



n.1-2-3

aprile-agosto-dicembre 2025

Psicologia, Psicoterapia e Benessere

Gestalt
Analisi Transazionale
Analisi Esistenziale



Quadrimestrale pubblicato dalla
IRPIR Istituto di Ricerca sui Processi Intrapsichici e Relazionali

Psicologia Psicoterapia e Benessere

Gestalt

Analisi Transazionale

Analisi Esistenziale

Volume 4 No 1-2-3 Aprile, Agosto, Dicembre 2025

Rivista quadrimestrale pubblicato da

**ISTITUTO DI RICERCA SUI PROCESSI INTRAPSICHICI E
RELAZIONALI - I.R.P.I.R.**

Piazza dell'Ateneo Salesiano, 1 – 00139 Roma
e-mail: info@psicologiapsicoterapiaebenessere.it

Registrazione presso il Tribunale di Roma n. 242/21 del 02/12/2021



I contenuti di PPB sono distribuiti con Licenza
[Creative Commons Attribuzione - Non commerciale 4.0
Internazionale](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

Direttore responsabile:

Maria Luisa De Luca

Condirezione:

Susanna Bianchini, Carla de Nitto, Raffaele Mastromarino

Comitato di Redazione:

Laura Bastianelli
Davide Ceridono
Massimo Gubinelli
Cinzia Messana
Maria Teresa Tosi
Lucio D'Alessandris
Silvia Tauriello
Roberta Sanseverino
Massimo Vasale

Massimo Grasso
Mario Llanos
Camillo Lorioed
Francesco Marucci
John McNeel
Paolo Meazzini
Michele Novellino
Sabino Palumbieri
Michele Pellerey
Paolo Renzi
Albino Ronco
Vezio Ruggeri
Carmine Saccu

Comitato scientifico:

Maurizio Andolfi
Antonio Arto
Ellyn Bader
William Cornell
Bruce Ecker
Richard G. Erskine
Donata Francescato
Paolo Gambini

Coordinamento:
Elzbieta Baca

Redazione:
Antonio Palummieri
Simone Forzan

Codice etico

La rivista aderisce a COPE's Best Practice Guidelines for Journal Editors
<http://publicationethics.org/resources/guidelines>.

Norme per gli autori

Per proporre un contributo visitare il sito:

<https://www.psicologiapsicoterapiaebenessere.it/index.php/ppb/about/submissions#authorGuidelines>

Le proposte di articoli saranno sottoposti a una procedura di referaggio in doppio cieco.

INDICE

Studi e Ricerche

Il fascino dei protocolli e la sfida della complessità: sviluppare la maestria attraverso l'apprendimento del Processo di Riconsolidamento Terapeutico

Laura Bastianelli 05

Integrazione tra Coherence Therapy e Analisi Transazionale: un caso clinico su un adolescente con diabete tipo 1

Ferdinando Podda 19

La Matrice delle emozioni: una bussola per orientarsi nelle emozioni e nei *rackets*

Luca Mastromarino e Raffaele Mastromarino 47

Diagnosi oncologica materna e comunicazione ai figli minorenni: studio osservazionale retrospettivo

Antonio Capodilupo, Emanuele Cozzi, Chiara Giliberti, Maria Costanza Ciancarelli, Massimo Crocca, Alessio Fioravanti. 137

Esperienze, documentazione, riflessioni

Trattamento comunitario democratico in salute mentale: teoria, pratiche e un parallelo con l'ecomuseologia

Marcelo Azeredo Leone Lino Rodrigo 163

Funzioni psicologiche nella core mission della casa della comunità

Antonio Capodilupo 195

Meditazione ed Analisi Transazionale: i Contributi della Mindfulness alla Psicoterapia Analitico-Transazionale

Astrid Devetti 221

Il fascino dei protocolli e la sfida della complessità: sviluppare la maestria attraverso l'apprendimento del Processo di Riconsolidamento Terapeutico

*Laura Bastianelli*¹

The appeal of protocols and the challenge of complexity: developing mastery through the learning of the Therapeutic Reconsolidation Process

Abstract

Lo sviluppo della maestria (o mastery) in psicoterapia è un percorso complesso, influenzato da una combinazione di formazione strutturata, esperienza accumulata e una profonda comprensione dei meccanismi di cambiamento. Questo articolo esplora come fattori cruciali quali la supervisione, la pratica riflessiva, l'esperienza e la scelta consapevole tra approcci manualizzati e non manualizzati convergano per sviluppare l'efficacia clinica, in particolare attraverso la lente del Processo di Riconsolidamento Terapeutico (PRT), che attiva il meccanismo neuroplastico del Riconsolidamento della Memoria. L'articolo vuole essere uno spunto di riflessione per lo sviluppo continuo di una pratica clinica efficace, facendo particolare riferimento al modello della Analisi Transazionale Socio Cognitiva (ATSC). Si rimanda il lettore alle indicazioni bibliografiche per eventuali approfondimenti sul Riconsolidamento della Memoria, il PRT e la Coherence Therapy, un modello di intervento sviluppato da Bruce Ecker e collaboratori perfettamente aderente al PRT.

¹ Docente nelle Scuole di specializzazione SSPC-IFREP e SSSPC-UPS. Associato alla Ricerca presso il Coherence Psychology Institute (NYC). Membro del Laboratorio di Ricerca sul Sé e l'Identità dell'IRPIR. Roma (Italia). E-mail: l.bastianelli@tiscali.it

The development of mastery in psychotherapy is a complex process, influenced by a combination of structured training, accumulated experience, and a deep understanding of the mechanisms of change. This article explores how crucial factors such as supervision, reflective practice, experience, and conscious choice between manualized and non-manualized approaches converge to develop clinical effectiveness, particularly through the lens of the Therapeutic Reconsolidation Process (TRP), which activates the neuroplastic mechanism of Memory Reconsolidation. The article aims to provide food for thought for the continuous development of effective clinical practice, with particular reference to the Social-Cognitive Transactional Analysis (SCTA) model. Readers are referred to the bibliography for further information on Memory Reconsolidation, the TRP, and Coherence Therapy, an intervention model developed by Bruce Ecker and colleagues that is perfectly aligned with the TRP.

Parole chiave: Analisi Transazionale Socio Cognitiva (ATSC), Riconsolidamento della Memoria, Processo di Riconsolidamento Terapeutico (PRT), Coherence Therapy.

Keywords: Social-Cognitive Transactional Analysis (SCTA), Memory Reconsolidation, Therapeutic Reconsolidation Process (TRP), Coherence Therapy.

Il Processo di Riconsolidamento Terapeutico (PRT) e il Meccanismo Specifico del Cambiamento Trasformativo

Studi condotti da neuroscienziati a partire dalla fine del secolo scorso hanno dimostrato che il cervello ha la capacità di sbloccare le sinapsi che codificano un "apprendimento consolidato", rendendolo labile (de-consolidato) per un certo periodo di tempo prima che si riconsolidi nuovamente (Pedreira et al., 2004). Questa scoperta ha contrastato l'idea precedentemente accettata secondo cui gli apprendimenti emotivi problematici potessero essere solo *contrastati*, *aggirati* (over-ridden), ma non dissolti (Le Doux et al., 1989).

Questa concezione è radicalmente diversa dalla visione di un tempo che considerava la memoria come un'entità statica. Ciò che viene effettivamente "immagazzinato" nella memoria non sono "nastri" o *schemi statici* pronti all'uso, ma piuttosto la forza delle connessioni tra

le unità neurali che permettono ai modelli di essere ricreati (Rumelhart et. al., 1986). Affinché avvenga il de-consolidamento, la destabilizzazione di un apprendimento emotivo, è necessaria una sequenza specifica di tre esperienze (Ecker, 2018a):

1. *Riattivazione della Memoria connessa all'Apprendimento Emotivo*: L'apprendimento target (o *schema*) viene pienamente riattivato, rendendolo presente sia a livello conscio che emotivo.
2. *Esperienza di Disallineamento (Mismatch/Prediction Error)*: L'aspettativa legata alla vecchia memoria viene contraddetta vividamente da una nuova realtà esperienziale. Questa è la fase in cui avviene la destabilizzazione dello schema bersaglio del cambiamento, attraverso l'attivazione e il disallineamento (*mismatch*) con una conoscenza contraria trovata precedentemente (esperienza di giustapposizione).
3. *Disapprendimento e Aggiornamento dello schema*: All'interno della "finestra di riconsolidamento" (che dura circa cinque ore), il cervello aggiorna, cancella o annulla l'apprendimento obsoleto, sostituendolo permanentemente con il nuovo.

Il PRT è la traduzione clinica del processo di riconsolidamento della memoria. Esso si differenzia dalle strategie *controattive* (come l'estinzione o l'allenamento alla regolazione emotiva, prevalenti in molte forme di CBT), che costruiscono nuovi apprendimenti in competizione con quelli vecchi secondo un cambiamento che è di tipo incrementale (vedi Tabella 1 per le differenze tra i due apprendimenti). Il cambiamento trasformativo ottenuto tramite il PRT si verifica invece rapidamente, è completo, e non è soggetto a ricadute. Il riconsolidamento della memoria e il Processo di Riconsolidamento Terapeutico (PRT) rappresentano in sintesi un quadro concettuale basato sulle neuroscienze che spiega il meccanismo per cui si verifica un cambiamento profondo e duraturo in psicoterapia.

Tabella 1: Caratteristiche del cambiamento trasformativo e incrementale in relazione ai due meccanismi neuroplastici di riferimento

Cambiamento Trasformativo (PRT)	Cambiamento Controattivo/Incrementale
Riconsolidamento della Memoria	Legge di Hebb ("I neuroni che si attivano insieme si collegano insieme")
Utilizza nuove conoscenze esperienziali per cancellare o aggiornare gli apprendimenti emotivi alla base dei sintomi. La cessazione dei sintomi è rapida, completa e non soggetta a ricadute, permettendo al cliente di rimanere libero da essi senza sforzo. La dissoluzione dell'apprendimento emotivo, si verifica solo quando i costrutti emotivi ricevono una disconferma così diretta e decisiva attraverso una vivida nuova esperienza, che il cervello emotivo stesso l'accetta.	Questi metodi costruiscono un nuovo apprendimento preferito attraverso ripetizioni estese per un periodo prolungato, creando circuiti neurali in competizione con l'apprendimento emotivo indesiderato al fine di contrastarlo. Esempi di strategie controattive includono l'allenamento all'estinzione (<i>extinction training</i>) e la maggior parte delle forme di Terapia Cognitivo-Comportamentale. Queste strategie, a volte molto utili, implicano frequenti ricomparse dello schema disfunzionale originario, specialmente in condizioni di stress.

È dunque un processo basato sulle neuroscienze e clinicamente fondato che spiega come gli apprendimenti emotivi possano essere ‘riscritti’, portando a un cambiamento trasformativo, anziché solo incrementale. Il PRT è considerato il potenziale fattore specifico in comune del cambiamento profondo e duraturo in psicoterapia, indipendentemente dall'approccio metodologico utilizzato (Ecker et al., 2026). Il vero obiettivo della psicoterapia, infatti, come sostenuto

ad esempio dall'Analisi Transazionale, è la cura e la guarigione, non solo il sollievo dai sintomi.

Per il terapeuta, padroneggiare il PRT significa ottenere una mappa della logica del processo di cambiamento, non semplicemente un nuovo strumento. La prova del successo del PRT è data dall'osservazione di tre indicatori clinici: la non-riattivazione dello schema richiedente il sintomo, la cessazione del sintomo e la permanenza del cambiamento senza sforzo.

La Scelta dell'Approccio: Manualizzazione e protocolli versus Intenzionalità del Processo

La tensione tra approcci manualizzati (ricchi di protocolli) ed esperienziali influisce direttamente sulla probabilità di innescare intenzionalmente il PRT. Molti clinici formati negli approcci fortemente manualizzati ne sono stati attratti proprio per la semplicità, soprattutto in contrasto con modalità più esplorative o basate sull'intuizione. Quando le persone dicono che "il protocollo è facile", spesso intendono dire che è possibile applicare il protocollo senza bisogno di una profonda comprensione teorica. Quando altri invece dicono che "il protocollo è complesso", spesso sono quelli che hanno capito che ciò che fa funzionare bene il protocollo non è sempre racchiuso nel protocollo stesso. Intuiscono la complessità, ma a volte senza avere un quadro unificato per spiegarla. È qui che il PRT offre una mappa, una logica di processo che spiega perché il cambiamento trasformativo avviene quando avviene, nella CBT, nell'EMDR, nell'ATSC o in qualsiasi altro contesto metodologico.

L'Approccio Manualizzato e il Rischio di Efficacia 'casuale'

Modelli come la CBT o l'EMDR sono nati come interventi "protocol-first" (prima il protocollo), attraenti per la loro struttura e la loro facilità di insegnamento. Tuttavia, l'efficacia dell'EMDR ad esempio fu riconosciuta prima che i suoi meccanismi fossero compresi, portando a teorie esplicative che sono cambiate nel tempo. L'EMDR è di comprovata efficacia e può effettivamente attivare la sequenza completa del PRT (Ecker, 2026, pp 201-209), ma il passo cruciale del *mismatch* spesso non avviene per un intervento intenzionale da parte del terapeuta. I terapeuti formati *esclusivamente* sul protocollo

potrebbero non avere la "lente" per riconoscere quando il PRT si verifica o quando si può favorire *intenzionalmente*.

La scelta di un approccio manualizzato è spesso motivata dall'evidenza empirica che ne dimostra l'efficacia secondo la logica e la prassi degli RCT e dalla necessità di una maggiore struttura e prevedibilità. La formazione in approcci manualizzati può far sentire i terapeuti più sicuri e competenti nell'applicazione di metodi specifici. Tuttavia, un approccio che non sia fondato sulla conoscenza dei meccanismi del cambiamento, può lasciare 'in mano' ai terapeuti una tecnica potente ma senza un modello stabile della spiegazione del cambiamento e senza un meccanismo che spieghi perché alcune sessioni sono momenti di svolta mentre altre elaborano solo il disagio all'infinito.

L'Approccio Esperienziale e l'Intenzionalità del PRT

Gli approcci esperienziali non manualizzati, come l'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva (ATSC), si concentrano sull'esperienza soggettiva e sull'adattamento in tempo reale alle esigenze del cliente. La ATSC, in particolare, utilizza il processo di *ridecisione* come percorso trasformativo che propone un'esperienza antitetica al vecchio apprendimento di copione ed offre una prospettiva in cui gli Stati dell'Io sono Schemi Dinamici: ridefinisce gli Stati dell'Io non come entità fisse o "nastri" registrati (la metafora tecnologica dell'era di Berne), ma come schemi complessi di natura emotiva, cognitiva, somatica e comportamentale (Scilligo, 2009; Tosi, 2016; De Luca & Tosi, 2011). Questi schemi sono visti come processi socio-cognitivi attivi, continuamente ricreati nell'interazione dinamica tra l'individuo e l'ambiente. Questa ridefinizione è essenziale per la flessibilità terapeutica, poiché implica che gli schemi, una volta attivati (*instantiated*), possono essere sbloccati e aggiornati. L'ipotesi è che, quando uno Stato dell'Io non più adattivo viene attivato, è suscettibile di passare in uno stato de-consolidato attraverso il PRT e l'esperienza di giustapposizione con una conoscenza disconfermante. Pur essendo un modello con una chiara metodologia (ad es. quattro fasi: Alleanza, Decontaminazione, Deconfusione, Ri-apprendimento), e capace di validazione empirica, si allinea alla necessità di un approccio non rigido. Mentre gli approcci manualizzati (come la CBT) tendono a facilitare l'apprendimento incrementale (o controattivo)

rinforzando nuovi circuiti che competono con quelli vecchi, l'ATSC cerca attivamente il cambiamento trasformativo (Bastianelli et al., 2019). Nel 2018 gli Autori principali della Coherence Therapy scrivono (Ecker, 2018b):

[...] L'edizione italiana del 2018 di *Unlocking the Emotional Brain* (Sbloccare il cervello emotivo. Eliminare i sintomi alla radice utilizzando il riconsolidamento della memoria, pubblicato da Franco Angeli) incorpora una nuova sezione nel capitolo 6 dedicata all'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva (ATSC). La nuova sezione esamina un caso esemplificativo e dimostra che la ATSC attua le fasi del Processo di Riconsolidamento Terapeutico (PRT), determinando un cambiamento trasformativo. Tale dimostrazione rafforza l'ipotesi che il PRT sia un processo universale responsabile del cambiamento trasformativo in qualsiasi sessione terapeutica. [...]

Gli approcci che utilizzano intenzionalmente il PRT (come la ATSC o la Coherence Therapy) offrono dunque la logica del processo che spiega i momenti di cambiamento profondo. Ciò permette ai terapeuti di aumentare la coerenza e la precisione affinché avvenga la trasformazione, anziché affidarsi alla probabilità. Gli approcci esperienziali sono anche più flessibili e sensibili alle differenze culturali e contestuali.

Indipendentemente dalla scelta metodologica, comprendere il PRT come processo trasversale consente ai terapeuti di mappare i momenti di maggior successo della propria terapia e di prevedere o riconoscere quando avverrà una vera trasformazione.

I Pilastri della Maestria: Supervisione, Pratica Riflessiva ed Esperienza

La progressione delle competenze e dell'efficacia clinica nel tempo, nota come curva di apprendimento degli psicoterapeuti, è un processo complesso influenzato da fattori professionali, personali e contestuali. Per migliorare l'efficacia dell'intervento terapeutico e accelerare

questa curva, è fondamentale integrare lo sviluppo strutturato delle competenze (come negli approcci manualizzati) con una profonda pratica riflessiva e la flessibilità tipica degli approcci esperienziali non manualizzati.

La curva di apprendimento può essere analizzata attraverso il modello delle quattro fasi della competenza, utilizzato da decenni in vari ambiti e considerato un riferimento fondamentale in letteratura (Fitts & Posner, 1967):

1. Incompetenza inconscia: Il terapeuta non è consapevole delle proprie lacune.
2. Incompetenza consapevole: Si riconoscono le mancanze e si inizia a lavorare per il miglioramento.
3. Competenza consapevole: Le competenze sono state acquisite, ma richiedono concentrazione per l'applicazione.
4. Competenza inconscia: Le competenze sono utilizzate in modo intuitivo e automatico.

Inizialmente, i terapeuti possono sperimentare una curva di apprendimento ripida, ma con l'accumulo di esperienza, il miglioramento può diventare più graduale, sebbene i professionisti più esperti tendano a raggiungere livelli di competenza più elevati nel lungo termine (Wampold, 2015).

La letteratura scientifica sottolinea l'importanza cruciale della formazione continua e della supervisione regolare per accelerare lo sviluppo delle competenze. Studi, come quello condotto da Bennett et al. (2020), hanno dimostrato che i terapeuti che ricevono supervisione regolare presentano tassi di successo superiori. Il feedback e il supporto di colleghi esperti sono essenziali per accelerare l'apprendimento. Inoltre, una meta-analisi di Furukawa et al. (2014) ha esaminato l'impatto positivo di feedback e supervisione sulla competenza terapeutica: il feedback regolare (da supervisori, colleghi e clienti) è vitale per identificare le aree di debolezza. Anche l'uso di strumenti come il Session Rating Scale (Duncan & Miller, 2000) che permette di raccogliere il feedback dei clienti, può migliorare l'alleanza terapeutica e supportare il processo di apprendimento del terapeuta.

Per progredire oltre la "competenza consapevole" verso l'uso automatico e intuitivo delle abilità ("competenza inconscia"), i

terapeuti devono impegnarsi nella pratica riflessiva. La pratica riflessiva (Schön, 1983; Wampold, 2015) è un concetto classico per lo sviluppo professionale. Essa implica la registrazione e la riflessione attiva sulle sessioni per identificare modelli, errori e aree di miglioramento.

Come sottolineato nel classico lavoro di Schön (1983), i professionisti possono registrare le sessioni, annotare le osservazioni e riflettere su come le tecniche applicate hanno influenzato i risultati. Ad esempio, rivedere una sessione può aiutare un terapeuta a notare un momento in cui ha interrotto il cliente, identificando un errore e lavorando per migliorare l'ascolto attivo nelle sessioni future. La riflessione aiuta a identificare modelli, errori e aree di miglioramento, costituendo un fattore chiave nello sviluppo professionale. Diversi tipi di supervisione, con focus specifici, possono servire a sviluppare aree diverse della competenza clinica (Bastianelli & Lucarini, 2015).

Il passaggio dalla competenza consapevole (in cui il terapeuta si concentra per applicare le abilità) alla competenza inconscia (in cui le abilità sono automatiche e intuitive) definisce la maestria.

La quantità di esperienza accumulata è un altro fattore significativo (Hilliard, 2012). L'esperienza, infatti, non è solo tempo, ma anche l'impegno costante nella ricerca e nello sviluppo professionale. Fattori personali, come la motivazione e l'autoefficacia, possono quindi influenzare la curva di apprendimento con cui un terapeuta sviluppa la sua maestria.

Per aumentare l'efficacia e migliorare la curva di apprendimento, gli psicoterapeuti devono perseguire un modello di sviluppo che integra struttura e flessibilità:

1. *Impegno nella Struttura (Approcci Manualizzati, ricchi di protocolli)*: Utilizzare la formazione per acquisire strumenti pratici e raggiungere risultati misurabili. Utilizzare i dati della ricerca empirica per scegliere strumenti di misurazione utilizzabili nella propria pratica professionale.
2. *Impegno nella Riflessione (Pratica Riflessiva)*: Sviluppare la capacità di riflettere criticamente sulle proprie interazioni (Schön, 1983, Scilligo, 1989), identificando gli errori e trasformando l'esperienza in competenza inconscia.

3. *Impegno Relazionale (Approcci Esperienziali)*: Dare priorità all'alleanza terapeutica, la sensibilità culturale e l'adattamento flessibile del trattamento alle esigenze emotive uniche del cliente, specialmente quelle che richiedono cambiamenti profondi e duraturi (Ecker et al., 2026, Ecker, 2024, Greenberg et al., 2001).

La formazione specializzata, la supervisione e l'impegno nella pratica riflessiva sono fattori interconnessi che supportano il miglioramento continuo delle competenze terapeutiche. I terapeuti devono bilanciare le evidenze scientifiche e la struttura con la capacità di essere flessibili e saper rispondere alle dinamiche emergenti, muovendosi così più rapidamente e con maggiore consapevolezza lungo la loro curva di apprendimento professionale. Infine, questi fattori sono parte di un circolo virtuoso in cui la teoria guida la pratica e la ricerca, la ricerca convalida e perfeziona la teoria, la pratica clinica genera nuove osservazioni che stimolano la ricerca in un processo integrato attraverso la formazione, creando un ciclo continuo di miglioramento. Questo modello suggerisce che ogni elemento non è isolato ma interconnesso, formando un ciclo dinamico di crescita e conoscenza in cui l'interazione continua tra gli elementi favorisce il rafforzamento reciproco e la crescita (de Nitto et al., 2013).

Conclusioni

La maestria terapeutica consiste nel sapere non solo *cosa* fare (il protocollo), ma *perché* e *come* avviene il cambiamento, soprattutto se si mira al cambiamento profondo, trasformativo. Questo richiede che il terapeuta si muova oltre l'applicazione meccanica delle tecniche. Per sviluppare efficacia utilizzando intenzionalmente il PRT, il terapeuta deve combinare la precisione (ottenuta tramite la comprensione del PRT come processo universale di disapprendimento e trasformazione di uno schema o apprendimento emotivo) con le abilità relazionali e la flessibilità (sviluppate attraverso supervisione, pratica riflessiva ed esperienza).

Il terapeuta esperto è in grado di navigare le fasi del trattamento (come l'Alleanza, la Decontaminazione, la Deconfusione e il Riapprendimento in AT o il Protocollo Standard dell'EMDR), usando la

sua padronanza acquisita per orchestrare *attivamente* i passaggi della Riattivazione e del Disallineamento del PRT, trasformando così un processo che altrimenti potrebbe accadere per caso in un percorso *intenzionale e replicabile* per la trasformazione duratura.

Senza la lente del PRT, i clinici sono come un gruppo di professionisti che toccano l'elefante da angolazioni diverse, tutti percependo una verità parziale, ma privi di una visione integrata del meccanismo di cambiamento (Ecker, 2024). La padronanza, supportata dalla riflessione continua, fornisce la capacità di utilizzare quella lente per massimizzare la possibilità di trasformazione profonda per il cliente. Comprendere il PRT fornisce ai terapeuti, anche agli Analisti Transazionali che hanno un approccio esperienziale, un potente quadro di riferimento per a) spiegare perché alcune sessioni creano una trasformazione profonda e altre no, b) aumentare la coerenza mirando intenzionalmente a tutte le fasi del PRT, c) affinare gli interventi e il ritmo per ottenere risultati più efficaci, d) integrare la propria metodologia con altri approcci basati sul PRT (ad esempio, la Coherence Therapy), non o l'uno o l'altro.

Conoscere e apprendere l'utilizzo del PRT non significa abbandonare il proprio modello, significa aggiornare la propria mappa di come funziona il cambiamento, in modo da poterlo navigare con maggiore precisione e sicurezza, sviluppando la propria maestria di psicoterapeuti.

Bibliografia

Bastianelli, L., Tosi, M.T., Giacometto, R., Messana, C., Ceridono, D. (2019) Why Transactional Analysis Works: Reasons for a Possible Explanation of Change in Psychotherapy. *International Journal of Psychotherapy*. Vol. 23, No. 3, pp. 9-25.

Bastianelli, L. Lucarini, V. (2015) Un percorso guidato secondo l'ATSC: tipi di supervisione e loro utilizzazione nella formazione degli psicoterapeuti. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, Vol. 21, No. 1-2, 89-99.

Bennett, J., & McCarthy, K. (2020). The impact of supervision on therapist outcomes: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 30 (7), 1-20.

De Luca, M. L. & Tosi, M. T. (2011). Social-Cognitive TA: An Introduction to Scilligo's Model of Ego States. *Transactional Analysis Journal*, Vol. 41, pp. 206-220.

de Nitto, C., Bianchini, S. & Tosi, M. T. (2013). Theory, Research, Clinical Practice and Training: a Virtuous Circle through Social Cognitive Transactional Analysis. *International Journal of Transactional Analysis Research*, Vol. 4, (1), pp. 59-66.

Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). The Session Rating Scale: A Tool for Improving the Therapeutic Alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (5), 673-682.

Ecker, B. (2018a). Clinical Translation of Memory Reconsolidation Research: Therapeutic Methodology for Transformational Change by Erasing Implicit Emotional Learnings Driving Symptom Production. *International Journal of Neuropsychotherapy*, Vol. 6 (1), pp. 1-92.

Ecker, B., Ticic, R., Hulley, L. & Bastianelli, L. (2018b). A Demonstration of Social-Cognitive Transactional Analysis Implementing the Therapeutic Reconsolidation Process. *Coherence Psychology Institute*. LLC. (<https://coherencetherapy.org/files/SCTA-TRP.pdf>)

Ecker, B., Ticic, R., Hulley, L. (2026). *Sbloccare il cervello emotivo. Il consolidamento della memoria e la psicoterapia del cambiamento trasformativo*. [L. Bastianelli Ed; it. Transl. of Unlocking the Emotional Brain: Memory Reconsolidation and the

Psychotherapy of Transformational Change – Second Ed.]. 2024, New York: Routledge) Milano: Franco Angeli.

Ecker, B. (2024). A proposal for the unification of psychotherapeutic action understood as memory modification processes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 34(3), 291–314. <https://doi.org/10.1037/int0000330>

Fitts, P. M., & Posner, M. I. (1967). *Human Performance*. Belmont, CA: Brooks/Cole.

Furukawa, T. A., et al. (2014). The Effects of Feedback and Supervision on the Competence of Psychotherapists: A Meta-Analysis. *Psychotherapy Research*, 24 (1), 52-65.

Greenberg, L. S., & Watson, J. (2001). Experiential Therapy: A New Approach to Treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 57(3), 433-445.

Hilliard, R. E. (2012). The Role of Experience in the Development of Psychotherapy Skills: A Review of the Literature. *Clinical Psychology Review*, 32 (2), 90-99.

Ledoux, J. E., Romanski, L. & Xagoraris, A. (1989). Indelibility of Subcortical Emotional Memories. *Journal of Cognitive Neuroscience*, Vol. 1, pp. 238-243.

Lindgren, T. W., & Harris, M. J. (2019). The Role of Supervision in the Development of Therapist Competence: A Comprehensive Review. *Clinical Psychology Review*, 73, 101747.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). Evidence-Based Therapy Relationships: The Importance of the Therapeutic Alliance. *American Psychologist*, 73 (4), 582-593.

Pedreira, M. E., Pérez-Cuesta, L. M. & Maldonado, H. (2004). Mismatch between What Is Expected and What Actually Occurs Triggers Memory Reconsolidation or Extinction. *Learning & Memory*, Vol. 11, pp. 579-585.

Rumelhart, D. E., Mc Clland, J. L. & The PDP Research Group. (1986). *Parallel Distributed Pro-cessing: Explorations in the Microstructure of Cognition*. (Vol. 1). Cambridge, MA: MIT Press.

Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.

Scilligo, P. (1989). Un modello evolutivo per la supervisione nella consulenza psicologica e nella psicoterapia. *Polarità*, Vol. 3 n.1, 1-26.

Scilligo, P. (2009). *Analisi Transazionale Socio-Cognitiva*. Roma. Ed. LAS.

Sexton, T. L., & Whiston, S. C. (2017). The Impact of Supervision on the Development of Therapist Competency: A Review of the Literature. *Journal of Counseling & Development*, 95 (3), 265-275.

Tosi, M. T. (2016). Social-Cognitive Transactional Analysis: From Theory to Practice. In: R. G. Erskine (Ed.), *Transactional Analysis in Contemporary Psychotherapy*, (pp. 229-255). London: Karnac Books.

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. New York: Routledge.

Integrazione tra Coherence Therapy e Analisi Transazionale: un caso clinico su un adolescente con diabete tipo 1

Ferdinando Podda¹

Integrating Coherence Therapy and Transactional Analysis: A Clinical Case Study of an Adolescent with Type 1 Diabetes

Abstract

L'adolescenza rappresenta un periodo critico nella gestione del diabete di tipo 1. Il presente articolo illustra un approccio psicoterapeutico integrato che combina la Coherence Therapy (CT) e l'Analisi Transazionale (AT) applicato a un caso clinico di un adolescente con diabete tipo 1. La Coherence Therapy offre strumenti per accedere alle credenze emotive implicite che mantengono i sintomi, mentre l'Analisi Transazionale fornisce una cornice per comprendere e ristrutturare le dinamiche relazionali e di

¹ Psicoterapeuta e Analista Transazionale. Ha conseguito un Master Universitario di secondo livello in neuropsicologia clinica e ha completato la formazione di primo livello in Coherence Therapy (CT) e in EMDR Basic Training - Livello 1. Si occupa di integrazione tra modelli esperienziali in psicoterapia e processi di consolidamento della memoria, con particolare attenzione al lavoro clinico

copione. Nel caso descritto, l'integrazione dei due modelli ha permesso di individuare il significato profondo del comportamento non aderente alle cure del paziente. I risultati hanno mostrato un miglioramento della gestione della malattia, una maggiore autonomia e una riduzione dei conflitti familiari. L'approccio integrato CT-AT si è rivelato efficace nel favorire cambiamenti duraturi e coerenti, suggerendo la validità di questa sinergia terapeutica per adolescenti con malattie croniche.

Abstract(English)

Adolescence poses specific challenges for managing type 1 diabetes, and difficulties with treatment adherence often carry relational and emotional meaning. This paper presents a clinical case illustrating an integrated psychotherapeutic approach that combines Coherence Therapy (CT) with Transactional Analysis (TA) in the work with an adolescent living with type 1 diabetes and marked non-adherence. CT is used to elicit and make explicit the implicit emotional learning that renders the symptom coherent and self-protective, while TA provides a clinical framework to work with ego states, script beliefs, and redecision processes. The integration supports a stable shift in meaning, leading to improved treatment adherence, greater autonomy, and reduced family conflict. The case highlights the potential clinical value of CT-TA synergy for adolescents living with chronic illness.

Parole chiave: Coherence Therapy; Analisi Transazionale; Ridecisione; Riconsolidamento della memoria; Diabete Tipo 1.

Keywords

Coherence Therapy; Transactional Analysis; memory reconsolidation; redecision; type 1 diabetes; adolescence; treatment adherence; chronic illness.

Introduzione

L'adolescenza rappresenta un periodo particolarmente critico per la gestione del diabete di tipo 1. I rapidi cambiamenti fisici e psicologici, uniti al bisogno di autonomia, possono ostacolare l'adesione del

giovane alle terapie mediche. Ne conseguono spesso difficoltà comportamentali e cali dell'aderenza terapeutica: molti adolescenti manifestano stress, ribellione e un calo della qualità di vita, nonché un basso autocontrollo glicemico e frequenti trasgressioni circa le raccomandazioni cliniche. Studi indicano che circa il 60% degli adolescenti con diabete di tipo 1 non segue pienamente il regime di cura e solo il 20% riesce a mantenere la glicemia entro i target raccomandati. Questo scenario evidenzia l'importanza di un approccio olistico al trattamento, che includa l'integrazione di interventi psicoterapeutici che possano migliorare la motivazione dei giovani pazienti, la loro accettazione della malattia e la collaborazione alle cure.

In questo contesto, presento il caso clinico di un adolescente con diabete di tipo 1, seguito integrando la Coherence Therapy e l'Analisi Transazionale. La Coherence Therapy (Ecker et al., 2018; Bastianelli et al., 2019), sviluppo recente nel panorama delle terapie esperienziali, offre un modello per comprendere in profondità il significato emotivo nascosto dei sintomi e per promuovere cambiamenti trasformativi duraturi attraverso il meccanismo neurobiologico del consolidamento della memoria. L'Analisi Transazionale, dal canto suo, focalizza l'attenzione sugli stati dell'Io (Genitore, Adulto, Bambino) e sul copione di vita – e dispone di tecniche esperienziali per ristrutturare le decisioni e credenze originarie. Integrando questi due modelli, è possibile far leva sui punti di forza di entrambi: la Coherence Therapy permette di accedere rapidamente alle radici emotive del problema (le credenze emotive profonde che rendono “coerente” il sintomo), mentre l'Analisi Transazionale fornisce una cornice chiara per comprendere le dinamiche relazionali e intrapsichiche (come il dialogo tra le diverse parti di sé) essenziali per un percorso volto a modificare attivamente le “decisioni di copione”.

Nel caso clinico presentato, questa integrazione si è rivelata efficace nel facilitare un cambiamento profondo nel giovane paziente, con esiti positivi sia sul piano psicologico che su quello clinico (miglior controllo glicemico e benessere generale). Di seguito verranno esposti i riferimenti teorici essenziali di ciascun approccio, prima di descrivere in dettaglio lo svolgimento del caso clinico. Per una conoscenza più approfondita dei modelli, si rimanda alla bibliografia presentata.

La Coherence Therapy e la coerenza del sintomo

La Coherence Therapy è una forma di psicoterapia breve e focalizzata, sviluppata da Bruce Ecker e colleghi negli anni '90, inizialmente nota come Depth-Oriented Brief Therapy. Essa si basa su un principio fondamentale: ogni sintomo, per quanto indesiderato a livello cosciente, esiste perché è mantenuto da uno schema emotivo implicito che lo rende necessario o utile per la sopravvivenza della persona (la cosiddetta “posizione pro-sintomo”, o “verità emotiva”). Il compito del terapeuta è dunque aiutare il paziente a scoprire, rendere esplicito e infine trasformare tale schema profondo, affinché il sintomo perda la sua necessità e possa scomparire spontaneamente e in modo definitivo.

I pilastri metodologici: scoperta, integrazione e trasformazione

Il percorso terapeutico in CT si articola attraverso diverse fasi fondamentali (non verranno spiegate tutte nel dettaglio) denominate scoperta, integrazione, trasformazione e verifica. Nella fase di scoperta il terapeuta, operando in modo esperienziale e fenomenologico, guida il paziente ad accedere in prima persona al proprio schema emotivo sottostante, cioè a quella “verità emotiva” intimamente associata al sintomo. Attraverso domande esplorative, immaginazioni guidate e altre tecniche specifiche che favoriscono l'esperienza vivida degli schemi sottostanti, il paziente comincia a

collegare il sintomo cosciente ai significati, ricordi e vissuti emotivi impliciti che danno senso (coerenza) a quel sintomo. È un processo di insight emotivo profondo: la persona sperimenta direttamente la credenza o l'apprendimento emotivo – spesso originato in età precoce – che fino a quel momento era operativo solo a livello inconscio. Una volta identificato e verbalizzata la posizione pro-sintomo, si passa alla fase di integrazione, in cui si consolida la consapevolezza ottenuta: il paziente riconosce pienamente (sebbene possa non approvare razionalmente) che il sintomo aveva (ed ha ancora) una funzione precisa, ad esempio proteggere da una ferita emotiva più profonda. In questa fase il terapeuta facilita l'accettazione non giudicante di quella parte di sé che ha mantenuto il sintomo per necessità, creando sicurezza nell'alleanza terapeutica ed evitando di ricorrere prematuramente a interpretazioni correttive che invalidino l'esperienza emotiva del paziente, la cosiddetta “empatia della coerenza”.

Segue poi la fase di trasformazione, il cuore del cambiamento terapeutico, che in Coherence Therapy coincide con l'innescare del processo di riconsolidamento della memoria. La scoperta dello schema emotivo apre infatti la possibilità di modificarlo: secondo le scoperte neuroscientifiche degli ultimi decenni, quando un ricordo emotivo profondamente radicato viene riattivato in modo intenso e accompagnato da un'esperienza contraddittoria (il cosiddetto “errore di previsione”), si apre una finestra di plasticità in cui la memoria originaria può essere aggiornata o dissolta (Pedreira, M. E., Pérez-Cuesta, L. M., & Maldonado, H. (2004); Ecker, 2018; Ecker, Ticic, & Hulley, 2012). La CT innesci concretamente questo meccanismo neuroplastico creando intenzionalmente quella che Ecker definisce esperienza di giustapposizione: si tratta di porre il paziente in contatto vivido con due esperienze incompatibili tra loro, entrambe vissute come vere, in modo da sperimentare un “mismatch” rispetto al vecchio schema.

Da quanto esposto, si può notare come la Coherence Therapy fornisca un modello esperienziale altamente focalizzato e integrato: pur definendo con precisione il tipo di esperienza da facilitare in ciascuna fase, non prescrive tecniche rigide, permettendo al terapeuta di utilizzare strumenti provenienti da altri approcci (dialoghi immaginativi, tecniche gestaltiche, role-play, EMDR, ecc.) purché funzionali a stimolare l'esperienza necessaria in ogni passo del processo. Tale processo viene definito da Ecker e colleghi Processo di Riconsolidamento Terapeutico (PRT) e può essere rintracciato in ogni seduta di terapia che porti a un cambiamento profondo, trasformativo. Come afferma Ecker, la CT può inoltre fungere da cornice integrativa in cui confluiscono abilmente competenze di altre terapie esperienziali, mantenendo però chiaro il filo conduttore del processo di cambiamento basato sulla coerenza del sintomo e sul riconsolidamento (PRT). Ciò la rende particolarmente adatta a essere combinata con modelli psicoterapeutici che condividano un orientamento esperienziale e la valorizzazione dei processi emotivi profondi – come avviene con l'Analisi Transazionale.

Punti di contatto tra Coherence Therapy e Analisi Transazionale

Alla luce delle descrizioni fornite, emergono sorprendenti parallelismi tra la Coherence Therapy e l'Analisi Transazionale (specialmente nella sua declinazione socio-cognitiva, vedi Tosi, 2016), nonostante le diverse origini storiche. Entrambe le prospettive condividono una visione “positiva” del sintomo: invece di considerarlo un elemento puramente patologico da sopprimere, lo interpretano come un segnale di qualcosa di significativo nell'esperienza della persona. In CT il sintomo segnala la presenza di una credenza/emozione inconscia che ha una sua logica adattiva; in Analisi Transazionale, il sintomo rappresenta l'espressione visibile di un copione di vita: è il segnale che la persona è ancora intrappolata in un modello relazionale e affettivo appreso precocemente. Il sintomo non è solo qualcosa da eliminare,

ma un messaggero che indica dove il copione limita la libertà e l'autenticità dell'individuo. In CT il sintomo è reso necessario da uno schema profondo (apprendimento emotivo), in AT socio-cognitiva cognitiva è connesso all'attivazione di stati dell'Io, definiti come processi mediazionali (Ceridono, D., & Viale, D., 2013) basati su schemi che derivano da apprendimenti e si manifestano in configurazioni prevedibili (pensieri, emozioni, comportamenti).

In questa prospettiva sia CT che AT mirano ad andare alla radice del sintomo, rintracciando l'apprendimento emotivo originario che lo sostiene e intervenendo a quel livello per ottenere un cambiamento duraturo.

È possibile mettere a confronto alcune fasi centrali del processo terapeutico nei due modelli, notando una struttura concettualmente sovrapponibile. Nella Coherence Therapy, il lavoro si apre con l'individuazione del sintomo bersaglio del cambiamento e la successiva esplorazione delle costruzioni emotive implicite che ne sostengono la persistenza e la coerenza nel tempo. Il sintomo viene così compreso come coerente con una rappresentazione profonda del Sé e del mondo, spesso originata in contesti relazionali precoci e mantenuta come forma di soluzione adattiva. La fase successiva consiste nel ricercare o creare le condizioni affinché il paziente possa vivere un'esperienza nuova e incompatibile con quella costruzione di significato: una giustapposizione che, attraverso il processo di riconsolidamento della memoria, consente la trasformazione stabile dello schema originario e la dissoluzione del sintomo.

Un processo analogo si riscontra nella prospettiva analitico-transazionale, dove la definizione del problema e la contrattualizzazione degli obiettivi aprono la via a un'esplorazione del copione di vita e delle credenze apprese del paziente sotto l'influenza dei messaggi genitoriali interiorizzati. Anche qui il cambiamento autentico non si produce attraverso l'analisi cognitiva, ma mediante

un'esperienza emotiva diretta, che permette di rivivere e rielaborare le antiche decisioni con nuove risorse e nuovi significati.

In entrambi i modelli, dunque, il cuore del processo trasformativo risiede nella possibilità di accedere in modo esperienziale al nucleo, spesso emotivo, che sostiene il sintomo e di favorire attraverso l'esperienza della disconferma dello schema originario una riorganizzazione profonda della memoria implicita.

Questa somiglianza non è casuale ma riflette, come notato da Menegazzi e de Nitto (2023), l'esistenza di una "sequenza universale di cambiamento trasformativo" comune a diversi approcci terapeutici, ovvero il Processo di Riconsolidamento Terapeutico. Tali autori sottolineano quanto affermato da Ecker, come la Coherence Therapy avesse individuato empiricamente questa sequenza già negli anni '90, ben prima che le neuroscienze confermassero nel 2000 il fenomeno del riconsolidamento, e come ciò rappresenti un incontro virtuoso tra clinica e scienza: "il riconsolidamento (della memoria) può concretamente essere preso in considerazione come punto di incontro tra due discipline" – la psicoterapia e le neuroscienze – confermando l'attendibilità del metodo clinico. Parallelamente, anche la terapia della ridecisione dei Goulding può essere vista come un precursore di tale sequenza trasformativa: già nel 1979 essa offriva una metodologia per "cambiare processi di natura implicita, tipici dello stato dell'Io Bambino", molto prima che si conoscesse il substrato neurobiologico di tali cambiamenti (Goulding, B. e Goulding, M., 1979). In altri termini, i pionieri della AT avevano già intuito la possibilità di modificare profondamente i processi emotivi appresi – ciò che oggi sappiamo avvenire attraverso il riconsolidamento – tramite un'esperienza terapeutica intensa e mirata di revisione del passato. Nella Tabella 1 viene proposta una tabella che mette in parallelo le fasi strategiche della Analisi Transazionale con i Passi del PRT, rielaborata per il presente contributo (Bastianelli et al., 2019).

Tabella 1
Tradotta e riadattata da Bastianelli et al. (2019)

Fasi strategiche AT	Fasi del PRT	Passi del PRT
Alleanza - Esplorazione del problema - Identificazione dei sintomi - Eventuale uso di questionari per la valutazione pre-trattamento - Relazione empatica - Collaborazione - Contratto psicoterapeutico esplicito	I. Sequenza di Accesso	A. Identificazione e del sintomo
Decontaminazione Scoperta e consapevolezza esplicita di: - la vecchia “decisione di copione” - aspetti cognitivi, emotive, somatici e comportamentali dello schema - input che attivano lo schema e la sequenza di copione (input, risposta e impatto sul sé) - profonda empatia che convalida l'esperienza vivida dello schema (conoscenza esperienziale)		B. Recupero dell'apprendimento target

Tabella 1 Tradotta e riadattata da Bastianelli et al. (2019)		
- Recupero/attivazione di una esperienza antitetica		C. Identificazione e della conoscenza contraddittoria
Deconfusione 1. Contatto con la vecchia “decisione di copione” e attivazione degli Stati dell'Io coinvolti 2. Individuazione ed espressione delle emozioni e dei bisogni autentici, “ridecisione” alla luce di una nuova conoscenza/esperienza. 3. Ripetizioni dell'esperienza durante il processo di ridecisione e applicazione alla situazione presente.	II. Sequenza di Trasformazione	1. Riattivazione dell'apprendimento target 2. Attivazione della conoscenza contraddittoria, mismatch (mancata corrispondenza) 3. Ripetizioni di esperienze di mancata corrispondenza

Tabella 1
Tradotta e riadattata da Bastianelli et al. (2019)

- Verifica dell'annullamento dello schema in caso di cambiamento trasformativo e convalida dei segni di permanenza senza sforzo - Processi di separazione dalla relazione terapeutica	III. Verifica	V. Verifica della cancellazione dell'apprendimento target: -Cessazione del sintomo -Non riattivazione dell'apprendimento emotivo (schema) - Permanenza senza sforzo
--	-----------------------------	---

Un altro aspetto condiviso è l'enfasi sulla dimensione esperienziale. Sia la Coherence Therapy che l'Analisi Transazionale ritengono che il cambiamento autentico non derivi da una mera comprensione intellettuale, ma dal far vivere al paziente un'esperienza emotiva nuova ma vera nel contesto sicuro della relazione terapeutica. La CT insiste sul fatto che solo accedendo soggettivamente alla propria "verità emotiva" e poi vivendo un'esperienza incoerente con essa, si possa innescare il processo di trasformazione. La AT, dal canto suo, permette al paziente di esprimere pienamente emozioni represses e di sperimentare "in vivo" nuove risposte, integrando così emozione, cognizione e comportamento nel momento del cambiamento. Entrambi i metodi sfruttano dunque la potenza del qui-ed-ora emotivo in seduta per riscrivere le vecchie memorie: non è un caso che i Gouilding affermassero che una ridecisione efficace "si sente nell'aria" quando accade, indicando quel momento quasi tangibile in cui il paziente rivive la scena passata con un esito differente.

Presentazione del Caso Clinico

Marco (nome di fantasia) è un ragazzo di 15 anni, frequentante il secondo anno di liceo, affetto da diabete mellito di tipo 1 dall'età di 8 anni. Vive con i genitori (il padre cinquantenne impiegato e la madre quarantacinquenne insegnante) e una sorella minore di dieci anni. Fin dalla diagnosi, Marco ha seguito la terapia insulinica e la dieta con il supporto attivo dei genitori, in particolare della madre, che si è sempre mostrata estremamente protettiva e attenta. Negli ultimi due anni, tuttavia, con l'ingresso nell'adolescenza, Marco ha sviluppato un atteggiamento di crescente rifiuto e ribellione verso la gestione della malattia. In particolare, riferisce di odiare le continue routine imposte (misurazioni glicemiche, conteggio dei carboidrati, iniezioni) e di sentirsi "diverso da tutti" a causa del diabete. Ha iniziato a trasgredire le prescrizioni mediche: salta frequentemente i controlli, occasionalmente omette o ritarda le iniezioni di insulina (soprattutto quando è fuori casa con gli amici) e disattende la dieta concedendosi cibi dolci di nascosto. Questo comportamento ha portato a diversi episodi di iperglicemia marcata e chetoacidosi incipiente; in un caso, (circa sei mesi prima dell'inizio della psicoterapia) è stato necessario un ricovero ospedaliero per chetoacidosi diabetica dopo che Marco aveva deliberatamente evitato l'insulina per un'intera settimana. In famiglia, la situazione ha generato forte apprensione e conflitti: la madre è entrata in un circolo di iper-controllo e ansia (lo monitora continuamente, tende a rimproverarlo duramente ad ogni valore fuori norma, gli impedisce di partecipare a gite scolastiche per timore che "si faccia del male da solo"); Marco, in risposta, ha accentuato la provocazione e la chiusura comunicativa, arrivando a dire ai genitori: "È la mia vita, smettetela di trattarmi da malato!". Il padre, più defilato, tenta di mediare ma spesso finisce per appoggiare la moglie nel richiamare Marco alle sue responsabilità, con il risultato che il ragazzo percepisce entrambi i genitori come alleati nel controllo oppressivo. Sul piano emotivo, Marco mostra un mix di rabbia, senso

di colpa e tristezza: rabbia verso i genitori (e verso la malattia stessa, che definisce “una maledizione che non volevo”); senso di colpa quando vede la madre piangere esasperata per la paura delle complicanze; tristezza e demoralizzazione per la sensazione di non poter condurre una vita normale (“Non sarò mai libero come i miei amici”). A scuola il suo rendimento è discreto ma in lieve calo, soprattutto nell’ultimo anno; ha un buon gruppo di amici, con cui però evita di parlare del diabete per non sentirsi etichettato.

Marco arriva in psicoterapia su invio del diabetologo pediatra, il quale ha rilevato un peggioramento significativo dell’emoglobina glicata (HbA1c) e teme per la salute del ragazzo se non cambia condotta. Anche la madre, disperata e preoccupata, spinge per un intervento psicoterapeutico, mentre Marco inizialmente si mostra scettico (“Non sono pazzo, è inutile lo psicologo”). Viene quindi intrapreso un percorso di psicoterapia individuale, e il coinvolgimento attivo dei genitori per gli aspetti di coordinamento con le cure mediche. Sin dal primo colloquio, l’obiettivo condiviso (contratto terapeutico) è chiaro: aiutare Marco a trovare un modo per gestire il diabete senza vivere la cura come una prigione, migliorando la sua aderenza al trattamento e il clima familiare. Il lavoro consisterà nell’aiutare il paziente sia nel capire le ragioni profonde del suo comportamento (perché gli risulta così difficile prendersi cura di sé) sia nel trovare insieme nuove soluzioni che gli permettano di sentirsi più libero e allo stesso tempo al sicuro. Marco, pur mantenendo un atteggiamento inizialmente distaccato, accetta la sfida di “capire cosa gli succede”. In questa fase il terapeuta si focalizza nell’instaurare con lui un’alleanza basata su fiducia e assenza di giudizio, spiegandogli che il sintomo (le trasgressioni terapeutiche) non è visto come una sua “colpa”, ma come un segnale importante di qualcosa che vale la pena esplorare (“Se una parte di te fa fatica a seguire le cure, avrà i suoi motivi – proviamo a scoprire quali.”). Questa posizione non colpevolizzante (tipica della Coherence Therapy e coerente con l’assunto AT della Okness di ogni

persona) sembra ridurre la difensività di Marco, che commenta: "Be', di solito tutti dicono che sbaglio e basta... Almeno tu cerchi di capire perché lo faccio."

L'intervento terapeutico

Il percorso terapeutico è durato complessivamente 15 sessioni individuali settimanali con Marco, intervallate da alcuni colloqui con i genitori per monitorare e sostenere i cambiamenti. Di seguito vengono descritte le fasi salienti dell'intervento integrato Coherence Therapy / Analisi Transazionale, con particolare attenzione agli snodi clinici ed esperienziali.

Fase 1 – Costruzione dell'alleanza e identificazione del sintomo (Passo A)

Nelle prime sedute il lavoro è stato centrato sulla costruzione di una solida alleanza terapeutica, condizione indispensabile affinché Marco potesse esplorare con sicurezza le proprie vulnerabilità. In ottica analitico-transazionale, si è favorito un rapporto Adulto–Adulto basato sulla collaborazione e sulla definizione condivisa degli obiettivi.

Parallelamente, secondo il modello della Coherence Therapy, si è guidato Marco nell'analisi contestuale del comportamento-sintomo: le situazioni in cui tendeva a saltare l'insulina, le emozioni associate e i significati impliciti. È emerso subito, già in questa fase, come i momenti di non aderenza fossero collegati al bisogno di appartenenza ("non voglio sentirmi diverso dai miei amici") e al conflitto con la madre ("voglio dimostrare di avere io il controllo"). Queste osservazioni hanno permesso di empatizzare con la emergente coerenza del sintomo, ossia la funzione relazionale e identitaria che lo rendeva necessario.

Terapeuta: “Capisco: quando sei con gli amici, quello che conta di più per te è sentirti uno di loro, e il diabete in quei momenti rappresenta un ostacolo. Così, per qualche ora, fai finta che non esista.”
 Marco: “Sì, esatto. Voglio essere normale almeno per un po’.”

Questa prima consapevolezza ha costituito la base per accedere al livello più profondo: perché per Marco l'autonomia significava rischio di solitudine, e perché il “farsi male” fosse divenuto un modo per sentirsi amato.

Fase 1 – Scoperta dello schema emotivo pro-sintomo (Passo B)

Nelle sedute successive, si è applicata la metodologia della Coherence Therapy per far emergere lo schema emotivo sottostante. Riporto un trascritto esemplificativo del lavoro di scoperta della “verità emotiva” o “posizione pro-sintomo”.

T *Quando ritardi i pasti o salti un controllo, cosa temi accadrebbe se seguissi tutto alla lettera anche davanti agli altri?*

M *Mi sentirei esposto... diverso dagli altri. E con i miei, forse verrei notato di meno.*

T *Esposto a cosa, esattamente: al giudizio dei pari o al rischio di non essere più visto a casa?*

M *A entrambe le cose: con gli amici non voglio sembrare ‘malato’; a casa se sto bene si rilassano e mi lasciano stare.*

T *Quindi se mi curo pienamente e sto bene, allora... ti va di ripetere questa frase a voce alta e completarla, con le prime cose che ti vengono in mente, senza sforzarti di pensare?*

M *Se mi curo pienamente e sto bene ...allora rischio di non essere visto. Con gli amici sono visto come “diverso”, con i miei come “autonomo che non ha bisogno”.*

T *E quando invece trasgredisci un po', che cosa ottieni?*

M *Sento di appartenere di più al gruppo. E a casa... si allarmano, si accorgono subito di me.*

T *Metto insieme ciò che hai detto: "Se sto bene e seguo tutto, sono invisibile; se trasgredisco, mi sento come gli altri e vengo visto." Ti risuona?*

M *Sì... sembra strano ma è così*

T *Lo dici con le tue parole in una frase unica?*

M *"Se sto bene e mi curo, ho paura di sparire; se trasgredisco, i miei si accorgono subito di me e con gli amici mi sento uguale agli altri."*

Più avanti [...]

