



Rivista di Psicoterapia **Immaginativa** ITPΨ

La potenza dell'Immaginario

Rivista periodica gratuita pubblicata dal
**Gruppo Italiano Tecniche Imagerie
Mentale**

REDAZIONE

Direttore Responsabile
Secco Silvano

Comitato di Redazione
Zanetti Ivana
De Rosa Luisa
Zanola Gabriele

Comitato Scientifico
Barthélémy Jean-Marie
De Rossi Moreno
Zanetti Ivana
De Rosa Luisa
Secco Silvano

Sede legale
via Aleardi, 23 31100 Treviso

E-mail
info@gitim.it

Registrazione del Tribunale di Treviso
n. 157 del 20/09/2010

Per proporre un articolo seguire le norme
redazionali alla pagina:
www.gitim.eu/it/norme-redazionali
Le proposte saranno sottoposte al Comitato
di Redazione.

Per leggere gli altri numeri della rivista
visitare la pagina:
www.gitim.eu/it/rivista

INDICE

- 2 Redazione
 **La potenza
 dell'Immaginazione**
 Secco Silvano

- 4 Psicoterapia con l'ITP
 Immaginario - cura e autocura
 Zanetti Ivana

- 15 Psicoterapia con l'ITP
 **La tecnica ITP e il Disturbo
 dello Spettro Autistico:
 applicabilità del metodo,
 adattamento clinico**
 Visentin Cristina

- 23 Psicoterapia con l'ITP
 **Phantasía, la carne si fa
 immagine. Alle origini della
 phantasía**
 Secco Silvano

- 36 Immaginario: studi e ricerche
 **ITP di Leopoldo Rigo e
 neuropsicologia**
 Marcon Manuel

- 39 Immaginario: contributi culturali
 **Il benessere di chi cura: il
 cortocircuito relativo alla
 violenza contro il personale
 sanitario**
 Raimondi Gian Artemio

Redazione

La potenza dell'immaginazione

Secco Silvano

psicoterapeuta ITP, direttore della Rivista



*Pieter Bruegel il Vecchio, Paesaggio con la caduta di Icaro
Bruxelles, Musei reali delle belle arti del Belgio*



La potenza dell'Immaginazione

Giordano Bruno genio del Rinascimento, frate domenicano, filosofo, mago, ha sperimentato la potenza dell'Immaginazione fino alla morte. Egli non utilizzò un metodo scientifico come fece Galileo Galilei, bensì adoperò l'Immaginazione per arrivare alle stesse conclusioni, ovvero che la terra non è il centro, l'universo è infinito, la materia è vita e la vita è materia.

La geografia affettiva e la relazione profonda con la natura contagiarono il suo Immaginario. Racconta egli stesso, nel *De Immenso* e nel *De magia naturali*, il suo rapporto con fratello Vesuvio e con monte Cicala. Le scalate verso la sommità del Vesuvio, pur pericoloso vulcano foriero di morte, lo indussero a guardare oltre, scoprendo gli infiniti mondi senza che la terra ne fosse il centro.

Egli, di fatto, non è stato l'unico a incontrare il fascino prodotto dall'Immaginario, a sperimentare la deformazione Immaginativa delle immagini. Anche Leopardi G. nel suo lungo poema filosofico ^[1] scritto nel 1836 a Torre del Greco, contrappose la potenza distruttrice del Vesuvio con la delicatezza

della Ginestra. Sia in Bruno (Giordano) che in Leopardi il limite tracciato dalla siepe e dal Vulcano sono stati elementi che hanno stimolato l'Immaginazione, proiettandoli verso l'Infinito. Rigo L. forse direbbe che entrambi hanno prodotto delle Imagerie di uscita dall'Immaginario.

In altri termini, l'esperienza dell'Infinito nacque dall'Immaginazione che, incontrando un ostacolo, il Vesuvio carico di distruttività e la semplice mite siepe in Leopardi, ne deformò l'immagine, travalicandola.

Borges L. ^[2] dal canto suo ha vissuto questa analoga esperienza in una cantina a Buenos Aires con un piccolo punto luminoso che lo indusse a vivere tutto l'Universo, senza per questo confondersi.

L'*Immaginario* come insegna Burgos J. è punto di incrocio, dove avvengono degli scambi fra le pressioni provenienti dall'esterno e le pulsioni profonde che emergono dall'individuo. È uno spazio-tempo privilegiato di manifestazione e di realizzazione dei possibili, in un continuo incessante divenire. Il gioco dei *possibili* sono da intendersi come la probabilità di cambiare, innovare, inventare, creare.

L'Immaginario è una *Funzione biologica*, simile alla respirazione. Agisce sempre, in ogni situazione, anche quando il Soggetto porta con sé perversioni, patologie o distorsioni, in questi casi l'Immaginario contiene delle *costanti*. Se volessimo matematizzare l'Immaginario con una formula, dovremmo inserire una costante che affianchi l'Immagine. Ad esempio, nella schizofrenia la costante diverrebbe la *fissità* dell'Immagine, che cerca di cogliere l'istante per congelarlo, devitalizzarlo, imponendo la morte reale, razionale.

L'*Immaginazione*, suggerisce Bachelard, agisce deformando le immagini, regolando la metamorfosi incessante dei materiali dell'Immaginario.

L'Immagine, come il pensiero stesso, preesiste poiché proviene direttamente da tutti i canali sensoriali. L'*Immagine*, quindi, è traccia ed attivatrice dell'Immaginario. Non è rappresentazione, ma *presentazione*, si definisce attraverso la plasticità e i suoi caratteri d'immediatezza. È un insieme dinamico di elementi provenienti da tutti i canali sensoriali tattile, muscolare, olfattivo, gustativo, acustico e infine anche visivo.

L'Immaginario, come l'Inconscio, ha una sua logica, estremamente diversa dalla logica razionale tipica del pensiero razionante. Secondo Rigo L. procede per *analogie simboliche*.

La creatività è un prodotto tipico dell'Immaginazione. I greci chiamavano *poien* il fare creatore. Burgos J. usa volentieri questo termine *poietica* per indicare i processi in azione, in movimento continuo in uno spazio e in un tempo che egli chiama istante, capaci di sfociare nell'emergere di una *realtà nuova*. Le caratteristiche di questo spazio e tempo immaginario sono l'istantaneità o improvviso, la determinazione, la puntualità.

La creatività immaginativa in Giordano Bruno diventa *potenza cogitativa* che consente la connessione tra animo umano e intelletto universale, ovvero il passaggio di materiale tra le immagini e il pensiero. Questo è ben descritto nelle opere *De umbris idearum* e *Cantus Circaeus* che parlano dell'*arte della memoria*, dove, mediante la creazione e la alterazione delle immagini, si viene a organizzare la conoscenza della materia viva e l'incontro con i principi universali. La potenza cogitativa non scinde corpo e mente come ha proposto Descartes R., bensì *incatena le immagini* all'intelletto universale dove risiede anche l'intelletto umano.

In Giordano Bruno e Galileo Galilei troviamo una sintesi, un incontro tra metodo immaginativo e metodo scientifico, un continuum incessante.

L'Immaginario quando si attiva, come anche l'Inconscio, diviene cura. In tutti questi articoli, presenti in questo numero della nostra Rivista, pur diversi nelle tematiche affrontate, si troverà traccia di questo incessante lavoro di cura e autocura.

Leopardi G., *La ginestra*, 1836.

² Borges L., *L'Aleph*, Adelphi, milano, 1998.



Psicoterapia con l'ITP
**IMMAGINARIO - CURA
E AUTOCURA**

Zanetti Ivana
Psicologa, psicoterapeuta ITP, presidente GITIM

Qualche cenno sulla psicoterapia ITP

Vorrei dare qualche cenno per individuare cosa contraddistingue l'ITP nel campo delle Psicoterapie Immaginative (che utilizzano l'Immaginario), qualche cenno sull'Immaginario e la relazione che ha con la cura, e in particolare con l'autocura... cosa collega la cura e l'autocura con l'Immaginario?

Vari sono i termini che si usano: fantasia, immaginario, immaginazione... come sempre bisogna dire come usiamo i termini.

Parto dalla definizione di Immaginario, che è quella che ci definisce meglio a fronte di tanti altri termini usati, perché potrà farci capire meglio la dimensione della cura e dell'autocura.

Qualche cenno sull'Immaginario, e in che senso l'Immagine cura, e cosa vuol dire autocura

Generalmente la parola Immaginario si usa in due accezioni:

- Non come una facoltà, ma indicando il mondo dei suoi prodotti: insiemi di produzioni immaginative, intesi come insiemi relativi a un individuo, ma anche relativi a una cultura rintracciabile nei miti, nelle credenze, nelle fiabe, eccetera. Un grande studioso dell'Immaginario, che ne ha dato una significativa illustrazione è Gilbert Durand. Gli insiemi in cui l'Immaginario si articola sono frutto di elaborazione simbolica collettiva. L'Immaginario rappresenta dunque sia la struttura che orienta l'azione degli individui, sia il frutto trasformativo.
- Un'altra accezione è quella dell'Immaginario come "funzione del vivente", componente fisiologica della natura umana in grado di mettere in moto la capacità di cambiamento intrapsichico per il Soggetto che la vive (il vivente). È l'esperienza del nuovo, è il campo dell'anticipazione: stimola e guida anche l'intelligenza emotiva (in rapporto alla libido, stimola il desiderio, la realizzazione della pulsione). Ci è di aiuto il prof. Jean Burgos ^[1], studioso dei processi della creazione, che ha dato grandi contributi al nostro campo, a chiarire la funzione immaginativa.

Burgos, studioso dell'Immaginario – nell'intervento "*L'Immaginario Perché*" – ci dice che colloca l'Immaginario nella nostra quotidianità, nella vita di ciascuno di noi, in ogni scoperta, in ogni creazione in ogni invenzione: è "l'emergere di una realtà nuova" che "invoca una rottura con la realtà posta". L'Immaginario è accogliere la "novità", "perdere per lasciar spazio alla scoperta" (Apollinaire). Si parla di poietica, del greco "poiein", il "fare creativo" ovvero l'emergere di una realtà nuova. Non è illusione, abbandono onirico, ragione in delirio... no, l'Immaginario per come lo si intende è "stare nella realtà", incontrarla. L'Immaginario ci fa incontrare un'altra faccia della realtà... in un confronto continuo tra soggetto e oggetto.

In breve: l'Immaginario libera le potenzialità e apre l'accesso a una realtà nuova, stando nella realtà, a partire dalla sensazione.

Ma non ci fermiamo qui; Immaginario è anche aprirsi all'altro, uscire da noi stessi, sciogliendo i legami che ci vincolano. Immaginario è "rimettere a nuovo", è "una salubre rimessa a nuovo dei rapporti tra l'Io e il mondo". Apre nuovi spazi, "ci insegna che non c'è esperienza del mondo che non sia anche esperienza di sé"... è trasformazione dell'individuo e del gruppo.

Questa nozione, maturata in campo filosofico e antropologico, è quella che meglio si adatta alla tecnica ITP, detta di “Imagerie Mentale” o “immagine mentale”, nel consesso di altre significative Tecniche Immaginative, che si differenziano per vari aspetti: lo stato in cui avvengono, e la conduzione, ma talvolta soprattutto induzione da parte del terapeuta di immagini suggerite in modo più o meno suggestivo, induttivo.

Sentiamo la sintonia di questo pensiero con quello che cerchiamo e che cercava Rigo nella Psicoterapia, come spiega nei suoi scritti: cambiamento, metamorfosi... contrapposto al semplice “adattamento”, magari con il presupposto della suggestione e del condizionamento.

Forse da quanto detto si potrà anche capire meglio perché si lasciano da parte in questo contesto altri termini. Preferiamo lasciare ad altri contesti, sicuramente interessanti, i termini come:

- Fantasia, che si può definire come una forma di pensiero che ha carattere magico, libera da regole e vincoli del mondo esteriore;
- Fantasticheria, comunemente intesa come evasione, compensatoria;
- Immaginazione, intesa come una facoltà volta all'interazione con il mondo esterno al di là del mondo interiore, potere creativo della mente per cui si può accedere a nuove visioni della vita.

Cos'è la cura? Cosa diventa la cura nell'esperienza immaginativa

Molte volte si risponde con: remissione dei sintomi, eliminazione delle paure e delle ansie, adattamento, eccetera, ma non è questa la risposta che danno approcci come quello junghiano e, soprattutto, come l'ITP. Vedremo, come Rigo, come già detto sopra, che la cura (con l'esperienza immaginativa) va oltre; vedremo come si amplierà questo concetto, proprio grazie a quanto emerge e a quanto ci fa capire l'esperienza stessa immaginativa. Allora le parole più adatte saranno: cambiamento, realizzazione, autoliberazione.

Per capire la cura ITP, si farà un accenno al suo fondamento

L'ITP usa l'Imagerie Mentale: cercheremo quindi di definire l'Imagerie Mentale. L'Imagerie Mentale è la produzione di immagini in stato di rilassamento. Dopo il sogno e l'associazione libera, metodi della psicoanalisi, è venuta come risorsa terapeutica l'Imagerie Mentale, vista come espressione diretta dell'inconscio, osservata nel suo svolgimento quasi onirico, che si verifica in un Soggetto proprio grazie allo stato di rilassamento.

Ricordiamo molto sinteticamente che l'Imagerie Mentale ha vari predecessori. Studiata già da Galton e Binet, l'Imagerie Mentale è con Robert Desoille descritta come “sogno diretto”, “Rêve Éveillé”, che consente un accesso diretto all'Inconscio (anteriore al linguaggio in quanto non sottomessa ai vincoli e al controllo della razionalità, eccetera).

Ricordiamo che è a Desoille che dobbiamo la messa a punto a partire dal 1952 della tecnica del Rêve Éveillé Dirigé (o RED) di Desoille, che si fonda sulla scoperta fondamentale che le immagini sono connesse con le emozioni e, viceversa, se le emozioni (e anche stati fisici, aggiungeremo noi) producono immagini, anche le immagini modificano le emozioni.

