la risposta giusta se cambiassimo punto di vista e lo considerassimo dalla parte opposta, ossia non dall'esterno ma dall'interno (Jung, 1960, p. 265).

Se meditiamo su queste parole, e cambiamo il nostro punto di vista, guardando il mondo, non dall'esterno, ma dall'interno, «...potremmo trovare la risposta giusta». In questo modo ogni lacerazione dell'involucro psichico diviene un'apertura che fornisce una nuova visione delle cose. Il nostro obiettivo terapeutico è che la ferita psichica possa divenire una feritoia, che permetta di osservare diversamente la realtà, al di là della protettiva forza della nostra quotidianità (Carotenuto, 1998, p. 5). La trasformazione della ferita in feritoia è un tema fondamentale del percorso individuativo. Cosa necessita alla ferita per divenire feritoia? Partiamo dal senso di diminuzione che infligge al nostro ego. Quell'insopportabile alterazione di equilibri riduce la considerazione che abbiamo di noi, del nostro valore. Indebolisce l'occulto sentimento di onnipotenza e di totale autonomia, che a esso è connesso, spingendo l'individuo ad accettare la cura. Il sintomo è il grande maestro della stanza terapeutica, fonte di ogni meditazione tra il terapeuta e il paziente. Nessuna terapia è possibile se l'individuo non si accosta ad ascoltarne il contenuto, poiché nel suo mistero si nasconde la storicizzazione di un archetipo. Invece dovremo avvicinare l'occhio alla ferita, intimamente prendendocene cura. La lezione di Jung non va di-

menticata, «... ogni fenomeno psicologico è un simbolo, se si suppone che esso affermi o significhi anche qualcosa di più e di diverso che per il momento si sottrae alla nostra conoscenza» (Jung, 1921, ed. it. p. 485). Il sintomo psichico è quindi un'interrogazione simbolica, che può aprire la coscienza a un'arricchente eccedenza di senso. La ferita si trasforma in feritoia, avvicinandosi a quella lacerazione che un occhio distratto definirebbe uno sgradevole squarcio. Poi, con cautela, si osservi quel mondo che si dispiega dentro questa piccola apertura. La cancellazione coatta del sintomo debilita l'individuo svuotandolo di significato. L'adattamento forzato interrompe le connessioni alle energie archetipiche sottostanti e impedisce di riceverne il necessario nutrimento. Per diventare degno testimone del sintomo, il terapeuta deve necessariamente aver affrontato la scissione dell'archetipo guaritore-ferito. Solo lo psicoterapeuta che si accosta umilmente alla meditazione sulla ferita può favorire il superamento della scissione dell'archetipo rappresentato; in questo modo divenendo «compagno di viaggio» del suo paziente. Per fare questo è necessario il superamento di una posizione terapeutica monologica, e giungere ad una vera costruzione dialogica nella terapia. Si potrebbe altrimenti essere tentati di riunificare l'archetipo del guaritore-ferito tramite l'esercizio del potere da parte del terapeuta, che impone al paziente la sua visione della cura. In questo caso il paziente si cristallizza nella condizione di malato che si affida con atteggiamento idealizzante al terapeuta, riconoscendo solo in lui le virtù del guaritore. Questo ha conseguenze nefaste per l'individuo che si sottopone alla cura psichica e nel paragrafo che segue descriverò una situazione clinica di questo tipo.

IL TERAPEUTA DISTRUTTIVO

Lo psicoterapeuta che, per certi versi, è un individuo particolarmente inconscio, è ancor più degli altri soggetto all'ombra archetipica. I suoi sforzi sono diretti ad aiutare le persone liberandole della loro distruttività; per otto ore al giorno incontra individui che desidera strappare alla distruttività e ricondurre alla salute e alla gioia di vivere, ma il suo tentativo lo espone a richieste eccessive. Tanta buona volontà cosciente costella necessariamente una quantità più o meno uguale di cattive intenzioni e distruttività inconscie (Guggenbühl-Craig, 1983, ed. it. p. 104).

Sommessamente Michele mi parla della sua precedente terapia con il dottore X e ancora una volta si riaffaccia l'ombra del terapeuta distruttivo. Quanta frustrazione nel confrontarsi con il potenziale disgregante che ogni terapia contiene! Da mesi mi racconta di questa alienante relazione e so quanto gli costi, quanto lo addolori. Questa ferita è ancora sanguinante, mal curata e purulenta. Michele ha trascorso anni all'interno di un rapporto terapeutico raggelante che non ha modificato il suo copione esistenziale. Ancora oggi dal corpo di uomo maturo emerge lo sguardo di un ragazzo rabbrivito, si affaccia una sordida paura, che si trasforma in acquiescente adeguamento. Come ritrovare la spontaneità? È totalmente incatenato alle mie azioni; conversando, qualunque sua espressione

si conforma alla mia. Un antico schema relazionale caratteristico della precedente terapia? Saranno veramente andate così le cose tra Michele e il dottor X? È vero che io ascolto solamente il racconto che quest'uomo fa di quella relazione, ma ciò che riferisce è profondamente radicato in lui. Mi rivela i dettagli di un campo terapeutico pietrificante, che irradiava ogni angolo della sua quotidianità. Racconta di averci provato a comunicare che non funzionava, ma ogni sua manifestazione d'insofferenza era sistematicamente bollata dal dottor X, che lo accusava di resistere, di difendersi dalla terapia. Resistenza all'analisi, resistenza al cambiamento, resistenza all'adattamento sociale... e così anche Michele aveva imparato a resistere passivamente a questa relazione. Nel frattempo gli anni trascorrevano all'interno di questo insoddisfacente rapporto. Il dottor X è un apprezzato terapeuta; possibile che offrisse al suo paziente delle interpretazioni preconfezionate, da assumere sistematicamente a guisa di un protocollo farmacologico? Ma il medico scrupoloso contestualizza sempre ogni suo intervento, tarandolo sulla singola individualità. L'uso improvviso di un farmaco può scatenare pericolosi effetti collaterali. Allo stesso modo, nella psicoterapia si evita di adagiarsi sulla reiterazione linguistica di alcune metafore psicologiche, teoricamente pregnanti, per evitare di renderle nient'altro che dei sintagmi cristallizzati. La stereotipia interpretativa comunica qualcos'altro? Orientare forzatamente l'ascoltatore a un'opinione esprime il desiderio della sottomissione altrui. Il paziente diviene una marionetta che danza al ritmo di significati precostituiti, anche in questa forma si esprime la distruttiva ombra del terapeuta. E l'argomentazione della resistenza alla terapia è una delle stereotipie interpretative più abusate. L'argomento sollevato da Michele è inquietante, potrebbe essere stato rilevato anche da alcuni miei pazienti? Quante volte l'ombra del terapeuta offusca la relazione terapeutica? Che si presentino figurazioni oscure in questa stanza è normale quanto necessario. L'ombra è un elemento costitutivo del nostro essere; ogni essere vivente porta costantemente con sé elementi non integrati e non integrabili della sua personalità. Essa si manifesta attraverso gli improvvisi attacchi che infligge alla nostra capacità di adattamento ambientale, o con le costanti erosioni che provoca nelle nostre relazioni più intime, malgrado tutta la nostra buona volontà affinché ciò non accada. Ma tra le minacciose figure negative che attraversano la stanza, questa inquieta maggiormente poiché tocca l'immagine del curatore, l'essenza stessa di questa professione. Discutere del terapeuta distruttivo, oggi incarnato dal dottor X, è affacciarsi sull'errore umano che potrebbe spingerci al lato oscuro della cura. Per questo sfondo archetipico, ogni argomento affrontato con Michele appare tetro, le pause tra di noi inquietanti, come se preludevano a una violenta irruzione inconscia. Non riguardano solamente il mio paziente, è l'ombra del potere che è sollecitata. Una fantasia di dominio sull'altro si acquatta nel terapeuta; un pensiero, mai totalmente sopito, recita che la conoscenza e la pratica analitica possano rendere superiori e completamente sanati¹. Ha scritto Bianca Garufi che



più il terapeuta crede di essere sano, e che il guasto sta solo in chi gli sta di fronte, più cresce la distanza tra i poli dell'archetipo ferito-guaritore. Il rischio per lui sarà di installarsi su un unico polo, ovviamente quello del guaritore, con il quale finirà per identificarsi, sbarazzandosi della propria umana realtà, della propria debolezza per proiettarla a chi gli sta vicino, i pazienti, i colleghi, i familiari, gli amici (in Guggenbühl-Craig, 1983, p. XI).

Ogni terapia psicologica contiene in potenza l'oscura possibilità di coartare le potenzialità del paziente con l'adeguamento a un modello di cui il terapeuta è esempio. Rimossa la complessità delle forze archetipiche agenti, ogni comportamento terapeutico rischierebbe di apparire valido per il fatto di essere congruo con le teorie di riferimento². Ritornando a Michele, inizialmente ho provato a rassicurarmi; è probabile che il suo stile vittimistico di narrazione sia caratteristico di quei pazienti che, come i figli immaturi con i propri genitori, si lamentano qualsiasi cosa i terapeuti abbiano fatto per il loro benessere. Non mi è dato conoscere le condizioni di Michele prima della precedente terapia. Potrebbe essere stato necessario questo passaggio evolutivo; ma non è sufficiente questa difesa d'apparato che pone il terapeuta sopra le possibili colpe e responsabilità. Ripeterei con Michele il copione del genitore al di sopra delle parti, che egli ha sperimentato molto bene. Ma come discernere obiettivamente la qualità di una relazione di cura? Il terapeuta in un bagno quotidiano di umiltà, dovrebbe riesaminare costantemente le proprie relazioni ed evitare l'accanimento terapeutico. Se è essenziale affrontare le difese che impediscono l'evoluzione del trattamento, al contempo si dovrebbe accettare che l'elemento umano è ineliminabile, e che questo ci rende adatti a essere dei buoni terapeuti solo in alcuni casi e meno in altri. D'altra parte quanto è frequente l'accanimento terapeutico in rapporti strutturalmente disfunzionali? Siano esse relazioni amorose, d'amicizia, familiari. Si ricercano soluzioni impossibili, ci si assume la totale responsabilità. Incantati allo specchio d'acqua di Narciso, si vorrebbe modulare tutto al proprio bisogno, poiché la relazione deve funzionare. Determinare la disfunzionalità di una relazione è una fantasia di controllo narcisistico, poiché l'altro diviene lo specchio di un oggetto interno dipendente dalle nostre illimitate capacità trasformative. Questa difficoltà a cogliere la struttura relazionale di un conflitto, è un'ombra, neanche velata, della nostra primaria onnipotenza. Ma l'ombra della relazione terapeuta-paziente distrugge solo se non è consapevolmente analizzata. In questa fase della nostra relazione è molto importante che la sfiducia di Michele si manifesti; che la sua frustrazione verso il fallimento terapeutico venga fuori. Il terapeuta, custode del setting, deve poter essere attaccato, senza però essere distrutta la possibilità di cura. Michele acidamente evidenzia che sono meno autorevole, più volte precisa che mi avverte meno rassicurante. Con brevi commenti salaci ripete provocatoriamente una serie d'interrogativi. Sarò meno esperto? Avrò già trattato casi come il suo? La lieve inflessione dubitativa delle mie restituzioni lo irrita ulteriormente. Non ci sono grandi certezze tra noi. E poiché alla radice delle relazioni significative, gli affetti stanno embricati e confusi tra di loro, facciamo anche i conti con il senso di perdita di questo legame precedente. I

fallimenti relazionali creano spesso attaccamenti più intensi da elaborare. Costellano delle figure fantasmatiche oscure che ci limitano, deprezzano, depotenziano. Queste ultime sono rassicuranti nel limitare il nostro campo vitale, privano del difficoltoso compito di vivere autonomamente. «Ecco il solco della strada, ecco le indicazioni, seguile e non fare altro!». Il dottor X appariva sicuro, forte, preciso. Dal suo scranno di autorevole terapeuta, non avrebbe mai messo in dubbio le proprie interpretazioni. «In quella stanza non si sollevavano dubbi, i conti tornavano sempre». Così Michele aveva cominciato a imitare il Maestro, poiché, come Leonard Zelig³ che Woody Allen ha splendidamente rappresentato, un'ombra mimetica e conformista è acquattata dentro di noi, per plasmarci sul modello di una figura idealizzata. È sempre rassicurante affrontare il non-essere, tramite l'identità posticcia che l'emulazione altrui offre. Michele era diventato in quegli anni apparentemente più solido e distaccato, impenetrabile. Con idee sempre più forti, sempre meno discutibili, si era trovato al contempo sempre più solo. La sua vita sociale stava andando a rotoli e lui si era arroccato in un'eburnea torre. Si era specializzato a vivere ripiegato su se stesso, con l'anima accartocciata dentro un'inefficace armatura. Oggi lo riconosce: in quello spazio terapeutico Michele avvertiva la grigia tonalità di una lotta di potere. Una lotta tra il terapeuta, che sapeva sempre cosa avrebbe dovuto fare l'altro e Michele, che malgrado non condividesse il terapeuta, non osava credere alle proprie idee. Non avendo la forza di contrastarlo, l'unica possibilità era la cristallizzazione del conflitto, che paralizzava ulteriormente la sua capacità decisionale. In questo modo Michele esplicita il campo relazionale, attivo anche tra di noi. Il mio paziente, al di là dei possibili collegamenti con un precedente terapeuta collusivo, mi consegna l'immagine di un genitore interno castrante al quale si sente intensamente legato. Un terapeuta è distruttivo allorché, come dicevamo, appare privato delle sue umane ferite. Riprenderò qui una delle citazioni di Guggenbühl-Craig che, in esergo, aprono questo scritto: «Noi psicologi- come tutti gli esseri umani – dobbiamo essere “modesti”. Il nostro sapere e la nostra conoscenza dell'animo umano sono molto limitati. Il miracolo dell'anima è molto più grande della nostra capacità di comprenderlo». Si ha il dovere di tenere a mente la modestia necessaria alla pratica terapeutica, tanto elevato è il rischio, per la potente presenza dei lati distruttivi, di smarrirne l'essenza. Nel caso di Michele un'indicazione della trasformazione del campo archetipico è arrivata dal mondo inconscio: sono apparsi una serie di sogni in cui il dottor X appariva mal vestito, febbricitante, con delle patologie agli arti inferiori. Un'immagine di guaritore ferito, finalmente umano, si manifesta ora tra me e lui. In questa serie di sogni, le ferite del terapeuta riconnettono l'ombra al suo portatore, depotenziandone gli effetti distruttivi. Tale caducità corporea fa venire in mente la zoppia che caratterizza alcune figure mitologiche del guaritore ferito. È molto importante per Michele che il terapeuta impari a zoppicare dignitosamente di fronte agli altri. Ora nell'immaginario onirico di Michele il binomio paziente-guaritore non è più suddiviso tra Michele e il terapeuta, ma appartiene allo stesso individuo, il dottor X del sogno. Paradossalmente sa-

nato poiché finalmente ferito, il guaritore interno di Michele potrà assumere i tratti di un novello Chirone? Riusciremo insieme a lenire le sue profonde ferite?