T *Ti propongo di leggere ad alta voce la frase che abbiamo trovato e di notare cosa succede nel corpo.*

M *(legge) ...Sento una stretta allo stomaco, ma anche sollievo nel dirlo chiaramente.*

T *Ha senso, è coerente con ciò che hai vissuto.*

M *Sì, mi sento meno in colpa.*

T *Vorrei proporti un compito tra le sedute: leggi due volte al giorno questa frase ad alta voce e annota quello che emerge — emozioni, sensazioni corporee, pensieri, impulsi e comportamenti. Non cambiare nulla, ma quello che emerge portalo in seduta.*

M *Va bene leggo e vedo che cosa accade*

Fase 1 – Scoperta di una Conoscenza Contraddittoria (Passo C)

Attraverso un esercizio di immaginazione guidata relativo a un precedente ricovero ospedaliero, Marco ha poi potuto rivivere la sensazione di sicurezza sperimentata quando i genitori gli erano accanto. Da quella scena è emersa spontaneamente la credenza implicita: “Quando sto male... loro ci sono.” Marco viene invitato a “tornare” al suo ultimo ricovero per chetoacidosi: “Chiudi gli occhi, rivedi la stanza. Nota luci, suoni, odori. Dov’è il tuo corpo, cosa senti?”. Marco colloca subito la scena: letto con sponde alzate, luce fredda di neon, odore di disinfettante, cannula nel dorso della mano. Riferisce gola secca, fiato corto, pancia “contratta”. Mentre resta in contatto con le sensazioni, il terapeuta fa focalizzare sull’ingresso dei genitori: la madre che sistema la coperta e gli tiene la mano, il padre che parla con il medico e poi si siede accanto, una mano sulla spalla. Marco nota micro-segnali: “Quando loro sono lì, respiro più lento... mi sento tenuto”. Rileggendo i dati fenomenologici (presenza fisica, contatto mano-mano, voce bassa, attenzione continua) il terapeuta attua una riformulazione specchio: “In questo ricordo, stare male equivale a essere visti e protetti”. Marco annuisce, gli occhi lucidi, riferisce un “senso di verità” caldo al petto.

Il terapeuta ha aiutato Marco a riconoscere questa costruzione come una regola emotiva implicita che orientava il suo comportamento: “Devo stare male per ricevere attenzione e amore”.

Per favorire la disconferma, è stato utilizzato un dialogo immaginativo con la figura materna (tecnica della sedia vuota), in cui Marco ha potuto sentire la risposta affettiva correttiva:

Madre (sulla sedia): “Non devi star male perché ci importi di te. Ti vogliamo bene sempre, anche quando stai bene.”

Questo momento ha rappresentato la fase di attivazione della memoria implicita e la contemporanea introduzione di un'esperienza incompatibile con la costruzione originaria, ponendo le basi per l'esperienza trasformativa.

Fase 2 – Esperienza trasformativa e riconsolidamento (Passi 1-2-3)

Una volta reso consapevole lo schema pro-sintomo (“se sto male, ricevo amore”), il lavoro si è spostato sull'esperienza emotiva di ridecisione e aggiornamento del copione. Nelle sedute successive Marco ha potuto dialogare con la propria parte emotiva, riconoscendo la paura di perdere l'amore dei genitori se fosse stato “forte e indipendente”.

Marco (rivolto al sé bambino): “So che hai paura perché, se starai bene, mamma e papà non ti vorranno più bene come quando stavi male.”

Terapeuta: “E cosa senti vero rispetto a ciò che sai dei tuoi genitori?”

Marco: “Che mi amano sempre. Che vogliono vedermi stare bene.”

Questa giustapposizione tra la vecchia credenza (“solo se sto male sono amato”) e la nuova esperienza (“sono amato anche quando sto bene”) ha permesso la trasformazione coerente descritta dalla Coherence Therapy. In termini AT, il Bambino ha potuto ridecidere, con il sostegno dell'Adulto, di potersi prendere cura di sé senza temere la perdita d'amore.

Nei giorni successivi, Marco ha iniziato a mostrare un cambiamento spontaneo nel comportamento: maggiore aderenza terapeutica, riduzione dei comportamenti oppositivi e capacità di chiedere aiuto in modo diretto (“Ho detto a mia madre che non mi sentivo bene invece di nascondere. Mi ha abbracciato, e mi sono sentito sollevato”).

Nel lavoro con Marco si sono evidenziati **almeno due schemi pro-sintomo distinti** che rendevano “necessaria” la non-aderenza:

Versante familiare (visibilità/prossimità): la trasgressione come modo per essere visto e accudito (“se sto male, mi cercano”).

Versante dei pari (appartenenza/non-differenza): l’omissione/ritardo delle cure come modo per non sembrare diverso (“se mi curo davanti agli altri, sembro il malato”).

Questa articolazione è emersa tramite una mappatura episodio-per-episodio, che ha permesso di isolare quando, con chi e a quale costo/beneficio si attivasse il comportamento target.

La svolta clinica si è manifestata quando Marco ha portato un episodio recente a valenza incompatibile con la PPS: ha fatto l’insulina davanti agli amici e “hanno solo aspettato e scherzato”, e in famiglia ha ricevuto messaggi di sostegno anche quando i valori erano stabili. Il terapeuta ha usato questa occasione trasformandola in giustapposizione (mismatch TRP): le due mappe sono state co-attivate, da un lato la PPS (“se sto bene e mi curo, sparisco/non sono visto; con i pari sembro diverso”), dall’altro i dati recenti e credibili (pari che attendono senza stigma; genitori che restano presenti anche quando sta bene).

T Finora hai detto che trasgredire ti mantiene “visto” ed evita la percezione di sentirti diverso con gli amici. Ma sembra tu abbia fatto anche un’altra esperienza. Ti va di ripercorrerla?

M Sì. La scorsa settimana ho fatto l’insulina davanti ai miei amici: hanno solo aspettato e scherzato. Nessuno ha fatto storie.

T E a casa, quando i valori sono stati stabili per qualche giorno, cos’è successo?

M Mia madre mi ha scritto: “Orgogliosa di te”. Mio padre mi ha chiesto come stavo, anche se stavo bene.

T Allora: senza trasgredire, sei stato comunque visto dai pari e dai tuoi. È corretto?

M Sì, ed è strano... non me l'aspettavo.

T Proviamo a mettere insieme queste due esperienze nuove. Anche se una parte di me crede che se sto bene e seguo le cure sparirò e mi sentirò diverso oggi...

M ...oggi vedo che i miei ci sono anche quando sto bene e con i miei amici resto come tutti mentre mi curo. Non ho bisogno di trasgredire per farmi vedere o per sentirmi parte del gruppo.

T Bene. Leggila a voce alta e nota cosa senti

M (legge) ...Sento meno stretta allo stomaco. Mi viene anche un po' da respirare più libero.

T La senti vera?

M Sì, mi suona vera adesso.

T Ti chiedo di rimanere in contatto con questa nuova consapevolezza emotiva, come hai fatto in passato.

M Va bene, lo faccio. Mi aiuta averla scritta così.

Fase 3 – Verifica e chiusura

Le ultime sedute sono state dedicate a rafforzare il Sé Adulto e a consolidare la nuova decisione in diversi contesti. Marco ha sperimentato modi più autonomi e assertivi di gestire la propria cura, mantenendo al tempo stesso una relazione più equilibrata con i genitori.

In un incontro con la madre, Marco ha espresso con chiarezza:

“Mamma, ho sempre sentito tanta pressione da parte tua. Mi faceva arrabbiare, ma ora capisco che lo facevi perché mi vuoi bene. Ti prometto che mi impegnerò, ma fidati un po' di più di me.”

Questo passaggio segna il superamento del vecchio copione relazionale: il bisogno di amore non è più legato al sintomo, ma può essere soddisfatto attraverso la comunicazione diretta e autentica.

Al termine della terapia, Marco aveva raggiunto una piena adesione al trattamento medico, un miglioramento significativo dei parametri glicemici e una riduzione dei conflitti familiari. Il sintomo iniziale ha perso la sua funzione difensiva e affettiva, in linea con il principio centrale della Coherence Therapy: “Quando il sintomo perde la sua funzione nascosta, semplicemente scompare.” (Ecker, B. (2002). *Depth-Oriented Brief Therapy and Panic Attack Treatment. Psychotherapy Networker.*)

Discussione

Il caso clinico di Marco illustra chiaramente come l'integrazione tra Coherence Therapy e Analisi Transazionale possa fornire un potente approccio terapeutico per situazioni complesse dove un sintomo comportamentale (nel nostro caso, la gestione inadeguata di una malattia cronica) è alimentato da conflitti emotivi profondi e da schemi relazionali non adattivi. Tale integrazione si è rivelata vantaggiosa su più livelli.

Comprensione multidimensionale del caso: L'uso combinato dei due modelli ha permesso di formulare una concettualizzazione ricca del problema di Marco. La Coherence Therapy ha fornito la lente per individuare la coerenza emotiva del sintomo – abbiamo scoperto cioè per quale bisogno Marco “sceglieva” inconsciamente di non curarsi. L'Analisi Transazionale ha offerto un linguaggio e una struttura per capire “chi” dentro di lui spingeva verso quella “scelta” (il suo Bambino spaventato dal perdere l'amore dai genitori e l'appartenenza al gruppo dei pari). In termini diagnostici, l'AT ha consentito di concettualizzare il problema in termini di copione. Parallelamente, la CT ha concettualizzato il tutto come un sintomo coerente generato da

uno specifico schema emotivo implicito. La convergenza di queste prospettive ha reso molto chiaro su cosa intervenire: non sulla semplice imposizione comportamentale (“obbedisci alle cure!”), che già era fallita in passato, ma sulla trasformazione di quello schema emotivo di base che rendeva necessario sabotare le cure. In letteratura, questo caso conferma quanto affermato da Ecker: “due persone con sintomi simili possono avere schemi sottostanti completamente diversi” – e dunque è essenziale individuare il proprio schema per ciascun paziente. In questo caso, solo scoprendo la credenza “se sto male mi stanno vicino e vengo amato” è stato possibile poi scioglierla; un approccio solo educativo o comportamentale non avrebbe toccato questo livello, e con alta probabilità Marco avrebbe continuato a “sabotarsi”.

Integrando gli strumenti della CT e della AT, il terapeuta ha potuto disporre di un arsenale di tecniche flessibili per adattarsi al meglio al paziente. Ecker sottolinea che la CT non prescrive tecniche fisse ma può integrare metodi di altri approcci purché rispettino la logica delle sue fasi. Questa esperienza lo conferma: la tecnica gestaltica della sedia vuota, ad esempio, è stata perfettamente funzionale nel creare la giustapposizione emozionale necessaria e nel facilitare la ridecisione finale. In altri termini, l’AT ha fornito la messa in scena e la narrazione, mentre la CT ha fornito la regia di quando e come usare quella scena per riscrivere la memoria. Questa complementarità risulta preziosa soprattutto in un contesto terapeutico breve: in sole 15 sedute si è riusciti a raggiungere il nucleo del problema e a risolverlo, cosa che forse non sarebbe stata possibile seguendo rigidamente un unico modello. Combinandole, si è ottenuta un’efficacia notevole: la CT ha mantenuto il focus stretto sul sintomo e sulla sua rapida dissoluzione, la AT ha assicurato che il cambiamento fosse generalizzato alla personalità di Marco (rinforzando il suo Adulto e riorganizzando le sue relazioni familiari). In effetti, alla fine del trattamento non solo il comportamento-sintomo era sparito, ma Marco sembrava aver

compiuto un salto evolutivo nel suo ruolo di figlio e di paziente attivo, segno che il copione stesso è stato modificato e non solo “tamponato”.

Il caso offre un piccolo contributo empirico alla comprensione di come avviene il cambiamento terapeutico profondo. Vediamo infatti rispecchiati molti dei marker individuati dalla ricerca sia sul riconsolidamento della memoria che sul cambiamento di copione: c'è stata una fase di riattivazione intensa della memoria emotiva (sedute 5-7), seguita da un mismatch emozionale (seduta 9) e infine dall'effettiva scomparsa del sintomo senza sforzo cosciente. Questo corrisponde esattamente ai criteri neuroscientifici di eradicazione di un apprendimento emotivo tramite riconsolidamento. Allo stesso modo, in AT possiamo dire che c'è stata una ridecisione autentica, caratterizzata da forte coinvolgimento del Bambino e sostenuta poi dall'Adulto che ha portato a una riscrittura copionale, come dimostrato dal nuovo comportamento di Marco. Osservare ciò in un contesto clinico è incoraggiante e suggerisce che combinare il riconsolidamento (CT) con una cornice Analitico Transazionale sia un modo efficace per accelerare e validare il processo di cambiamento: accelerare, perché il focus è mirato al nucleo emozionale; validare, perché il cambiamento risulta evidente nei termini stessi del paziente (nel suo nuovo copione di vita più aderente al qui ed ora e quindi più sano).

Implicazioni per il trattamento di adolescenti con malattie croniche

Il caso di Marco evidenzia come un intervento psicoterapeutico integrato possa avere ricadute estremamente positive nella gestione clinica di una malattia come il diabete giovanile. In letteratura si sottolinea il bisogno di affiancare supporto psicologico ai giovani con diabete per migliorare la loro aderenza e prevenire complicanze. L'esperienza di Marco mostra che spesso dietro la “non collaborazione” di un adolescente non c'è semplice incoscienza o

rifiuto, ma conflitti emotivi complessi legati all'identità, all'autonomia e alle dinamiche familiari. Andare a risolvere questi conflitti consente di sbloccare la situazione dove approcci educativi standard falliscono. La Coherence Therapy e l'Analisi Transazionale si sono rivelate una combinazione vincente: la prima ha portato alla luce il bisogno relazionale nascosto che la condotta non aderente esprimeva, la seconda ha fornito una struttura di intervento cucita sul paziente (lavoro con gli stati dell'Io e la ridecisione) che si sono rivelati funzionali e accessibili, specie se paragonati a interventi meramente cognitivi o didattici. Inoltre, l'AT ha coinvolto la famiglia nel giusto modo, restituendo ai genitori un ruolo – non più punitivo o colpevolizzante – di sostegno affettivo. Questo è cruciale nell'adolescenza, dove il giovane oscilla tra bisogno di indipendenza e necessità di base di sentirsi ancora protetto. Riconoscere e legittimare tale ambivalenza (cosa che si è cercato di mettere in atto, esplicitando a Marco che fosse normale per una parte di lui voler essere accudita come un bambino) paradossalmente facilita il raggiungimento dell'autonomia: Marco, sentendosi sicuro dell'affetto genitoriale, ha potuto lasciar andare il sintomo e assumersi la responsabilità della propria salute. Questo rispecchia quanto riportato da studi sul diabete tipo 1: un aumento dell'autostima, dell'auto-efficacia e della percezione di supporto familiare portano a migliorare l'adesione e gli esiti clinici. In altre parole, lavorare sul piano psicologico profondo non è un “optional” ma può tradursi direttamente in benefici medici tangibili (riduzione di HbA1c, prevenzione delle complicanze), come evidenziato nel nostro caso.

Naturalmente, vi sono anche alcune considerazioni di cautela e spunti per sviluppi futuri. Questo è un singolo caso clinico e sarebbe importante poter applicare questo approccio integrato in studi clinici più ampi o trial, per verificarne la generalizzabilità e l'efficacia rispetto a interventi standard. Un altro punto è che l'integrazione CT-AT richiede da parte del terapeuta una formazione in entrambi gli

approcci e una buona capacità di flessibilità tecnica. Non tutti i contesti clinici sono attrezzati per questo livello di specializzazione. Tuttavia, l'auspicio è che questo caso possa fungere da esempio pilota di come teorie e tecniche provenienti da modelli diversi possano convergere in un intervento cucito su misura per il paziente, massimizzandone i benefici. Come già sostenuto da Bastianelli e colleghi (Bastianelli et al., 2019; Menegazzi e de Nitto, 2023), l'incontro tra l'Analisi Transazionale e la Coherence Therapy – supportato dal comune denominatore del riconsolidamento terapeutico – rappresenta un promettente terreno di innovazione e ricerca in psicoterapia dove la tradizione umanistica si sposa con le acquisizioni delle neuroscienze.

Conclusioni

Il presente articolo ha illustrato un approccio integrato tra Coherence Therapy e Analisi Transazionale applicato a un caso clinico di diabete giovanile con problematiche di aderenza alle cure. Attraverso la descrizione dettagliata del caso di “Marco”, un adolescente in conflitto tra bisogno di autonomia e bisogno di cure, si è messo in luce come i due modelli terapeutici possano intrecciarsi efficacemente: la CT ha permesso di rintracciare la logica nascosta del sintomo e di disinnescarla tramite il processo di riconsolidamento terapeutico, mentre l'Analisi Transazionale ha fornito una cornice concettuale e un linguaggio comprensibili per il paziente e la famiglia, facilitando la ridecisione e la riorganizzazione del copione di vita. I risultati ottenuti – sensibile miglioramento clinico, cambiamento comportamentale stabile e crescita emotiva del ragazzo – suggeriscono che tale integrazione non solo è possibile, ma auspicabile in situazioni dove aspetti medici e psicologici si intersecano. In conclusione, integrare Coherence Therapy e Analisi Transazionale può rappresentare un approccio vincente e innovativo nella psicoterapia di condizioni complesse, con potenziali applicazioni

che vanno ben oltre il caso presentato, aprendo la strada a nuovi sviluppi clinici e di ricerca su come facilitare al meglio il cambiamento umano duraturo.

Bibliografia:

Berne, E. (1972). *Ciao, e poi?* Milano: Bompiani. (Opera originale What Do You Say After You Say Hello?)

Bastianelli, L., Tosi, M. T., Giacometto, R., Messana, C., & Ceridono, D. (2019). Why Transactional Analysis Works: Reasons for a Possible Explanation of Change in Psychotherapy. *International Journal of Psychotherapy*, 23(3), 9–25.

Ceridono, D., & Viale, D. (2013). Ego States in the Therapeutic Relationship and Pre- to Post-Treatment Change in Self Ego States. *International Journal of Transactional Analysis Research*, 4(1), 49–58.

Ecker, B. (2007). Depth-Oriented Brief Therapy and Panic Attack Treatment. *Psychotherapy Networker*.

Ecker, B. (2018). Clinical translation of memory reconsolidation research: Therapeutic methodology for transformational change by erasing implicit emotional learnings driving symptom production. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 6(1), 1–92.

Ecker, B., Hulley, L., & Ticic, R., (2018). *Sbloccare il cervello emotivo: Eliminare i sintomi alla radice utilizzando il riconsolidamento della memoria*. Franco Angeli.

Ecker, B., & Hulley, L. (2019). *Coherence Therapy Practice Manual & Training Guide*. Oakland, CA: Coherence Psychology Institute.

Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. (2022). *Unlocking the Emotional Brain: Eliminating Symptoms at Their Roots Using Memory Reconsolidation*. New York, NY: Routledge.

Goulding, M. M., & Goulding, R. L. (1979). *Changing Lives Through Redecision Therapy*. New York, NY: Brunner/Mazel.

Menegazzi, F., & de Nitto, F. (2023). I processi di cambiamento delle memorie emotive alla luce della Coherence Therapy e dell'Emotion-Focused Therapy. *Psicologia Psicoterapia e Benessere*, Vol. 2 (1), 99–139.

Pedreira, M. E., Pérez-Cuesta, L. M., & Maldonado, H. (2004). Mismatch between what is expected and what actually occurs triggers memory reconsolidation or extinction. *Learning & Memory*, 11(5), 579–585.

Scilligo, P. (2009). *Analisi Transazionale Socio-Cognitiva*. Roma: LAS.

Tosi, M. T. (2016). Social-Cognitive Transactional Analysis: From Theory to Practice. In R. G. Erskine (Eds.), *Transactional Analysis in Contemporary Psychotherapy* (pp. 229–255). London: Karnac Books.

La Matrice delle emozioni: una bussola per orientarsi nelle emozioni e nei *rackets*

*Luca Mastromarino*¹ e *Raffaele Mastromarino*²

The Matrix of emotions: a compass for navigating through emotions and *rackets*

Abstract

La disregolazione emotiva è oggi considerata uno dei processi centrali alla base della psicopatologia (Gratz et al, 2015; Iwakabe, 2023). In questa prospettiva, il lavoro sulla regolazione delle emozioni rappresenta un obiettivo comune ai diversi orientamenti psicoterapeutici e un fattore centrale del processo di cambiamento (Gross e Ford, 2023). In termini di Analisi Transazionale, il lavoro sulla regolazione emotiva è stato approfondito inizialmente sia da English (1971, 1972), che ha sottolineato la differenza tra emozioni autentiche ed emozioni di racket (parassite), sia da Steiner (1984), che per primo ha introdotto il concetto di “alfabetizzazione emotiva”, ampiamente ripreso successivamente anche da altri approcci.

¹ Ph.D in Psicologia, Analista Transazionale in formazione, Docente invitato presso la Pontificia Facoltà di Scienze dell'Educazione Auxilium e presso l'Istituto Universitario Pratesi. E-mail luca.mastromarino.96@gmail.com

² Ph.D in Psicologia, Analista Transazionale Didatta e Supervisore, TSTA-P. Docente Stabilizzato presso l'Università Pontificia Salesiana di Roma, Socio Fondatore dell'Istituto di Formazione e Ricerca per Educatori e Psicoterapeuti (IFREP). Dal 2021 è direttore della Scuola Superiore di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università Pontificia Salesiana. E-mail raff.mastromarino@gmail.com

In questo articolo viene proposta una tabella, definita “matrice delle emozioni”, che da un lato illustra il processo funzionale di elaborazione delle emozioni e dall’altro permette di individuare facilmente i diversi blocchi che la persona potrebbe sperimentare durante questo processo, i quali portano allo sviluppo di emozioni parassite. La matrice può essere utile in tutti i campi di applicazione dell’AT, in quanto si propone come una mappa semplice e chiara che permette di creare un ponte tra teoria e pratica. In termini clinici, può costituire un quadro di riferimento sia nella fase di alleanza, con una funzione psicoeducativa, in quanto facilita l’alfabetizzazione emotiva, sia nella fase di decontaminazione, in quanto consente di individuare i racket che mantengono la persona nel copione; può inoltre orientare il lavoro nella fase di deconfusione e guidare e sostenere la fase di riapprendimento.

Abstract

Emotional dysregulation is now considered one of the central processes underlying psychopathology (Gratz et al., 2015; Iwakabe, 2023). From this perspective, working on emotion regulation is a common goal across different psychotherapeutic approaches and a central factor in the process of change (Gross and Ford, 2023). In terms of Transactional Analysis, work on emotional regulation was initially explored by English (1971, 1972), who emphasized the difference between authentic emotions and racket (parasitic) emotions, and by Steiner (1984), who first introduced the concept of “emotional literacy,” which was subsequently widely adopted by other approaches.

This article proposes a table, called the “matrix of emotions”, which illustrates the functional process of emotion processing and allows us to easily identify the various blocks that a person may experience during this process, which lead to the development of parasitic emotions. The matrix can be useful in all fields of TA application, as it provides a simple and clear map that bridges theory and practice. In clinical terms, it can serve as a frame of reference both in the alliance phase, with a psychoeducational function, as it facilitates emotional literacy, and in the decontamination phase, as it allows the rackets that keep the person in the script to be identified. It can also guide the work in the deconfusion phase and guide and support the relearning phase.

Keywords

Racket; emozioni autentiche; emozioni parassite; emozioni; Analisi Transazionale; Alfabetizzazione emotiva; regolazione emotiva;

Racket; authentic feelings, racket feelings, emotions, Transactional Analysis, Emotional Literacy, Emotion regulation.

Introduzione

Nel lavoro psico-socio-educativo le emozioni sono costantemente in primo piano. Insegnanti, educatori, formatori e psicoterapeuti si confrontano quotidianamente con il mondo emotivo delle persone e la capacità di riconoscere e gestire le emozioni (proprie e altrui) non rappresenta soltanto una competenza relazionale, ma una vera e propria competenza professionale.

Le difficoltà nel riconoscimento, nella modulazione e nell'espressione delle emozioni vengono oggi ricondotte al costrutto di disregolazione emotiva, considerato uno dei processi centrali alla base della psicopatologia (Gratz et al., 2015; Iwakabe, 2023). In questa prospettiva, il lavoro sulla regolazione emotiva costituisce un obiettivo trasversale ai diversi orientamenti psicoterapeutici e un fattore chiave del cambiamento (Gross & Ford, 2023).

Riconoscere sia il processo funzionale e adattivo di elaborazione delle emozioni, sia le diverse modalità con cui questo processo può bloccarsi o interrompersi, diventa fondamentale per il lavoro sulla gestione delle emozioni. L'obiettivo di questo articolo è proporre uno strumento che possa supportare il professionista in tale compito.

Nello specifico, si propone una tabella chiamata "Matrice delle emozioni" con un duplice scopo: da un lato, descrivere il processo funzionale di elaborazione delle emozioni all'interno di una cornice chiara, semplice e transteorica, nella quale possano riconoscersi professionisti di orientamenti e ambiti differenti; dall'altro, mostrare come possano emergere blocchi a ciascun livello del processo, così da distinguere più agevolmente quando le emozioni espresse risultano coerenti, funzionali e adattive e quando, invece, non lo sono.

L'articolo è articolato in tre parti.

Nella prima parte viene presentata una panoramica sintetica delle principali concettualizzazioni attuali sulle emozioni, tenendo presenti le diverse prospettive neuroscientifiche contemporanee. Successivamente viene descritto il processo funzionale di elaborazione delle emozioni attraverso quattro fasi: valutazione dello stimolo, risposta emotiva, riconoscimento del bisogno e azione (ossia il comportamento adattivo e funzionale che l'emozione può favorire).

Nella seconda parte l'attenzione si concentra sul tema delle emozioni e sul loro processo di elaborazione in Analisi Transazionale. In particolare, viene descritta la differenza tra emozioni autentiche ed emozioni parassite (*racket*) alla luce dei contributi teorici di diversi autori di riferimento. Viene inoltre approfondito come si sviluppino i *racket* alla luce della storia evolutiva della persona e come possano essere riconosciuti, tenendo presenti alcuni criteri utili per orientarsi in questa distinzione. Infine, viene introdotta la matrice come cornice integrativa capace di organizzare tali criteri in una mappa unitaria.

Nella terza parte viene presentata e approfondita la Matrice delle emozioni, intesa come uno strumento semplice e operativo sia per leggere il processo emotivo lungo le quattro fasi dell'elaborazione, sia per riconoscere con maggiore precisione dove esso si sviluppi in modo funzionale e dove, invece, si interrompa, dando origine ai *racket*. In particolare, vengono approfondite le matrici relative a rabbia, tristezza, paura e gioia. Per ciascuna emozione vengono descritte le principali tipologie di blocco lungo il processo: un blocco nella valutazione dello stimolo (che implica una ridefinizione), un blocco nella risposta emotiva, nel riconoscimento del bisogno specifico che l'emozione segnala, oppure nell'azione coerente e funzionale necessaria a prendersi cura di tale bisogno. Infine, viene mostrato come utilizzare la matrice nelle diverse fasi della terapia e come essa possa essere impiegata anche dal clinico come strumento di auto-osservazione.

La speranza è che questa cornice possa costituire uno strumento trasversale per la concettualizzazione e l'intervento, capace di offrire ai professionisti un linguaggio chiaro, semplice e condiviso per

orientarsi nel mondo emotivo delle persone. In questo senso, la matrice si ispira all'idea originaria di Eric Berne, su cui ha fondato l'Analisi Transazionale: rendere i concetti psicologici complessi più semplici e accessibili, chiaramente comprensibili, e favorire un linguaggio comune tra terapeuta e paziente.

Le emozioni: cosa sono e a cosa servono

In letteratura esistono molte prospettive teoriche per definire che cosa siano le emozioni, che cosa costituisca un'esperienza emotiva e quale ruolo giochi la consapevolezza all'interno di questo processo (Scherer, 2022). Il dibattito è ampio e, ad oggi, non esiste una visione unica e pienamente condivisa. In linea generale, da un punto di vista neuroscientifico si distinguono due grandi prospettive: il filone delle neuroscienze affettive (AN) e quello delle neuroscienze cognitive (CN)³.

Il primo filone è quello delle neuroscienze affettive (Solms, 2023; Panksepp e Davis, 2020; Panksepp, 1998) che considera le emozioni come sistemi affettivi primari, radicati e generati da circuiti sottocorticali innati ed evolutivamente antichi. Per le neuroscienze affettive questi circuiti sono sufficienti per produrre emozioni consapevoli, anche senza il coinvolgimento delle aree corticali più evolute. Questi circuiti dunque modulano l'attivazione di determinati comportamenti anche senza il contributo delle funzioni corticali superiori e rappresentano non solo la base dell'azione, ma anche la forma più elementare di coscienza affettiva.

Il secondo filone è quello delle neuroscienze cognitive, da cui derivano le teorie costruttiviste delle emozioni (Lindquist & Barrett,

³ Per un approfondimento più dettagliato sui principali punti di accordo e disaccordo tra queste due prospettive neuroscientifiche si rimanda all'articolo di Panksepp et al. (2017), e per un approfondimento sulle diverse prospettive si rimanda ai contributi di LeDoux (2015); Barrett (2023) e Solms (2023).

2012; LeDoux, 2015, Barrett, 2023). Questa prospettiva mette in discussione la loro natura innata teorizzata dalle neuroscienze affettive, ritenendo che le emozioni sono categorie concettuali apprese sulla base dell'esperienza e costruite dal cervello attraverso processi di previsione. La differenza principale è che per neuroscienze affettive l'attività sottocorticale è al tempo stesso necessaria e sufficiente per generare stati esperienziali affettivi, per le neuroscienze cognitive le attivazioni sottocorticali sono necessarie ma non sufficienti. Per le neuroscienze cognitive dunque le emozioni non sono programmi biologici universali, ma modi in cui il cervello dà senso alle sensazioni corporee in base al contesto, alla cultura di appartenenza e all'esperienza.

Tuttavia, nonostante le varie differenze, le prospettive contemporanee convergono nel riconoscere che le emozioni svolgono una funzione centrale nell'adattamento e nell'evoluzione (LeDoux 2020; Solms, 2023). In termini evolutivi riconoscono che le emozioni ci avvicinano verso ciò che è piacevole e sicuro e ci allontanano da ciò che è spiacevole e minaccioso. In questo modo ci guidano e ci orientano verso ciò che favorisce la sopravvivenza e ci allontanano da ciò che la mette a rischio, funzionando come una bussola rapida per la nostra sicurezza. Allo stesso tempo, oltre a riconoscere il valore evolutivo e adattivo delle emozioni, le varie prospettive riconoscono il ruolo centrale che svolgono nell'organizzazione dell'esperienza. È ampiamente condiviso, infatti, che le emozioni svolgano diverse funzioni:

- consentono di attribuire un valore agli stimoli che percepiamo come rilevanti (che si tratti di uno stimolo interno o esterno), valutando rapidamente il significato che attribuiamo ad uno stimolo/evento/situazione;
- offrono informazioni importanti su ciò che stiamo percependo e su come lo stiamo percependo;
- aiutano a capire di cosa abbiamo bisogno in quel momento (sia sul piano fisiologico che psicologico);
- stimolano a organizzare e mettere in atto comportamenti coerenti e funzionali alla soddisfazione di tali bisogni.

Le emozioni, dunque, possono essere considerate sia sentinelle interne altamente specializzate che ci segnalano informazioni preziose su ciò che stiamo percependo, attribuendogli un significato e un valore specifico sulla base della rilevanza che ha per noi; sia delle guide che ci orientano verso ciò di cui abbiamo bisogno in quel momento e ci guidano nella scelta dell'azione più funzionale e coerente da mettere in atto per soddisfare tali bisogni (Woollams e Brown, 1978; Scilligo, 1989; Bianchini, 1999). Ad esempio: la paura segnala un pericolo e ci guida e orienta verso protezione, sicurezza e assicurazione; la rabbia segnala un'ingiustizia, un sopruso, una violazione dei nostri confini e ci stimola a mettere limiti, confini e a chiedere rispetto; la tristezza segnala una perdita o una mancanza e ci orienta verso la cura, la consolazione e la vicinanza; la gioia segnala ciò che è buono e vitale e ci orienta verso la condivisione con l'altro.

Dato che ogni emozione ha quindi diverse funzioni specifiche, adattive e funzionali, è importante sottolineare che non esistono emozioni "positive" o "negative". Sebbene spesso venga utilizzata questa terminologia anche in letteratura, è utile chiarire cosa si intende. Il termine "positivo" o "negativo" viene utilizzato per sottolineare il modo in cui l'emozione viene vissuta soggettivamente come piacevole o spiacevole, ma non implica né un giudizio morale sul suo valore, né un giudizio clinico sulla sua importanza e funzione. Come sottolinea Steiner (2003), non esistono emozioni buone o cattive, emozioni che va bene sentire e altre che non va bene sentire: ogni emozione ha un significato, una funzione e una valenza relazionale.

Le quattro fasi che descrivono il processo di elaborazione delle emozioni

Nello stesso modo in cui parliamo di sistema cardiocircolatorio, immunitario o nervoso, possiamo parlare di sistema emotivo per riferirci a quell'insieme integrato di componenti e processi che generano, elaborano, modulano, regolano ed esprimono le emozioni. Così come gli altri sistemi del corpo, il sistema emotivo non funziona

in modo isolato ma è in relazione continua con gli altri sistemi (cardiocircolatorio, nervoso, endocrino, immunitario ecc.), con i quali si influenza reciprocamente.

Da un punto di vista clinico e funzionale, il sistema emotivo può essere descritto osservando il processo attraverso cui le emozioni vengono elaborate. Questo processo è stato ampiamente studiato in letteratura e sono disponibili numerosi modelli che lo descrivono a diversi livelli: da un lato modelli neurobiologici, che chiariscono i meccanismi e i circuiti sottostanti (ad esempio LeDoux, 2015, Damasio, 1995, 2022; Solms, 2023; Gross e Ford 2023), dall'altro modelli processuali e funzionali, che descrivono come il processo si svolge in modo funzionale e in che modo può essere alterato (Gross, 1998, 2015; Moors, 2017; Lange et al., 2020; Scherer, 2022). Tra questi, un modello di riferimento molto utilizzato è quello di Gross (1998, 2015), che offre un quadro teorico chiaro per descrivere quando il processo di regolazione è funzionale e adattivo e, quando invece non lo è, approfondendo come e quando il processo diventi disfunzionale, dando luogo a forme di disregolazione emotiva che risultano strettamente connessi alla psicopatologia.

Sebbene molto complesso e articolato, il processo di elaborazione delle emozioni in questo articolo viene schematizzato e descritto, in termini processuali, in una sequenza specifica composta da quattro fasi: la valutazione dello stimolo, la risposta emotiva, il riconoscimento del bisogno e l'azione (organizzazione e attuazione dell'azione).⁴ Pur presentandosi in ordine sequenziale, le fasi descritte sono strettamente interconnesse tra loro e si influenzano reciprocamente. Questa schematizzazione in quattro fasi mette in

⁴ Sulla base di questa sequenza in quattro fasi è stata costruita la matrice delle emozioni che verrà presentata in seguito. La matrice viene utilizzata come quadro di riferimento semplice e operativo sia per descrivere il processo funzionale di elaborazione delle emozioni, sia per riconoscere e comprendere come e quando questo processo può bloccarsi, portando a diverse difficoltà nella gestione delle emozioni.

evidenza i passaggi essenziali del processo, rendendolo osservabile in termini funzionali e, come verrà approfondito in seguito, particolarmente utile per l'inquadramento e l'intervento clinico.

1) *Valutazione dello stimolo*

La prima fase del processo di elaborazione delle emozioni è la valutazione dello stimolo. Per “stimolo” non si intende l'evento in sé, ma l'evento così come viene valutato, percepito e interpretato dalla persona in termini di rilevanza, ovvero il significato specifico che la persona gli attribuisce. La valutazione (*appraisal*) che viene fatta comprende l'insieme di processi attraverso cui una persona interpreta e valuta uno stimolo/evento in rapporto a obiettivi, bisogni, valori e benessere; da questa valutazione deriva successivamente l'emozione specifica che viene sperimentata, l'intensità alla quale viene sperimentata e da quali tendenze all'azione viene accompagnata. (Smith & Ellsworth, 1985; Smith & Lazarus, 1993; Moors, 2020; Scherer, 2022).

Questa valutazione dunque, che non dipende tanto dallo stimolo “in sé”, ma dal modo in cui viene percepito e interpretato, è in parte predisposta biologicamente e in parte modellata dall'esperienza. In altre parole, è come se ciascuno avesse un “radar” emotivo calibrato sulla base della propria unica e specifica sensibilità agli stimoli: parte di questa sensibilità è innata, frutto dell'evoluzione e del temperamento; un'altra si affina nel corso della vita attraverso l'esperienza (Scilligo, 1989; LeDoux, 2015; Benjamin, 2019; Damasio 2022). Nello specifico dunque, come verrà approfondito più avanti, ogni persona ha un radar specifico che in parte si calibra sulla base di ciò che le figure di riferimento ci hanno insegnato essere sicuro o pericoloso (che diventa parte dello Stato dell'Io Genitore) e in parte sulla base di ciò che la persona ha sperimentato direttamente come minaccioso o protettivo per la sua sopravvivenza (che diventa parte dello Stato dell'Io Bambino).

Inoltre, è importante sottolineare che la valutazione dello stimolo, nella sua fase iniziale, è sempre rapida e automatica e precede la consapevolezza. Porges (1995, 2011) ha definito questa prima

valutazione automatica “neurocezione”: in pratica, il cervello valuta rapidamente se ciò che sta accadendo (dentro o fuori di noi) è sicuro oppure minaccioso e, in tal caso, quanto la minaccia sia intensa e imminente. Successivamente, in funzione del livello di minaccia percepita, variano sia il grado di coinvolgimento corticale sia il tipo di risposta che viene attivata (**Tabella 1**).

Modalità di elaborazione in base alla minaccia percepita		
<i>Stimolo</i>	Minaccia elevata, intensa, imminente e non gestibile · attivazione rapida ed immediata del cervello primitivo · stimolo gestito al di fuori della Finestra di Tolleranza (iper o ipoattivazione)	Minaccia gestibile (o nessuna minaccia presente) · attivazione integrata del cervello primitivo e dei livelli corticali superiori · stimolo gestito all’interno della Finestra di Tolleranza
<i>Emozione</i>	Non si osserva un’emozione differenziata: prevalgono rapidamente stati di allarme e risposte automatiche di sopravvivenza. ⁵	Emozioni specifiche, mentalizzate, consapevoli e differenziate in relazione allo stimolo specifico (rabbia, paura, tristezza, gioia, ecc.)
<i>Bisogno</i>	Bisogno di sopravvivenza (protezione e sicurezza)	Bisogni psicologici/relazionali (rispetto, sostegno, assicurazione o condivisione)

⁵ Qui ci riferiamo alla distinzione tra circuiti di difesa ed emozione come esperienza cosciente proposta da LeDoux (2015) e ripresa anche da prospettive costruttiviste (Barrett, 2023). In caso di minaccia intensa e imminente possono attivarsi rapidamente circuiti di difesa che mediano risposte automatiche e sottocorticali di sopravvivenza (grido di attaccamento/ attacco/ fuga/ freezing/ morte simulata) anche senza un’esperienza emotiva pienamente consapevole e verbalizzabile. L’emozione in senso stretto, intesa come esperienza soggettiva cosciente e differenziata (“ho paura”, “sono arrabbiato”), richiede invece processi di integrazione e interpretazione che coinvolgono maggiormente i sistemi corticali e può emergere in un secondo momento.

<i>Azione</i>	Risposte automatiche di sopravvivenza (grido di attaccamento, attacco, fuga, freezing, morte simulata)	Azioni orientate al bisogno specifico e scelte in modo più consapevole (afferinarsi, chiedere, negoziare, cercare sostegno, condividere)
----------------------	--	--

Tabella 1 – La tabella mostra un bivio iniziale del processo emotivo a seconda della valutazione dello stimolo: in presenza di minaccia intensa e imminente, il sistema ha come unico obiettivo la sopravvivenza e si organizza attorno alla protezione e alla sicurezza; quando la minaccia è gestibile, l'integrazione corticale consente il contatto con emozioni specifiche, bisogni psicologici e azioni adattive e funzionali.

Quando la minaccia viene percepita come intensa e imminente, le risposte sono rapide, automatiche e mediate dal cervello primitivo. Queste risposte alla minaccia vengono chiamate risposte di sopravvivenza (grido di attaccamento, attacco, fuga, freezing, morte simulata) proprio perché il loro unico obiettivo è quello di garantire la sopravvivenza e ripristinare uno stato di sicurezza.

Quando la minaccia non è percepita come elevata e imminente, oppure quando, pur essendo intensa e complessa da gestire, non richiede una risposta immediata di sopravvivenza (o ancora quando lo stimolo non è minaccioso), l'informazione viene inoltrata anche ai livelli corticali superiori. In questo modo, la valutazione iniziale del cervello primitivo si integra con quella del cervello corticale, lasciando spazio a un'elaborazione più complessa e articolata. In questi casi, dove il bisogno non è più legato alla sopravvivenza ma riguarda bisogni psicologici specifici in relazione all'emozione sperimentata (ad esempio sostegno, rassicurazione, ecc.), le risposte risultano più lente e deliberate, proprio perché viene coinvolta anche e soprattutto la corteccia prefrontale.

Un concetto che aiuta in questa distinzione è quello della finestra di tolleranza di Siegel (1999), che descrivere un intervallo di attivazione neurofisiologica all'interno del quale una persona riesce a gestire gli stimoli mantenendo un buon livello di integrazione e regolazione, con il supporto dei sistemi corticali. Quando l'attivazione supera (o scende al di sotto di) questa soglia, si entra rispettivamente

in stati di iperattivazione o ipoattivazione, con una prevalenza di risposte di sopravvivenza mediate da circuiti più automatici e sottocorticali. È importante tener presente che l'attivazione immediata delle risposte di sopravvivenza o il coinvolgimento dei livelli corticali superiori, non sono due modalità dicotomiche, ma si possono collocare lungo un continuum di imminenza alla minaccia⁶ dove i due poli sono “minaccia intensa, imminente e non gestibile” da un lato, e “minaccia non imminente o gestibile” dall'altro. Quanto più essa è valutata come intensa e prossima, tanto più prevalgono risposte difensive automatiche; quanto più è percepita come gestibile, tanto più diventa possibile l'integrazione con l'elaborazione corticale e la scelta consapevole della risposta.

2) Risposta emotiva

Dalla valutazione soggettiva dello stimolo prendono forma le emozioni (Damasio, 2022; LeDoux, 2015). Le emozioni aiutano a comprendere che cosa sta accadendo in noi davanti a uno stimolo e quanto questo ci riguarda. Nello specifico, le emozioni ci forniscono informazioni preziose sull'impatto/effetto che lo stimolo/evento/situazione ha su di noi e ci aiutano a capire se ciò che stiamo vivendo è favorevole o sfavorevole al nostro benessere.

L'impatto che ha su di noi lo stimolo viene inizialmente percepito attraverso sensazioni corporee (cambiamenti nel respiro, nel battito, nel tono muscolare, nel calore, nella postura). Questi segnali non sono “accessori” dell'esperienza emotiva: ne sono una parte centrale, perché ci rendono evidente, come sottolinea LeDoux (2015), che questo stimolo/evento/situazione, a qualche livello, ci riguarda. Questo “riguardarci” non implica necessariamente che l'evento coinvolga solo noi in prima persona: possiamo provare emozioni

⁶ In questa prospettiva si colloca il Continuum dell'imminenza della minaccia (*Threat Imminence Continuum*) proposto da Fanselow e Lester (1988) e successivamente ripreso da diversi autori (Adolphs, 2013; Fanselow, 2018; Mobbs et al. 2020), secondo cui le risposte del sistema nervoso variano in funzione del grado di imminenza percepita della minaccia.

intense anche quando lo stimolo riguarda qualcuno a cui vogliamo bene (ad esempio un partner, un figlio o un amico stretto che è in pericolo, subisce una grave perdita o un'ingiustizia, oppure raggiunge un traguardo), oppure quando ciò che accade tocca direttamente, ad esempio, il nostro senso di appartenenza e i valori in cui crediamo.

Nel momento in cui la persona presta attenzione alle proprie sensazioni corporee e dà un significato a ciò che percepisce, diventa consapevole delle proprie emozioni. È solo grazie a questo processo di simbolizzazione che la persona potrà trasformare l'esperienza emotiva in azioni coerenti e utili per prendersi cura dei propri bisogni (Bianchini, 1999). In questo senso, la consapevolezza emotiva diventa un passaggio chiave per lo sviluppo dell'intelligenza emotiva (Steiner, 1984; Goleman, 1996): significa saper dare un nome all'esperienza interna (ad esempio: "sono spaventato", "sono triste" ecc.) e legarla a uno stimolo specifico. Questa consapevolezza permette sia di orientarsi verso il bisogno sia di organizzare un'azione efficace per tornare in equilibrio e soddisfare il bisogno che l'emozione segnala. Per esempio, sapere di essere spaventati permette di orientarsi verso la protezione e la sicurezza (allontanarsi, mettersi al riparo, chiedere aiuto). Quando l'emozione viene riconosciuta e sentita, non resta un semplice stato interno: diventa un orientamento. In altre parole, ci porta a intravedere di che cosa abbiamo bisogno per tornare a un equilibrio più funzionale. Le emozioni sono quindi il perno, l'anello di congiunzione centrale che permette di mettere in comunicazione ciò che percepiamo con ciò di cui abbiamo bisogno.

La capacità di riconoscere e sentire le proprie emozioni ha inoltre un valore evolutivo, in quanto permette di affinare l'intero processo di valutazione degli stimoli e delle minacce. Come sottolinea Damasio (2022), nonostante abbiamo già a disposizione meccanismi automatici di risposta alle minacce (attacco, fuga, freezing, ecc.), la consapevolezza di ciò che proviamo offre "una polizza di protezione più ampia" rispetto alle sole reazioni di sopravvivenza: in particolare, consente di generalizzare e ampliare le nostre conoscenze sulla base della nostra esperienza unica e specifica con quello stimolo, così da poter decidere in modo consapevole la risposta più appropriata da

mettere in atto, specialmente quando non è in gioco una reale minaccia per la propria sopravvivenza.

Infine, le emozioni ci danno sia informazioni sullo stimolo sia informazioni rispetto a come procediamo: ci indicano se stiamo procedendo bene o male in relazione al bisogno specifico rilevato (Solms, 2023). Questa è la funzione degli affetti: ci informano sull'andamento dei nostri processi biologici e ci spingono ad agire di conseguenza. Pertanto, il processo non è statico e lineare, ma è in continuo movimento: le fasi si influenzano reciprocamente, con un continuo feedback e monitoraggio tra i diversi passaggi.

3) Riconoscimento del bisogno

Le emozioni non ci dicono solo “che effetto ha su di noi” lo stimolo, l'evento o la situazione che stiamo vivendo, ma ci orientano verso ciò di cui abbiamo bisogno in quel momento. Solamente quando sentiamo un'emozione specifica e coerente con lo stimolo che l'ha attivata e riconosciamo il bisogno corrispondente, possiamo prendercene cura in modo efficace. In termini funzionali, dunque, le emozioni possono essere considerate come accompagnatori o bussole interiori che, mettendo insieme ciò che percepiamo con ciò che sentiamo, ci indicano la direzione verso la soddisfazione dei bisogni che emergono, sia fisiologici sia psicologici (emotivi e relazionali).

Affinché questa funzione orientativa sia efficace, è necessario saper riconoscere i propri bisogni, le loro sfumature e i loro cambiamenti che nel tempo aiutano a selezionare le azioni più funzionali per soddisfarli. Ad esempio, se riconosco di aver bisogno di mangiare, di riposarmi o di dormire (bisogni fisiologici), oppure se riconosco di aver bisogno di sostegno e consolazione (bisogni psicologici), posso scegliere cosa fare e come muovermi per soddisfare questi bisogni e “chiudere” la Gestalt rimasta aperta. Quando viene soddisfatto il bisogno di cui una specifica emozione è messaggera, l'emozione tende naturalmente ad attenuarsi fino a scomparire, perché ha svolto la sua funzione e completato il suo ciclo. Per questo, sentire e riconoscere i bisogni specifici che emergono rispetto ad uno stimolo (fame, sete, dolore, fatica, sicurezza,

vicinanza, rispetto, rassicurazione, condivisione, ecc.) fornisce informazioni estremamente adattive.

Come sottolinea Solms (2023), il riconoscimento dei bisogni è una funzione biologica dell'esperienza, in quanto trasforma le variazioni interne percepite in segnali utilizzabili per decidere, orientando l'azione futura verso la loro soddisfazione e aumentando così la probabilità di sopravvivenza e di adattamento.

4) Azione (Organizzazione e attuazione dell'azione)

Infine, le emozioni ci aiutano ad organizzare un'azione coerente per prenderci cura del bisogno che è emerso. Le emozioni sono quindi un ponte tra ciò che percepiamo e ciò che facciamo: trasformano gli eventi in significato e il significato in direzione. Come sottolinea Frijda (1986, 2016), le emozioni sono vere e proprie “tendenze all'azione”, poiché predispongono e organizzano corpo e mente a muoversi in una direzione precisa: la rabbia stimola a difendere o ristabilire i propri confini di fronte a un'invasione; la paura mette in guardia dal pericolo e spinge a cercare rassicurazione, protezione e sicurezza; la tristezza porta ad avvicinarsi all'altro e a chiedere sostegno; la gioia invita alla condivisione e alla cooperazione. In questo senso dunque, la funzione di un'emozione, il bisogno che richiama e la direzione verso cui ci orienta l'azione, è spesso relazionale e serve, a qualche livello, a regolare la relazione con l'altro.

Come sottolinea Bianchini (1999), infatti, l'emozione è comunicazione, nel senso che le azioni che mettiamo in atto non hanno solo un fine individuale, ma anche relazionale, perché contribuiscono a regolare la relazione. Questo aspetto è cruciale sul piano evolutivo: siamo mammiferi, animali sociali che vivono e sopravvivono in gruppo, e la nostra sopravvivenza, sia fisica sia psicologica, dipende in gran parte dalla capacità di vivere insieme, cooperare e mantenere legami stabili. Le emozioni legate a bisogni psicologici, infatti, svolgono un ruolo fondamentale proprio perché sono strettamente connesse alla regolazione dei legami e delle relazioni sociali. Quando vengono mostrate e comunicate in modo funzionale, ci orientano verso

l'altro, lo informano sulle nostre intenzioni e richieste e favoriscono, da parte sua, risposte relazionali coerenti con ciò di cui abbiamo bisogno. Molte emozioni includono infatti, implicitamente o esplicitamente, una richiesta sociale. Ad esempio, in termini evolutivi, il pianto del bambino richiama il caregiver ad avvicinarsi. Allo stesso modo, mostrarsi tristi o spaventati, anche da adulti, stimola vicinanza e implica una richiesta di aiuto, sostegno o rassicurazione; mostrarsi arrabbiati segnala all'altro una violazione e richiama la necessità di spazio e rispetto; mostrarsi felici favorisce la connessione e sostiene la cooperazione. In questo modo, le emozioni contribuiscono continuamente a costruire, mantenere e regolare le relazioni da cui dipende il nostro adattamento e gran parte del nostro benessere psicologico.

Le emozioni sono quindi le nostre alleate più preziose quando possono seguire il loro percorso naturale e possono svolgere liberamente la loro funzione. Se sentite e riconosciute coerentemente con lo stimolo che le ha attivate e manifestate ed espresse in modo funzionale, al fine di prendersi cura del bisogno che è emerso, sono la chiave del benessere personale e interpersonale.

Tuttavia, il processo naturale tipico dell'esperienza emotiva può subire un blocco (un'interferenza). Il blocco, come verrà approfondito in seguito, potrebbe presentarsi ad un livello qualsiasi di questo processo: al livello della valutazione dello stimolo, della risposta emotiva, del riconoscimento del bisogno oppure al livello dell'organizzazione/attuazione dell'azione. In questi casi le emozioni diventano fonte di sofferenza e parte centrale del problema per cui le persone si presentano in terapia.

Emozioni autentiche ed emozioni parassite

Un'idea ampiamente condivisa in letteratura è che le emozioni vissute e sperimentate non sempre sono adattive e funzionali al presente. Mentre alcune emozioni sono coerenti con il contesto, ovvero con lo stimolo/evento/situazione, e quindi risultano funzionali

rispetto a ciò che sta accadendo nel qui e ora, altre, invece, si manifestano “al posto di” altre emozioni, risultando sproporzionate, non coerenti con il contesto e non utili a risolvere o gestire la situazione presente.

Nonostante la terminologia e le definizioni possano variare sia tra i diversi approcci terapeutici, sia tra autori dello stesso approccio, il nucleo del fenomeno descritto resta sostanzialmente lo stesso. Anche in Analisi Transazionale questa differenza è stata riconosciuta e descritta nel tempo attraverso concettualizzazioni diverse, ciascuna delle quali mette in luce una specifica prospettiva sul medesimo processo. Fanita English (1971) ad esempio ha parlato di emozioni naturali ed emozioni di ricatto (*racket*); Stewart e Joines (1990) le hanno chiamate emozioni autentiche ed emozioni parassite (o non autentiche); Thompson (1983) ha proposto la distinzione in termini di emozioni funzionali e non funzionali; mentre Widdowson (2016), facendo riferimento a Greenberg e Watson (2006), le ha distinte in emozioni primarie e secondarie⁷.

Emozioni autentiche

Come evidenziato in precedenza, Joines e Stewart (2014) definiscono “autentica” l’emozione originaria non censurata, che il bambino durante la sua infanzia ha imparato a coprire e sostituire con un’emozione parassita. English (1971) le chiama “emozioni reali o emozioni naturali” per evidenziare che sono emozioni coerenti e appropriate alla situazione presente e dunque naturali e spontanee da sperimentare davanti a certi stimoli. Thompson (1983) le chiama “emozioni funzionali” in quanto le considera emozioni che aiutano a identificare e risolvere le difficoltà, a prendere consapevolezza di un eventuale problema e ad agire per la sua risoluzione.

Widdowson (2016, 2023) le chiama “emozioni primarie”, sottolineando che nel momento in cui vengono riconosciute, vissute

⁷ In precedenza, anche Scilligo (1989), Bianchini (1999) e De Nitto (2004), hanno fatto riferimento a Greenberg e Safran (1987, 1989) introducendo in Analisi Transazionale la distinzione tra emozioni primarie e secondarie.

ed espresse in modo congruo e appropriato, tendono a risolversi naturalmente. In generale si può dire che le emozioni sono autentiche quando sono coerenti, congruenti e appropriate al contesto (allo stimolo/ evento/ situazione) e quando sono funzionali, efficaci ed utili alla soddisfazione del bisogno che emerge. Ad esempio la paura è autentica se si sperimenta in caso di pericolo, la tristezza è autentica se viene sperimentata davanti ad una perdita o una mancanza, la rabbia davanti ad un'ingiustizia o un sopruso e la gioia davanti ad un riconoscimento.

Le emozioni autentiche portano con loro un'informazione centrale e preziosa rispetto ai bisogni che vengono contattati in quel momento e che, se usata in modo funzionale, facilita la soluzione del problema o la chiusura della gestalt, di qualunque natura essa sia. L'informazione preziosa e centrale è contenuta nella risposta a questa domanda: "di cosa ho bisogno in questo momento?". Le emozioni autentiche portano con loro la risposta a questa domanda e il loro ascolto, il loro riconoscimento e la loro manifestazione è fondamentale per il benessere personale e interpersonale. Ad esempio il contatto con la paura richiama il bisogno di essere assicurati, il contatto con la tristezza quello di essere sostenuti, il contatto con la gioia quello di condividere e il contatto con la rabbia quello del rispetto dei propri confini.

Emozioni parassite e racket

Fanita English (1971) definisce il *racket* come l'adozione di un'emozione sostitutiva e permessa, che copre un'emozione proibita⁸.

⁸ Nelle traduzioni dall'inglese all'italiano, il termine *racket* (*racket feelings*) è stato talvolta tradotto come "emozioni di ricatto", mentre altre volte è stato tradotto come "sentimenti di ricatto". Anche nel lessico clinico e divulgativo, spesso i termini emozioni e sentimenti sono usati in modo intercambiabile. In parte si tratta di una questione terminologica, in parte di un'importante distinzione concettuale su cui non esiste un consenso univoco nella letteratura neuroscientifica. In particolare, le neuroscienze affettive (Solms, 2023) tendono a distinguere tra emozioni (risposte automatiche mediate da circuiti sottocorticali) e sentimenti (esperienza consapevole dell'emozione).

In AT le emozioni parassite sono state chiamate in tanti modi diversi: emozioni sostitutive (o di sostituzione), emozioni secondarie, emozioni non funzionali, emozioni non autentiche o emozioni di ricatto (o ricattatorie).