Poi si definì l'Imagerie Mentale, con Virel in Francia e con Rigo in Italia (parliamo di Oniroterapia con Virel e di ITP (Tecnica Immaginativa di analisi e ristrutturazione del Profondo) con Rigo. Entrambi utilizzarono per la psicoterapia quel processo mentale che si fonda sull'Immagine e in cui si realizza l'Immaginario.

Molto si potrebbe dire, ma ci basti ricordare come l'Immagine esprima zone di coscienza che sfuggono alla percezione. L'Imagerie Mentale consiste in un abbandonarsi a Immagini, però arricchite da sensazioni ed emozioni, vissute con il corpo; anzi diremo che l'Imagerie Mentale è anzitutto una possibilità in cui psiche e corpo assieme possono esprimere disagi, bisogni e desideri, ha un carattere creativo ed energetico. L'unità della persona, corpo e psiche, a cui aggiungeremo spirito, comincia a delinearsi.



Un esempio anche molto semplice: l'ansia si può descrivere anche come un intrappolamento corporeo. Così descrive l'ansia una paziente "Sono infilata in un tubo che mi soffoca, mi dimeno, ma tutto è inutile... sono intrappolata".

Quello che è fondamentale ricordare è che le Immagini con cui si opera nelle Tecniche Immaginative sono dinamiche, soggette a trasformazioni, e, analogamente, con le immagini si trasformano le emozioni che le guidano (producono). Ed è questa dinamica del divenire immaginativo che è trasformativa, è alla base del cambiamento. L'Imagerie Mentale è più paragonabile a un film che a un quadro.

Una riflessione fondamentale: quello che è nel comportamento è prima nell'Immaginario. Ma si potrebbe dire anche: se riusciamo a far compiere alle persone delle esperienze a livello immaginario (a livello di Imagerie Mentale), queste esperienze hanno lo stesso valore di una esperienza reale; in particolare ricordiamo qui le esperienze di Sechehayé di realizzazione simbolica, da cui Rigo ricavò il suo metodo di "ristrutturazione delle carenze frutto dei fantasmi internalizzati nella prima infanzia".

L'Imagerie Mentale è un metodo che consente l'esplorazione della personalità

Virel dice che quello che è importante è la "liberazione delle possibilità dell'essere". Sentiamo vicine queste definizioni alla definizione di Burgos: Immaginario come "funzione vitale", che tende verso l'espressione e la manifestazione. È l'instaurarsi del nuovo. Si parlerà di "funzione biologica", già riconosciuta al sonno, ma anche analogamente all'immagine (vedi Lambert).

Anche da questi pochi accenni si capisce che questa visione va oltre le tecniche (come il Rêve Éveillé, Dirigé o l'Ipnosi) troppo legate all'induzione, al condizionamento, anche a quel condizionamento della direttività che intacca la libertà e dinamicità del divenire (così cara Rigo innanzitutto).

In sintesi

Useremo il termine "Imagerie Mentale" – che consiste nella "messa in Immagine" – per indicare l'immagine che cura, usata a fini psicoterapici.

L'Imagerie Mentale si sviluppa in uno stato simile al sonno, grazie al rilassamento in cui emergono immagini provenienti dall'inconscio (analogamente e diversamente dal sogno espressione diretta dell'Inconscio, come ammette tutta la psicologia del profondo), fortemente partecipate a livello sensoriale ed emotivo.

L'Imagerie Mentale, in quanto processo mentale, può esser usata con finalità varie: la psicoterapia innanzitutto, ma anche come ampliamento della personalità, o con finalità artistiche (a Parigi la SITIM ha organizzato un gruppo di artisti che, con la guida di Durand, hanno utilizzato l'Imagerie Mentale come stimolo alla creatività); con l'Imagerie Mentale si può approfondire l'esperienza interiore, e anche l'esperienza religiosa.

Una precisazione: Rigo stesso si preoccupa di dire perché usa il termine Imagerie Mentale e non ritiene di tradurlo con immaginazione o fantasia. L'Imagerie Mentale non è una fantasia come siamo abituati a intendere la fantasia, né immaginazione. Rigo ricorda come la fantasia sia stata spesso usata in contrapposizione con la ragione, e perché è intesa come processo difensivo, quindi l'uso di questo termine sarebbe confusivo.

L'Imagerie Mentale si distingue dalle fantasticherie. L'Imagerie Mentale si svolge in uno stato particolare di allentamento della vigilanza, ottenuta con il rilassamento, e si tratta di "una fantasia autoplastica" (in cui prevalgono le cenestesie, le kinestesie e le immagini tattili, olfattive, uditive, sulle visive), mentre le fantasie alloplastiche sono visive (il soggetto si vede, e questo non deve avvenire nell'Imagerie) e hanno solo un valore evasivo compensatorio, come già ebbe a notare Sigmund Freud. È fondamentale nell'Immagine che cura, nell'Imagerie Mentale, il divenire, il cambiamento, la metamorfosi dell'Immagine vissuta a tutti i livelli.



Quello che si venne evidenziando come fondamentale nel cambiamento e della riduzione del malessere è la presenza, l'emersione direi, di un "Io corporeo" che nella seduta immaginativa – così come nel sogno – prova, sente, si muove, registra emozioni, agisce: è l'"Io corporeo immaginario", attraverso cui passano tutte le sensazioni ed emozioni, rispetto a un Io corporeo che solamente osserva. Attraverso questo "Io corporeo immaginario" avverranno tutti cambiamenti di vissuto, di riparazione, di ristrutturazione, e, data la partecipazione a tutti i livelli, le esperienze immaginarie avranno lo stesso valore delle esperienze reali, innanzitutto le esperienze ristrutturanti che riformulano il Sé a partire dal corporeo, livello che registra fallimenti, mancanze, traumi, conflitti.

Ma l'esperienza con l'ITP apre anche altre strade, altre esperienze: archetipiche, come vedremo di accennare.

La cura con l'ITP

Obiettivo iniziale della cura con l'ITP è innanzitutto il restauro del narcisismo sano, a partire dai vissuti corporei alla base dell'identità e del Sé (il Sé corporeo). Questo avviene su un piano che non è quello del linguaggio o della razionalità, ma su quello del vissuto attraverso l'Imagerie Mentale, attraverso l'Immagine partecipata a tutti livelli sensoriali ed emotivi.

L'attivazione dell'Immaginario nella seduta terapeutica, come detto, avviene tramite il rilassamento, ed è anche caratterizzata dalla presenza discreta e sintonica del terapeuta, che consente, indirizza. Gli interventi del terapeuta ci sono, sono moltissimi e hanno un sottointeso simbolico (talora preso dal mondo della fiaba e del mito). Ci sono di grande supporto tutti gli studi sull'Immaginario. Per citarne uno solo: Gilbert Durand, "Le strutture antropologiche dell'Immaginario".

Rigo spiega bene come l'Immagine sia auto-rappresentativa, anteriore al linguaggio, portatrice di esperienze vissute che si definiscono nei fantasmi, ovvero schemi interiorizzati di esperienze negative, di sopraffazione, di perdita, che vengono vissute a tutti i livelli sensoriali ed emotivi. I fantasmi, ovvero le relazioni malevole interiorizzate, possono essere di origine carenziale (carenze e traumi o microtraumi ripetuti dalla vita infantile, conflitti interiorizzati in cui il Soggetto è in scacco).

L'Imagerie Mentale consente esperienze riparatorie attraverso l'immagine vissuta, che consente vissuti riparatori e quindi la riparazione del fantasma, riparazioni delle esperienze negative, che vengono vissute sul piano immaginativo, che però per noi significa sul piano della sensazione, dell'emozione. Si parla così di "immagini concrete" e di "immaginario concreto", che consentono la riparazione.

L'attività ristrutturante avviene sul piano dell'immagine preverbale, e viene registrata come modifica dell'Immagine del corpo

Altro passaggio è quello conflittuale. Si tratta di modificare vecchi schemi e instaurare nuovi principi strutturanti, con liberazione dell'energia psichica. La psicoterapia è vista come cura che porta al dominio del mondo interno.

Non si tratta né di sostituzione di immagini, né di training autogeno, né di Rêve Éveillé in senso stretto, che si è evoluto verso il condizionamento (Rêve Éveillé Dirigé - RED) e che è tuttora praticato, in questo senso.

L'ITP si caratterizza perché non è induttiva, non induce, e riduce le suggestioni (ad es. di salita e discesa, care a Desoille), con i loro effetti noti di modificare lo stato emotivo, riduce le immagini fisse e soprattutto la direttività. È ferma intenzione di Rigo, fin dai suoi primi scritti, e rinnovata in noi, la ricerca della spontaneità e del percorso unico di ciascun uomo (anche se con caratteristiche comuni).

Ma quanto detto, che corrisponde agli aspetti terapeutici, non esaurisce affatto l'esperienza con l'ITP: si aprono anche altri aspetti, quelli relativi alla realizzazione, di Sé all'integrazione e agli aspetti spirituali.

L'Immagine che si usa nelle Tecniche Immaginative

Rigo spiega bene come abbia voluto tenere la denominazione di “Imagerie Mentale” per non cadere negli equivoci che la parola Immaginazione o Fantasia poteva evocare. L’Imagerie Mentale non è un fantasticare, né ha un carattere difensivo (aspetti attribuiti spesso alla fantasia).

Un interessante aspetto, ben evidenziato da Rigo, è quello dell’immagine vettoriale, dinamica. Nell’Imagerie Mentale le immagini sono vettoriali, hanno una dinamica e una direzione. L’immagine tende alla trasformazione, porta una dinamica. L’immagine di un “buco” ha una certa dinamica attrattiva nel senso della caduta, va visto rispetto a prima e dopo (cosa la suscita e cosa produce): sarà una caduta semplice o rovinosa, sarà un salto semplice o rovinoso, sarà una caduta non drammatica a cui farà seguito una ristrutturazione.

Il terapeuta si inserirà con i suoi interventi, sintonici con lo stato affettivo del paziente su cui dovrà sintonizzarsi, non basandosi solo sulla interpretazione simbolica delle immagini, ma anche sul suo sentire e sulla sua partecipazione empatica.

Cosa sostiene dunque il processo immaginativo e il cambiamento? L’autocura

Nell’ITP formulata da Rigo il cambiamento che si attua nel corso dell’esperienza immaginativa è sostenuto dalle tendenze spontanee all’“autocura e autosviluppo”, che permeano l’immagine e vengono assecondate e aidate, favorite del terapeuta. Si conferma l’aspetto dinamogeno dell’Immaginario... ma capiremo meglio.

Questo diventa uno dei principi cardine di base, che può ricordare l’antica “vis medicatrix naturae”; il principio dell’autocura è da riconoscere, sostenere, attivare: in questo è fondamentale la relazione, la funzione di “guida”, ma anche di “compagno di viaggio”, del terapeuta.

Rigo spiega come abbia messo a fuoco questa idea. Fedele al principio, derivante anch’esso dall’esperienza, che questa (l’esperienza) viene prima di tutto, ci fa osservare che nel sogno la persona cerca una soluzione ai suoi problemi” (Rigo: Cura e Autocura).

Rigo spiega in vari interventi come sia iniziata la sua visione dell’autocura. Da una raccolta consistente di sogni (2000) ricavò che nel sogno c’è una tendenza a risolvere i problemi, ma poi nel sogno il Soggetto (spesso) era debole e non riusciva a realizzare il suo proposito, e soccombeva alla paura alla sconfitta. Spiegò questo con l’assenza dell’Io nello stato di sonno.

Uno stato che permetteva da un lato l’emergere delle paure, ma anche la risoluzione e altro ancora (la crescita), era lo stato di Imagerie Mentale, in cui l’Inconscio emergeva, ma in un contesto in cui l’Io era attivo e poteva affrontare le situazioni drammatiche che il Soggetto viveva nelle sue immagini.

La modifica dei rapporti tra Io e Inconscio, lo scioglimento dei nodi conflittuali grazie a un Io attivo, avviene a livello immaginario, nelle Imagerie tematizzate da fantasmi, a cui segue una soluzione positiva contrassegnata da un insight spontaneo: vari sono gli interventi del terapeuta su base interpretativa. Lo psicoterapeuta ha dunque il compito di liberare, far emergere, le tendenze all’autocura e all’autosviluppo innate nell’uomo.

Precisiamo ancora lo scopo della cura: la modifica delle relazioni interiorizzate che condizionano la nostra relazione con il mondo (tali relazioni malevole, in cui il Soggetto/il Sé soccombe, sono dette fantasmi). Queste relazioni interiorizzate hanno una valenza inconscia, producono schemi di comportamento che si esprimono nelle immagini alla presenza del terapeuta. I fantasmi si esprimono anche nelle posture, nel gioco, nel disegno, ma soprattutto nelle immagini della seduta immaginativa, dove il contatto con l’inconscio è più stretto (gli interventi saranno efficaci se il terapeuta rivive i fantasmi). Si modificano i fantasmi attraverso l’Immagine, direttamente sul piano dell’Immagine.

Un altro aspetto che viene sostenuto è proprio la dimensione attiva del Soggetto, l’Io attivo di fronte all’Immagine. E Rigo dà una ampia delucidazione dei vari fantasmi che si configurano, ma non ne possiamo parlare qui.



Un aspetto interessante del metodo ITP: il sogno, il dialogo tra Imagerie e sogno

L'Imagerie Mentale poi entra in dialogo interessante con il sogno, e quindi con la dimensione inconscia che in questo si manifesta.

Interessante è il dialogo che si stabilisce con il sogno (es. sogno di Davide). D è in terapia da un po' di tempo, terapia iniziata a seguito di episodi psicotici veramente gravi, con elementi significativi di scissione: sogna che deve affrontare i suoi demoni, che sono scheletri, zombi e figure malevole.

Voglio solo accennare a un paziente grave con disturbo schizotipico di personalità (con deliri) ben compensato attualmente dai farmaci, che sogna”:

È nel buio, ha vicino suo cugino. Sono in allerta – dice – quando nel sogno una voce mi dice: “devi affrontare i tuoi demoni, i tuoi mostri... I demoni sono: i diavoli, gli zombi, le mummie. I mostri sono le bestie feroci”, e... vede un leone tutto nero. C'è a fianco a lui il cugino che gli dice: “sono qui”...