John Ronald Reuel Tolkien, nel romanzo mitologico *Il Signore degli anelli*, affida a Frodo Baggins il compito di portare l'anello del potere, appartenente a Sauron, il Signore Oscuro, alla distruzione. Frodo Baggins, a rigor di logica è il meno adatto; la specie degli Hobbit è caratterizzata da una bassissima statura (sono definiti mezz'uomini), inoltre rispetto ad altri suoi compagni d'avventura, egli è privo sia della conoscenza della magia, che della potenza delle armi dei cavalieri. Neanche le astuzie di corte lo aiutano. Frodo, con i suoi amici hobbit, ha sinora vissuto una vita agreste, semplice, comune. Eppure il più potente tra gli elfi nella Terra di Mezzo, Elrond, a lui affiderà questo compito. In tutta la potente Compagnia dell'Anello, composta da maghi, elfi, cavalieri, nani, sarà lui il prescelto ad essere il portatore dell'anello, poiché egli è l'unico in grado di reggere il peso di quest'Ombra. Nessun altro potrebbe farlo, senza farsi irretire dal lato oscuro del magico potere. Nel romanzo *Il Signore degli anelli* anche il saggio Gandalf potrebbe perdere il lume della ragione, sotto la spinta di forze oscure. In un dialogo illuminante, tra Gandalf e Frodo, l'hobbit che ha scoperto il terribile potere dell'anello che ha in custodia, è spaventato dall'enormità di questo compito e vorrebbe passare il magico monile al suo Maestro. E così lo implora:

«Ma possiedo talmente poco di tutto ciò! Tu sei saggio e potente, prendilo tu l'Anello!». «No!», gridò Gandalf, saltando in piedi, «Con quel potere, il mio diventerebbe troppo grande e troppo terribile. E su di me l'Anello acquisterebbe un potere ancora più spaventoso e diabolico... Non mi tentare! Non desidero eguagliare l'Oscuro Signore. Se il mio cuore lo desidera, è solo per pietà, pietà per i deboli, e bisogno di forza per compiere il bene. Non mi tentare! Non oso prenderlo, nemmeno per custodirlo senza adoperarlo. Il desiderio sarebbe troppo irresistibile per le mie forze» (Tolkien, 1966, pp. 96-97).

Gandalf rifiuta, saggiamente, di indossare l'anello destinato a Frodo. Il mago bianco accompagnerà il nostro hobbit nell'epico percorso, sino a un certo punto. Le strade si separeranno, la Compagnia dell'Anello si scioglierà procedendo per vie diverse e Frodo, accompagnato dal fido Sam Gamgee (anch'egli un hobbit), dovrà proseguire senza la protezione dei suoi amici, sino alla distruzione dell'anello del Male all'interno del monte Fato. Come Frodo Baggins, ogni paziente deve custodire il suo anello dal potere oscuro, senza affidarlo a nessuno, neanche al suo terapeuta, che dovrà accortamente rifiutare di accettarlo, perché si potrebbe indossare, malgrado le buone intenzioni, la veste oscura del terapeuta distruttivo. A volte il terapeuta distruttivo assume il controllo del male altrui, «a fin di bene», convinto di poter controllare le forze psichiche oscure. Dèi e demoni albergano in noi e dimenticarne la loro esistenza è l'errore più grave per un terapeuta. Il terapeuta distruttivo non amplifica ma semplifica. Munito di un piccolo imbuto, che la sua snellente teoria offre, fa passare tutto di lì e distrugge, semplicemente ignorando, l'enorme flusso di vita psichica che si disperde, tracimando dalla sua stretta imboccatura.

NOTE

¹ A conferma dell'attualità di questo problema, si osservino le diatribe (intellettuali?) sviluppatesi nel corso della storia della psicologia tra differenti correnti della psicoanalisi – freudiana, kleiniana, lacanianiana, junghiana, adleriana, ecc. – o ancor di più tra diversi modelli psicologici, finalizzate alla costruzione di un pensiero unico dominante, tramite l'annullamento culturale di modelli psicologici differenti dal proprio.

² Osserva Antonino Ferro che «la teoria è molto satura, deriva da un alto grado di astrazione, se usata in seduta prevarica il materiale. Laddove il modello è insaturo, è un'invenzione giorno per giorno, è una scoperta provvisoria fatta in seduta...» (1996, p. 10).

³ Leonard Zelig è il protagonista dell'omonimo film diretto da Woody Allen nel 1983. Zelig è ricoverato in ospedale poiché vittima di una ignota malattia che si manifesta nell'assunzione psicosomatica di tratti caratteristici di specifici individui e/o di alcuni gruppi sociali con cui viene a contatto. Bruno Bettelheim, presente nel film in qualità di attore di se stesso, definisce Zelig «il conformista per antonomasia».

BIBLIOGRAFIA

CAROTENUTO A., *Lettera aperta a un apprendista stregone*, Milano, Bompiani, 1998.

GUGGENBÜHL-CRAIG A. (1983), *Al di sopra del malato e della malattia*, Milano, Cortina, 1987.

JUNG C. G. (1921), «Tipi Psicologici», in *Opere*, vol. VI, Torino, Boringhieri, 1969.

JUNG C. G. (1960), *Lettere*, in 3 voll., Roma, Edizioni Magi, 2006.

TOLKIEN J.R.R. (1966), *Il Signore degli Anelli*, Milano, Rizzoli, 2000.



IL FONDAMENTO SCIENTIFICO NELLE ARTI TERAPIE.
CAPIRE I PERCHÉ PER IMPARARE IL PERCOME.

Master Triennale di Artiterapie ad Orientamento Psicofisiologico.
Scuola di formazione multidisciplinare per psicologi, medici ed esperti del settore artistico, creativo, filosofico. Direttore Scientifico Prof. Vezio Ruggieri.

Per informazioni e prenotazioni 335/6433973 - scuolartiterapie@aepcis.it
www.artiterapie-psicofisiologia.it



ACCADEMIA DI STORIA
DELL'ARTE SANITARIA





Dal mito di Chirone all'arte della psicoterapia

GIUSI PORZIO

Psichiatra, psicoterapeuta, socia IMPA, responsabile Sert Margherita di Savoia

Ho desiderio di avviare questa riflessione sul mito del Guaritore Ferito partendo dall'esperienza che quotidianamente viviamo noi operatori della salute (termine, già questo, che indica una posizione dell'Io che identifica la salute coincidente con il benessere fisico, psichico, economico e sociale.) Ancora salute come efficienza, da ottenere nel minor tempo possibile e al minor costo possibile. Noi medici, psicologi e psicoterapeuti che giorno per giorno siamo in contatto, da un lato con la sofferenza del paziente che chiede prima di ogni altra cosa di essere ascoltato, accolto nella sua paura profonda di trovarsi in un cosmo totalmente sconosciuto, il cosmo della malattia, con tutte le fantasie distruttive connesse, dall'altro con le richieste diagnostiche, i protocolli terapeutici, le linee guida, i tempi stretti, le liste di attesa e quant'altro le Asl in cui lavoriamo ci richiedono. E l'elemento su cui si incentra giorno per giorno questo incontro-scontro è il sintomo. Nella pratica clinica infatti ci si trova continuamente ad avere a che fare con il sintomo. La richiesta che viene avanzata continuamente al terapeuta è quella di liberare il povero paziente da tanta, inutile, sterile sofferenza. Dare immediatamente una lettura del sintomo, che spesso non permette un inserimento *adeguato* al suo portatore all'interno del sociale, creando così un disadattato, un emarginato, insomma, un malato che non può beneficiare di tutte le buone possibilità che una società così consumistica, così *avanzata* offre.

Per poter risolvere nel più breve tempo possibile questi *problemi del paziente*, il terapeuta è la soluzione adeguata. A lui sì che si può chiedere. Non è forse lui il detentore del sapere? Non è forse lui che ha il potere sul malato e sulla malattia?

Ma il terapeuta, dal canto suo, come vive l'urgenza della richiesta? Se presta la propria opera all'interno della struttura istituzionale, *deve* in qualche modo adeguarsi alle aspettative che gli altri nutrono nei suoi confronti ed *esibire* il proprio *sapere*, preoccupandosi in maniera prioritaria di formulare una diagnosi. *Conoscere*, insomma, nella maniera più sintetica possibile il paziente, per poterlo etichettare in fretta e inserire, così, nello schedario del già noto.

Entra in azione tutto il bagaglio testistico acquisito; ci s'inizia a interrogare: «Ma che paziente difficile da capire! Chissà s'è diventato prima psicotico e poi insufficiente mentale, o se è vero il contrario?»; «Ma via, quali dubbi dottoressa,

cerchi di scoprirlo. È fondamentale saperlo!»; «Quante domande, quante prove, quanto lavoro!»; «Ma mica crederà, dottoressa, di scrivere tutte queste cose? E chi ha mai il tempo di poter leggere tanta prolissità. Due righe, bastano due righe!». Il terapeuta chiude così il suo giro esibizionistico e può restituire al paziente una diagnosi. Ora il poveretto sa qual è il suo male. Il paziente è per caso anche esigente? Vuol anche rimediare? Non c'è problema. Esiste un'ampia gamma di pillole colorate che hanno il pregio di cancellare il fastidioso sintomo e poi c'è anche la psicoterapia, che può correggere tutto ciò che in lui è inadeguato, per renderlo finalmente *normale* e, perché no, come chi l'ha curato!

A un livello più profondo, invece, il sintomo viene accolto; è il benvenuto perché offre al suo portatore la possibilità di capire, di conoscere ciò che per altra via non gli sarebbe stato possibile nemmeno intuire. Il sintomo porta infatti con sé la caratteristica dell'urgenza che fa muovere finalmente il soggetto; lo *costringe* a fare qualcosa. Se andiamo all'etimologia della parola, dal greco *symptomata* (avvenimento fortuito) derivato di *sympiptein* (cadere), composto di *syn* (insieme) e *piptein* (cadere), risulta evidente che il sintomo rimanda a qualcos'altro, a ciò che *cade insieme*.

Il paziente può quindi sfruttare questa situazione di disagio per recuperare a sé ciò che inconsapevolmente porta in sé.

Io credo che il medico in generale e il terapeuta nello specifico, nell'immaginario collettivo e nelle situazioni che minano la salute fisica e psichica, venga visto inevitabilmente un po' come il mediatore tra il mistero della vita e il mistero della morte, perché ognuno di noi, quando sente che la morte potrebbe essere vicino, ha bisogno di poter credere che esiste qualcosa o qualcuno che, al di là delle conoscenze tecnico-scientifiche, possa produrre per lui qualcosa di speciale per salvargli la vita. Credo che, più o meno consapevolmente, questo sia un bisogno profondo, una sorta di ineliminabile riflesso di sopravvivenza.

Affinché ciò possa avvenire è indispensabile che anche il terapeuta sappia, conosca la ricchezza del sintomo. Ma questa capacità, da parte del terapeuta, non è comunque immediata, né è solo frutto di una solida preparazione teorica.

Per diventare degno testimone del sintomo, il terapeuta deve necessariamente aver superato dentro di sé la scissione dell'Archetipo «Guaritore-Ferito».

Nelle mitologie della psiche l'Archetipo del «Guaritore-Ferito» è ben rappresentato dal mito di Chirone, uomo nella parte superiore del corpo e cavallo in quella inferiore, immortale perché figlio di Crono e Filira e profondamente umano per la sua piaga inguaribile. Una sorta di *mediatore*, un ponte, un punto di contatto tra il mondo fisico e quegli aspetti intangibili del nostro essere come il pensiero, la coscienza, lo spirito. Chirone simboleggia anche l'apprendimento inteso come conquista di una nuova consapevolezza che genera comprensione dentro di sé. La saggezza, la pazienza che Chirone acquisì attraverso il dolore gli consentì di prendersi cura degli altri alleviandone le sofferenze con abilità e compassione.

Provo a immaginare quello che Chirone provò, una volta ritiratosi nella sua grotta, dopo aver tentato con tutte le sue arti mediche di guarire la propria ferita senza riuscirci... Chirone volle morire ma la sua stessa immortalità lo condannava a una vita eterna di dolore.

Fu preda della disperazione. La ferita era infetta e puzzava. Insieme al dolore cominciò la solitudine abissale di chi non ha mai pace, di chi si sente abbandonato dalla voglia di vivere. Ripenso a quanto spesso questo accade nelle nostre vite e in quelle dei nostri pazienti: la fantasia di essere totalmente impotenti di fronte al cosmo terrifico della malattia... di non farcela di fronte ai nostri complessi... Il desiderio di morire di Chirone, che corrisponde alla fantasia farla finita, di *metterci una croce sopra* i nostri complessi. Ma paradossalmente è proprio questa impossibilità di fuggire, questa «Coincidentia Oppositorum» tra Vita e Morte, questo doversi rassegnare alla sofferenza mantenendo la vita, che permette di fare il passo successivo.

Chirone infatti ogni giorno, prima di prendersi cura dei suoi allievi, era costretto a prendersi cura di sé e della propria ferita per poter poi essere efficiente e presente al suo ruolo. Qui, accanto all'aspetto demiurgico del sapere e dell'arte, emerge il dolore contenuto nella comune matrice umana, corporea e mortale, che unisce, al di là dei ruoli, medico e paziente.

Per poter curare, il medico non deve mai pensarsi separato dal suo aspetto di paziente.

Per Jung lo strumento più efficace dello psicoterapeuta è la sua personalità. Quindi, implicitamente, l'unica disciplina efficace per lo psicoterapeuta è la coltivazione incessante ed inesauribile di quella stessa personalità. La pariteticità di psicoterapeuta e paziente, che Jung per primo ha invocato, ha il suo limite nell'unica disparità reale e moralmente consentita, che è quella di un maggior progresso nella costituzione della personalità da parte del terapeuta rispetto al paziente. La situazione analitica è l'incontro di due pazienti, uno dei quali ha cominciato la sua analisi prima dell'altro.

Desidero ora parlare di quella che è la mia esperienza di Guaritore-Ferito, attraverso l'approfondimento terapeutico di una mia paziente che chiamerò Stella.

Stella giunge in terapia cinque mesi fa con una diagnosi di «Psicosi schizoaffettiva in paziente anoressica». Psicologa.

40 anni. Primogenita di tre figli, vive ancora nella famiglia di origine. Da quindici anni in trattamento farmacologico con antipsicotici. Attualmente assume, ufficialmente, olanzapina. Una volta al mese fa la fiala di long-acting. Sempre una volta al mese viene portata obbligatoriamente a visita dalla psichiatra che le controlla la terapia in presenza dei genitori. È evidente una coartazione dell'identità. Quando è giunta in terapia, Stella si presentava come una persona estremamente seduttiva, bionda ossigenata, gli abiti molto attillati, quasi sconci, che mettevano in evidenza un corpo palestrato, sorriso eccessivo stampato sulla bocca, totale condiscendenza adesiva ai fuori. Due erano le sue preoccupazioni fondamentali:

- il mantenimento ossessivo della magrezza del corpo (attualmente pesa 53 Kg), che cura con un impegno esagerato con dieta, palestra, ciclette, trattamenti di bellezza, assunzione ormai da parecchi anni di terapie dimagranti;
- il controllo totale della sua parte emotiva, che «non deve assolutamente venir fuori, altrimenti la mette nei guai». Stella si è abituata negli anni a nascondere e a mascherare, attraverso vari meccanismi, la sua vera essenza, per il terrore che gli altri possano comprendere qual è la sua diagnosi. Tra l'altro la sua laurea in psicologia ha rafforzato questo atteggiamento difensivo.

In terapia affiora una relazione materna molto disturbata. Stella mi descrive la madre come una donna-uomo, rigidissima, totalmente anaffettiva, incapace di curare i figli, cattiva. La madre è insegnante di religione. La conflittualità con la madre è molto antica e nell'epoca adolescenziale si acuisce a causa del desiderio che affiora in Stella di manifestare la sua femminilità, che invece viene radicalmente castrata dalla madre. Stella a 10 anni riesce ad iscriversi a una scuola di danza che frequenta forsennatamente per 12 anni. Questo la porta anche a cominciare a controllare ossessivamente il suo peso e la sua forma corporea. Non accetta i cibi preparati dalla madre e comincia a pensare che la madre voglia avvelenarla. La motivazione inconscia che è affiorata in terapia era il desiderio, attraverso la danza e il controllo del peso, di mantenere le gambe sottili e agili, non come quelle della madre che invece erano grosse e tozze. Si riesce a intuire che Stella già dai dieci anni volesse inconsciamente differenziarsi, attraverso una *sottilezza* del corpo e del pensiero, dall'immagine materna estremamente grossolana e materialista.