Il termine “*racket*” è stato introdotto originariamente da Berne nel 1966. Nell’America degli anni ’60, questo termine veniva usato per indicare il modo in cui la criminalità organizzata traeva profitto attraverso diverse forme di estorsione e “ricatti”. In sostanza si ottenevano soldi attraverso intimidazioni e minacce, in cambio di una apparente “protezione” da pericoli o ritorsioni: “se paghi non ti succede niente”.

Berne (1966) ha introdotto questo termine nell’Analisi Transazionale per evidenziare il ricatto implicito che un bambino può finire per accettare pur di ottenere vicinanza e accudimento dalle proprie figure di riferimento. Come verrà discusso più avanti, parlando di come si sviluppano i *racket*, per mantenere il legame con le figure di riferimento (una vicinanza che, per un bambino piccolo, equivale alla sopravvivenza) il bambino cerca la strategia migliore possibile, in base al contesto e alle risorse di cui dispone. È come se il bambino accettasse un ricatto implicito, spesso inconsapevole, da parte del genitore. Non si tratta quindi di “genitori che ricattano” deliberatamente, quanto piuttosto del fatto che il bambino sperimenta (e interiorizza) una logica di scambio implicito: per ottenere protezione e vicinanza, impara quali emozioni o bisogni, se espressi, possono essere accolti e accettati e quali invece possono essere vissuti dal genitore come destabilizzanti e minacciosi, suscitando critica, rifiuto o trascuratezza. Di conseguenza, rinuncia ad alcune emozioni e

mediata dalla corteccia), mentre le neuroscienze cognitive (LeDoux, 2015; Barret, 2023) considerano questi termini sovrapponibili, in quanto considerano l’emozione stessa come frutto di un processo di elaborazione corticale. In questo articolo verrà utilizzato solamente il termine “emozione di ricatto” come traduzione di “*racket feeling*” mentre il termine “sentimento” comparirà esclusivamente nelle citazioni tratte da testi in inglese, tradotti in italiano, in cui è già presente questa scelta terminologica.

bisogni e, così facendo, “accetta” questo ricatto pur di mantenere vicine le proprie figure di attaccamento.

Come sottolineano Stewart e Joines (1990), è importante definire cosa si intende nello specifico quando si parla di *racket* e cosa si intende nello specifico quando si parla di emozioni parassite perché spesso in letteratura, mentre alcuni autori usano questi termini come sinonimi, altri li distinguono. In questo articolo, in linea con Stewart e Joines (1990), il termine emozione parassita (sostitutiva, secondaria, di ricatto ecc.) viene usato per riferirsi all’emozione specifica che va a sostituire e coprire l’emozione autentica e funzionale, mentre il termine *racket* viene utilizzato per riferirsi al processo di sostituzione. Ad esempio, quando la persona in relazione a una perdita sostituisce la tristezza con la rabbia, la tristezza rappresenta l’emozione autentica, la rabbia l’emozione parassita, mentre il processo di sostituzione rappresenta il *racket*.

Come sottolinea English (1971), alla base del copione di una persona c’è sempre l’idea che esista un’emozione sottostante repressa (emozione autentica) che nel tempo, a qualche livello, è stata sostituita, “coperta” o mascherata da un’altra emozione o sensazione (emozione parassita). Il concetto di *racket* infatti, non fa riferimento solamente al processo che porta nello specifico alla sostituzione di un’emozione con un’altra. Si parla di *racket* anche quando l’emozione autentica viene coperta o mascherata da una sensazione corporea spiacevole come ad esempio la nausea, la confusione, una sensazione di vuoto o vari dolori psicosomatici. Allo stesso tempo si parla di *racket* anche quando un’emozione viene cancellata del tutto, senza essere sostituita in particolar modo da un’emozione o da una sensazione. Ad esempio, in questi casi, alcuni messaggi ingiuntivi che potrebbero sostenere il processo di sostituzione potrebbero essere il “Non sentire” e/o il “Non essere piccolo”, mentre alcuni messaggi controingiuntivi potrebbero essere il “Sii forte” e/o il “Compiaci”.

Date queste premesse, è importante chiarire un aspetto centrale che potrebbe creare confusione, ovvero che non esistono emozioni definibili a priori come autentiche o come parassite: qualsiasi emozione può essere autentica e qualsiasi emozione può essere

parassita (English, 1971; Woolams & Brown, 1985).

“Ogni sentimento può diventare un sentimento parassita ed essere usato per coprire un sentimento del Bambino Libero”.
(Woolams & Brown, 1985, p. 182)

Come sarà approfondito in seguito, ciò che permette di distinguere un'emozione autentica da una parassita riguarda lo stimolo di fronte al quale viene vissuta, il modo in cui viene sperimentata, i comportamenti che attiva una volta che viene contattata e le modalità con cui viene utilizzata. La rabbia può essere tanto autentica quanto parassita, così come la tristezza, la paura o la gioia. Ad esempio, la tristezza è autentica se sperimentata di fronte a una mancanza, ma diventa un'emozione parassita se provata di fronte a un sopruso o a un pericolo. Anche l'impotenza, l'invidia, la vergogna o l'imbarazzo possono essere autentiche in alcuni contesti. Per esempio, l'impotenza può essere autentica quando viene sperimentata in una situazione in cui “non ho potere” su alcuni aspetti; spesso, però, può assumere la forma di un'emozione di *racket*, che nasconde rabbia, tristezza, paura, o tutte e tre. Alcune emozioni, infatti (come la vergogna, l'invidia o il senso di colpa), raramente risultano appropriate e autentiche e, quando vengono sperimentate dalle persone che richiedono terapia, nella maggior parte dei casi sono emozioni parassite rappresentative di un *racket*, perché nascondono e coprono altre emozioni che non sono state permesse durante esperienze più o meno traumatiche, dove spesso non c'è stata una spiegazione di ciò che stava accadendo, dove spesso è mancata la protezione, la cura, la comprensione o la sintonizzazione di cui un bambino o una bambina aveva bisogno in quel momento.

Nonostante Fanita English (1972) sottolinei che tutte le emozioni possono essere potenzialmente sia autentiche sia di *racket*, la stessa propone comunque una classificazione ampia e articolata. Tenendo presente una sequenza evolutiva distingue, infatti, all'interno di una tabella, alcune tipiche emozioni autentiche da alcuni tipici *racket*. In questa classificazione, oltre alle emozioni, include anche bisogni, percezioni, sensazioni corporee, pensieri e comportamenti,

evidenziando implicitamente, come verrà approfondito in seguito, che queste componenti non sono nettamente distinguibili tra loro, poiché fanno parte dello stesso complesso schema neurale. Tra i *racket*, ad esempio, oltre alla violenza, al risentimento cronico, all'iperadattamento o all'iperprotezione, inserisce anche i disturbi psicosomatici, il sentirsi confusi o vittime, la richiesta continua di rassicurazione, l'imbarazzo costante, le perversioni sessuali, la tendenza al suicidio e all'omicidio, e molti altri.

Una precisazione necessaria riguarda l'uso dei termini "emozione autentica" ed "emozione non autentica". Diversi autori, tra cui ad esempio Stewart e Joines (1990), hanno infatti definito le emozioni parassite come emozioni "non autentiche". Tuttavia, con emozioni "non autentiche" non intendono dire che la persona stia fingendo o simulando in quel momento. Al contrario, quando una persona sperimenta un'emozione parassita, quell'emozione è assolutamente "reale" e vissuta soggettivamente come autentica. Ad esempio, se una persona si spaventa e si ritira davanti a una svalutazione nei suoi confronti, piuttosto che affermarsi, non sta fingendo di avere paura: è davvero spaventata. Tuttavia, in questo caso, la paura è un'emozione parassita. Pur essendo vissute soggettivamente in modo autentico dalla persona, queste emozioni possono essere definite "non autentiche" nella misura in cui sostituiscono, coprono e prendono il posto di un'altra emozione che in quel contesto sarebbe più coerente e funzionale sperimentare ed esprimere. Questa precisazione, come sottolinea Widdowson (2023), è molto importante perché può risultare problematico assumere la posizione secondo cui un'emozione percepita da una persona "non sia autentica". Questo termine è stato utilizzato semplicemente come controparte di "autentiche", per evidenziare che solo queste ultime sono funzionali e adattive nel presente e che sarebbe naturale, spontaneo, genuino, e, appunto, "autentico", sperimentarle nel qui e ora.

Thompson (1983) invece, evita questa possibile confusione parlando di emozioni funzionali e non funzionali, spostando il focus sul fatto che solamente le prime stimolano azioni funzionali e utili a risolvere i problemi e le difficoltà nel presente. Anche Woolams e

Brown (1985), sottolineano l'importanza della funzionalità nel qui e ora per distinguere le emozioni autentiche da quelle parassite:

“La differenza tra i sentimenti parassiti e quelli del bambino libero non è una questione di autenticità o di genuinità. La differenza sta in ciò che la persona fa con quei sentimenti. I sentimenti del bambino libero sono espressi direttamente e usati come spinte motivazionali per risolvere i problemi e per soddisfare i bisogni, mentre i sentimenti parassiti sono espressioni indirette che includono una svalutazione e conservano una posizione non ok.” (Woollams & Brown, 1985, p.180).

In sintesi, il concetto di *racket* in AT descrive il processo attraverso cui una persona impara a sostituire o a coprire alcune emozioni autentiche e funzionali nel qui e ora, con altre emozioni non adattive e non funzionali. Come verrà approfondito nel prossimo paragrafo, la “non funzionalità” delle emozioni parassite nel presente rimanda alla loro estrema funzionalità e adattività nel passato. Le emozioni che sarebbero autentiche, e che nel presente non vengono sperimentate di fronte a uno stimolo che naturalmente dovrebbe elicitarle, sono infatti quelle emozioni che in passato non hanno potuto essere vissute pienamente e che il bambino ha dovuto trasformare, coprire o mascherare per proteggersi, mantenere la vicinanza con le proprie figure di riferimento e, di fatto, sopravvivere.

Come si sviluppano i *racket*

Il modo in cui sviluppiamo la nostra personalità e gestiamo le nostre emozioni, e che rende ognuno di noi unico come essere umano, è legato sia a ciò che abbiamo ereditato, sia a ciò che ci è stato insegnato e abbiamo imparato nella nostra esperienza:

“Mentre tutti i cervelli umani sono simili per struttura e funzioni generali, a livello microscopico sono cablati in modo sottilmente diverso e questo fa di noi degli individui. Queste differenze derivano sia dalla combinazione unica di geni che riceviamo dai nostri genitori, sia dalle esperienze che facciamo nel corso della vita. Natura e cultura collaborano nel plasmare chi siamo, e questa collaborazione avviene nel cervello di ognuno di noi.” (LeDoux, 2015, p.17)

Le prime forme di apprendimento su minaccia e sicurezza hanno dunque una base evolutiva, innata, genetica e temperamentale. Fin dalla nascita, infatti, l'essere umano è predisposto in modo innato e automatico sia a valutare l'ambiente per capire se ciò che lo circonda è sicuro o minaccioso, sia per reagire di conseguenza. Le altre forme di apprendimento invece, che nel tempo modellano la nostra personalità e influiscono maggiormente sul modo in cui stiamo in relazione con gli altri e con noi stessi, hanno una base relazionale e ci vengono insegnate principalmente dalle nostre figure di riferimento. Come sottolinea Lorna Benjamin (2019, p.24): *“Noi impariamo dai nostri caregiver come riconoscere le minacce e come metterci al sicuro”*.

Questo apprendimento, inizialmente, non passa né dalla logica, né da una valutazione consapevole di ciò che “funziona”: i bambini piccoli nei primi anni della loro vita non sono in grado di impegnarsi in processi così complessi e semplicemente osservano e imitano i *caregiver* (Benjamin 2019). Inizialmente questi insegnamenti vengono appresi dal cervello primitivo e, successivamente, attraverso lo sviluppo e le diverse esperienze di vita, vengono affinati e integrati dal cervello corticale.

La trasmissione intergenerazionale delle regole su cosa considerare sicuro, cosa considerare minaccioso e come rispondere a questi stimoli, avviene soprattutto attraverso un meccanismo primitivo: la copia dei *caregiver* (Benjamin, 2019). Ad esempio, se in una situazione minacciosa il *caregiver* prova paura e si ritira, il bambino impara a notare gli stessi segnali, provare la stessa emozione e adottare la stessa strategia protettiva. La regola implicita è, come sottolinea la Benjamin, incredibilmente semplice: *“Guarda come fanno loro, senti come sentono loro e fai quello che fanno loro, e sarai al sicuro.”*

Nello specifico, i bambini imparano a copiare e imitare le proprie figure di attaccamento per garantirsi vicinanza e sicurezza attraverso tre modalità, chiamate “processi di copia”: l'identificazione, la ricapitolazione e l'introyezione (Benjamin, 2019). In pratica, i processi di copia sono le modalità con cui la natura trasmette le regole su

minaccia e sicurezza non tanto a un livello genetico o innato, quanto sulla base dell'esperienza specifica di ognuno. In questo senso i bambini piccoli imparano a copiare e a interiorizzare queste regole dalle loro figure di riferimento in modo simile a come imparano il linguaggio. È come se un bambino, infatti, imparasse delle vere e proprie lingue come il francese, l'inglese o il cinese, fatte non tanto di una grammatica che permette di parlare, quanto di una "grammatica emotiva e relazionale" con cui nel tempo impara a trattare se stesso e gli altri.

Mastromarino (2018) li chiama "linguaggi relazionali" e, per spiegare in modo semplice il concetto complesso alla base di questi processi, usa aggettivi e parole comuni per evidenziare le differenti qualità dei possibili linguaggi relazionali che un bambino impara, che possono essere ad esempio "l'accogliese", "il critichese", "il trascuratese", "il protettivese", "il dubbiese", "l'attacchese", "lo svalutatese" ecc. . Si possono descrivere in termini di linguaggi relazionali anche tratti e disturbi di personalità: "l'ossessivese", "il paranoidese", "l'ansiese" oppure si può usare un qualsiasi aggettivo o una qualsiasi parola che possa descrivere il modo in cui il bambino tratta se stesso, l'altro o si muove nel mondo. I linguaggi relazionali e le regole su minaccia e sicurezza vengono trasmessi anche e soprattutto rispetto alle emozioni. Sia a livello culturale in modo più ampio, sia nella propria famiglia di origine in modo più circoscritto, alcune emozioni vengono percepite come sicure, altre come minacciose. In alcuni ambienti familiari, infatti, può essere una sorta di tabù manifestare alcune emozioni. In ognuno di essi esistono regole implicite o esplicite, scritte o non scritte, che finiscono per diventare vere e proprie "leggi" relazionali su ciò che è lecito sentire ed esprimere e su ciò che, invece, va evitato o trattenuto, orientando concretamente il modo in cui si riconoscono (o non si riconoscono), si manifestano (o non si manifestano) le emozioni. Così i bambini imparano nel tempo a nascondere, mascherare o cancellare quelle emozioni che, nonostante sarebbero funzionali e congruenti con il presente, non sono permesse nella loro famiglia di origine (English, 1971). Per questo motivo Stewart e Joines (1990) scelgono di parlare

di “emozioni autentiche” ed “emozioni parassite”:

“...un’emozione parassita è sempre un sostituto di un’altra emozione che nella nostra infanzia fu proibita. Per trasmettere pienamente questa capacità di sostituzione, diciamo che le emozioni parassite sono emozioni ‘non autentiche’. All’opposto, le emozioni autentiche sono quelle che proviamo da bambini piccoli, prima di aver imparato a censurarle in quanto scoraggiate nella nostra famiglia” (Stewart & Joines, 1990, p.271).

Ogni famiglia ha infatti una sua gamma di emozioni permesse, consentite ed incoraggiate, ed una gamma di emozioni che invece vengono inibite, osteggiate o proibite del tutto (in modo esplicito o implicito). Ad esempio, nelle famiglie o nelle culture dove l’affermazione di sé (anche in forma assertiva) viene letta come un attacco all’altro, come forme offensive o di maleducazione (tipico delle culture orientali), l’espressione della rabbia tende a essere osteggiata. In questi contesti il messaggio che passa potrebbe essere: “bisogna portare pazienza e non arrabbiarsi mai”, “smettila di tenere il muso, sei pesante!”, “le brave bambine sono sempre sorridenti”.

Nelle famiglie o nelle culture in cui invece la vulnerabilità è letta come debolezza, l’espressione della tristezza o della paura tende invece a essere disincentivata. Nella cultura anglosassone ad esempio, tendenzialmente l’espressione esplicita della tristezza, soprattutto in pubblico, è spesso considerata poco opportuna e viene valorizzata invece l’idea di “tenere duro” e l’importanza della riservatezza. I messaggi che passano sono ad esempio: “gli uomini forti non piangono”, “asciugati le lacrime e non fare la vittima”, “non fare il bambino, devi essere forte”. Nei contesti dove la tristezza è inaccettabile dunque, un bambino può ad esempio imparare a trasformarla in rabbia e, da adulto, nei momenti in cui avrebbe bisogno di sostegno e consolazione di fronte a una perdita, potrebbe finire per attaccare le persone che gli vogliono bene e vorrebbero stargli vicino, oppure chiudersi e allontanarsi da loro.

“Ci sono famiglie che hanno stabilito delle regole contro certe emozioni, mentre incoraggiano l’espressione di altre. Per esempio, la famiglia dei “Duri” può non permettere ai suoi membri di esprimere la tristezza, perché ritiene che questa denoti debolezza, mentre pensano che si possa essere

arrabbiati. I bambini in questa famiglia possono imparare a sopprimere la tristezza e a coprirli con una facciata di collera. La famiglia "Cuor contento", invece, vive all'insegna di non arrabbiarti, sorridi, e i loro bambini imparano la facciata del tutto diversa. Sorridendo, soddisfano una facciata dello Stato dell'Io Genitore con 'l'essere bravi bambini'". (Woollams & Brown, 1985, p.179)

Nel momento in cui il bambino prova una delle emozioni autentiche proibite o "non consentite", impara quindi a compiere un rapido passaggio (uno "switch") verso un'emozione "non autentica" che, pur non essendo funzionale nel presente, viene comunque permessa, accettata, incoraggiata e sostenuta nel suo contesto familiare (Stewart & Joines, 1990). I bambini piccoli imparano così a bloccare, coprire, sostituire, trasformare o non sentire del tutto le emozioni che vengono scoraggiate, criticate o ignorate nell'ambiente in cui crescono. Quando un bambino osserva e sperimenta che, nel momento in cui esprime una certa emozione, il genitore si arrabbia, si spaventa, si allontana, lo punisce ecc., impara rapidamente che per restare in relazione con lui, deve cancellare o reprimere quell'emozione.

È importante sottolineare che se l'espressione di un'emozione viene osteggiata, punita o ignorata da un genitore, spesso questo è indice di una difficoltà emotiva del genitore stesso rispetto a quell'emozione. Quindi, dietro la critica o la trascuratezza di un genitore davanti a un'emozione autentica del figlio, si nasconde un *racket* del genitore. Ad esempio, il genitore stesso potrebbe non saper come gestire un'emozione perché nessuno glielo ha mai insegnato quando era piccolo, oppure perché lui stesso ha vissuto esperienze più o meno traumatiche dalle quali ha imparato che era pericoloso mostrarne alcune e che la soluzione migliore era non sentirle, coprirle o mascherarle. Da questa prospettiva, così come si parla di trauma transgenerazionale per descrivere esperienze traumatiche che vengono tramandate di generazione in generazione, allo stesso modo si può parlare di *racket* transgenerazionale per riferirsi al modo in cui alcune emozioni parassite vengono trasmesse da una generazione all'altra.

Già da molto piccolo infatti, il bambino inizierà così a distinguere ciò che è "permesso" sentire da ciò che non lo è: quali emozioni sono

accettate, quali sono considerate “OK” e gli garantiscono vicinanza, accudimento e riconoscimento (o, nei casi più gravi, almeno una qualche forma di contatto) e quali, invece, sono considerate “non OK” e rischiano di creare distanza e lontananza dalle proprie figure di riferimento. I bambini infatti copiano le figure di riferimento non solo quando regole apprese su minaccia e sicurezza sono adattive, funzionali e coerenti con la situazione presente, ma li copiano anche quando queste regole sono distorte e non funzionali al presente. Questo avviene perché un bambino (così come tutti i cuccioli mammiferi) ha bisogno di qualcuno che si prenda cura di lui per sopravvivere. Per questo motivo cerca in tutti i modi di mantenersi vicino le proprie figure di attaccamento, sia fisicamente che psicologicamente, anche a costo di mettere da parte alcuni bisogni e alcune emozioni che naturalmente avrebbe diritto e bisogno di esprimere e soddisfare. Cancellare o non mostrare alcune emozioni che vengono attivamente svalutate o ignorate dal genitore, diventa quindi la strategia migliore possibile che un bambino può trovare per mantenere la sua vicinanza e “il suo amore”.

In termini neurobiologici, infatti, sia le regole che il bambino impara, sia le strategie che trova, si organizzano all’interno di complessi schemi neurali, costituiti da componenti emotive, cognitive, comportamentali, fisiologiche e somatiche (sentimenti, pensieri, comportamenti e sensazioni corporee). Ad oggi è ampiamente condiviso in letteratura che la maggior parte dei problemi e dei sintomi che vengono affrontati in psicoterapia derivano da schemi (circuiti neurali) consolidati nei sistemi di memoria e che la psicopatologia può essere compresa come il risultato di schemi disfunzionali e delle diverse componenti che li costituiscono (Merlo, 2015; Ecker & Vaz, 2022; Ecker, 2024). A seconda del modello di riferimento, questi schemi vengono definiti e concettualizzati in modo diverso⁹. Sebbene

⁹ A seconda del modello di riferimento gli schemi alla base dei sintomi vengono concettualizzati e definiti in modo diverso: ad esempio Greenberg (2021) parla di “schemi emotivi”, anche Ecker (2018, 2024) parla di “schemi emotivi” o “apprendimenti emotivi impliciti”, Lyons-Ruth (1999) parla di “conoscenza relazionale

le terminologie e le sfumature possano apparire differenti, è importante sottolineare che tutte rimandano allo stesso processo neurobiologico.

Alla luce di questa cornice neurobiologica, si può affermare che le emozioni parassite rappresentano la componente affettiva di questi schemi neurali che, pur essendosi sviluppati nel passato per uno scopo protettivo e adattivo, non sono né funzionali né adattivi nel presente. Riconoscere un'emozione parassita è quindi preziosissimo perché diventa un "portale" di accesso a tutto lo schema che sostiene il problema e i sintomi del presente. Fare domande specifiche su come, quando e dove la persona ha imparato a trasformare un'emozione in un'altra, diventa quindi un modo per scoprire anche tutte le altre componenti dello schema: convinzioni, decisioni, sensazioni corporee ecc. Erskine e Zalcman (1979), infatti, per descrivere le emozioni parassite all'interno di uno schema copionale più ampio, e per offrire una cornice chiara per analizzare i diversi elementi del copione, hanno introdotto in AT il concetto di 'sistema ricatto'¹⁰.

implicita", Ogden (2016) parla di "schema, apprendimento procedurale e strategie di sopravvivenza", Baldwin (1992) di "schema relazionale", la Benjamin fa riferimento a questo processo parlando di "dono d'amore". Nel linguaggio delle parti ad esempio Van der Hart e collaboratori (2011) parlano di parti emotive mentre Schwartz (2021, 2023) parla di parti esiliate (e vulnerabili) e parti protettive. Anche in Analisi Transazionale, oltre a parlare in modo più generale di "contaminazioni", ci sono molte concettualizzazioni e sfumature differenti per descrivere e far riferimento a questi specifici schemi neurali: ad esempio Moiso e Novellino (1982) parlano di convinzioni e decisioni di copione, i Goulding (1983) di decisioni arcaiche, McNeel (2018) di decisioni di disperazione e decisioni di sfida, Erskine (2014) di risposte di sopravvivenza, di schemi procedurali, di conclusioni esperienziali implicite e di decisioni esplicite, Little (2006) parla di "diadi o unità relazionali", Žvelc (2010) di "schemi relazionali". Questi sono solamente alcuni esempi, ma in tutto il vastissimo panorama di modelli terapeutici, vi sono altre innumerevoli concettualizzazioni differenti per far riferimento allo stesso fenomeno neurobiologico.

¹⁰ Successivamente, O'Reilly-Knapp e Erskine (2010), per

Come si riconoscono i *racket*

Come si può distinguere un'emozione autentica da un'emozione parassita (*racket*)? Quali strumenti e concettualizzazioni sono presenti in AT per fare questa distinzione in modo clinicamente utile? Quali criteri possono essere tenuti presenti per fare questa distinzione? Tenendo presenti i contributi dei diversi autori che in AT hanno approfondito questo tema, si possono considerare alcuni criteri generali per distinguere emozioni autentiche e parassite:

1. Coerenza con lo stimolo nel qui e ora.
2. Intensità proporzionata allo stimolo.
3. Funzionalità nel presente.
4. Collocazione temporale dell'emozione.
5. Blocco in un'emozione: rabbia, tristezza o paura.
6. Blocco del processo di elaborazione dell'emozione

Criterio 1: Coerenza con lo stimolo nel qui e ora

Il primo criterio che consente di distinguere le emozioni autentiche da quelle parassite è che le emozioni autentiche, a differenza di quelle parassite, sono appropriate e coerenti con lo stimolo presente (English, 1971, 1972; Goulding, 1983). La prima domanda da porsi dunque, quando una persona sperimenta una qualsiasi emozione, è se sia congruente con lo stimolo/la situazione/l'evento che la persona sta vivendo nel qui e ora. Se non risulta congruente, è un *racket*. Tuttavia, il fatto che un'emozione sia invece congruente allo stimolo, non implica che sia necessariamente autentica e funzionale. Per essere sperimentata e vissuta in modo autentico, infatti, un'emozione deve anche presentarsi con un livello di intensità proporzionato allo stimolo e deve attivare e promuovere comportamenti utili alla risoluzione del problema.

sottolineare quanto il sistema ricatto permettesse di descrivere accuratamente il processo copionale della persona, hanno scelto di cambiare nome a questo costruito, chiamandolo "sistema di copione" piuttosto che "sistema ricatto".

Criterio 2: Intensità proporzionata allo stimolo

Il secondo criterio riguarda proprio l'intensità con cui vengono vissute le emozioni. Quando l'intensità è eccessiva o ridotta rispetto allo stimolo, è indice di un possibile *racket*. Ad esempio, anche se si prova rabbia di fronte a un'ingiustizia (e quindi l'emozione vissuta è coerente con lo stimolo), non è detto che sia autentica: se viene sperimentata ad un'intensità eccessiva o ridotta rispetto all'ingiustizia vissuta, indica un possibile *racket*. Come verrà approfondito in seguito, spesso un'emozione viene vissuta a un livello di intensità non congruente con il qui e ora quando la persona ridefinisce uno stimolo "per eccesso" o "per difetto".

Criterio 3: Funzionalità nel presente

Una delle caratteristiche principali che definisce un'emozione come "autentica" è la sua funzione adattiva, ovvero la sua capacità di stimolare e orientare i comportamenti verso la risoluzione dei problemi e delle difficoltà nel presente (Thompson, 1983; Stewart & Joines, 1990; Woollams & Brown, 1985). Da questa prospettiva, il terzo criterio per distinguere un'emozione autentica da un'emozione parassita riguarda l'osservazione del comportamento che l'emozione stimola: mentre un'emozione autentica orienta verso comportamenti utili e funzionali al presente, tendendo di conseguenza ad essere transitoria e a ridursi spontaneamente nel tempo, un'emozione parassita non solo non stimola comportamenti altrettanto utili e funzionali, ma mantiene la persona nel suo copione. La rabbia, per esempio, è un'emozione autentica quando viene utilizzata per affermarsi in modo assertivo in quanto permette di stabilire confini, di porre dei limiti e di farsi rispettare. Diventa invece parassita quando viene agita in modo aggressivo oppure quando viene retroflessa.

Woollams e Brown (1985), sottolineando che il criterio principale per distinguere le emozioni autentiche da quelle parassite è osservare ciò che la persona fa con quelle emozioni, invitano il clinico a rispondere a due domande principali:

- *In quale Stato dell'Io è la persona mentre esprime le sue emozioni?*
- *Questa emozione, porta ad un'effettiva soluzione del problema?"*

La prima domanda invita a riflettere da un punto di vista strutturale, in quanto le emozioni parassite possono essere considerate come la componente emotiva di contaminazioni dal Genitore e/o dal Bambino; la seconda domanda, invece, invita ad osservare le modalità relazionali che la persona utilizza e che riflettono la presenza o meno di un *racket*: sono autentiche le emozioni veicolate da un Bambino Libero e/o da un Genitore Affettivo positivo mentre sono parassite le emozioni veicolate da un Bambino Adattato e/o da un Genitore Critico negativo.

Criterio 4: Collocazione temporale dell'emozione

Thompson (1983) ha introdotto un criterio molto utile per distinguere rapidamente quando rabbia, tristezza e paura sono emozioni autentiche e quando invece sono emozioni parassite. Ciò che ha osservato l'autore è che le emozioni autentiche hanno una specifica qualità temporale che le contraddistingue: la rabbia riguarda il presente e viene sperimentata davanti alla violazione di un diritto; la tristezza riguarda il passato (e il presente) e rimanda a qualcosa che è andata persa; la paura riguarda il futuro (e il presente) ed è orientata alla previsione di ciò che potrebbe accadere. Quando un'emozione è "fuori dal suo tempo", ovvero al di fuori del suo orizzonte temporale, vuol dire che è un'emozione parassita: ad esempio essere impauriti del passato, tristi per il futuro o arrabbiati per il passato, significa trovarsi di fronte a un *racket*.

Criterio 5: Blocco in un'emozione: rabbia, tristezza e paura

Oltre al criterio temporale, Thompson (1983) ha introdotto anche un altro criterio, utile quando una persona sembra rimanere "bloccata" in un'emozione specifica (in particolar modo nella rabbia, nella tristezza o nella paura). Secondo l'autore, infatti, di fronte a situazioni di vita particolarmente difficili è normale e naturale sentirsi sia arrabbiati, sia tristi, sia spaventati, poiché spesso gli eventi complessi attivano stimoli diversi che coinvolgono sia il passato, sia il presente, sia il futuro. Di conseguenza, una persona può normalmente sperimentare un "complesso emotivo" (così definito da Thompson),

che comprende tutte e tre queste emozioni.

Tuttavia, può accadere di rimanere “bloccati” in una sola di esse, vivendo e mostrando quell’emozione con un’intensità e una durata eccessive, non coerenti con il qui e ora, finendo così per coprire anche le altre due emozioni, che restano nascoste, inconsapevoli e inesprese:

“Per esempio, una persona depressa che si sente bloccata nella tristezza per un divorzio potrebbe non voler essere o non riuscire a essere consapevole della rabbia verso il suo ex marito o della paura di ciò che potrà accaderle come persona single: forse non esprime la rabbia per timore che gli altri la rifiutino (oppure, a causa di un’ingiunzione “non provare rabbia”, per timore che il Genitore nella sua testa la rifiuti). Forse non riconosce la sua paura perché ha deciso di “essere forte”. Per qualunque ragione, non affronta la sua rabbia e/o la sua paura e rimane molto consapevole e in contatto con la sua tristezza. Le emozioni inesprese rendono la sua tristezza disfunzionale, e di conseguenza non elabora né il lutto né costruisce nuovi progetti di vita basati sull’accettazione della perdita.” (Thompson, 1983 p.22).

Nell’esempio di Thompson, tutte e tre le emozioni potrebbero essere autentiche, ma la persona sente e mostra quasi esclusivamente tristezza che finisce per coprire le altre due. Mentre ad un livello la tristezza è autentica rispetto alla perdita della relazione, e fa parte del complesso emotivo naturale che la persona può sperimentare in una situazione del genere, ad un altro livello è anche parassita per almeno due ragioni: la prima è che attraverso la tristezza vengono coperte e nascoste sia la rabbia sia la paura; la seconda è che potrebbe essere vissuta e manifestata con intensità e modalità non coerenti con il qui e ora. Thompson suggerisce quindi di chiedersi sempre, quando ad esempio una persona è triste per qualcosa, se potrebbe essere anche spaventata o arrabbiata per qualcos’altro legato alla stessa situazione:

“Se una persona è bloccata nella paura (fobia o ansia), cerco sotto la paura rabbia e tristezza inespressa. Se una persona è bloccata nella furia o in un racket di rabbia, cerco paura e tristezza inespressa. Se una persona è bloccata nella tristezza (di solito dolore cronico o depressione), cerco paura e rabbia che non sono state affrontate”

(Thompson, 1983 p.22).

Il quinto criterio per riconoscere un *racket* riguarda dunque l'osservazione di una persona che, di fronte a una situazione complessa, sente e/o mostra in modo predominante ed eccessivo solo una di queste tre emozioni. In questi casi, in cui possono presentarsi più *racket* contemporaneamente, l'emozione "in primo piano" tende a sostituire un contatto autentico con l'intero complesso emotivo, che sarebbe invece naturale sperimentare quando l'evento coinvolge simultaneamente passato, presente e futuro. Per questo diventa molto importante riconoscere e dare spazio a ciascuna delle emozioni che costituiscono questo complesso emotivo.

Criterio 6: Blocco del processo di elaborazione dell'emozione

Un ulteriore criterio per distinguere un'emozione autentica da un'emozione parassita riguarda il modo in cui il processo di elaborazione emotiva si sviluppa e si conclude. Le emozioni autentiche, infatti, seguono un percorso naturale: emergono in risposta a uno stimolo, orientano al riconoscimento di un bisogno e mobilitano un'azione coerente. Quando questo processo si svolge in modo fluido, l'emozione svolge la propria funzione adattiva e, in termini gestaltici, l'esperienza completa il suo ciclo e "si chiude". Quando invece il processo naturale di elaborazione si interrompe, l'emozione non riesce a completare il suo ciclo e si sviluppa un *racket* (Scilligo, 1989; Bianchini, 1999).

"Se questo processo subisce cronicamente delle interferenze, le persone si bloccano in sensazioni croniche spiacevoli, agiscono in modo disfunzionale e sperimentano sistematicamente disagio" (Bianchini, 1999, p.268-269).

Come sottolinea Bianchini, quando qualcosa nel processo si blocca, le emozioni autentiche, non riuscendo più a compiere il loro percorso naturale, trovano altri modi per esprimersi, spesso mascherate da altre emozioni o sotto forma di sensazioni corporee spiacevoli non coerenti con il presente, dando luogo ad un *racket*. Riconoscendo il livello specifico a cui avviene il blocco nel processo,

si può condurre un lavoro di scoperta specifico verso le contaminazioni che lo sostengono. In questa prospettiva, il criterio dell'interruzione del processo di elaborazione delle emozioni rappresenta una cornice integrativa: il *racket* può essere inteso come l'esito di un blocco in una fase specifica del processo di elaborazione, dove l'emozione autentica non riesce a completare il proprio percorso funzionale e viene sostituita, coperta o cancellata da altre emozioni o sensazioni. Per rendere più chiara questa cornice, viene proposta una matrice che tiene presenti i criteri presentati in un quadro di riferimento semplice e strutturato.

La matrice delle emozioni

Lavorando in ambito psico-socio-educativo emerge con chiarezza l'importanza di saper gestire le proprie emozioni e quelle delle persone incontrate nei diversi contesti di intervento. Per questo motivo, a partire dall'analisi della letteratura e dall'esperienza sul campo, è stata elaborata una matrice delle emozioni di base, con l'intento di offrire un quadro di riferimento semplice e immediato per comprendere come le persone riescano, o meno, a gestire le proprie emozioni e i possibili blocchi che possono emergere in questo processo¹¹.

Saper gestire le emozioni, proprie e altrui, equivale ad avere una bussola per orientarsi nel mondo emotivo: esse indicano la direzione da seguire e rappresentano una traccia utile per leggere le situazioni e agire in modo efficace, nel qui e ora. Quando però la bussola non segna correttamente il "nord", magari perché è caduta e si è danneggiata, diventa fondamentale trovare modalità per "ripararla", sanare le ferite causate dalla caduta e ritrovare la capacità di orientarsi, evitando così di smarrire la strada.

¹¹ Per un approfondimento sulle emozioni e sulle loro basi neurobiologiche, si rimanda ai contributi di Ekman (1992); Izard (1992); Panksepp & Watt (2011); Lindquist et al (2012); Lench et al.(2016); Barret et al. (2025).

In questa prospettiva, la matrice delle emozioni può essere considerata una bussola preziosa che da un lato, permette di riconoscere il processo funzionale di elaborazione delle emozioni e, dall'altro, permette di individuare rapidamente i punti in cui una persona può bloccarsi lungo tale processo. La matrice delle emozioni è pensata come uno strumento utile per i diversi professionisti che operano in ambito psico-socio-educativo, al fine di supportare una gestione più efficace delle emozioni, proprie e altrui.

A cosa serve la matrice

La matrice delle emozioni può essere utilizzata nella formazione, nella prevenzione del disagio psicologico e nella promozione della salute, trovando applicazione in diversi contesti. Nell'ambito dell'Analisi Transazionale può essere utilizzata in tutti e quattro i campi di applicazione:

- *in campo educativo*, può essere impiegata nella formazione degli insegnanti e dei genitori per fare psicoeducazione, fornire strumenti su come utilizzare le emozioni con gli educandi e con i figli, nonché per proporre corsi dedicati alla gestione delle emozioni;
- *in ambito organizzativo*, supporta le persone che ricoprono ruoli e funzioni differenti all'interno delle aziende nella gestione delle proprie emozioni. Ad esempio, un *team leader* deve saper regolare sia le proprie emozioni sia quelle delle persone che coordina, imparando a porre confini in modo assertivo e a gestire non solo il piano del potere, ma anche quello dell'integrazione personale.
- *nel counselling*, aiuta a nominare e gestire le emozioni nel qui e ora e, nella fase del riapprendimento, a svolgere attività psicoeducative;
- *in campo clinico*, può essere utilizzata per la psicoeducazione, per stimolare il paziente a riconoscere e gestire il proprio mondo emotivo e, al tempo stesso, come strumento di supporto al terapeuta nella gestione del controtransfert nelle diverse fasi della terapia, come verrà discusso più avanti.

In particolar modo, in ambito clinico, la matrice assume un valore particolare poiché, come verrà approfondito nella parte finale

dell'articolo, può essere impiegata in modi differenti e con finalità diverse nelle varie fasi della terapia, che in AT sono quelle dell'Alleanza, della Decontaminazione, della Deconfusione e del Riapprendimento (Novellino & Moiso, 1990). È importante sottolineare che la matrice non è solo uno strumento utile per accompagnare le persone nel riconoscimento e nella gestione delle proprie emozioni, ma può rappresentare anche una risorsa preziosa per il professionista stesso, per favorire una maggiore consapevolezza del proprio vissuto emotivo.

Come è costruita e come si usa la matrice

La matrice illustra il percorso naturale, fisiologico e funzionale di elaborazione delle emozioni, così come descritto nella prima parte di questo articolo, strutturato in una sequenza che distingue quattro passaggi fondamentali (**Tabella 2**):

- *la valutazione dello stimolo* che attiva quella specifica emozione;
- *la risposta emotiva* che naturalmente e adattivamente viene sperimentata in risposta a uno stimolo specifico;
- *il riconoscimento del bisogno emotivo* legato a quella emozione;
- *l'azione appropriata al contesto* da mettere in atto, che permette di soddisfare il bisogno emotivo;

Nella matrice vengono descritte quattro emozioni di base¹²:

¹² Il dibattito sulle “emozioni di base” è tuttora aperto e attraversa prospettive teoriche differenti: alcuni autori sostengono l'esistenza di un numero limitato di emozioni primarie (Ekman, 1992; Panksepp, 1998; Izard, 1992; Jack et al., 2014; Gu et al., 2019; Zheng et al., 2016), altri ne mettono in discussione la natura discreta e innata, proponendo modelli costruttivisti dell'esperienza emotiva (Lindquist & Barrett, 2012; Barrett & Russell, 2015; Cowen & Keltner, 2018). Inoltre, il dibattito rimane aperto anche all'interno di questi macrogruppi: non vi è concordanza né tra gli autori che sostengono l'esistenza di un set limitato di emozioni primarie (rispetto a quante e quali possano essere considerate effettivamente “di base”) né tra coloro che propongono approcci alternativi, i quali differiscono a loro

rabbia, tristezza, paura e gioia. In linea con le ricerche di Gu et al. (2019), Jack et al. (2014) e Zheng et al. (2016), queste quattro emozioni rappresentano affetti di base e possono essere considerate i “mattoni” a partire dai quali si costruiscono emozioni più complesse.

Pur riconoscendo che il dibattito sulle “emozioni di base” è tuttora aperto e attraversa prospettive teoriche differenti, la matrice offre un quadro di riferimento utile anche per l’analisi di qualsiasi altra emozione: per ciascuna, infatti, consente di tenere presenti lo stimolo rispetto al quale sarebbe naturale e funzionale sperimentarla, il bisogno fisiologico e/o psicologico che richiama e l’azione adattiva che permetterebbe di prendersene cura nel presente.

In sintesi, per ogni emozione vengono messi in evidenza lo stimolo che la suscita, il bisogno che la persona dovrebbe riconoscere e contattare per poterla esprimere, e l’azione funzionale necessaria per prendersi cura del bisogno e gestire in modo adeguato l’emozione. Attraverso la sequenza proposta nella matrice è possibile riconoscere se una persona gestisce le emozioni in modo funzionale ed efficace oppure se incontra delle difficoltà (un blocco) durante il processo di elaborazione e, di conseguenza, se ci si trova di fronte ad un’emozione autentica o di fronte ad un’emozione parassita.

volta nella definizione e nell’organizzazione delle componenti emozionali.

STIMOLO	EMOZIONE	BISOGNO	AZIONE
Sopruso, ingiustizia	Rabbia	Rispetto	Affermarsi in modo assertivo
Perdita, mancanza	Tristezza	Sostegno	Chiedere sostegno
Pericolo, minaccia	Paura	Rassicurazione	Chiedere rassicurazione
Riconoscimento sull'essere, sentire, pensare e fare.	Gioia	Condivisione	Condividere la gioia

Tabella 2 – La Matrice delle emozioni

Quando la matrice viene utilizzata a scopo psicoeducativo, è utile co-costruirla con la persona (o con il gruppo), ad esempio scrivendo inizialmente solo le quattro emozioni di base e lasciando vuoti gli altri spazi. Con alcune domande stimolo, si può accompagnare la persona a comprendere a cosa serve ciascuna emozione, in quali situazioni è naturale provarla, quali bisogni richiama e quali azioni permettono di gestirla in modo funzionale e adattivo.

Quando invece si usa la matrice per stimolare la persona a riconoscere se e quando si blocca durante il processo di elaborazione di un'emozione e per aiutarla a riconoscere il *racket* che ne deriva, è utile rappresentare graficamente sulla matrice sia il punto di blocco, sia il processo di sostituzione. Il punto in cui la persona si blocca nel processo di elaborazione viene rappresentato con una “X” mentre il processo che porta alla sostituzione di un'emozione autentica con una parassita viene rappresentato con una freccia (**Tabella 3**).

STIMOLO	EMOZIONE	BISOGNO	AZIONE
Sopruso, ingiustizia	Rabbia	Rispetto	Affermarsi in modo assertivo 
Perdita, mancanza	Tristezza	Sostegno	Chiedere sostegno
Pericolo, minaccia	Paura 	Rassicurazione	Chiedere rassicurazione
Riconoscimento	Gioia	Condivisione	Condividere

Tabella 3 – Rappresentazione del *racket* nella matrice.

L'esempio riportato in figura rappresenta il *racket* di Giulia, che trasformava la rabbia in paura. Quando si trovava in situazioni potenzialmente conflittuali, in cui veniva oggettivamente trattata male da alcune amiche, non diceva nulla; anzi, spesso si scusava in anticipo per qualsiasi cosa pensasse di poter aver fatto. Dentro di sé Giulia si sentiva arrabbiata, riconosceva chiaramente che alcuni comportamenti delle sue amiche erano ingiusti nei suoi confronti e sapeva che in quei momenti avrebbe avuto bisogno di essere rispettata. Tuttavia era terrorizzata dall'idea di poter esprimere e affermare il suo punto di vista diverso dal loro: temeva che, dicendo la sua, le amiche avrebbero potuto criticarla e lasciarla sola. In questo modo Giulia sostituiva la rabbia (emozione autentica) con la paura (emozione parassita).

Come si vede nella matrice (**Tabella 3**), nel caso di Giulia il blocco è stato indicato con una "X" nella fase dell'azione dato che la sua difficoltà non era tanto nel sentire rabbia, quanto nel mostrarla chiaramente all'altro. Il processo di sostituzione invece, è stato rappresentato da una freccia che, a partire dal punto di blocco, porta all'emozione parassita.

Per rendere visibile il processo di sostituzione in modo immediato, sono stati utilizzati anche tre colori: verde, grigio e rosso.

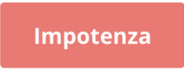
- con il verde sono state evidenziate le caselle che rappresentano le fasi del processo sperimentate in modo funzionale e coerente con lo

stimolo;

- con il grigio è stata colorata la casella in cui si presenta il blocco e dove è stata inserita la “X” per mostrare con chiarezza il punto in cui la sequenza funzionale si interrompe;
- con il rosso è stata evidenziata la casella dell’emozione parassita.

In primo luogo dunque, quando si usa la matrice per identificare il *racket*, si invita la persona a riconoscere, partendo dall’esempio concreto che porta, se l’emozione che sperimenta è coerente o meno rispetto allo stimolo, se viene vissuta e sperimentata in modo funzionale, se riconosce il bisogno di cui l’emozione è portatrice e, infine, se attiva comportamenti funzionali e adattivi per prendersene cura. Se la persona riscontra un blocco in una di queste fasi, si disegna una “X” nel punto corrispondente, tenendo presente che è proprio dietro questo blocco che si nasconde il nucleo dello schema copionale che sostiene lo sviluppo del *racket*. In secondo luogo, si invita la persona a riconoscere il processo di sostituzione che, una volta individuato, viene rappresentato sulla matrice con una freccia che parte dal blocco e porta all’emozione parassita con cui viene sostituita quella autentica. La freccia, quindi, permette di rappresentare graficamente sulla matrice il processo che porta alla formazione del *racket*.

Poiché nella matrice sono rappresentate solo quattro emozioni di base (rabbia, tristezza, paura e gioia), può accadere che l’emozione parassita sia un’altra emozione, che non è presente nella matrice (come ad esempio impotenza, senso di colpa, vergogna, ecc.). In queste situazioni, per rappresentare il *racket* si può disegnare una freccia che parte dal punto di blocco indicato nella matrice e arriva ad una casella esterna, in cui si riporta l’emozione parassita specifica che ha sostituito quella autentica, come mostrato nell’immagine seguente (**Tabella 4**).



STIMOLO	EMOZIONE	BISOGNO	AZIONE
Sopruso, ingiustizia	Rabbia 	Rispetto	Affermarsi in modo assertivo
Perdita, mancanza	Tristezza	Sostegno	Chiedere sostegno
Pericolo, minaccia	Paura	Rassicurazione	Chiedere rassicurazione
Riconoscimento	Gioia	Condivisione	Condividere

Tabella 4 – Rappresentazione del *racket* rabbia – impotenza.

Allo stesso modo, un'emozione autentica potrebbe essere sostituita non solo da un'altra emozione, ma anche da una sensazione corporea spiacevole come ad esempio nausea, vuoto, confusione, mal di testa, mal di stomaco, ecc. Anche in questi casi è opportuno mostrare il *racket* con una freccia che parte dal blocco ed esce dalla matrice, indicando la specifica sensazione corporea che prende il posto dell'emozione autentica (**Tabella 5**).

Talvolta, inoltre, la persona riconosce chiaramente il messaggio copionale (ingiuntivo e/o controingiuntivo) con cui si blocca in una fase specifica del processo. Anche in queste situazioni può essere utile tracciare una freccia che esce dalla matrice e riportare la convinzione o la decisione di copione che sostiene il processo di blocco, per esempio: “l'uomo forte non chiede mai” “non sono degno di amore e rispetto”, “è pericoloso mostrarsi tristi” (**Tabella 6**).

Nausea, confusione, mal di testa (ecc...)

STIMOLO	EMOZIONE	BISOGNO	AZIONE
Sopruso, ingiustizia	Rabbia	Rispetto	Affermarsi in modo assertivo
Perdita, mancanza	Tristezza	Sostegno	Chiedere sostegno
Pericolo, minaccia	Paura	Rassicurazione	Chiedere rassicurazione
Riconoscimento	Gioia	Condivisione	Condividere

Tabella 5 – Rappresentazione del *racket* tristezza – nausea (o qualsiasi altra sensazione corporea spiacevole).

L'uomo forte non chiede mai

STIMOLO	EMOZIONE	BISOGNO	AZIONE
Sopruso, ingiustizia	Rabbia	Rispetto	Affermarsi in modo assertivo
Perdita, mancanza	Tristezza	Sostegno	Chiedere sostegno
Pericolo, minaccia	Paura	Rassicurazione	Chiedere rassicurazione
Riconoscimento	Gioia	Condivisione	Condividere

Tabella 6 – Rappresentazione di una contaminazione alla base del *racket*. In questo caso ad esempio, viene rappresentato il *racket* di una persona che, pur sentendosi triste davanti ad una perdita, non riconosce di aver bisogno di sostegno, dicendosi ad esempio: “l'uomo forte non chiede mai”.

Anche se in questo articolo sono stati utilizzati i colori per rendere ancora più chiaro e visibile il processo di sostituzione, nella pratica clinica o nella formazione, può essere sufficiente inserire la “X” nel

punto di blocco e indicare con una freccia il processo di sostituzione, come ad esempio nella figura seguente (**Tabella 7**). I racket nella matrice, infatti, possono essere mostrati in molti modi diversi e ogni professionista può diagrammare e rendere visibile il processo di sostituzione in forme differenti. Ciò che conta è comprenderne il senso e la funzione clinica della matrice e, una volta chiara la logica sottostante, la rappresentazione grafica può essere adattata liberamente, scegliendo di volta in volta quella che risulta più utile, funzionale e comprensibile per la persona in quel momento.

STIMOLO	EMOZIONE	BISOGNO	AZIONE
Sopruso, ingiustizia	Rabbia 	Rispetto	Affermarsi in modo assertivo
Perdita, mancanza	Tristezza 	Sostegno	Chiedere sostegno
Pericolo, minaccia	Paura	Rassicurazione	Chiedere rassicurazione
Riconoscimento	Gioia	Condivisione	Condividere

Tabella 7 – Una differente modalità che può essere utilizzata per la rappresentazione del *racket*, dove in questo caso la rabbia è l'emozione autentica e la tristezza l'emozione parassita.

L'intera matrice diventa così un quadro di riferimento semplice e chiaro sia per individuare con precisione la fase del processo di elaborazione in cui la persona si blocca, sia per orientare e guidare in modo mirato il lavoro di scoperta delle convinzioni e delle decisioni di copione che sostengono i *racket*.

Le diverse tipologie di blocco nel processo di elaborazione emotiva

Quando il processo di elaborazione di un'emozione non è funzionale, la matrice aiuta a individuare il punto in cui la persona si blocca nella gestione di essa, permettendo di comprendere a quale livello del processo di elaborazione la persona ha difficoltà. Per *blocco*

dunque, si intende il modo in cui una persona si impedisce di riconoscere, esprimere o utilizzare in modo funzionale le proprie emozioni. In altre parole, è il momento in cui qualcosa dentro di sé ostacola il naturale processo di elaborazione dell'emozione. Il blocco può verificarsi quindi in uno o più punti della sequenza:

- *Blocco nello stimolo*: ridefinizione dello stimolo;
- *Blocco nell'emozione*: sostituzione dell'emozione;
- *Blocco nel bisogno*: non riconoscimento del bisogno;
- *Blocco nell'azione*: difficoltà nell'espressione dell'emozione.

In termini AT, ogni blocco è rappresentativo di una contaminazione e, come sottolineato precedentemente, dà origine ad un *racket* in quanto l'emozione che sarebbe appropriata e funzionale al contesto viene sostituita da un'altra emozione oppure viene vissuta ed espressa in un modo non appropriato al contesto.

Blocco nello stimolo (ridefinizione dello stimolo)

Lo stimolo rappresenta l'evento, la situazione o il contesto, ovvero il “*trigger*” che attiva l'emozione. Il blocco a questo livello si manifesta quando la persona ridefinisce lo stimolo (sulla base di alcuni schemi appresi nella sua storia) attribuendogli un significato diverso da quello che ha nella realtà. Nello specifico, questa ridefinizione può assumere tre forme diverse:

- *Svalutazione dello stimolo*: la persona svaluta lo stimolo e lo minimizza. Ad esempio potrebbe trovarsi in una situazione pericolosa e svalutare il rischio: “tanto non succede niente”, “non è poi così pericoloso”; oppure vivere un lutto importante e minimizzare la perdita: “non era tanto importante”, “in fondo capita a tutti”;

- *Amplificazione dello stimolo*: la persona amplifica l'importanza dello stimolo, attribuendogli un valore eccessivo. Ad esempio potrebbe trovarsi in una situazione moderatamente rischiosa e percepirla come pericolosissima, oppure perdere un oggetto relativamente importante e vivere l'evento come se fosse un lutto o una catastrofe;

- *Ridefinizione dello stimolo*¹³: in questo caso il problema non sta nel fatto che la persona svaluta o amplifica lo stimolo, ma lo interpreta come se fosse un'altra cosa, attribuendogli un significato diverso da quello che ha nella realtà. È importante tener presente che quando lo stimolo viene ridefinito, la persona non entra in contatto con l'emozione che naturalmente potrebbe sperimentare in quel momento, ma sperimenta un'altra emozione legata allo stimolo ridefinito. Ad esempio una persona potrebbe trovarsi in un bar con gli amici, in un contesto sereno e tranquillo, e sentirsi spaventato guardando un cameriere con i baffi perché gli richiama un'esperienza traumatica (ridefinendo così uno stimolo neutro come pericoloso); un'altra persona potrebbe provare un terrore sproporzionato davanti ad un piccolo cagnolino innocuo, come accade ad esempio nelle fobie; oppure arrabbiarsi furiosamente interpretando uno sguardo neutro (Adulto) di un collega come una critica o una presa in giro.

In questi casi dunque il problema non è tanto nello stimolo in sé o nell'emozione che viene sperimentata di conseguenza, ma nel modo in cui viene letto e interpretato lo stimolo dalla persona. Quando il blocco avviene a questo livello (indipendentemente dal fatto che venga svalutato, amplificato o ridefinito completamente), l'elaborazione funzionale di un'emozione viene interrotta già dall'inizio del processo. Di conseguenza, se la persona ridefinisce lo stimolo, entrerà immediatamente in contatto con un'emozione parassita, non riconoscerà ciò di cui avrebbe avuto realmente bisogno in quel momento e non metterà in atto comportamenti funzionali per gestire o risolvere quella situazione.

Blocco nell'emozione (sostituzione dell'emozione)

Quando il blocco si manifesta a questo livello, la persona riconosce coerentemente lo stimolo, ma o non riesce a contattare l'emozione autentica e, al suo posto, contatta un'altra emozione o una sensazione corporea spesso spiacevole; oppure sente l'emozione

¹³ Per approfondire i processi di Ridefinizione e Svalutazione si rimanda a Mellor e Schiff (1975a, 1975b).

autentica con un'intensità non coerente con lo stimolo presente (il contatto può essere troppo intenso oppure troppo debole, fino ad arrivare a “non sentire” l'emozione). Ad esempio, una persona riconosce il sopruso e l'ingiustizia (lo stimolo), ma invece di sentire rabbia, prova paura, tristezza, nausea, confusione, mal di pancia o altro (cfr. **Tabelle 4 e 5**). Il risultato, anche in questo caso, è che la sequenza emotiva naturale viene alterata e davanti a un'ingiustizia la persona, invece di entrare in contatto con il diritto di essere rispettata e affermarsi in modo assertivo, mette in atto strategie copionali apprese in passato, come ad esempio spaventarsi e compiacere per ridurre il rischio di conflitto.