Nota bene: il cugino nella realtà è sempre stato una figura che gli è vicina, con lui va in giro e fa molte attività in luoghi dove compie delle esperienze anche di superamento delle proprie esitazioni e difficoltà (in montagna, ad esempio).

I mostri echeggiano i suoi incubi e deliri, ma sente venire (che emerge dall'Inconscio nel sogno) sia l'appoggio di una figura soccorrevole, sia la determinazione alla posizione attiva. Questo però è consentito dall'esperienza immaginativa che sta conducendo da tempo. Tale esperienza lo ha reso attivo di fronte ai suoi incubi, come ben manifestato dal sogno.

Anche nel sogno, dunque, si manifesta la tendenza all'autocura come liberazione dai fantasmi.

Nell'esperienza Immaginativa (Imagerie Mentale), l'Io attivo potrà eliminare i fantasmi ovvero le immagini simboliche rappresentative... di esperienze infantili in cui si è sperimentata sopraffazione e sconfitta.

Nella stessa seduta affronterà l'immagine di un serpente minaccioso, che insidia una situazione altrimenti rasserenante: è disteso su un rilassante prato verdeggianti davanti a un tranquillo laghetto. Un serpente insidioso e minaccioso, nonché ambiguo, si presenta. Dopo un tentativo di evasione, la situazione si fa minacciosa nella presenza insidiosa del serpente. Immagine primordiale, minaccia proveniente dal mondo ctonio. Il Soggetto lo affronterà con i consueti procedimenti dell'ITP. Il serpente verrà eliminato, con senso di liberazione e possibilità di distensione, di sicurezza.

In queste sedute, in cui a livello immaginario si può anche eliminare (uccidere), vi è la dimensione della liberazione e del dominio sull'immagine minacciosa (ricordiamo che anche nell'iconografia cristiana a un certo livello San Giorgio uccide il Drago).

Un passaggio successivo:

Bisogna prima giungere alla “onnipotenza narcisistica”, al dominio dell'Io sulle figure angoscianti, al dominio dell'Io sulle immagini, figure, ambienti, legate all'ansia, alla depressione, ai vari disturbi provenienti dall'Inconscio, alla destrutturazione del fantasma. Cosa è di aiuto: la immaginazione creatrice, o meglio l'Immaginario, che è sempre – ce lo dice Burgos – funzione vitale, stare nel presente, movimento, divenire.

Come si attiva l'Immaginario con la sua funzione creatrice? L'attivazione dell'Immaginario è facilitata dalle situazioni di rilassamento, che portano a vivere le esperienze con tutta la dimensione corporea ed emotiva, e dall'uso della Tecnica ITP, che permette l'incontro e l'emergere dell'Inconscio, o meglio l'incontro tra l'Io e l'Inconscio e l'attivazione dell'Immaginario creativo e trasformativo. In modo più attivo rispetto al sogno si potrà affrontare il fantasma (che Rigo definisce come interiorizzazione di esperienze infantili di sopraffazione e sconfitta), fronteggiare il fantasma in modo attivo. L'Io con l'aiuto del terapeuta diventa “attivo”. Ecco il ruolo del terapeuta.



Dopo la parte ristrutturante e la parte conflittuale si ha l'evoluzione verso il confronto archetipico

Accanto a questo, ciò che si vede spesso nel proseguire della cura è un divenire delle Immagini, nel senso del comparire di immagini che conducono il Soggetto a un centro: potremmo dire raffigurazioni mandaliche, che sono facilmente rintracciabili nell'Immaginario Collettivo. A volte sono solo anticipazioni spontanee (autocura) e sono una anticipazione "rappresentazione di un moto psicologico spontaneo che sta avviandosi al superamento degli ostacoli interni, all'armonizzazione e alla sintesi dei contrari, che è analoga ma diversa dal compimento" ([3] pag. 53). A volte dunque il Soggetto sperimenta il suo mondo interno come intersezione delle direzioni contrarie, il "motore immobile", che può essere descritto e rappresentato dal mozzo di una ruota.

Vale a dire che si osserva un processo spontaneo, che si osserva nel passaggio da situazioni conflittuali che ci rimandano ai conflitti di Freud o della Klein, per approdare poi a figure archetipiche (Jung), e si aprono i territori dello spirito.

La psicoterapia, la cura tipica con l'ITP, appare come un viaggio tra varie zone della psiche, tra immagini che sono portatrici di situazioni psichiche, che denunciano le difficoltà e le fragilità della persona, ma anche le tendenze all'autocura attraverso l'immaginario creativo e anche attraverso l'Inconscio creativo, che produce sequenze significative e "ispira gli interventi più adatti alla situazione".

Quello che è importante ricordare che al di là dell'interpretazione (tecnica comunemente usata nelle terapie psicoanalitiche), quello che è importante è l'esperienza stessa immaginativa in cui, nel corso delle sedute, vengono fatte delle esperienze in cui si colmano carenze e si superano conflitti che possono anche consentire al Soggetto di prendere coscienza, in modo intuitivo dei suoi problemi. Ma non si tratta dell'autorità dell'interpretazione, si tratta di un insight di comprensione intuitiva che diventerà magari in un secondo momento anche comprensione intellettuale. Tale comprensione è di un secondo momento, in particolare di chi dovrà formarsi e dovrà avere padronanza della dimensione simbolica per utilizzarla intenzionalmente.

Rigo sottolinea come sia importante il rapporto Io/Inconscio. Nel terzo stato, quello dell'Imagerie Mentale e dell'attivazione della funzione immaginativa, l'Io è in rapporto con l'Inconscio, l'Io è dunque capace di far fronte all'Inconscio, cosa che non succede nel sogno dove l'Io è passivo e soggiace all'Inconscio.

L'Inconscio non è come per Freud rimozione; similmente a Jung l'Inconscio è sorgente di energia. Jung vede nell'Inconscio tendenze al divenire; sappiamo che per Jung questo è il processo individuativo. Rigo vede nell'inconscio la tendenza all'integrazione, vede spinte verso la finalità dell'esistenza.

Non si tratterà più solo di ricostruire la storia, ma di liberarsi di fantasmi del passato, per vivere pienamente.

La comunicazione Io-Inconscio è anche quella che fa crescere e progredire verso un processo individuativo liberatorio; non solo non soffrire (ansia, depressione), ma anche crescita e speranza.

Superati gli elementi conflittuali, si stabilisce una corrente vitale tra l'Io e l'inconscio. Un Soggetto produce l'Immagine che ben illustra il processo che avviene nell'ITP: produce spontaneamente infatti l'immagine di "cavalcare un drago", esserne portato ma guidarlo, un'alleanza "tra l'Io e l'Inconscio".

Alleanza e sintesi armoniosa, che avrà come seguito altre esperienze, e anche le esperienze di "integrazione cosmica", non solo armonia con sé stessi ma anche armonia con il Cosmo e il suo principio, l'esperienza degli "stati luce". Rigo riporta nei suoi testi molte di queste esperienze.

Visione della cura - Visione della personalità

La visione della cura è quello del cambiamento, dell'autorealizzazione, del divenire fino ai livelli più elevati, spirituali. Questo ben si associa con la visione della personalità come un sistema non statico, ma in evoluzione. Non parliamo allora genericamente di guarigione, né tantomeno di "adattamento",

ma di trasformazione. Non si tratta solo di risolvere il sintomo (anche questo), ma di far crescere, di evolvere, di trasformare la personalità. Non si tratta di condizionare con vari espedienti, ma di creare una realtà nuova, in cui è possibile quella trasformazione che solo l'Immaginario in azione può produrre.

Rigo, nella sua scoperta dell'ITP, indica come vede i limiti delle terapie che non prendono in dovuta considerazione la liberazione e lo sviluppo umano. Vede la superficialità di terapie come l'ipnosi terapia, e come le terapie comportamentiste. L'ipnosi in particolare è una opposizione all'autonomia personale (dipendenza dall'operatore).

Rigo vedeva dei limiti alla liberazione anche nell'interpretazione spinta: l'interpretazione (a volte abusata) rappresentava sempre un arbitrio, peraltro molto in relazione con la visione dell'uomo che ha il terapeuta... si esaltava la liberazione dal sintomo senza tener in debito conto altri aspetti umani (spirituali) [2].

Rigo propone di trattare il paziente nelle sue manifestazioni (corpo-psiche-spirito) senza riduzioni preconcepite, e di avere una psicoterapia "totale", che vede l'uomo nei suoi aspetti di corpo, psiche e spirito.

Si procede dal corpo, dai vissuti corporei che l'Imagerie può consentire, date le particolari condizioni in cui avviene.

Rigo parla della "persona", di senso di sé, e dice che questa persona ha delle tendenze, ha delle aspirazioni, si sente in costante ricerca.

C'è, dice Rigo, nell'essere umano una ricerca di liberazione, di sviluppo, e aggiungerei di "ricerca di senso". Tale aspetto non è affatto trascurabile, sia nelle persone anziane che cercano principalmente un senso alla propria esistenza, sia nei giovani sempre più sopraffatti e dominati dal senso di vuoto e di "mancanza di senso e di scopo" alla base di molte patologie, che possono arrivare all'autolesionismo e in extremis al suicidio. Rigo contesta, per esempio, certe tecniche quali l'ipnosi in cui vi è induzione, opposta alla finalità di liberazione dell'uomo, e in cui anzi si sottolinea la dipendenza dall'operatore.

Rigo considera l'ITP come un metodo che permetta di rivelare la personalità come "un sistema aperto", che passa da un livello all'altro; da una dimensione conflittuale a una archetipica, a livelli sovraperpersonali, a quelli che lui definisce "stati luce e di uscita stessa dall'Immaginario"... il paziente appare così come corpo, psiche e spirito.

Non bastava a Rigo la liberazione dal sintomo, non era questa la conquista della libertà e l'essere stesso. L'imperativo è "diventa ciò che sei", in tutte le sfaccettature.

Rigo poi era critico nei confronti della interpretazione, se esercitata come "arbitrio", con il pericolo dell'indottrinamento; temeva poi il prevalere della vita istintiva e la degradazione del costume morale... (Il Fuoco, 1977 - pag. 33), come se tutta la liberazione fosse liberare gli impulsi istintuali.

Egli sintetizza così la sua terapia (ITP):

- Psicologia ricostruttiva (prevale la strutturazione);
- Psicologia "totale": sono considerati gli aspetti corporei, psichici, spirituali;
- L'interpretazione non è prioritaria;
- La psicoterapia con l'ITP è autoliberatoria, le sue particolarità tecniche mettono in atto le tendenze spontanee all'autocura e all'autosviluppo, che esistono in tutti, ma che possono essere bloccate dalla nevrosi o altri impedimenti. L'attivazione dell'Immaginario, così come l'abbiamo definito, è un aspetto cruciale.

Rigo aggiunge che le sue considerazioni nascono da osservazione e da esplorazione diretta attraverso le immagini-tendenza alla liberazione e promozione umana.

Vede delle forze dinamiche che sono: la tendenza all'autocura, come già detto, ma anche la tendenza alla interiorizzazione, alla centralizzazione (come unificazione, integrazione di contrari – il Sé di



Jung), e infine la spinta a trascendere l'Immaginario; l'uomo alla ricerca, anche alla ricerca di ciò che lo trascende.

Rigo vede la psicoterapia come liberazione, ma liberazione da tutti i vincoli, da tutte le schiavitù, dagli istinti, dall'incertezza, dell'ignoranza, e dall'automenzogna.

Rigo porta numerose esperienze in cui incontra il senso di sé, la centralizzazione, l'unificazione.

Affinità con Jung

Per Jung la cura è tendenza all'Integrazione, e questo è favorito dall'Immagine che permette l'incontro conscio-inconscio. L'Inconscio indica la strada, con l'incontro con l'ombra e le figure archetipiche. È l'Immaginazione, o meglio l'Immaginario, che è individuativo, nel confronto con le Immagini, nella dinamica dell'Immaginario.

Per Jung le immagini emergono dall'Inconscio Collettivo; così per Rigo l'autocura si evidenzia per immagini che emergono dall'Inconscio Collettivo, ma fino all'emergere di esperienze più ampie, esperienze che definiremo "spirituali", con esperienze degli "stati luce" e "dell'uscita dall'Immaginario".

Anche Jung trova una tendenza alla centralizzazione alla coscientizzazione, al superamento degli opposti. Jung trova il senso di sé in quella forma che chiama "Anthropos", che dà origine alle forme archetipiche del Dio-uomo, il Cristo, il Budda...

Anche per Rigo – come per Jung – è l'Immagine che permette l'incontro con i contenuti inconsci (81 - Rigo, *Il Fuoco*, anno 25, numero 1 - 1977), da qui la necessità dell'Immagine ("fare Immagine", dice James Hillman).

Rigo procede alla costruzione o ricostruzione del senso di Sé; procede dal corporeo per arrivare allo spirituale.

I fondamenti del senso di Sé si ritrovano nello schema corporeo: nell'Immaginario si elaborerà il fantasma corporeo costituitosi nelle esperienze primarie corporee innanzi tutto, fino alla costituzione dell'immagine di Sé. Vi sarà poi la scoperta dell'interiorità e la possibilità della discussione interiore, dell'autodeterminazione.

Anche Rigo prevede una fase archetipica, in cui si incontrano gli archetipi Junghiani: animus, anima, il senex, il puer, ma questi con una connotazione diversa, in quanto la fase conflittuale ha già risolto le tematiche relative all'Ombra (il lato oscuro di cui parla Jung).

Ma Rigo apre anche agli aspetti spirituali; allora altre esperienze compaiono, anche se non in tutti i casi. Rigo parla di esperienze spirituali, di "stati luce" (come Assagioli), eccetera.

I livelli di personalità

Un aspetto interessante dell'ITP è il tema dei livelli di personalità che si evidenziano nell'esperienza immaginativa

La personalità funziona a tanti livelli: cenestesico, inconscio, archetipico, della totalità (mandala per Jung), il livello degli Stati Luce e quello dell'uscita dall'Immaginario.

Ma chiediamoci quali sono i motori della cura che emergono dall'esperienza diretta, e che ci fanno parlare di "autocura".