Stella descrive il padre come una figura debole, succube della moglie, che lo ha sempre apostrofato come cretino e stupido. Il padre di Stella, per sfuggire alle grinfie della moglie, ha sempre mantenuto una distanza affettiva anche nella relazione con i figli. Nonostante questo, però, Stella ha stabilito un legame di forte dipendenza dal padre. Stella descrive anche il suo nucleo familiare come molto promiscuo, senza confini tra le intimità personali, ove finanche le funzioni fisiologiche vengono svolte alla presenza di chiunque entri nel bagno.



Ha studiato Psicologia a Roma e mi parla del periodo universitario come di una fase finalmente di libertà dalle oppressioni familiari. In quel periodo aveva molti amici e aveva cominciato a usare sostanze stupefacenti. Ha cambiato colore ai capelli e da bruna è diventata bionda ossigenata. Si era fidanzata con un ragazzo, anche lui tossicodipendente. Quando questa storia è terminata, dopo tre anni di totale immersione nel dionisiaco, Stella è tornata a casa e ha tentato di buttarsi dal treno. Da quel momento è iniziata la trafila degli psichiatri, cui la obbligava la madre, con la diagnosi di «Psicosi schizoaffettiva in paziente anoressica» e la terapia antipsicotica.

In questo contesto Stella decide, per la prima volta in vita sua, di avviare una terapia analitica e riesce a comunicare questa sua decisione ai suoi genitori, che accettano, sia pure a mala voglia e senza grande fiducia. Nel setting terapeutico Stella, per la prima volta, ha imparato ad affidarsi e a non avere terrore delle sue emozioni. Ha cambiato colore ai capelli che, da biondi ossigenati, ha riportato al suo colore naturale castano. Gli atteggiamenti seduttivi sono notevolmente regrediti in favore di una maggiore autenticità e capacità di esporre le proprie idee. Gradualmente ha cominciato a prendere consapevolezza dei meccanismi di scissione che utilizzava per difendersi dal dolore. Questo ha portato a una graduale riduzione, fino all'eliminazione totale, della terapia con olanzapina, con miglioramento sugli effetti collaterali di aumento del peso, e regolarizzazione del sonno. Anche l'im-

agine del cibo è cambiata, non più vissuta persecutorialmente e in maniera letterale, ma come un nutrimento amichevole, oltre che fisico.

Per ciò che concerne l'immagine corporea, Stella l'ha finora vissuta come costituita da compartimenti stagni tra loro separati. L'immagine interiorizzata del proprio corpo era relativa soltanto alla parte anteriore, anche questa spezzettata, come se il dietro non esistesse e il suo corpo fosse sottile come un'immagine bidimensionale.

Nelle ultime sedute Stella più volte ha comunicato che pian piano la relazione con la madre in questi mesi è migliorata tanto che ha sperimentato per la prima volta, con profonda commozione, il vissuto di avere una madre che l'ama.

Questo vissuto ha permesso a Stella di prendere consapevolezza, per la prima volta, dell'immagine posteriore del suo corpo, dalle spalle, ai glutei, ai polpacci ed è come se, per la prima volta, il suo corpo avesse acquisito spessore.

Il vissuto di Stella attualmente è quello di essere incinta.

In questa mia esperienza terapeutica sento di aver messo in gioco non solo il mio bagaglio tecnico ma, prima di tutto, sento di aver accolto i sintomi di Stella. Questo mi ha permesso di non allontanarmi dalla dimensione interna delle mie ferite (fisiche, psichiche o esistenziali) e di considerare la malattia come qualcosa che mi riguarda da vicino, con una coscienza acuta e dolorosa che mi ha fatto accedere a una reale comprensione dei problemi di Stella. ♦

Il guaritore ferito: suggestioni archetipiche

Uno strano viaggio

ANTONIO NAPOLI

Psichiatra, psicoterapeuta, socio IMPA – Catania

Nel mese di Maggio in un piccolo paese siciliano. Ci fermiamo con qualche passante per avere notizie sulla strada per la Chiesa.

È chiaro che ci hanno riconosciuti come forestieri. Forse sanno anche perché ci aggiriamo da quelle parti alle tre del pomeriggio.

La nostra è una strana compagnia. Con me, che guido l'automobile, ci sono due uomini, intorno ai 35 anni, e una donna, intorno ai 60.

Giuseppe è un pizzaiolo a riposo; Ignazio un ragioniere con la passione per le transazioni finanziarie, anche lui disoccupato; Paola è una donna di cultura, laureata in filosofia, pen-

sionata delle Poste Italiane. Veniamo da lontano, non già per dare il benvenuto a un neonato, come avremmo preferito, ma per portare l'ultimo saluto a un amico comune, Francesco, che – all'epoca dei fatti – aveva circa 28 anni.

Ad attenderci la famiglia di lui: il padre, uomo antico, di poche parole, sopraffatto dai turbamenti che il figlio aveva manifestato in vita nonché dalle bizzarrie della figlia, sorella minore del defunto; i fratelli che ci accolgono come ospiti graditi; la cognata che, da quando Ciccio era rimasto orfano della madre, non aveva mai fatto mancare il suo sostegno energetico e radioso a quel ragazzo che dapprima aveva creduto complessato e, dopo, chissà, forse posseduto.

Durante il viaggio di andata, lento, lentissimo, cerchiamo di parlare sommessamente dell'accaduto, attenti a non farci male e a mantenere l'equilibrio necessario per partecipare a un funerale che certamente avrebbe rinnovato in ognuno di noi dolori antichi e recenti.

Paola, la donna del gruppo, aveva tentato il suicidio due volte, una delle quali la notte di Natale di qualche anno addietro. Oscillava continuamente tra il corteggiamento della morte e i tentativi di suturare velocemente la sua inguaribile ferita attraverso ardite, eroiche e improbabili imprese. La ricerca di una verità che la riconciliasse con il suo destino era il suo tema di vita o – forse – la sua ossessione nel disperato sforzo di farcela. Era la più serena di tutti noi. Si muoveva con naturalezza al negozio del fioraio: avevamo delegato lei, unica donna, ad acquistare una composizione che, deposta sulla bara, mostrasse a tutti che gli ultimi compagni di Ciccio, gli amici della Comunità, erano lì, avevano voluto esserci.

È vero, volevamo esserci, a dispetto dello squarcio che sentivamo dentro, al solo pensiero di quell'uomo che si era così tanto avvicinato a «sorella nostra morte corporale» da restarne catturato.

Cosa aveva portato Paola fin lì, a partecipare alle solenni esequie di un giovane che aveva deciso di rimanere vincolato a una corda, nell'immagine imperitura di tutti quelli che lo conobbero e lo videro?

Ignazio era il compagno di stanza di Ciccio: mite, tollerante, a volte preoccupato per quello strano ragazzo. Anche lui aveva subito l'abbandono della madre. Anche lui era precipitato nel mare oscuro della malinconia e nell'immobilità della psicosi. Cosa lo spingeva ad essere lì, ad accettare senza esitazione la proposta di partecipare al funerale?

Giuseppe era un «buontempone latente»: obeso, generoso, da lì a qualche anno ci avrebbe lasciati per un arresto cardiaco. Aveva conosciuto i fantasmi della persecuzione grazie all'uso massiccio di pasticche e spinelli. Anche lui voleva bene a Ciccio; sembrava accudirlo. Cosa lo spingeva a venire con noi in quell'interminabile pomeriggio di Maggio?

E poi c'ero io, **lo psichiatra**, il guaritore «ufficiale», tormentato dai sensi di colpa per non avere potuto evitare. Non avevo ancora letto le considerazioni di Hillmann sul suicidio e non avevo, forse, compreso l'attrazione che la morte aveva esercitato sul nostro Ciccio. Cosa mi portava ad affrontare quest'altra prova, ad organizzare questo pellegrinaggio?

In fondo, tutti quelli che avevamo vissuto con lui gli anni della Comunità, avevamo sviluppato nei suoi confronti una attenzione gentile, una cura premurosa. Sembrava così indifeso! Alto, magro, un po' curvo, occhi enormi, portava nel corpo segni di ferite che si era inferto quando si credeva abitato dal demonio. La sua paura di vivere faceva tutt'uno con la spietatezza di certe sue affermazioni, che non lasciavano

spazio ad alcuna speranza. Ci teneva a indossare i jeans firmati, giocava bene al calcio, ma alle volte faceva strani discorsi su un tesoro che qualcuno stava preparando per lui... Tutti noi avremmo voluto cacciare via le mani possenti di Ade che emergevano dagli abissi per trascinarlo giù. Tutti noi avremmo voluto guarirlo... Guarire lui forse avrebbe significato tenere a bada la morte nelle nostre vite, quella morte psichica che spesso si personifica e si incarna nelle esistenze devastate dalla psicosi: il «terrore di pensare» come diceva Racamier.

Come tutti cercavamo di guarirlo, dai guaritori di mestiere (psichiatra, psicologo, ecc.) ai guaritori «naturali» (amici, parenti, ecc.), allo stesso modo insieme cercavamo di trovare un senso al suo dirci addio, un senso che ci aiutasse a non sprofondare nell'abisso che lo aveva divorato, quell'abisso dal quale è possibile a volte farsi risucchiare.

Ricorderò per sempre la telefonata dell'infermiere che un lunedì mattina mi svegliò dicendo «Ciccio ce l'ha fatta!! Ci ha fregati tutti!!!».

E ricorderò il mio accanimento contro le formiche che pascolavano sulla sua pelle e rovistavano nelle sue cavità, quando – insieme al fratello – cercavamo di comporre il cadavere nel migliore dei modi. Si trattava, forse, di un lavoro alchemico: il tentativo di dare ordine ai miei contenuti psichici che cercavano di possedermi, attraverso la cura per il corpo senza vita di Ciccio. Pulirlo e rivestirlo con giacca e cravatta eleganti, come si usa da noi, era forse sgombrare e contenere, assemblare e compattare i miei pezzi. E, durante questo affaccendamento iterativo, scambiare poche parole con il mio collega becchino mi restituiva pian piano serenità. Pensavo di dover affrontare la legittima rabbia dei familiari, i loro perché ai quali non avrei saputo rispondere, i loro sguardi sprezzanti e giudicanti...

Avevo questo timore anche quando mi accingevo, assieme ai miei compagni, a partecipare alle esequie.

Quasi mi sorprende, e insieme mi solleva, vedere che i parenti ci accolgono, semplicemente ci accolgono, come vecchi e cari amici di Ciccio. Sembrano in grado di lenire il dolore delle nostre ferite, proprio loro che avrebbero bisogno del mio mestiere di guaritore!

Mi presentano subito al sacerdote che celebrerà la funzione. Anche lui conosceva Ciccio. Un altro guaritore ferito!?! Sommessamente ci guardiamo e ci raccontiamo poche cose su di lui. È un incontro fugace, ma intenso, non di circostanza.

Prendiamo posto sui banchi della Chiesa. Mi sento gli occhi addosso. I miei compagni mi rassicurano con la loro presenza serena. Dall'alto il Crocifisso, con la sua carne perennemente sanguinante, ci osserva....

Nel lungo viaggio di ritorno ci avvolge il buio della sera. Si conclude il nostro pellegrinaggio. Le ferite bruciano ma ora sembra possibile accettare il dolore. Abbiamo trovato quello che cercavamo? ♦



IdO Istituto di Ortofonologia

Servizio di Psicoterapia per l'Infanzia e l'Adolescenza

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

Decreto MIUR del 23.07.2001

Direttrice: Dott.ssa Magda Di Renzo

• Sono aperte le iscrizioni all'anno accademico 2012-2013

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

LA FORMAZIONE PREVEDE

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

ORIENTAMENTO DIDATTICO DEL QUADRIENNIO

(artt. 8 e 9 del D.M. MIUR n. 509/1998)

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

Le ore di formazione individuale previste dal programma si effettueranno durante il corso di studi. Previa accettazione del Consiglio dei Docenti, la formazione individuale può essere svolta anche con psicoterapeuti esterni alla scuola.

REQUISITI PER L'AMMISSIONE

Diploma di Laurea in Psicologia o in Medicina e il superamento delle prove di selezione

NUMERO DEGLI ALLIEVI

20

SEDE DEL CORSO

Istituto di Ortofonologia, via Alessandria, 128/b – 00198 Roma

PER INFORMAZIONI E DOMANDA D'ISCRIZIONE

Istituto di Ortofonologia, Via Salaria, 30 – 00198 Roma
tel. 06.88.40.384 – 06.85.42.038 fax 06.8413258 – direzione@ortofonologia.it
www.ortofonologia.it – scuolapsicoterapia@ortofonologia.it

Novità



ENRICO PERILLI (A CURA DI) OMBRE IPER-MODERNE

MAGI FORMAZIONE – € 18,00 – PAGG. 232 – FORMATO: 14,5x21 – ISBN: 9788874870875

Una trattazione sugli aspetti d'ombra della iper-modernità e sulla loro conseguente influenza – sociale ma, soprattutto, psichica – sugli individui.

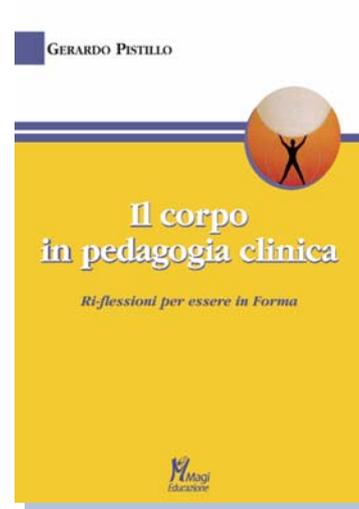
Il volume, tramite un'analisi psicologica e socio-antropologica, mostra la natura e la genesi del disagio dell'uomo contemporaneo e delle forme in cui esso si esprime. Gli autori individuano alcune delle idee dominanti dell'epoca attuale e analizzano la loro azione nel modificare le forme del nostro vivere comune e comunitario, del nostro pensare, fino a influenzare lo spazio psichico individuale. Uno dei capitoli, a carattere clinico e con forti echi del pensiero lacaniano – approfondisce i disturbi dell'alimentazione e l'anoressia e il loro rapporto con la società contemporanea. La successiva riflessione su uno dei tabù della nostra epoca – la morte e il morire – si concentra sul rapporto che l'uomo iper-moderno ha con la morte e quali sono i vissuti e i sentimenti di chi affronta realmente il momento del fine vita, l'accompagnamento e la sofferenza del morente e la difficoltà a dare un senso a quanto accaduto per chi rimane. Concludono il volume riflessioni e analisi del contesto vittima di una

catastrofe naturale – L'Aquila post-sisma del 2009 – che mettono in luce gli interventi emergenziali di aiuto per rispondere e servire lo «spirito del tempo» e l'indagine sul vissuto inconscio di chi ha subito il terremoto attraverso l'analisi dei sogni.

Enrico Perilli, (L'Aquila, 1973), psicologo e psicoterapeuta, specializzato in Psicoterapia Gestalt Analitica individuale e di gruppo presso il Centro Studi Psicosomatica (C.S.P.) e in Gestalt psicosociale presso la S.I.G., è ricercatore e docente di Psicologia Dinamica, di Teoria e tecnica della dinamica di gruppo e di Deontologia professionale presso la Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi de L'Aquila. Ha lavorato presso i servizi sociali di enti pubblici occupandosi di minori a rischio e di tossicodipendenze. Autore di articoli su riviste e quotidiani nazionali. Tra i suoi volumi ricordiamo: *Disoccupazione e suicidio* (Sanizdat, 2003), *Il colle dei folli* (primeVie, 2008), *Ricerche in psicologia gestaltica archetipica analitica* (Benedetti, 2008).