Il blocco nell'espressione delle emozioni è spesso legato a forme di evitamento, ovvero strategie che la persona ha sviluppato per non entrare in contatto con ciò che, da bambino, non era autorizzato a sperimentare o che aveva vissuto come pericoloso quando lo manifestava.

Blocco nel bisogno (non riconoscimento del bisogno)

Ogni emozione porta con sé un bisogno (il bisogno di essere rispettati, sostenuti, assicurati, liberi di condividere) che va ascoltato e legittimato. Quando il blocco si colloca a questo livello, la persona è in grado di riconoscere lo stimolo e l'emozione corrispondente, ma non entra in contatto con il bisogno sottostante oppure non sente che ha diritto di prendersene cura (cfr. **Tabella 6**). Ad esempio, può sentirsi arrabbiata di fronte a un'ingiustizia, ma non riconoscere di avere bisogno di rispetto, o non percepire di avere il diritto di essere trattata con rispetto.

Spesso questo blocco nasce da una svalutazione di sé e del proprio valore, accompagnata dall'idea che l'altro sia più importante o “più degno di...”. In questi casi la difficoltà non riguarda soltanto il riconoscere ciò di cui si ha bisogno, ma anche il riconoscere il diritto di: ad esempio, essere rispettati, chiedere sostegno o assicurazione, condividere. Rispetto a questo punto, diventa fondamentale fare una distinzione tra diritto e desiderio, tenendo conto dello sviluppo evolutivo. Un bambino piccolo ha il diritto di avere figure di

riferimento che lo sostengano, lo rassicurino, gioiscano con lui, lo rispettino e, più in generale, soddisfino i suoi bisogni. In età adulta, invece, il bisogno resta, ma cambia la dinamica relazionale con cui può essere soddisfatto. La soddisfazione del bisogno non è più un diritto di cui è responsabile l'altro, ma diventa un desiderio di cui noi dobbiamo prenderci cura. Ciò che conserviamo anche da adulti è il diritto di prenderci cura dei nostri bisogni: abbiamo il diritto di affermarci e di essere rispettati quando ci sentiamo arrabbiati, di chiedere sostegno quando siamo tristi e così via; tuttavia, diventa nostra responsabilità attivarci in prima persona per prenderci cura dei nostri bisogni e muoverci verso relazioni in cui possano trovare risposta e soddisfacimento.

In alcuni casi, un altro modo in cui si manifesta un blocco a questo livello, è che la persona pensa di avere il diritto che l'altro soddisfi i suoi bisogni trasformando di fatto il proprio desiderio in una "pretesa" piuttosto che farsene carico. Il mancato riconoscimento del bisogno (o del proprio diritto di...) non permette di trasformare l'emozione sperimentata in un comportamento funzionale alla sua elaborazione e, di conseguenza, la persona rimane bloccata in un vissuto emotivo che non trova né direzione né soddisfazione.

Blocco nell'azione (difficoltà nell'espressione dell'emozione)

Il blocco a questo livello implica che la persona riconosce lo stimolo, sperimenta l'emozione appropriata, riconosca di cosa ha bisogno in quel momento, ma non traduca tutto questo nell'azione funzionale a elaborare quella specifica emozione. Ad esempio, una persona riconosce di essere stata trattata ingiustamente (stimolo), prova rabbia (emozione), sente il bisogno di essere rispettato (bisogno), ma ha difficoltà ad affermarsi in modo assertivo (cfr. **Tabella 3**). Il blocco a questo livello quindi riguarda il fatto che la modalità con cui l'emozione viene manifestata non è appropriata al presente e, di conseguenza, diventa un *racket*.

Caratteristiche dei blocchi

In questa sezione vengono descritte tre caratteristiche di base dei

blocchi emotivi:

- l'effetto domino dei blocchi: un blocco in un passaggio della sequenza ostacola anche i passaggi successivi;
- la "profondità" del livello del blocco: quanto più il blocco si presenta nelle fasi iniziali del processo, tanto più è indicativo di un livello di difficoltà maggiore;
- la variabilità dell'intensità del blocco: l'intensità con cui si manifesta un blocco può variare da persona a persona.

L'effetto domino dei blocchi

Quando il blocco si manifesta a livello dello stimolo, la persona incontrerà difficoltà in tutti i passaggi successivi della matrice. Ad esempio, se non riconosce che ciò che sta vivendo è un'ingiustizia o una mancanza di rispetto (blocco nello stimolo), non riuscirà a contattare la rabbia, non individuerà il bisogno di essere rispettata e non sarà in grado di affermarsi in modo assertivo. Di conseguenza, qualsiasi emozione sperimentata in seguito a un blocco a livello dello stimolo sarà rappresentativa di un *racket*: l'emozione appropriata (in questo caso la rabbia) verrà sostituita da un'altra. Allo stesso modo, se il blocco avviene a livello dell'emozione o del bisogno, la persona incontrerà difficoltà anche nei passaggi successivi. Ad esempio, se non riesce a entrare in contatto con la tristezza (blocco nell'emozione), pur riconoscendo di trovarsi davanti a una perdita o a una mancanza, non potrà accedere al bisogno di sostegno o consolazione né tradurlo in un'azione funzionale, come chiedere supporto. Analogamente, quando non viene riconosciuto il bisogno (blocco nel bisogno), risulterà difficile anche agire il comportamento appropriato e funzionale all'emozione.

In sintesi, ogni blocco interrompe la catena dell'elaborazione emotiva: qualunque sia il punto in cui si manifesta, la difficoltà non riguarderà solo quel livello, ma anche tutti quelli successivi. Questo significa anche che le persone possono mostrare inizialmente un blocco che, apparentemente, si manifesta solo a livello dell'azione.

Ad esempio, una persona che si sente arrabbiata e agisce in modo aggressivo, può riconoscere che alla base è presente anche un blocco

a livello dello stimolo il quale, per esempio, viene ridefinito in modo eccessivo. Poiché, in un primo momento, ciò che si può osservare è spesso soltanto sul piano fenomenologico, cioè come una difficoltà visibile a livello del comportamento, è normale identificare inizialmente solamente dei blocchi a livello dell'azione. In terapia, tuttavia, è importante riconoscere se il blocco sia effettivamente solo a livello dell'azione (ad esempio, nel caso della rabbia: la persona riconosce lo stimolo di sopruso o ingiustizia, si sente arrabbiata, comprende il bisogno di essere rispettata ma fatica a esprimersi in modo assertivo), oppure se il blocco dell'azione nasconde, alla base, anche difficoltà nei livelli precedenti (come ad esempio una ridefinizione dello stimolo, una difficoltà a sentire una specifica emozione o una difficoltà a riconoscere e ad ascoltare un proprio bisogno).

In alcuni casi, dunque, la difficoltà può coinvolgere più blocchi contemporaneamente. È come se la persona presentasse diversi blocchi su più livelli, generando una condizione complessa in cui vari passaggi dell'elaborazione emotiva restano bloccati, e la persona fatica a trovare una risposta adeguata, funzionale e adattiva per elaborare quel vissuto emotivo. È quindi necessario comprendere sia il livello iniziale del blocco, sia lavorare parallelamente su tutti i livelli di elaborazione in cui la persona sperimenta una difficoltà.

Riprendendo l'esempio precedente, è necessario svolgere un lavoro duplice: da un lato, intervenire in termini psicoeducativi (soprattutto nella fase dell'Alleanza, ma spesso anche successivamente, nella fase del Riapprendimento) per aiutare la persona a imparare ad affermarsi in modo assertivo piuttosto che aggressivo, lavorando così sul blocco a livello dell'azione; dall'altro, stimolarla a riconoscere la tendenza a ridefinire uno stimolo Adulto come critico, dando senso e significato a questa ridefinizione in relazione alla propria storia evolutiva.

La "profondità" del livello del blocco

Quanto più intensa è la difficoltà che una persona sperimenta rispetto a una specifica emozione, tanto più il blocco tende a collocarsi

nella parte sinistra della matrice; al contrario, difficoltà meno intense si collocano più a destra. In generale, le esperienze traumatiche complesse compromettono soprattutto le fasi iniziali del processo, rendendo difficile riconoscere lo stimolo, identificare correttamente l'emozione ed entrare in contatto con il bisogno corrispondente. Al contrario, esperienze meno complesse, tendono a bloccare la persona nella fase dell'azione: in questi casi, la persona può riconoscere lo stimolo, identificare l'emozione ed entrare in contatto con il bisogno, ma ha difficoltà a tradurlo in un comportamento adeguato a soddisfarlo.

In linea generale, un blocco a livello dello stimolo è più grave rispetto a un blocco a livello dell'azione. Nel primo caso, infatti, la persona non riconosce né lo stimolo né il bisogno collegato: ciò equivale a trovarsi, secondo il modello delle fasi del cambiamento (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) nella fase di preconsiderazione, ovvero ad uno stadio iniziale dove ancora manca consapevolezza del problema. Nel secondo caso, invece, la persona riconosce lo stimolo, identifica il bisogno e l'emozione, ma incontra difficoltà a tradurli in un comportamento funzionale: in questo senso, il blocco corrisponde a un livello più avanzato del processo di cambiamento, perché la difficoltà viene percepita e riconosciuta, anche se non ancora superata.

La variabilità dell'intensità del blocco

È importante sottolineare che i blocchi emotivi non sono tutti uguali, ma possono manifestarsi con intensità diverse. Immaginando una scala da 0 a 10, alcune persone possono sperimentare un blocco lieve (intensità 1-3), altre un blocco moderato (4-6), altre ancora un blocco grave (7-10). Questo significa che due persone possono trovarsi bloccate nello stesso punto della matrice, ad esempio nella fase dell'azione, ma con gradi di intensità molto diversi: una persona con un blocco lieve può comunque trovare strategie alternative per esprimere in parte l'emozione, mentre una persona con un blocco grave può rimanere completamente paralizzata, incapace di accedere a un comportamento adeguato.

Ad esempio, si può immaginare una persona che riconosce lo stimolo (un collega che la interrompe continuamente durante le riunioni), identifica l'emozione (rabbia) e il bisogno (essere rispettata). Tuttavia, invece di affermarsi in modo assertivo, tende a ritirarsi. In caso di blocco lieve (intensità 2-3), può provare a parlare ma lo fa con esitazione, usando magari un tono incerto o una battuta leggera, senza riuscire a ottenere pienamente rispetto. Con un blocco di intensità moderata (4-6), invece, resta in silenzio pur riconoscendo il proprio bisogno, e finisce per sfogare la rabbia in un secondo momento, ad esempio lamentandosi con altri colleghi o rimuginando dentro di sé. Quando il blocco è grave (7-10), la persona si sente completamente paralizzata, incapace di reagire, e può arrivare perfino a scusarsi con il collega o a compiacerlo, pur sapendo di avere diritto a essere ascoltata.

Di seguito verranno approfondite singolarmente rabbia, tristezza, paura e gioia, evidenziando per ciascuna i possibili blocchi che possono presentarsi durante il processo di elaborazione delle emozioni, alla luce della matrice.

La rabbia

La rabbia è l'emozione primaria che consente di regolare le relazioni con gli altri, stabilendo confini chiari e definendo così il livello di intimità all'interno di una relazione.

Quando è naturale sentire rabbia? Qual è lo stimolo che fisiologicamente e adattivamente dovrebbe portare a sperimentarla? Lo stimolo esterno di fronte al quale è naturale e fondamentale provare rabbia è un sopruso, un'ingiustizia, un'invasione, oppure quando una persona si sente presa in giro, illusa o schernita.

La rabbia, dunque, è un'emozione naturale e funzionale che si attiva di fronte a uno stimolo di sopruso, prevaricazione o ingiustizia. Quando si verifica un'ingiustizia, infatti, viene leso un diritto e il contatto con la rabbia ci stimola a farci rispettare, a difendere i nostri diritti e i nostri confini e a definirci nelle relazioni. Per questo è fondamentale che la persona riconosca in sé il bisogno e il diritto di

essere rispettata e, successivamente, che abbia la capacità – e si conceda la possibilità – di affermarsi in modo assertivo, ovvero di dire ciò che sente e che pensa rispettando se stessa e l'altro (Franta & Solonia, 1990; Alberti & Emmons, 2003). Questo significa porre confini chiari con l'altro attraverso una comunicazione efficace, definita “comunicazione regolativa” (Franta & Solonia, 1990), ovvero quel tipo di comunicazione che permette di gestire il conflitto mantenendo il rispetto reciproco.

L'espressione della rabbia è anche un “termometro” dell'intimità tra le persone. Ad esempio, se in una relazione intima non ci sono mai conflitti, e quindi la rabbia non viene mai espressa, significa che c'è qualcosa che non va: potrebbe esserci un problema di dipendenza, che impedisce di esprimere le differenze, oppure l'indifferenza ha preso il posto dell'intimità. Al contrario, esprimere la rabbia in modo assertivo facendosi presenti nel momento in cui non ci si sente capiti, ascoltati o si sperimenta una qualsiasi forma di ingiustizia, sopruso o svalutazione, permette di regolare la relazione, di stabilire il livello di intimità con l'altra persona e di gestire l'emozione in modo funzionale.

La rabbia quando viene usata in modo assertivo, permette sia di creare distanza con le persone con cui non si desidera avere alcuna relazione, sia di creare vicinanza con le persone con cui si desidera avere una relazione autentica. Dunque, paradossalmente, la rabbia è anche un “indice” di amore, perché definisce il livello di intimità con l'altra persona. Naturalmente, quando in un conflitto la rabbia viene espressa con violenza, ossia agita in modo aggressivo, non si rispetta l'altra persona, e questo non solo non è un segno di amore, ma rappresenta al contrario una forma di non considerazione dell'altra persona. La rabbia, dunque, è un'emozione che consente di creare e mantenere relazioni intime e, proprio per questo, è importante saperla gestire in modo appropriato al contesto. Essa permette infatti di stabilire confini chiari in maniera assertiva, comunicando all'altro quali comportamenti risultano svalutanti, invadenti o ingiusti e contribuendo così a regolare la relazione.

Una persona che gestisce la rabbia in modo funzionale è in grado

di attivare l'intera sequenza descritta nella matrice (cfr. **Tabella 2**):

- Rispetto allo stimolo: riconosce il sopruso, l'ingiustizia o l'invasione;
- Rispetto all'emozione: sente, prova e sperimenta la rabbia in modo appropriato al contesto;
- Rispetto al bisogno: contatta e ascolta il proprio bisogno/diritto di essere rispettata;
- Rispetto all'azione: afferma i propri diritti e bisogni in modo assertivo.

Il professionista, tenendo presente la matrice, può porsi alcune domande per verificare se la persona è in grado di gestire la rabbia in modo appropriato:

- *Riesce a riconoscere quando sta subendo un sopruso o un'ingiustizia nei suoi confronti?*
- *Se riconosce un'ingiustizia, sente la rabbia o ha difficoltà ad entrarci in contatto?*
- *Sente di avere il diritto di essere rispettata?*
- *Si dà la possibilità di affermarsi utilizzando la rabbia in modo assertivo quando non si sente rispettata*

Inoltre, il professionista può rivolgere le stesse domande a se stesso per comprendere come gestisce la rabbia e in quale punto del processo potrebbe incontrare un blocco. Una persona che riesce a mettere in atto questa sequenza, dal riconoscimento del sopruso all'affermarsi in modo assertivo, è capace di prendersi cura della propria rabbia in modo appropriato e funzionale rispetto al contesto. In termini di Analisi Transazionale, questo significa che la persona gestisce la rabbia a partire dall'Adulto, senza ridefinirla attraverso una contaminazione.

Le diverse tipologie di blocco nella rabbia

Una persona con difficoltà nella gestione della rabbia può svalutare, amplificare o ridefinire l'ingiustizia, avere difficoltà ad entrare in contatto con la rabbia, non riconoscere il bisogno di essere rispettata e/o incontrare difficoltà nell'esprimere la rabbia in modo assertivo. Di seguito viene illustrato nello specifico come le persone, con difficoltà legate alla rabbia, possano bloccarsi in ciascuno dei

quattro punti della matrice.

Ridefinizione dello stimolo

Tenendo presente la matrice, quando si verifica un blocco a questo livello la persona potrebbe mostrare reazioni emotive non congruenti e non proporzionate alla situazione attuale: ad esempio davanti ad un effettivo sopruso o ad una chiara ingiustizia, potrebbe non sentirsi arrabbiata per nulla (svalutando lo stimolo), sentirsi arrabbiata in modo eccessivo (amplificando lo stimolo) oppure ridefinire completamente la natura dello stimolo.

Francesca ad esempio, una donna di 40 anni che veniva picchiata sistematicamente dal marito, all'inizio della terapia affermava che i lividi che aveva sul braccio “non erano poi così tanti” e che il modo in cui la trattava il marito era l'unico che lui conosceva. In questo modo svalutava la gravità della situazione e metteva da parte la rabbia che naturalmente avrebbe dovuto sperimentare.

Sostituzione dell'emozione (racket)

Le persone che si bloccano a questo livello riconoscono l'ingiustizia o il sopruso (quindi riconoscono lo stimolo), ma non sentono la rabbia e la sostituiscono con un'altra emozione oppure con una sensazione corporea spiacevole. Ad esempio Francesco che viene sistematicamente preso in giro e deriso da un collega davanti a tutti gli altri colleghi dell'ufficio, nonostante riconosca chiaramente i soprusi che sta subendo, si sente profondamente triste e si chiude in se stesso senza dire nulla. Da piccolo Francesco veniva sistematicamente rimproverato e, in alcuni casi anche picchiato dal padre, ogni volta che si mostrava arrabbiato, e spesso assisteva anche a episodi in cui il padre perdeva il controllo e picchiava anche la madre. Quando però piangeva e si mostrava triste di fronte agli abusi e ai soprusi, il padre tendeva a fermarsi e la madre lo andava a consolare. Così, nel tempo, Francesco ha imparato a sostituire la rabbia con la tristezza: da un lato ha imparato che esprimere rabbia è pericoloso e dall'altro che la tristezza lo avrebbe potuto aiutare nei momenti più difficili davanti agli abusi. Anche oggi, davanti agli abusi del suo collega, trasforma la rabbia in tristezza e piuttosto che affermarsi e farsi rispettare, si chiude

in se stesso nella speranza che qualcuno lo consoli. (**Tabella 8**).

STIMOLO	EMOZIONE	BISOGNO	AZIONE
Sopruso, ingiustizia	Rabbia 	Rispetto	Affermarsi in modo assertivo
Perdita, mancanza	Tristezza 	Sostegno	Chiedere sostegno
Pericolo, minaccia	Paura	Rassicurazione	Chiedere rassicurazione
Riconoscimento	Gioia	Condivisione	Condividere

Tabella 8 – Rappresentazione del *racket* rabbia - tristezza sulla matrice: la rabbia (che nell'esempio di Francesco è l'emozione autentica) viene sostituita con la tristezza (emozione parassita).

Non riconoscimento del bisogno

Altre persone, invece, riconoscono l'ingiustizia, si sentono arrabbiate, ma non si sentono legittimate a farsi rispettare, spesso perché si percepiscono meno importanti, meno di valore o meno degne degli altri. Un esempio è Maria, madre *single* di un ragazzo di 16 anni. Quando il figlio si arrabbia, perde il controllo diventando estremamente aggressivo: la insulta, le urla contro e spesso le lancia anche degli oggetti. Anche se Maria ad un livello si sente arrabbiata e riconosce chiaramente che il comportamento del figlio è ingiusto nei suoi confronti, non dice nulla a suo figlio e si lascia trattare male. Maria è cresciuta in un ambiente profondamente svalutante: i genitori si erano sposati solamente perché la madre era rimasta incinta di lei quando era ancora molto giovane. La madre ha sempre detto a Maria che lei era nata per errore, che non era voluta e che per colpa sua ha dovuto abbandonare gli studi, colpevolizzandola per la sua vita infelice. Maria nel tempo ha cominciato a credere di non valere e di non meritare né amore né rispetto. Di conseguenza oggi, di fronte al

comportamento violento del figlio, si ritira e rinuncia sistematicamente a farsi rispettare. In questo modo, da un lato lascia che l'altro la invada e dall'altro si conferma inconsapevolmente la sua convinzione di non avere valore e meritare di essere trattata male.

Blocco nell'azione

In altri casi invece, le persone riconoscono l'ingiustizia, si sentono arrabbiate, sentono di avere tutto il diritto di farsi rispettare, ma incontrano difficoltà nell'affermarsi in modo assertivo. Un blocco a livello dell'azione, rispetto alla rabbia, può manifestarsi in due modalità opposte, collocate agli estremi di un continuum: da un lato la passività e il ritiro, dall'altro l'aggressività e l'attacco, con l'assertività che si colloca al centro, come comportamento funzionale:

- *Passività*: nel polo della passività la persona evita qualsiasi espressione della rabbia; la retroflette, la reprime, non dice nulla, si ritira e si lascia invadere. Tenendo presenti le posizioni esistenziali dell'Analisi Transazionale, una persona che tende verso questo polo si colloca nella posizione *IO NON SONO OK, TU SEI OK* e, di conseguenza, nella relazione non rispetta sé stessa.
- *Aggressività*: nel polo dell'aggressività la persona esprime la rabbia in modo eccessivo e distruttivo, perdendo il controllo e attaccando l'altro. Secondo le posizioni esistenziali in AT, una persona che si muove verso questo polo si trova nella posizione *IO SONO OK, TU NON SEI OK* e, di conseguenza, nella relazione non rispetta l'altro.
- *Assertività*: l'assertività consiste invece nell'affermare ciò che si sente e ciò che si pensa in modo adeguato al contesto¹⁴, rispettando sé e l'altro. In termini di posizioni esistenziali in AT, una persona che si esprime in maniera assertiva parte da una posizione *IO SONO OK, TU SEI OK* e, di conseguenza, nella relazione rispetta sia sé stessa sia l'altro.

¹⁴ Per essere assertivi è necessario saper utilizzare in modo appropriato la comunicazione regolativa, ossia la capacità di impiegare, nelle situazioni di conflitto, la comunicazione descrittiva, rappresentativa e di feed-back (cfr. Franta & Solonia, 1990).

Ad esempio, Chiara e Francesca, amiche da una vita, avevano due modalità completamente opposte di gestire la rabbia. Durante il quarto anno di liceo erano state entrambe escluse dalla cena di fine anno perché considerate le “sfigate” della classe. Entrambe si sentivano estremamente arrabbiate, riconoscevano chiaramente l’esclusione come ingiusta e sapevano di avere tutto il diritto di affermarsi; tuttavia reagirono in modo opposto: Chiara esprime la rabbia in maniera estremamente aggressiva nei confronti dei compagni per mesi, mentre Francesca non disse mai nulla, fingendo che non fosse successo niente, per paura di essere ulteriormente esclusa e messa da parte. Chiara era cresciuta in un contesto in cui la rabbia veniva espressa quasi esclusivamente in modo esplosivo e aggressivo, e l’unico modo per farsi valere era imporsi attaccando l’altro in modo estremamente aggressivo. Francesca, al contrario, proveniva da un ambiente in cui arrabbiarsi non era consentito: i conflitti venivano evitati, minimizzati o messi subito a tacere. Ogni volta che esprimeva un disaccordo i genitori diventavano freddi ed emotivamente distanti e, di fatto, veniva ignorata e lasciata da sola.

La tristezza

Quando c’è una perdita, una mancanza o un lutto (inteso non soltanto come morte, ma anche come una qualsiasi forma di separazione, come ad esempio un trasferimento, cambio di casa, cambiamento di vita, di status o di ruolo) è naturale provare tristezza. La tristezza è l’emozione che consente alle persone di elaborare e gestire in modo funzionale una perdita, in tutte le forme in cui essa possa manifestarsi. Per curare il dolore legato alla perdita è fondamentale non isolarsi. Il bisogno profondo dell’essere umano, quando è triste, è quello di chiedere sostegno a chi è in grado di offrirlo. Alcune persone, di fronte a una perdita, evitano di entrare in contatto con la tristezza; altre, pur essendo tristi, non chiedono aiuto, sostenendo di potercela fare da sole. Purtroppo, a volte, le lacrime versate da soli sono sprecate, sono lacrime perse.

In termini evolutivi, come ci si prende cura di una perdita? Qual è il bisogno che è naturale contattare? La natura ha regalato all’essere

umano un metodo per essere aiutato nel prendersi cura della tristezza: le lacrime. Spesso, infatti, quando una persona si sente triste, piange. Da un punto di vista evoluzionistico, le lacrime hanno una funzione ben precisa: sono visibili agli altri e costituiscono uno strumento naturale che stimola l'altro ad avvicinarsi e a consolare. Mostrano all'altro che siamo tristi e richiamano e stimolano nell'altro la vicinanza e il sostegno di cui abbiamo bisogno in quel momento.

Le persone che non hanno avuto difficoltà, nella propria vita, a esprimere la tristezza, ma anzi hanno fatto l'esperienza di essere accolte e sostenute, sono in grado di: riconoscere gli stimoli legati alla perdita, entrare in contatto con il dolore, riconoscere il bisogno di essere sostenute e accolte nella tristezza, e chiedere aiuto a chi è capace di offrirlo in modo genuino e incondizionato. Quando siamo tristi abbiamo bisogno di sentirci sostenuti, di sapere che qualcuno ci è accanto e ci accoglie nel nostro dolore. Per questo, di fronte alla tristezza, l'azione funzionale è chiedere aiuto: cercare sostegno o accudimento per affrontarla.

Una persona che gestisce la tristezza in modo funzionale è quindi in grado di attivare l'intera sequenza descritta nella matrice (cfr. **Tabella 2**):

- Rispetto allo stimolo: riconosce la perdita, il lutto, la separazione;
- Rispetto all'emozione: sente, prova e sperimenta la tristezza in modo appropriato al contesto;
- Rispetto al bisogno: contatta e ascolta il proprio bisogno/diritto di essere sostenuto e consolato;
- Rispetto all'azione: chiede sostegno e consolazione a persone disposte e in grado di farlo.

Il professionista, tenendo presente la matrice, può porsi alcune domande per verificare se la persona è in grado di gestire la tristezza in modo appropriato:

- *Riesce a cogliere e riconoscere la perdita, il lutto, la mancanza?*
- *Se riconosce la perdita, sente il dolore? Si sente triste o ha difficoltà ad entrarci in contatto?*
- *Sente il bisogno di essere sostenuto e consolato?*

- *Si dà la possibilità di chiedere sostegno e consolazione quando ne ha bisogno?*

Inoltre, il professionista può rivolgere le stesse domande a sé stesso per comprendere come gestisce la tristezza e in quale punto del processo potrebbe incontrare un blocco. Una persona che riesce a mettere in atto questa sequenza, dal riconoscimento della perdita fino alla richiesta di sostegno, è capace di prendersi cura della propria tristezza in modo funzionale. In termini di Analisi Transazionale, questo significa che la persona gestisce la tristezza dall'Adulto, senza ridefinirla attraverso una contaminazione.

Le diverse tipologie di blocco nella tristezza

Una persona con difficoltà nella gestione della tristezza può svalutare o ridefinire la perdita, faticare a entrare in contatto con la tristezza, oppure trasformare questa emozione in rabbia o paura. Potrebbe inoltre non riconoscere il bisogno di sostegno (ad esempio perché si percepisce come una persona forte, capace di affrontare tutto da sola e senza bisogno di nessuno) oppure avere difficoltà a chiedere aiuto e consolazione, nonostante ne senta il bisogno (ad esempio per timore di non ricevere ciò che desidera o di dover affrontare un possibile rifiuto, preferendo quindi non chiedere). Ad esempio, un bambino che non ha potuto condividere la propria tristezza per la morte del fratellino, perché i genitori – distrutti dal dolore – non gli hanno lasciato spazio per esprimersi, e anzi lo hanno sistematicamente disconfermato dicendogli che “è meglio non parlare di queste cose”, non imparerà a portare avanti in modo naturale il processo di espressione e gestione della tristezza presentato nella matrice.

Di seguito viene illustrato nello specifico come le persone con difficoltà legate alla tristezza possano bloccarsi nelle varie fasi del processo di elaborazione, alla luce della matrice.

Ridefinizione dello stimolo

Quando il blocco si presenta a questo livello, la persona potrebbe svalutare o minimizzare la portata e l'importanza della perdita, potrebbe attribuirle un valore eccessivo rispetto, oppure potrebbe non

riconoscere del tutto la perdita che sta vivendo. Daniele, ad esempio, il giorno dopo la morte del fratello, si è presentato regolarmente al lavoro, rifiutando la possibilità data dal suo capo ufficio di restare a casa, rispondendo con tono distaccato che “questa è la vita, può succedere e bisogna andare avanti”, svalutando la perdita. Marco invece, 24 anni, dopo la fine di una relazione durata un mese, è arrivato in terapia disperato, convinto che la sua vita sia finita e che non avrebbe mai più trovato qualcuno che lo amasse davvero, attribuendo un valore eccessivo alla perdita che stava sperimentando.

Sostituzione dell'emozione

Alcune persone riconoscono la perdita, ma appena entrano in contatto con la tristezza la trasformano in un'altra emozione, e la sostituiscono ad esempio con rabbia, paura o altro. Roberto ad esempio, un uomo di 50 anni, aveva perso sua moglie per un tumore quando Mattia, il loro unico figlio, aveva 6 anni. Roberto non si è mai dato la possibilità di condividere tutto il dolore per la perdita della moglie e si è rifugiato nel lavoro per evitare di sperimentare il lutto. Ogni volta che Mattia faceva domande sulla madre o si mostrava triste, Roberto si arrabbiava e con un tono freddo e distante, gli diceva che doveva essere forte, che la vita è ingiusta e che doveva andare avanti senza piangersi addosso. Anche quando i suoi amici provavano a stargli vicino lui li allontanava in modo aggressivo, trasformando la propria tristezza in una profonda rabbia verso il mondo intero, mettendo distanza proprio nei momenti in cui avrebbe avuto più bisogno di vicinanza. (**Tabella 9**).

STIMOLO	EMOZIONE	BISOGNO	AZIONE
Sopruso, ingiustizia	Rabbia	Rispetto	Affermarsi in modo assertivo
Perdita, mancanza	Tristezza 	Sostegno	Chiedere sostegno
Pericolo, minaccia	Paura	Rassicurazione	Chiedere rassicurazione
Riconoscimento	Gioia	Condivisione	Condividere

Tabella 9 – Rappresentazione del racket tristezza-rabbia sulla matrice: la tristezza (che nell’esempio di Roberto è l’emozione autentica) viene sostituita con la rabbia (emozione parassita).

Non riconoscimento del bisogno

Alcune persone, pur sentendosi tristi davanti ad una perdita, non sentono il bisogno di essere sostenute o consolate e, di conseguenza, si fanno sole nel dolore. I blocchi a questo livello possono essere sostenuti da messaggi copionali come ad esempio “sii forte” o “non essere piccolo” e da convinzioni come ad esempio “mi basto da solo/a”, “gli uomini forti non devono chiedere mai”, “non ho bisogno di niente e di nessuno”. Carlo per esempio, cresciuto in una famiglia in cui le emozioni non venivano condivise, ha imparato fin da piccolo che mostrare tristezza o chiedere conforto fosse segno di debolezza e che, nei momenti difficili, fosse meglio cavarsela da solo. Quando è morto il suo amato cane, che viveva con lui da quando aveva 12 anni, nonostante provasse un dolore profondo, non si concedeva mai la possibilità di mostrarlo agli altri. Credeva di non aver bisogno di alcun tipo di sostegno e pensava di poter gestire da solo tutto quel dolore. Di notte piangeva da solo e di giorno nei momenti in cui si sentiva triste si nascondeva dagli altri senza mostrare a nessuno quanto stesse male e senza permettere a nessuno di stargli vicino. Spesso, nei momenti in cui i suoi amici o la sua compagna provavano a parlarne per stargli vicino, diceva che stava bene e che non aveva bisogno di nulla,

creando distanza proprio quando, in realtà, avrebbe avuto bisogno di vicinanza.

Blocco nell'azione

Alcune persone, pur sentendosi tristi e riconoscendo di aver bisogno di essere consolate, fanno fatica a chiedere aiuto e sostegno. Questo può accadere per paura di essere giudicate o rifiutate, perché temono di essere un peso per gli altri, oppure perché pensano che nessuno possa davvero capire la loro sofferenza. Laura, 30 anni, ogni volta che si sente triste o sola tende a chiudersi in sé stessa. Non chiede mai sostegno né agli amici né a suo marito, anche se dentro di sé sente un forte desiderio di vicinanza e di consolazione. Ha paura di essere un peso per gli altri, di risultare troppo “fragile” o bisognosa, e teme che, se mostrasse la propria vulnerabilità, gli altri la allontanerebbero o la giudicherebbero. Così, anche quando qualcuno le chiede come si sente, risponde con un sorriso forzato o con un “tutto bene, non ti preoccupare”, ritirandosi e facendosi sola.

La paura

La paura è l'emozione che sentiamo naturalmente quando percepiamo un pericolo e una minaccia alla nostra sicurezza. Serve a segnalare un pericolo (reale o percepito) e ad orientarci verso protezione, sicurezza e assicurazione. Come sottolineato precedentemente, quando la minaccia è intensa e imminente, possono attivarsi rapidamente circuiti di difesa automatici e sottocorticali che mediano risposte di sopravvivenza (Ledoux, 2015), prima ancora che si strutturi un'esperienza emotiva pienamente consapevole di paura. In ogni caso, la paura ha la funzione di segnalare il pericolo e di orientare comportamenti che aiutano a fronteggiarlo nel modo più adeguato possibile, tenendo conto delle proprie capacità, delle risorse disponibili in quel momento e della natura della minaccia.

Da un punto di vista evolutivo quindi, la paura può essere considerata una risposta naturale che ci aiuta innanzitutto a valutare rischi e pericoli e, allo stesso tempo, stimola l'attivazione di corpo e mente per reagire: ci prepara ad agire per gestire e affrontare le

situazioni minacciose.

Da un punto di vista relazionale invece, la paura richiama un bisogno fondamentale: il bisogno di essere rassicurati e protetti nel momento in cui ci si sente spaventati. Il bisogno profondo dell'essere umano, quando ha paura, è infatti quello di essere rassicurato da qualcuno che, in quel momento, sia in grado di farlo. Questo aspetto è importante perché cercare rassicurazione da chi non può offrirla ostacola l'elaborazione dell'emozione e può mantenere la persona nello stato di paura. Per esempio, se una persona ha paura dei cani, è più utile che chieda rassicurazione a un amico che li ama e sa relazionarsi con loro, piuttosto che a qualcuno che ne è terrorizzato.

Una persona che gestisce la paura in modo funzionale è in grado di attivare l'intera sequenza descritta nella matrice (cfr. **Tabella 2**)

- Rispetto allo stimolo: riconosce il pericolo o la minaccia;
- Rispetto all'emozione: sente, prova e sperimenta la paura in modo appropriato al contesto;
- Rispetto al bisogno: contatta e ascolta il proprio bisogno di essere rassicurato;
- Rispetto all'azione: chiede rassicurazione a persone disposte e in grado di farlo

Il professionista, tenendo presente la matrice, può porsi alcune domande per verificare se la persona sia in grado o meno di gestire la paura in modo appropriato:

- *Riesce a riconoscere un pericolo?*
- *Se riconosce il pericolo, sente la paura o ha difficoltà ad entrarci in contatto?*
- *Sente il bisogno di essere rassicurato?*
- *Si dà la possibilità di chiedere rassicurazione quando ne ha bisogno?*

Inoltre, il professionista può rivolgere le stesse domande a sé stesso per comprendere come gestisce la paura e in quale punto del processo potrebbe incontrare un blocco.

Una persona che riesce a mettere in atto questa sequenza, dal riconoscimento del pericolo al chiedere rassicurazione quando ne ha bisogno, è capace di prendersi cura della propria paura in modo

appropriato e funzionale rispetto al contesto. In termini di Analisi Transazionale, questo significa che la persona gestisce la paura a partire dall'Adulto senza ridefinirla attraverso una contaminazione.

Le diverse tipologie di blocco nella paura

Una persona con difficoltà nella gestione della paura può svalutare, amplificare o ridefinire il pericolo; può avere difficoltà a entrare in contatto con la propria emozione, a riconoscere il bisogno di essere rassicurata e/o chiedere rassicurazione quando si sente spaventata. Le persone che nella loro vita hanno incontrato ostacoli nell'espressione della paura hanno spesso vissuto esperienze traumatiche legate proprio alla manifestazione di essa. Ad esempio, un bambino che non ha potuto condividere la propria paura di andare a scuola, perché i genitori lo zittivano sistematicamente dicendogli: "A scuola bisogna andarci, è il tuo dovere, devi imparare ad affrontare le difficoltà", non ha avuto la possibilità di sperimentare cosa significhi essere ascoltato nella propria paura, ricevere rassicurazione e imparare strategie per gestirla. Di conseguenza, non ha potuto apprendere la sequenza di gestione funzionale della paura presentata nella matrice. Di seguito viene illustrato nello specifico come tali difficoltà possano tradursi in un blocco in ciascuno dei quattro punti della matrice.

Ridefinizione dello stimolo

Alcune persone, di fronte a situazioni potenzialmente rischiose, tendono a svalutare o minimizzare il pericolo; altre, al contrario, lo amplificano e reagiscono con una paura intensa anche in circostanze che, in condizioni normali, non giustificerebbero l'attivazione del sistema della paura. Nelle fobie ad esempio, le persone tendono a sopravvalutare alcuni stimoli o a ridefinirli come pericolosi anche quando non lo sono, sperimentando una paura sproporzionata rispetto alla situazione.

Un esempio di svalutazione e ridefinizione è quello di Claudia, cresciuta in una famiglia in cui non c'era spazio per la paura. Il padre, primogenito di nove figli in una famiglia di contadini, aveva imparato

fin da piccolo a essere forte e a prendersi cura degli altri. La madre, invece, portava con sé una storia segnata dalla guerra: da giovane era stata imprigionata e abusata dai nazisti, e dopo diversi mesi era riuscita a scappare e sopravvivere. In questo contesto familiare il messaggio implicito era “bisogna resistere e andare avanti”. Quando la madre si ammalò di tumore e trascorse quattro anni in ospedale tra la vita e la morte, il padre ripeteva che bisognava essere forti, mentre la madre diceva a Claudia che ogni giorno era un dono e che si doveva essere grati alla vita sempre con il sorriso. Claudia aveva solo 14 anni e non trovò mai uno spazio in cui le sue paure potessero essere ascoltate o riconosciute. Così, nel tempo, Claudia imparò non solo a cancellare la paura, ma anche a ridefinire come “normali” o “esagerate” situazioni che in realtà erano pericolose e naturalmente spaventose.

Sostituzione dell'emozione

Altre persone, pur essendo consapevoli del pericolo, anziché contattare e riconoscere la paura, la sostituiscono con un'altra emozione, come rabbia, tristezza, gioia o altro. Giulia, ad esempio, da bambina aveva paura del buio, ma quando lo diceva ai genitori veniva ignorata o derisa. Quando iniziava a urlare, a sbattere i piedi e a tirare oggetti, qualcuno finalmente arrivava a calmarla. Con il tempo ha imparato che arrabbiarsi era l'unico modo per ottenere attenzione, per ricevere rassicurazione e sentirsi protetta nei momenti in cui era spaventata (**Tabella 10**). Oggi, ogni volta che si sente spaventata o vulnerabile, si arrabbia in modo aggressivo, aspettandosi che gli altri la vedano e la calmino.

STIMOLO	EMOZIONE	BISOGNO	AZIONE
Sopruso, ingiustizia	Rabbia	Rispetto	Affermarsi in modo assertivo
Perdita, mancanza	Tristezza	Sostegno	Chiedere sostegno
Pericolo, minaccia	Paura 	Rassicurazione	Chiedere rassicurazione
Riconoscimento	Gioia	Condivisione	Condividere

Tabella 10 – Rappresentazione del *racket* paura-rabbia sulla matrice: la paura (che nell'esempio di Giulia è l'emozione autentica) viene sostituita con la rabbia (emozione parassita)

Non riconoscimento del bisogno

Alcune persone, di fronte a uno stimolo pericoloso, riescono a entrare in contatto con la paura ma faticano a riconoscere e legittimare il proprio bisogno di essere rassicurate. Spesso si tratta di persone che, nel corso della loro vita, non hanno sperimentato il “diritto” di avere dei bisogni, in particolare quello di ricevere protezione o conforto quando si sentivano spaventate. In molti casi non sono state né rispecchiate né contenute nelle loro paure, oppure sono state trascurate e lasciate sole ad affrontare situazioni difficili e spaventose. Hanno così imparato a cavarsela da sole, negando o cancellando il bisogno di essere rassicurate. Marta ad esempio, 40 anni, nelle situazioni in cui prova paura tende a chiudersi in sé stessa, convincendosi di non aver bisogno di nessuno. È cresciuta in una famiglia numerosa, la prima di otto figli, e fin da piccola ha imparato a mettere da parte i propri bisogni per occuparsi dei fratelli e delle sorelle. Non c'era spazio per lei, e nei momenti difficili ha dovuto imparare ad arrangiarsi da sola. Oggi, anche se sente paura per qualcosa, fatica a riconoscere il bisogno di essere rassicurata e continua a mostrarsi forte e indipendente, anche quando avrebbe bisogno di essere rassicurata.

Blocco nell'azione

Ci sono persone che sanno riconoscere gli stimoli pericolosi, riescono a entrare in contatto con la paura e, pur desiderando di essere rassicurate e calmate, non si permettono di chiederlo. Spesso questo è dovuto, come nel blocco dell'azione legato alla tristezza, al timore di essere svalutate o criticate, di essere un peso per gli altri, oppure alla mancanza di fiducia nella capacità dell'altro di fornire un contenimento adeguato. Davide, ad esempio, 35 anni, lavora come infermiere in pronto soccorso ed è abituato a gestire situazioni di emergenza. Quando però si trova in difficoltà o si sente spaventato, vorrebbe farsi rassicurare ma tende a chiudersi e a mostrarsi distaccato temendo di essere un peso per l'altro.

La gioia

La gioia è un'emozione fondamentale, strettamente legata alla gratitudine. Ci permette di gustare la vita e di apprezzare ciò che siamo, ciò che facciamo e ciò che abbiamo. È naturale sperimentare gioia quando si soddisfa un desiderio o si raggiunge un obiettivo e, più in generale, quando una persona sperimenta un riconoscimento sull'essere, sul fare, sul sentire, sul pensare.

In questa prospettiva, la gioia è strettamente legata a ciò che Mastromarino e Scoliere (2002) definiscono "il ciclo del benessere": la capacità di integrare i valori della società occidentale (Piacere, Possesso e Potere) con quelli umanistico-esistenziali (Contentezza, Condivisione e Cooperazione). La persona sperimenta benessere quando riesce a gioire di ciò che è (accettando se stessa con pregi e limiti), di ciò che ha (essendo soddisfatta di ciò che possiede, senza il bisogno di desiderare sempre di più) e di ciò che fa (dando significato alle proprie azioni). In questo equilibrio, la gioia diventa piena e autentica.

Il bisogno profondo che abbiamo quando sentiamo gioia è la condivisione e di conseguenza, l'azione funzionale e adattiva che permette di completare il ciclo della gioia è quella di condividerla con chi è in grado di accoglierla, senza svalutarla o disconfermarla. Infatti, così come per la paura è importante chiedere rassicurazione a chi sa rassicurare, e per la tristezza chiedere sostegno a chi sa sostenere, per

la gioia è essenziale trovare persone capaci di gioire con noi.

Da un punto di vista clinico, si potrebbe pensare che generalmente il lavoro sia maggiormente orientato alla gestione di emozioni come paura, rabbia e tristezza, trascurando l'importanza del lavoro sulla gioia. Eppure, per chi opera in ambito psico-socio-educativo è fondamentale essere "esperti" di gioia: oltre a saperla riconoscere e accogliere quando emerge, è importante sapere come darle spazio affinché possa essere pienamente vissuta, soprattutto nella condivisione. Un professionista che sa accogliere, rispecchiare e rinforzare la gioia quando emerge, diventa un modello prezioso di come sia possibile esprimerla e sperimentarla in modo autentico e adeguato al contesto.

Una persona che vive la gioia in modo funzionale è in grado di attivare l'intera sequenza descritta nella matrice:

- Rispetto allo stimolo: riconosce gli stimoli legati ai riconoscimenti sull'essere, sentire, pensare e fare;
- Rispetto all'emozione: sente, prova e sperimenta la gioia in modo appropriato al contesto;
- Rispetto al bisogno: contatta e ascolta il proprio bisogno/ diritto di essere contento e di dividerlo;
- Rispetto all'azione: condivide la gioia con chi è in grado di accoglierla e rispecchiarla.

Una persona che riesce a mettere in atto questa sequenza, dal riconoscimento e dall'accoglienza di un momento in cui si sente felice al dividerlo con chi è in grado di gioire insieme a lei, è capace di prendersi cura della propria gioia in modo appropriato e funzionale rispetto al contesto, senza ridefinire gli stimoli che la attivano con delle contaminazioni. Tenendo presente la matrice (cfr. **Tabella 2**), il professionista può porsi alcune domande per verificare se la persona è in grado di gestire la gioia in modo appropriato:

- *Si accorge e dà valore ai riconoscimenti o li svaluta?*
- *Contatta la gioia davanti ad un riconoscimento?*
- *Riconosce di aver bisogno di condividere la gioia quando la sperimenta?*

- *Si dà la possibilità di condividere con qualcuno la gioia che sperimenta?*

Inoltre, il professionista può rivolgere le stesse domande a sé stesso per comprendere come gestisce la gioia e in quale punto del processo potrebbe incontrare un blocco. Una persona che è in grado di mettere in atto tutta la sequenza funzionale relativa alla gioia è capace di prendersene cura in modo appropriato e funzionale rispetto al contesto. In termini di Analisi Transazionale, questo significa che la persona gestisce la gioia a partire dall'Adulto senza ridefinirla attraverso una contaminazione.

Le diverse tipologie di blocco nella gioia

Una persona con difficoltà nella gestione della gioia può svalutare o ridefinire il riconoscimento, avere difficoltà a entrare in contatto con la gioia, oppure non riconoscere il bisogno di dividerla o, pur riconoscendone il bisogno, avere difficoltà nel dividerla. Di seguito viene illustrato nello specifico come le persone con difficoltà legate alla gioia possano bloccarsi in ciascuno dei quattro punti della matrice.

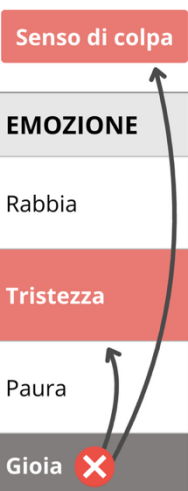
Ridefinizione dello stimolo

Le persone che ridefiniscono lo stimolo potrebbero amplificarlo, svalutarlo e disconfermarlo oppure non percepirlo come un segnale autentico di riconoscimento ma come un inganno o una forma di manipolazione. Ad esempio, una persona che svaluta un riconoscimento, nel momento in cui lo riceve, lo svaluta, non ci crede o lo percepisce come non meritato. Camilla, 20 anni, ha superato brillantemente il test di Medicina dopo un anno di intenso studio. Quando i suoi amici si sono congratulati con lei, ha risposto freddamente che non era qualcosa di speciale e che tanta altra gente era entrata e quindi era una cosa normale. Camilla è cresciuta in una famiglia molto esigente, dove i successi non venivano riconosciuti ma dati per scontati. Ha imparato a svalutare ogni risultato e a non gioire davanti ai suoi successi, svalutando ogni tipo di riconoscimento verso

di lei.

Sostituzione dell'emozione

Alcune persone riescono a riconoscere lo stimolo e il valore del riconoscimento, ma quando provano gioia la trasformano immediatamente in un'altra emozione. Questo accade spesso nelle persone che vivono la sindrome del sopravvissuto. Giuseppe, ad esempio, è sopravvissuto a un incidente stradale in cui ha perso la vita il fratello minore. Da allora, ogni volta che vive un momento in cui potrebbe sentirsi felice, dentro di sé si ripete di non avere il diritto di gioire: pensa che sarebbe dovuto morire lui al posto del fratello e che non sia giusto divertirsi, stare bene o essere felice mentre il fratello non c'è più. Ancora oggi, anche a distanza di anni, non vuole festeggiare il proprio compleanno e tende a sottrarsi a momenti di convivialità di gruppo. Ogni volta che si trova in situazioni in cui potrebbe provare gioia, emergono invece tristezza e senso di colpa. (Tabella 11).



STIMOLO	EMOZIONE	BISOGNO	AZIONE
Sopruso, ingiustizia	Rabbia	Rispetto	Affermarsi in modo assertivo
Perdita, mancanza	Tristezza	Sostegno	Chiedere sostegno
Pericolo, minaccia	Paura	Rassicurazione	Chiedere rassicurazione
Riconoscimento	Gioia ✗	Condivisione	Condividere

Tabella 11 – Rappresentazione del *racket* gioia-tristezza sulla matrice: la gioia (che nell'esempio di Giuseppe è l'emozione autentica) viene sostituita con la tristezza e il senso di colpa (emozioni parassite).

Non riconoscimento del bisogno

Ci sono persone che provano gioia di fronte a un riconoscimento,

ma non sentono di avere bisogno di condividerla nella relazione con l'altro. Elena, ad esempio, è cresciuta in una famiglia con una madre spesso depressa e un padre freddo e distante. Fin da bambina aveva imparato che mostrare gioia poteva essere vissuto come una mancanza di rispetto verso la sofferenza della madre. Quando tornava a casa felice per un buon voto a scuola, nessuno gioiva con lei; quando partecipava ai saggi di danza, nessuno dei suoi genitori andava a vederla. Con il tempo ha imparato che condividere la propria felicità non era importante, perché non c'era nessuno disposto ad accoglierla e a gioire con lei. Così, ancora oggi, quando le accade qualcosa di bello, tende a tenere per sé la gioia che prova, convinta che non abbia alcun senso condividerla con qualcuno.

Blocco nell'azione

L'azione funzionale e appropriata quando si prova gioia è condividerla con qualcuno capace di accoglierla e di gioire insieme a noi. Tuttavia, alcune persone si bloccano proprio in questo naturale movimento di apertura verso l'altro e finiscono, ad esempio, per trasformare la gioia in paura. Possono temere che l'altro svaluti o disconfermi ciò che provano, oppure che la loro felicità possa "far soffrire" l'altra persona o suscitare invidia invece che partecipazione. Per questo motivo, anziché condividere la propria gioia, tendono a trattenerla. Martina, ad esempio, riceve una proposta di lavoro che desiderava da tempo. È felice e vorrebbe raccontarlo alla sua migliore amica, ma poi ci ripensa e decide di non dirle nulla: teme che l'amica, che sta attraversando un periodo difficile, invece di gioire con lei possa soffrire o provare invidia.

La matrice nelle diverse fasi della terapia

Come si è accennato inizialmente in questo articolo, la matrice può essere impiegata in modi differenti e con finalità diverse nelle varie fasi della terapia (**Tabella 12**).

Fase terapeutica	Funzione della matrice
Alleanza	Promuovere l'alfabetizzazione emotiva (psicoeducazione) Riconoscere il blocco nel processo di elaborazione delle emozioni (identificare il <i>racket</i>)
Decontaminazione	Riconoscere l'origine del <i>racket</i> e gli schemi che lo sostengono
Deconfusione	Riconoscere e legittimare le emozioni e i bisogni autentici
Riapprendimento	Integrare e sperimentare nel presente le nuove azioni funzionali

Tabella 12 – La funzione della matrice nelle varie fasi della terapia.

La matrice nella fase dell'alleanza

Nella fase dell'alleanza, la matrice è uno strumento molto utile sia per promuovere l'alfabetizzazione emotiva (e fare psicoeducazione sulle emozioni), sia per riconoscere dove la persona si blocca nel processo di elaborazione delle emozioni.

In primo luogo quindi permette di avere una mappa chiara per spiegare cosa sono le emozioni e a cosa servono: quando è normale, naturale, adattivo e funzionale sperimentare rabbia, paura, tristezza e gioia? Di fronte a quali stimoli è funzionale sperimentarle? Perché sono importanti le emozioni, in che modo ci aiutano? Cosa vogliono dirci? Cosa ci stanno segnalando? E se non sentiamo nulla, cosa non stiamo vedendo o ascoltando? Molte persone, ad esempio, pensano che la rabbia sia solo aggressività, e arrivano in terapia chiedendo di non voler sperimentare più la rabbia, o di voler sentire solamente le emozioni positive e non quelle negative. La fase di psicoeducazione è necessaria per spiegare che non esistono emozioni negative, per aiutare la persona a comprendere che tutte le emozioni sono utili, che ci segnalano qualcosa di importante che sta accadendo e ci aiutano a riconoscere e capire di cosa abbiamo bisogno in quel momento. In questo modo già dalla fase dell'alleanza, le persone iniziano a costruire un vero e proprio alfabeto emotivo che le permette di mettere

in ordine e comprendere l'importanza e la funzione delle proprie emozioni.

In secondo luogo il terapeuta può usare la matrice come una mappa di riferimento da tener presente per riconoscere lui stesso e per stimolare la persona a comprendere dove si blocca nel processo di elaborazione di un'emozione:

- *Riconosce lo stimolo? Lo svaluta, lo amplifica o lo ridefinisce?*
- *Sente l'emozione in modo funzionale o ha difficoltà a riconoscerla, sentirla o sperimentarla?*
- *Riconosce di cosa ha bisogno quando sente una determinata emozione?*
- *Mette in atto comportamenti funzionali e adattivi che gli permettono di prendersi cura dell'emozione che sente e di ciò di cui ha bisogno?*

Avendo come criterio il processo di elaborazione delle emozioni mostrato nella matrice, si può aiutare la persona a dare un nome al problema che sperimenta, a riconoscere quali siano le emozioni parassite e quali sarebbero le emozioni autentiche e ad identificare chiaramente il processo di sostituzione (il *racket*).

Tenendo presente la matrice, inoltre, una volta definito il problema e riconosciuto il *racket*, diventa più semplice orientarsi verso un contratto. Ad esempio si può chiedere alla persona se, il fatto che davanti ad un'ingiustizia lei si senta triste e non arrabbiata (e di conseguenza non metta confini), rappresenti per lei un problema o meno, e nel caso in cui lo sia, cosa le piacerebbe fare di diverso. Successivamente, è possibile passare alla fase della decontaminazione, per scoprire ed individuare le contaminazioni alla base del *racket*.

La matrice nella fase della decontaminazione

Riconoscere un *racket* non implica essere consapevoli delle convinzioni e delle decisioni di copione che lo sostengono. La fase della decontaminazione ha proprio questo scopo: riconoscere l'origine e il significato degli schemi copionali alla base del *racket*. In questa prospettiva, la matrice diventa una mappa che, a partire dal blocco individuato, guida alla scoperta delle diverse contaminazioni alla base

dei *racket*. Riconoscere a quale livello della matrice la persona si blocca è utile perché consente di porre domande specifiche relative a quel livello di blocco, permettendo di individuare rapidamente i *racket* e le contaminazioni. Mostrando la matrice e invitando la persona a riflettere, ad esempio, sul fatto che di fronte a una perdita sarebbe naturale chiedere sostegno e consolazione, il terapeuta può successivamente stimolarla a esplorare le ragioni per cui le risulta difficile farlo, riconoscendo il modo in cui ha imparato a gestire quella specifica emozione nella propria storia. Una volta riconosciuto il *racket*, infatti, il terapeuta può formulare domande mirate (si vedano, a titolo esemplificativo, quelle riportate nella **Tabella 13**) per comprendere quando, dove, perché, con chi e da chi la persona abbia imparato a sostituire un'emozione con un'altra emozione o sensazione corporea. Può invitare la persona a cogliere quali emozioni venissero permesse e incoraggiate nella sua famiglia di origine e quali, invece, fossero criticate, osteggiate o del tutto proibite.

Esempi di domande per esplorare come la persona ha imparato a gestire le emozioni

Come si gestiva la rabbia (la tristezza, la paura o la gioia) a casa tua? Come gestiva la rabbia (o altre emozioni) tuo padre, come la gestiva tua madre?