- La tendenza all'interiorizzazione, sapersi rilassare e utilizzare il rilassamento, abbandonare il livello della reminiscenza;
- la tendenza alla centralizzazione e l'effetto terapeutico relativo;
- La tendenza a trascendere l'immaginario.

L'uomo si rivela come incompiutezza che va alla ricerca della completezza, slancio, ricerca.

Per Rigo nel disagio psicologico (nevrosi) c'è l'impedimento dovuto a conflitti inconsci e all'immaturità della personalità.

Rigo e la visione dell'uomo

Si vedono nella cura tendenze dinamiche, si osservano livelli diversi, materiali diversi, situazioni, ambienti, personaggi diversi in relazione all'Io (immagine auto rappresentativa del Soggetto); ci sono livelli diversi. La psicoterapia, la cura tipica con l'ITP, appare come un viaggio tra varie zone della psiche, tra immagini che sono portatrici di situazioni psichiche che denunciano le difficoltà, le fragilità della persona, ma anche le tendenze all'autocura attraverso ITP, che attivano l'Immaginario.

Tutti i livelli vanno integrati fra di loro, anche se distinti, e la personalità può raggiungere una integrità.

Rigo va al di là delle visioni freudiane e junghiane, evidenzia l'autenticità, la necessità di scelte autentiche, egli infatti dice che la vita individuale da semplice affetto cieco dell'istinto della specie o da sogno dell'inconscio collettivo si trasforma in vocazione individuante e irripetibile, che dà significato a tutte le vicende della sua storia, al suo tessersi con l'epoca in cui si svolge.

Un argomento che Rigo sottolinea è quello del fine, che tiene conto dei vari livelli dell'essere (Rumke), in cui si comprende un livello spirituale.

L'uomo è alla ricerca di sé stesso, c'è un bisogno di unità, di permanenza, di fusione con una realtà interiore. È un bisogno fondamentale dell'uomo. È un bisogno, aggiungo, di "dare un senso alla propria vita", che si evidenzia in particolare nelle psicoterapie di persone anziane che hanno bisogno di dare senso alla propria vita, magari anche dopo aver fatto altre esperienze di Analisi che si sono mosse entro finalità e metodologie legate esclusivamente al malessere e alle situazioni chiaramente nevrotiche o borderline.

Non dimentichiamo il tema dell'Individuazione di Jung, a cui Rigo si avvicinò e a cui avvicinò il suo metodo. La fase archetipica di Rigo è molto vicina alla ricerca del Sé in Jung... il processo individuativo ha una certa risonanza con il percorso dell'ITP, che porta alla centralità, al Sé come intendeva Jung. Per Jung l'Inconscio è la sede di un progetto esistenziale: il Sé guida il processo di crescita, il processo individuativo che punta all'integrazione delle parti, anche e soprattutto delle parti oscure (l'ombra), fino all'integrazione, al sé appunto.

Ci sono dei bisogni fondamentali dell'uomo ed è importante, dice Rigo, che il terapeuta lasci che l'uomo riconosca il bisogno e quindi consenta la possibilità di una espansione, di un completamento. Rigo vede nell'uomo la tendenza alla autorealizzazione, ma per Rigo non si arriva mai alla autosufficienza: l'uomo ha sempre bisogno di un completamento.

Rigo parla e illustra gli "Stati Luce", "l'esperienza di totalità e trascendenza", l'esperienza del silenzio, che riguarda una spiritualità che però emerge solo in alcuni casi. Si parla anche di esperienze transpersonali, che avvicinano l'ITP alla psicosintesi di Assagioli.

È importante – dice Rigo – che ci sia una psicoterapia e uno psicoterapeuta che consente questo: che riconosca che non c'è solo la liberazione dall'ansia o da vari malesseri psicologici, che si ponga anche il problema dell'adattabilità al futuro (persone anziane che sanno trovare un senso della vita).

Come si diceva, l'uomo è anche spirito, e ha bisogno di un completamento. L'uomo è anche "slancio", ma si potrebbe dire: come è possibile questo se ci confrontiamo con i limiti, l'ansia, la depressione, la paura, eccetera?

È questo "slancio" dell'uomo che può essere bloccato dalla malattia, dal mal-essere. Rigo vede nella sofferenza il desiderio, il bisogno di liberazione. Il nevrotico – dice – ha il desiderio di liberarsi, l'aspirazione alla liberazione. Nel pungolo dell'infelicità c'è la possibilità di liberazione.

Al contrario di una tendenza narcisistica onnipotente, nell'uomo c'è la tendenza all'andare oltre sé stesso, avvertendo un bisogno, uno slancio. Nell'uomo c'è una tendenza al completamento: è un bisogno che si compensa anche con d'arte, la scienza, ma anche e soprattutto con la spiritualità.



Questa per Rigo è l'autocura, ma questo non vale per le persone disturbate, perché per loro l'autocura può essere compromessa. Nella psicoterapia le persone allora devono essere aiutate a vincere le proprie carenze, i propri fantasmi.

Rigo, nel parlare di Coscienza richiama anche la "coscienza infelice" di Kierkegaard. Essa porta il segno dell'emotività dolorosa, che può toccare gli estremi più esasperati dell'ansia, come quello della completa futilità: spesso secondo Rigo questo è il segnale per ridestarsi e per interrogarsi sulla possibilità di liberazione. Nella nevrosi, la coscienza è accusatrice, nell'impulsività vede la paralisi delle capacità di critica, per cui non resta che "il passaggio all'atto". Il massimo dell'angoscia è poi il "vuoto". Per lo più nella sofferenza c'è un bisogno di liberazione, a vari livelli, con varie sfumature, può essere anche molto offuscato. La psicoterapia dovrebbe aiutare a riportare l'uomo alla sua libertà.

Come detto, l'ITP è stato anche descritto anche come esperienza che consente livelli molto elevati: gli Stati Luce, le esperienze transpersonali (vedasi in questo la somiglianza con Assagioli). Le religioni puntano a questo, vedasi il Buddismo, in cui il Buddha è il risvegliato, e il Cristianesimo, religione della Luce. L'uomo ha sempre cercato questo allargamento della coscienza, "l'essere in presenza".

Lo vediamo anche nelle manifestazioni artistiche, in particolare nella poesia. Come nella poesia "L'infinito" di Leopardi:

*... Ma sedendo e mirando, interminati
spazi di là da quella, e sovrumani
silenzi, e profondissima quiete
io nel pensier mi fingo, ove per poco
il cor non si spaura. E come il vento
odo stormir tra queste piante, io quello
infinito silenzio a questa voce
vo comparando: e mi sovvien l'eterno,
e le morte stagioni, e la presente
e viva, e il suon di lei. Così tra questa
immensità s'annega il pensier mio:
e il naufragar m'è dolce in questo mare.*

ma potremmo anche ricordare la poesia "Mattina" di Ungaretti:

M'illumino d'immenso.

¹ Burgos J., Imaginaire e création, Le lettres du temps.

² Rigo L., *La Psicoterapia dell'Immagine*, FrancoAngeli.

³ Rigo L., Simbologismo e simbologenesi, Grafo7.

Psicoterapia con l'ITP

LA TECNICA ITP E IL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO: APPLICABILITÀ DEL METODO, ADATTAMENTO CLINICO

Visentin Cristina
psicoterapeuta ITP

Cenni alle teorie psicoanalitiche sull'autismo

L'autismo, fin dalle prime descrizioni cliniche di Kanner L. ^[1], è stato concepito come una condizione in cui il soggetto manifesta una profonda alterazione del rapporto con l'altro, con il linguaggio e con la realtà condivisa. Nella lettura psicoanalitica, tale alterazione non è riducibile a un deficit cognitivo o comunicativo, ma viene interpretata come una particolare configurazione del legame tra il corpo, il mondo interno e l'Altro ^[2] da Sé.

Già le prime elaborazioni di Bettelheim B. ^[3], pur oggi fortemente criticate per la loro impostazione colpevolizzante, individuavano nell'autismo una "fortezza vuota": un ritiro difensivo del soggetto di fronte a un'esperienza del mondo sentita come invadente, minacciosa, priva di senso. Sebbene questa prospettiva risenta di un paradigma ormai superato, introduce tuttavia un elemento centrale nella riflessione psicoanalitica successiva: l'autismo come modalità di difesa primaria contro un'eccessiva o caotica stimolazione proveniente dall'esterno o dall'interno del corpo stesso.

Tustin F. ^[4] ha successivamente approfondito il ruolo del corpo e delle sensazioni fisiche, introducendo il concetto di *barriere autistiche*. Secondo l'Autrice, il bambino autistico reagisce a un'esperienza precoce di dolore psichico con la costruzione di difese sensoriali: il corpo diventa un guscio protettivo, una superficie rigida che isola e difende da stimolazioni eccessive. Il mondo interno viene sostituito da un universo sensoriale autoreferenziale, dominato da sensazioni corporee non simbolizzate. Tustin F. sostiene che il termine autismo normale è uno stato di pre-pensiero, mentre l'autismo patologico è uno stato di anti- pensiero.

In questa prospettiva, l'autismo è interpretato come una difesa corporea contro la relazione: il corpo non è più il luogo dell'incontro, ma la barriera che impedisce l'intrusione dell'altro.

Meltzer D. ^[5] parla di funzionamento mentale bidimensionale. Secondo l'Autore, la mente del bambino autistico non si organizza secondo le tre dimensioni della rappresentazione mentale – interno, esterno e la relazione tra i due – ma opera in uno spazio psichico piatto, dove l'esperienza è confinata alla sola superficie degli oggetti. In questa configurazione, la profondità viene esclusa, perché vissuta come pericolosa, ingestibile, potenzialmente disgregante, fonte di ansia destrutturante. Il mondo viene così percepito non per ciò che è ma per ciò che appare in superficie: uno sguardo, un rumore, una consistenza tattile. È un funzionamento che garantisce controllo e prevedibilità, al prezzo però di un radicale impoverimento dell'esperienza emotiva e simbolica. Il corpo, in questa prospettiva, non è pienamente integrato nell'immagine di sé: viene vissuto come superficie, come spazio frammentato, talvolta attraversato da sensazioni persecutorie.

Bion W. ^[6] offre un'altra prospettiva, un modello metapsicologico che permette di pensare l'autismo come deficit o alterazione della *funzione contenitore*. L'incapacità dell'ambiente materno di trasformare gli stati emozionali grezzi (*elementi β*) in pensieri rappresentabili (*elementi α*) lascia il soggetto privo di una matrice di pensabilità: le esperienze sensoriali e affettive restano allo stato bruto, non simbolizzate.

Questa concezione prepara il passaggio a una visione dell'autismo come disturbo della simbolizzazione primaria, cioè del processo attraverso cui l'esperienza corporea diviene rappresentabile. Il corpo, in questo contesto, non è ancora "immaginato": non vi è una sufficiente trasformazione delle sensazioni in immagini mentali, in forme che permettano di pensare e condividere l'esperienza.

Infine, Winnicott D. [7] sottolinea l'importanza dell'*holding* e dell'ambiente facilitante nella costituzione del Sé corporeo. Quando l'ambiente primario fallisce nel rispecchiare e contenere il bambino, l'unità psicosomatica viene compromessa.

Questa breve rassegna del pensiero psicoanalitico ha evidenziato quanto il corpo non sia semplicemente un'entità biologica, ma il primo luogo di manifestazione e organizzazione della vita psichica e relazionale. La psicoanalisi e la fenomenologia concordano nel ritenere che la costituzione del Sé sia inestricabilmente legata alle immagini interne generate dall'esperienza (il Sé corporeo è la base del Sé).

Il Sé emerge attraverso l'integrazione di dati sensoriali complessi:

- Immagini Interoceptive: le sensazioni viscerali e interne (fame, dolore, piacere) che fondano il senso di *esserci* e l'identità corporea primitiva;
- Immagini Tattili e Cenestesiche: il contatto pelle a pelle e il movimento, essenziali per stabilire i confini tra Sé e Non-Sé. Anzieu D. [8], con il concetto di *Moi-Peau* (Io-Pelle), ha evidenziato come l'involucro cutaneo, tattile e sensoriale, sia la base su cui si costruisce l'apparato psichico;
- Immagini Visive: la percezione del proprio corpo nello spazio che contribuisce alla costruzione di un'Immagine del Corpo unitaria e coesa.

Il corpo, in sintesi, è la matrice della simbolizzazione. Le immagini interne (visive, tattili, interoceptive) sono i dati grezzi che, se non mediate e organizzate relazionalmente, rimangono esperienze frammentate, ostacolando la coesione del Sé.

Nell'opera di Rigo L. e nella Tecnica Immaginativa del Profondo (ITP) vi è una concezione del corpo non come mera struttura biologica, ma come luogo primario della simbolizzazione.

Il pensiero di Rigo Leopoldo

Rigo articola l'esperienza corporea in tre concetti interdipendenti che definiscono l'organizzazione psichica del Sé:

- Schema Corporeo: *"concetto neurofisiologico che corrisponde alla percezione del proprio corpo, cioè alla rappresentazione che ciascuno si fa dello stesso e che gli serve di riferimento nello spazio. Esso risulta dall'integrazione delle sensazioni proprio (cenestesiche e kinestesiche) e esteroceptive (tattili, visive)"* [9];
- Immagine del Corpo: è la rappresentazione che ciascun individuo si costruisce dal momento del suo concepimento fino alla morte; si attiva, si sperimenta e si rappresenta intorno a due grandi poli, il movimento e il sensorio. È inconscia e profonda, è un sedimento storico di tutte le esperienze corporee vissute dal soggetto ed influenza il modo di essere e divenire dell'individuo, la sua narrazione rispetto agli altri e i suoi processi di percezione (di sé, degli altri e dell'ambiente). Se l'evoluzione armonica del sensorio (dal tatto alla vista) e la sintonia comunicativa tra madre e bambino sono difettose, l'Immagine del corpo può subire un blocco e una fissazione a stadi evolutivi precoci, manifestandosi come disturbo nel bambino [10]. Questa accezione ben si allinea al concetto di *"corpo sentito, vissuto e corpo riconosciuto"* della Pankow G [11].
- Io Corporeo Immaginario (I.C.I.): è l'incarnazione immaginaria dell'Io sul piano onirico, l'immagine psicofisica del soggetto, è *"l'Io che prova"* [12] nella condizione dell'Imagerie Mentale. A questo livello l'immaginazione permette la sintesi tra l'attività sensoriale e l'attività intellettuale, ha *"funzione integratrice e unificatrice"* [13], funge da ponte tra il corpo vissuto

(sensazioni grezze) e il corpo rappresentato (il simbolo). La situazione transferale in cui avviene la vicenda immaginativa con l'ITP permette la ristrutturazione del vissuto corporeo.