GERARDO PISTILLO IL CORPO IN PEDAGOGIA CLINICA *Ri-flessioni per essere in Forma*

PEDAGOGIA CLINICA – € 16,00 – PAGG. 152 – FORMATO: 15,5x21 – ISBN: 9788874870844



La Pedagogia Clinica è una branca della Pedagogia Generale il cui scopo principale è di educare la persona di qualunque età a superare i suoi stati di disagio e ad avere Cura di sé. La sua azione maieutica consiste nel fornire, attraverso il ricorso a un ampio ventaglio di metodi, un valido aiuto alla persona nel processo di esplorazione delle «stanze nascoste» e «latenti» del proprio «edificio formativo», in vista del raggiungimento di uno stato di salute inteso come equilibrio psicofisico. Il presente lavoro si configura come un insieme di riflessioni finalizzate a recuperare il corpo umano nella sua unicità sistemica, quale punto di arrivo della storia di vita della persona e punto di partenza per un percorso di meditazione che consenta a ogni essere umano di trovarsi costantemente «in Forma», impegnato in un interminabile processo di autoformazione.

La prima parte del testo risulta incentrata sul recupero dell'essere umano nella sua globalità olistica, la cui costitutiva corporeità risulta essere il centro propulsivo per la strutturazione di percorsi educativi personalizzati e di interventi di aiuto rivolti alla persona in situazione di disagio.

La seconda parte del testo, assunto il corpo quale entità attiva e dialogante nella relazione di aiuto, è finalizzata, attraverso un'analisi attenta delle regole applicative tipiche dei quattro metodi dialogico-corporei – Touch Ball®, Body Work®, Trust System® e Discover Project® –, a un recupero della «clinica», quale pratica eminentemente educativa, rivolta a educare (dal lat. exducere, «trarre fuori») la persona all'autocoscienza e alla tras-formazione continua di sé.

Gerardo Pistillo, laureato in Scienze dell'Educazione, pedagogista, educatore professionale extrascolastico, pedagogista clinico, consulente tecnico d'ufficio e peritale, è direttore provinciale dell'ANPEC (Associazione Nazionale Pedagogisti Clinici) di Avellino e membro del SINPE (Sindacato Nazionale dei Pedagogisti). Pedagogista presso diverse istituzioni scolastiche ed extrascolastiche dell'Alta Irpinia, collabora da diversi anni con i servizi sociali. Svolge la libera professione nelle province di Avellino e Salerno. Autore di diversi articoli in riviste specializzate, si occupa di epistemologia della pedagogia clinica. Di recente pubblicazione è il suo articolo La «Cura» e la «clinica» come categorie pedagogiche. Lineamenti epistemologici («Pedagogia clinica-Pedagogisti clinici», 25, 2011). Per i tipi delle nostre edizioni ha pubblicato il saggio «Dove abita la pedagogia?», in *Scuola che cambia*, di G. Pesci, M. Mani (2011).

Novità

MICHELE CAPURSO – MAGDA DI RENZO
FEDERICO BIANCHI DI CASTELBIANCO

A SCUOLA SENZA PAURA

*Comprendere i timori dei bambini
e trasformarli in occasioni di crescita*

FORMA MENTIS – € 18,00 – PAGG. 224
FORMATO: 14,5x21 – ISBN: 9788874870943

Mi ninninna la pelle e mi sento di pietra.

...I due bambini non sanno cosa fare. Chiedono aiuto a tutti: insegnanti, bidelli e anche alunni, ma niente, neanche loro sapevano come aiutarli. Alla fine della giornata scolastica il bambino si sente molto depresso e decide di andare da Walter, il suo gelataio di fiducia, che gli dà qualche consiglio su come risolvere il suo problema...

I mostri non esistono. Comprati i libri più tranquilli.

Alcune mie paure sono sparite e alcune no. Sono scomparse: quella della befana, andare a scuola (alla materna), buio, l'uomo nero, fantasmi, lupo, uomini alti, ragni. Sono rimaste: serpenti, luci sconosciute. Si sono aggiunte: ladri, uomini mascherati che mi guardano e mi seguono, interrogazioni, verifiche.

Ho scoperto che i miei compagni pressappoco hanno le mie stesse paure e mi ha fatto bene esprimerle e ora ho come un senso di libertà, non ho più il peso di prima.

Ogni giorno milioni di bambini vanno a scuola. La vita scolastica è occasione di crescita, ma molto spesso viene vissuta con paura e disagio. I bambini hanno paura di prendere un brutto voto, di essere presi in giro, di sbagliare un compito, di essere sgridati dalla maestra, di farsi male alla ricreazione, di dover dare la merenda ai bulli...

La paura è un sentimento universale, che ci accompagna per tutta la vita e che, se vissuto in modo equilibrato, può aiutarci a sviluppare nuove forme di pensiero e strategie per affrontare la realtà. Eppure questo tema non trova spazio tra i banchi della scuola. I bambini vengono lasciati soli ad affrontare i loro problemi e la scuola, anziché ascoltarli, spesso contribuisce ad aggravare le loro preoccupazioni.

Il libro, frutto di una ricerca svolta nelle scuole elementari e medie italiane, mette in evidenza le ragioni e i vissuti che più possono spaventare il bambino. Le parole degli stessi bambini, oltre a raccontare i vissuti di paura, suggeriscono anche le strategie per superarla e i soggetti percepiti come più vicini e utili per vincerla. L'ultima parte del libro presenta attività e schede didattiche per affrontare e superare, a scuola, le paure più comuni.

Dall'analisi dei dati emerge con chiarezza che uno dei compiti primari dell'insegnamento deve essere quello di accompagnare il bambino nel suo processo di crescita, unendo in modo armonico emozioni e cognizioni.

Michele Capurso, laureato in Pedagogia, svolge l'attività di ricercatore in Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi di Perugia. Già impegnato nelle attività scolastiche e di formazione negli ospedali pediatrici italiani e statunitensi, oggi si occupa della direzione e del coordinamento delle attività formative per l'Associazione «Gioco e Studio in Ospedale» di Genova. Presidente, dal 2010, della Federazione Europea dei Pedagogisti Ospedalieri (H.O.P.E.), è autore e coautore di numerosi scritti inerenti la psicologia dell'educazione, tra cui i volumi *La casa delle punture* (2005), *Ti racconto il mio ospedale* (2007) e *Quando si ammala un bambino* (2008).

Magda Di Renzo, analista junghiana, membro del Centro Italiano di Psicologia Analitica (cipa) e dell'International Association for Analytical Psychology (IAAP). Responsabile del Servizio di Psicoterapia dell'età evolutiva dell'IdO (Istituto di Ortofonia) di Roma, dirige la Scuola di Psicoterapia dell'Età Evolutiva a indirizzo psicodinamico. Tra le sue numerose pubblicazioni ricordiamo *Il colore vissuto* (1998), *La psicologia del colore* (2000), *Fiaba, disegno, gesto e racconto* (2005), *I significati dell'autismo* (2007).

Federico Bianchi Di Castelbianco, psicoterapeuta dell'età evolutiva, direttore e responsabile del Servizio di Diagnosi e Valutazione dell'IdO di Roma. Promotore di ricerche nell'ambito della psicodiagnosi e psicoterapia dell'età evolutiva, del portale www.diregiovani.it e dell'evento annuale «DiregiovaniDirefuturo-Festival delle Giovani Idee». Autore e coautore di numerose pubblicazioni in cui affronta problematiche dell'infanzia e dell'adolescenza.



Questa rubrica raccoglie i lavori di un seminario interdisciplinare che si occupa di opere cinematografiche e letterarie in una prospettiva psicologica. Il seminario, considerato come propedeutico alla supervisione clinica, si svolge nel primo biennio del Corso di Specializzazione in Psicoterapia dell'Età Evolutiva a indirizzo psicodinamico con l'obiettivo di elaborare e condividere una narrazione dallo stesso punto prospettico, ma con una poliedricità di ascolti.

La ragazza interrotta

GELSOMINA LIGUORO

Allieva del II anno del Corso quadriennale di specializzazione in Psicoterapia dell'età evolutiva a indirizzo psicodinamico dell'IdO (Istituto di Ortofonologia) –Roma

Susanna Kaysen, *La ragazza interrotta*,
Milano, TEA, 2008

Chi è la ragazza interrotta? È la ragazza raffigurata in un quadro di Vermeer *Ragazza interrotta mentre suona*? O è la ragazza, Susanna, che in questo quadro vede qualcosa che è dentro di lei, proiezione del suo mondo interno? Uno sguardo premuroso che mette in guardia da un pericolo, forse la malattia, che stava per arrivare. Una cosa hanno di certo in comune: l'essere state interrotte. La prima, «strappata e fissata su tela, un momento reso immobile per tutti gli altri momenti»; Susanna, interrotta nella musica dei suoi 18 anni quando si sottopone a una visita medica dopo la quale viene ricoverata in una clinica psichiatrica. Susanna ci dà la possibilità di vedere e vivere la malattia mentale dalla parte del «malato», ci apre una finestra su un mondo di emozioni e vissuti non facile da capire perché dalla malattia mentale ci si mette a distanza per la paura del contagio, per la facilità con cui si può scivolare in un universo parallelo dove non dominano più le leggi della fisica e dove anche il tempo va diversamente. Tale distanza è rimarcata dalla topografia della clinica dove Susanna è ricoverata, dementi a sinistra e personale a destra, e dalla regola del «niente contatto» tra personale e utenza, a sottolineare i netti confini, in realtà non esistenti, tra sanità e malattia. Susanna descrive la paura che il personale aveva nei confronti delle pazienti ricoverate: erano le infermiere e i medici ad essere dipendenti dai farmaci e la cella di isolamento era un modo per non perdere il controllo mettendo in quarantena «chi era uscito fuori di melone» evitando che contagiasse anche gli altri. La descrizione che Susanna fa della clinica e del controllo esasperato delle pazienti da parte del personale fa pensare al McLean Hospital come una specie di prigione. Ma l'ospedale era per le ragazze interrotte prigione e rifugio allo stesso tempo. L'ospedale può sembrare una prigione quando si è sani, ma diventa un rifugio quando si salta nel mondo della follia; perché quando si è fuori dalla



Jan Vermeer, *Ragazza interrotta dalla sua musica* (1660)

realtà si è anche privi delle richieste e delle aspettative che hanno condotto la mente a saltare nella pazzia. Leggendo l'autobiografia di Susanna, il lettore ha l'impressione di far conoscenza delle persone che abitano la clinica, andando oltre le etichette diagnostiche e i ruoli. Susanna proviene da una ricca famiglia che utilizza i soldi destinati all'università per pagare le costose rette del McLean Hospital. Fu ricoverata quando la legge 180 di Basaglia non ancora era entrata in vigore. Ma la clinica McLean era una clinica di lusso dove non esistevano camice di forza e lobectomie ma solo qualche seduta di elettroshock e psicofarmaci. Non volendo continuare gli studi, Susanna prova a lavorare ma senza successo; si definisce non adatta per i sistemi educativi e sociali, cosa che faceva di lei «una non in accordo con la realtà». Le sue qualità, leggere, scrivere e avere ragazzi a non finire; non bastavano per sopravvivere. Le accuse contro di lei? Un disturbo del carattere, personalità borderline. Susanna ne fa una diagnosi commentata criticando alcuni parametri che attribuisce all'età adolescenziale, quali «instabilità nel-

l'immagine di sé, delle relazioni interpersonali e dell'umore, insicurezza circa gli obiettivi a lungo termine o scelte professionali». La difficoltà nel conseguimento di una stabile immagine di sé durante l'adolescenza è stata sottolineata da molti autori, come Erikson che ha parlato della «inquietudine adolescenziale» e della connessione dei problemi dell'identità nell'adolescenza con la psicopatologia borderline. Ma Susanna sembra sorpresa quando legge nel DSM: *comportamenti auto mutilanti (es. escoriazione ai polsi)*. Non era stata quindi lei a inventare la contusione ai polsi, comportamento diventato una specie di rituale, adatto per neutralizzare la sensazione di intorpidimento e di depersonalizzazione, per gestire e controllare al meglio il suo dolore interiore. Come quando in clinica si ferisce a una mano per cercare le sue ossa; al lettore arriva tutta la paura e l'angoscia della protagonista. Paura anche legata alla possibilità di essere scacciata dalla sua prigione/rifugio; dopo un gesto così folle nessuno poteva portarla fuori dalla clinica. Susanna non nega la sua sensazione cronica di vuoto e noia (un altro criterio del DSM) ma lo attribuisce alle sue numerose incapacità, che avevano come conseguenze più dannose «rabbia intensa e sproporzionata e frequenti accessi di ira». Poi c'è la questione dei rapporti sessuali occasionali nella lista delle attività preferite dalla personalità borderline. Susanna è alquanto critica su questo criterio, soprattutto per il fatto che il disturbo borderline è più diagnosticato nelle donne e considera questo punto non obiettivo e inquinato dal sessismo. Per quanto riguarda la «morte prematura» per suicidio, Susanna nega che volesse davvero suicidarsi; la sua intenzione era quella di suicidare una parte di sé, quella infelice, e per tale motivo assunse 50 aspirine. Dopo la lavanda gastrica si sentiva bene, sentiva che aveva raggiunto il suo scopo. In lei ritroviamo altri comportamenti tipici dei pazienti borderline. Susanna racconta, per esempio, la sensazione di perdita della concezione del tempo, una specie di interruzione. Questo vissuto può essere spiegato sulla base del concetto di Stern di «senso di sé» con il quale viene indicata un'esperienza sensoriale consistente nel sentirsi frutto dell'attività dei propri sensi. Il senso di sé conferisce un senso di unità spaziale e temporale che coincide in larga misura con la capacità di percepire il senso soggettivo del tempo. Il paziente borderline non sente la propria unicità proiettata nel tempo (concetto di ipseità di Ricoeur), percepisce un senso basilico di estraneità da se stesso, di continua frattura tra immagine di sé, intesa come rappresentazione di se stessi che si ritiene circoli nel mondo, e senso di sé. Questo porta a una forte ricerca di conferme e di gratificazioni. E Susanna ammette di essere avida di adulazioni. Questa ricerca di conferme può essere interpretata come il desiderio che dall'esterno giunga qualche forza capace di ridare un senso di coincidenza tra immagine di sé e senso di sé. Un altro disagio di cui Susanna parla è riferito ai motivi geometrici, per esempio «tappeti orientali, pavimenti piastrellati... parevano contenere raffigurazioni potenziali. La realtà si faceva troppo densa» e il disagio si presentava anche nella percezione delle persone, delle facce: «se cominci ad analizzarne una, ti accorgi che è una strana cosa... Era il contrario

del mio problema con i motivi geometrici. Invece di vederci troppo significato, non ne vedevo affatto». Vari studi hanno indicato che il paziente borderline prova un senso di confusione e disorientamento di fronte a campi percettivi complessi e scene ad alto tasso di condensazione di particolari. Susanna era consapevole che la sua percezione della realtà era falsa, consapevolezza che le permetteva di comportarsi normalmente. Nei pazienti borderline l'esame di realtà è mantenuto, mentre risulta distorta la percezione delle realtà, soprattutto quando l'individuo è sottoposto a situazioni stressanti. Una delle caratteristiche del paziente borderline, secondo Kernberg, è lo scivolamento verso i processi di pensiero primario, di pensiero similpsicotico, che si ha sotto la pressione di affetti intensi o per mancanza di strutture. Susanna spiega al lettore questo scivolamento:

nell'universo parallelo le leggi della fisica sono sospese. Non necessariamente ciò che sale scende... e non è detto che ogni azione provochi una reazione uguale e contraria. Anche il tempo va diversamente. Può avere andamento concentrico, scorrere all'incontrario, saltellare dal presente al passato. La disposizione stessa delle molecole è fluida: i tavoli possono diventare orologi; le facce, fiori...