C'erano emozioni a casa che non erano permesse, che erano "vietate", "scomode" o "pericolose"?

Cosa accadeva quando eri piccolo/a se ti arrabbiavi? Cosa accadeva se ti mostravi triste (spaventato/a o ti mostravi felice e gioioso/a)?

Cosa ti dicevano e cosa facevano i tuoi genitori se ti mostravi arrabbiato/a, cosa se piangevi e chiedevi sostegno? Si poteva piangere e chiedere aiuto e sostegno a casa tua?

Quando i tuoi genitori erano tristi, cosa facevano? Come se ne prendevano cura? Cosa facevano con te?

Come mostravano la loro rabbia nei tuoi confronti? Cosa facevano tra loro quando erano arrabbiati, tristi, spaventati o felici?

Tabella 13 – Domande specifiche per esplorare il modo in cui la persona ha imparato a gestire le emozioni sulla base della propria esperienza.

I Goulding (1983), per esplorare il modo in cui le persone avevano appreso, nel proprio contesto familiare, a gestire le emozioni, proponevano nei loro workshop un esercizio molto utile. Nello specifico, l'esercizio consente di richiamare le risposte esplicite e implicite dei principali *caregiver* alle diverse espressioni emotive della persona durante l'infanzia, mettendo in luce esperienze relazionali ricorrenti che possono aver contribuito allo sviluppo del *racket*:

“Ritorna bambino e osserva la casa in cui vivevi. Metti tutti i membri della tua famiglia nella casa. Tu sei fuori. Ora entrerai in casa di corsa e dirai e farai vedere loro come ti senti. La prima volta sei caduto e ti sei sbucciato il ginocchio. Una goccia di sangue scorre lungo la tua gamba. Anche se in realtà non lo hai mai fatto, di correre a casa piangendo perché ti sei fatto male al ginocchio. Fagli vedere la goccia di sangue. Ora osserva l'espressioni sul volto di ciascuno. Che cosa provano? Che cosa ti dicono... e che cosa si dicono fra loro? Che cosa stanno facendo per te? Per il tuo ginocchio? La prossima volta che ti sbuccerai il ginocchio, cosa immagini che sentirai... dirai... farai?” (Goulding e Goulding 1983, pp.112-113)

I Goulding hanno sottolineato che questo esercizio può essere proposto per esplorare qualsiasi emozione e hanno proposto alcune domande specifiche riferite ad altri vissuti emotivi:

- *Corri a casa piangendo. Sei molto triste perché hai perduto la tua lumaca favorita.*
- *Sei arrabbiato e strilli e hai un attacco d'ira. Un ragazzo più grande ti ha preso la merenda.*
- *Sei arrabbiato quanto l'ultima volta. Questa volta, sei arrabbiato con tua madre. Si è scordata di metterti la merenda nel cestino.*
- *Corri a casa e hai molta paura. Pensi di aver visto un grosso animale dietro l'albero.*
- *Dici di essere geloso della bambina che abita vicino. Le hanno appena regalato una nuova corda per saltare e ne vuoi anche tu una così.*
- *Gli dici sottovoce che ti vergogni. Ti è successa una cosa terribile. Ti sei fatto la pipì addosso i bambini più grandi hanno riso di te.*
- *Corri dentro ridendo e agitandoti. Sei molto felice perché hai una nota di*

merito sulla pagella.

- *Corri in casa felice, ridi e non sai perché. Ti va di ridere.*

Quelle proposte precedentemente e queste proposte dai Goulding, sono solo alcune delle possibili domande che si possono porre per esplorare i vari blocchi e stimolare l'Adulto del paziente a riconoscere ciò che ha appreso sulle emozioni a partire dalla propria esperienza evolutiva. In questo modo è possibile riconoscere sia le contaminazioni del Bambino sia quelle del Genitore e comprendere il significato e il senso evolutivo alla base dello sviluppo dei *racket*.

In molti casi, infatti, il paziente scopre che, all'interno del proprio contesto familiare, alcune emozioni non erano permesse o non trovavano spazio per essere espresse. In alcuni casi potrebbe essere stato persino pericoloso esprimerle, in quanto comportava un rifiuto, un allontanamento o anche punizioni e rimproveri. In altri casi, viene legittimata soltanto una specifica emozione, anche in situazioni in cui, in modo più sano e adattivo, ne sarebbero potute emergere altre. Ad esempio, un padre che esprime solo la rabbia in modo aggressivo, mentre altre emozioni come la tristezza, la paura, non sa né come gestirle per se stesso, né come accoglierle e contenerle nel momento in cui le prova il figlio. Per alcune persone infatti, entrare in contatto con determinate emozioni potrebbe essere molto doloroso: potrebbero non aver avuto nessuna figura di riferimento che sapesse gestire le proprie emozioni o contenere quelle del figlio nel momento in cui le manifestava, potrebbero non sapere concretamente come gestirle, oppure avere l'idea che nessuno possa contenerle o accoglierle, una volta espresse, in modo autentico. In altri casi ancora, la contaminazione proviene dal Genitore sotto forma di messaggi espliciti o impliciti come ad esempio: "non va bene arrabbiarsi", "non si deve piangere" o "bisogna sempre essere forti". Questi messaggi diventano nel tempo regole interiori rigide, che ostacolano l'espressione autentica delle emozioni e portano la persona a sostituirle con altre più accettabili o permesse nella propria famiglia di origine.

Comprendere l'origine di questi blocchi e delle difficoltà emotive, riconoscendo i *racket* e individuando le contaminazioni, è

quindi un passaggio fondamentale del processo terapeutico. Tuttavia, nonostante questa consapevolezza cognitiva rispetto a dove, quando e da chi le persone hanno imparato a non esprimere un'emozione, a viverla come pericolosa, a esprimerla in modo non funzionale oppure a sostituirla con un'altra, rappresenti un passaggio fondamentale e necessario, in alcuni casi potrebbe non essere sufficiente per il raggiungimento di un cambiamento. In questi casi è necessario un lavoro esperienziale ed emotivo che vada oltre la comprensione cognitiva e che verrà svolto nella fase di deconfusione.

La matrice nella fase della deconfusione

In questa fase, la matrice diventa una mappa da tener presente dal clinico per stimolare la persona a rientrare in contatto con l'emozione autentica e i bisogni che non sono stati soddisfatti. In questa fase, mentre la persona viene stimolata a rientrare in contatto con una scena arcaica, è importante distinguere l'emozione autentica del Bambino e l'emozione autentica sperimentata dall'Adulto, mentre è in contatto con quel Bambino. Il lavoro in una scena arcaica in alcuni momenti prevede, infatti, una doppia consapevolezza del paziente, sia con la sua parte Bambina, sia con una sua parte Adulta che può finalmente oggi sostenere il Bambino nel dare voce e prendersi cura oggi delle emozioni e dei bisogni che in passato sono stati messi da parte.

Un esempio significativo è quello di Lorenzo: in una fase avanzata della terapia, attraverso un elastico è rientrato in contatto con una scena arcaica di quando aveva sei anni, ed era stato preso a calci dalla madre perché piangendo, diceva che non voleva andare a scuola. Subito dopo, la madre, sbattendo la porta, se n'era andata, lasciandolo solo in casa. Quando gli è stato chiesto cosa sentisse in quel momento, ha detto per prima cosa di sentirsi profondamente triste. Tenendo presente la matrice, le emozioni autentiche che Lorenzo ha messo da parte in quella scena sono la rabbia di fronte agli abusi della madre, e la paura di fronte al fatto che per tutto il giorno è rimasto solo a casa, non sapendo se la madre tornasse o meno. Tuttavia, inizialmente, Lorenzo si sentiva solamente triste. È molto importante in questa fase comprendere empaticamente per cosa Lorenzo si senta triste, e

comprendere se quella tristezza è un'emozione autentica o parassita. Per fare questa distinzione, è necessario riconoscere lo Stato dell'Io in cui si trova la persona, ovvero se la tristezza, in questo caso, Lorenzo la sperimenta dal Bambino o dall'Adulto di oggi che vede la scena. Specialmente nella fase di deconfusione, è molto importante chiedersi rispetto a cosa una persona, durante il lavoro nella scena arcaica, si sente in un determinato modo, e quindi aver chiaro di fronte a quale stimolo e da che prospettiva (ovvero se dall'Adulto o dal Bambino). In questo caso, ad esempio, Lorenzo era in contatto con una profonda tristezza dall'Adulto di oggi, che rientrando in contatto con quella scena era profondamente triste ed empatico verso sé piccolo di 6 anni, picchiato e lasciato solo a casa dalla madre. In questo caso la tristezza era autentica, perché Lorenzo, dall'Adulto di oggi, era dispiaciuto per ciò che gli è mancato da piccolo e per tutto quello che avrebbe desiderato avere e non ha avuto. Il contatto con la tristezza, in questo caso, è stato un ponte per stimolare in primo luogo un'Autogenitorizzazione (James, 1974), nella quale il dispiacere, la profonda tristezza e l'empatia di Lorenzo grande, sono state fondamentali per poter abbracciare, coccolare e assicurare Lorenzo piccolo che invece in quella scena si sentiva disorientato, perso e spaventato. In seguito, è stato possibile quindi riconoscere sia la paura di Lorenzo piccolo, sia la rabbia per come si era comportata la madre. Attraverso un lavoro successivo di Ridecisione attraverso la sedia vuota (Goulding, 1983), forte del sostegno di un nuovo Genitore Affettivo che Lorenzo aveva costruito e sviluppato durante l'Autogenitorizzazione, Lorenzo è rientrato in contatto con l'ingiustizia e i soprusi della madre, e si è affermato esprimendo la rabbia che per tanto tempo aveva messo da parte. Diversamente, se invece la tristezza iniziale fosse stata vissuta e sperimentata dal Bambino, non sarebbe stata autentica, e sarebbe stato necessario un ulteriore lavoro di decontaminazione prima di poter fare un lavoro di deconfusione. In questa fase la matrice è quindi un punto di riferimento che può usare il terapeuta per aiutare il paziente a riconoscere le emozioni autentiche in relazione allo stimolo e riconoscere i bisogni autentici rispetto a ciascuna emozione.

La matrice nella fase del riapprendimento

Nella fase di riapprendimento, la matrice delle emozioni rappresenta uno strumento fondamentale per consolidare la ridecisione e sostenere l'Adulto nel tradurre i nuovi apprendimenti in comportamenti coerenti con il presente. La matrice diventa uno strumento di riferimento pratico che guida le persone ad agire comportamenti funzionali. Oltre alla psicoeducazione avviata nella fase dell'alleanza, una volta che la persona ha rideciso, diventa importante fare un lavoro di riapprendimento per sostenere l'adulto di oggi nell'agire comportamenti coerenti con il presente. Spesso, infatti, nonostante possano oggi sentirsi in diritto di esprimere la rabbia e di farlo di modo assertivo, hanno bisogno di pratica per capire concretamente come farlo, e la stessa cosa vale per qualsiasi emozione.

La matrice per il clinico

La matrice delle emozioni, oltre a essere uno strumento funzionale per i pazienti, rappresenta una mappa preziosa anche per il terapeuta. Come clinici, infatti, è fondamentale saper gestire il proprio mondo emotivo in modo funzionale, per poter accogliere e regolare quello del paziente. Per farlo, è necessario avere una mappa chiara che aiuti a orientarsi nel complesso paesaggio delle emozioni, tenendo conto di varie prospettive.

Avendo in primo luogo come focus i pazienti, il terapeuta può chiedersi se è in grado di: assicurare il paziente nei momenti in cui si sente spaventato; consolarlo e sostenerlo quando prova tristezza; valorizzare e rinforzare i momenti in cui usa l'essere arrabbiato per porre confini in modo assertivo; accogliere e condividere la gioia quando il paziente vive esperienze di felicità. Avendo come focus sé stesso, come si è accennato nelle pagine precedenti, il terapeuta può utilizzare la matrice come riferimento per riconoscere se lui stesso è in grado di gestire o meno in modo funzionale le emozioni o se si blocca in uno dei passaggi della sequenza. Inoltre, può essere tenuta presente dal terapeuta per osservare cosa sente rispetto ad un paziente

durante momenti specifici della terapia, e riconoscere se nella relazione con il paziente, sperimenta le emozioni in modo autentico o meno. In questi casi, può essere utile distinguere se si tratta di un controtransfert reattivo (che parla di ciò che sente o non sente il paziente) oppure di un controtransfert proattivo (che parla di ciò che sente o non sente il terapeuta e della sua storia personale) (Clarkson, 1992). Ad esempio, se durante una seduta il terapeuta si sente arrabbiato, triste, spaventato o felice è importante comprendere se sia coerente o meno rispetto a ciò che sta emergendo nella relazione terapeutica e scegliere quando è opportuno esprimere ciò che sente e quando, invece, sia più utile non farlo, sulla base del piano di trattamento, della concettualizzazione del caso e della fase della terapia in cui ci si trova (Mastromarino e Scoliere, 2013).

Quando il terapeuta riesce a riconoscere e gestire in modo funzionale le proprie emozioni all'interno della relazione con il paziente, questo diventa un potente esempio per il paziente: un modellamento di come sia possibile sentire, contenere ed esprimere le emozioni in modo sano e autentico. Ad esempio, nei casi in cui un paziente ha un problema nella gestione della rabbia e critica o svaluta il terapeuta in modo aggressivo, oppure attacca il setting (come il mancato pagamento delle sedute o l'arrivare sistematicamente in ritardo), è naturale che il terapeuta possa sentirsi arrabbiato. In questi casi è importante in primo luogo comprendere il significato del comportamento del paziente, dargli un senso e riconoscere eventuali processi transferali e controtransferali.

Allo stesso tempo, il terapeuta ha l'opportunità di modellare un modo sano di sentire e gestire le emozioni (in questo caso, la rabbia), muovendosi in antitesi rispetto al copione del paziente. Mostra così che è possibile riconoscere la rabbia senza agirla in modo impulsivo o distruttivo, ma mantenendo una posizione adulta, ferma, rispettosa e curiosa, che invita a riflettere, chiede spiegazioni e favorisce il dialogo. Questo modellamento rappresenta, per il paziente, una nuova esperienza rispetto a come sia possibile gestire un'emozione intensa, in modo tale che il paziente possa riconoscere come una determinata emozione possa essere accolta, regolata ed espressa in modo

costruttivo e funzionale, senza compromettere la relazione.

In questo modo, la relazione terapeutica diventa non solo uno spazio di cura, ma anche un laboratorio esperienziale in cui il paziente può apprendere, attraverso l'esempio del terapeuta, un nuovo modo di riconoscere, sentire ed esprimere le proprie emozioni e i propri bisogni.

Conclusione

La matrice delle emozioni nasce come una bussola semplice e operativa per orientarsi nel mondo emotivo proprio e altrui. Essa mette in sequenza stimolo, emozione, bisogno e azione, consentendo di riconoscere quando il processo emotivo è funzionale e quando, invece, si interrompe a causa di un blocco: nella lettura dello stimolo (processi di ridefinizione), nel contatto con l'emozione (sostituzione o *racket*), nel riconoscimento del bisogno o nella sua traduzione in un'azione adattiva e funzionale al contesto. In questa prospettiva, la matrice delle emozioni offre una guida chiara e accessibile per riconoscere, nominare e comprendere i propri stati emotivi, distinguendo tra emozioni autentiche ed emozioni parassite. È uno strumento trasversale, che può essere utilizzato in ambito socio-educativo, nel counselling, in contesti organizzativi, nel campo clinico e in tutte le fasi della terapia.

La matrice delle emozioni non rappresenta soltanto un supporto per accompagnare la persona nel riconoscimento e nella gestione delle proprie emozioni, ma può diventare anche una bussola interiore per il terapeuta o il formatore, aiutandoli a osservare e gestire le proprie risonanze emotive all'interno della relazione professionale. Per il professionista, la domanda finale è dunque duplice: «*Dove si blocca il mio cliente?*» e «*Dove mi blocca io?*» Coltivare questa doppia consapevolezza permette di prendersi cura sia delle proprie emozioni che di quelle dell'altro, favorendo un incontro autentico e regolato.

In sintesi, la matrice delle emozioni offre un linguaggio comune, pratico e condivisibile, che consente di "riparare la bussola" quando non segna più il nord e di tornare a sentire, nominare e mostrare le emozioni in modo appropriato, nel qui e ora.

Bibliografia

Adolphs, R. (2013). The biology of fear. *Current Biology*, 23(2), R79–R93.

Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (2003). *Essere assertivi: Come imparare a farsi rispettare senza prevaricare gli altri*. Il Sole 24 Ore.

Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112, 461–484.

Barrett, L. F. (2023). *Come sono fatte le emozioni: La vita segreta del cervello*. Bompiani.

Barrett, L. F., & Russell, J. A. (2015). *The psychological construction of emotion*. Guilford Press.

Barrett, L. F., Atzil, S., Bliss-Moreau, E., Chanes, L., Gendron, M., Hoemann, K., Katsumi, Y., Kleckner, I. R., Lindquist, K. A., Quigley, K. S., Satpute, A. B., Sennesh, E., Shaffer, C., Theriault, J. E., Tugade, M., & Westlin, C. (2025). The theory of constructed emotion: More than a feeling. *Perspectives on Psychological Science*, 20(3), 392–420.

Benjamin, L. S. (2019). *Terapia ricostruttiva interpersonale: Per la rabbia, l'ansia e la depressione*. Raffaello Cortina Editore.

Berne, E. (1966). *Principi di terapia di gruppo*. Astrolabio.

Berne, E. (1971). *Analisi Transazionale e psicoterapia*. Roma: Astrolabio.

Bianchini, S. (1999). Emozioni e giochi. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 5(3), 259–276.

Clarkson, P. (1992). *Transactional Analysis Psychotherapy. An Integrated approach*. New York-London: Routledge.

Cowen, A. S., & Keltner, D. (2018). Self-report captures 27 distinct categories of emotion bridged by continuous gradients. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(38), E7900–E7909.

Damasio, A. R. (1995). *L'errore di Cartesio: Emozione, ragione e cervello umano*. Adelphi.

Damasio, A. R. (2022). *Sentire e conoscere: Storia delle menti coscienti*. Adelphi.

De Nitto, C. (2004). *L'arte della psicoterapia*. Roma: IFREP.

Ecker, B. (2018). Clinical translation of memory reconsolidation research: Therapeutic methodology for transformational change by

erasing implicit emotional learnings driving symptom production. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 6(1), 1–92.

Ecker, B. (2024). A proposal for the unification of psychotherapeutic action understood as memory modification processes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 34(3), 291.

Ecker, B., & Vaz, A. (2022). Memory reconsolidation and the crisis of mechanism in psychotherapy. *New Ideas in Psychology*, 66, 100945, 1–11.

Ecker, B., & Vaz, A. (2022). Memory reconsolidation and the crisis of mechanism in psychotherapy. *New Ideas in Psychology*, 66, 100945, 1–11.

Ecker, B., Ticic, R., Hulley, L. (2018). *Sbloccare il cervello emotivo. Eliminare i sintomi alla radice utilizzando il riconsolidamento della memoria*. Milano, Franco Angeli.

Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition & Emotion*, 6(3–4), 169–200.

English, F. (1971). The substitution factor: Rackets and real feelings. Part I. *Transactional Analysis Journal*, 1(4), 27–33.

English, F. (1972). The substitution factor: Rackets and real feelings. Part II. *Transactional Analysis Journal*, 2(1), 23–25.

Erskine, R. G. (2014). *Relational patterns, therapeutic presence: Concepts and practice of integrative psychotherapy*. Routledge.

Erskine, R. G., & Zalcman, M. (1979). The racket system: A model for racket analysis. *Transactional Analysis Journal*, 9(1), 51–59.

Fanselow, M. S. (2018). Emotion, motivation and function. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19, 105–109.

Fanselow, M. S. (2018). The role of learning in threat imminence and defensive behaviors. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 24, 44–49.

Franta, H., & Solonia, G. (1990). *Comunicazione interpersonale*. LAS.

Frijda, N. H. (1986). *The Emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Frijda, N. H. (2016). The evolutionary emergence of what we call “emotions”. *Cognition and Emotion*, 30, 609–620.

Goleman, D. (1996). *Intelligenza emotiva: Che cos'è e perché*

può renderci felici (I. Blum & B. Lotti, Trans.). Rizzoli.

Goulding, R., & Goulding, M. (1983). *Il cambiamento di vita nella terapia ridecisionale*. Astrolabio.

Gratz, K. L., Weiss, N. H., & Tull, M. T. (2015). Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current Opinion in Psychology*, 3, 85–90.

Greenberg, L. S. (2021). *Changing emotion with emotion: A practitioner's guide*. American Psychological Association.

Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition and the process of change*. Guilford Press.

Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44, 19–29.

Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. American Psychological Association.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). Guilford Press.

Gross, J., & Ford, B. (2023). *Handbook of emotion regulation* (3rd ed.). Guilford Press.

Gu, S., Wang, F., Cao, C., Wu, E., Tang, Y. Y., & Huang, J. H. (2019). An integrative way for studying neural basis of basic emotions with fMRI. *Frontiers in Neuroscience*, 13, 628.

Iwakabe, S., Nakamura, K., & Thoma, N. C. (2023). Enhancing emotion regulation. *Psychotherapy Research*, 33(7), 918–945.

Izard, C. E. (1992). Basic emotions, relations among emotions, and emotion–cognition relations. *Psychological Review*, 99(3), 561–565.

Jack, R. E., Garrod, O. G., & Schyns, P. G. (2014). Dynamic facial expressions of emotion transmit an evolving hierarchy of signals over time. *Current Biology*, 24(2), 187–192.

Jack, R. E., Sun, W., Delis, I., Garrod, O. G., & Schyns, P. G. (2016). Four not six: Revealing culturally common facial expressions of emotion. *Journal of Experimental Psychology: General*, 145(6), 708.

James, M. (1974). Self-reparenting: Theory and process.

Transactional Analysis Journal, 4, 32-39.

Jones, V., & Stewart, I. (2014). *Gli adattamenti di personalità: Una nuova guida per la comprensione dei rapporti umani nella psicoterapia e nel counselling*. (Dati editoriali non forniti)

Lange, J., Dalege, J., Borsboom, D., van Kleef, G. A., & Fischer, A. H. (2020). Toward an integrative psychometric model of emotions. *Perspectives on Psychological Science*, 15(2), 444–468.

Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

LeDoux, J. (2015). *Ansia: Come il cervello ci aiuta a capirla*. Raffaello Cortina Editore.

LeDoux, J. (2020). *Lunga storia di noi stessi: Come il cervello è diventato cosciente* (G. Guerrerio, Trans.). Raffaello Cortina Editore.

Lench, H. C., Tibbett, T. P., & Bench, S. W. (2016). Exploring the toolkit of emotion: What do sadness and anger do for us? *Social and Personality Psychology Compass*, 10(1), 11–25.

Lindquist, K. A., & Barrett, L. F. (2012). A functional architecture of the human brain: Emerging insights from the science of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(11), 533–540.

Little, R. (2005). Integrating psychoanalytic understandings in the deconfusion of primitive child ego states. *Transactional Analysis Journal*, 35, 132–146.

Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4), 576-617.

Mastromarino R. (2018) *Genitori e figli: crescere insieme*. Erikson.

Mastromarino, L. (2025). *Ridecisione e riconsolidamento della memoria in analisi transazionale: Una ricerca sul risultato e sul processo del modello della ridecisione* (Dissertazione di dottorato – Università Pontificia Salesiana).

Mastromarino, R. (2013). *La gestione dei gruppi: Le competenze per gestire e facilitare i processi di gruppo*. FrancoAngeli.

Mastromarino, R., & Scoliere, M. (2002). AT e globalizzazione: Lo sviluppo del ciclo del benessere. *Psicologia, Psicoterapia e Salute*, 8(3).

Mastromarino, R., Scoliere M. (2013). La Terapia di gruppo in Analisi Transazionale, in *Psicologia, Psicoterapia e Salute* 19, 1/2.

McNeel, J. (2018). Il cuore della terapia ridecisionale: risolvere i messaggi ingiuntivi. In R. Erskine (a cura di), *L'analisi transazionale nella psicoterapia contemporanea*. Roma: LAS.

Mellor, K., & Schiff, E. (1975a). Discounting. *Transactional Analysis Journal*, 5(3), 295–302.

Mellor, K., & Schiff, E. (1975b). Redefining. *Transactional Analysis Journal*, 5(3), 303–311.

Merlo, E., Milton, A. L., Goozee, Z. Y., Theobald, D. E., & Everitt, B. J. (2015). Reconsolidation and extinction are dissociable and mutually exclusive processes: Behavioral and molecular evidence. *Journal of Neuroscience*, 34, 2422–2431.

Mobbs, D., Headley, D. B., Ding, W., & Dayan, P. (2020). Space, time, and fear: Survival computations along defensive circuits. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(3), 228–241.

Moiso, C., & Novellino, M. (1982). *Stati dell'Io*. Astrolabio.

Moors, A. (2017). Integration of two skeptical emotion theories: Dimensional appraisal theory and Russell's psychological construction theory. *Psychological Inquiry*, 28(1), 1–19.

Novellino, M., & Moiso, C. (1990). The psychodynamic approach to transactional analysis. *Transactional Analysis Journal*, 20(3), 187–192.

O'Reilly-Knapp, M., & Erskine, R. G. (2010). The script system. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 1(2), 113–127.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W.W. Norton.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2012). *Il trauma e il corpo: Manuale di psicoterapia sensomotoria*. Sassari: Istituto di Scienze Cognitive.

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press.

Panksepp, J., & Davis, K. L. (2020). *I fondamenti emotivi della personalità: Un approccio neurobiologico ed evolucionistico*. Raffaello Cortina Editore.

Panksepp, J., & Watt, D. (2011). What is basic about basic emotions? Lasting lessons from affective neuroscience. *Emotion*

Review, 3(4), 387–396.

Plutchik, R. (2001). The nature of emotions. *American Scientist*, 89(4), 344–350.

Porges S. W. (2011). Orienting in a defensive world: mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology*. 1995 Jul;32(4):301-18.

Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W. W. Norton & Company.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.

Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110, 145–172.

Scherer, K. R. (2022). Theory convergence in emotion science is timely and realistic. *Cognition & Emotion*, 36(2), 154–170.

Schiff, J.L. (1981). *Analisi Transazionale e cura delle psicosi*. Astrolabio, Roma.

Schwartz, R. C. (2023). *Come allearsi con le parti "cattive" di sé: Guarire il trauma con il modello dei sistemi familiari interni*. Raffaello Cortina Editore.

Schwartz, R. C., & Sweezy, M. (2021). *Terapia dei sistemi familiari interni*. Raffaello Cortina Editore.

Scilligo, P. (1989). Alleanza con le emozioni nei processi di cambiamento. *Polarità*, 3, 245–261.

Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Press.

Smith, C. A., & Ellsworth, P. C. (1985). Patterns of cognitive appraisal in emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(4), 813–838.

Smith, C. A., & Lazarus, R. S. (1993). Appraisal components, core relational themes, and the emotions. *Cognition and Emotion*, 7(3–4), 233–269.

Solms, M. (2023). *La fonte nascosta: Un viaggio alle origini della coscienza*. Adelphi.

Steiner, C. (1984). Emotional literacy. *Transactional Analysis Journal*, 14(3), 162–173.

Steiner, C. (1996). Emotional literacy training: The application of transactional analysis to the study of emotions. *Transactional Analysis Journal*, 26(1), 31–39.

Steiner, C. (2003). *Emotional literacy: Intelligence with a heart* (2nd ed.). Personhood Press.

Stewart, I., & Joines, V. (1990). *L'analisi transazionale*. Garzanti. (Original work published 1987)

Thomson, G. (1983). Fear, anger, and sadness. *Transactional Analysis Journal*, 13(1), 20–24.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2011). *Fantasmî nel sé: Trauma e trattamento della dissociazione strutturale* (1a ed.). Raffaello Cortina Editore.

Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina Editore.

Widdowson, M. (2016). *Transactional analysis for depression: A step-by-step treatment manual*. Routledge.

Widdowson, M. (2023). *Transactional analysis: 100 key points and techniques*. Routledge.

Woollams, S., & Brown, M. (1985). *Analisi transazionale: Psicoterapia della persona e delle relazioni* (Presentazione di R. Hostie). Cittadella.

Woollams, S., Brown, M., & Huige, K. (1976). *Transactional analysis in brief*. Huron Valley Institute.

Zheng, J., Wang, Y., & Wang, F. (2016). Evidence for four basic emotions: An fMRI study. *Frontiers in Psychology*, 7, 628.

Zvelc, G. (2010). Relational schemas theory and transactional analysis. *Transactional Analysis Journal*, 40, 8-22.

Diagnosi oncologica materna e comunicazione ai figli minorenni: studio osservazionale retrospettivo

Antonio Capodilupo¹, Emanuele Cozzi², Chiara Giliberti³, Maria Costanza Ciancarelli⁴, Massimo Crocca⁵, Alessio Fioravanti⁶

Maternal cancer diagnosis and communication to minor children: a retrospective observational study

Abstract

L'articolo espone l'attuazione del progetto intitolato "Ascoltami", promosso dalla LILT - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e volto a conoscere il livello di distress, accusato da madri che hanno ricevuto una diagnosi tumorale, e l'impatto che l'evento ha sui figli in età evolutiva. Lo studio scansiona le modalità operative, con le quali le madri hanno dato

¹ antonioicapodilupo@gmail.com, Associazione provinciale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori LILT Latina.

² e_cozzi@hotmail.com, Associazione provinciale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori LILT Latina.

³ chiaragil@libero.it, Associazione provinciale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori LILT Latina.

⁴ mcostanza.ciancarelli@gmail.com, Associazione provinciale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori LILT Rieti.

⁵ macro.psi@gmail.com, Associazione provinciale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori LILT Frosinone.

⁶ alessiofioravanti.psi@gmail.com, Associazione provinciale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori LILT Viterbo.

comunicazione ai figli della cattiva notizia appresa, usando la griglia SPIKES (Setting – Perception – Invitation – Knowledge – Emotions – Summary) di Baile e Buckman. Si tratta di un'indagine retrospettiva osservazionale condotta con 20 madri, le quali richiamano lo stato emotivo provato alla diagnosi di cancro, mediante compilazione del Termometro del Distress, e riferiscono la loro percezione degli impatti emotivi sui figli, mediante la compilazione del questionario TSCYC (Trauma Symptom Checklist for Young Children). Le madri appalesano un iniziale forte distress, che si modera a distanza di un mese, connesso a personali problemi emozionali, a problemi relazionali con il partner e a preoccupazioni per la cura dei figli; i figli sono percepiti a rischio di ansia e depressione e persino di sindrome post-traumatica; la comunicazione materna talora è del tutto latitante e, quando viene proposta, non segue tutte le fasi del modello SPIKES. Lo studio raccomanda di suggerire alle madri con diagnosi tumorale di seguire lo schema dello SPIKES e di valutarne gli effetti sui figli.

The article presents the implementation of the project entitled “Listen to me”, promoted by LILT - Italian League for the Fight against Tumors and aimed at knowing the level of distress, accused by mothers who have received a tumor diagnosis, and the impact that the event has on their children in developmental age. The study scans the operating methods, with which mothers have communicated to their children the bad news received, using the SPIKES grid (Setting – Perception – Invitation – Knowledge – Emotions – Summary) by Baile and Buckman. It is a retrospective observational survey conducted with 20 mothers, who recall the emotional state experienced at the diagnosis of cancer, by filling out the Distress Thermometer, and report their perception of the emotional impacts on their children, by filling out the TSCYC questionnaire (Trauma Symptom Checklist for Young Children). Mothers show an initial strong distress, which moderates after a month, connected to personal emotional problems, to relational problems with the partner and to worries about child care; the children are perceived at risk of anxiety and depression and even of post-traumatic syndrome; maternal communication is sometimes completely absent and, when it is proposed, it does not follow all the phases of the SPIKES model. The study recommends suggesting to mothers with a tumor diagnosis to follow the SPIKES scheme in communicating with their children and to evaluate its effects on the children.

Keywords

Comunicazione della diagnosi tumorale; Distress materno; Impatto emotivo sui figli.

Keywords

Communication of cancer diagnosis; Maternal distress; Emotional impact on children.

Introduzione

L'acquisizione del significato della malattia (e del cancro) avviene gradualmente nel bambino.

Shapiro e Sweeney (2019) ne descrivono le fasi, ripercorrendo le tappe dello sviluppo emotivo e cognitivo tracciate da Jean Piaget (1937):

- fase preoperatoria (2-7 anni): i bambini, in questa fase, hanno difficoltà a comprendere concetti astratti come malattia e morte. Possono vedere la malattia come una punizione o uno stato temporaneo. Possono anche nutrire un pensiero magico, credendo che i loro pensieri o azioni possano influenzare la malattia;
- fase operativa concreta (7-12 anni): i ragazzi, in questa fase, iniziano a comprendere la malattia come una condizione fisica, ma possono ancora avere difficoltà a comprendere le complessità del cancro. Sono concentrati sulle conseguenze immediate della malattia, come la perdita di capelli o gli effetti collaterali del trattamento;
- fase operativa formale (12+ anni): gli adolescenti, in questa fase, sono capaci di pensiero astratto e possono comprendere le complessità del cancro, incluso il potenziale di morte. Tuttavia, possono avere ancora qualche difficoltà ad elaborarla emotivamente e possono provare ansia, paura e dolore.

Questo studio si articola illustrando, dapprima, l'impatto emotivo che i figli in età evolutiva vivono durante il percorso di una malattia tumorale accusata dai genitori ed evidenziando l'importanza di una comunicazione efficace tra genitori e figli della diagnosi appena acquisita; quindi, mediante un'indagine per lo più retrospettiva, porta l'attenzione: a) alla condizione di stress vissuta da madri, che hanno ricevuto una diagnosi tumorale; b) alla percezione che le stesse hanno degli effetti emozionali prodotti sui figli in età evolutiva; c) alle modalità comunicative con le quali hanno fatto partecipi i figli della cattiva notizia accolta.

I figli in età evolutiva e il tumore dei genitori

L'impatto del tumore sui figli in età evolutiva

Shapiro e Sweeney (2019) riassumono le risposte emotive che i figli in età evolutiva provano rispetto al cancro dei genitori, desunte dalle numerose ricerche condotte in proposito (Vance & Bottorff, 2002; Nielsen & Sarna, 2010; Buchbinder & Parton, 2012):

- paura e ansia: i figli possono provare paura e ansia per la salute dei genitori, per l'impatto della malattia sulla famiglia e sul proprio futuro;

- tristezza e dolore: i figli possono provare tristezza e dolore, in particolare se assistono alla sofferenza dei genitori e se subiscono la perdita di un genitore;

- rabbia e risentimento: i figli possono provare rabbia e risentimento nei confronti dei genitori, del sistema sanitario o persino di sé stessi;

- colpa e vergogna: i figli possono sentirsi in colpa o vergognarsi se pensano di aver causato la malattia dei genitori o se si sentono un peso. I figli possono manifestare anche:

- cambiamenti comportamentali: possono mostrare aggressività, ritiro o difficoltà di concentrazione. Questi cambiamenti possono essere un modo di affrontare lo stress e l'ansia che stanno vivendo;

- disturbi del sonno: possono avere difficoltà a dormire o avere incubi;

- sintomi fisici: possono sviluppare sintomi come mal di stomaco o mal di testa;

- difficoltà sociali: possono sperimentare difficoltà nelle loro relazioni sociali, sia con i coetanei che con i familiari. Possono sentirsi isolati e incompresi, poiché gli altri potrebbero non comprendere appieno l'impatto che la malattia della madre ha sulla loro vite;

- difficoltà scolastiche: possono avere difficoltà a causa dell'impatto emotivo e psicologico della malattia della madre. Potrebbero avere difficoltà a concentrarsi, a portare a termine i compiti e a frequentare regolarmente la scuola (Visser et al., 2004; Mellon & Deane, 2016).

Gli studiosi, pertanto, sottolineano l'importanza di fornire supporto e risorse ai figli in età evolutiva colpiti dalla diagnosi di cancro di un genitore, per aiutarli a fronteggiare le proprie emozioni, a gestire le proprie preoccupazioni e a mantenere il proprio benessere generale.

Gli interventi suggeriti possono includere:

- interventi educativi che aiutino a comprendere la malattia e il trattamento dei genitori, al fine di ridurre ansia e paura;
- assistenza incentrata sulla famiglia, per aiutarne i componenti ad affrontare le sfide della diagnosi di cancro e del trattamento di un genitore;
- la psicoterapia individuale o familiare che può fornire uno spazio sicuro in cui i figli possono esprimere i propri sentimenti e sviluppare strategie di adattamento;
- normalizzazione delle esperienze, creando opportunità per i figli in età evolutiva di entrare in contatto con coetanei che hanno vissuto situazioni simili, onde sentirsi meno soli e vivere come “normali” le proprie esperienze;
- offerta di risorse educative, quali libri e sussidi che spieghino in modo semplice come funziona il trattamento del cancro, aiutando a comprendere i cambiamenti che vedono nella madre (ad esempio, la perdita dei capelli o la fatica durante il trattamento) (Rosenberg & Hill, 2013; Jones & Sloan, 2014).

La comunicazione della diagnosi tumorale ai figli in età evolutiva

Henderson e Chang (2008) sottolineano l'importanza di una comunicazione efficace tra genitori con cancro e figli e sollecitano una comunicazione:

- onesta, anche se parlare di cancro può essere un argomento difficile e carico di emozioni;
- coerente, in modo che i figli non si sentano confusi o sopraffatti da messaggi contrastanti;
- adatta all'età e al livello di sviluppo del figlio, utilizzando un linguaggio semplice ed evitando il gergo medico;
- aperta ad ascoltare le preoccupazioni e le domande dei figli, fornendo rassicurazioni e supporto.

Le ricerche dimostrano l'utilità della comunicazione della diagnosi tumorale a figli, sia bambini che adolescenti:

- in uno studio trasversale, che mirava a rilevare, in un campione di 97 adolescenti, la relazione tra la crescita post-traumatica (PTG – *Post Traumatic Growth*) e la comunicazione loro rivolta dalle madri alle quali era stato diagnosticato un tumore al seno, è risultato che il punteggio, riportato alla PTGI-C-R-J (*PTG Inventory for Children*)

rivista (Kilmer, Buchanan & Taku, 2009), era più alto quando gli adolescenti condividevano con le loro madri più informazioni sul tumore e più basso quando gli adolescenti avevano opportunità di esprimere alle loro madri i propri stati emotivi, anche negativi (Oshiro et al., 2023);

- il programma di ricerca *My Kite Will Fly* (MKWF) presso il *Royal Women's Hospital* e il *Peter MacCallum Cancer Center*, Melbourne, Australia, riporta che il 66,6% dei genitori, in famiglie in cui alla madre viene diagnosticato un cancro ginecologico potenzialmente letale, ha riportato una migliore comprensione del processo di chemioterapia e una migliore comunicazione con i membri più giovani della famiglia, attuando due pilastri della comunicazione efficace: il *Dignity Model*, quale approccio per aiutare le persone con malattie gravi a preservare il senso di dignità, identità e continuità del sé, e il *Child-Centered approach*, quale orientamento che mette il bambino al centro del processo comunicativo e terapeutico, usando un linguaggio adatto, riconoscendone i bisogni cognitivi ed emotivi, favorendo un clima di apertura e di sicurezza (Holland et al., 2018);

- l'analisi della condivisione o della mancata condivisione praticata da 32 madri con i figli di età compresa tra 8 e 21 anni in merito ai risultati ottenuti al test BRCA1/2, cui si erano sottoposte per la rilevazione del rischio di cancro ereditario, ha sottolineato l'utilità della trasmissione ai ragazzi, positiva e preventiva, anche delle informazioni genetiche (Patenaude et al. 2013).

D'altra parte le interviste condotte a domicilio nell'Oxfordshire, Regno Unito, con 26 padri, le cui partner avevano un tumore al seno in fase iniziale, e con 31 dei loro figli di età compresa tra 6 e 18 anni, hanno rilevato che i padri erano desiderosi di rassicurare e proteggere i figli, lamentando tuttavia di non avere informazioni sufficienti sul tumore al seno, in particolare sugli effetti collaterali dei trattamenti, per cui riferivano di interpretare le reazioni dei loro figli come "cattivo comportamento" o "maleducazione" (Forrest, Plumb, Ziebland, Stein, 2009); il *team* sanitario, pertanto, può proporsi come intermediario competente a fornire supporto ai genitori e ai loro figli, offrendo le informazioni necessarie al caso (Hinchliff & McAndrew, 2005).

Anche in uno studio sulla comunicazione madre – figlio di Sinclair e colleghi (2019), eseguito a Victoria, in Australia, tramite interviste telefoniche semi-strutturate a 13 madri diagnosticate con tumore al

seno e a 10 operatori sanitari, ha rilevato che le madri e gli operatori sanitari riconoscono l'importanza della comunicazione con i bambini (età 3-12 anni); tuttavia, le madri desideravano risorse comunicazionali facilmente accessibili, istruttive e pratiche, ed enfatizzavano la qualità rispetto alla quantità del supporto desiderato; gli operatori sanitari, invece, pur riconoscendo l'importanza della comunicazione, non offrivano le informazioni istruttive desiderate e il supporto di qualità atteso.

Indagine

L'indagine è stata svolta nel contesto del progetto "Ascoltami", realizzato dalle Associazioni provinciali LILT – Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Latina-Frosinone-Rieti-Viterbo, da maggio 2023 a dicembre 2024.

Il criterio di inclusione ammetteva madri che avessero ricevuto una diagnosi tumorale in un periodo in cui fossero presenti, in famiglia, figli in età evolutiva.

Lo scopo del progetto mirava a cogliere gli stati d'animo vissuti dalle madri medesime, a valutare l'impatto dell'evento sui figli, a offrire occasione di counselling di sostegno, a esaminare le modalità di comunicazione con le quali le mamme avessero reso partecipi i figli della propria patologia.

Materiali e metodi

Le madri sono state arruolate tra le associate della LILT provinciale o mediante segnalazione da parte dei servizi oncologici ospedalieri che le avevano o avevano avute in carico.

Il progetto è stato svolto da psicologi psicoterapeuti, individuati uno per ciascuna delle quattro LILT provinciali.

Alle mamme aderenti è stato proposto di visionare e sottoscrivere il consenso informato.

Il percorso di valutazione ha compreso quattro momenti:

1° incontro: somministrazione del Termometro del Distress alla mamma, riferito al periodo in cui ha vissuto la notizia della diagnosi tumorale e Somministrazione del questionario TSCYC sul bambino;

2° incontro: intervista semi-strutturata alla madre, guidata dal modello SPIKES sulle modalità di comunicazione della diagnosi al figlio;

3° incontro: restituzione e counselling di sostegno, con possibilità anche di più incontri;

4° incontro (a distanza di un mese): ripetizione del Termometro del Distress, per valutare se la percezione degli stati del disagio materno manifestasse una eventuale rielaborazione associata alla attenzione portata a sé, nella partecipazione allo studio, pur a distanza dall'evento tumorale.

La madre, alla quale è consegnato il TSCYC per autosomministrazione, esprime nelle risposte come ha percepito il bambino, nel periodo in cui le è stata diagnosticata una malattia tumorale.

Di seguito sono descritti gli strumenti proposti nell'indagine.

Il Termometro del Distress è uno strumento utilizzato in oncologia per valutare il disagio emotivo dei pazienti affetti da cancro. Descritto per primo da Roth et al. (1998) e incluso nelle Linee guida per la pratica clinica in oncologia del NCCN - *National Comprehensive Cancer Network* nel 1999, consiste in una scala analogica visiva da 0 a 10, dove 0 indica nessun *distress* e 10 indica il massimo livello di *distress*. Vi è associata una *checklist* di sintomi, raggruppati in 5 categorie tematiche (PP – Problemi Pratici, PR – Problemi Relazionali, PE – Problemi Emotivi, AS – Aspetti Spirituali, PF – Problemi Fisici).

Le caratteristiche psicometriche presentano buona affidabilità e validità, confermate da numerosi studi (Akizuki, 2005; Greco, 2020; Al-Shaabi, 2021).

Il punteggio di 4 o superiore sulla scala analogica è generalmente considerato indicativo di *distress* moderato o severo e richiede un'ulteriore valutazione e l'intervento da parte di professionisti.

Lo strumento è apprezzato per la sua semplicità e rapidità di somministrazione (Ownby, 2019); nel presente studio, ne è stata impiegata la versione del 2007.

Il *Trauma Symptom Checklist for Young Children* (TSCYC) è un questionario di 90 *item*, che raccoglie la segnalazione del *caretaker* circa la sintomatologia dei soggetti in età evolutiva attenzionati, correlata a situazioni traumatiche e di stress. Contiene due scale di affidabilità del *reporter* (LR – Livello di Risposta e RAT – Risposte Atipiche) e otto scale cliniche (ANS - Ansia, DEP – Depressione, RAB - Rabbia/Aggressività, PTS-I Stress post-traumatico - Intrusione, PTS-EV Stress post-traumatico - Evitamento, PTS-AR Stress post-

traumatico - Eccitazione, DIS – Dissociazione, PS - Preoccupazioni Sessuali).

Le due scale di validità indicano se l'adulto è evitante o ha un atteggiamento difensivo, per cui tende a negare o a minimizzare alcuni aspetti del comportamento del bambino (LR), o se, viceversa, il *caregiver* ha la tendenza a enfattizzare e sovrastimare i sintomi (RAT). Le scale cliniche rilevano otto differenti tipi di sintomi, potenzialmente connessi a traumi nei soggetti in età evolutiva:

- ansia (ANS): misura il livello di paura e preoccupazione osservato;
- depressione (DEP): indica le sensazioni, i pensieri e i comportamenti associati a tristezza, mancanza di felicità e depressione osservati;
- rabbia-aggressività (RAB): valuta la quantità di rabbia o aggressività osservata, indica ostilità, irritabilità, aggressività e, in alcuni casi, disturbo della condotta;
- PTS-I: misura l'intrusività dei ricordi traumatici e il loro irrompere nella quotidianità;
- PTS-EV: misura l'evitamento, indicando che il soggetto attenzionato utilizza strategie cognitive, comportamentali o emozionali di elusione per difendersi dalla sofferenza;
- PTS-AR: valuta l'*arousal* come allerta continua rispetto alla presenza di potenziali pericoli;
- PTS-TOT, dato dalla somma delle tre precedenti, permette una valutazione globale dello stress provato dal soggetto attenzionato e indica, se particolarmente elevata, la probabile presenza, di un PTSD – Disturbo post-traumatico da stress;
- dissociazione (DIS): indica la presenza di sintomi dissociativi quali "assenze", fenomeni simili alla trance, disattenzione ecc.;
- preoccupazioni sessuali (PS): indica la presenza di pensieri e comportamenti che, seppure non sintomatici di per sé, possono essere atipici rispetto all'età o avvenire con frequenza eccessiva.

Il TSCYC presenta norme distinte per genere del soggetto e per tre fasce d'età (3-4 anni; 5-9 anni; 10-12 anni).

La validazione italiana è avvenuta attraverso un campione normativo costituito da 517 soggetti in età evolutiva provenienti da diverse località del nord, centro e sud Italia (Pessina et al., 2015).

I punteggi grezzi ottenuti sono trasformati in punti T.

Nelle scale composte dai punti T, la media della distribuzione delle scale cliniche è 50, il *cut-off* per possibili problematiche con

significato clinico è 65 e 70; per le due scale di validità la linea di demarcazione è posta sul valore di 70 per LR e di 90 per RAT; il punteggio T tra 65 e 69 nella LR indica una possibile tendenza a sottostimare i sintomi del bambino.

L'analisi delle proprietà psicometriche ha riscontrato una buona affidabilità, in uno studio di validità multicentrico; il suo utilizzo come misura clinica è ben supportato (Briere et al., 2001; 2005).

Il modello SPIKES è stato creato nel 2000 dal medico psichiatra statunitense Walter F. Baile, in collaborazione con l'oncologo Robert Buckman e altri professionisti, per migliorare la comunicazione delle cattive notizie in ambito medico: diagnosi difficili e prognosi infauste. Lo schema della comunicazione prevede sei momenti, specificati nell'acronimo:

S - *Setting*: assicurarsi di avere un ambiente privato e confortevole per la conversazione e il tempo necessario senza interruzioni;

P - *Perception*: valutare la percezione della persona riguardo alla situazione, chiedendo cosa sa già o cosa sospetta;

I - *Invitation*: invitare la persona a ricevere le informazioni, chiedendo se preferisce sapere tutti i dettagli o solo una sintesi, per rispettare le preferenze individuali;

K - *Knowledge*: fornire le informazioni in modo chiaro e diretto, evitando termini tecnici o ambigui, usando frasi semplici e verificando che la persona abbia compreso;

E - *Emotions*: riconoscere e rispondere alle emozioni della persona, mostrando empatia e offrendo supporto emotivo;

S - *Strategy and Summary*: offrire una strategia o un piano d'azione per affrontare la situazione, riassumere i punti principali e assicurarsi che la persona abbia capito cosa succederà dopo.

Lo schema è stato riportato in una scheda guida (Tab. 1), quale strumento per gli psicologi intervistatori per confrontare le mamme sulle modalità con cui, per singola fase, si sono poste nella comunicazione indirizzata ai figli, nel periodo della diagnosi tumorale ricevuta, e per registrarne le risposte, in forma binaria, in prima persona, come se pronunciate dalle intervistate.

Tab. 1 – Scheda per la guida dell'intervista SPIKES

Nel periodo in cui ho ricevuto la diagnosi tumorale mio figlio aveva anni e			
() ho scelto di non parlarne espressamente con mio figlio			
() ne ho fatta condivisione con mio figlio e ...			
	Guida all'intervista		
S Setting up	Preparare il contesto il tempo idonei alla condivisione: p.e. "vorrei parlare un po' con te di come vanno le cose..."	<i>Ho preparato spazio e tempo:</i>	<i>Non ho avuto modo di preparare spazio e tempo:</i>
P Perception	Cercare l'idea che il bambino si è fatta della malattia materna: p.e. "Cosa hai pensato delle analisi che mamma ha fatto?"	<i>Ho sondato l'idea che mio figlio si era fatta della mia malattia:</i>	<i>Non ho sondato l'idea che mio figlio si era fatta della mia malattia:</i>
I Invitation	Cogliere quanto il bambino desideri essere informato: p.e. "Vuoi saperne i risultati e ragionare su cosa fare ora?"	<i>Ho invitato mio figlio a esprimere il suo bisogno di informazione:</i>	<i>Non ho invitato mio figlio a esprimere il suo bisogno di informazione:</i>
K Knowledge	Fornire al bambino le informazioni necessarie a comprendere la situazione: "Il medico ha detto a mamma ... e si può avere fiducia"	<i>Ho dato a mio figlio idonee spiegazioni sulla mia malattia:</i>	<i>Non ho dato a mio figlio idonee spiegazioni sulla mia malattia:</i>
E Emotions	Facilitare l'espressione delle emozioni che il bambino sta provando: p.e. "Vedo che sei dispiaciuto e sei triste! Anche io lo sono: ci aiuteremo insieme!"	<i>Ho facilitato l'espressione delle emozioni di mio figlio:</i>	<i>Ho interrotto l'espressione delle emozioni di mio figlio:</i>

S Strategy and summary	Lasciare spazio alle domande per valutare quanto il bambino ha effettivamente compreso: p.e. “Mi vuoi chiedere qualcosa o anche sapere cosa fare insieme?”	<i>Ho lasciato spazio alle domande di mio figlio:</i>	<i>Ho concluso senza attendere domande da mio figlio:</i>
---	--	---	---

Compilata la scheda, gli psicologi intervistatori riportavano commenti liberi su quanto, verbalmente e non verbalmente, avevano notato nel modo di porsi e di rispondere delle madri.

L'analisi dei dati raccolti ha previsto: statistiche di frequenza per le variabili nominali o categoriali, sia quelle che descrivono lo stato socio-anagrafico e sanitario delle madri aderenti allo studio, sia quelle che riportano i problemi dichiarati dalle stesse alla *checklist* del Termometro del Distress; statistiche descrittive per le variabili numeriche del questionario TSCYC; *t* di *Student* della differenza tra le medie per il punteggio scalare pre e post del Termometro del Distress.

Una delle mamme ha inteso sottoporsi a somministrazione rispetto ai due figli, entrambi minorenni al momento della scoperta della diagnosi tumorale: in tal caso, il *data base* riguardante la madre è stato valorizzato una sola volta, mentre sono riportati i dati per entrambi i ragazzi.

A margine, sono stati somministrati i questionari anche a tre madri con figli adulti, al momento della diagnosi; di questi sono state tenute presenti, per confronto, le sole informazioni riportate nella scheda SPIKES.

Risultati

Il campione è composto da 20 madri e 21 bambini.

L'età media delle madri, al momento dell'intervista, da un minimo di 31 a un massimo di 56 anni, è di 42 anni ($DS = \pm 6,81$).

Per stato civile, le partecipanti sono: n. 16 coniugate, 2 separate, 1 *single* e 1 divorziata.

L'età media dei figli, al momento in cui è stato diagnosticato il tumore materno, da un minimo di 1 a un massimo di 15 anni, è di 9,6 anni ($DS = \pm 3,47$).

I minori sono 11 maschi (52,4%) e 10 femmine (47,6%).

In famiglia, in un solo caso, sono presenti altri conviventi oltre il nucleo.

La tipologia prevalente di tumore, da cui sono affette le madri, è quello al seno ($n = 15$); ci sono anche 2 casi di tumore all'utero, 1 al cervello, 1 allo stomaco e 1 con sindrome di Lynch.

La stadiazione del tumore è stata riferita da 11 mamme al livello 1, da 3 al livello 2 e da 2 al livello 3, mentre 4 non hanno saputo indicarne lo stadio.

La possibile familiarità del tumore è stata indicata da 6 donne, da 13 è stata esclusa e da 1 non è stata menzionata.

Il disagio materno, appalesato nella scheda analogica del Termometro dello Stress, alla prima somministrazione, si attesta sul valore medio di 8,65 ($DS = \pm 2,16$), con un minimo di 2 e massimo di 10; nella seconda somministrazione, a distanza di un mese, si attesta sul valore medio di 3,70 ($DS = \pm 2,98$), con un minimo di 0 e massimo di 8; la differenza tra i due valori, analizzata con il t di *Student*, risulta statisticamente significativa ($p < 0,01$).

I problemi indicati nella *checklist* del Termometro sono riportati in frequenza assoluta nelle finestre della Tab. 2, nelle quali sono riportate le sole voci valorizzate, omettendo dall'elenco quelle che non hanno ricevuto una scelta. La somma dei valori può eccedere il numero di 20, poiché le mamme potevano contrassegnare più di una voce:

Tab. 2 – Problemi nella check list del Termometro del Distress in frequenza assoluta

Tab. 2a - Problemi pratici

	Pretest	Posttest
1. Nella cura dei figli	13	7
3. Economici	2	1
4. Scolastici/lavorativi	3	5
5. Di trasporto	2	1
Tot.	20	14

Tab. 2b - Problemi relazionali

	Pretest	Posttest
1. Con il partner	10	8
2. Con i figli	4	2
3. Con altri	3	6
Tot.	17	16

Tab. 2c - Problemi emozionali

	Pretest	Posttest
1. Depressione	5	5
2. Paure	5	3
3. Nervosismo	5	7
4. Tristezza	5	4
5. Preoccupazione	9	6
6. Perdita di interessi	4	2
Tot.	33	27

Tab. 2d - Aspetti spirituali

	Pretest	Posttest
Problemi di fede	1	0

Tab. 2e - Problemi fisici

	Pretest	Posttest
1. Problemi di sonno	2	2
2. Dolore	3	4
3. Problemi a lavarsi/vestirsi	1	1
4. Nausea	3	1
5. Senso di stanchezza	6	9
6. Problemi a muoversi	0	3
9. Problemi ad alimentarsi	1	1
10. Difficoltà a digerire	3	0
14. Secchezza della cute	1	0
15. Naso chiuso	2	0
17. Senso di gonfiore	2	1
20. Problemi di memoria	2	3
21. Problemi sull'apparire	4	1
Tot.	30	26

L'analisi delle risposte al questionario TSCYC su 20 minori, poiché per 1 non è stato possibile effettuare la somministrazione, restituisce i valori riportati nella Tab. 3, dove sono indicati gli stati emotivi percepiti dalle madri nei propri figli, durante il periodo susseguente alla diagnosi tumorale:

Tab. 3 – Valori di posizione e scostamenti dei punti T al TSCYC relativi alla percezione degli stati d'animo dei bambini da parte delle madri

N = 20	Min	Max	Media	DS
LR - Livello di risposta	34	71	51,30	12,10
RAT - Risposte atipiche	42	82	57,25	11,26
Ansia	39	92	63,70	14,66
Depressione	46	110	69,65	16,23
Rabbia/Aggressività	40	83	53,75	12,67
PTS_Intrusione	44	103	61,85	15,66
PTS_Evitamento	42	90	65,80	15,53
PTS_Arousal	42	105	66,80	17,43
PTS_Totale	45	107	68,00	17,04
Dissociazione	39	102	57,90	18,54
Problemi sessuali	43	57	46,15	3,06

Nelle scale di validità, entrambi i punteggi medi di LR e RAT sono al di sotto della soglia rispettiva di 70 e 90; una mamma in LR riporta 71, indicando una possibile tendenza a sottostimare i sintomi del figlio.