Nelle persone con disturbo dello spettro autistico (ASD) si osserva che, pur essendo presente un'eccezionale capacità di pensiero visivo ^[14], le immagini (contenuto) come tracce attivatrici dell'immaginario (funzione) ^[15] rimangono spesso rigide, letterali, fisse e prive di quella dinamicità, di quel movimento continuo e trasformativo delle immagini che permette la generazione del possibile, della rete relazionale e simbolica che l'Immaginario fornisce in quanto spazio virtuale caratterizzato da *“un movimento continuo verso l'abbozzo di una realtà nuova”* (ibidem, 15). L'autismo, in questa chiave di lettura, può essere considerato come una patologia dell'Immagine del Corpo che non riesce a integrare le immagini interocettive e cenestesiche ^[16].

Lo squilibrio rilevato nel funzionamento delle persone con ASD si può osservare in tre dimensioni fondamentali:

- Difficoltà nella Coesione dell'Immagine del Corpo: l'Immaginario Corporeo fallisce nel saldare le percezioni in un'unità stabile. Il Sé è percepito come discontinuo. L'esperienza riportata da persone autistiche ^[17] di non riuscire a distinguere dove termina il proprio corpo e dove inizia la sedia o un oggetto, o di vivere un macchinario come *“estensione delle mie mani, con un effetto simile all'arto fantasma”* (pag. 47-48, ibidem nota 15), è la prova clinica di questo confine corporeo diffuso e labile.
- Iper- o Ipo-sensorialità: le alterazioni sensoriali (ipersensibilità ai suoni, iposensibilità al dolore) non sono solo un problema neurologico, ma si manifestano anche a livello dell'Io Corporeo Immaginario. Lo Schema Corporeo, pur funzionando a livello riflesso, è privo di un *filtro* e di un *sistema di regolazione affettiva* fornito dalla funzione immaginaria. Il corpo è vissuto come troppo permeabile o troppo rigido.
- Difficoltà nel Passaggio tra Sensoriale e Simbolico: la persona autistica è spesso un pensatore visivo dotato di una *“videoteca mentale”* di eccezionale chiarezza e dettaglio ^[18]. Tuttavia, queste immagini specifiche faticano a generalizzare e a trasformarsi in simboli astratti e condivisibili (es. la difficoltà nel concettualizzare l'onestà se non in un'immagine concreta). L'ICI si presenta in modo più sensoriale o pre-verbale, e meno *mediato simbolicamente*.
- La comprensione clinica richiede di non confondere la quantità di immagini con la qualità della funzione immaginativa:
 - Immagine: è ciò che per le persone con ASD rende pensabile l'esperienza *“il mio concetto di cane è inscindibilmente connesso a ogni cane che ho incontrato. è come se avessi un catalogo a schede dei cani che ho visto, completo di fotografie, che cresce continuamente via via che aggiungono nuovi esempi alla mia biblioteca video”* (pag. 32, ibidem 14);
 - le immagini sono molte ma rimangono fisse, rigide, immobili; comunemente l'immagine è considerata come una rappresentazione, mentre per le persone con ASD appare come una riproduzione.

Nelle persone con ASD, si osserva una ricchezza di immagini (i *“filmati a colori”* vividi) senza un Immaginario pienamente funzionante nel senso di una rete relazionale e simbolica che organizzi le immagini in una rappresentazione coesa del sé. Le immagini sono carenti della logica emotiva che le connette ai rapporti oggettuali.

Questa distinzione è cruciale per il lavoro terapeutico con le persone con ASD: l'intervento mira alla cura della ricostruzione della funzione immaginativa come spazio del *“tra”* – tra percezione e pensiero, tra corpo e parola – facilitando un'evoluzione del comportamento. L'ITP permette di operare attraverso procedimenti specifici non verbali e infra verbali che favoriscono la ristrutturazione dello Schema del corpo e Immagine del corpo e, attraverso gli interventi sul piano immaginativo promuove la coesione del Sé, la regolazione sensoriale e il passaggio dal *“corpo vissuto al corpo riconosciuto”*.

L'applicazione dell'ITP a persone con diagnosi di ASD

Esemplificazione, prima seduta di rilassamento.

Durante l'esperienza di rilassamento, il paziente riferisce di sentire "la gamba destra intorpidita" e di avvertire "calore e una leggera pressione al tallone", descrivendo maggiore calore alle estremità. Queste percezioni, apparentemente semplici, hanno un grande valore diagnostico e simbolico, se lette alla luce del pensiero di Rigo L.

Sul piano immediato, queste sensazioni indicano che il paziente inizia a percepire il corpo, ma in modo disomogeneo.

L'intorpidimento e il calore localizzato sono segnali di riemergenza della sensibilità, ma ancora non integrata nell'Immagine del corpo.

Il corpo "*non è ancora sentito come un tutto*", ma a isole sensoriali: un piede, una gamba, una zona più calda – cioè parti che si attivano e parti che restano "mute".

Per Rigo L., l'Immaginario è la funzione che permette di dare forma e continuità alle sensazioni, trasformandole in immagine e significato.

Nel soggetto con diagnosi di autismo, questa funzione è fragile: la sensazione non si traduce in Immagine, resta sensazione pura, non rappresentata. Il fatto che la percezione emerga solo in una gamba, e con una qualità di calore/pressione, indica che il paziente inizia a "sentire" la propria presenza corporea, ma ancora in forma parziale e prefigurativa. Il calore – che è un segno di vita, di circolazione, di energia – appare ai confini: il tallone, le estremità.

"sento tutto il corpo come se fosse fuso con la sedia"

Questa fusione indica che il soggetto ha perso il limite corporeo come frontiera percettiva. Il corpo non è più vissuto come "*mio*" ma come spazio continuo con l'ambiente, dove l'interno e l'esterno non sono differenziati. L'intorpidimento totale segnala la sospensione della sensibilità di confine: il corpo "*non si sente*", e in questo vuoto percettivo si dissolve l'esperienza del Sé (che si basa sul Sé corporeo).

Ecco che l'intervento del terapeuta riporta il paziente "*sentire i contatti*" è una manovra di ancoraggio al sensorio e, in particolare, al tatto. Il tatto è il primo senso a svilupparsi nell'evoluzione corporea ^[19] ed è la prima rappresentazione corporea (la pelle come confine).

Nelle persone con disturbo dello spettro autistico, questa condizione è ricorrente: il corpo può essere vissuto come *troppo presente* (invasivo, ipersensoriale) o *assente* (svuotato, senza contorni, iposensoriale). In entrambi i casi, l'Immaginario che dà forma e coerenza all'esperienza corporea è fragile o disorganizzato.

Per Rigo L., il corpo non è semplicemente percepito o rappresentato, ma figurato dall'Immaginario. L'*Immaginario corporeo* è la funzione che media tra lo *Schema corporeo* (il corpo percepito nella sua funzionalità sensomotoria) e l'*Immagine del corpo* (l'investimento affettivo e simbolico del Sé corporeo). Quando questa funzione è integra, il soggetto può dire: "*Io sono seduto sulla sedia*" – cioè può *situarsi* nel mondo, sentendosi separato e al tempo stesso in contatto. Quando invece si interrompe, come in questo caso, il soggetto non distingue più tra il corpo e il supporto "*Io e la sedia siamo una cosa sola*". È la caduta della funzione dell'Immaginario: lo spazio del corpo si appiattisce su quello dell'oggetto. Il corpo diventa cosa tra le cose.

Ma paradossalmente qualcosa si trasforma: l'esperienza indifferenziata, che prima era pura sensazione, diventa parola e il soggetto può nominare ciò che accade.

Il "*Io sono la sedia*" riuscendo il soggetto a localizzarsi e descrivere le sensazioni che prova può diventare, nel tempo, "*Io sono appoggiato alla sedia*", e in una fase successiva "*Io sento la sedia che mi sostiene*" – passaggi progressivi verso la costruzione di un *corpo proprio*, distinto ma in relazione.

La terapeuta invita il paziente a riconnettersi alle sensazioni di contatto con la poltrona: "sento il contatto con la sedia... il respiro... sento il respiro come fosse un movimento..."

Nel momento in cui il paziente riesce a "sentire il contatto", emerge un primo segnale di differenziazione. La sedia non è più un prolungamento del corpo (come nella fase di fusione), ma

diventa superficie di appoggio: qualcosa che tocca e che viene toccato. Il soggetto riconosce due termini – sé e l'oggetto – e dunque inizia a ricostruire un confine percettivo (nel passaggio da percezioni a sensazioni) e affettivo (con le emozioni e i sentimenti).

Nel momento in cui il paziente dice *“senso il respiro come se fosse un movimento”*, egli non sta semplicemente descrivendo una sensazione fisiologica, ma mette in atto una modalità di pensiero corporea. Il *movimento* o *cinestesia* diventa il modo in cui può *“pensare senza parole”*, o meglio, *pensare attraverso il corpo*.

Il movimento meglio definito con il termine *cinestesia* – anche minimo, come quello del respiro – diventa il veicolo di pensabilità dell'esperienza del respiro, confermando la tendenza alla concretezza.

L'intervento della terapeuta riporta l'ascolto al corpo che prova le sensazioni di contatto e di respiro. In questo modo, la parola terapeutica svolge la funzione di ponte simbolico tra l'esperienza grezza e la rappresentazione.

Il contatto con la poltrona e il respiro come movimento delineano due poli complementari:

- il senso di *gravità* (sentire la sedia), e il *radicamento* (sentire i piedi ben appoggiati);
- il *respiro* e la *mobilità interna* (sentire il movimento). Tra questi due poli – tra pesantezza e respiro – il soggetto comincia a costruire lo spazio dell'Immaginario corporeo. Il corpo non è più fuso né disgregato, ma *abitato*: può espandersi, contrarsi, sostenersi, respirare.

Esemplificazione: prima visualizzazione, con tema suggerito *“Il pergolato”*.

Il paziente viene invitato a visualizzarsi sotto un pergolato, a localizzarsi nella posizione in cui si trova. Si chiede di approfondire l'ascolto graduale dei contatti, degli appoggi e percepire una temperatura giusta per lui. Viene effettuata una descrizione dello Scenario che consenta al paziente di sentirsi in un posto sicuro e protetto, basata sulla conoscenza del paziente da parte del terapeuta e delle sue attitudini e preferenze.

P: *Sono sulla sedia (il terapeuta chiede di descrivere come si sente seduto sulla sedia)... è dura, rigida, scomoda...*

L'inserimento inizia con la collocazione nell'immagine proposta che sollecita sensazioni spiacevoli di contatto e posturali. La descrizione dell'oggetto su cui appoggia gli procura sensazioni tattili di durezza e scomodità. La durezza e il disagio percepito ci suggerisce che la tensione ha prevalso sulla distensione, provocando una *“fatale discontinuità”*.

Rigo Uberto S. [20] *“già altre volte ho avuto modo di dire che, perché il corpo venga rappresentato nella sua completezza occorre un gioco di tensione distensione che avvenga in modo ottimale, come tra due persone che comunicano intensamente a livello non verbale, linguaggio questo non meno significativo del verbale”*.

T: *“puoi immaginare di mettere un cuscino o di aggiustare la posizione in modo da renderla più comoda?”*.

P: *Si...*

Il paziente riesce a cogliere il suggerimento, ma fatica a soffermarsi e ad approfondire la sensazione, spostandosi subito su ciò che lo circonda (senso = vista).

P: *ci sono attorno a me delle pozzanghere, delle lucertole... il sole limpido penetra dalla finestra, c'è aria fresca, brezza, ci sono siepi. Davanti a me un vialetto lastricato, alla rinfusa sottovasi, pezzi di ferro, statue di bronzo, messe in disordine affastellate*.

Lo Scenario che si presenta è caotico e disorganizzato formato da piccoli oggetti rigidi e non e nel contesto inanimato compaiono piccoli animali. Secondo Uberto Rigo S. la percezione si articola intorno *“alle forme dure, morbide, umane, rapportate sempre al movimento. Quindi la percezione parte dai piccoli oggetti rigidi (il mondo inanimato), passa poi ai morbidi (il mondo animale), per giungere quindi all'oggetto intero (L'uomo)”*.



È presente una attivazione dei sensi più materiali e primitivi, in linea con la necessità di partire da stadi precoci per sbloccare l'evoluzione *“per sbloccare l'iter evolutivo della loro immagine corporea, è sempre necessario partire da stadi più precoci della “vista” cioè dal tonico e dai quattro sensi più corporei”*.

T: ti invito a sentire il tepore del sole che penetra dalla finestra e l'aria fresca, la brezza...

La terapeuta invita il paziente a soffermarsi nuovamente sulle sensazioni corporee date da elementi dello Scenario atti a promuovere la coesione e ristrutturazione corporea.

P: sento odore di erba tagliata, odore di smalto per unghie, tocco una roccia. Mi dà la sensazione che si prova grattando un'unghia sulla lavagna, i piedi affondano nell'erba che pizzica.

Il paziente sperimenta il tatto ^[21] (il primo canale sensoriale nella scala evolutiva), indicando una forte sensibilità, o una ipersensibilità, *“piedi che affondano nell'erba che pizzica”* (evocativa del Fantasma di mancanza di sostegno e delle esperienze spiacevoli del contatto), *“sensazione che si prova grattando un'unghia sulla lavagna”* (cinestesia di tatto e suono evocativo di memorie sensoriali che la terapeuta, sulla base della conoscenza della persona, riconduce a esperienze scolastiche negative). L'olfatto è presente (quarto senso nella scala evolutiva, Uberto Rigo S.) e come il tatto è un senso “materiale”. L'interazione è attiva e vi è un aggancio al polo del movimento.