Secondo Fonagy, nei gravi disturbi narcisistici e borderline vi è una disfunzione della funzione riflessiva, ossia la capacità di attivare un «osservatore interno» alla mente; questo osservatore interno permette di riflettere su di sé e gli altri in termini di stati mentali. Il deficit nella funzione riflessiva ha valore adattivo e difensivo per Fonagy. È un meccanismo che si ritrova, per esempio, all'interno di contesti maltrattanti, dove il bambino si confronta con i sentimenti di crudeltà che la figura responsabile della sua cura nutre per lui. L'«osservatore interno» di Susanna, invece, sembra funzionale in quanto mostra una grande capacità di riflettere sui propri e altrui stati mentali. La sua capacità introspettiva e la sua «personalità discretamente integrata» le hanno permesso di ottenere in clinica diversi privilegi. Uscì dalla clinica in seguito a una proposta di matrimonio che non durò molto. Susanna non voleva dei figli e voleva proseguire da sola incontro al suo futuro.

Una figura importante per Susanna è Georgina, la sua compagna di stanza. Nonostante la diagnosi di schizofrenia, Georgina, insieme a Susanna, era considerata la più sana dell'intera clinica McLean. Tra le due compagne di stanza si crea un forte legame e aiuto reciproco. L'altra schizofrenica della clinica era Polly che si era data fuoco con la benzina. Aveva il volto e il collo completamente deturpati dalle ustioni; nessuno sapeva perché avesse compiuto quel gesto così estremo. Per Susanna, Polly in tal modo si era liberata dal dolore, così come lei aveva fatto con le aspirine, anche se Polly aveva avuto il coraggio di andare fino in fondo. Dandosi fuoco, si era costruita una fodera che protegge e maschera quello che c'è sotto «il tessuto delle cicatrici non ha carattere, non è come la pelle. Non rivela età, malattia, pallore o colorito, non ha pori, né peli, né rughe». Susanna si rende conto di quanto era stata stupida a pensare questo solo in seguito al pianto disperato di Polly che era riuscita a

reintegrare l'immagine allo specchio con la sua, immagine negata fino a quel momento. «Noi una volta o l'altra potevamo anche uscire, lei invece era rinchiusa per sempre dentro quel corpo». Solo Lisa si era accorta di quanto stava accadendo a Polly. Lisa sapeva sempre tutto, era la leader del gruppo, agiva per tutte le ragazze interrotte che la guardavano ammirate perché lei sapeva sempre ciò che voleva e ciò di cui aveva bisogno, e lo otteneva. Lisa ne combinava di cotte e di crude nel reparto, tirava su il morale, era buffa e dava un bel da fare alle infermiere. La sua diagnosi: asociale; ed era la sola in clinica, motivo di orgoglio per lei. Scappava spesso ma si faceva sempre ritrovare. «Non c'è nessuno che si occupi di te là fuori». Torrey era l'unica persona che Lisa rispettasse, forse perché in comune avevano la siringa. Il vero problema di Torrey era la sua famiglia.

Susanna riconosce che il motivo per cui lei e le altre ragazze interrotte si trovavano ricoverate in quella clinica era la famiglia da cui provenivano. «I matti sono un po' come i calciatori scelti per battere il rigore. Spesso è pazza l'intera famiglia, ma poiché non può entrare tutta in ospedale, si sceglie una sola persona come pazza e la si interna». I genitori la colpevolizzavano delle loro sofferenze e il padre minacciava di non pagare più le costose rette dell'ospedale. Lisa riteneva che questo era il loro modo per dimostrare l'affetto, al contrario dei suoi genitori che non si facevano mai vivi. Ma le minacce del padre di Torrey divennero reali, decise di interrompere i pagamenti; doveva tornare a casa anche se non voleva. Le ragazze escogitarono un piano di fuga per salvarla, piano boicottato dalla Torazina. La depressa della clinica era Cynthia. A differenza delle altre che effettuavano



Repubblica di San Marino
Università degli Studi
DIPARTIMENTO DELLA FORMAZIONE

Istituto per la Sicurezza Sociale
SERVIZIO MINORI



organizzano

11° Convegno internazionale

Imparare: questo è il problema

Dislessia, mille modi per crescere

San Marino 21 e 22 settembre 2012

La dislessia è una strada in salita, un percorso faticoso in cui a volte sembra di fare tanta fatica senza muoversi in avanti di un millimetro. A volte sembra invece di procedere per un po' e poi di scivolare più indietro di prima. Alcuni adulti sono contenti di aver affrontato e vinto le difficoltà di crescere con la dislessia, altri invece ne sono stati vinti, altri ancora hanno dimenticato.

La dislessia ha mille facce e mille storie diverse.

Il convegno si propone di riflettere sui dislessici che crescono. Sui percorsi per aiutarli a crescere: la riabilitazione e i suoi mille approcci. Ma soprattutto la scuola e la sua didattica e mille soluzioni, ma anche mille ostacoli (Giacomo Stella).

Il 21 e 22 settembre 2012, i più autorevoli studiosi discuteranno di questi temi, indicando anche le nuove prospettive cliniche, applicative e di ricerca per il prossimo decennio.

Coordinatore Scientifico: GIACOMO STELLA

Saranno organizzate due sessioni per i poster. I partecipanti che volessero presentare poster sono pregati di comunicarlo via mail entro e non oltre il 31/7/2012 a: df@unirmsm.sm. Ulteriori informazioni sul sito www.unirmsm.sm; per informazioni df@unirmsm.sm oppure tel. 0549/887007; fax 0549/88.25.54

la terapia tutti i giorni, lei la effettuava solo due volte a settimana perché faceva l'elettroshock da cui usciva sempre piangendo, cosa di cui non poteva fare a meno anche se non era triste. Al gruppo delle ragazze interrotte si unì Alice. Non sembrava matta fino a quando non esplose come un vulcano e fu trasferita nel reparto di massima sicurezza. Le ragazze decisero di andarla a trovare. Nessuna di loro era mai stata al reparto di massima sicurezza: finestre con sbarre, bagni senza porte, gabinetti senza tavolette, sala infermiere incassata dietro un vetro armato, le stanze erano delle celle. Alice era in una di queste le cui pareti erano imbrattate di feci. Le ragazze rimasero in piedi fuori dalla stanza a causa del cattivo odore. La visita fu molto breve in quanto nessuno di loro riuscì a restare più di un minuto in quel posto, sulla soglia di un altro universo parallelo, più buio e spaventoso «merda sui muri, oh mio Dio. Potrebbe capitare anche a noi!». Susanna era molto spaventata dal quel ulteriore possibile salto nella follia.

L'infermiera che le ragazze preferivano era Valerie, l'unica di cui si fidassero perché non aveva paura di loro, diceva sempre quello che pensava e non utilizzava tutti quei termini psicologici che etichettavano tutto quello a cui si riferivano. Spesso la clinica ospitava le allieve infermiere coetanee delle ragazze ricoverate le quali vedevano nelle prime versioni migliori di loro stesse, per tale motivo le proteggevano facendo vedere le parti migliori di loro. Appena andavano via ecco che tutto tornava come prima. Un passaggio repentino, da una luce quasi irrealistica ad un altro genere di luce. Come nei quadri di Vermeer. Non uno, ma tre i Vermeer al Frick. «Gli altri due quadri sono autosufficienti. Vederli è come sbirciare attraverso un buco in una parete. E la parete è fatta di luce; quella luce di Vermeer del tutto credibile eppure irrealistica». L'altro quadro, quello preferito da Susanna, posa in un altro genere di luce, «l'intermittente, minaccio-

sa luce della vita, che ci fa vedere noi stessi e gli altri solo in modo imperfetto, e assai di rado».

Susanna manda un chiaro messaggio al lettore e a se stessa: il confine tra normalità e follia non esiste. Sembra chiedersi se è mai stata realmente matta; questa resterà una domanda aperta per lei e per chi legge il suo diario. Ma senza quell'«interruzione» Susanna non sarebbe riuscita a compiere il suo destino, non sarebbe, forse, riuscita a percorrere quella strada che da sempre sentiva essere parte della sua vita, la strada che porta all'individuazione. Susanna sapeva «cosa voleva diventare da grande»: una scrittrice. Riconosce la sua pulsione al destino, che è pulsione all'individualità. Ci riesce, diventando famosa in tutto il mondo, raccontando la sua vita di adolescente interrotta. Come dice Widmann nel suo libro *Sul destino*:

il destino spesso segue vie intricate per realizzare ciò che uno è fin dall'inizio; l'uomo percorre strade senza fine e compie sforzi senza limiti per diventare nella realtà ciò che è in potenza. Questo percorso fa della vita la via verso l'individuazione.

Susanna, nonostante la luce «intermittente» che caratterizza la sua vita, sembra ben vedere la strada da percorrere per compiere il suo destino.

BIBLIOGRAFIA

AMMANITI M. (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Milano, Cortina, 2008.

CORREALE A., ALONZI A.M., GIACCHETTI N., *Borderline. Lo sfondo psichico naturale*, Roma, Borla, 2001.

MARCELLI D., BRACONNIER A., *Adolescenza e psicopatologia*, Milano, Elsevier, 2006.

SEMI A. (a cura di), *Trattato di Psicoanalisi*, Milano, Cortina, 2002.

WIDMANN C., *Sul destino*, Roma, Edizioni Magi, 2006.

Babele verso uno scambio comunicativo

per promuovere le vostre attività
sulle pagine di questa rivista:

06.854.22.56 – segreteria@magiedizioni.com

L'identità femminile

Il ruolo degli affetti nella formazione dell'immagine corporea

ANNA MONCELLI

Psicologa e analista, socia del Centro Italiano di Psicologia Analitica (CIPA) – Roma

*Venerdì culturali dell'IdO
incontro del 16 dicembre 2011*

La mia riflessione sul delicato tema dell'identità femminile e sul ruolo degli affetti nella formazione dell'immagine corporea, quel sottile passaggio che dall'essere una donna conduce al sentirsi donna, prenderà spunto dal racconto della storia clinica di Lara, una giovane donna alla ricerca di se stessa. Nel nostro percorso mi soffermerò a evidenziare soprattutto quei momenti che hanno reso necessario confrontarsi con quella dimensione del femminile che nasce

dalla consapevolezza spirituale e carnale insieme, di un magma in cui sono confusi insieme tanti elementi: il confronto-scontro con il ruolo femminile; il dibattersi del corpo tra spinte opposte di somatizzazioni e piacere; il ritrovare il corpo non solo nella mente, le tracce della madre; la paura del desiderio; il materno e il femminile come luoghi della psiche e del corpo da sempre inconciliabili (Ravasi Bellocchio, 1988).

L'appropriazione da parte della donna di una dimensione corporea definita costituisce il primo passo per individuarsi dall'originaria situazione di indifferenziazione dalla madre e costituisce il passaggio chiave che dall'identità di genere, conduce verso il più ampio processo di acquisizione dell'identità personale.

PETER PAN: LARA SI PRESENTA

Quello che di Lara immediatamente colpisce, è un aspetto molto più giovane della sua età, ha 20 anni, e soprattutto qualcosa tra l'abbigliamento e la pettinatura che la fa apparire di identità indefinita, un po' efebica. Ha i capelli corti e un abbigliamento un po' mascolino, ma un viso molto femminile e gli occhi truccati. L'immagine che rimanda è quella di un'adolescente con tratti femminei o di una donna travestita da uomo. Si identifica molto con la figura di Peter Pan e mi dice apertamente di aver paura di crescere.

Il motivo che la porta a consultarmi, è la presenza di un grande malessere esistenziale, caratterizzato da un profondo senso di inadeguatezza, da vissuti d'ansia che accompagnano lo studio (è una brillante studentessa di Economia), da rituali ossessivi e da un senso di vuoto e di solitudine accen-

tuata dalla mancanza di una relazione affettiva con un ragazzo. Non ha mai avuto una storia duratura, fatta eccezione di una breve quanto sofferta parentesi a 17 anni, ed è ancora vergine. Per Lara il sesso è un tema veramente spinoso: pur desiderandolo molto le fa molta paura, sia per il timore della sofferenza fisica, che per una più indefinita sensazione di poter essere invasa nella sua intimità. Questo è un segreto che la mette profondamente a disagio con i coetanei, di cui non riesce a parlare con nessuno, nemmeno con sua madre che anzi, la spinge in modo piuttosto superficiale a liberarsi senza indugi di questo inutile orpello, con consigli a volte anche molto sbrigativi o addirittura offensivi e volgari.

La relazione di Lara con la madre è caratterizzata da una grande attenzione e preoccupazione, ma anche da una pressione ambiziosa riferita all'eccellenza nello studio e all'autonomia, che fin da piccola la fanno sentire esposta a continue richieste poco rispettose della sua intimità e delle sue esigenze. Della relazione con il padre parla all'inizio in modo più positivo, lo sente più vicino alla sua indole, ma successivamente ne mette in luce la debolezza e l'incapacità di darle protezione e guida nella vita.

Emerge sin da subito un forte vissuto di angoscia dell'abbandono e della separazione, che le impediscono di allontanarsi dalla dimensione familiare sia in termini spaziali, (andando, come lei vorrebbe, a studiare in un'altra città), che in termini affettivi, perché spesso sente il bisogno di essere protetta.

A livello controtransferale mi giunge una richiesta confusa e ambivalente di accudimento e appoggio anaclitico e di distanza e di bisogno di autonomia, eco del profondo vissuto di un comportamento materno caratterizzato da un'intrusività agita inconsapevolmente in modo distruttivo, ma soprattutto ambivalente. Si è reso così necessario, da parte mia, un atteggiamento di attesa vigile più che di interpretazione, di pazienza più che di reattività, per sostenere una relazione che dal punto di vista della realtà spesso si impantana nell'immobilismo, e deve farsi carico di un inevitabile senso di frustrazione reciproca. I miei sentimenti di compartecipazione e poi di annichilimento, immobilità e mancanza di pensiero, rappresentano la trama emotiva di identificazioni proiettive che hanno congelato la funzione simbolica, lasciando a Lara solo la possibilità di vivere i suoi bisogni e

la sua identità in modo ancora molto infantile e mi orienta verso una diagnosi di personalità borderline. Come afferma Anzieu:

Con i pazienti borderline o con una struttura narcisistica della personalità ci si trova di fronte, di fatto, alla sofferenza prodotta da una mancanza di limiti; incertezze sulle frontiere tra l'Io psichico e l'Io corporeo, tra reale e ideale; tra ciò che dipende da sé e ciò che dipende dagli altri (1987).

Sento che l'orientamento del mio lavoro dovrà partire dall'accettazione incondizionata e dal rispecchiamento delle sue emozioni. Lara ha estremo bisogno della restituzione di una dimensione femminile positiva, dove emozioni e sentimenti trovino posto per esprimersi.

L'IMMAGINE CORPOREA

Quello che a livello profondo sembra ostacolare la possibilità da parte di Lara di vivere armoniosamente la dimensione dei sentimenti e quella della sessualità, sembra emergere in modo più definito solo dopo un anno circa di terapia, attraverso un sogno che ora riferirò.

Stavo con i miei da loro amici e andavamo al museo dell'anatomia. Era tipo ospedale, c'erano dottori che ci mostravano organi vitali (cuore, pancreas, fegato), c'era sangue dappertutto. Io uscivo perché non riuscivo a sopportare la vista di questi cadaveri squartati. Incontravo un ragazzo, lo baciavo e decidevamo di sposarci. Ci troviamo in chiesa con tutti i parenti che battono le mani, lanciano il riso. C'era anche il mare.

L'immagine del sogno e le amplificazioni di Lara lasciano emergere un rapporto con la corporeità talmente rimosso da comparire come un oggetto da museo, estirpato a cadaveri, smembrato, affidato alle mani fredde di medici esibizionisti. In quanto agli organi interni, come lei mi riferisce, non compare il cervello aggiungendo: «la vera vita è fatta di organi che io ritenevo meno nobili». La rappresentazione psichica della dimensione corporea qui delineata sembra indicare un vissuto dell'identità corporea ancora molto primitivo, dove non è ancora presente un organismo completo, ma singoli pezzi esposti allo sguardo esterno. Così la possibilità di vivere in modo individualizzato una relazione sentimentale, dovrà passare prima da una separazione dalla coppia genitoriale stereotipata, e poi dal recupero e dalla valorizzazione di una consapevolezza che faccia percepire a Lara il suo corpo come qualcosa di intero che è di sua proprietà.