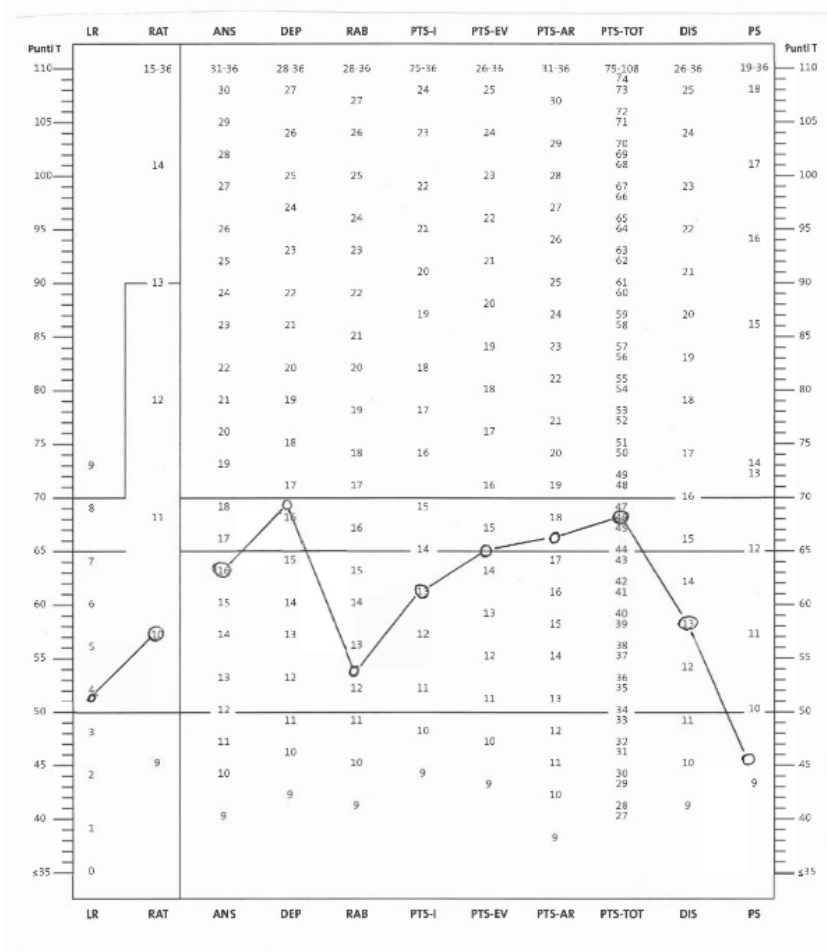
Le medie dei punteggi T del campione, nelle scale cliniche, si posizionano al di sotto del *cut-off* di 65 nelle dimensioni di Rabbia, Dissociazione e Problemi sessuali; è prossima al valore critico la dimensione di Ansia; superano la quota di 65, indicatore di possibili problematiche, i valori di Depressione e tutti i valori della Sindrome Post-Traumatica.

Inoltre, anche nelle dimensioni nella norma, il *range* di scostamento è ampio e, in taluni casi, il punteggio massimo segnala la presenza di uno spessore clinico da tenere in considerazione.

La Fig. 1 accoglie i punteggi grezzi e i corrispondenti punteggi T.

In essa, sono trascritti i valori medi del campione per singola variabile, tracciando, sul grafico normato per l'età 10-12 anni, il profilo degli stati emotivi che le mamme hanno percepito e riferito, per i loro figli, durante il primo periodo del percorso diagnostico e terapeutico del tumore insorto.

Fig. 1 – Profilo medio degli stati emotivi dei bambini nel TSCYC



In merito alla scheda SPIKES, le modalità binarie (Sì/No) con cui le madri hanno comunicato ai figli la *bad news* della propria diagnosi tumorale, secondo le fasi canoniche del modello di Baile e Buckman, presentano la seguente situazione:

S - *Setting*: 6 effettuato, 14 non effettuato;

P - *Perception*: 9 effettuato, 11 non effettuato;

I - *Invitation*: 6 effettuato, 14 non effettuato;

K - *Knowledge*: 6 effettuato, 14 non effettuato;

E - *Emotions*: 5 effettuato, 15 on effettuato;

S - *Strategy and Summary*: 6 effettuato, 14 non effettuato.

Meno di un terzo delle mamme ha praticato una modalità comunicativa completa e, tra queste, l'insieme delle fasi è stato eseguito in modo frammentario.

Nel paragrafo successivo, sono ripresi anche i commenti annotati dagli intervistatori.

Discussione

Il vissuto di *distress* delle madri, mediamente superiore a 4 punti, alla prima somministrazione del Termometro, è sovrapponibile a quello rilevato dai ricercatori in campioni di donne affette da tumori femminili (Jewett, 2020; Wall et al., 2022).

La seconda misurazione analogica con il Termometro trova, invece, un valore inferiore ai 4 punti, a distanza di un mese. La differenza prima – dopo, statisticamente significativa, può essere spiegata con alcune ipotesi da verificare: un effetto *Hawthorne*, dimostrato per la prima volta nel 1927 dai sociologi Elton Mayo e Fritz J. Roethlisberger, consistente nel positivo effetto indotto dalla partecipazione ad una ricerca, in presenza di sperimentatori; un *bias* del sopravvissuto (*survivorship bias*), con l'impressione di aver superato l'evento drammatico, unitamente al *bias* del presente, con attribuzione di maggiore rilevanza allo stato attuale rispetto a quello passato; l'evoluzione favorevole del percorso terapeutico; il *counselling* psicologico prestato che ha dato alle madri l'occasione di riflettere sulla propria condizione socio-emotiva e di attivarsi propositivamente.

Leggendo le frequenze prima – dopo sommate, appare come il disagio materno risulti alimentato soprattutto dai problemi emozionali propri (Tab. 2c), oltre che senso di stanchezza psicofisica (Tab. 2e), dai problemi relazioni con il *partner* (Tab. 2b) e dai problemi pratici con i figli (Tab. 2a).

In taluni casi, la frequenza nella replica del test è maggiore di quella iniziale: nei problemi scolastici dei figli (Tab. 2a); nei problemi relazionali con altri (Tab. 2b), nel nervosismo (Tab. 2c), in problemi

fisici quali dolore, stanchezza ecc. (Tab. 2d); verosimilmente, ciò è dovuto alla possibile variabilità degli stati d'animo nelle contingenze di vita.

Nello studio, trova conferma l'impatto che la diagnosi tumorale materna ha sui figli in età minore, generando in loro ansia e tristezza (Vance & Bottorff, 2002; Nielsen & Sarna, 2010; Buchbinder & Parton, 2012); l'indagine rileva anche un effetto post-traumatico che risulta meno esplorato nelle ricerche rinvenute, nelle quali l'interesse degli studiosi è stato prevalentemente portato sul disturbo post-traumatico dei genitori che assistono un bambino affetto da tumore.

Nei minori del campione, il profilo medio al questionario TSCYC si presenta nella norma (Tab. 3 e Fig. 1). Tuttavia, la ricerca invita a mantenere l'attenzione sulle dimensioni di Ansia, Depressione e Sindrome Post-Traumatica, sia perché vicine al punto critico, sia perché gli scostamenti dalla media sono ampi e taluni punteggi massimi segnalano la presenza di un possibile franco disturbo.

La scheda SPIKES ha rivelato che quattro delle madri intervistate hanno espressamente omesso di comunicare con i figli e che le altre ne hanno dato comunicazione frammentaria e non completamente in linea con le fasi suggerite dal modello di presentazione delle *bad news*. Inoltre, l'analisi dei commenti personali, con cui gli intervistatori hanno integrato la compilazione della scheda, pur nell'esiguità dei numeri, propone una varietà di situazioni, di seguito riportate, che meritano attenzione.

Le madri che scelgono di non parlare con i figli della propria diagnosi tumorale, mascherano la situazione ridefinendo la malattia come altro da tumore, per esempio menzionando una ciste da curare, oppure limitandosi a informare sbrigativamente solo sui cambiamenti estetici (perdita dei capelli) e sui malesseri correlati alla terapia (nausea e vomito, cefalea).

Il silenzio è dettato, per lo più, dalla preoccupazione di proteggere il figlio, ma è praticato anche in un contesto, nel quale non sono mentalizzati dalla madre gli stati emotivi provati dai figli; infatti, anche le madri, che parlano ai figli della loro diagnosi tumorale, rivelano di non aver portato specifica attenzione ai vissuti dei figli o, comunque, di non essersi data opportunità di confrontarli, ma di aver cercato, piuttosto, di "normalizzare" la situazione, immediatamente rassicurando sulla buona riuscita della cura.

In un paio di casi, la reticenza materna ha incontrato la reazione veemente del figlio, quando questi, impattando la morte per tumore della mamma di qualche amico, ha esploso il suo disappunto e anche il dolore per il timore che anche sua madre potesse incontrare la stessa sorte.

Un abbandono al pianto, verosimilmente partecipativo e catartico, si è verificato anche nel caso in cui la madre ha chiesto al figlio se avesse domande ulteriori, dopo avere praticato la comunicazione.

Tre madri affette da tumore, ma con figli adulti, intervistate a margine dello studio, hanno riferito di non aver avuto bisogno di spazio e tempo per condividere la diagnosi, essendone i figli adulti già consapevoli, e neppure di aver dovuto sondare quanto essi conoscessero della malattia e degli effetti della terapia, essendo perfettamente noti; non è mancata, tuttavia, la solerte rassicurazione circa l'operabilità del tumore e, a tutela reciproca, sono state reciprocamente dissimulate le emozioni.

Rispetto alla mancata comunicazione della diagnosi, le madri hanno riferito agli intervistatori di aver provato sensi di colpa e preoccupazioni di superficialità verso il vissuto emotivo del figlio; hanno riferito, pure, di essersi sentite sollevate, constatando che, al quel momento, non fossero intervenute reazioni degne di nota, rispetto al decorso della malattia e alla conduzione familiare.

In sintesi, possono enuclearsi i risultati della ricerca: la scoperta di una diagnosi tumorale nelle madri genera un distress, che riverbera nelle situazioni della loro vita quotidiana e che registra, tuttavia, apprezzabile decremento forse anche per il solo fatto di ricevere e darsi attenzione nella partecipazione a uno studio di ricerca; l'evento tumorale può comportare nei figli minori il rischio di sviluppare ansia, depressione e sindrome post-traumatica; la comunicazione materna della propria condizione tumorale appare più frequentemente improntata a cautela e, talora, reticenza protettiva, che non schiva, tuttavia, possibili reazioni di protesta da parte dei figli per la lamentata assenza di condivisione.

Lo studio è condotto su campione di convenienza e presenta taluni limiti, superabili in ulteriori ricerche:

- campionari: le madri sono state arruolate mediante contatto diretto o segnalazione dai servizi oncologici o per adesione spontanea; il numero delle madri raggiunte è contenuto, poiché è stato arduo

reperire madri con diagnosi tumorale che avessero figli nell'età contemplata; pertanto, occorre con prudenza generalizzare i risultati dell'indagine, sopra sintetizzati, ed è, quindi, auspicabile indagare un campione più numeroso;

- metodologici: trattandosi di uno studio per lo più retrospettivo, le informazioni assunte riferiscono le percezioni delle madri rispetto all'impatto della loro diagnosi tumorale sui figli; pertanto, è auspicabile uno studio prospettico caso-controllo, per rilevare sia il cambiamento nello stato emotivo della madre, anche per effetto del *counselling* psicologico, sia il cambiamento nei comportamenti del figlio, che occorra di seguito alla comunicazione materna con il modello SPIKES.

Conclusioni

In merito alla comunicazione madre – figlio minore circa la diagnosi tumorale, l'indagine fa proprie le suggestioni di Sinclair (2019) e dei vari studiosi che sono intervenuti sull'argomento (Henderson e Chang, 2008; Rosenberg & Hill, 2013; Jones & Sloan, 2014; Holland et al., 2018; Oshiro et al., 2023), secondo cui le madri chiedono di ricevere risorse facili e comprensibili, per porgere il necessario supporto emotivo ai figli.

Gran parte delle madri partecipanti al presente progetto hanno formulato agli intervistatori la richiesta di avere strumenti utili alla comunicazione efficace con i figli, di cui si sono trovate sprovviste al momento della scoperta della diagnosi tumorale; all'uopo, la scheda SPIKES può prestarsi a sistematizzare la modalità della comunicazione. Il modello SPIKES, infatti, viene suggerito ai medici negli USA quale modalità per facilitare la comunicazione delle *bad news* ai pazienti; la scheda, pertanto, può essere tenuta d'occhio da oncologi e operatori, quando si trovino nella situazione di presentare una diagnosi tumorale.

Quanto alla comunicazione dell'evento tumorale rivolta da genitori e operatori ai soggetti in età evolutiva, è opportuno tenere presente la capacità di comprensione e interiorizzazione della malattia da parte dei minori, al fine di rendere la comunicazione confacente allo stadio di sviluppo cognitivo-emotivo.

Nella fascia di età della fase operativa concreta, in cui i bambini comprendono quando una forma di malattia è transitoria e quando è grave, concettualizzano la causa della malattia come legata a fattori esterni e attribuiscono la guarigione all'assunzione di un farmaco, si possono fare minimi cenni ai processi interni al corpo, per spiegare le cause della malattia, e introdurre il concetto di piano terapeutico, a partire dagli effetti estetici visibili e gli effetti collaterali della cura.

Nella fascia peri-adolescenziale, in cui i ragazzi sono capaci di pensiero astratto e possono comprendere le complessità del cancro, incluso il suo potenziale di morte, le informazioni possono essere più incisive; tuttavia, essi possono ancora avere difficoltà con l'elaborazione emotiva dell'evento e possono provare ansia, paura e dolore, per cui sarà opportuno attenzionarne il vissuto emotivo, manifesto o dissimulato.

Lo studio qui presentato consiglia, per la ricerca, di portare ulteriore attenzione alla comunicazione madre – figlio in merito alla diagnosi tumorale materna, e, per la pratica, di superare il “silenzio” protettivo a favore di una condivisione onesta, adatta e sicura.

Riconoscimenti e ringraziamenti

Il progetto “Ascoltami” è stato approvato e finanziato dalla sede nazionale della LILT, mediante impiego di fondi iscritti nel programma “Progetti di Rete (PRR) 2022”.

Si ringraziano le sedi provinciali LILT di Latina-Frosinone-Viterbo-Rieti per la collaborazione, i servizi ospedalieri oncologici per la segnalazione delle pazienti e, in particolar modo, le madri per la loro adesione e partecipazione all'indagine.

Bibliografia

Akizuki, N. (2005). Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *Journal of Pain Symptom Manage*, Jan;29(1):91-9. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2004.04.016

Al-Shaabi, A., Alahdal M., Yu, S., Pan, H. (2021). The efficiency of distress thermometer in the determination of supporting needs for cancer inpatients. *Libyan Journal of Medicine*, Aug 4;16(1):1957199. doi: 10.1080/19932820.2021.1957199

Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., et al. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5(4):302-11. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302

Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., et al. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse & Neglect*, Volume 25, Issue 8, August 2001, 1001-1014. doi: 10.1016/s0145-2134(01)00253-8

Briere, J. (2005). TSCYC – *Trauma Symptom Checklist for Young Children. Professional manual*. Psychological Assessment Resources, Inc. Odessa, FL.

Buchbinder, D., & Parton, T. (2012). Children's psychological responses to a parent's cancer diagnosis: A systematic review. *Journal of Cancer Education*, 27(4), 675-681.

Forrest, G., Plumb, C., Ziebland, S., Stein A. (2009). Breast cancer in young families: a qualitative interview study of fathers and their role and communication with their children following the diagnosis of maternal breast cancer. *Psychooncology*, Jan;18(1):96-103. doi: 10.1002/pon.1387

Greco, S. (2020). Valutazione del disagio psicologico in soggetti oncologici. Reperibile su <https://www.medicitalia.it/blog/psicologia/8557-valutazione-del-disagio-psicologico-in-soggetti-oncologici.html>. Consultato il 07/12/2024.

Henderson, J., & Chang, A. (2008). Parenting under pressure: How to communicate with children when a parent has cancer. *Oncology Nursing Forum*, 35(5), 789-795. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06044.x. Epub 2012 May 22.

Hinchliff, S., & McAndrew, S. (2005). Communicating with children about maternal cancer: A review of the literature. *Cancer Nursing*, 28(4), 272-277.

Holland, C., Hocking, A., Joubert, L., et al. (2018). My Kite Will Fly: Improving Communication and Understanding in Young Children When a Mother Is Diagnosed with Life-Threatening Gynecological Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, Jan;21(1):78-84. doi: 10.1089/jpm.2017.0058

Jewett, P.I. (2020). Cancer-Related Distress: Revisiting the Utility of the National Comprehensive Cancer Network Distress Thermometer Problem List in Women with Gynecologic Cancers. *Journal of Oncology Practice*, Aug;16(8):e649-e659. doi: 10.1200/JOP.19.00471

Jones, L., & Sloan, G. (2014). Supporting children of parents with cancer: Psychological implications and family-centered approaches. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(7), 726-733.

Kilmer, R.P., Buchanan, T., & Taku, K. (2009). Use of the Revised Posttraumatic Growth Inventory for Children. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 22, No. 3, June, 248-253. doi:10.1002/jts.20410

Mellon, L., & Deane, K. (2016). The impact of maternal cancer on children: A review of the literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 230-235.

National Comprehensive Cancer Network. NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology (Williston Park)* 1999;13:113-147.

Nielsen, L. E., & Sarna, L. (2010). Assessing the needs of children in families facing parental cancer: A family-based perspective. *Cancer Nursing*, 33(4), 254-261.

Oshiro, R., Tanabe, M., Tada, K., et al. (2023). Post-traumatic growth and cancer-related communication among adolescents having mothers with breast cancer. *Support Care Cancer*, Jul 7;31(7):446. doi: 10.1007/s00520-023-07915-z

Ownby, K.K. (2019). Use of the Distress Thermometer in Clinical Practice. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 10(2): 175-179. Epub 2019 Mar 1.

Patenaude, A.F., De Marco, T., Peshkin, B.N., et al. (2013). Talking to children about maternal BRCA1/2 genetic test results: a qualitative study of parental perceptions and advice. *Journal of Genetic Counseling*, Jun;22(3):303-14. doi: 10.1007/s10897-012-9549-z

Pessina, C., Agosti, S.M., Benincasa, M.L., et al. (2015). TSCYC – *Trauma Symptom Checklist for Young Children. Professional manual*. Hogrefe, Firenze.

Piaget, J. (1937). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Delachaux & Niestle. (Trad. it.: *La Nascita dell'Intelligenza nel Fanciullo*. Firenze, La nuova Italia, 1973).

Rosenberg, E.C., & Hill, P. C. (2013). Supporting children when a parent has cancer: Pediatric psycho-oncology perspectives. *Pediatric Clinics of North America*, 60(5), 1057-1070.

Roth, A.J., Kornblith, A.B., Batel-Copel, L., et al. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer*, 1998; 82:1904–1908.

Shapiro, A.D., & Sweeney, S.D. (2019). Children's understanding of cancer: Cognitive, emotional, and developmental considerations. In H.B. Miller & S. C. Raynor (Eds.), *Handbook of Children and Cancer* (pp. 45-72). Springer.

Sinclair, M., Schofield, P., Turner, J., et al. (2019). Maternal breast cancer and communicating with children: A qualitative exploration of what resources mothers want and what health professionals provide. *European Journal of Cancer Care* (Engl). Nov;28(6): e13153. doi: 10.1111/ecc.13153. Epub 2019 Aug 23.

Vance, D., & Bottorff, J. (2002). The experience of children in families with a maternal cancer diagnosis: A qualitative study. *Psycho-Oncology*, 11(4), 277-284.

Visser, A., Huizinga, G.A., van der Graf, W.T.A., et al. (2004). The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. *Cancer Treatment Reviews*, Dec;30(8):683-94. doi: 10.1016/j.ctrv.2004.06.001

Wall, J.A., Lipking, K., Smith, H.J., et al. (2022). Moderate to severe distress in half of ovarian cancer patients undergoing treatment highlights a need for more proactive symptom and psychosocial management. *Gynecological Oncology*, Sep;166(3):503-507. doi: 10.1016/j.ygyno.2022.06.016

Trattamento comunitario democratico in salute mentale: teoria, pratiche e un parallelo con l'ecomuseologia

Marcelo Azeredo Leone Lino Rodrigo¹

Democratic community treatment in mental health: theory, practices, and a parallel with ecomuseology

Abstract

L'articolo è l'approfondimento dell'intervento dell'autore tenutosi a Condeixa-a-Nova (Coimbra) ad Aprile 2024 per il 50° anniversario della fine della dittatura in Portogallo. In esso, viene esaminata la sua esperienza professionale all'interno di tre servizi di salute mentale, sia pubblici che privati, in Italia e in Portogallo, destinati a adolescenti e giovani adulti con diagnosi psichiatrica e ispirati al modello democratico. Questi servizi hanno condiviso l'obiettivo di essere inclusivi, progressisti e aperti al territorio e hanno rappresentato esempi di buone pratiche nel campo, in contrasto con il modello segregante del manicomio/ospedale psichiatrico, dove spesso manca

¹ Ph.D in Scienze dell'Educazione, Co-Fondatore e Psicoterapeuta presso Psychikós Clinic (Lisbona), Analista Transazionale Certificato, Formatore Certificato dall'IEFP (Instituto do Emprego e Formação Profissional), Membro dell'OPP (Ordem dos Psicólogos Portugueses) e dell'IRPIR (Istituto di Ricerca sui Processi Intrapсихici e Relazionali). E-mail: marcelo@psychikosclinic.com

un adeguato accompagnamento del paziente nel day-after, ossia dopo la dimissione dal servizio.

L'articolo darà spazio ad una prospettiva storica dell'approccio democratico nella salute mentale (a cui non è estraneo lo stesso Berne), ai possibili punti di convergenza di tale approccio con l'Ecomuseologia e al resoconto riflessivo dell'autore sui servizi citati.

Abstract

The article is an in-depth analysis of the author's speech given in Condeixa-a-Nova (Coimbra) in April 2024 for the 50th anniversary of the end of the dictatorship in Portugal. It examines his professional experience within three mental health services, both public and private, in Italy and Portugal, aimed at adolescents and young adults with psychiatric diagnoses and inspired by the democratic model. These services shared the goal of being inclusive, progressive, and open to the community and represented examples of good practice in the field, in contrast to the segregating model of the asylum/psychiatric hospital, where adequate support for patients in the day-after, i.e., after discharge from the service, is often lacking.

The article will provide a historical perspective on the democratic approach to mental health (to which Berne himself is no stranger), the possible points of convergence between this approach and Eco-Museology, and the author's reflective account of the services mentioned.

Parole-chiave: trattamento comunitario democratico, comunità terapeutiche, terapia contrattuale, visite domiciliare, dialogo aperto e ecomuseologia.

Keywords: democratic therapeutic community treatment, therapeutic communities, contract therapy, home visiting, open dialogue and ecomuseology.

Museologia del territorio e apertura democratica in Salute Mentale

Come possono tematiche apparentemente così diverse convergere nella stessa direzione? Questa è una domanda stimolante e forse inattesa, che è nata all'interno di un ciclo di conferenze sulla

democratizzazione della società portoghese dopo la fine della dittatura nel 1974, organizzato dal Municipio di Condeixa-a-Nova (Coimbra, Portogallo) e dall'Associazione Ecomuseo della stessa città. Una risposta a tale quesito può essere cercata nel movimento di dignificazione della persona e della sua esperienza comunitaria, il quale emerge con forza a partire dal secondo dopoguerra e dal declino degli imperi coloniali europei.

Ricordo, ad esempio, il Museo del Vicinato, fondato nel 1967 ad Anacostia, Washington, sotto la direzione di John Kinard, la Casa del Museo in Messico nel 1972 e l'Ecomuseo di Creusot Montceau-Les-Mines in Francia nel 1974. Ricordiamo anche l'Ecomuseo di Haute-Beauce in Québec, Canada, coordinato da Pierre Mayrand e Maude Céré nel 1983.

La Nuova Museologia (o Ecomuseologia), solidale, aperta e progressista, si basa, come afferma Pierre Mayrand, sulle linee guida emerse nella Conferenza di Santiago del Cile², organizzata dall'UNESCO nel maggio del 1972 (Mayrand, 1987, pp. 1-4). In quest'ottica, il lavoro museale, piuttosto che seguire un rigido protocollo, dovrebbe puntare, con flessibilità all'interfacciarsi con l'intero territorio e col patrimonio locale, valorizzando il dialogo e i legami all'interno della comunità, preservando la memoria collettiva e risolvendo situazioni e vincoli esistenti.

Un esempio di questa metodologia si può riscontrare a Creusot Montceau-Les-Mines, in Borgogna. Quello che era stato un importante centro di produzione industriale entra in declino negli anni Sessanta del secolo scorso: l'antico Château de la Verrerie, appartenente alla famiglia di industriali Schneider, rimane vacante dopo la chiusura del loro polo produttivo. Marcel Évrard, che riceve dal Comune l'incarico di trasformare la Residenza in museo, fa una scelta chiara sfuggendo alla struttura rigida della museologia tradizionale e crea, con Varine e Riviéré, un'associazione che si vuole aperta e partecipata. Un importante ostacolo da superare in questo

² Nel 2023, in occasione del Cinquantesimo Anniversario della Conferenza di Santiago del Cile, segnalo la pubblicazione di una vasta raccolta di contributi dedicata alla Ecomuseologia e ai suoi sviluppi più attuali (Heymann, 2023).

processo è stato la reticenza della comunità ad entrare nel castello: visto come qualcosa che non apparteneva loro, la comunità è stata stimolata piano piano ad “appropriarsene” (Brulon, 2015, p. 279).

Nel contesto portoghese, nel 2023 l'Ecomuseo di Condeixa-a-Nova in collaborazione con altri Enti ha promosso un'esperienza affine a quella francese, di valorizzazione della comunità locale, consistente nella riproduzione e nella posa di una copia del mosaico dell'Autunno nella piazza principale della città, il cui originale, d'epoca romana, si trova nella vicina Conímbriga.

È stato fatto un lavoro articolato e partecipato per trasformare un reperto archeologico incompleto e usurato dal tempo in un mosaico compiuto e fruibile da tutta la comunità, come si può vedere dalle figure 1 e 2³. Per portare a termine questo progetto, hanno aderito numerosi volontari, ognuno con le proprie competenze. Inoltre, tutte le varie fasi, dalla riproduzione alla pavimentazione in piazza, sono state vissute in modo attivo dalla comunità locale (figura 3⁴) (Pessoa et al., 2023, pp. 7-15).

In Salute Mentale, come in Museologia, la seconda metà del XX secolo è il teatro di tentativi innovativi che, invece di "centralizzare", "stigmatizzare", "separare" e "silenziare", puntano alla decentralizzazione dei poli di assistenza all'interno del territorio e a una relazione operatore-utente di tipo orizzontale, un'orizzontalità molto presente nel pensiero di Paulo Freire. Nelle parole di Paulo Freire, si tratta di rompere la "cultura del silenzio", di stimolare la "criticità", nella convinzione che “il mondo non è, il mondo è in divenire” (Freire, 1965, p. 108; 2000, p. 36; 2003, p. 40).

³ Figure gentilmente concesse dall'Ecomuseo di Condeixa-a-Nova.

⁴ Figura gentilmente concesse dall'Ecomuseo di Condeixa-a-Nova.



Figura 1. Presentazione del mosaico completo alla comunità.



Figura 2. La comunità si appresta al trasporto del mosaico in piazza



Figura 3. Mostra sui mosaici romani di Conímbriga adiacente alla nuova pavimentazione.

Una riflessione sulla nascita e l'evoluzione dei manicomi

Generalmente in psichiatria viene attribuita alla Rivoluzione Francese (1789) un ruolo chiave nel cambio di paradigma della salute mentale. Dall'Hôpital Général, che accoglieva e tratteneva, su mandato di un giudice o del re stesso tramite *lettres de cachet* molte persone in modo indifferenziato, vagabondi, erranti e destabilizzatori del sistema, si passò alla riforma avviata da Philippe Pinel a Bicêtre e alla Salpêtrière, rispettivamente nel 1791 e nel 1795 (Cintra, 2012, pp. 23-31; Pinel, 1881).

Il lavoro di Pinel⁵ contribuì alla nascita dei manicomi, ossia luoghi adibiti ad accogliere, studiare, categorizzare e definire terapie dopo la

⁵ Oltre al lavoro di Pinel, ricordo quello pionieristico di João de Deus, fondatore dell'Ospedale di Los Gomeles nel 1547 e dell'Ordine Religioso dei Fratelli di San Giovanni di Dio. A tale riguardo, è importante quanto ci dice Boléo-Tomé (2014, p. 227): “João de Deus e i suoi compagni seppero

diagnosi. In questo nuovo modello di riferimento, i folli, ora denominati alienati mentali, iniziano ad essere trattati separatamente e in modo accurato. Nel 1838 viene approvata la legge francese sull'assistenza agli alienati, che include uno statuto giuridico per gli stessi (Boléo-Tomé, 2013; 2014, pp. 227-232; Pinel, 1801; Shorter, 2001, pp. 21-30).

Da uno studio condotto da Luciano de Castro (1888, p. 821) emergono dati significativi su come il modello manicomiale si sia diffuso in Europa nel XIX. Per esempio, l'Italia presentava nel 1880 un totale di 17.471 ricoverati in 62 manicomi, mentre la Svizzera, con una popolazione molto inferiore, di 2 milioni e mezzo di abitanti, aveva un totale di 4.500 alienati in cura distribuiti in 14 manicomi (Castro, 1888, p. 821).

Deconcentrazione e ricerca di alternative: come restituire potere e protagonismo al paziente e alla comunità

Nel XX secolo, durante la Seconda Guerra Mondiale, emerse una voce alternativa rispetto al trattamento manicomiale comunitario⁶ (per il

realizzare, con quattro secoli di anticipo, la rivoluzione della Salute Mentale del XX secolo: la pratica della terapia occupazionale, il recupero attraverso il lavoro e la responsabilizzazione progressiva; e svilupparono anche l'Assistenza Sociale, i servizi di Consulenza e Assistenza Domiciliare che le Misericordie già praticavano (...) Philippe Pinel continuerà a essere il fondatore di ciò che fu fondato due secoli e mezzo prima". Ricordiamo anche il lavoro di Battie (1758), fondatore del St. Luke's Hospital nel 1751; di Chiarugi (1789), che contribuì alla fondazione dell'Ospedale Bonifazio nel 1788; di Reil (1803), difensore ad esempio della separazione tra due tipi di istituzioni, per curabili e incurabili, e di Horn (1818a; 1818b), nominato direttore dell'Ospedale Charité nel 1798, noto per un regime di trattamento molto rigoroso e paramilitare di ispirazione prussiana.

⁶ Nel romanzo *La marcia di Radetzky* di Joseph Roth, pubblicato nel 1932, il Signor Von Trotta, discendente dell'eroe di Solferino che aveva salvato l'imperatore Francesco Giuseppe in battaglia, vede il suo mondo statico e ordinato crollare in età avanzata quando riceve una lettera dal figlio. Temendo di perderlo, accetta di saldare il suo ingente debito e gli concede la responsabilità di trovare la propria strada nella vita, eventualmente

grande pubblico, mentre la clientela economicamente e culturalmente differenziata ricorreva alle cliniche private⁷⁾ e al trattamento psicoanalitico, in crescita ma visto come elitario e di difficile accesso: si trattava della voce di Le Guillant, direttore dell'Ospedale Psichiatrico *Charité-sur-Loire* tra il 1932 e il 1944 è il pioniere della psicoterapia collettiva francese. Egli osservò che, su 103 pazienti che

abbandonando la carriera militare. Ma gli eventi precipitano. Il figlio, nel compiere una missione finale, viene colpito e muore. Il Signor Von Trotta si reca allo Steinhof, un ospizio di Vienna, con la vaga speranza che Chojnicki possa fornirgli qualche informazione sul figlio. Nel brano che segue, il manicomio è presentato come un male minore, un luogo inospitale, isolato, dove, nonostante tutto, c'è vita: "Lo condussero nel reparto militare del manicomio. Era autunno inoltrato, una giornata tetra: l'ospedale era immerso nella grigia pioviggine che da giorni si riversava sul mondo. Nel corridoio di un biancore abbagliante era seduto il signor von Trotta, guardava attraverso la grata della finestra della finestra il reticolo così fitto e delicato della pioggia e pensava al pendio dell'argine ferroviario sul quale era morto suo figlio. Ora si bagna tutto, pensava il capitano distrettuale, come se il sottotenente fosse caduto solo quel giorno o il giorno prima, e il cadavere fosse ancora fresco. Il tempo trascorreva lento. Si vedevano passare persone con volti folli e membra orribilmente contorte, ma per il capitano distrettuale la pazzia non era nulla di spaventoso, sebbene fosse la prima volta che si trovava in un manicomio. Spaventosa era soltanto la morte. Peccato! Pensò il signor von Trotta. Se Carl Joseph fosse impazzito invece di morire, io certo gli avrei fatto recuperare la ragione. E se anche non ci fosse riuscito, almeno sarei venuto da lui tutti i giorni! Forse si sarebbe distorto il braccio in un modo raccapricciante, ecco, come quello del tenente che stanno portando ora. Ma sarebbe stato pur sempre il suo braccio, e anche un braccio distorto si può accarezzare. Anche in occhi stralunati si può guardare! Importante è che siano gli occhi di mio figlio. Felici i padri i cui figli sono pazzi!" (Roth, 1987, pp. 416-417).

⁷ Suggesto vivamente la lettura del romanzo *Tenera è la notte*, pubblicato nel 1934. Scott Fitzgerald, ispirandosi alla propria storia e a quella della moglie Zelda, ritrae un mondo di glamour tra le due guerre mondiali. Il protagonista, Dick Diver, è un rinomato psichiatra sposato con Nicole, sua ex-paziente, alla quale era stata diagnosticata la schizofrenia. Così, nel corso del romanzo, troviamo qua e là riferimenti a cliniche psichiatriche private e ai principali metodi di trattamento in voga. In questo senso, il libro rappresenta un ritratto di questo tema, in quell'epoca (Fitzgerald, 1978, p. 140, 155-158, pp. 220-223).

erano stati dimessi a causa della minaccia dei bombardamenti nazisti, una loro grande parte si reintegrò con successo, ritornando nelle famiglie di origine o cercando lavoro in cambio di cibo e alloggio. Queste persone riuscirono quindi ad essere attive nella società e a non aver bisogno di un nuovo ricovero. Le Guillaud (1946-1947) presentò questi risultati alla comunità scientifica nel 1941, in una conferenza dal titolo *Un'esperienza di rieducazione sociale istituita dagli eventi della guerra*.

La psicoterapia collettiva divenne successivamente nota grazie al lavoro di Bonnafé, Ey e altri che, nel 1957 avviarono una sperimentazione pilota, nel 13° distretto di Parigi: essa prevedeva che i residenti ricevessero assistenza e cure in ambulatori di salute mentale, o, in caso di ricovero, nell'ospedale di riferimento per quel distretto (Bonnafé, 2005).

Altrettanto rilevante fu la Psicoterapia Istituzionale Francese, fortemente influenzata dal lavoro di Tosquelles a La Borde. Essa si basava sull'idea che l'ospedale fosse ancora centrale, ma che dovesse trasformarsi in un luogo più umanizzato, privo di pregiudizi, sia da parte dei pazienti che del personale tecnico. Era necessario promuovere la libertà di movimento all'interno dell'ospedale e definire gli obiettivi del trattamento all'ingresso (Berne 1971; Da Fonseca et al., 1984, p. 480; Tosquelles, 1967, 1984).

Nel periodo post-bellico, si svilupparono movimenti simili anche in Gran Bretagna e negli Stati Uniti. In Inghilterra, ad esempio, tra il 1947 e il 1952, Maxell Jones istituì la prima *Comunità Terapeutica Democratica* al Belmont Hospital. Questo modello di trattamento si basava su una relazione orizzontale tra tecnici e pazienti ed era caratterizzato da frequenti riunioni comunitarie, in cui tutti erano invitati a essere corresponsabili. Ciò lo distingueva dal manicomio, in cui prevaleva una relazione verticale. Inoltre, nel 1959, con l'approvazione della Legge sulla Salute Mentale nel Regno Unito, la denominazione "manicomio" fu sostituita da quella di "ospedale psichiatrico", segnando un passo verso una maggiore integrazione con la comunità (Jones, 1952).

Negli Stati Uniti, la promulgazione del *Mental Health Act* del 1946 fu altrettanto significativa, poiché portò alla creazione del *National Institute of Mental Health* tre anni dopo. La legge prevedeva, tra le altre misure, la formazione di personale specializzato e il finanziamento di terapie di breve durata, che erano state sperimentate dai medici psichiatri militari durante la guerra. Questi psichiatri partivano dal presupposto che le crisi dei soldati potessero essere temporanee e che fosse possibile un intervento rapido, anziché internarli in istituti come malati cronici.

Tra i medici militari, spicca Eric Berne, che raggiunse il grado di maggiore e fu assegnato a un centro di *triage* militare, con il compito di valutare se un soldato potesse rimanere in servizio o dovesse essere congedato. Berne condusse anche gruppi di psicoterapia tra i soldati, proseguendo poi questa pratica anche tra i civili, e fondò successivamente l'Analisi Transazionale, una forma di psicoterapia contrattuale e democratica (Fonseca et al., 1984, pp. 479-480; Stewart, 2003, pp. 3-4).

Sempre nel contesto di guerra, negli Stati Uniti furono avviate iniziative per sensibilizzare le comunità su come accogliere i militari congedati. Eric Berne fu coinvolto in tali attività di prevenzione (le figure 4, 5, 6 e 7 provenienti dall'archivio UCSF⁸, illustrano il lavoro svolto dal fondatore dell'AT. Così, nella lettera a Miss Ward, figura 4, Berne mette appunto le aree di intervento su cui il Consiglio dei Veterani di Salinas dovrebbe insistere – formazione volta a sensibilizzare la comunità da un lato e riabilitazione, reinserimento e trattamento psichiatrico presso servizi creati ad hoc dall'altro. La promozione di cicli di seminari rientrerebbe nella prima area di intervento).

Le figure 5, 6 e 7 sono un esempio del materiale utilizzato in uno di questi seminari. Berne riprende la nota canzone dei tempi della Guerra Civile Americana, “Quando Johnny si mette in marcia verso casa”, e vi aggiunge tra parentesi “nervosamente”, esplorando la prospettiva del soldato a cui magari è stata comunicata la diagnosi “affetto da

⁸ Figure gentilmente concesse da UCSF Archive and Special Collection dell'Università della California.

psiconevrosi” di guerra, diagnosi che a malapena sa decifrare, e al quale serve tempo per elaborare e venire a capo da situazioni estreme. Berne suggerisce cosa chiedere per non infierire e invita a vedere nel veterano, non un pazzo, ma un “fratello” (Berne, 1945; 1943-1946).

23 February, 1945.

Miss Helen Ward,
Chairman,
Educational Committee,
Salinas Veterans Service Council,
Salinas, Cal.

Dear Miss Ward:

At our very first meeting we outlined the problems of the Veterans Service Council under three main headings:

1. The education of the public.
2. Providing facilities for the re-education of the veterans, and for offering them opportunities in the material sphere.
3. Providing psychiatric treatment facilities.

I feel that the two latter should be gradually implemented so that they can be put into effect quickly when the need arises.

As for educating the public, I feel that we are on the right track, and that the series of four lectures offers sufficient opportunity to awaken properly oriented interest and give some enlightenment. I think that the audiences for these lectures should be limited to not more than forty people, with a common viewpoint, unless a larger organisation is involved.

My fee for each series of four lectures will be one hundred dollars.

Very truly yours,

Eric L. Berne

Captain Eric Berne,
Regional Hospital,
Fort Ord, Cal.

Figura 4. Lettera di Eric Berne a Helen Ward.

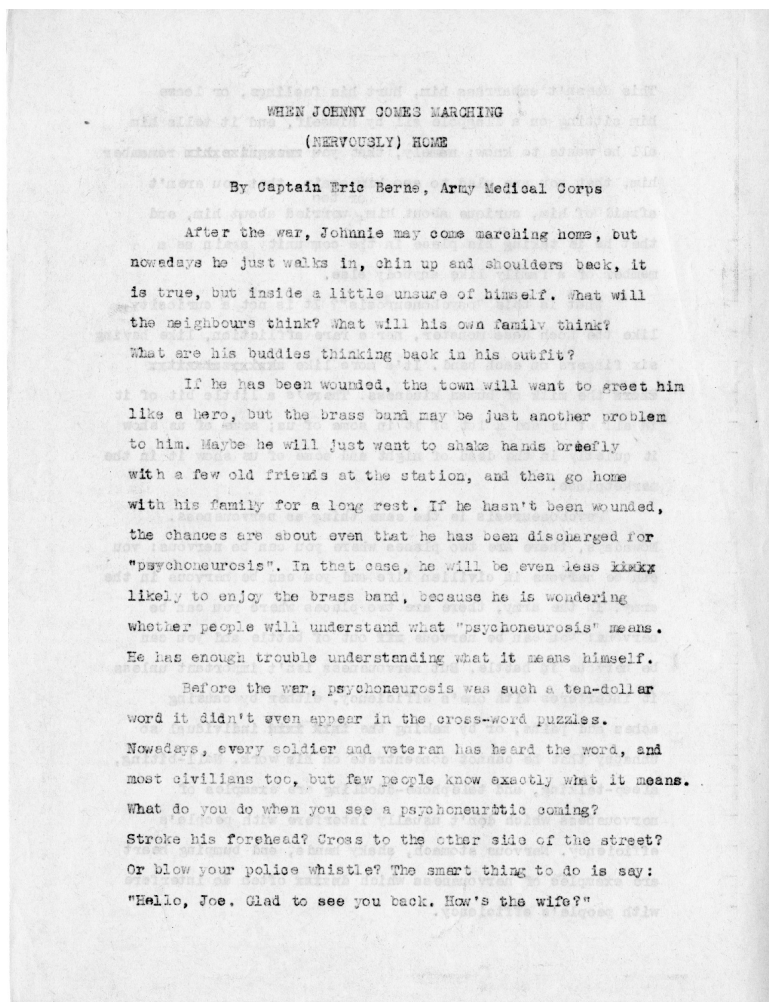


Figura 5. Riflessione di Eric Berne su come accogliere i veterani di guerra. Prima pagina.

This doesn't embarrass him, hurt his feelings, or leave him sitting on a flagpole all by himself, and it tells him all he wants to know: namely, that you ~~remember~~ remember him, that you are glad to see him again, that you aren't afraid of him, curious about him, worried about him, and that he is taking his place in the community again as a member of a family like anybody else.

What is this "psychoneurosis"? It is not a curiosity, like the Loch Ness monster, nor a rare affliction, like having six fingers on each hand. It's more like ~~the~~ the milk of human kindness. There's a little bit of it in all of us and a lot of it in some of us; some of us show it quietly in the dead of night and some of us show it in the marketplace.

Psychoneurosis is the same thing as nervousness. Nowadays, there are two places where you can be nervous: you can be nervous in civilian life and you can be nervous in the army. In the army, there are two places where you can be nervous: you can be nervous ~~off~~ out of battle and you can be nervous ~~in~~ in battle. But nervousness isn't important unless it interferes with one's efficiency, either by causing aches and pains, or by making the ~~individual~~ individual so unhappy that he cannot concentrate on his work. Nail-biting, sleep-talking, and telephone-doodling are examples of nervousness which don't usually interfere with people's efficiency. Nervous stomach, shaky hands, and bumping heart are examples of nervousness which ~~often~~ often do interfere with people's efficiency.

Figura 6. Riflessione di Eric Berne su come accogliere i veterani di guerra. Seconda pagina.

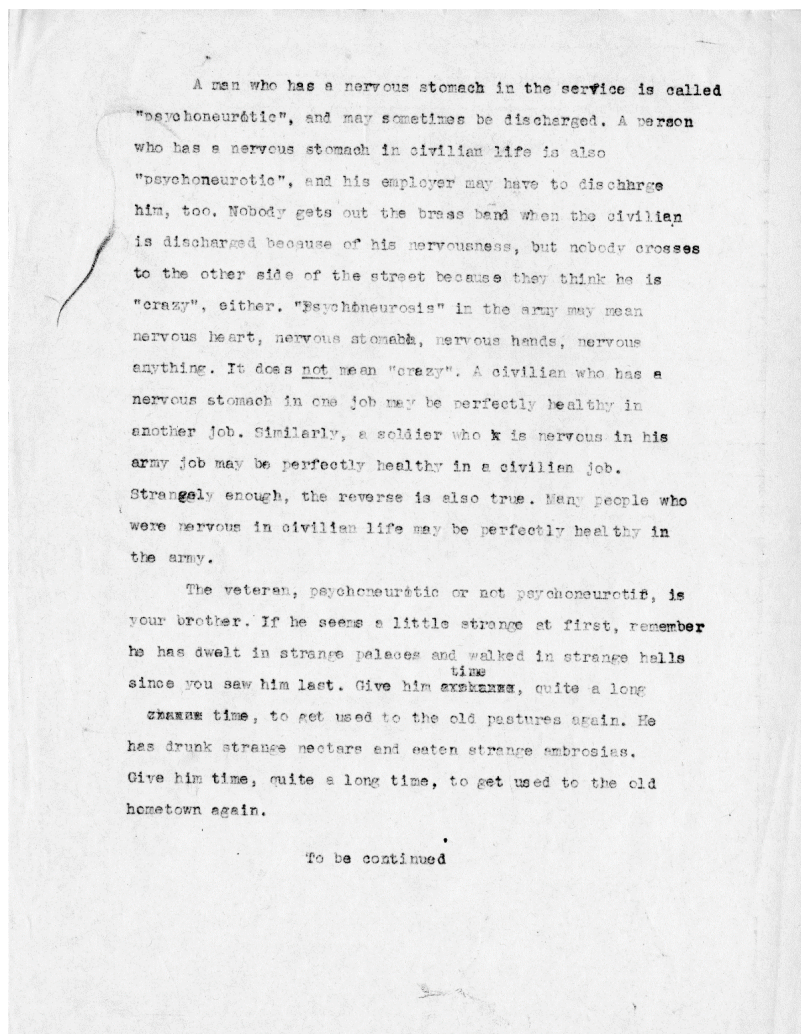


Figura 7. Riflessione di Eric Berne su come accogliere i veterani di guerra. Terza pagina.

Nel frattempo, l'Italia post-bellica fu protagonista, negli anni Sessanta e Settanta, di una radicale de-costruzione del manicomio e di ciò che rappresentava, un movimento guidato da Franco Basaglia, culminato nell'approvazione della Legge 180 del 1979. Basaglia e i suoi

collaboratori mossero i primi passi verso una maggiore umanizzazione del manicomio a Gorizia (1961-1969): vennero aboliti i camici bianchi, le camicie di forza e l'elettroshock, e furono promosse assemblee e riunioni comuni. Seguirono alcuni mesi di esperienza a Colorno nel 1970. Infine, Basaglia diresse l'ospedale psichiatrico di San Giovanni a Trieste, riuscendo a chiuderlo definitivamente, un risultato raggiunto dopo l'implementazione di tre centri comunitari aperti 24 ore su 24. L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconobbe Trieste come territorio di azione pilota e ne promosse la diffusione attraverso varie iniziative. Qualche anno dopo, lo Stato italiano trasformò i concetti e le esperienze di Basaglia⁹ in legge (Basaglia, 1968; 2017).

Una visualizzazione dei servizi di Salute Mentale attraverso esempi pratici: la mia esperienza in Italia e Portogallo

Fatta questa premessa contestuale, è più facile comprendere l'organizzazione di alcuni dei servizi che presenterò, nei quali ho ricoperto il ruolo di psicologo, prima, e successivamente di psicoterapeuta.

Centro diurno di Via Plinio a Roma: un caffè letterario in continua costruzione

Durante la mia permanenza in Italia, come psicologo operatore di una cooperativa, ho avuto l'opportunità di lavorare nel Centro Diurno per Adolescenti a Roma, dal 2007 al 2016. Questo centro faceva parte dell'UOC-TA (Unità Operative Complesse di Salute Mentale e Tutela dell'Adolescenza), inserito nel settore ASL (Servizi Sanitari Locali) Roma E, con sede in Via Plinio. Il centro rispondeva a problematiche di salute mentale negli adolescenti, operando in sinergia con altri servizi presenti nella circoscrizione, tra cui il Presidio Territoriale

⁹ Per una disanima dell'eredità del pensiero di Basaglia, cfr. il manuale *Franco Basaglia's Revolution: From the Blue Horse to the Actuality of its Practice*, curato da Guareschi e Bizzari (2025), al quale io e miei colleghi Pereira e Haigh abbiamo dato un contributo (Azeredo Rodrigo et al., 2025).

(incaricato di trattamenti psichiatrici e psicoterapeutici e dell'implementazione di sportelli di supporto psicologico nelle scuole vicine) e due residenze terapeutiche, una con copertura 24 ore su 24 e l'altra con copertura parziale.

Poteva capitare che un adolescente frequentasse il centro diurno, fosse seguito presso il Presidio e visse in una delle residenze terapeutiche, in una logica di rete, come promossa dalle correnti più progressiste della Psichiatria e della psicoterapia e fortemente sostenuta dall'OMS.

Nel Centro diurno di Via Plinio, ho coordinato per circa quattro anni (2012-2015) il gruppo “Caffè Letterario”. Era caratterizzato da incontri, talvolta anche in veri e propri caffè (la cui scelta veniva decisa insieme), durante i quali si commentavano poesie, racconti brevi o capitoli di un determinato libro. A partire dal 2013, su proposta di uno dei membri, il Caffè Letterario iniziò a dedicarsi anche alla scrittura.

Nell'ambito di questa attività, orientata all'inclusione e allo sviluppo personale e di gruppo, in due anni vennero pubblicati due racconti: “Le avventure di Re Teo e i suoi amici² (vedi figura 8) e “Alfonso Rock” (vedi figura 9), entrambi di sette pagine e pubblicati dal Dipartimento di Relazioni Pubbliche (URP) dei Servizi Sanitari Locali (Collettivo del Caffè Letterario del Centro diurno di Via Plinio, 2013, 2014).



Fig. 8 Caffè Letterario, racconto 2013

Gli incontri erano frequentati da giovani di età compresa tra i 15 e i 18 anni, con problematiche che variavano da traumi infantili, come abusi sessuali e violenza domestica, a disturbi dell'umore depressivo, isolamento sociale, dipendenza da videogiochi, episodi psicotici recenti (a volte legati all'uso di stupefacenti e alcol), oltre a casi di abbandono scolastico e

dinamiche di bullismo. In questo contesto variegato, l'integrazione di tutti i membri era una sfida ardua.

Un aspetto significativo delle pubblicazioni dei due racconti è stata la scelta di indicare sulla quarta di copertina solo il nome di ciascun autore, in ordine alfabetico, senza includere i cognomi e senza fare distinzione tra operatori e giovani, seguendo quindi una logica di relazione orizzontale. È da ribadire tuttavia, l'importanza nella pratica di una gerarchia non ostentata, ma che aveva la funzione di guidarli e proteggerli nelle esperienze (trattandosi di minori).

La copertina del racconto "Alfonso Rock" è un esempio della collaborazione tra i vari gruppi del centro diurno; l'autrice, menzionata sulla quarta di copertina, era un membro del gruppo di disegno.

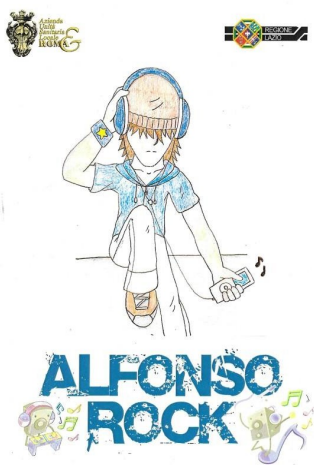


Fig. 9. Caffè Letterario, racconto 2014

Infine, queste pubblicazioni ottennero grande attenzione durante la festa di Natale del Centro Diurno, nel 2013, e nel 2014. I racconti furono letti ad alta voce, accompagnati da musica strumentale e canto, in stretta collaborazione con il gruppo vocale dello stesso centro.

Non è necessario sottolineare l'importanza di queste pubblicazioni in termini di autostima, senso di appartenenza a un gruppo, a un progetto e a un territorio. Come disse pubblicamente l'allora direttore, Marco Conte: "Questo è il genere di cose che si portano per tutta la vita (...). In queste storie ci sono tutti gli elementi, dalla sofferenza alla ricerca della riabilitazione e alla creazione di nuovi legami umani, basati sulla fiducia (...)"¹⁰.

Gli ultimi anni del mio lavoro al Centro Diurno di Via Plinio coincisero con una riorganizzazione dei servizi di tutela

¹⁰ Comunicazione personale.

dell'adolescenza. Cambiarono i dirigenti e le linee guida, con ripercussioni anche sul Centro diurno di Via Plinio, ora integrato nel PIPSM, Prevenzione Interventi Precoci Salute Mentale, e diretto dalla dottoressa Marina di Maio. Il centro cominciò a ricevere adolescenti con tratti più marcati di impulsività, instabilità emotiva e autolesionismo. Anche i criteri di età per l'ammissione cambiarono, passando a 14-25 anni.

Come indicato nel titolo del presente paragrafo (Un caffè di lettura in permanente costruzione), si giunse presto alla conclusione che quest'attività non era più compatibile con la nuova composizione del centro diurno. Fu sostituita da un'altra attività denominata "Gruppo dell'Acquario", in linea con gli interessi di alcuni adolescenti appena ammessi e, bisogna dirlo, anche con il mio interesse personale, poiché in passato mi ero dedicato all'acquariofilia. Questa decisione rifletteva la convinzione della dottoressa Marina di Maio, secondo cui le attività funzionano bene solo quando piacciono a tutti gli interessati, compresi i tecnici responsabili. Ricordo ancora le sue parole poco prima della mia partenza: "Te ne vai, ma ci lasci qui un pezzo di te, l'acquario"¹¹.

Se evochiamo le parole-chiave che uniscono la prospettiva democratica e quella eco-museologica, il caffè letterario trascende le mura fisiche del centro diurno (aperto al territorio); rispetta la diversità e mette insieme contributi e proposte in una logica di fare e creare insieme (inclusivo e progressivo).

Sostegno di un giovane a domicilio: un'azione in rete

In Italia, oltre all'esperienza nel centro diurno, in qualità di psicologo integrato in cooperativa, ho lavorato in residenze e comunità terapeutiche e ho fornito supporto a domicilio.

La cooperativa operava in regime di subappalto, partecipando a bandi pubblicati dei Servizi Sanitari Locali in vari settori di Roma. Lavorava anche in regime privato, come nell'esempio che sto per presentare.

¹¹ Comunicazione personale.