P: una formica mi solletica e con un soffio la faccio scendere dalle dita delle mani.

Di nuovo riemerge l'esperienza tattile viva ed immediata, attraverso un atto di distensione (il soffio) che segue la tensione creata dal solletico. Il paziente non appare bloccato ma utilizza un movimento delicato e controllato (il soffio-movimento vitale, soffio creatore). È un esempio di come l'Io del soggetto sia in grado di modulare l'esperienza sensoriale e ripristinare l'armonia tra il corpo e l'ambiente, predisponendo a sensazioni e a un ambiente più favorevoli.

P: mi siedo su un ramo di un albero... è ben saldo... tramonto e nuvole color rosa... sento odore di cane...

Finalmente un contatto stabile che dispone alla conclusione della visualizzazione, il ramo è percepito come ben saldo, il passaggio alla vista questa volta appare sereno e organizzato (il tramonto e le nuvole) e si esprime in modo armonioso e non parcellizzato. Anche il passaggio alla sollecitazione olfattiva familiare “odore di cane” (che la terapeuta considera favorevolmente dato l'interesse della persona per gli animali e la cura per il suo animale domestico) ci informa del passaggio a oggetti morbidi riferibili al mondo animale che è un passo evolutivo cruciale prima di giungere all'oggetto interno, mondo uomo. Ora che il paziente sente il proprio confine stabile è pronto a tollerare e ad accogliere un elemento relazionale caldo, anche se mediato dal senso più primitivo dell'olfatto.

P: “mi sento come se il mio corpo si fondesse con l'albero”.

Adattamenti e accorgimenti per la messa in condizione e il rilassamento

Alla luce di quanto evidenziato, emerge quanto cruciale possa essere la fase della messa in condizione, che consiste nel rilassamento digitale condotto con il metodo ITP poiché la modalità con la quale viene svolta potrebbe essere fattore di rischio clinico, se non adeguatamente curata e graduata. La messa in condizione non adattata e calibrata alle caratteristiche della persona con autismo potrebbe innescare una destrutturazione precoce, attivando l'angoscia di annientamento; la focalizzazione sulle sensazioni corporee interne può acuire l'iper o ipo sensorialità, innescando fenomeni di labilità di confine (come sensazioni di lievitazione o enormità corporea).

L'ipotesi clinica, pertanto, è che sia necessario approfondire l'aspetto del rilassamento ITP per favorire un senso di sicurezza fisica e psichica, prima di tentare l'accesso al mondo interiore, con l'avvio della fase immaginativa.

Nel lavoro con persone con diagnosi di autismo per favorire l'intervento sul corpo e sull'immaginario corporeo è necessaria una particolare cura dell'ambiente e del ritmo della relazione terapeutica.



Ogni passaggio – dalla preparazione dello spazio alla fase di uscita dal rilassamento – deve essere graduale e calibrato in funzione delle peculiarità sensoriali, percettive tipiche di questa condizione, per sostenere la costruzione progressiva di un corpo vissuto e pensabile.

Attenzione allo spazio e alla sensorialità

L'ambiente rappresenta il primo contenitore del corpo e dell'esperienza. È quindi fondamentale che l'illuminazione, i suoni e la temperatura siano modulati con sensibilità: luce attenuata, assenza di odori o profumi intensi, isolamento da rumori improvvisi o invadenti. Un contesto neutro e prevedibile favorisce la regolazione sensoriale e permette al soggetto di abitare il corpo senza sentirsi invaso.

Essere tenuto e contenuto (contatti e senso di confine).

Prima di accedere alla dimensione psichica del rilassamento, è necessario consolidare un confine fisico stabile. Questo può avvenire attraverso l'ascolto degli appoggi (poltrona, pavimento, sostegni corporei), l'utilizzo di stimoli tattili contenitivi, come una coperta o un cuscino, che restituiscono coesione e continuità al corpo. Il terapeuta invita il paziente a portare l'ascolto al contatto con il supporto, trasformandolo in un'esperienza di radicamento e stabilità.

Suggerire immagine di partenza e luogo sicuro.

La presenza di immagini visive di luoghi sicuri e tranquilli, introdotte all'inizio della seduta, può favorire l'accesso alla dimensione immaginativa in modo regolato. Sfruttare la naturale predisposizione al pensiero visivo consente di creare una cornice simbolica di sicurezza e di orientamento, entro cui il corpo può cominciare a figurarsi.

Attenzione e gradualità nell'approfondire l'intensità del rilassamento corporeo

Nel procedere con la sequenza del rilassamento, è importante evitare eccessi di analiticità – come la focalizzazione rigida su singoli segmenti corporei – che potrebbero amplificare la percezione iper o ipo-sensoriale. L'obiettivo è piuttosto quello di promuovere una sensazione di calore e di continuità uniforme, una percezione di integrità del corpo come totalità viva e coesa.

Riparare le distorsioni corporee

Durante il rilassamento possono emergere sensazioni di “vuoto”, o esperienze di levitazione ed enormità corporea, manifestazioni di una labilità del confine e di una possibile disorganizzazione dell'immaginario corporeo [22]. In questi momenti il terapeuta interviene delicatamente, ricomponendo l'Immagine corporea attraverso parole e riferimenti concreti al corpo reale – il peso, il contatto, il sostegno – per evitare l'insorgere di angosce di frammentazione o perdita di controllo.

Fase di uscita: il ritorno alla realtà corporea

Anche la fase conclusiva del rilassamento richiede attenzione e gradualità. Il ritorno alla vigilanza deve essere lento, scandito, accompagnato da suggerimenti che ripristinano la percezione del peso, della gravità e dello spazio circostante. Si re-introducono progressivamente stimoli sensoriali reali (luce, suoni, temperatura), affinché la transizione dal corpo rilassato al corpo vigile non produca ansia o disorientamento. È in questa fase che si consolida la continuità tra il vissuto interno e il contatto con il mondo.

Concludendo ogni adattamento – ambientale, corporeo o relazionale – ha come finalità comune quella di rafforzare il senso di unità e di confine del corpo, prerequisito essenziale per l'avvio



dell'Imagerie Mentale. Nel lavoro con persone nello spettro autistico, la cura dello spazio e del ritmo assume quindi una valenza terapeutica profonda, essa consente al corpo di diventare figura di sé, luogo abitabile di esperienza e origine di rappresentazione. Solo in questo modo, come direbbe Rigo L., *il corpo può tornare a immaginarsi* e il soggetto può cominciare a sentirsi “dentro” la propria presenza nel mondo.

¹ Kanner L., *Autistic disturbances of affective contact* (Nerv. Child 2:217-50, 1943)

² Intendendo per Altro la figura significativa per il soggetto, la madre, l'Ambiente.

³ Bettelheim B., *La fortezza vuota. L'autismo infantile e la nascita del Sé*, Garzanti Edizioni, 1976

⁴ Tustin F. *Autismo e psicosi infantili*, Armando editore, 1975.

⁵ Meltzer D., *Explorations in Autism: A Psychoanalytical Study*, Karnac Books, 2018

⁶ Bion W., *Apprendere dall'esperienza*, Casa Editrice Astrolabio, 1962.

⁷ Winnicott D., *I bambini e le loro madri*, Editore Feltrinelli, 1966.

⁸ Didier Anzieu, *L'Io-pelle*, Raffello Cortina Editore, 2017.

⁹ L. Rigo, *Procedimenti non verbali o infra-verbali e schema corporeo*, pag. 7, Rivista Sperimentale di Freniatria Vol. XCVII, 1973.

¹⁰ Rigo Uberto S., *L'Immagine del corpo*, Rivista di Psicoterapia Immaginativa, Dicembre- Anno V, 06/2015

¹¹ Pankow G., *La methode de la structuration dynamique applique a un cas d'etat hallucinatoire chronique*, La Psychanalyse, 4, ed. PUF, Paris, 1958.

¹² Rigo L., *Su alcuni fenomeni e condizioni psicofisiologiche nel corso della fase preparatoria e oniroterapica della psicoterapia con "l'imagerie mentale"(I.M.)*, Rigo, Riv. Sper. di Fren., V., 1969

¹³ Rigo L., *La psicoterapia dell'immagine*, Minerva Medicopsicologica, Vol. 3-n. 4, pag. 175-188, ottobre-dicembre 1962.

¹⁴ Temple Grandin, *Pensare in immagini e altre testimonianze della mia vita autistica*, Erickson, 2001.

¹⁵ Secco S., *Immaginario: l'insegnamento di Jean Burgos*, Rivista di Psicoterapia Immaginativa, Dicembre - Anno V, 06/2015

¹⁶ ibidem, nota 10

¹⁷ ibidem, nota 15

¹⁸ ibidem, nota 14

¹⁹ Rigo Uberto S., *L'Immagine del corpo*, Rivista di Psicoterapia Immaginativa, Dicembre - Anno V, 06/2015

²⁰ ibidem, nota 10

²¹ “il tatto è il primo degli organi di senso e, proprio per tale priorità, è la base del sensorio e con esso ha origine la sensazione. Senza l'attivazione, e quindi successivamente, la rappresentazione tattile, non può essere sviluppato il sensorio successivo: gusto, udito, odorato e vista” (pag. 165). Serenella Rigo Uberto, *Le sensazioni: Il tatto, L'Immaginale*.

²² Rigo L., *Su alcuni fenomeni e condizioni psicofisiologiche nel corso della fase preparatoria e oniroterapica della psicoterapia con l'I.M.*, Riv. Sper. di Fre., V, 1969.

Psicoterapia con l'ITP
**PHANTASÍA,
LA CARNE SI FA IMMAGINE.
ALLE ORIGINI DELLA PHANTASÍA**

Secco Silvano
psicoterapeuta ITP

Introduzione

Questo lavoro è un tentativo di ricerca di una risposta, formulata in termini evolutivi e di continuità genetica ^[1], alla domanda inerente le origini della phantasia o fantasia.

La phantasia è da considerare un complesso fenomeno psicosomatico perché, come vedremo, inizia il suo percorso dal corpo. Questa particolare linea di pensiero si sviluppa da Hinshelwood R. D., Isaacs S., Winnicott D., Uberto S., fino ad arrivare a Rigo L. e Uberto S.

La fantasia ^[2], la creatività sono prodotti tipici del lavoro immaginativo di trasformazione delle sensazioni che provengono dalla periferia del corpo. Più la persona entra in uno stato di rilassamento profondo e più la fantasia evolve, diventando rêverie. Bachelard G. con rêverie intende uno stato mentale tra sogno e veglia, un flusso di coscienza poetico e immaginativo che consente l'esplorazione creativa e dinamica di immagini ed emozioni. Entrando in una rêverie lo spazio-tempo si estende verso l'infinito, è possibile recuperare in maniera creativa l'infanzia.

Possiamo quindi affermare che, a seconda dello stato di coscienza, più o meno alterato dal rilassamento, nell'individuo possiamo trovare la produzione di fantasie o rêveries, mentre durante il sonno troviamo i sogni. Ricordiamo brevemente quali sono i tre livelli di modificazione della coscienza in base al livello di rilassamento, sono lo stato ipnoide (rilassamento profondo), quello ipnico (stato di sonno) e quello ipnoide (sonno artificiale prodotto dall'ipnosi).

La fantasia, prodotto dell'immaginazione, è stata definita da Santa Teresa d'Avila (1515-1582), come la *pazza di casa* ^[3]. Di fatto, con il termine pazza non si intende svalutare la fantasia. Nel lavoro di Orazione, nella tappa chiamata rappresentazione, la Santa scrive, *è utile immaginare l'episodio che si vuole meditare, ad esempio il Getsemani* ^[4]. *Aiuta a fissare la fantasia, la pazza di casa che vaga continuamente.* Perché questa definizione? La fantasia viene definita pazza perché possiede un movimento proprio e quindi ha bisogno di una immagine, meglio ancora una drammatizzazione immaginativa, per essere contenuta e digerita.

Anche Malebranche N. (1638-1715), che forse ha seguito il solco tracciato da Cartesio R., utilizza la stessa definizione della fantasia come la *pazza di casa*.

Sant'Agostino, dal canto suo osserva, ascolta ed impara da un bambino che gioca e gli offre un saggio suggerimento. Un giorno, così viene raccontato, Sant'Agostino in riva al mare meditava consapevolmente sul mistero della Trinità, lo voleva comprendere con la forza della ragione. Vide allora un bambino che con una conchiglia versava l'acqua del mare in una buca. Incuriosito chiese al bambino: *"Che fai?"*. La risposta del fanciullo lo sorprese: *"Voglio travasare il mare in questa mia buca"*. Sorridendo Sant'Agostino spiegò pazientemente l'impossibilità dell'intento ma, il bambino fattosi serio, replicò: *"Anche a te è impossibile scandagliare con la piccolezza della tua mente l'immensità del Mistero trinitario"*. E detto questo sparì ^[5].

I bambini, verso i tre anni, dal canto loro esprimono la propria saggezza nella passione per i sassi che tendono puntigliosamente a raccogliere e nascondere nelle tasche. Quale può essere il significato celato in questa attività così coinvolgente? I bambini, ipotizzo, tramite il gioco e le sue fantasie, in

questa raccolta dei sassi, vivono il contatto carnale diretto con il mondo archetipico che la pietra nasconde, ovvero il senso dell'imperituro ^[6] e il senso del sacro ^[7] sperimentato anche dai nostri antenati. Gli esempi più imponenti nell'utilizzo delle pietre li troviamo nei siti megalitici, da *megas*, grande e *lithos*, pietra. Gli aborigeni australiani avevano l'usanza di conservare in una caverna dei pezzi di legno o pietre che chiamavano *churinga* ^[8] o *tjurunga* che significa il *proprio corpo nascosto*, in quanto incarnazione del Doppio ^[9] spirituale che custodisce l'essenza vitale invisibile. Il *churinga*, poiché svolgeva la funzione di protettore, doveva essere curato e segretato. Se invece veniva abbandonato o trascurato, diventava nemico e poteva produrre malattie.