In *Aspetti psicologici dell'archetipo della madre* Jung traccia un profilo chiarissimo delle possibili conseguenze che un complesso materno può provocare nella figlia.

Se il complesso materno non suscita un aumento dell'Eros, nella figlia si produce un'identità con la madre e una paralisi delle iniziative propriamente femminili. Non avendo la figlia coscienza del suo mondo istintuale – del suo istinto materno e del suo Eros –, essa proietta la propria personalità sulla madre. Tutto ciò che le ricorda la maternità, la responsabilità, i vincoli personali, le esigenze erotiche, genera sentimenti di inferiorità

e la costringe alla fuga – verso la madre naturalmente –, la quale vive [...] come personalità sopraordinata, tutto ciò che alla figlia manca [...] Essa svolge un'esistenza larvale, spesso visibilmente risucchiata dalla madre [...] Così Plutone rapì all'inconsolabile Demetra Persefone, ma per decreto degli dèi fu costretto a cedere all'inizio di ogni estate la sposa alla suocera. Simili leggende non nascono per caso! (1934-1938).

L'immagine di questo sogno sembra, dunque, fotografare da un lato il nucleo complessuale profondo, che ostacola la percezione da parte di Lara di un vissuto della propria corporeità come unità, dall'altra e al contempo, che la soluzione per realizzare un incontro con il maschile, dentro e fuori di lei, sta proprio nel riconquistare la consapevolezza del cuore (il sentimento) e del fegato (il coraggio).

Qualche mese dopo il sogno, Lara mi riferisce che a seguito di una visita ginecologica scopre di avere un ovaio microcistico e meno sviluppato dell'altro. È molto amareggiata e ha paura di non poter diventare madre. Mi chiede in modo diretto se guarirà e se questi problemi possono compromettere la fecondità. Mi chiede in altri termini di darle fiducia sul fatto che la sua femminilità potrà crescere e portarla a esprimersi in tutte le sue potenzialità creative. In questa circostanza mi viene in mente quello che Jung afferma sull'indissociabilità tra psiche e soma «le emozioni corrispondono a certe condizioni fisiche e perciò sono profondamente radicate nella materia concreta del corpo» (ed. it. 1935). Il corpo di Lara sembra incarnare una dimensione femminile rimasta infantile; di qui la sua vergogna, la paura di essere schiacciata dal dominio maschile e il timore di non essere all'altezza di generare.

Se ripensiamo alla visione della corporeità emersa nel sogno e alle problematiche che caratterizzano gli organi femminili, sembra di poter ritrovare un filo, che sembra essersi spezzato forse in un'epoca infantile piuttosto precoce. Lara sembra vivere in bilico tra una difesa razionalistica, nella quale si scorge l'azione di un Animus distruttivo, e improvvise escursioni in una fantasia eccitata di tipo isterico che sopprime qualsiasi forma di bisogno e rende impossibile scoprire l'alterità e la relazione. Così la sua paura del sesso e della penetrazione è diventata un tentativo di difendere la sua femminilità da un'intrusione devastante. Etimologicamente, sesso dal latino *sectus*, separo, taglio, è la linea di confine tra l'adolescenza e la vita adulta, tra il maschile e il femminile, tra il fuori e il dentro. La presenza di un complesso materno negativo e l'identità inconscia con la madre, hanno impedito in lei l'appropriazione di un confine tra corpo e mente, ideale e reale che le consentisse l'accesso a una pensabilità di un suo essere femminile non modellato come un oggetto, ma rispettato nella sua individualità. Se il sano sviluppo psichico è distorto e inibito da precoci esperienze e relazioni dannose, allora le fantasie possono cessare di essere esplorazioni creative di possibili sviluppi e invece funzionare come segnali d'allarme della psiche o inibizioni, che avvertono il Sé di un pericolo. La fantasia sessuale può essere uno strumento potente di questo arsenale difensivo. È spesso un vero assalto contro la relazione, in cui l'eccitamento e il

desiderio per l'altro vengono trasformati in immagini che provocano vergogna. Tuttavia la sua natura sessuale porta con sé anche l'opposto, l'intenso desiderio dell'altro, per qualche tipo di contatto e relazione per quanto parziale o deformato.

IL RUOLO DEGLI AFFETTI NELLA COSTRUZIONE DELL'IDENTITÀ FEMMINILE

Qual è la percezione che Lara può aver tratto della sua femminilità dalla svalutazione dei suoi sentimenti e dall'uso che sua madre le consiglia della parte più intima di sé? Non può che tradursi in un violento strappo, che costituisce forse il nucleo centrale della sua ferita e una percezione di Sé parziale, scissa, e della sua identità femminile come un trattato socio-politico su cui fare bei discorsi, e non da interiorizzare simbolicamente. Qual è dunque il ruolo degli affetti nel facilitare o ostacolare la possibilità per una donna di percepire l'immagine corporea come una componente integrata della sua identità?

Gli affetti sono... il mezzo mediante il quale è trasmessa un'informazione vitale: questa informazione riguarda non solo il mondo reale e i suoi pericoli, ma anche lo stato affettivo della madre: poiché gli affetti sono anche il mezzo attraverso il quale si compie il processo di rispecchiamento, si suppone che il bambino percepisca non solo gli affetti della madre, ma anche la percezione che la madre ha degli affetti del bambino (Modell, 1992).

Ma cosa accade quando la madre spinge la capacità di identificarsi con un bambino oltre i confini del Sé? Qual è il confine tra una comprensione empatica e il bisogno di far vivere all'altro parti di Sé? È proprio qui che si colloca l'intrusività, per indicare il polo opposto che si può attivare, quando calato nei suoi bisogni narcisistici, l'adulto non riconosce le reali necessità evolutive e i desideri del bambino. Il gioco delle identificazioni proiettive che viene a stabilirsi cristallizza la crescita su aree arcaiche che non riescono a raggiungere il livello della pensabilità. Così l'unione tra il corpo e la psiche non è più solida ma inestricabile: la psiche non esce dal corpo, non diventa possibile una rappresentazione mentale dell'immagine corporea, né l'elaborazione di esperienze o conflitti psichici. In sintesi, gli affetti esclusi dalla possibilità di essere simbolizzati continueranno ad adottare il loro linguaggio più arcaico, quello corporeo.

Soprattutto nelle prime fasi dell'analisi, accogliere Lara in modo incondizionato e rispecchiarla nei suoi sentimenti profondi è stato il primo passo che si è reso necessario da parte mia per farla entrare in contatto con il suo corpo e le sue emozioni. Ho ritenuto compito cruciale quello di trasmettere alla paziente che esiste uno stato mentale, i cui contenuti possono essere degni di essere pensati e letti in modi diversi, e che questi possono a loro volta essere cambiati senza la necessità di essere messi in atto, o immediatamente censurati perché inaccessibili all'esperienza diretta. Questo processo le ha creato l'occasione di entrare in contatto con il mondo delle sue pulsioni e di esprimere fantasie che erano oggetto di

profonda vergogna, soprattutto in riferimento a desideri proibiti d'amore, di sesso o di rabbia. A questi passaggi del percorso analitico ha corrisposto la graduale acquisizione da parte di Lara della capacità di entrare in contatto sia con una dimensione di se stessa più attiva e intraprendente (è riuscita a partire da sola per Londra e poi per Boston), che di relazionarsi con gli uomini in modo sempre più reale ed equilibrato. Inizia, in altri termini, a poter esprimere le potenzialità della sua identità femminile.

Ecco un sogno che Lara mi porta circa un anno dopo quello descritto prima.

Guardavo il TG e il giornalista diceva che Che Guevara era morto decapitato. Sto a letto, una ragazza comincia a spogliarmi, è un trans perché ha un organo maschile. Io sono passiva ma facciamo sesso. La mattina mi sono svegliata contenta, ho detto che bello, non sono più vergine!

Se assumiamo che sul piano simbolico la scena di accoppiamento, come in più contesti afferma Jung, rappresenta un aspetto della totalità psichica, del Sé, composta dall'armonia tra Femminile e Maschile, tra Ying e Yang, tra Eros e Logos, la cui *coniunctio* si opera attraverso il rapporto sessuale, quale può essere la lettura più appropriata del percorso inconscio che si sta delineando?

Mi piace esprimere la mia lettura attraverso quanto riferisce J. Hillman in *Saggio su Pan*:

La repulsione della vergine è un altro modo di esprimere la paura che la fantasia ha del comportamento fisico. Ma la violazione della vergine è inevitabile in tutti i casi in cui ci siano confini eccessivamente rigidi tra fantasmi troppo remoti dal corpo e fantasmi troppo immersi nel corpo (1982).

Sembra che l'avvio di un percorso di differenziazione da un'Imago materna potente, stia gradualmente restituendo a Lara la possibilità di cominciare a percepire la dimensione corporea femminile, non come l'aggregazione casuale di organi tenuti insieme da un principio gerarchico, ma come un'unità sostenuta dall'istinto. La relazione con il maschile, fuori e dentro di lei, comincia ad assumere una forma che sebbene ancora molto impersonale, è sicuramente più disponibile a mettere in gioco aspetti di Sé più autentici e vicini alla sua natura. È come se «l'intatto, cioè una coscienza priva di sensi corporei, inizi a incontrare il tattile, il corpo sensuoso. Tatto, contatto, connessione – questo è cruciale per la metafora che si sofferma in tal modo sul linguaggio del corpo» (*ibidem*). Lara può cominciare ad accettare le ragioni sia del piacere che della realtà. Di riflesso il vissuto dell'identità corporea, raffigurato dall'immagine dell'amplesso con la figura ermafrodita, può essere ora quello di un'identità femminile più complessa, la cui appropriazione non la turba più. La rinuncia all'unità fusionale, regressiva, narcisistica, si può trasformare in una bisessualità positiva: non è infatti nell'uno che si supera il dualismo fra maschile e femminile, ma nell'incarnazione dei due. La scelta non sta fra l'uno dei due, ma nella ricerca di due volte uno, che lascia a ciascuno la sua unità. Se ci atteniamo strettamente a quello che il mito di Ermafrodito trasmette, qui le immagini

maschili e femminili sono ancora preda di una sovrapposizione, che porta le tracce di una confusione di generi, dove manca un vero riconoscimento dell'altro. Tuttavia le immagini del sogno sembrano far intuire la presenza di un progetto evolutivo legato all'acquisizione dell'identità di genere che, con le parole di S. Argenterieri:

non è un processo individuale e solitario e neppure si esaurisce nel rapporto duale; è invece necessario un rapporto triangolare che consenta di confrontarsi col simile e con il diverso da sé (1985).

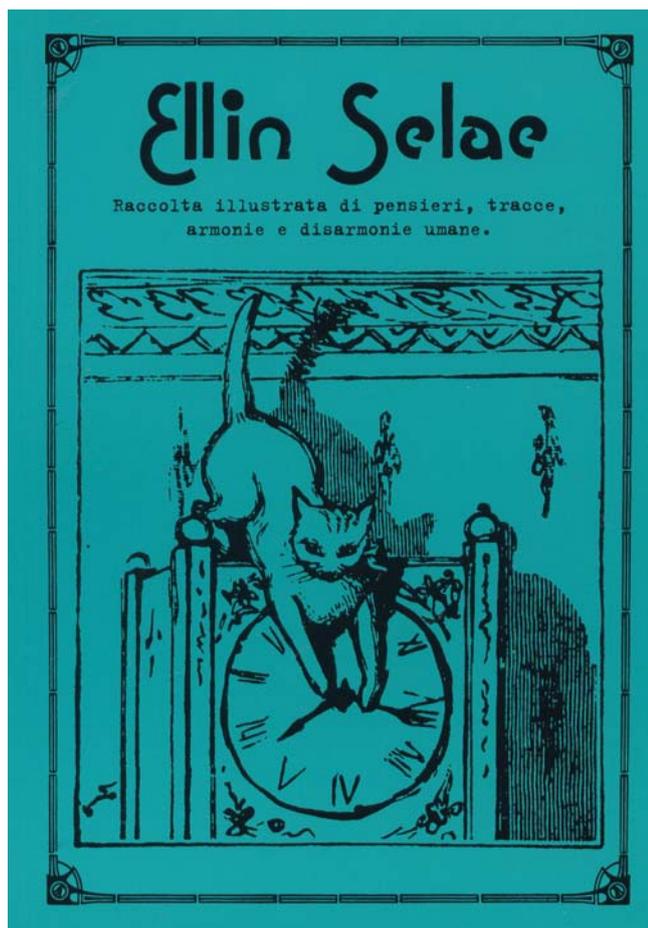
CONCLUSIONI

Il profondo significato del lavoro analitico svolto con Lara è quello di un percorso nella simbiosi che ha cercato una direzione, imparando attraverso le parole a non essere più «tutt'uno», ma «una con». Il processo di trasformazione che sembra avvenuto è che il Sé femminile è diventato visibile all'Io femminile, non come inconscietà terrena della Demetra che non vuole cedere la figlia Core, ma come riscoperta di quella spiritualità dell'istinto, che è alla base della creatività e della vita.

Il conflitto psicologico tra simbiosi e autonomia si è così trasformato nel tema affettivo dell'unità con l'altro e della separazione con amore. Aver trovato un codice per esprimere in modo nuovo le paure del distacco e dell'abbandono ha dato a Lara la possibilità di aprirsi a una libertà mai sperimentata: non tradire la propria storia ma cominciare a viverla finalmente in prima persona.

BIBLIOGRAFIA

- ANZIEU D., *L'Io pelle*, Roma, Borla, 1987.
- ARGENTERIERI S., *Esplorazioni psicoanalitiche*, recensione edizione italiana di R. Greenon, «Rivista di Psicoanalisi», 1985.
- JUNG C.G. (1934/38), «Gli aspetti psicologici dell'archetipo della madre», in *Opere*, Vol. IX, Torino, Boringhieri, 1980, pp. 89-90.
- JUNG C.G. (1935), «Fondamenti della psicologia analitica», in *Opere*, Vol. XV, Torino, Boringhieri, 1991, p. 146.
- HILLMAN J., *Saggio su Pan*, Milano, Adelphi, 1982, pp. 94-99.
- MODELL A.H., *Psicoanalisi. Un nuovo contesto*, Milano, Cortina, 1992, p. 30.
- RAVASI BELLOCCHIO L., *Di madre in figlia*, Milano, Cortina, 1988.
- VEGETTI FINZI S., *Corpo a corpo. Madre e figlia nella psicoanalisi*, Bari, Laterza, 1995, p. 173.



Ellin Selae

Raccolta illustrata di pensieri, tracce, armonie e disarmonie umane

Ellin Selae è una rivista-libro bimestrale. Ogni numero ha circa 100 pagine; contiene moltissime illustrazioni e riproduzioni di antiche incisioni; ogni copia contiene anche un'opera d'arte originale (e non una riproduzione seriale) numerata e firmata, realizzata da un artista contemporaneo che cambia numero dopo numero, da staccare e collezionare (o incorniciare).

I temi principali che vengono trattati sono: analisi e critica letteraria, riflessione sociale, pratica della scrittura, lotta sfrenata alla banalità e all'improvvisazione culturale e politica; analisi e critica delle correnti di pensiero dominanti e molte confortanti pagine di narrativa e poesia.

ELLIN SELAE, rivista e libri
Fz. Cornati, 27
12060 Murazzano (CN)
tel/fax: 0173-791133
www.ellinselae.org

Una virgola o un punto?

Una valutazione sull'impatto della parola scritta visto dalla prospettiva del paziente

JANET B. ALLYN

Center for Collaborative Psychology, Psychiatry and Medicine, Kentfield, California

Non mettere mai un punto là dove Dio ha messo una virgola.