Edoardo (nome fittizio), 20 anni, era in trattamento psicoterapeutico e farmacologico per affrontare crisi d'ansia molto intense, accompagnate da perdita del senso della realtà e isolamento dal mondo esterno.

Queste crisi, accompagnate da sensazioni corporee molto spiacevoli (cefalee, sudorazione delle mani...), si manifestavano al di fuori del contesto domestico. A volte assumevano un carattere generalizzato di rinforzo – "paura di avere paura" –, altre volte i sintomi dell'ansia erano legati a un oggetto specifico, come la paura di entrare e rimanere intrappolato in spazi chiusi.

Questo malessere ha cominciato a manifestarsi durante il liceo e ha continuato a crescere in intensità, condizionando sempre di più la vita di Edoardo. Si barricava in casa e conduceva una vita notturna, trascorrendo molte ore a giocare online. Si dedicava anche al disegno digitale. In questo stile di vita, l'igiene personale veniva spesso trascurata.

La socializzazione, oltre a quella derivante dai giochi online, consisteva nel ricevere occasionalmente alcuni familiari che lo visitavano di tanto in tanto.

È in questo contesto che Edoardo e la sua famiglia, con il previo consenso della psicoanalista e della psichiatra, hanno contattato la cooperativa per ottenere un supporto a domicilio. Due persone sono state designate per questo progetto: Dino Ermini, in qualità di supervisore, e io come tecnico responsabile delle visite a domicilio. Dino e io ci eravamo conosciuti nella Comunità Terapeutica di Montesanto, una struttura intermedia che, come altre, è sorta a Roma dopo la chiusura del manicomio di Santa Maria della Pietà (Villa, 2022, pp. 7-10). Il lavoro svolto a Montesanto era ben conosciuto e aveva risultati comprovati, in termini di autonomia raggiunta dagli utenti, consolidata da frequenti e successivi contatti (a volte, l'utente già in regime semiresidenziale, tornava alla comunità per partecipare alle attività; in altri casi, riceveva supporto a domicilio).

Da qui è nata un'esperienza, in rete con altri professionisti, che è durata circa quattro anni (i primi due con il mio accompagnamento a

domicilio e i restanti con il collega Riccardo Todaro, anch'egli psicologo della Cooperativa). Per raccontare questa esperienza, oltre ai miei appunti, mi sono basato sui registri del supervisore, del collega che mi ha sostituito nel progetto e su un'intervista di follow-up e valutazione dei risultati con Edoardo, condotta quattro anni dopo.

Biennio 2014-2016. In un primo momento, sono state effettuate alcune uscite che hanno richiesto un grande sforzo mentale da parte di Edoardo. Durante il ritorno da una di queste uscite, poco prima di arrivare a casa, Edoardo ha avuto una crisi di panico nel veicolo che guidavo. Da quel momento e per un certo periodo, si è dato maggiore rilievo alle attività all'interno della casa (alcune legate all'igiene personale e alla pulizia e riordino della sua stanza) e alle uscite nei dintorni, sempre a piedi. La madre, che accompagnava Edoardo agli appuntamenti dalla psicoanalista, si è infortunata ad un piede e non ha più potuto farlo; quindi, le sedute sono state effettuate telefonicamente.

Un altro aspetto da menzionare è la decisione presa in famiglia di far accoppiare la cagna, con la conseguente nascita di diversi cuccioli, che richiedevano molte attenzioni e che Edoardo avrebbe potuto usare come deterrente per non uscire. Nonostante questi fattori, il progetto domiciliare è continuato e, molto gradualmente, le uscite fuori casa hanno iniziato a coprire distanze sempre maggiori, fino a raggiungere il centro del quartiere.

Quando, alla fine, ho comunicato che avrei lasciato il progetto, Edoardo è rimasto sorpreso e ha voluto che le ultime visite con me fossero segnate da nuovi progressi: avere il coraggio di salire su un autobus (uno spazio chiuso) con l'obiettivo di tornare in un luogo della sua adolescenza, un fast-food, e poi tornare a casa sempre in autobus. In un'altra occasione, mentre io rimanevo all'esterno, è entrato in una farmacia per comprare dei preservativi. Edoardo ha commentato, dopo questo, che non aveva mai avuto una ragazza e che il gesto di comprare profilattici era una preparazione: nel caso in cui trovasse qualcuno, avrebbe saputo cosa fosse un preservativo e come usarlo. Edoardo ha mostrato soddisfazione per essere riuscito a fare qualcosa che fino a poco tempo prima considerava una sfida ardua.

Abbiamo concordato che, dopo la mia uscita dal progetto, ci saremmo scambiati alcune e-mail di aggiornamento.

Biennio 2017-2019. Con il collega Riccardo, le uscite si sono mantenute e diversificate, includendo il fast-food già menzionato, la gelateria del quartiere e il supermercato. Inoltre, Edoardo percorreva da solo a piedi una parte del tragitto fino alla fine del condominio (circa 10 minuti). Questo era il punto d'incontro da cui, in auto, proseguivano per le loro uscite.

Edoardo ha mostrato ulteriori progressi. Continua a dedicarsi al disegno digitale, incrementando tale attività in modo professionale, vendendo online. Si è anche iscritto a un corso di lingua e cultura orientale, frequentandolo regolarmente. In precedenza, si era iscritto ad altri corsi, senza però portarli a termine. Scambiammo e-mail in cui condivideva ciò che stava facendo.

Nel frattempo, di comune accordo con la psicoanalista, Edoardo ha sospeso le sedute. Ha ripreso successivamente un percorso terapeutico, stavolta con uno psicologo di fiducia della sua psichiatra. Questa soluzione era meno costosa rispetto alla precedente (le sedute con la psicoanalista avevano infatti una frequenza bisettimanale) e più agevole dal punto di vista logistico. Nello stesso periodo, Edoardo ha deciso di non usufruire più delle visite a domicilio della cooperativa, in quanto sentiva che gli bastavano gli altri interventi in corso. Oltretutto, l'Italia era entrata da poco nel periodo di confinamento del Covid-19.

Valutazione dei risultati: follow-up di tre anni. Edoardo afferma che i suoi blocchi non sono ancora del tutto superati, ma che, in generale, la sua qualità di vita è migliorata. Sebbene la gestione del tempo non sia sempre efficace, ha continuato a progredire nel disegno digitale, con un volume di lavoro che supera quello precedente, e considera già questa attività come un vero lavoro part-time. Tuttavia, il cambiamento più importante, come dice Edoardo, è avvenuto a livello affettivo-relazionale. Nel 2021 ha conosciuto una ragazza online. Nonostante vivano lontani, è arrivato il giorno in cui hanno deciso di incontrarsi. Attualmente, una volta al mese vivono insieme per diversi giorni, non a casa di Edoardo o della fidanzata, ma in un appartamento

affittato a questo scopo. Guardando indietro, all'inizio del progetto, Edoardo si rinchiusa in casa e nella sua stanza, come in un rifugio uterino (è vero che usciva, ma tornava subito dopo), mentre ora riesce a stare per giorni con la fidanzata in uno spazio "altro".

Edoardo sottolinea che ci sono ancora molti passi da compiere verso una maggiore autonomia, con la differenza che tuttavia adesso non si sente più "solo". Dice di voler cambiare per sé stesso, ma anche per la fidanzata.

Mantiene le visite psichiatriche, anche se molto distanziate una dall'altra. La sua terapia farmacologica consiste in un antidepressivo assunto a dosaggio minimo (all'inizio del progetto, nel 2014, prendeva anche ansiolitici e antipsicotici).

Se a Creusot Montceau-Les-Mines, in ambito ecomuseologico, l'obiettivo fu interagire e lavorare con la popolazione locale perché si sentisse gradualmente in diritto di varcare i confini dell'antica residenza degli Schneider, nelle visite al domicilio con Edoardo l'obiettivo, concordato insieme, è stato quello di sostenere Edoardo a varcare il confine di casa ed esplorare nuovi territori o semplicemente tornarvi, riacquistando una sensazione di libertà che appariva oramai come lontana e improbabile.

Un biennio in Casa de Alba: Trattamento Comunitario Democratico e *Open Dialogue* integrati

Non potendo ripercorrere tutta la storia del trattamento della salute mentale in Portogallo, che includerebbe necessariamente l'azione plurisecolare delle misericordie e delle congregazioni religiose, con particolare attenzione ai Fratelli di San Giovanni di Dio e alle Suore Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù, accenno ad alcuni punti fondamentali. Nel 1848, su ordine della regina Maria II, apre a Lisbona il primo asilo/manicomio, inizialmente chiamato Rilhafolles e successivamente intitolato a Miguel Bombarda, in memoria di uno dei suoi più illustri direttori, ucciso da un paziente. Segue, nel 1883, la fondazione di un altro ospedale psichiatrico a Porto, chiamato Conde de Ferreira. Su iniziativa di António Sena, che propone una rete

estesa di manicomi in Portogallo, nel 1889 viene promulgata la prima legge organica relativa agli "alienati" (in opposizione ai tecnici chiamati alienisti), legge che creava un fondo di beneficenza pubblica, mai applicato e il cui denaro è andato disperso. Nel 1942 viene fondato il nuovo manicomio di Lisbona, oggi chiamato Júlio de Matos, che, come il Miguel Bombarda, ha avuto momenti di maggiore o minore apogeo ed è stato teatro di tentativi di avvicinamento alla comunità. Nel 1963, seguendo il modello francese della Psicoterapia Collettiva, viene approvata la Legge sulla Salute Mentale, che tuttavia non ha avuto molto successo in termini di una vera e propria deistituzionalizzazione. Nel periodo pre e post Rivoluzione dei Garofani, c'è l'esempio documentato di una comunità terapeutica ispirata a Paulo Freire, Binswanger e Carl Rogers, situata nel quartiere di Boavista a Lisbona, che ebbe breve durata. Dalla fine degli anni Settanta, sono stati fatti diversi tentativi di apertura di ambulatori di salute mentale nell'interno del paese, contrastando la tendenza a concentrare i servizi nei grandi centri urbani e in contesto ospedaliero, seguendo le raccomandazioni dell'OMS. Tuttavia, anche questo ha incontrato notevoli difficoltà, come emerge dalle Comunicazioni presentate nel 1984 durante il 2° Incontro Nazionale sulla salute mentale ambulatoriale. Nel 1989 viene aperta la prima residenza comunitaria con ex-ricoverati dell'Ospedale Júlio de Matos. Nel 2006 viene approvato il Piano Nazionale di Salute Mentale che punta all'implementazione di Equipe Locali di Salute Mentale sia per adulti che per bambini e adolescenti. Nel 2011 chiude il primo manicomio in Portogallo, il Miguel Bombarda, seguito l'anno successivo dall'Ospedale di Lorvão e dalla Quinta de Arnes, a Coimbra (Boléo-Tomé, 2014, pp. 225-228; Campiche et al., 1992; Cintra, 2012, pp. 127-135; De Almeida e Sousa, 1984, pp. 427-439; Ornelas cit. por Muschketat, 2022; Pereira, 1986, pp. 90-92).

È importante considerare come Luís Sá Fernandes (citato da Muschketat, 2022), durante un dibattito sulla salute mentale al Cinema São Jorge nel 2022, affermava che in Portogallo è ancora diffusa l'idea che solo dopo essere guarita, la persona possa tornare alla comunità, dimenticando che la stessa comunità e l'appartenenza a essa sono fondamentali nel processo di recupero.

Dopo questa introduzione, passo a parlare della mia esperienza. Dal 2020 al 2022, ho avuto l'opportunità di lavorare come psicoterapeuta presso la Comunità Terapeutica Casa de Alba (Estremoz). Questa comunità, sotto la direzione del Dottor João G. Pereira, ha incorporato nuove metodologie come l'*Open Dialogue*, originariamente implementato in Finlandia per il trattamento di episodi psicotici e con comprovata efficacia. Tuttavia, l'accesso alla Casa de Alba non era limitato a giovani con crisi psicotiche recenti, ma era aperto a una varietà più ampia di persone con patologie ed età differenti, ad eccezione di problematiche legate all'uso attivo di stupefacenti o a gravi limitazioni cognitive e fisiche che impedissero la partecipazione attiva alla vita comunitaria, incluse le riunioni e le terapie, le attività ludiche ed espressive e la pulizia degli spazi personali e comuni (Azeredo Rodrigo, 2022, p. 6; AzeredoRodrigo & Gonçalves Pereira, in stampa).

Poco dopo il mio arrivo, sono state introdotte le riunioni allargate con l'Équipe di Prossimità (con la presenza di almeno due figure professionali tra l'operatore di Riferimento, il *Buddy*, lo Psicoterapeuta e lo Psichiatra) e i familiari dell'utente. Prima, le riunioni avvenivano solo tra lo psichiatra, l'utente e un altro membro dello staff, con compiti prevalentemente amministrativi. Con il nuovo modello, si cercava il coinvolgimento di tutti gli interlocutori, con l'idea che tutti sono importanti e possono essere utili, portando nuovi quesiti e ampliando il ventaglio di interpretazioni.

Dall'incontro e dall'inclusione delle varie "voci" (il critico letterario Bachtin coniò il concetto di polifonia, ispirando, insieme ad altri contributi, l'approccio dell'*Open Dialogue*), si mirava a creare una narrazione "comune" sui possibili fattori scatenanti della crisi o del malessere del paziente. Indipendentemente dalla formazione del professionista, l'ascolto era privilegiato rispetto alle risposte definitive, e venivano sempre poste nuove domande per far avanzare la narrazione. Tuttavia, alla fine di ogni riunione, si faceva una sintesi e si stabilivano nuovi passi per il lavoro congiunto (Bachtin, 1968; Seikkula & Olsen, 2002, pp. 408-411).

Nel modello *Open Dialogue*, anche il personale sanitario è chiamato ad aprirsi. Ciò avviene, ad esempio, attraverso un discorso rivolto ai

colleghi, che a loro volta forniscono le loro prospettive, creando così un dialogo all'interno del dialogo stesso. Il passo successivo è quello di restituire nuovamente la parola all'intero gruppo. In questo aspetto, *l'Open Dialogue* incorpora i cosiddetti "processi riflessivi" per cui i terapeuti sono chiamati a riflettere all'interno della riunione e in presenza di tutti, senza segreti (Anderson, 1992; Seikkula & Olsen, 2002, pp. 408-411).

Alcuni interventi da evitare potrebbero essere ad esempio: uno psichiatra che, durante una riunione, afferma in modo perentorio "c'è qualche altra domanda a cui un medico possa rispondere?" o un terapeuta che offre interpretazioni premature cercando di etichettare il problema della persona. In entrambi i casi, si evidenzia una gerarchia di status, che va contro lo spirito della relazione orizzontale dell'*Open Dialogue*.

Un frammento di una riunione condotta secondo il modello *Open Dialogue* in Casa de Alba:

Una riunione online ha coinvolto la residente Margherita, i suoi genitori e l'équipe di Prossimità. Si è discussa la possibilità di prolungare il programma terapeutico, incontrando l'opposizione della madre e del padre, i quali dubitavano delle motivazioni espresse da Margherita. La madre ha persino affermato che la figlia avrebbe potuto simulare una crisi per prolungare il programma. A questo punto, la residente si è allontanata dalla riunione, in lacrime, ritornandovi poco dopo. L'équipe ha riflettuto insieme sul comportamento teso di madre e figlia, interrogandosi se il desiderio di stare di nuovo insieme potesse essere alla base di questa dinamica familiare. Dopo questa riflessione, il tono della riunione è cambiato: le tensioni si sono allentate, e le emozioni hanno iniziato a fluire. Il padre ha espresso il desiderio di andare a teatro con la figlia al suo ritorno a casa, e la madre ha invitato i nonni e la sorella a unirsi alla riunione.

Margherita si è aperta condividendo i suoi dubbi sul futuro e che voleva riflettere con calma sul da farsi dopo la fine del percorso residenziale, godendosi anche i suoi affetti. Quindi la riunione, iniziata in modo teso, si è conclusa in un clima molto diverso: tutti gli elementi della famiglia sono riusciti a comunicare profondamente gli uni con gli altri.

Ho sottolineato come, in un'ottica democratica, l'utente partecipi attivamente al suo processo di cura. L'*Open Dialogue* fa suo questo principio e lo espande, per cui il dialogo è il mezzo e il fine ultimo; utente, familiari, conoscenti ed operatori sono chiamati a dare il loro personale contributo, favorendo una narrativa nuova che integri passato, presente e futuro. Una dinamica simile è riscontrabile a Condeixa-a-Nova, dove il progetto si è nutrito di uno scambio aperto e proficuo tra istituzioni, professionisti e persone del posto. È un'azione culturale co-costruita in comunità.

Conclusioni

Ho trattato qui il contributo decisivo di alcuni studiosi nel campo della salute mentale. L'ho fatto da una prospettiva storica, prendendo in esame il periodo che va dall'ultimo quarto del XVIII secolo fino al presente, senza dimenticare la questione dei manicomi e le risposte che vi sono state date, cercando alternative.

L'approccio democratico alla salute mentale e l'eco-museologia, come abbiamo visto all'inizio, hanno seguito per molti aspetti la stessa traiettoria, in un grande movimento di apertura e di valorizzazione della dignità umana.

In un secondo momento, menziono tre interventi che riflettono la preoccupazione di dare voce agli utenti, contribuendo a far sì che siano più "soggetti" e meno "oggetti", sulla scia dei molti progressi compiuti nel corso di decenni, soprattutto a partire dal 1789 e con un forte impulso dato dalla Seconda Guerra Mondiale.

Per quanto riguarda l'esperienza del Caffè Letterario, presso il Centro diurno di Via Plinio, si è trattato di un'attività molto partecipata e

apprezzata dai partecipanti, la cui sinergia ha prodotto risultati tangibili: due racconti, espressione delle loro personalità, delle loro aspirazioni e paure.

Per quanto riguarda il progetto che includeva le visite a domicilio, l'intervista di follow-up ha dato buoni riscontri sulla sua utilità. Edoardo, oltre ad essere più autonomo, ha migliorato molto la sua vita affettiva.

Infine, va sottolineata la particolarità delle riunioni in stile *Open Dialogue*, che si integrano bene con un ambiente di cura democratico.

In tutti e tre gli interventi menzionati è rilevante la dimensione relazionale caratterizzata da immediatezza ed autenticità, che è fomentata da una visione non gerarchizzata della cura.

Concludendo, nel parallelismo affrontato, i confini gerarchici si attenuano dando valore ad una dimensione orizzontale e ancorata nelle possibilità e nelle risorse del territorio. Ciò rende i percorsi nelle due aree unici, creativi, dinamici e personalizzati.

Bibliografia

Andersen, T. (1990), *The Reflecting Team: dialogues and dialogues about dialogues*. Norton.

Azeredo Rodrigo, M. (2022), Characterization of the therapeutic communities “Montesanto” (Rome, 2008- 2012) and “Casa de Alba” (Estremoz, 2020-2022): brief notes, *CPQ Neurology and Psychology* 5(3), 1-8.

Azeredo Rodrigo, M. & Gonçalves Pereira, J. (in stampa), *Denouncement without Announcement. Part destruens, part construens: an experience in the therapeutic community Casa de Alba (Estremoz) in times of COVID-19*.

Azeredo Rodrigo, M., Pereira, J.G. & Haigh, R. (2025). Understanding and Completing the Legacy of Basaglia and His Collaborators. In C. Guareschi & V. Bizzari (a cura di). *Franco Basaglia's Revolution: From the Blue Horse to the Actuality of its Practice*. Springer Nature.

Bachtin, M. (1968), *Dostoevskij. Poetica e Stilistica*. Einaudi.

Basaglia, F. (1968), *L'istituzione negata*. Einaudi.

Basaglia, F. (2017), *Scritti 1953-1980*. Il Saggiatore.

Battie, W. (1758). *A Treatise on Madness*. For J. Whiston, and B. White.

Berne, E. (1945). Carta enviada para Helen E. Ward da Salinas Evening School, na Califórnia. Consultado a 15/04/2023. No site Brought to Light Stories from UCSF Archives & Special Collections (homepage): disponível em [Eric Berne letter to Helen Ward regarding Veterans Service Council — Calisphere](#).

Berne, E. (1943-1946). When Johny comes marching (nervously) home. Consultado a 15/04/2023. No site Brought to Light Stories from UCSF Archives & Special Collections (homepage): disponível em [Eric Berne and Veterans Psychotherapy |](#)

[Brought to Light \(ucsf.edu\)](http://www.ucsf.edu).

Berne, E. (1971). *Analisi transazionale e Psicoterapia. Un sistema di psichiatria sociale e individuale*. Astrolabio (pubblicato per la prima volta nel 1961).

Brulon B. (2015). A invenção do Ecomuseu: o caso do Écomusée du Creusot Montceau-Les-Mines e a prática da Museologia Experimental. *Mana* 21(2), 267-295.

Boléo-Tomé, J. P. (2013). *Um olhar para Portugal no mundo*. Edições Colibri.

Boléo-Tomé, J. P. (2014). Aspectos da Contribuição Portuguesa para o progresso da Medicina. Notas históricas. *Acção Médica* 59(3), 217-232.

Bonnafé, L. (2005) *Psychiatre désaliéniste*. L'Harmattan.

Castro, J. L. (1888). Relatório e Proposta de Lei para a organização da Hospitalização dos Alienados. *A Medicina Contemporanea*, 23, 181-184.

Chiarugi, V. (1789), *Regolamento dei Regi Spedali di Santa Maria Nuova e di Bonifazio*. G. Cambiagi, Stamperia Granducale.

Cintra, P. (2012), *Miguel Lombarda. Preservar a Memória*. Casa das Letras.

Coletivo do Café Literário do Centro de Dia de Dia de Via Plinio (2013), *Le avventure di Re Teo e i suoi Amici*. Unità Operative Complesse e Comunicazione dell'ASLRME/Medilife.

Coletivo do Café Literário do Centro de Dia de Dia de Via Plinio (2014), *Alfonso Rock*. Unità Operative Complesse e Comunicazione dell'ASLRME/Medilife.

Da Fonseca, A. F. Medeiros Paiva, F. & Droux, A. (1984), *Definição de uma Unidade de Intervenção na Comunidade*. In B. De Almeida e Sousa, H. Henrique das Neves, I. M. A. Costa, J. Ruivo Siborro Maia, M. L. Magalhães & R. M. Machado Marques (a cura

di). *O Ambulatório em Saúde Mental. 2º Encontro Nacional. Setúbal, 27, 28 e 29 de Abril de 1984. Comunicações.* [s. n.].

De Almeida e Sousa, B., Henrique das Neves, H., Costa, I. M. A., Ruivo Siborro Maia, J., Magalhães, M. L. & Machado Marques, R. M. (a cura di) (1984), *O Ambulatório em Saúde Mental. 2º Encontro Nacional. Setúbal, 27, 28 e 29 de Abril de 1984. Comunicações.* [s. n.].

Freire, P. (1965). *Educação como Prática da Liberdade.* Paz e Terra.

Freire, P. (2000). *Pedagogia da Indignação. Cartas pedagógicas e outros escritos.* Editora UNESP.

Freire, P. (2003). *Pedagogia da Esperança. Um reencontro com a Pedagogia do oprimido.* Paz e Terra (pubblicato per la prima volta nel 1992).

Guareschi, C. & Bizzari, V. (a cura di) (2025). *Franco Basaglia's Revolution: From the Blue Horse to the Actuality of its Practice.* Springer Nature.

Jones, M. (1952). *Social Psychiatry: a study of therapeutic communities.* Tavistock Publications.

Heymann, L. (a cura di) (2023). *50 anos da Mesa-Redonda de Santiago do Chile (1972-2022): novos olhares sobre os Museus.* UCITEC.

Horn, E. (1818a). *Öffentliche Rechenschaft über meine zwölfjährige Dienstführung als zweiter Arzt des Königl. Charité-Krankenhauses zu Berlin.* Realschulbuchhandlung.

Horn, E. (1818b). *Beschreibung der in der Irrenanstalt des Königlichen Charité-Krankenhauses zu Berlin gebräuchlichen Drehmaschine, Zeitschrift für psychische Aerzte*, 1, 219–30.

Le Guillant, L. (1946-1947). *Une Expérience de Réadaptation Sociale instituée par les Événements de Guerre, Hygiène mentale*, 6, 85-102.

Mayrand, P. (1987). Há doze anos nascia a Nova Museologia Internacional. *Boletim do Movimento Internacional para uma Nova Museologia*, 0, 1-4.

Muschketat, N. (2022). *Ainda há um longo caminho a percorrer do fim dos Manicómios à Integração na Sociedade, reconhecem especialistas* (Público, 11.04.2022). Consultado a 20.04.2023. No site Público (homepage): disponível em [Ainda há um longo caminho a percorrer do fim dos manicómios à integração na sociedade, reconhecem especialistas | Reportagem | PÚBLICO \(publico.pt\)](#).

Pereira, A. L. (1986). A Institucionalização da Loucura em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 21, 85-100.

Pessoa, M., Parzysz, B., Lino Rodrigo, A., Pocinho, J. & Ferreira de Oliveira, A. (2023). *Praça da República. Mosaico outonal e Potenciação da Comunidade local*. Centro de Estudos Vergílio Correia/Município de Condeixa-a-Nova/Associação Ecomuseu C A P R./ Movimento para a Promoção da Candidatura de Conímbriga a Património Mundial da Unesco.

Pinel, P. (1801). *Traité médico-philosophique sur l'Aliénation Mentale ou la Manie*. Richard, Caille e Ravier.

Reil, J. C. (1803). *Rhapsodien über die anwendungder psychischen curmethoden auf geisteszerrüttungen*. Curt.

Roth, J. (1987). *La marcia di Radetzky*. Adelphi Edizioni (pubblicato per la prima volta nel 1932).

Scott Fitzgerald, F. (1978). *Tenera è la notte*. Einaudi (pubblicato per la prima volta nel 1934).

Seikkula, J. & Olson, M. E. (2003). The Open Dialogue approach to Acute Psychosis: its Poetics and Micropolitics. *Family Process*, 3 (42), 403- 418.

Shorter, E. (2001). *Uma História da Psiquiatria. Da Era do Manicómio à Idade do Prozac*. Climepsi Editores.

Stewart, J. (2003). *Eric Berne*. Centro Scientifico Editore.

Tosquelles, F. (1967). *Le travail thérapeutique à l'Hôpital Psychiatrique*. Éditions du Ssarabée.

Tosquelles, F. (1984). *Éducation et Psychothérapie Institutionnelle*. Hiatus Edition.

Villa, G. (2021). *In comunità. Malattia mentale e Cura*. Edizioni dell'Asino.

Funzioni psicologiche nella core mission della casa della comunità

*Antonio Capodilupo*¹

Psychological functions in the core mission of the community house

Abstract

La Casa della Comunità costituisce l'evoluzione della Casa della Salute, nata dall'esperienza della Catalogna; si ispira e attua i principi del CCM – Chronic Care Model, con un approccio preventivo, proattivo e partecipato di Sanità.

Essa è prevista nel PNRR del 2021, quale luogo fisico del SSN – Servizio Sanitario Nazionale, di prossimità e di facile individuazione dalla popolazione di riferimento.

In questo contributo, dopo aver presentato l'evoluzione internazionale e nazionale delle Case della Salute, se ne tratteggiano le dimensioni essenziali (prossimità e continuità assistenziale, proattività e prevenzione, interoperabilità multidisciplinare e istituzionale); si enucleano alcune aree di intervento cardinali: la prevenzione collettiva, gli screening di comunità, le vaccinazioni obbligatorie e facoltative, la presa in carico delle malattie croniche non trasmissibili, la promozione di stili di vita salutari; si esprimono alcune osservazioni critiche, per preservare la core mission delle Case della Comunità. In una apposita review narrativa strutturata, è già evidenziato il contributo della psicologia in tre assi di ampia portata: psicologia nella primary care, psicologia nella cronicità, community health psychology. Per la messa a terra

¹ Psicologo-psicoterapeuta – antoniocapodilupo@gmail.com

della vocazione della Casa della Comunità, le funzioni psicologiche sono trasversali a tutte le aree di intervento.

Questo studio si propone di profilare coerenti con la core mission della Casa della Comunità e di indicare metodi e strumenti di valutazione e di intervento correlati.

Dette funzioni richiedono allo psicologo di attrezzare la sua formazione con competenze e abilità, utili a convogliare il suo sapere e saper fare nella promozione della salute globalmente intesa.

The Community House is an evolution of the Health House, born from the experience of Catalonia; it is inspired by and implements the principles of the CCM - Chronic Care Model, with a preventive, proactive and participatory healthcare approach.

It is foreseen in the PNRR of 2021, as a physical location of the SSN - National Health Service, close to and easily identifiable by the reference population.

This paper presents the international and national evolution of Community Health Centers, outlining their essential dimensions (proximity and continuity of care, proactivity and prevention, multidisciplinary and institutional interoperability). It identifies several key areas of intervention: collective prevention, community screening, mandatory and optional vaccinations, management of chronic non-communicable diseases, and the promotion of healthy lifestyles. It also offers some critical observations to safeguard the core mission of Community Health Centers.

A dedicated structured narrative review has already highlighted psychology's contribution in three broad areas: psychology in primary care, psychology in chronic conditions, and community health psychology. To realize the mission of the Community House, psychological functions cut across all areas of intervention..

This study aims to profile these functions in a manner consistent with the Community Health Center's core mission and to identify related assessment and intervention methods and tools.

These functions require psychologists to equip their training with skills and abilities useful for channeling their knowledge and expertise into the promotion of global health.

Parole chiave: *Casa della Comunità, Core mission, CCM esteso, Casa hub, Casa spoke, Funzioni psicologiche*

Keywords: *Community House, Core mission, extended CCM, Hub house, Spoke house, Psychological functions*

Introduzione

La Casa della Salute (CdS), così battezzata in un intervento della Ministra della Salute on. Livia Turco ad un Convegno, svoltosi a Roma il 22 marzo 2007, «E' una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito delle aree elementari del distretto (per un bacino corrispondente a circa 5-10.000 abitanti). La Casa della salute rappresenta il luogo di tale ricomposizione, il contesto in cui può essere realizzato il lavoro multidisciplinare ed in team degli operatori e in cui può operare, superando le precedenti divisioni, l'insieme del personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), i medici di base (che vi eleggeranno il proprio studio associato), gli specialisti ambulatoriali».

La missione essenziale della CdS è connotata, dunque, da prossimità e continuità assistenziale, vocazione preventiva, interoperabilità professionale e istituzionale.

Il presente contributo dopo aver percorso il cammino di formazione, internazionale e nazionale, delle CdS a partire dal modello esteso del CCM – *Chronic Care Model*, espone alcune osservazioni volte a preservarne la natura basica e indica le *core functions* ritenute imprescindibili per rispettarne la missione.

Le funzioni psicologiche sono trasversali nella messa in opera della missione delle CdS.

Si intende, qui, profilare coerenti con la *core mission* della CdS e suggerire metodi e strumenti di valutazione e di intervento correlati.

Evoluzione delle Case della Comunità

L'istituzione delle Case della Salute (CdS) si è diffusa nei paesi occidentali, a partire dalla fine del secolo scorso, con modelli diversi.

In Spagna, soprattutto nella regione della Catalogna, dal 1991, i medici di famiglia, dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, lavorano in *team*, denominato EAP (*Equipo de Atención Primaria*), erogando le cure, il servizio di assistenza domiciliare e il soccorso di primo livello presso i PAC - Centri di Assistenza Primaria (Martin Moreno, 2009).

In Francia, la Casa della Salute è definita dall'art. L6323-3 del Codice della Sanità, rivisto nel 2000, come un soggetto morale, che si costituisce tra professionisti medici, ausiliari, farmacisti, per assicurare attività di cura di primo accesso (presa in carico continuata, prevenzione, diagnostica, prescrizione di farmaci, educazione sanitaria, orientamento ai servizi di cura) e di secondo livello specialistico (Clément, 2009; Lautru, 2010; Delanoe e Offrey, 2011; Vallancien, 2011).

In Inghilterra, con l'*Health and Social Care Act* del marzo 2012, i CCGs - *Clinical Commissioning Groups* sostituiscono le precedenti strutture amministrative PCTs - *Primary Care Trust*, riunendo i medici di base (GP - *General Practitioners*) di un'area geografica, dove operano vari specialisti: dentista, oculista, servizio di salute mentale ecc., strutturando un collegamento con le farmacie, con i servizi ospedalieri e con il servizio di trasporto in emergenza.

In USA, partendo dal modello CCM - *Chronic Care Model* applicato dal Dr. Calvin CJ Sia (2004), pediatra a Honolulu, nel 2002, sette organizzazioni di medici di famiglia hanno creato il progetto di una nuova Medicina di Famiglia, raccomandando che ogni americano debba avere una "casa medica personale", nella quale ricevere le cure, acute e croniche, e i servizi di prevenzione, in modalità "accessibile, affidabile, globale, integrata, centrata sul paziente" (Martin, Avant, Bowman et al., 2004).

In Italia, il lancio effettuato dalla Ministro della Salute, on. Livia Turco, nel 2007, ha dato avvio alle prime esperienze pionieristiche di Case della Salute, nelle regioni Toscana ed Emilia-Romagna nel 2010, cui sono seguite implementazioni in altre regioni.

Nel Paese, la Missione 6 / Investimento 6.1 del PNRR - Piano di Ripresa e Resilienza ne prevede la creazione, entro il 2026, di n. 1.288, recanti il nuovo appellativo di "Case della Comunità" (CdC), che, con le recenti scelte di ridimensionamento degli obiettivi del PNRR, sono state ridotte a 936.

Il PNRR assume l'obiettivo di potenziare i servizi assistenziali territoriali, per consentire l'effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, per ridurre le disuguaglianze e per costruire un modello di erogazione dei servizi, condiviso ed omogeneo, sul territorio nazionale, mettendo in grado la ASL e i Distretti Sociosanitari di realizzare la "stratificazione dei bisogni delle popolazioni" per patologie e di

erogare servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona, in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita.

Nella Casa della Comunità, lavorano, in modalità integrata e multidisciplinare, tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale, con la partecipazione della comunità locale nelle sue varie forme: associazioni di cittadini, pazienti, caregiver, volontariato (Banchieri, 2023).

Modello di sanità proattiva

Longo (2022) declina tre possibili vocazioni della nuova struttura: Casa della Salute con a) accesso e *case management* della cronicità stabile b) casa della specialistica territoriale, c) casa della fragilità e *long term care*, d) piattaforma dei servizi territoriali: psichiatria, igiene, materno-infantile, ecc.; Casa socio-sanitaria con a) co-programmazione interistituzionale, b) accesso e *case management* socio sanitario, c) Erogazione di servizi SSN ed EE.LL. (quota parte), d) erogazione del portafoglio completo dei servizi SSN territoriali e degli EE.LL., delega dei servizi socio assistenziali; Casa della Comunità con a) coproduzione di gruppo: educazione sanitaria per gruppi di pazienti, b) partecipazione democratica: co-design dei servizi e valutazione partecipata, c) valorizzazione e creazione di reti sociali: gruppi di lettura, gruppi di cammino, rete dei NEET - *Not [engaged] in Education, Employment or Training*.

Le CdS si ispirano al *Chronic Care Model* (CCM), sviluppato dal professor Wagner (1998) con i colleghi del *McColl Institute for Healthcare Innovation*, in California (Bodenheimer, Wagner, Grumbach, 2002), per attuare i principi di “promozione della salute”, sanciti nella Carta di Ottawa dell’OMS del 1986.

È un modello di assistenza ai pazienti affetti da malattie croniche, che si muove lungo sei direttrici:

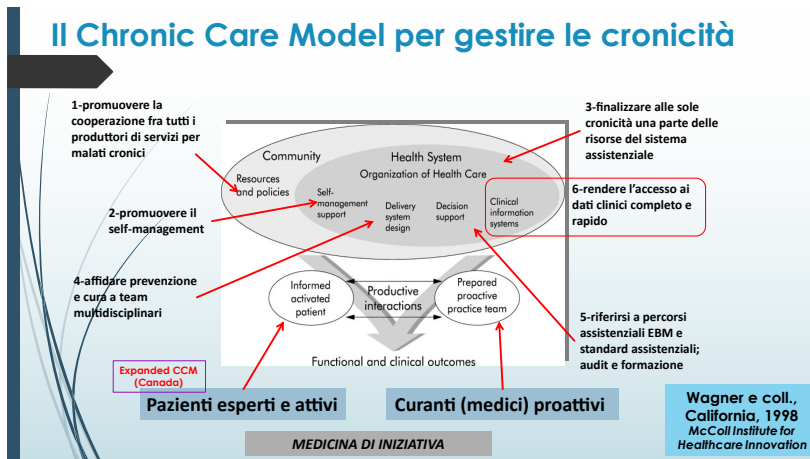
- le risorse della comunità, per migliorare l’assistenza ai pazienti cronici (gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti);
- le organizzazioni sanitarie, rivolte a dare la priorità alla gestione delle malattie croniche;
- il supporto all’auto-cura;

- l'organizzazione e il funzionamento in *team*;
- l'adozione di linee guida, basate sull'evidenza;
- i sistemi informativi con funzioni di allerta, di *feedback* per i medici, di registri di patologia (Maciocco, 2011).

Barr et al. (2003), in Canada, con l'ECCM – *Expanded Chronic Care Model*, ha aggiunto la proattività della medicina e l'attivazione/partecipazione della persona al processo di cura (Fig. 1).

La CdS assume, a ispirazione, tutte queste direttrici.

Fig. 1 – *Expanded Chronic Care Model* (Fonte: Barr et al., 2003 - commento italiano proprio)



Nel modello bio-psico-sociale di Engel (1977), i determinanti della salute (abitazione, reddito, supporto sociale, ambiente urbano ecc.) possono tutelare e promuovere la salute stessa o, per contro, minacciarla e comprometterla. Perciò, la comunità è attiva nel ciclo della pianificazione, programmazione e valutazione dello sviluppo complessivo e integrato della salute (Rei, 1996 e 2001), impegnando la popolazione a rafforzare le politiche protettive della salute e gli individui a indirizzare la richiesta di servizi verso risultati di maggiore salute.

Anche sulle malattie croniche, caratterizzate da un lento e progressivo declino delle normali funzioni fisiologiche (Cipolla, 2005),

incidono fattori di rischio modificabili, come l'alimentazione non equilibrata, il consumo di tabacco, l'abuso di alcol, la ridotta attività fisica, che generano i "fattori di rischio intermedi", quali l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità. Altri fattori di rischio, invece, non si possono modificare: l'età o la predisposizione genetica. Dette malattie sono collegate anche a determinanti impliciti, definiti come "cause delle cause": la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà.

Secondo l'OMS, in Europa, le malattie croniche provocano almeno l'86% dei morti e il 77% del carico di malattia; perciò, il loro controllo e la prevenzione rappresentano una priorità della Salute Pubblica, sia nei Paesi più ricchi che in quelli poveri (Ham, 2010).

In Italia, si calcola che la cronicità assorba l'80% delle risorse sanitarie.

Il primo PNP - Piano Nazionale della Prevenzione, approvato nel 2005, e i Piani che si sono susseguiti fino al PNP 2020-5, adottato nel 2020, attenzionano i fattori di rischio per la salute e promuovono progetti e azioni, relative a promozione di comportamenti alimentari salutari, lotta al tabagismo, contrasto all'abuso di alcol, promozione dell'attività fisica.

Riprendendo la definizione dell'OMS della salute come benessere fisico e mentale, vanno tenuti in considerazione, presso la CdS, anche i disagi emozionali, quali l'ansia e la depressione, la cui incidenza e prevalenza, già ragguardevole, sono accresciute durante la pandemia da COVID (+ 27%).

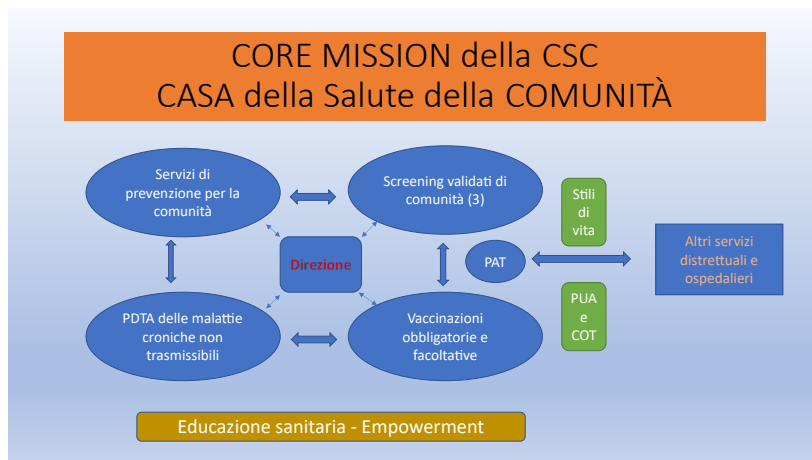
Si concepisce così un progetto di salute, individuale e collettiva, che si realizza mediante interventi di base, proposti in un luogo di facile accessibilità e indirizzati alla promozione del benessere, alla prevenzione/gestione delle cronicità e al trattamento precoce dei disturbi emotivi a basso/medio gradiente di severità.

Core mission della Casa della Salute della Comunità

La CdC dovrà impegnarsi, elettivamente e distintamente, nella riduzione dei fattori di rischio, nella promozione dei fattori protettivi e degli stili di vita salutari, nella presa in carico dei malati cronici.

Queste funzioni sono rappresentate in Fig. 2.

Fig. 2 – Funzioni *core* nella Casa della Salute della Comunità (Immagine prodotta in proprio)



I Servizi di prevenzione per la comunità richiedono un potenziamento delle figure e delle risorse dei Dipartimenti dedicati delle ASL, impiegando per intero il 5% del FSN – Fondo Sanitario Nazionale, previsto e ripartito tra le regioni in base alla popolazione non pesata, affinché le sue articolazioni (tutela dei luoghi di lavoro, sicurezza alimentare, igiene ambientale) coprano il territorio di riferimento. Nella presentazione del rapporto dell'AIOM – Associazione Italiana di Oncologia Medica, fatta al Senato della Repubblica il 27 aprile 2017 dal presidente Carmine Pinto, si legge che, nel nostro Paese, per la prevenzione si spendono 5 miliardi di euro (2014), pari al 4,22% della spesa sanitaria totale, mentre “è stato dimostrato che, se la spesa in prevenzione raggiungesse il livello del 5% previsto dai LEA, l’incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL scenderebbe dal 9,2% all’8,92%, con un risparmio di 7,6 miliardi di euro”.

Almeno i tre *screening* scientificamente validati (colon retto, mammella e cervice uterina) devono essere offerti alla comunità, con

programmi a chiamata diretta; cosa da applicare, auspicabilmente, anche alle vaccinazioni, obbligatorie (gratuite) e facoltative.

I PDTA - Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, introdotti dall'art.1, comma 28, della legge n. 662/1996 per le malattie croniche non trasmissibili, applicabili anche in risposta ai bisogni sanitari e socio-sanitari complessi, superano il concetto dell'integrazione affidata alla co-presenza e impegnano le discipline e gli specialisti a interfacciarsi per la loro programmazione e a collaborare per la loro attuazione, in ordine a risultati attesi di salute.

In tutte le aree, gli individui e la comunità non sono soggetti destinatari di interventi, bensì co-costruttori di valore di salute, mediante l'educazione sanitaria partecipata e l'*empowerment* inteso come "processo sociale, culturale, psicologico o politico attraverso il quale gli individui e i gruppi sociali sono in grado di esprimere i propri bisogni e le proprie preoccupazioni, individuare le strategie per essere coinvolti nel processo decisionale e intraprendere azioni di carattere politico, sociale e culturale che consentano loro di soddisfare tali bisogni. Attraverso questo processo gli individui riescono a percepire una più stretta corrispondenza tra i propri obiettivi di vita e il modo in cui raggiungerli, ma anche una correlazione tra gli sforzi compiuti e i risultati ottenuti" (WHO, 1998).

Il focus della co-costruzione di valore si accentra sulla promozione degli stili di vita, in tutte le sedi e a tutti i livelli.

Il PUA – Punto Unico di Accesso è il punto d'incontro tra il cittadino e il servizio sanitario e socio-sanitario; la COT – Centrale Operativa Territoriale coordina i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

La dotazione delle risorse della CdC, professionali e strumentali, dovrebbe superare la rigidità di standard, correlandosi al bacino di utenza e ai bisogni espressi nel territorio, stratificati per livelli di stato clinico-assistenziale (Agenas, 2021).

Osservazioni critiche

Per il rispetto delle direttrici appena esposte, sorgono alcune perplessità circa la coerenza tra gli intenti generali e la effettiva realizzazione.

Relative al nome

Il PNRR adotta, per la nuova struttura, l'appellativo di “Casa della Comunità”, che non appare propriamente espressivo della missione di salute, che essa deve assolvere.

L'allocuzione “Casa” esprime bene la molteplicità delle funzioni, che si svolgono nel domicilio, e il senso di appartenenza e di responsabilità, che caratterizza le persone che vi abitano.

La denominazione “Casa della Comunità” suona, invece, generale e generica, potendosi applicare, indistintamente, ai centri culturali, ai centri ricreativi, ai centri di aggregazione, ai centri socio-sanitari.

Per quanto il concetto di salute sia globale (bio-psico-sociale) ed estensivo (applicato a tutti gli ambiti di vita), merita comunque di essere menzionato; per questo, Brugnola e Capodilupo (2022), nel titolo del loro *ebook*, coniano il nome di “Casa della Salute della Comunità” (CSC), una dizione che integra i tre modelli che Longo (2022) indica come possibili alternative.

Relative alla funzione

Alla CdC sono riconosciute le funzioni di promozione della salute, di prevenzione, di presa in carico e di riabilitazione, rivolte all'intera popolazione, con particolare attenzione al *target* delle persone affette da malattie croniche non trasmissibili.

L'ampiezza e la destinazione delle funzioni fa considerare la CdC come “lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati cronici” (Bocconi, 2021).

In quanto polo di servizi, la CdC ospita medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, punto di erogazione di assistenza infermieristica domiciliare, punto unico di accesso (PUA), servizio prelievi e centro unico di prenotazione, ambulatori specialistici, piccole urgenze e possibili moduli aggiuntivi.

La CdC è articolata in *hub* e *spoke*, comprendenti servizi obbligatori e servizi raccomandati, tra cui i servizi per la salute mentale e le dipendenze, i consultori familiari, la medicina dello sport, le vaccinazioni, con standard di dotazione del personale e di ore di apertura (Banchieri, 2021).

Così articolata, la CdC appare come un clone dei già Centri Socio-Sanitari di Base (CSSB) distrettuali, impegnati a svolgere servizi di primo livello e prestazioni specialistiche ambulatoriali.

La CdC è sicuramente un luogo fisico di riferimento per la popolazione; tuttavia, deve riconoscersi per taluni caratteri distintivi, che superino il diffuso modello poliambulatoriale.

Relative all'integrazione socio-sanitaria

Le sollecitazioni all'integrazione tra l'ambito sociale e il sanitario, in ordine alla tutela della salute bio-psico-sociale della persona e della collettività, provengono da lontano: dal D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616 -Decentramento amministrativo delle funzioni centrali, e dalla Legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale".

I CSSB sono stati istituiti come aggregazione di servizi, nella supposizione che la co-presenza in un'unica sede realizzasse la collaborazione tra gli operatori e la ricomposizione dell'assistenza: in talune realtà, ciò può essersi realizzato; più frequentemente, i servizi si sono posizionati a silos, per sfera di competenza, e gli operatori hanno privilegiato la specificità professionale.

Le CdC prevedono la collaborazione tra le componenti istituzionali (servizi e operatori) e comunitarie (gruppi di interesse, associazioni di volontariato ecc.). La presenza in un'unica sede, da sola, non garantisce l'integrazione, da perseguire, piuttosto, attraverso la definizione di risultati attesi nel miglioramento della salute, mediante bilanci di salute, individuali e comunitari, e piani di assistenza, interdisciplinari e collettivi.

Psicologia nelle cure primarie, nella cronicità e nella salute di comunità

Il sistema sanitario italiano sta attraversando una fase di profonda trasformazione, caratterizzata da un crescente riconoscimento del ruolo della psicologia nei servizi territoriali (Tanini et al., 2025). L'aumento della domanda di supporto psicologico, la diffusione delle malattie croniche e le disuguaglianze territoriali rendono necessaria una maggiore integrazione delle competenze psicologiche nei servizi di prossimità.

Per inquadrare il contributo della psicologia alla salute nel territorio, è stata condotta una breve *review* narrativa con approccio

sistematico che ha attinto tre assi di ampia portata: psicologia nella *primary care*, psicologia nella cronicità, *community health psychology*.

La *review* si è avvalsa di una ricerca bibliografica su PubMed, Scopus, PsycINFO e riviste italiane, selezionando studi empirici, narrative *review*, report istituzionali e contributi teorici rilevanti e omettendo studi pediatrici non generalizzabili e interventi specialistici non territoriali; il periodo indagato spazia dal 2018 al 2024, accogliendo, tuttavia, anche apporti significativi da anni precedenti.

L'integrazione dello psicologo nella *primary care* italiana è in crescita. Studi condotti nel territorio nazionale mostrano che l'inserimento dello psicologo nei distretti sanitari e negli studi dei medici di medicina generale migliora la gestione dei disturbi d'ansia, depressione e somatizzazioni, riduce il ricorso improprio alle visite mediche e aumenta la soddisfazione dei pazienti (Vivit et al., 2023). Modelli internazionali confermano l'efficacia della collaborazione strutturata tra psicologi e *primary care providers* (Fisher & Dickinson, 2014). Ulteriori evidenze mostrano che l'integrazione della salute mentale nella *primary care* produce miglioramenti clinici e organizzativi anche in contesti ad alta complessità (Miller-Matero et al., 2018; Vohs et al., 2023).

Le malattie croniche rappresentano una delle principali sfide del SSN. La letteratura recente evidenzia come i fattori psicologici — autoefficacia, coping, catastrofizzazione del dolore, aderenza terapeutica — influenzino in modo significativo gli esiti clinici. Una narrative *review* del 2024 sottolinea l'importanza dei trattamenti multidisciplinari e del ruolo dello psicologo nella gestione del dolore cronico, evidenziando l'efficacia di interventi integrati e psicoeducativi (Kovačević et al., 2024). Nel contesto italiano, pertanto, l'invecchiamento della popolazione e la multimorbidità rendono cruciale l'inserimento dello psicologo nei percorsi di cronicità previsti dalle Case della Comunità.

La *community health psychology* offre un quadro teorico e operativo per affrontare i determinanti sociali della salute, particolarmente rilevanti in Italia. Gli interventi di comunità — gruppi di auto-aiuto, programmi di promozione della salute mentale, iniziative nelle scuole e nei quartieri — rappresentano strumenti essenziali per ridurre l'isolamento sociale, sostenere la gestione della cronicità e rafforzare le reti territoriali. L'approccio di comunità è sempre più integrato nelle

politiche sanitarie territoriali, sebbene la letteratura italiana sia ancora in fase di sviluppo (Murray & Campbell, 2003; Kagan et al., 2011).

I risultati evidenziano come la psicologia possa contribuire in modo significativo al rafforzamento degli interventi di salute nel territorio italiano. La *primary care* rappresenta un punto di accesso privilegiato per intercettare precocemente il disagio psicologico e supportare la gestione delle cronicità. La *community health psychology* amplia ulteriormente la prospettiva, integrando interventi individuali, familiari e comunitari. Sono note tuttavia talune criticità: assenza di un modello nazionale uniforme, necessità di momenti di formazione congiunta tra psicologi e MMG, sostenibilità economica dei modelli integrati.

Funzioni psicologiche nella Casa della Comunità

Incontro di approcci

La formazione psicologica, di base e specialistica, propone conoscenze e tecniche che permettono, nella pratica, l'applicazione del modello assistenziale *CCM – Chronic Care Model*.

A titolo esemplificativo, riprendendo le direttrici del CCM:

- l'approccio sistemico facilita la cooperazione fra tutti i produttori di servizi per malati cronici;
- la psicologia sociale apre all'analisi dei bisogni nel territorio e alla programmazione di interventi di comunità, per destinare risorse economiche e professionali a prevenzione e promozione di salute;
- le teorie - dinamiche, umanistiche, cognitive - guidano il *self-management*, l'*empowerment* anche psicologico e gli interventi di psico-educazione;
- la dinamica di gruppo sostiene il lavoro di rete e l'impegno multidisciplinare;
- la metodologia della formazione assiste i percorsi assistenziali EBM e *audit* scientificamente provati;
- la psicomatria sussidia la metodologia della ricerca;
- il *counselling* psicologico promuove l'*engagement*, per rendere i pazienti esperti e attivi;
- le teorie della comunicazione e la relazione *client centered* formano curanti proattivi.

Non si sta pensando a un profilo di psicologo “generalista” o “tutologo”; piuttosto si delinea un professionista che applica le sue conoscenze e competenze in un scenario composito, in cui la salute generale, “stato di benessere psico-fisico e sociale” (OMS, 1946), è concepita come “processo dinamico di promozione di fattori protettivi” (Carta di Ottawa, 1986), e la salute mentale come “capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive” (Conferenza de L’Aia, 2009; Huber et al., 2011), e come uno stato di benessere “grazie al quale le persone affrontano in maniera ottimale i molti stress della vita, possono realizzare il proprio potenziale, funzionare in modo produttivo e fruttuoso e sono in grado di contribuire alla loro comunità” (Ministero Salute, 2021).

La linea di tendenza è verso l’idea di “salute globale”, interessata alla triade uomo, animali e ambiente, che risponde ai principi enunciati nella 7ª Conferenza di Berlino 2018 “*One Planet, One Health, One Future*”, ripresi da OMS, FAO, Commissione UE, Missione 6 PNRR (Gruetzmacher, 2021).

I contenuti e gli strumenti offerti si allineeranno, pertanto, alla logica delle “4 P” (preventivi, predittivi, personalizzati, partecipativi), già sostenuta in biologia dei sistemi (Hood e Flores, 2012) e in sanità sistemica (Auffray et al., 2010).

Funzioni psicologiche nella core mission della CdC

Se si rivolge a un motore di intelligenza artificiale il quesito circa le funzioni della psicologia nella Casa della Comunità, la macchina risponde elencando l’ampia gamma di compiti che lo psicologo è deputato a svolgere: la valutazione, il supporto, la consulenza, la psicoterapia, la promozione del benessere, la prevenzione, la gestione delle crisi, l’educazione, la formazione, la collaborazione multidisciplinare.

La restituzione è così estesa, che, per quanto corretta, rischia di iscriversi in quell’agglomerato di discipline a canne d’organo, che caratterizza taluni poliambulatori nei CSSB.

La riflessione qui si focalizza sulle funzioni psicologiche rispetto alla *core mission* della CdC, tal quali configurate nel paragrafo precedente come peculiari e distintive.

L’area di prevenzione per la comunità si gioca prevalentemente sulla promozione di stili di vita salutari. Nel rapporto AIOM (2017), si sostiene che il 40% dei casi di tumore (146 mila diagnosi ogni anno,

in Italia) potrebbe essere evitato mediante stili di vita sani, controllo e riduzione dei cancerogeni ambientali, implementazione degli *screening*.

L'OMS sottolinea, quali fattori protettivi per la prevenzione dei tumori e delle malattie croniche, quattro corretti stili di vita: l'attività fisica, la dieta mediterranea, la cessazione / riduzione del fumo, l'astensione dall'abuso di alcol. Gli stessi sono enucleati nel DPCM 4 maggio 2007 del Ministero della Salute, che ha per titolo "*Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari*", proponendo un programma governativo trasversale.

In tale ambito, le competenze psicologiche si esplicano mediante la promozione del cambiamento intenzionale, perseguibile attraverso le tecniche dell'ascolto attivo e del colloquio motivazionale, a livello sia individuale che grupppale.

L'area degli *screening* validati di comunità e delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative, nel trascorso triennio di pandemia da COVID-19, ha registrato un dibattito, aspro anche tra studiosi e non sempre fondato nei *mass media*.