Presso gli antichi greci ^[10], quando un uomo era scomparso o perito senza che si fosse potuto ritrovare il suo cadavere, allora nella sua tomba si collocava un *kolossos*, cioè veniva fissato al suolo un blocco di pietra assottigliato verso l'alto, per segnare il collo e la testa. Era un modo concreto e simbolico per attrarre la psiche errante che, in quanto Doppio, collegava i vivi con il mondo infernale. Diventava una immagine sostitutiva del corpo errante della persona.

Il gioco

Il gioco offre una cornice, un contenimento alla messa in movimento e alla drammatizzazione di una fantasia che abita il corpo di ciascun bambino.

Lo stesso potremmo affermare per l'artista, o altri esseri creativi come il pesce palla che costruisce una struttura simile a un mandala per attrarre la femmina, oppure lo storno ^[11] che ha collaborato con Mozart ^[12].

La fantasia è abitata da elementi primordiali, ovvero le sensazioni, le emozioni, i fantasmi, gli archetipi originali. Se l'essere vivente, umano o non umano, non riesce a produrre fantasie, giochi, disegni, allucinazioni, deliri o opere d'arte, allora reagisce alla vita con il terrore, la formazione di sintomi, somatizzazioni, malattie d'organo.

Il gioco e l'ITP

Quando il bambino si trova in presenza di uno psicoterapeuta ITP, il gioco diviene una formidabile occasione d'intervento curativo. Il gioco viene considerato una *Tecnica psicoterapica derivata*, analogo al metodo ITP utilizzato per gli adolescenti e gli adulti. Il terapeuta ITP interagisce negli Scenari creati dal bambino, introducendo suggerimenti, gesti di tipo riparativo, curativo.

Puntualizziamo, una fantasia spontanea, un sogno non sono propriamente una Imagerie, ma possono essere utilizzati e trasformati in una Imagerie grazie allo stato di rilassamento profondo.

Durante una seduta psicoterapeutica ITP il bambino gioca, disegna liberamente, manipola materiale vario, offrendo allo psicoterapeuta la possibilità di inserirsi nel suo Immaginario. Il gioco, per il bambino e lo psicoterapeuta ITP, diventa uno spazio d'incontro, dove le fantasie possono trasformarsi in Imagerie, avviando così il processo di cura che aiuta a superare i sintomi, i disturbi psicogeni, le inibizioni.

Mentre nell'ITP l'adulto necessita della poltrona e del rilassamento guidato dallo psicoterapeuta, il bambino quando si immerge nel gioco entra in uno *stato di rilassamento spontaneo*, che lo conduce a diretto contatto con l'Io corporeo immaginario ^[13].

Gli Scenari ludici costruiti dal bambino hanno il potere di inglobare tutto il suo Essere. Il corpo diviene Scenario e nello stesso tempo lo Scenario del gioco contiene il bambino nelle sue varie dimensioni. In altri termini gli elementi dello Scenario le piante, gli animali, le unità architettoniche o urbanistiche, i vari personaggi sono espressione del suo essere totale, il Sé. Il personaggio con il quale il bambino si identifica diventa l'Io corporeo immaginario del bambino, in movimento passivo o attivo.

Le persone significative, genitori o educatori, possono inserirsi nel gioco prodotto dal bambino, entrando così nella sua fantasmatica e interagire così con le sue paure, con i suoi desideri, le sue domande esistenziali.

Il gioco in una seduta ITP con i bambini si svolge in un dialogo immaginativo, verbale o gestuale, sempre di tipo simbolico, con lo psicoterapeuta. Ad esempio, il bambino può immaginarsi vicino a un ruscello che scorre limpido e veloce, oppure vicino a un piccolo lago che ristagna; può fantasticare di passeggiare, come nella fiaba di Alice, in un giardino fantastico, inerpicarsi su sentieri scoscesi e pericolosi, interpretabili come vuoti relazionali.

Rigo L. individua alcuni principi base della psicodrammatizzazione:

- La personificazione ^[14] dei vari aspetti psichici, come nel sogno;
- I rapporti spaziali, reale nello psicodramma, immaginario nel RED;
- I rapporti nel tempo, ovvero la successione, l'azione simbolica;
- La presenza del terapeuta che può contribuire, specialmente all'inizio, alla modificazione terapeutiche dell'azione simbolica.

Molto in sintesi, nella terapia di gioco *devono essere favoriti il lavoro riparativo ottenuto grazie alla decompabilizzazione, seguita dalla integrazione delle tendenze e degli impulsi, al superamento di posizioni masochistiche, alla realizzazione simbolica* ^[15] *e alla strutturazione dinamica* ^[6].

Uberto S. ^[17] sottolinea quanto sia essenziale l'avvio, in ciascuna seduta, del *processo fantastico... in modo che le produzioni possano diventare sempre più spontanee e significative e il soggetto finisca con l'identificarsi in prevalenza o in modo definitivo a un personaggio. Quando si è raggiunto questo scopo si ha l'equivalente della fase onirodrammatica* ^[18] *nell'ITP, mentre l'identificazione a un personaggio corrisponde all'inserimento nell'Io corporeo Immaginario, entrambe condizioni per avere degli effetti terapeutici dal gioco.*

Rigo L. in Maya n° 10 afferma che l'onirodramma è *l'aspetto centrale e terapeuticamente rilevante della psicoterapia con l'Imagerie Mentale... Io ho chiamato (1962) il termine (onirodramma) dramma fantastico o immaginario o psicodramma interiorizzato, fissandone le condizioni e le circostanze in cui si verifica, tra le quali le fondamentali sono la partecipazione dell'Io corporeo immaginario e la spontaneità del soggetto. Devono essersi messe in moto le tendenze teleologiche* ^[19] *di autocura e di autosviluppo.*

Nel caso Rosetta Uberto S. scrive, *la terapeuta costruisce una barriera tra il villaggio e le belve. L'intervento è colto con grande gioia e completato da Rosetta con l'aggiunta dei soldati rivolti con i fucili verso le belve. Dice con soddisfazione, che ora tutti sono al sicuro e che i bambini possono anche divertirsi andando a vedere le belve perché le barriere e i soldati li difendono. È questo un esempio di intervento di rassicurazione ed anche di soddisfazione fantastica dei desideri (giorno di vacanza, gioco) e apprendimento di difesa (isolamento degli istinti) e quindi di strutturazione dinamica, con finale rafforzamento dell'Io, raggiunto attraverso la gratificazione.*

Jung Carl Gustav

Jung C. G. scrive, *La psiche crea giorno per giorno la realtà. A questa attività non so dare altro nome che quello di fantasia.*

Nel 1912 evidenziava come *le basi inconscie dei sogni e delle fantasie sono soltanto in apparenza reminiscenze infantili. In realtà si tratta di forme di pensiero primitive o arcaiche basate sugli istinti, che, come è naturale, si manifestano più nettamente nell'infanzia che in seguito.*

Noi possiamo ritrovare nei miti, nelle fiabe, nel folclore, l'esistenza di simboli comuni a tutta l'umanità e la presenza di immagini primordiali. Per tal motivo in una psicoterapia ITP possiamo utilizzare fiabe, poesie, storie fantastiche per aiutare i nostri pazienti a ritrovarsi, e soprattutto riattivare le capacità di autocura.

Nel 1944 osservò come già i bambini possiedono i rudimenti della formazione di miti, poiché nella loro psiche è presente un impulso creativo alla formazione di mitologemi ^[20] o immagini primordiali.

Il lavoro di Jung *Trasformazioni e simboli della libido, 1911*, ha come filo conduttore le fantasie di Miss Miller, che egli interpretò ^[21] come prodotti legati a simboli universali e miti religiosi antichi, espressione di un'energia psichica detta Libido. Questo lavoro interpretativo applicato al caso clinico aiuta a comprendere le differenze di metodo proposto da Jung e quello utilizzato da Freud. Jung offre un più ampio respiro all'interpretazione poiché contempla le dimensioni individuale, sociale archetipico e spirituale ^[22].

Freud S. per lo più considerava il sogno via regia verso l'Inconscio in quanto la sua analisi consente l'esplorazione dei suoi territori. Di per sé i sogni sono espressione di desideri inconsci, camuffati dal contenuto manifesto che ci ricordiamo da svegli. Anche la fantasia, l'umorismo e in particolare il motto di spirito, sono un prodotto dell'Inconscio, simili ai processi primari. Però sogno e fantasia per Freud non sono la stessa cosa.

Quello che poi incuriosisce ed aiuta a comprendere la trama del libro di Jung è, come lui stesso ammise in una intervista, *Miss Miller era una figura della mia Anima, portatrice della mia funzione inferiore, della quale io stesso ero assai poco cosciente*. Miss Miller è esistita solo nella mente di Jung, è una sua fantasia o un Fantasma attivatore delle parti profonde della psiche.

Alcuni critici sostengono la tesi che i casi clinici descritti da Freud, compresi i casi storici trattati, come ad esempio Leonardo da Vinci, siano più simili a dei romanzi e poca veridicità vi sia contemplata. In altri termini la fantasia, la scrittura narrativa ha contribuito alla conoscenza della psiche umana e alla costruzione di modelli d'intervento psicologico nella cura. Tutti i personaggi analizzati tramite la scrittura sono stati dei potenti attivatori.

In un certo senso Miss Miller svolge l'analoga funzione fantastica che ebbe Beatrice per Dante, o Elena di Euripide. Nella tragedia di Elena composta da Euripide ci viene raccontato come, con Paride, fosse fuggita non Elena in carne ed ossa ma il suo Fantasma. Delle quattro figure che rappresentano i quattro stadi dell'Anima (Eva, Elena, Maria, Sofia) Elena, in quanto incarnazione di Afrodite, rappresenta la figura principale dell'Anima e la sua funzione ispiratrice.

Quello che caratterizza la fantasia è il fare creativo della psiche, definita da Burgos J. con il termine *poiesis*.

Jung nel 1948 scrive, *La psiche crea giorno per giorno la realtà. A questa attività non so dare altro nome che quello di fantasia. La fantasia è a un tempo sentimento e pensiero, intuizione e sensazione* ^[23].

La fantasia non è solo valvola di sfogo catartica, né forma edulcorata di desideri non soddisfatti. È un fenomeno psicologico complesso, serio, né da sottovalutare né da denigrare. La fantasia crea e nello stesso tempo attiva forme di autocura. Per l'ITP la fantasia, come il sogno, è una occasione d'incontro con l'Immaginario del paziente.

La fantasia e le sue origini

La parola *fantasia* deriva dal greco *φαντασία, φαντάζομαι, phantasia*, ovvero *apparizione, mostrare l'immagine*. Quindi la parola *phantasia* non indica tanto l'immagine in sé quanto l'atto del mostrare, far emergere l'immagine. Anche Sechehaye M. ^[24] sottolinea come, con la sua paziente schizofrenica, l'atto curativo non sia stato solo la mela verde ed il suo significato simbolico, quanto l'atto del dare questo frutto materno. Tra l'altro la terapeuta offrì un pezzo della mela che lei stessa aveva staccato con un suo morso. Anche questo gesto non va sottovalutato nella sua dimensione simbolica, che appare pluristratificata perché la psicoterapeuta, oltre ad aver compreso l' analogia mela-seno, si è in un certo senso sostituita anche alla paziente stessa, la quale non sopportava l'atto del mordere, dello strappare con i denti il pezzo di mela. L'atto di mordere conteneva in sé una potenza distruttiva ben evidenziata dalle ricerche, dalle intuizioni di Klein M.

Hinshelwood R. D. ^[25] parla di *fantasie inconscie* che deriverebbero da sensazioni fisiche provocate dall'incontro con oggetti significativi, umani e non, parziali o globali, esterni o interni. Si manifestano come proto immagini molto prima dello sviluppo del linguaggio verbale. Nelle fantasie inconscie,

popolate da *proto immagini*, non è possibile distinguere le immagini dalle sensazioni reali o dalle percezioni esterne.

La fantasia possiede una forza di attrazione che cattura l'attenzione della persona affascinandola, distraendola dal mondo circostante, costringendo la persona a intrattenervisi, come avviene in un bambino quando, nel gioco, costruisce una storia. La fantasia non è mai troppo lontana dalla realtà, anzi sembra più un ponte verso la realtà che aiuta a superare il vuoto sottostante. Le esperienze della mancanza di risposta, del vuoto, della caduta, precedono il desiderio e stimolano la formazione dell'immaginazione.

Fantasticheria

È importante fare una differenza tra fantasia e fantasticheria per vari motivi. La fantasticheria è una fantasia creata dal pensiero vigile in tutta consapevolezza. Nella fantasticheria il pensiero è il principale promotore della vicenda, la coscienza appare vigile, molto presente. La fantasia invece inizia il suo percorso dal sensorio, dal corpo. Possiamo affermare che, mancando la partecipazione sensoriale ed emotiva, il fantasticare non appartiene all'immaginazione.

La fantasticheria come i pensieri di tipo cognitivo disturbano il rilassamento poiché bloccano il ritmo alfa e theta tipico del rilassamento profondo.

Rilassamento e default mode network

Con il rilassamento si produce un funzionamento cerebrale particolare denominato *default mode network* (DMN). Quando la rete neurale è attiva ma in assenza di concentrazione focalizzazione su attività esterne o su un pensiero razionale come il problem solving, consente alla mente di vagare, ascoltare sé stessi, lasciar emergere il passato, immaginare liberamente.

Il rilassamento in soggetti con ADHD aiuta il cervello a spegnere la DMN al momento giusto. Aiuta il soggetto a spegnere il rumore interno e migliorare così la concentrazione.

Il rilassamento in soggetti con Disturbo ossessivo compulsivo non disattiva la DMN, ma attenuando la connettività, la calma ed interrompe la rigidità.

Il nido di Bachelard G.

Bachelard G. ^[26] con l'esempio del nido, traccia la differenza tra un nido pensato (concetto) e un nido vivente (immaginato).