GRACIE ALLEN, American entertainer

INTRODUZIONE

di Alessandro Crisi

Questo lavoro è stato presentato all'Annual Meeting della Società for Personality Assessment svoltosi a Chicago nel marzo di quest'anno. La SPA è la più grande e famosa organizzazione mondiale dedicata alla valutazione psicologica e l'articolo proposto in questa sede è stato scritto dalla Allyn nell'ambito di un Simposio dedicato alla valutazione collaborativa e terapeutica. Elaborato da Finn nel 1993, il Therapeutic Assessment (TA) rappresenta una modalità clinica semistrutturata di conoscenza e di intervento che ha lo scopo di approfondire e modificare i problemi di adulti (Finn, 1994, 1996a, 1996b), coppie (Finn, 2005) famiglie con bambini e/o adolescenti (Smith, Handler, Nash, 2010; Tharinger et al., 2009). Sorto nell'ambito della psicologia umanistica, il TA colloca al centro del proprio intervento il cliente e, contrariamente all'assessment tradizionale, vede nelle risposte ai test, non tanto la possibilità di arrivare a una diagnosi strutturata, quanto la possibilità di leggersi elementi riconducibili alla vita reale e concreta del cliente. La Allyn, dopo una dolorosa esperienza personale di malattia iniziata con una fredda valutazione tradizionale, ha incontrato la dr.ssa Engelman, membro del Center for Therapeutic Assessment di Austin, Texas. Da alcuni anni, la Allyn collabora con la Engelman alla stesura dei report conclusivi da consegnare ai clienti. Recentemente ha pubblicato un libro di notevole interesse: Allyn J.B. (2012). Writing to clients and referring professionals about psychological assessment results: A handbook of style and grammar. New York, NY: Routledge.

* * *

Inglese, una virgola indica una soglia. Essa rappresenta una pausa e indica che qualcos'altro seguirà. Un punto invece segnala una conclusione, una fine. Il pensiero è completo. Magari quel pensiero potrà svilupparsi nella frase successiva; potrà accrescersi in qualcosa di più completo ma non necessariamente. Il punto non ha la funzione di una soglia: indica semplicemente la fine.

Una soglia, così come un accesso, è il punto dal quale qualcosa di nuovo ha inizio. Studi recenti hanno dimostrato che passare attraverso una porta d'accesso può avere effetti sulla memoria; puoi facilmente dimenticarti di quello che volevi fare semplicemente attraversando una porta d'ingresso (Radvansky, Krawietz, Tamplin, 2011). Gli aeroporti possono essere visti come aree di attesa temporanee che conducono a una soglia.

Il volo diventa una specie di accesso, così quello che stai lasciando va indietro nella memoria e ciò verso cui ti stai dirigendo aumenta di intensità. E i momenti di cambiamento nella vita – la nascita, il matrimonio, la morte, la malattia – rappresentano anch'essi delle soglie.

Qualcuno del pubblico sa che io sono una scrittrice. Recentemente è stato pubblicato un mio libro sullo scrivere in modo efficace per gli psicologi che effettuano valutazioni. Ma quello che la maggior parte di voi non sa è che io stessa sono stato oggetto di una valutazione. Avevo 20 anni, mi fu diagnosticata una malattia cronica che rappresentò la mia esperienza di soglia sebbene a quel tempo non potessi vedere la soglia. Non mi sentivo come una virgola, piuttosto come un punto. La mia vita fu interrotta bruscamente e una nuova vita appariva impossibile.

Uno dei sintomi più sconcertanti fu costituito dalle disfunzioni cognitive. Mi riferivo ad esse come «a un appannamento, a una nebbia cerebrale».

Trovare le parole divenne molto difficile. Mi costringevo a seguire istruzioni dettagliate così come si fa con una ricetta. La mia memoria a breve termine, un tempo eccellente, in breve non esistette più. Non potevo lavorare a lungo contemporaneamente su più cose. Ebbi anche episodi di alterazione visuo-percettiva che soprannominai «alla Alice nel paese delle meraviglie», durante i quali mi sembrava che le cose diventassero più grandi o si rimpicciolissero. Questi episodi somigliavano tantissimo a quelli descritti da Lewis Carroll quando descrive l'esperienza di Alice dopo aver dato un morsetto a un fungo nel Paese delle Meraviglie (Carroll, 1865).

Ricerche su questa malattia hanno evidenziato la presenza di cambiamenti nella struttura cerebrale. Uno studio, pubblicato sul «British Journal of Radiology», ha dimostrato un significativo aumento di volume sia della sostanza grigia che di quella bianca in varie regioni cerebrali incluse quelle deputate alla memoria e ai processi visivi (Puri et al., 2011).

Per sua e mia conoscenza ma anche per la mia compagnia

assicurativa, il mio medico curante mi indirizzò verso una valutazione neuropsicologica per quantificare i problemi cognitivi che stavo affrontando. Tutto questo accadeva prima che io iniziassi a collaborare con la neuropsicologa e psicodiagnosta Diane Engelman. Il che significa che al tempo, non avevo la più pallida idea di cosa potesse rappresentare una valutazione. Ero completamente a digiuno con la sua terminologia e le sue caratteristiche.

Né tantomeno avevo la benché minima idea dell'esistenza di una valutazione «collaborativa» o «terapeutica».

La valutazione che io affrontai non è stata in nessun modo né collaborativa né terapeutica. Tutto è avvenuto come all'interno di una scatola nera: nulla mi è stato chiesto riguardo le mie preoccupazioni o eventuali domande; nessun tentativo di costruire una relazione con me o di impostare un contesto per la valutazione fu fatto. Durante le fasi della valutazione, ero seduta da sola in una stanza, insicura su che cosa stessi facendo o perché mi venisse chiesto di farlo. Sebbene fossi quella che avrebbe firmato l'assegno per pagare la valutazione, non ero il cliente ma semplicemente l'oggetto di un test.

Questo processo apparentemente infinito andò avanti per tre giorni – per un totale complessivo di 12 ore – con le mie energie che diminuivano di minuto in minuto. Ricordo, in particolare, un compito che richiedeva, allo stesso tempo, velocità e precisione. Sapevo che la mia «nebbia cerebrale» non mi avrebbe permesso di fare contemporaneamente entrambe le cose, così optai per la precisione. Alla fine di questo compito, mi fu chiesto di farlo di nuovo, ma questa volta, dovevo farlo davvero rapidamente e correttamente. Con fermezza dissi all'esaminatore: «Posso farlo veloce o posso farlo correttamente. Ma non posso fare le due cose contemporaneamente». L'esaminatore non mi rispose nulla, ma rivolto all'assistente gli disse: «Oh, la signora sta diventando irritabile!».

Il fatto che non si rivolgesse direttamente a me, mi fece sentire saldamente collocata su una sedia con dietro la targhetta «soggetto». Una «farfalla appuntata con lo spillo su una tavola» o una «rana sezionata» sono altre possibili descrizioni della mia esperienza. Passati alcuni minuti da questo scambio di battute, la valutazione finì bruscamente quando l'esaminatore mi disse che avevamo fatto abbastanza e che dovevo tornare il giorno dopo.

Anche dopo questa esperienza non collaborativa, mi aspettavo comunque un qualche livello di comprensione sulla causa dei miei problemi cognitivi e su cosa fare per migliorarli. Ho anche fatto conto sull'esaminatore usando parole precise, opportune e facile da capire. Mi sbagliavo su tutti i fronti. Nessun incontro per avere un feedback verbale e la relazione... oh, la relazione... Lasciatemi condividere con voi alcune parti di essa. Quelli di voi che conoscono la mia collega e co-presentatrice, Diane Engelman, sanno che nel suo corpo non c'è traccia nemmeno della più piccola cellula non collaborativa o non terapeutica. Tuttavia, Diane ha gentilmente accettato di leggere le parole che l'esaminatore non collaborativo ha usato per scrivere la sua relazione. I miei commenti sono quelli che avrei fatto se un dialogo avesse potuto aver luogo.

JB Allyn: Dunque... cosa ha trovato?

Diane Engelman: *(parlando in modo inespressivo, come*

una persona molto indaffarata. Durante tutto lo scambio non entrerà mai in contatto con JA).

Il suo Q.I. è peggiorato verso un funzionamento premorbo, come mostrato dagli inter-e intra-test. La gamma dei punteggi mostra una differenza di quasi quattro deviazioni standard.

JA: Questo suona come un grande deviazione...

DE: La sua velocità motoria e persistenza sono alterate bilateralmente. Queste anomalie motorie sono tipiche in pazienti affetti da questa malattia.

JA: (Annuendo e mormorando.) «Tipiche...».

DE: Su un test di apprendimento verbale, il suo punteggio è molto povero, con un punteggio T di 14 che la colloca nell'ambito di un disturbo grave. Con questo tipo di menomazione mnemonica, potrebbe non riuscire in qualsiasi tipo di occupazione. In primo luogo, lei non è in grado di archiviare informazioni e la piccola quantità che riesce a memorizzare non può essere recuperate in modo efficiente con il passare del tempo.

JA: (Sorridente, tentando di scherzare). Sì, l'avevo notato!

DE: La sua percezione visiva è definitivamente compromessa. I suoi disegni sono concreti e semplici e classificabili come organici. Non sono differenti dai disegni che ho visto fare da altri pazienti affetti da questa malattia. C'è un problema serio con la fluidità verbale. Il suo punteggio greggio è appena al di sotto del cutoff per danni cerebrali. Dato il suo background culturale e lavorativo, questa impossibilità nel generare le parole suggerisce una disfunzione cerebrale.

JA: Una disfunzione cerebrale?

IPOD

**IPOD - Istituto
per lo Psicodramma
a Orientamento Dinamico**

(Decreto MIUR del 15/10/08)

**Direttore Ottavio Rosati –
Presidente Garante Prof. Vezio Ruggieri**

**Scuola di Specializzazione
in Psicoterapia individuale e di gruppo
attraverso le tecniche attive
di gioco terapeutico inaugurate
da Jacob Levi Moreno.**

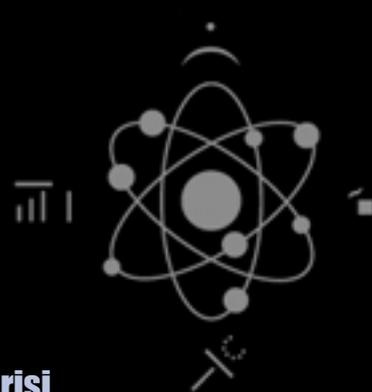
Lo psicodramma è efficace nella clinica,
nella riabilitazione, nella scuola,
nella prevenzione, nella formazione,
in azienda e in tutti i contesti di gruppo.

IPOD è attivo in Italia dal **1975**

Per info: 06.58310732 - 3474125946
ipod@plays.it - www.plays.it
IPOD, via della lungara 3
00165 Roma (Trastevere)

I.I.W. ISTITUTO ITALIANO WARTEGG

Roma



Fondatore e Presidente: Prof. Alessandro Crisi

ATTIVITÀ FORMATIVE

I nostri corsi intendono fornire una preparazione altamente specializzata nell'uso clinico dei maggiori test psicologici. Il nostro modello formativo, consapevole delle difficoltà che i neofiti incontrano soprattutto nella stesura della relazione psicodiagnostica conclusiva, dedica grande spazio alle esercitazioni pratiche e alla presentazione e discussione di casi clinici.

- **Corso Wartegg (9 incontri mensili):** una nuova metodica di uso ed interpretazione del test.
- **Corso WAIS-R (4 incontri mensili)** la forma rivista e ampliata del più noto test di livello
- **Corso MMPI-2 (5 incontri mensili)** il questionario di personalità più utilizzato nel mondo
- **Corso Biennale di Psicodiagnostica (18 incontri mensili):** formazione professionale altamente specializzata all'uso clinico di una batteria di test per l'età adulta: WAIS-R; MMPI-2; Wartegg (WZT); Prove Grafiche (DFU e DF).
- **Corso Biennale sul Test di Rorschach metodo Exner (18 incontri mensili):** una preparazione specifica nell'uso e nell'interpretazione clinica del test di Rorschach, sia nell'età evolutiva che nell'età adulta.

Direttore e Coordinatore dell'attività didattica è il **Professore a contratto Alessandro Crisi**, II Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, «La Sapienza» Roma, Psicoterapeuta e Psicodiagnosta, Membro della I.S.R. (International Society of Rorschach), della S.P.A. (Society for Personality Assessment) e del Comitato Direttivo dell' A.I.P.G. (Associazione Italiana di Psicologia Giuridica), Autore di oltre 60 pubblicazioni in campo psicodiagnostico. Membro del Comitato Scientifico del XX Congresso Internazionale Rorschach, Tokyo, 17-20 luglio 2011.

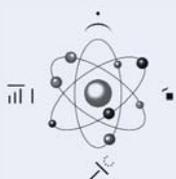
SCONTI SPECIALI PER STUDENTI

Per scaricare i programmi dei nostri corsi: <http://www.wartegg.com/eventi.php>

INFORMAZIONI

email (consigliato): iiw@wartegg.com • telefono 06 54.30.321 - 06 56.33.97.41

SEDE: VIA COLOSSI, 53 Roma (Fermata Basilica S. Paolo, metro B)



La nuova modalità di interpretazione del Test di Wartegg proposta dall' IIW, a partire dal 2002, è utilizzata dai Reparti Selezione della Marina Militare, dell' Esercito Italiano, della Polizia di Stato e dall' Aeronautica Militare.

DE: La concentrazione alla scansione SPECT sul cervello mostratasi al momento di questa valutazione è coerente con le anomalie cerebrali osservate durante il test.

JA: Il tutto suona come una situazione disperata. Non c'è nulla che io possa fare?

DE: Lei ha compromesso il funzionamento esecutivo e le manca la resistenza o la capacità cognitiva per affrontare qualsiasi lavoro in questo momento o per il prossimo futuro.

JB Allyn: L'esaminatore non disse nulla e non diede suggerimenti circa la riabilitazione o l'assistenza su questo tipo di situazioni.

Fino a un certo punto, posso concedere delle attenuanti all'approccio di questo esaminatore. Una delle sfide maggiori di qualsiasi tipo di relazione è rappresentata dalla questione delle differenti persone alle quale essa è diretta. Questa relazione è stata condivisa con la mia compagnia di assicurazioni, e l'esaminatore potrebbe aver sospettato che l'assicurazione sarebbe intervenuta solo in caso di uno scenario

molto grave. Ma il mio medico, una persona attenta, ottimista e capace di essere di grande sostegno, avrebbe potuto usare proposte concrete per risanamento. E io avevo bisogno di un po' di speranza. Come ha detto lo psicologo Irving Weiner, in una comunicazione personale che cito nel mio libro «Gli psicologi che effettuano queste valutazioni sono espressamente invitati a considerare che la loro relazione scritta, benché non indirizzata al cliente, potrebbe essergli mostrata» (Allyn, 2012, p. 69).

Un romanzo che amo dice la stessa cosa ma con parole diverse: dice che ciò che è scritto continua – ogni volta che lo si legge (Shaffer, Barrows, 2009). Apparentemente, il mio esaminatore si era dato poco, o niente, pensiero circa l'impatto che avrebbe avuto su di me, il cliente, il leggere o rileggere la sua relazione.