In tal ambito, il contributo psicologico confronta le molteplici resistenze, personali e collettive, che talora si oppongono alla pratica della prevenzione primaria: auto-consapevolezza del corpo come "macchina" perfetta, bisogno di percepirsi "sani", timore dello stigma di "fragilità" psicologica (p.e. persona ansiosa, ipocondriaca), scarsa attenzione a patologie (tumori, cronicità) a lento decorso, ambiente familiare non applicato alla prevenzione, assimilazione e appartenenza al gruppo (p.e. fumo, alcol), condivisione di una situazione comune/fatalismo (p.e. inquinamento), senso di impotenza per mancanza di risorse risolutive; e, anche, alla prevenzione secondaria e terziaria: regressione ("mi mette ansia"), formazione reattiva ("vedete? sto benissimo!"), negazione o rifiuto ("non mi riguarda"), razionalizzazione ("è una cosa inutile"), chiusura in sé ("non lo so fare"), distacco emotivo ("se capita, capita"), sfiducia / disimpegno rispetto ai cambiamenti politici e sociali, cui nel periodo pandemico si è innestata la compulsiva ricerca di informazioni (infodemia), talvolta anche inaccurate tali da rendere difficile orientarsi su un argomento.

L'area della cronicità comprende un insieme di malattie, che sono connotate dalla *National Commission on Chronic Illness* come "caratterizzate da un lento e progressivo declino delle normali funzioni

fisiologiche” (Cipolla, 2005, p. 76): le cardiopatie, l’ictus, il cancro, il diabete, le malattie respiratorie croniche, le malattie mentali, le dipendenze da sostanze (fumo, alcol, droghe) ecc.

Nel malato cronico possono alternarsi periodi di remissione, durante i quali i sintomi diminuiscono o sono maggiormente sopportati, e periodi di riacutizzazione o di peggioramento; in generale, è possibile trattare i sintomi, ma non guarire.

Le malattie croniche richiedono un diverso modello assistenziale rispetto alle malattie acute: su queste ultime, causate da agenti patologici riconosciuti, l’intervento è puntuale, mentre per le prime, determinate da fattori molteplici, è necessaria la presa in carico dei pazienti, continuativa e protratta, da parte della rete di servizi ospedalieri, distrettuali e socio-sanitari, che collaborano nell’attuazione dei PDTA - Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali.

Il PDTA, secondo il *Consensus Meeting* svoltosi in Slovenia nel dicembre 2005, è “una metodologia mirata alla condivisione dei processi decisionali e dell’organizzazione dell’assistenza per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito”. Esso si declina secondo le linee metodologiche proposte dall’*European Pathway Association* (EPA) e si struttura come piano di cura multidisciplinare, che sequenzia le fasi della gestione dei pazienti, indicando le professionalità competenti.

In tal ambito, la competenza psicologica rileva e si confronta con le quattro dimensioni che più frequentemente accompagnano le malattie croniche: l’ansia, la depressione, la qualità della vita, l’aderenza alle cure; talora vi si riscontra anche il disturbo post-traumatico da stress (Capodilupo, 2018).

Sommaruga (2019) propone interventi psicologici con carico differenziato, a seconda della minore o maggiore gravità della malattia cronica:

- paziente con malattia di lieve entità e con un buon adattamento psichico individuale, buona aderenza alle prescrizioni terapeutiche e buone risorse nel contesto familiare: intervento psicologico minimo psico-educazionale, con eventuale consulenza al *team* curante;
- paziente gravemente disabile, con buon adattamento psichico e il cui *caregiver* riporta un lieve disturbo dell’adattamento: intervento psicologico di bassa intensità;

- paziente con una patologia a bassa severità clinica e con una reazione soggettiva alla malattia di elevato distress personale e familiare e non aderenza alle prescrizioni di stili di vita: intervento psicologico elevato e interventi di consulenza al *team* curante;
- paziente con grave patologia e un livello di complessità assistenziale psicologica elevata: intervento psicologico con carico massimo, interazione con il *team* curante ed eventuale necessità/opportunità di attivazione della rete dei servizi sanitari e sociali.

Sebbene l'integrazione delle figure in un progetto di intervento socio-sanitario trovi enunciazione già nella legge di riforma sanitaria n. 833/78, e il DPCM - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 precisi le aree delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, tra cui le inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, non si sottacciano alcune criticità rispetto al coinvolgimento della figura di psicologo nelle aree della *core mission* della CdC:

- nel paragrafo 2 dell'allegato 1 al Decreto del Ministro della Salute del 23 maggio 2022, n. 77, la cooperazione funzionale interdisciplinare della CdC definisce lo psicologo quale "referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete". Si afferma, ivi, che, nella Sanità di Iniziativa, "si debbano tener conto di tutti gli altri aspetti psico-comportamentali che incidono sulla salute e delle fasi della vita dell'individuo durante i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione", e che, "in un sistema centrato sull'approccio alla persona ed ai suoi bisogni è necessario garantire la massima integrazione delle competenze psicologiche". Al paragrafo 10, tuttavia, gli psicologici compaiono, nelle Case della Comunità, tra gli "altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie", senza che ne sia indicato uno standard di presenza, come, invece, contemplato per medici di medicina generale, infermieri di comunità, assistenti sociali e personale di supporto amministrativo;
- la penuria o assenza dello psicologo nell'organico dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASL, deputato a promuovere la tutela della salute collettiva attraverso la prevenzione delle malattie, il miglioramento della qualità della vita e la sicurezza alimentare: ciò ne sminuisce la capacità di agente del cambiamento per lo sviluppo della comunità;

- l'impostazione medicalizzata delle vaccinazioni e degli screening di comunità, sebbene si registrino elusioni anche a motivo di resistenze psico-sociali, individuali e collettive;
- la composizione di PDTA con la previsione di fasi e di esiti meramente sanitari, ignorando gli aspetti sociali e psicologici delle malattie croniche.

Non si sottace, neppure, per converso, che, nella pratica diffusa, lo psicologo si mostra assorbito dal modello medico ambulatoriale, più occupato nella clinica e meno impegnato nelle funzioni di educazione e di *empowerment* di comunità.

La bussola per una nuova impostazione di lavoro si trova nella Carta di Ottawa (1986), che definisce la promozione della salute come “il processo che consente alle persone e alle comunità di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla”, accendendo il faro su cinque obiettivi: costruire una politica pubblica per la salute; creare ambienti favorevoli; dare forza all'azione della comunità; sviluppare le abilità personali; riorientare i servizi sanitari.

Strumenti valutativi e di intervento

Tra gli strumenti generali di valutazione, che possono impiegarsi nelle aree psicologiche della *core mission* della CdC, possono prendersi in considerazione:

- *Perceived Stress Scale* (Cohen & Williamson, 1988), in versione a 10 item, con risposte su 5 punti di scala Likert, da “mai” (0) a “molto” (4); p.e., “Ultimamente, quanto spesso ti sei sentito nervoso o stressato?”;
- HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond & Snaith, 1983), entrambe le scale comprendenti 7 item, con risposta su 4 punti di scala Likert, da 0 “mai” a 3 “molto spesso”: p.e. “Pensieri di preoccupazione mi passano nella mente” (per l'ansia) e “Mi sento come se scivolassi giù” (per la depressione);
- *Post-Traumatic Symptom Scale* (PTSS-10) di Raphael, Lundin & Weisæth (1989) e *Revised Impact of Event Scale* – IES di Horowitz (1979 e 1980);
- *Short Form-36* (SF-36), strumento di misura della QOL – *Quality of Life* più conosciuto e più usato in letteratura, sviluppato negli anni '80 (Ware et al. 1986; Ware & Sherbourne, 1992) o la sua versione ridotta SF-12.

Per ciascuna delle malattie croniche, inoltre, sono disponibili strumenti valutativi specifici (Capodilupo, 2020).

Tra gli interventi si menzionano:

- il modello transteorico di Prochaska, Norcross e Di Clemente (2007), secondo il quale si coglie la disponibilità delle persone al cambiamento, mediante l'analisi dei primi due stadi (pre-contemplazione e contemplazione), la loro volontà di cambiare nel terzo stadio (determinazione), la messa in atto e la perseveranza nel cambiamento negli stadi quarto e quinto (azione e mantenimento), la prevenzione delle ricadute e il recupero di azioni regressive nel sesto stadio (ricaduta). Ragazzoni et al. (2014), in un quaderno curato per conto della regione Piemonte, lo propongono come utile in contesti di gruppo per differenti fasce di età e ne riportano alcune applicazioni per favorire una dieta che riduca il sovrappeso, per smettere l'abitudine al fumo e per promuovere l'attività fisica;

- il *problem solving* strategico, articolato per passi e idoneo a sviluppare abilità nell'affrontare problemi:

problem finding: rendersi conto del disagio;

problem setting: inquadrare la questione in termini precisi, trasformando il disagio in un problema ben definito;

problem analysis: scomporre il problema principale in problemi secondari;

problem solving: eliminare le cause e rispondere alle domande poste dal problema;

decision making: decidere come agire in base alle risposte ottenute;

decision taking: passare all'azione;

- la psico-educazione, come insieme organizzato di interventi basati sulle evidenze scientifiche. Il modello, iniziato in ambito psichiatrico, prevede almeno due sedute informative a domicilio, di cui la prima verte sul disagio/disturbo psichico e sulla sua diagnosi, e l'altra sulle modalità di trattamento (psicologiche, psicosociali e farmacologiche); segue una serie di incontri tesi a fornire alla persona portatrice del disturbo e alla sua famiglia abilità specifiche per la gestione del disturbo. La novità sta nel considerare la famiglia come una risorsa per fronteggiare e risolvere i problemi relativi al disturbo, affidando parte dell'intervento alle figure professionali di base (Falloon, 1992). Una recente analisi sistematica *Cochrane*, che ha analizzato 44 *trial* condotti con 5.142 pazienti in ambito psichiatrico, ha confermato che la psico-

educazione non solo riduce le ricadute, ma fa anche diminuire i ricoveri ospedalieri ripetuti, migliora l'adesione ai farmaci, riduce la lunghezza della degenza (Xia et al., 2012 e 2017). Lo schema del modello, adattato, può essere applicato anche ai disagi minori e alle malattie croniche;

- le strategie di *coping*, centrate sul problema (*problem-focused*), per modificare la situazione e prevenire o ridurre la fonte dello stress, e sulle emozioni (*emotion-focused*), volte a ridurre i riflessi affettivi della percezione dello stress, quali il prendere le distanze dalla situazione, il cercare un sostegno sociale, ovvero orientate all'evitamento (*avoidance-oriented*), mediante comportamenti di fuga di fronte alla situazione stressante (Lazarus et al., 1974), o ancora il *coping* proattivo (Aspinwall e Taylor, 1997), attuato cioè prima di incontrare eventuali eventi stressanti;

- le forme di *counselling*, di terapie a seduta singola (Hoyt, 2014) e di terapie brevi, fondate su basi teoriche anche diversificate.

Conclusione

L'attenzione alle CdC, in questo contributo, ne ha focalizzato le funzioni essenziali e distintive.

La co-progettazione di piani assistenziali integrati a livello organizzativo, professionale e comunitario, costruisce l'immagine di una sanità nuova, non più frammentata e attendista, ma unitaria e proattiva.

Lo psicologo, in tal contesto, ha provate conoscenze e competenze, da valorizzare.

Il punto di forza attribuibile alla presenza dello psicologo nelle Case della Comunità sta nella opportunità offerta dalla sua visione del benessere globale e unitario, che può sostanziare la innovata concezione di salute definita dalla Carta di Ottawa (1986) come processo di promozione dei fattori protettivi e nei principi di Berlino (2018) come "*One Health*" integrata nel "*One Planet, One Future*".

Le implicazioni per la pratica clinica consistono nella presenza stabile dello psicologo nel territorio, nell'offerta di interventi brevi e focalizzati, nel supporto alla cronicità, negli interventi di comunità, nella proposta di percorsi formativi congiunti con i MMG.

Un punto di debolezza per lo psicologo, assunto nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale con il titolo di specializzazione (per lo

più in psicoterapia), sta nel suo non auspicabile posizionarsi nella sola riserva clinica.

Buone prospettive, rispetto alla penuria di menzione dello specialista psicologo nel Decreto del Ministro della Salute del 23 maggio 2022, n. 77, si preludono con la istituzione della figura dello psicologo di base o di comunità, già operativa in varie regioni e in attesa della piena regolamentazione nazionale, prevista dal PANSM - Piano di Azione Nazionale Salute Mentale 2025–2030, approvato il 29 dicembre 2025 dalla Conferenza Unificata di Stato, Regioni, Città e autonomie locali.

In tal modo, non solo si ripara a una falla nella composizione del team multidisciplinare integrato, operante nella Casa della Comunità; si completa, anche, la proattività preventiva con la propulsione della spinta motivazionale e la presa in carico e continuità assistenziale con l'attenzione e la cura del benessere psico-fisico-sociale.

Allo psicologo si chiede di dotarsi di una formazione aperta alle dimensioni individuali e di comunità, cliniche e organizzative, riparative e proattive preventive.

Bibliografia

AGENAS “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, bozza del 13 luglio 2021, (cosiddetto “DM 71”, poi Delibera del Consiglio dei Ministri 21 aprile 2022).

Aspinwall L.G., Taylor S.E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-436.

Auffray C., Charron D., Hood L. (2010). Predictive, preventive, personalized and partecipatory medicine: back to the future. *Genome Med*, 2:57.

Banchieri, G. (2021). Case di Comunità. Facile a dirsi...più difficile a farsi. Ecco una road map per farle sul serio. *Quotidiano Sanità*. In rete a questo link: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=101059 (ultimo accesso: 12/12/2023)

Banchieri, G. (2023). Monitoraggio PNRR. I conti continuano a non tornare. *Quotidiano Sanità*. In rete a questo link: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=116756 (ultimo accesso: 12/12/2023)

Barr, V.J. et al. (2003). The Expanded Chronic Care Model. An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, Vol. 7, n. 1, 73-82.

Bocconi Univ. (2021). Case di comunità, la sanità che verrà con il Pnrr, webinar del 27 ottobre 2021. *RIF Day*. In rete a questo link: <https://www.rifday.it/2021/10/27/case-di-comunita-la-sanita-che-verra-con-il-pnrr-webinar-della-bocconi/> (ultimo accesso: 12/12/2023)

Bodenheimer, T., Wagner, E.H., Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness, *Journal of the American Medical Association*. 288, 1775–1779.

Brugnola, F., Capodilupo, A. (2022). *Dalle Case della Salute alle Case della Salute della Comunità. Ripresa delle reti professionali e comunitarie*. Cagliari: EbookECM.

Capodilupo A. (2018). Cooperazione psicologo-medico a beneficio della salute e della sanità, Self-editing Il Mio Libro, Roma: GEDI gruppo editoriale.

Capodilupo A. (2020). Psicologia nelle cronicità. EbookEcm

Carta di Ottawa per la promozione della salute (*Ottawa Charter for Health Promotion*). Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute. Ottawa, Canada, 7-21 novembre 1986.

Cipolla, C. (2005) (a cura di). *Manuale di sociologia della salute. III. Spendibilità*. Milano: Franco Angeli.

Clement, M.C. (2009). Les maisons de santé: un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux, *Santé publique*. 07/08; (sup.4): S79-S90.

Cohen S., Williamson G.M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In: S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.). *The Social Psychology of Health*. Newbury Park, CA, Sage, 31-67.

Conferenza 7^a di Berlino (2018). *Qualitative Research on Mental Health: Rising to a Global Challenge*. 20-22 settembre.

Conferenza Internazionale ("Invitational Conference 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health.'") svoltasi a L'Aia (Olanda) il 10 e 11 dicembre 2009.

Delanoe, J.Y., Offrey, C. (2011). Maisons de santé pluri-professionnelles: acteurs et financeurs. *La revue hospitalière de France*. n° 542, 2011/09-10, 68-71.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 96(4286): 129-136. doi: 10.1126/science.847460

Falloon I.R. (1992). *Intervento psico-educativo integrato in psichiatria*. Erickson, Trento.

Fisher, L., & Dickinson, W. P. Psychology and Primary Care: New Collaborations for Effective Care. *American Psychologist*. 2014 May-Jun;69(4):355-63. doi: 10.1037/a0036101.

Gruetzmacher K. et al. (2021). The Berlin principles on one health – Bridging global health and conservation. *Science of The Total Environment*. Volume 764, 10 April. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.142919>

Ham, C. (2010). The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Economics, Policy and Law*. 5, 71-90.

Hoyt M.F. (Ed.) (2014). *Capturing the moment: Single session therapy and walk-in*, Bancyfelin (Camarthen), Crown House Publishing.

Hood L., Flores M. (2012). A personal view on systems medicine and the emergence of proactive P4 medicine: predictive, preventive, personalized and participatory. *N Biotechnol*, Mar 18.

Horowitz M., Wilner N., Alvarez W. (1979). Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosom Med.*, 41(3): 209-18. doi: 10.1097/00006842-197905000-00004

Horowitz M., Wilner N., Kaltreider N., Alvarez W. (1980). Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 37:85-92.

Huber M. et al. (2011). How should we define health? *BMJ*; 343: d4163

Kagan, C., Burton, M., Duckett, P., Lawthom, R., & Siddiquee, A. (2011). *Critical Community Psychology*. Wiley-Blackwell. doi:10.4324/9780429431500

Kovačević, I., Pavić, J., Filipović, B., Ozimec Vulinec, Š., Ilić, B., & Petek, D. (2024). Integrated approach to chronic pain—The role of psychosocial factors and multidisciplinary treatment: A narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Aug 28;21(9):1135. doi: 10.3390/ijerph21091135.

Lautru, M.A. (2010). Coopération entre professionnels de santé. Perspectives de déploiement, *Revue hospitalière de France*. n° 533, 2010/03-04, 70-72.

Lazarus R.S., Averill J.R., Opton E.M. (1974). The Psychology of Coping: Issue of Research and Assessment. In G.V. Coelho, D.A. Hamburg, J.E. Adams (Eds.). *Coping and Adaptation*. Basic Books, New York.

Longo, F. (2022). Le vocazioni della Casa della Comunità: quale selezionare per il singolo territorio? Milano, CERGAS Bocconi, 21 gennaio. In rete a questo link: https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Longo_Dalle%20CdS%20alle%20CdC_.pdf?VersioId=YaLc1ZZXagi7eoqECSwgyEIj8st5h4gp

Maciocco, G. (2011). Modelli assistenziali innovativi in un documento canadese. L'approccio focalizzato sulla persona (person-focused care). *Salute Internazionale.info*. 2011-06-23.

Martin, J.C., Avant, R.F., Bowman, M.A. et al. (2004). The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community. *Annals of Family Medicine*. (2 Suppl) 1: S3-32.

Martin-Moreno, M. (2009). Spain: a decentralized health system in constant flux. *BMJ*. 338: 883-886.

Miller-Matero, L. R., Khan, S., Thiem, R., DeHondt, T., Dubaybo, H., & Moore, D. (2018). Integrated primary care: patient perceptions and the role of mental health stigma. *Primary Health Care Research & Development*, Jun 19:20: e48. doi: 10.1017/S1463423618000403.

Ministero Salute (2020). *Per una Salute Mentale di comunità*. Seconda Conferenza Nazionale per la Salute Mentale. Roma 26-26 giugno.

Murray, M., & Campbell, C. (2003). Community health psychology: Promoting analysis and action for social change. *Journal of Health Psychology*. April 9(2):187-95. doi: 10.1177/1359105304040886

OMS (1946). *Costituzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità*. Approvata dall'Assemblea federale il 19 dicembre 1946 ed entrata in vigore il 7 aprile 1948.

Prochaska J.O., Norcross J.C., Di Clemente C.C. (2007). *Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. William Morrow Paperbacks – Harper Collins, New York.

Ragazzoni P. et al. (2014). *Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni Modello Transteorico di Di Clemente e Prochaska*. DORS - Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, Aslto3, regione Piemonte (2^a ed.).

Raphael B., Lundin T. & Weisæth L. (1989). A Research Method for the Study of Psychological and Psychiatric Aspects of Disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. No. 353, Vol. 80.

Rei, D. (1996). Verso un paradigma del lavoro di comunità. AA.VV., *Il lavoro di comunità. La mobilitazione delle risorse nella realtà locale*. Torino: EGA.

Rei, D. (2001). Sviluppo locale e animazione di comunità. *Animazione sociale*. 6/7 - giugno luglio, 11-17.

Sommaruga M. (2019). L'intervento dello psicologo con le persone adulte, Relazione al Meeting nazionale "Psicologi nella Cronicità", Roma, 7 giugno.

Tanini, M., Pistoia, C. Matarrese, D., Leone, S. (2025). Verso un Servizio Pubblico Nazionale di Psicologia e un Piano Nazionale per la

Salute Mentale 2025 –2030. Consultabile su: <https://www.stateofmind.it/2025/10/servizio-pubblico-nazionale-psicologia/>

Vallancien, G. (2011). Maison de santé et hôpital: une chance, deux scenarios. *La revue hospitalière de France*. n° 540, 05-06, 52-53.

Vivit, B., Chiri, L. R., Ciotti, E., Patierno, C., Gallo, G., Chiappelli, M., et al. (2023). The impact of psychological assistance in Italian Primary Care: Data collected from 2016 to 2018 in the district of Bologna. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*. Vol 11, No 1 (2023), 1-12. doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3593

Vohs, J. L., Shi, M., Holmes, E. G., Butler, M., Landsberger, S. A., Gao, S., et al. (2023). Novel approach to integrating mental health care into a primary care setting: Development, implementation, and outcomes. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. Volume 30, 3–16. doi.org/10.1007/s10880-022-09882-9

Wagner E.H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. 1, 2–4.

Ware J.E., Kosinski M., Bayliss M.S., Mc Horney C.A., Rogers W.H., Raczek A. (1986). Comparison of methods for scoring and statistical analysis of SF-36 health profiles and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, n.33, AS264-279.

Ware J.E., Sherbourne C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF36): conceptual framework and item selection. *Medical Care*, n.30: 473-483.

WHO (1998). *Health Promotion Glossary*.

Xia J., Merinder L.B., Belgamwar M.R. (2012). Psychoeducation added to standard treatment for schizophrenia reduces relapse. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 37 no. 1 pp. 21–22.

Xiao F., Song X., Chen Q., Dai Y., Xu R., Qiu C., Guo Q. (2017). Effectiveness of Psychological Interventions on Depression in Patients after Breast Cancer Surgery: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Clinical Breast Cancer*, Vol. 17, Issue 3, 171-179.

Zigmond A.S. & Snaith R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, Jun;67(6):361-70.

Meditazione ed Analisi Transazionale: i Contributi della Mindfulness alla Psicoterapia Analitico-Transazionale

Astrid Devetti¹

Meditation and Transactional Analysis: the Contributions of Mindfulness to Transactional Analysis Psychotherapy

Abstract

La conoscenza dei sistemi neurologici e neurocognitivi coinvolti nell'origine delle emozioni negative, unitamente alla pratica della gentilezza e dell'equanimità mentale ha permesso di realizzare nuovi percorsi meditativi e terapeutici. Molti studi avviati negli ultimi decenni hanno valutato le connessioni esistenti o possibili tra psicoterapia e meditazione, riconoscendo affinità importanti tra i due strumenti di cura del Sè e portando alla nascita di forme di psicoterapia nuove includenti il prezioso apporto delle pratiche meditative. La meditazione è curativa: genera calma e pace favorendo salute mentale e relazioni armoniche. Non è psicoterapia, ma possiede una valenza ed un effetto terapeutico, come ben sostenuto da vari autori tra cui B. van der Kolk, che attribuisce alla meditazione una valenza fondamentale nei suoi interventi psicoterapici (Van der Kolk 2015).

¹Psicologa, Psicoterapeuta Analista Transazionale. Mindfulness Professional Trainer. E-mail: dorotygale@libero.it

L'elaborato proposto vuole essere una riflessione sui possibili benefici della pratica meditativa della mindfulness nell'ambito dell'Analisi Transazionale, come strumento prezioso per predisporre, favorire e consolidare i processi di cambiamento caratterizzanti l'AT.

A tal fine dopo un'introduzione esplicativa sul concetto di meditazione e mindfulness e sulle connessioni rilevate con la psicoterapia, attraverso il concetto di Adulto integrato-integrante si proporrà un collegamento specifico con l'AT, i suoi processi e le sue fasi e si sottolineerà la preziosità dell'atteggiamento accogliente e compassionevole proprio di queste pratiche nello sviluppo di un Genitore funzionale alla crescita del Sè.

Abstract

Knowledge of the neurological and neurocognitive systems involved in the origin of negative emotions together with the practice of kindness and of which the mental half has allowed the creation of new meditative and therapeutic paths. Many studies launched in recent decades have evaluated the existing or possible connections between psychotherapies and meditation, recognising important affinities between the two self-care tools and bringing about the birth of new forms of psychotherapy also includes the valuable contribution of meditative practices. Meditation is healing and generates calm and peace, promoting mental health and harmonious relationships. It is not psychotherapy but it has a therapeutic value and effect as well supported by various authors including Bessel van der Kolk who attributes a fundamental value to meditation in his psychotherapeutic interventions (Van der Kolk 2015).

The proposed work aims to be a reflection on the possible benefits of mindfulness meditation practice in Transactional Analysis, as a valuable tool for preparing and consolidating change processes that characterize Transactional Analysis.

To this end, after an explanatory introduction on the concept of meditation and mindfulness and on the connections found with psychotherapy, through the concept of the integral - integrated Adult, a specific connection with AT, its processes and phases will be proposed and the preciousness of the welcoming and compassionate attitude typical of these practices will be

underlined in the development of a Parent who is functional to the growth of the Self.

Parole chiave

meditazione, mindfulness, consapevolezza, Adulto integrato – integrante, compassione

Keywords

meditation, mindfulness, awareness, integral - integrated Adult, compassion

Introduzione

Il primo riferimento esplicito alla meditazione giunto sino a noi è riconducibile a delle sacre scritture induiste risalenti al IX-VIII secolo avanti Cristo: in esse la meditazione è indicata col termine sanscrito *Dhyana*, che letteralmente vuol dire visione, da cui derivano nelle filosofie orientali i termini *Chan* in cinese e *Zen* in giapponese.

Nel gergo comune col verbo meditare si intende riflettere, ponderare a lungo, quando in realtà l'etimologia della parola rivela qualcosa di sensibilmente diverso, che accomuna la meditazione alla medicina: le due parole infatti hanno la stessa radice, il verbo latino *medeor*, che significa *io curo, io guarisco*.

La meditazione è una pratica finalizzata a raggiungere una buona padronanza della mente affinché diventi capace di concentrarsi su un solo evento mentale - sensazione, pensiero, percezione - o un preciso elemento della realtà (meditazione riflessiva) oppure di liberarsi completamente da qualsiasi suo prodotto, da qualsiasi attività psichica tipica dell'essere umano (meditazione recettiva).

Con l'esercizio della meditazione è possibile raggiungere uno stato di quiete, di pace, di *giusta distanza* (equanimità) dagli eventi interni ed esterni, a sua volta capace di stimolare un approccio agli stessi più consapevole e ponderato, libero da attività mentali caotiche e confusive. Questo atteggiamento mentale verso il Sè ed il non-Sè

favorisce la cura, la guarigione dalle tante condizioni di malessere fisico e psichico in cui per sua natura, l'uomo versa.

“Nella mente ha origine la sofferenza, nella mente ha origine la cessazione della sofferenza” (il Buddha)

La meditazione mindfulness (o *Vipassana* in sanscrito) si è sviluppata più di 2500 anni fa grazie all'opera di un principe indiano, Siddharta Gautama (563/566 a.C. Nepal - 483 a.C. India), che dopo un periodo di ascetismo raggiunse la *completa realizzazione*, lo stato di *perfettamente risvegliato*, attraverso la pratica di una *vita equilibrata* (la *via di mezzo*). Il resto della sua vita questo principe detto il Buddha (il risvegliato) lo dedicò ad insegnare tale pratica. Secondo la sua visione dell'uomo tutto ruota attorno a quattro affermazioni fondamentali, *le quattro nobili verità* da lui raggiunte: esiste la sofferenza ed il dolore (*dukkha*); ciò origina dalla transitorietà intrinseca di tutte le cose (*anicca*) e dai tre principali veleni della mente quali il desiderio, l'odio e l'ignoranza; l'uomo può liberarsi dalla sofferenza e dal dolore raggiungendo la completa realizzazione (*nibbana*); la via per ottenere tale liberazione è l'ottuplice sentiero della liberazione (gli *otto passi*).

Gli ultimi tre passi dell'ottuplice sentiero riguardano la pratica della meditazione ed il settimo passo concerne specificatamente la *retta consapevolezza* (*samma sati*), tradotta in lingua inglese con la parola mindfulness.

La mindfulness

La meditazione mindfulness o *Vipassana* è stata insegnata in origine direttamente dal Buddha.

Essa consiste nel contemplare il respiro, il corpo e la mente. Tale contemplazione avviene attraverso la consapevolezza del respiro nei due momenti principali dell'inspiro e dell'espiro, e del corpo stesso

nelle sue parti, nella posizione in cui si trova o nelle azioni in cui è impegnato e nelle sensazioni piacevoli o spiacevoli che esperisce. Segue la parte dedicata all'osservazione della mente cioè dei pensieri, dei desideri, delle paure eventuali che l'attraversano, con un atteggiamento che accoglie, non giudica e lascia scorrere cogliendo l'intrinseca peritività, transitorietà dei contenuti mentali.

Nella seconda metà del secolo scorso sono stati ripresi ed approfonditi i concetti e la pratica della mindfulness per studiarne scientificamente caratteristiche ed effetti al fine di valutare la possibilità di applicare questa tecnica meditativa in ambito medico e psicologico. Sono state compiute ricerche molto accurate in laboratorio e non solo, attraverso test, questionari appositi standardizzati e moderni strumenti di ricerca propri della medicina e delle neuroscienze, per analizzare e confrontare da molteplici punti di vista popolazioni di praticanti e non praticanti, distinguibili in base a dati anagrafici, clinico-sanitario e di personalità (Hasenkamp W. 2012; Kabat-Zinn J. 2003; Mace C. 2010; Shapiro S. 2006). E' stato così possibile comprendere scientificamente cosa succede durante la pratica mindfulness a livello di sistema neurologico, neuropsicologico ed endocrino, di apparato respiratorio e cardiocircolatorio, di funzionamento cognitivo, emotivo e relazionale, giungendo a conclusioni integrabili tra loro e tali da condurre ad una conoscenza delle pratiche meditative ampia ed approfondita.

Grazie agli studi ad esempio di Malinowski (2012) oggi sappiamo che la mindfulness coinvolge varie aspetti dell'attenzione tra cui la capacità di sostenerla e focalizzarla. Durante una pratica consapevole di respirazione si registra infatti sia l'attivazione dell'attenzione sostenuta implicata nel mantenimento della concentrazione sul respiro, sia l'attivazione di un controllo cognitivo necessario per rilevare la fisiologica distrazione della mente e riportare la stessa sul compito. Questi processi sono riconducibili a network neuronali diversi e la pratica regolare della mindfulness, favorendone l'attivazione e lo

sviluppo, porta a miglioramenti oggettivi nell'autoregolazione dell'attenzione.

Bishop (2004) ha definito la mindfulness come un modo particolare di prestare attenzione caratterizzato da due componenti principali: l'autoregolazione dell'attenzione ed un particolare orientamento verso l'esperienza presente. La prima prevede la capacità di dirigere la propria consapevolezza sull'esperienza immediata tramite la regolazione del proprio focus attentivo, divenendo presenti e consapevoli del momento attuale. La seconda consiste in un atteggiamento curioso, aperto, accogliente: si sceglie di accettare ciò che compare nel campo della consapevolezza in assenza di giudizio e con ricettività.

Shapiro (2005) ha completato da un punto di vista dinamico quanto proposto da Bishop descrivendo la mindfulness secondo un modello a tra componenti: l'intenzione di divenire consapevoli, l'attenzione consapevole ed un atteggiamento accogliente non giudicante sarebbero per l'autore elementi fondanti della mindfulness, coesistenti simultaneamente ed intrecciati tra loro in un processo ciclico.

Oggi è risaputo e condiviso che con la meditazione mindfulness è possibile raggiungere la giusta distanza tra noi e ciò che attraversa la nostra mente: emozioni, sensazioni, pensieri (Kabat-Zinn J. 2008, 2011, 2013). Questi contenuti mentali non vengono negati, ma neppure trattiene con la bramosia di risolverli o evitarne la perdita, bensì lasciati scorrere come nella loro natura, in quanto prodotti della nostra stessa mente. Da un punto di vista cognitivo, emotivo e relazionale, la mindfulness così da una parte consente lo sviluppo di una maggiore presenza e centratura nel qui ed ora, chiarificazione di sé, capacità di osservazione, descrizione e flessibilità cognitiva, regolazione emotiva ed attitudine alla compassione, e da un'altra permette di ridurre la reattività emotiva, la tendenza ad azioni automatiche, la ruminazione, l'attaccamento doloroso agli eventi mentali, la negazione, il rifiuto ed il giudizio. (Bear et al. 2003, Chiesa et al. 2014).

La meditazione vipassana, o mindfulness, allena ad osservare ciò che è transitorio, soggetto a mutamento ed intrinsecamente fonte di sofferenza (il corpo, la mente, la coscienza), per sviluppare equanimità, disidentificazione, benevolenza. Non è consapevolezza asettica, ma consapevolezza sbilanciata verso la gentilezza e l'accoglienza. Come sostenuto da numerosi autori tra cui F. Fabbro (2019) questa pratica riduce la tensione ed il controllo, facilita il lasciar andare, la non bramosia, il non attaccamento, favorisce la nascita della compassione verso sé ed il mondo, intesa come atteggiamento autenticamente e profondamente empatico, accogliente, volto alla vicinanza, alla cura, all'aiuto dinnanzi la sofferenza propria ed altrui. La pratica mindfulness è esercizio di liberazione dalla sofferenza dai condizionamenti mentali.

Meditazione e psicoterapia

Secondo gli insegnamenti del Buddha, la salvezza è un cammino di liberazione, di purificazione della mente dall'ignoranza, dall'attaccamento e dalla fuga dagli eventi che ci riguardano: è un itinerario simile ad un percorso di psicoterapia, in cui la persona è chiamata a riconoscere e superare schemi, abitudini, contenuti mentali con cui si autoinfligge sofferenza.

Praticare la meditazione non è facile: lo stile di vita e l'educazione occidentale "insegnano" ad evitare la consapevolezza, l'autenticità, a vivere in maniera indotta ed automatizzata, a scansare fermamente ciò che provoca disagio ed a rincorrere ciò che dà appagamento, in un contesto di necessità e paure spesso indotte dal costume e dal mercato. La capacità di osservare con attenzione il dolore nelle sue forme fisiche e psicologiche, insieme alla capacità di "lasciar andare", di decentrarsi o disidentificarsi dai propri pensieri, emozioni e sensazioni consente di divenire vigili testimoni dei propri vissuti e così sviluppare una strategia efficace per migliorare l'autoregolazione emotiva, la relazione con sé e gli altri.

Naranjo (2011) definisce il centro della personalità umana un nucleo di dolore e l'Ego un insieme di automatismi caratterizzati da inconsapevolezza, repressione, negazione, disconnessione, che seppur finalizzati in primo momento a difenderci da questo dolore, a lungo lo cronicizzano, lo amplificano, lo nutrono. Per l'autore l'essenza del cammino spirituale come della psicoterapia consiste nella capacità di trasformare il nostro atteggiamento di fronte al dolore, innanzitutto abbattendo l'inconsapevolezza, che sostiene la coazione automatica a ripetere, conduce a bramare quanto riteniamo giusti alla nostra esistenza ed a sopprimere, fuggire da quanto riteniamo la danneggi.

Il fondamento della psicoterapia è lo stesso degli antichi percorsi spirituali: si tratta di una morte interiore attraverso la quale il vero Essere si libera dalla prigione del piccolo Io.

La meditazione e la psicoterapia non sono la stessa cosa, ma hanno molto in comune.

Yalom (2016) ha descritto le caratteristiche salienti della psicoterapia, la maggior parte delle quali si associa alla meditazione: la persona è invitata a promuovere autenticità ed esame di realtà, è stimolata a comprendere come contribuisce sensibilmente in prima persona alla propria sofferenza ed attraverso un percorso raggiunge una visione di sé e dell'altro più libera possibile da distrazioni, negazioni, illusioni. Con questo elenco Yalom non riassume solo aspetti fondamentali della psicoterapia, ma anche della meditazione.

Non stupisce dunque che negli ultimi 30 anni la mindfulness sia diventata un ausilio importante nel percorso formativo degli psicoterapeuti, nella cura di molte malattie per ridurre la sofferenza e lo stress, nella cura dei tumori, delle malattie autoimmuni, della fibromialgia, nella terapia del dolore cronico, nonché nel trattamento di molte forme di disagio mentale e disturbo psichiatrico come ad esempio i disturbi d'ansia, le dipendenze da sostanze, i disturbi del comportamento alimentare, il disturbo bipolare, la depressione, il disturbo ossessivo-compulsivo, l'adhd, il disturbo da stress post traumatico ed il disturbo borderline di personalità.

Jon Kabat-Zinn (1944) viene generalmente riconosciuto come il mentore della fusione avvenuta alla fine del secolo scorso in Occidente tra meditazione e psicoterapia o come forse sarebbe più corretto dire, dell'arricchimento della psicoterapia attraverso il suo ricongiungimento a pratiche di crescita e cura del Sè ad essa antecedenti.

Il biologo statunitense alla fine degli anni '70 ha sviluppato un programma standardizzato di introduzione alla mindfulness denominato Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) comprendente otto incontri settimanali di gruppo di circa due ore suddivisi in quattro momenti: presentazione di alcuni concetti teorici, pratica della mindfulness, esercizi di Hatha yoga e spazio finale per la discussione. Attraverso il metodo MBSR sono state realizzate centinaia di ricerche che hanno dimostrato l'utilità della meditazione mindfulness nella cura dello stress, dell'ansia, della depressione.

Sull'onda di queste sperimentazioni in ambito psicoterapico sono nati via via molteplici protocolli terapeutici includenti in modo significativo la mindfulness. La maggior parte di questi si rivolgono a pazienti con specifiche problematiche come la Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Obsessive - Compulsive Disorders di Corboy T. e Hershfield J. (2014), la Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors di Bowen S., Chawla N. e Marlatt A. (2009), la Dialectical Behavior Therapy di Linehan M. per il trattamento di pazienti con disturbo borderline di personalità (2021), la Mindfulness-Based Eating Awareness Training di Kristeller J, et al. (2011) e la Mindfulness-Based Cognitive Therapy di Segal Z. e Williams M. e Teasdale J. (2000) per pazienti aventi o aventi avuto depressione maggiore. Altri protocolli terapeutici includenti la mindfulness rappresentano invece modelli di lavoro transdiagnostici non specificatamente rivolti a target specifici di pazienti: ne sono un esempio l'Acceptance and Commitment Therapy di Hayes S. (2006) e la Compassion Focused Therapy di Gilbert P. (2012).

Mindfulness ed Analisi Transazionale

I cambiamenti psicologici che la pratica della mindfulness può stimolare nell'essere umano hanno un potenziale curativo enorme. Le diverse ricerche condotte per valutare l'impatto della pratica meditativa sulla cura dei disturbi mentali negli ultimi decenni hanno palesato e consolidato l'incontro fecondo tra moderne forme di psicoterapia e la pratica meditativa basata sulla presenza mentale. Nell'ambito dell'Analisi Transazionale è rinvenibile al momento un numero molto esiguo tuttavia di studi volti a valutare una possibile sinergia con la mindfulness, che a mio avviso praticata dal terapeuta e impartita al paziente, può offrire grandi contributi ai processi ed alle fasi terapeutiche proprie dell'AT.

Salute mentale ed Adulto integrato - integrante

Per Berne il disagio mentale è riconducibile a confini dello stato dell'Io Adulto inadeguati in quanto troppo rigidi, con conseguenti dissociazioni dello stato dell'Io Bambino e/o Genitore, oppure troppo laschi da cui il dominio psichico dello stato dell'Io Bambino e/o Genitore. Ne conseguono letture di sé e del mondo scorrette, incomplete, vissuti emotivi ed affettivi dissociati, azioni verso sé e gli altri inopportune o francamente rischiose. Un funzionamento mentale sano prevede dunque uno stato dell'Io Adulto capace di considerare e tenere insieme appropriatamente mondo interno e mondo esterno, dentro un chiaro confine tra Sè e non Sè. Uno stato dell'Io Adulto siffatto è ciò che diversi autori in ambito AT come Liverano A. e Piermartini B. (2010) hanno definito come lo stato dell'Io Adulto integrato - integrante. Al suo interno da un punto di vista contenutistico è rinvenibile una combinazione armonica ed in costante evoluzione di aspetti del qui ed ora, di ciò che accade momento per momento fuori e dentro sé, elementi arcaici, esperienze passate, conseguenze derivate ed identificazioni con persone significative della propria vita, funzionale al benessere ed alla crescita della persona,

ovvero allo sviluppo di relazioni mature ed alla realizzazione di comportamenti appropriati. Da un punto di vista dinamico e funzionale, l'Adulto integrato - integrante è atto a compiere un processo di riflessione ed integrazione di tutto questo materiale psichico così da poter governare se stesso ed il proprio destino, decidere le proprie azioni ed assumersene le responsabilità. Mediante questo processo di riflessione ed integrazione essenziale al raggiungimento dell'autonomia si creano nuove modalità e nuove possibilità di sentire, pensare e comportarsi adeguate e coerenti al qui ed ora. L'Adulto integrato ed integrante di cui parla Berne (1971) si assume la responsabilità di tutto ciò che sente, pensa e crede e sviluppa un sistema etico di vita: *ethos*. Raccoglie informazioni ed elabora oggettivamente: *technos*. Si dimostra indulgente nei rapporti sociali e sperimenta emozioni di passione, tenerezza, tolleranza: *pathos*. L'Adulto appare così simile a quello che E. Fromm (1968) chiama "persona completamente sviluppata", in pieno contatto col proprio potenziale umano. Nel modello ATSC di P. Scilligo (2009), l'autore pone l'accento sulla funzione esecutiva dell'Adulto intesa come capacità di controllo conscio su pensiero, emozione ed azione, riconoscendo all'Adulto il ruolo essenziale di riflessione e regolazione delle emozioni e di integrazione delle esperienze. Per K. Tudor (2003) un tratto importante dell'Adulto integrante è la consapevolezza critica, ovvero la possibilità di mettersi in una posizione di allerta che rifiuta l'accettazione passiva di ciò che è solo supposto o ritenuto vero, la capacità di riflettere su noi stessi e gli altri tagliando fuori ciò che non ha più rilevanza nel presente ed assimilando il passato in funzione di questo.

E' rivolgendosi ad un Adulto così inteso strutturalmente e funzionalmente che la *mindfulness* ritengo possa essere riconosciuta all'interno di un contesto analitico-transazionale come valido strumento di supporto nella scoperta e nell'evoluzione del Sè.

Mindfulness, fasi e processi AT

La mente di una persona biologicamente matura, che si muove nel mondo con un Adulto adeguato integrato -integrante è curiosa, aperta al contatto ed alle relazioni con le persone e non solo, è divertente, sensuale, intuitiva, in un processo di continua consapevolezza ed autoconsapevolezza, integrazione, evoluzione.

Ritengo che quando siamo in uno stato mindfulness, siamo in questo stato dell'Io Adulto. La nostra attenzione è orientata sul qui ed ora in maniera intenzionale e focalizzata, siamo capaci di interrompere quel processo mentale fisiologico e peraltro ampiamente adattativo per certi versi, denominato *mind wandering*, attraverso il quale la nostra attività cerebrale spontanea vaga tra dentro e fuori di noi, passato, presente e futuro, realtà e fantasia, contribuendo a molti processi mentali fondamentali (di previsione, creatività, ecc.), ma nel contempo ostacolando quella tensione epistemica rivolta al nostro Sé, alla nostra interiorità, essenziale in un processo di crescita personale. Quando "siamo mindfulness" la nostra attenzione è consapevolmente rivolta al nostro presente, siamo consci di ciò che ci sta accadendo, in contatto diretto con quanto avviene ora dentro di noi.

Dal mio punto di vista praticare la mindfulness vuol dire allenare, potenziare l'Adulto, quell'istanza psichica che deve essere in contatto con quanto vissuto dal Bambino, con quanto trasmesso dal Genitore ed offerto dalla realtà esterna, ma non travolto, offuscato, contaminato da tutto ciò. Nello specifico praticare la mindfulness in un contesto di psicoterapia analitico - transazionale significa favorire innanzitutto il processo di decontaminazione: stimolare, apprendere un contatto profondo con se stessi, attraverso il quale riconoscere pensieri, attese, valori, principi, doveri trasmessi dai nostri genitori e da noi introiettati nella nostra istanza psichica genitoriale.

Procedendo in un lavoro sempre più profondo e completo di analisi, l'attitudine al contatto consapevole di sé a mio avviso diventa valida alleata anche per il passo successivo della psicoterapia analitico -

transazionale cioè la deconfusione. In questa fase il paziente raggiunge il cuore del Sè, l'anima da cui tutto si muove ed a cui tutto torna: i bisogni autentici del Bambino. Questi nella sofferenza psichica risultano negati, taciuti per poter soddisfare le richieste del Genitore originariamente introiettate come traiettorie necessarie per la propria sopravvivenza psichica, per potersi garantire approvazione, accettazione, cure in un momento storico evolutivo delicato e vulnerabile quale l'infanzia, in cui simbiosi, obbedienza e compiacenza risultano passaggi essenziali per il raggiungimento di un certo equilibrio mentale ed affettivo.

La pratica della mindfulness ritengo possa favorire la riuscita anche della fase iniziale, germinale della psicoterapia, in cui a partire dall'analisi della domanda di aiuto del paziente il terapeuta promuove con lo stesso un'alleanza terapeutica entro cui sofferenza e bisogni diventano via via sempre più chiari ed autentici. Essere vigili, attenti, ricettivi nel qui ed ora alle proprie esperienze affettive, emotive, fisiche e cognitive mi aspetto stimoli anche il riconoscimento e l'integrazione di quegli auspicabili cambiamenti a cui mira l'intero movimento propulsivo della terapia e dunque sostenga in questo senso pure la fase finale della psicoterapia analitico - transazionale, quella denominata del riapprendimento.

Gentilezza ed atteggiamento accogliente non giudicante

La mindfulness è un atteggiamento, non semplicemente un esercizio mentale. La disposizione è quella della persona curiosa, in ascolto, intenzionata a sentire, ad osservare in modo gentile e non giudicante la propria presenza, il proprio essere al mondo in quel momento. Con la pratica della mindfulness ci si ri-appropria di se stessi con amorevolezza e coraggio, assaporando il piacere sottile della verità, la sua pienezza, la sua utilità esistenziale.

Credo che questa disposizione a se stessi sia il presupposto fondamentale a quello stato mentale più ampio e che di fatto la

contiene, che è la compassione. Concetto cardine della Compassion Focused Therapy (CFT) di P. Gilbert, la compassione è molto diversa dalla pietà, che nasce da una sensazione di superiorità e distinzione da chi è in difficoltà: “è una sensibilità alla sofferenza in sé e negli altri con l’impegno di cercare di alleviarla e prevenirla” (Gilbert 2023 pag.89). La compassione è riconoscimento del dolore dell’altro e connessione con l’altro attraverso empatia profonda ed altrettanto profondo desiderio di attivarsi per risolvere o alleggerire tale dolore: permette al soggetto di essere profondamente ed utilmente in ascolto emotivo all’altro, ma anche a se stesso, verso quelle parti di sé sofferenti e bisognose.

Penso che l’ascolto di sé accogliente e compassionevole abbia risvolti molti utili in un percorso di psicoterapia analitico - transazionale, in particolare nella fase di deconfusione del Bambino, in cui la persona è chiamata ad uno sforzo intrapsichico di carattere affettivo ed emotivo particolare, per cogliere bisogni antichi, rimossi o anche solo negati, taciuti, ma tuttora presenti e pulsanti.

L’insight spesso non basta. Non è sufficiente per realizzare il cambiamento sperato. E’ necessario pulire il Sé attraverso la decontaminazione da ciò che lo blocca, lo affligge, recuperare le parti sane, legittime attraverso la deconfusione, ma anche sviluppare un modo nuovo di percepire e trattare tutto questo.

L’accoglienza del Sé non dev’essere solo un passaggio, una manovra strategica in una fase particolare del processo terapeutico: è mia opinione debba diventare atteggiamento radicato di un Genitore nuovo capace di collaborare e sostenere un nuovo Adulto de-contaminato, di ascoltare e proteggere un antico Bambino de-confuso. Ritengo che solo questo profondo cambiamento del Genitore possa rendere possibile un’effettiva emancipazione del paziente dal suo vecchio Genitore, affettivamente debole e normativamente invalidante, e che senza tale cambiamento gli altri passaggi della psicoterapia possano stentare ad evolvere nella direzione auspicata.

Conclusioni

Secondo il filosofo V. Mancuso ognuno di noi è ciò che guarda, sente, pensa, attualizza. Il senso della vita dipende da noi, dalle nostre scelte ed abitudini, dal modo in cui interpretiamo noi stessi. Non siamo creature determinate, bensì alla ricerca di un senso, perché conteniamo dentro di noi uno spazio vuoto che è lo specifico umano, la possibilità di essere e non essere, ciò che ci rende liberi di scegliere. E' nella coltivazione di questo spazio interiore che si crea il senso della vita. Per l'autore è necessario praticare una profonda pulizia di noi stessi per tenere questo spazio pulito da cose inutili o dannose (Mancuso 2021). In questo pensiero colgo risonanze profonde con quanto proposto dalla pratica della mindfulness, nonché un parallelo evidente con i processi di cambiamento propri dell'AT.

In qualità di mindfulness professional trainer regolarmente iscritta al Registro Nazionale Mindfulness ed in costante studio ed approfondimento delle pratiche meditative e del loro utilizzo in psicoterapia attraverso corsi e master, pratico la mindfulness nella mia vita quotidiana per favorire il mio benessere ed essere più centrata, pulita e ricettiva possibile davanti alle storie, alle sofferenze ed alle richieste di chi a me si rivolge. Là dove lo ritengo possibile ed opportuno, propongo inoltre nella mia attività clinica brevi sessioni di 10'/20' di pratica all'inizio delle sedute di consulenza psicologica o psicoterapia.

Bibliografia

Bandler, R., Grinder J. *La struttura della magia*, Ed. Astrolabio, 1981

Bear, R. A. (2003) Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Science and Practise*, vol 10: 2, 125-143

Berne, E. (1957) Ego States in Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 11, 293-309

Berne, E. *Analisi Transazionale e psicoterapia*, Ed. Astrolabio, 1971

Berne, E. *Fare l'amore*, Ed. Bompiani, 1970

Berne, E. *Ciao...e poi*, Ed. Bompiani, 1969

Berne, E. *A che gioco giochiamo*, Ed. Bompiani, 1964

Bishop, S.R., Lau M., Shapiro S., Carlson L., Anderson N.D., Carmody J., Segal Z.V., Abbey S., Spreca M., Velting D. & Devins G (2004) Mindfulness: A proposed operational definition. *Psicologia Clinica: scienza e pratica*, vol 11: 3, 230-241

Bowen, S., Chawla N., Marlatt A. (2009) Mindfulness Based Relapse Prevention for Substance use Disorders: a pilot efficacy trial. *Substance Use &Addiction Journal*, 3, 4

Buddha *Il grande discorso sui fondamenti della presenza mentale - Mahasatipatthanasuttanag* - Ed. Etiche Nuova Coscienza, 2020

Corboy, T., Hershfield J. (2014) Mindfulness and Cognitive Behavioral Therapy for OCD. *OCD Newsletter*, 28, 1

Chiesa, A., Anselmi R., Serretti A. (2014) Psychological mechanisms of mindfulness-based interventions. *Holistic Nursing Practice*, 28, 2

Fabbro, F. *La meditazione mindfulness*, Ed. Feltrinelli, 2019

Fromm, E. *La rivoluzione della speranza*, Milano: Etas Libri, 1978

Gilbert, P. *La terapia focalizzata sulla compassione: caratteristiche distintive*, Ed. Francangeli, 2012

Goulding, M., Goulding R. *Il cambiamento di vita nella terapia ridecisionale*, Ed. Astrolabio, 1983

Goulding, R. (1976) Injunctions, Decisions and Redecisions. *Taj*, 6, 46-48

Hargaden, H., Sills C. (2001) Deconfusion of Child Ego State: a relational perspective. *Transactional Analysis Journal*, 31, 55-70

Hasenkamp, W., Wilson-Mendenhall C.D., Duncan E., Barsalou L.W. (2012) Mind wandering and attention during focused meditation: a fine-grained temporal analysis of fluctuating cognitive states. *NeuroImage*, 59, 750-760

Hasenkamp, W., Barsalou W. (2012) Effects of meditation experience on functional connectivity of distributed brain networks. *Frontiers in Human Neuroscience*

Hayes, S., Luoma J., Bond F., Masuda A., Lillis J. (2006) Acceptance and Commitment Therapy: model, processes and outcomes. *Psychology Faculty Publications*, 101

Kabat-Zinn, J. (2003) Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Psicologia clinica: scienza e pratica*, 10: 2, 144-156

Kabat-Zinn, J. (2011) Some reflections on the origins of MBSR: skillful means and trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12: 1, 281-306

Kabat-Zinn, J., Rinpoche S., Saron C. et al. *Guarire con la meditazione*, Ed. Amrita, 2013

Kristeller, J. et al. (2011) Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eat Disorder*, 1, 49-61

Linehan, M. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline - il modello DBT* - Ed. Raffaello Cortina, 2021

Liverano, A., Piermartini, B. (2010) Il concetto di Adulto integrante e le sue implicazioni nella relazione terapeutica, *Psicologia psicoterapia e Salute*, vol. 16, 1, pp. 27-56

Ludwig, D. S., Kabat-Zinn J. (2008) Mindfulness in medicine, *Jama*, 300: 11, 1350-52

Naranjo, C. *Amore, coscienza e psicoterapia*, Ed. Xenia, 2011

Novellino, M., Miglionico A. *Tattiche e strategie in Analisi Transazionale*. Seminari Clinici Istituto di Analisti Transazionale, Roma 1987

Mace, C. *Mindfulness e salute mentale*, Ed. Astrolabio, 2010

Malinowski, P. (2013) Neural mechanisms of attention control in mindfulness meditation. *Focused Review*, 7

Mancuso, V. *Non ti manchi mai la gioia*, Ed. Garzanti, 2023

Mastromariono, R., Scoliere M. *Il modello 101: introduzione all'Analisi Transazionale*. Ed. IFREP Roma, 1999

Schiff, J.L. *Analisi Transazionale e cura delle psicosi*, Ed. Astrolabio, 1981

Scilligo, P., Bianchini S., Barreca M.S. *Analisi Transazionale: i premi Eric Berne*. Ed. IFREP Roma, 1991

Scilligo, P. *L'Analisi Transazionale Socio Cognitiva*, Roma: Las (2009)

Segal, Z., Williams J., Teasdale J., Soulsby J (2000) Mindfulness-based Cognitive Therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109: 1, 150-155

Shapiro, S., Carlson L.E., Astin G.A., Freedman B. (2006) Mechanisms of mindfulness. *J. Clin Psychology*, 62: 3, 373-386

Tudor, K. The neopsyche: the Integrating Adult ego state in Sills, C. Hargaden, H. 82003) *Key Concept in Transactional Analysis* (pag.200-29). London: Worth Publishing

Van der Kolk, B. *Il corpo accusa il colpo*, Ed. Raffaello Cortina, 2015

Yalom, D. I., Costa P. *Il dono della terapia*, Ed. Beat, 2016

Sitografia

Brambilla, A. “*Tra mindfulness e clinica A.T.: coesione ed intimità*” 19 e 20.11.2022 Giornate A.I.A.T. Università Pontificia Salesiana, Roma, YouTube, 15.01.2023. Video, 21:46.
<https://www.youtube.com/@AIAT-AnalisiTransazionale>