Con nessuna indicazione di carattere terapeutico proveniente dalla valutazione e con il mio medico che cerca di fare del suo meglio per gestire l'aspetto fisico della malattia, ero consapevole che la responsabile per il resto della mia guarigione

AeP adolescenza e psicoanalisi

Organo ufficiale dell'A.R.P.Ad.
(Associazione Romana per la Psicoterapia dell'Adolescenza)

Anno VII – n. 1 – maggio 2012

Alleanza

AeP (già Adolescenza e Psicoanalisi)

rivista fondata da Arnaldo Novelletto

Direttore – Gianluigi Monniello

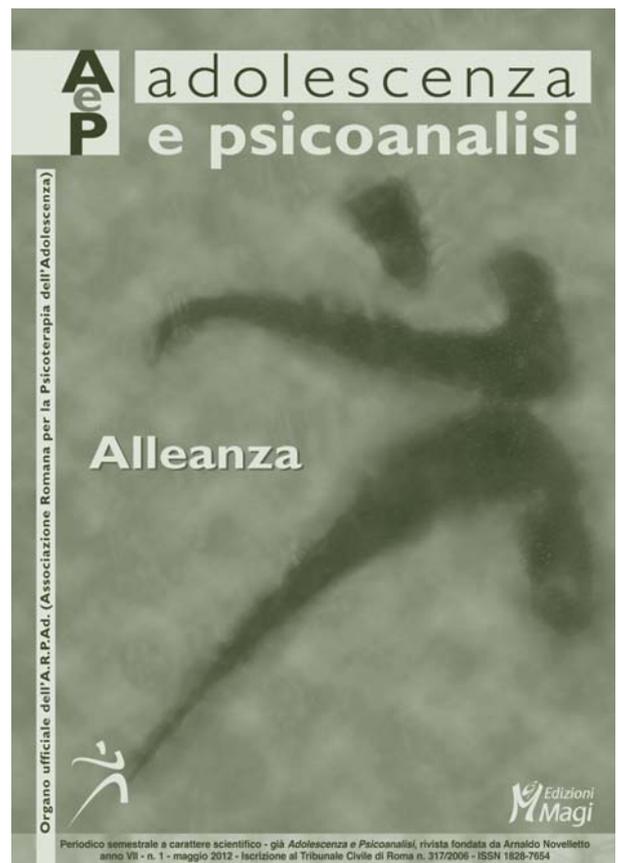
Abbonamento annuale (2 numeri): € 30,00

(Enti € 50,00 - Estero € 60,00)

Per informazioni sulle modalità di abbonamento:



Edizioni Magi
via G. Marchi, 4 - 00161 Roma
tel. 06.99.703.800 - 06.99.703.801
redazione@magiedizioni.com
www.magiedizioni.com



SOMMARIO

Alleanza, Gianluigi Monniello – **Articoli originali:** ALLEANZA E ASTINENZA NELLA PSICOANALISI DELL'ADOLESCENTE, Cinzia Lucantoni – ALLEANZA TERAPEUTICA E SUE VICISSITUDINI NELLA FORMAZIONE, Giovanna Mantinari – IN CARROZZA! L'ALLEANZA NEI PRIMI INCONTRI, Anna Piccoli – ALLEANZA TERAPEUTICA NELLA FASE AVANZATA DELLA TERAPIA, Cristiano Curto, Giorgio Fugazza – QUANDO LA TERAPEUTA È INCINTA. ALLEANZA E ASTINENZA CON PAZIENTI ADOLESCENTI, Manuela Baldasso, Giovanna D'Antonio – **Articolo del maestro:** NEUTRALITÀ, ASTINENZA E ALLEANZA TERAPEUTICA, William Meissner – **Apporti clinici:** L'INCONTRO CON L'ADOLESCENTE TRA INFANTILE E PUBERTARIO, Gianluigi Monniello – ALLEANZA TERAPEUTICA CON UN ADOLESCENTE DIFFICILE, Alessandra Porrini – ALLEARSÌ CON I GENITORI. DAL CONTENERE AL SIGNIFICARE, Stefano Amati, Marcello Contarino – **Rubriche:** SCRIVERE PER FORMARSI – ALLEANZA E ASTINENZA ALLA PROVA DEI DUBBI SULL'IDENTITÀ DI GENERE, Lucia Orazi – **La biblioteca di AeP:** IN PRIMO PIANO – La Tradizione Psicoanalitica Britannica Indipendente, Maria Antonietta Fenu – **Recensioni:** Baldini T., Ragazzi al limite. Seminari per conoscerli e aiutarli, Lucia Monterosa – Perry B. Bach, Setting the stage for work with adolescents. Adolescent Psychiatry, Tiziana Catta – Allan N. Schore, I disturbi del Sé. La disregolazione degli affetti, Lauro Quadrana

gione ero io. Ho trovato un terapeuta attento ed efficace per aiutarmi nella gestione dell'impatto emotivo causato dal cambiamento di vita e ho lottato con dolore per la perdita della mia vita precedente. Sono diventata io stessa il mio agente terapeutico: ho imparato ad affrontare i problemi cognitivi con tentativi pratici – note adesive, calendari e timer mi hanno aiutato a gestire i problemi di memoria. Ho capito che non avrei potuto pormi molteplici obiettivi, anche se ancora vorrei provare – e non riesco. Ho completato un programma computerizzato sulla memoria per aiutare lo stabilirsi di nuovi circuiti del cervello e le modalità di utilizzo della memoria. Grazie al cielo esiste una neuroflessibilità del cervello!

La mia memoria con il tempo è un po' migliorata – anche se è ancora poco affidabile, specie quando tento di nuovo compiti multipli o quando sono sotto stress. Recentemente, il mio unico fratello ha avuto il suo terzo infarto in dieci anni e di gran lunga il peggiore.

Lo stress ha richiesto un prezzo elevato sulla mia capacità di richiamare parole o attività o informazioni dalla memoria a breve termine. Ma sono consapevole che quando lo stress si attenua, quelle abilità torneranno di nuovo ad essere abbordabili.

Un'altra forma di «terapia» è stata la parola scritta, sia la mia che quella degli altri. Inizialmente, la mia salute mi consentiva solo di leggere. Ho cercato conforto e comprensione nella scrittura e nei personaggi di due autori inglesi – uno morto da molti anni e l'altro da oltre due secoli. Le loro storie non hanno nulla in comune a eccezione dell'arguzia, ironia, precisione e della creazione di mondi magici diversi dal mio. Ce l'ho fatta grazie alle parole di Jane Austen e A.A. Milne.

In qualche modo, avevo ottenuto una laurea in inglese senza aver mai letto Austen.

In un primo momento era difficile seguirla. Il linguaggio si sposta e cambia col tempo. Le frasi della Austen sono lunghe e complesse e la punteggiatura di quell'epoca si differenzia abbastanza dalla nostra. Lei usa anche parole e frasi vecchio stile o fuori moda come «colà» o «da domani a quindici giorni».

Molte volte, le sue lunghe frasi collidevano con la mia «nebbia cerebrale» e ho dovuto leggere ad alta voce una frase o scriverne una parafrasi prima di riuscire a comprenderla.

Ho letto e riletto i suoi sei romanzi completi e le sue opere parziali. Lentamente, la sua scelta dei vocaboli e del ritmo hanno cominciato ad avere un senso. Lei è stata per me una specie di «tutore dello scrivere» aiutandomi a imparare a scegliere con accuratezza le parole e a costruire personaggi il cui comportamento e parole riflettersero cosa fossero internamente.

Avevo anche vissuto la vita privata del personaggio di A.A. Milne, Winnie the Pooh, sebbene a partire dall'infanzia l'avessi letto all'infinito. Milne ha basato quei personaggi sugli animali di peluche di suo figlio e colloca le sue storie nel fittizio *Bosco dei Cento Acri*. I libri di Milne erano più semplice di quelli della Austen, naturalmente, ma mi meravigliai dei livelli della trama, dell'umorismo e dei personaggi di questi cosiddetti «libri per bambini». Le storie di Milne mi hanno allenato alla metafora e a stabilire collegamenti tra i personaggi. Ho anche iniziato ad apprezzare le qualità archetipiche di ciascuno degli abitanti del Bosco dei Cento Acri e

le ho usate nella gestione della mia vita e della malattia. Ho fatto affidamento sull'efficienza del Coniglio quando avevo bisogno di fissare gli appuntamenti con il medico e sull'emozione del Maialino quando mi ritrovavo con coloro che amo. Sono stato attento a riconoscere la tristezza di Eeyore quando esso si rannicchiò su di me e ho cercato di gestire l'energia esuberante di Tigger anche se sapevo che ciò mi avrebbe scaricata. E ho fatto tesoro della creatività di Pooh, quando ho pensato al mio scrivere.

Quando la salute me lo ha finalmente permesso sono tornata a quello scritto. Ero ispirata dal lavoro di Laura Hillenbrand, che aveva scritto il best-seller di saggistica *Seabiscuit* mentre era alle prese con la stessa malattia con la quale ho lottato. Ho iniziato scrivendo un romanzo lungo pianificato, ambientato nel sud-est asiatico negli anni Sessanta. Esso è stato un lungo, lungo processo portato avanti dall'amore per le parole e dalla loro precisione e dall'entusiasmo per l'argomento scelto. Pochi anni fa ho cominciato a collaborare con Diane Engelman nello scrivere storie metaforiche, terapeutiche per i suoi clienti adulti e abbiamo iniziato a fare delle presentazioni che li comprendevano. Il mio libro sulla scrittura efficace è cresciuto grazie a quelle presentazioni. Non so se la mia esperienza sarebbe stata diversa se la mia valutazione fosse stata collaborativa e terapeutica, ma ho il sospetto di sì. Per lo meno, non mi sarei sentita come una «farfalla appuntata con uno spillo su una tavola».

Chi con successo sposta una virgola della sua vita e supera questa soglia è una specie di sopravvissuto. Immaginate quanto sia più difficile da vedere anche la *possibilità* di sopravvivenza – riconoscendo che si tratta di una virgola e non di un punto – quando una relazione scritta usa parole che dipingono la situazione come un punto, come un finale non specificato privo di qualsiasi speranza di sopravvivenza.

Come lo scrittore francese Jean Paul Sartre (1947-1988, citato in Allyn, 2012, p. 27) ha scritto, «le parole sono pistole cariche».

Usatele con prudenza.

Traduzione dall'inglese di Alessandro Crisi.

BIBLIOGRAFIA

- ALLYN J.B., *Writing to clients and referring professionals about psychological assessment results: A handbook of style and grammar*, New York, Routledge, 2012.
- CARROLL L. (1865), *Lewis Carroll's Alice in wonderland with unabridged text*, Bath, Paragon, 2003.
- PURI B.K., JAKEMAN P.M., AGOUR M., GUNATILAKE K.D.R., FERNANDO K.A.C., GURUSINGHE A.I., TREASADEN I.H., WALDMAN A.D., GISHEN P. (2011), *Regional grey and white matter volumetric changes in myeloid encephalomyelitis (chronic fatigue syndrome): A voxel-based morphometry 3-T MRI study*, «British Journal of Radiology», published online before print November 29, 2011, doi: 10.1259/bjr/93889091
- RADVANSKY G.A., KRAWIETZ S.A., TAMPLIN A.K., *Walking through doorways causes forgetting: Further explorations*, «Quarterly Journal of Experimental Psychology», 64(8), 2011, pp. 1632-1645.
- SARTRE J.-P. (1947), «What is writing?», in *What is literature? and other essays*, trad. J. Mehlman, Cambridge (MA), Harvard University Press, 1988.
- SHAFFER M., BARROWS A., *The Guernsey literary and potato peel pie society*, New York (NY), Dial Press/Random House, 2009.

Percussioni e canto nella musicoterapia universale

ALESSANDRO FRANCESCO ALBINO

Docente di strumenti a percussione

«**L**e percussioni sono la forma più antica di linguaggio sonoro ricevendo il loro caratteristico timbro dal tuono. Il suo linguaggio così arcaico ha la capacità di arrivare e stimolare nel profondo emozioni e movimento in chi li suona e ascolta».

Ritmo, melodia e armonia non sono dunque solo gli ingredienti per fare buona musica o per creare un bel concerto, ma elementi fondamentali della musicoterapia, un metodo poco conosciuto in Italia e non riconosciuto dalla medicina ufficiale che permette di intervenire su diverse patologie infantili come l'autismo, la sordità.

Nell'ambito della ricerca, ma anche della pratica musicale, è stato dimostrato che il suono ascoltato e prodotto dalle percussioni tradizionali ed etniche hanno implicazioni nell'ambito del benessere personale: si rinforza il sistema immunitario producendo un benessere sensibile e, nei casi da affaticamento da stress, riducendo il carico d'ansia.

Facendo esperienza e pratica con i tamburi ci si accorge di come vengono coinvolte zone precise del corpo: il movimento del diaframma, il ritmo del cuore e del respiro, la pancia e, conseguentemente, vengono stimulate: una migliore capacità di ascolto, una migliore postura ed una maggiore freschezza mentale.

La trasmissione fisica di energia ritmica permette al cervello di sincronizzare più velocemente i due emisferi e di accedere ad informazioni presenti nell'inconscio facilitando l'integrazione delle informazioni latenti.

Suonare un tamburo significa anche imparare a calmare la propria mente senza vivere l'ansia delle perenni aspettative, ma liberando pensieri che entrano in una dimensione di attenzione al suono.

La musica infatti non ci si limita ad impararla, ma implica, naturalmente un coinvolgimento totale e, più la mente è pronta e serena nel riceverla e praticarla, migliore sarà l'attenzione all'ascolto di se stessi e, quindi, il suono prodotto avrà una qualità migliore.

Inoltre l'essere in relazione con sé stessi vuol dire esser con gli altri sia nel dialogo che nel silenzio.

La dissonanza interiore ed il senso di disarmonia si presentano quando, all'interno di schemi rigidi, limitiamo la capacità di risuonare completamente e totalmente con i battiti del nostro sentire interiore e del nostro vivere sulla terra.

Del resto la stessa etimologia della parola "ritmo" deriva dal greco e significa "fluire". Possiamo così imparare a fluire con i ritmi della natura, con i ritmi degli eventi atmosferici o con i ritmi delle stagioni semplicemente iniziando a fluire con ciò che nasce in noi mentre suoniamo un tamburo.

Il ritmo, il suo ascolto e la risonanza che provoca in noi avvicina alla consapevolezza del ritmo naturale: percepire ogni suono ed ogni impulso, lasciare che ogni battito ci riporti in una dimensione più presente, uscire dall'isolamento interiore per divenire consapevoli della sottile connessione con l'attimo che stiamo vivendo.

Tra i musicisti europei del secolo scorso che credettero fermamente nel valore educativo e formativo della musica, l'ungherese Zoltan Kodaly che affiancò l'opera di rinnovamento didattico con l'esposizione dei principi educativi e civili che lo guidavano riassumibili in un concetto base: il fine della musica è far sì che l'uomo possa comprendersi meglio e arricchire il proprio mondo interiore. Ebbene, secondo Kodaly ci sono nell'uomo delle zone dove solo la musica può arrivare, quindi il musicista non deve tendere all'apprendimento dei codici o della tecnica, ma, piuttosto alla profonda comprensione di ciò che la musica rappresenta per noi oltre ad avere una funzione sociale che aiuta a vivere meglio la collettività.

Kodaly sostiene che si debba iniziare lo studio della musica prestissimo, perché il gusto e le abilità sono maggiormente plasmabili in tenera età e il mezzo privilegiato per farlo è il canto poiché la voce è lo strumento più naturale e accessibile a tutti, uno strumento che permette di vivere in modo creativo l'esperienza e sviluppare la sensibilità artistica e l'orecchio.

E, nel corso della vita, cantando all'interno di un coro l'uomo si metterà in relazione con gli altri, agevolando il processo di adattamento e socializzazione sviluppando l'espressività della voce dando sfogo all'emotività e alle vibrazioni dello spirito.

Per Kodaly, poi, ed è ciò che rende così attuale il suo pensiero, il canto popolare unisce i due elementi della lingua e della musica propri di ogni nazione sorpassando e unendo anche le espressioni universali: «Si può accostare ciò che appartiene a tutta l'umanità solo attraverso le proprie caratteristiche nazionali».

lopez

eventi **L** e congressi

via croce 39, godo (ra) 48026 - tel 347 8541898 - fax 0544 419492

info@lopezcongressi.it - www.lopezcongressi.it

provider ecm n.406