Il nido pensato è quando lo ritroviamo in questa frase, è *un nido di cincia. In tal modo, il vecchio nido entra in una categoria di oggetti... Collezionando nidi, si finisce col lasciare tranquilla l'Immaginazione, perdendo così il contatto col nido vivente.*

Bachelard propone tramite il *come se* il nido immaginato nella sua rêverie, *se sollevo cautamente un ramo, ecco che scorgo un uccello, che sta covando le uova: è un uccello che non vola via, freme soltanto un po' ed io tremo di farlo tremare... Resto immobile. Dolcemente si placano – lo immagino – la paura dell'uccello e la mia paura di far paura. Lascio ricadere il ramo, tornerò domani, oggi in me una gioia: gli uccelli hanno fatto il nido nel mio giardino.* È evidente ora la differenza tra il concetto (= *quello è un nido di cincia*) e questa rêverie di Bachelard.

Van Gogh, pittore di molti nidi e capanne, scrive al fratello: "La capanna dal tetto di canne mi ha fatto pensare al nido di uno scricciolo".

Susan Isaacs

Isaacs S. ha scritto un lavoro dal titolo *Natura e funzione della fantasia* ^[27] pubblicato nel 1948. La fantasia viene individuata da Isaacs in termini evolutivi, epigenetici, con esclusione della patologia.

Collega le fantasie al sensorio e solo successivamente alle immagini alloplastiche [28] e tardivamente alla semantica. Isaacs definisce la fantasia come un *trasformatore* dell'esperienza *sensoriale* modificata in un qualcosa che ha la forma mentale di immagine.

La fantasia *trascrive e traduce* a livello psichico, come può fare un *linguaggio psicosomatico*, quello che il soggetto ha vissuto inizialmente a livello corporeo. Sottolinea come nella fantasia tale passaggio sia già avvenuto, o meglio, è l'avvenimento in sé.

Aggiungo come *la fantasia e la bugia siano un trasformatore e nello stesso tempo un ponte che consente il passaggio graduale dal somatico verso lo psichico* [29]. Il mettere un vissuto corporeo in parole non è il loro carattere originario e inevitabilmente introduce un elemento estraneo (= le parole), che appartiene a fasi più tardive dello sviluppo e alla mente preconsocia. Anche Freud S. sostiene come l'operazione mentale che dà le parole al materiale proveniente dall'Inconscio avvenga nel Pre-consocio.

Questi processi mentali primitivi hanno un carattere onnipotente. Questo carattere onnipotente dei desideri e delle sensazioni primitive si collegano con quello che Freud dice sulla soddisfazione allucinatoria del neonato. Freud fu indotto ad affermare che all'inizio della vita mentale: ciò che era desiderato era semplicemente realizzato in guisa allucinatoria. Isaac S. racconta questa interessante situazione. Guardiamo questo esempio: una bimbetta di un anno e otto mesi, con un limitato sviluppo del linguaggio, aveva visto una scarpa della mamma con la suola scollata e penzolante.

Colta da spavento, la piccola urlò di terrore. Per circa una settimana gridava e si ritraeva se vedeva la mamma con indosso un qualsivoglia tipo di scarpe e per un certo tempo non le permetteva di indossare altro che un paio di pantofole di colore sgargiante. Le scarpe che così come singolarmente l'avevano spaventata non vennero indossate per alcuni mesi. Gradualmente la bambina sembrò dimenticare la sua paura e tornò ad accettare che la mamma indossasse ogni tipo di scarpe. A due anni ed undici mesi improvvisamente la bambina chiese a sua mamma con tono spaventato: "Dove sono le scarpe rotte della mamma?". La madre temendo un'altra crisi di urla, si affrettò a rassicurarla che le aveva buttate via; la piccola allora disse: "Avrebbero potuto divorarmi in un sol boccone". La scarpa con la suola penzolante era stata vista dalla bambina come una bocca minacciosa.

Le fantasie e le correlate immagini, in quanto originate dal corpo, possono agire nella psiche. Tali immagini, tuttavia, traggono il loro potere di incidere (agire) sulla mente dall'essere in essa, traggono cioè la loro influenza sui sentimenti, sul comportamento, sul carattere e la personalità e sulla mente intera dalle loro associazioni somatiche inconscie e rimosse, nel mondo Inconscio integrato di desideri e fantasie, che costituiscono il collegamento con l'Es.

Quando il bambino è nella fantasia fa concretamente qualcosa all'oggetto e subisce concretamente qualcosa da esso sempre di tipo simbolico. Il gioco non è mai solo allenamento psicomotorio fine a sé stesso, all'esercizio dei muscoli o del cognitivo.

Donald Winnicott

Winnicott D. afferma che *la fantasia è l'elaborazione immaginativa della funzione fisica* [30]. Nella fantasia soma e immaginario si incontrano scambiando materiali, mentre la fantasia pensata è abitata da puro pensiero.

La fantasia più vicina al funzionamento corporeo dipende dal funzionamento di quella parte del cervello che è evolutivamente più antica, mentre l'autocoscienza dipende dalla funzione di ciò che è apparso più tardi nel corso dell'evoluzione dell'animale umano. La psiche trova perciò fondamentale unità con il corpo, sia tramite il suo rapporto con la funzione dei tessuti e degli organi e con il cervello, sia tramite il modo in cui si intreccia con esso attraverso nuovi rapporti che si sviluppino nella fantasia o nella mente dell'individuo, conscia o inconscia che sia.

Carl Gustav Jung e le mani

Jung dà un valore specifico alle mani. L'uso creativo delle mani e il maneggiare oggetti concreti gli consentì di aprire le porte dell'anima, dialogare con le immagini e i simboli. Le mani sono strumento intelligente che consentì di raggiungere la soglia e vedere che *una catena di rappresentazioni di fantasia si sviluppa e assume gradualmente un carattere drammatico: il processo passivo diviene un'azione. Dapprima essa consiste di figure proiettate, e queste immagini vengono osservate come scene su un palcoscenico. In altre parole, sognate a occhi aperti. C'è, di solito, una marcata tendenza a godersi semplicemente questo spettacolo interiore. Ciò che si rappresenta sul palcoscenico rimane ancora un processo di sfondo; non tocca l'osservatore in alcun modo: e quanto meno lo tocca, tanto minore sarà l'effetto catartico di questo teatro privato. Il pezzo che viene messo in scena non vuole essere solo guardato con imparzialità, vuole costringere alla partecipazione. Se lo spettatore capisce che è il suo stesso dramma che si sta rappresentando sul palcoscenico interiore, non può restare indifferente alla trama e al suo scioglimento; si accorgerà, via via che gli attori si succedono e che l'intreccio si complica, che è l'Inconscio che si rivolge a lui e fa sì che queste immagini di fantasia gli appaiano davanti. Si sente perciò costretto, o viene incoraggiato dal suo analista, a prendere parte alla recita* [31].

L'eccesso di fantasia

L'eccesso di fantasia è stato studiato come disturbo psicologico, non riconosciuto dal DSM, individuato da Eli Somer dell'Università di Haifa e definito come *maladitive daydreaming* ovvero *eccessiva attività di fantasia che sostituisce le interazioni umane e/o interferisce con l'attività accademica, interpersonale o professionale*.

Ho conosciuto dei bambini che presentavano una produzione di fantasie, così pervasiva ed energetica, da provocare un rumore di fondo tale da disturbare l'attenzione, alterare i processi di apprendimento a scuola, mentre la giornata sembrava scandita e dominata dalle fantasie. Era come se le fantasie, numerose ed intense, avessero sequestrato la loro persona, impegnandoli costantemente, per tempi oltremodo estesi.

Tommaso la prima volta, si mise a cercare nella stanza della psicoterapia un altro bambino, forse il suo Doppio. Lo cercò anche dietro lo specchio, come potrebbe fare un bambino tra i sei mesi e i diciotto mesi di vita [32] che vive la fase dello specchio. Soltanto quando mi affiancai a lui, in questa ricerca spasmodica, si tranquillizzò ed entrò in contatto con me. Forse aveva percepito che avevo accettato di entrare nelle sue fantasie e di accompagnarlo. Forse si era sentito trovato dal mio sguardo.

Effettivamente lo psicoterapeuta viene vissuto, sia dai bambini come dagli adulti, strumento rassicurante, come la sedia per Glenn Gould costruita dal padre, senza la quale il pianista non poteva esibirsi. Lo psicoterapeuta, come la sedia, è uno spazio relazionale che infonde sicurezza, protezione.

Questo eccesso di produzione di fantasie non sembra una fuga dalla realtà, intesa come tentativo di allontanarsi da qualcosa, evitare qualcosa, che li perseguita nella loro vita. Non è nemmeno un supplire a uno stato di frustrazione. Questi bambini immersi nelle loro fantasie sembrano soddisfatti, perché incontrano il piacere nel giocare, nel mettere in scena. Lì, in quello spazio fantastico immaginario, si sentono al sicuro, è un rifugio mentale. Il bambino in queste condizioni non va rimproverato, né costretto a lasciare il suo mondo fantastico. La strategia migliore per poterlo effettivamente aiutare ed uscire consiste, dopo aver chiesto loro il permesso, nell'entrare in quel mondo fantastico, aiutandolo a gestire il rapporto con le fantasie, con le radici fantasmatiche.

Una volta entrati in quel mondo fantastico è importante aiutare il bambino a discriminare il tipo di fantasia, individuare l'eventuale aspetto ossessivo, indicativo alcune volte di un substrato di tipo traumatico.

Un'altra caratteristica di questi bambini è come approcciano emotivamente la realtà, ovvero sono poco entusiasti e relativamente curiosi. La pulsione di conoscenza, denominata da Klein M. pulsione epistemofilica [33], sembra inibita.

Tommaso era riuscito a guardare il film *Il signore degli anelli* solo in presenza di entrambi i genitori che hanno condiviso le sue fantasie e favorito così la regolazione delle paure, in particolare il terrore che provava quando compariva Gollum.

Nel film di fantascienza ET il personaggio che più ha destabilizzato molti bambini è stato l'extraterrestre, in particolare la sua trasparenza che faceva intravedere il cuore pulsante.

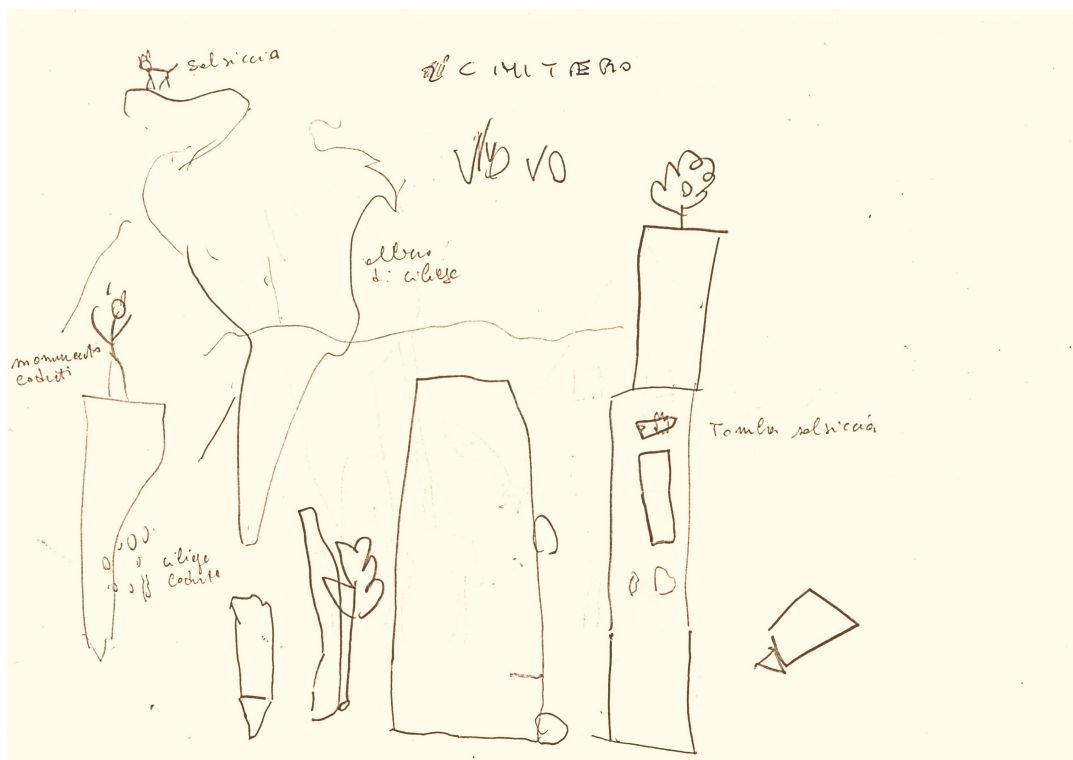
Lorenzo e la morte

Lorenzo un bambino di 8 anni, sia a casa che a scuola, era assorbito dall'impellente bisogno fantastico di disegnare cimiteri, bare, loculi dove seppellire animali, oggetti o persone. La pervasione di queste fantasie era così energica da occupare la maggior parte del suo tempo.

Lorenzo pur essendo in apparenza, nella relazione, un bambino solare, disegnava in maniera ossessiva e compulsiva cimiteri e tombe; forte era l'attrazione verso la destrudo ^[34], essenza di Thanatos o pulsione di morte. Altre volte il trigger induttivo di un eccesso di fantasia può essere un suono o una musica, un film o scena, stimoli vissuti come soggettivamente iper stimolanti.

In Lorenzo la compulsione a disegnare o costruire cimiteri sembrava un tentativo fallito di autocura. Una coazione a ripetere simile a quella che appare negli acting out che si attivano nel PTSD ^[35], quando il trauma esprime tutto il suo fascino, costringendo il soggetto a replicare compulsivamente la scena del trauma, nella speranza occulta di trovare una soluzione finale. Lorenzo nelle prime sedute ITP chiedeva solo la presenza, la partecipazione silenziosa dello psicoterapeuta, aveva bisogno che qualcuno prendesse sul serio il suo dolore per le sue perdite.

Nel primo incontro mi porta spontaneamente un dono, è un sasso. Disegna, come sua prima autorappresentazione, il cimitero dei palloncini scoppiati dove riposa Salsiccia il suo cane, la tomba delle mele che sono cadute dall'albero e il monumento dei caduti in guerra.

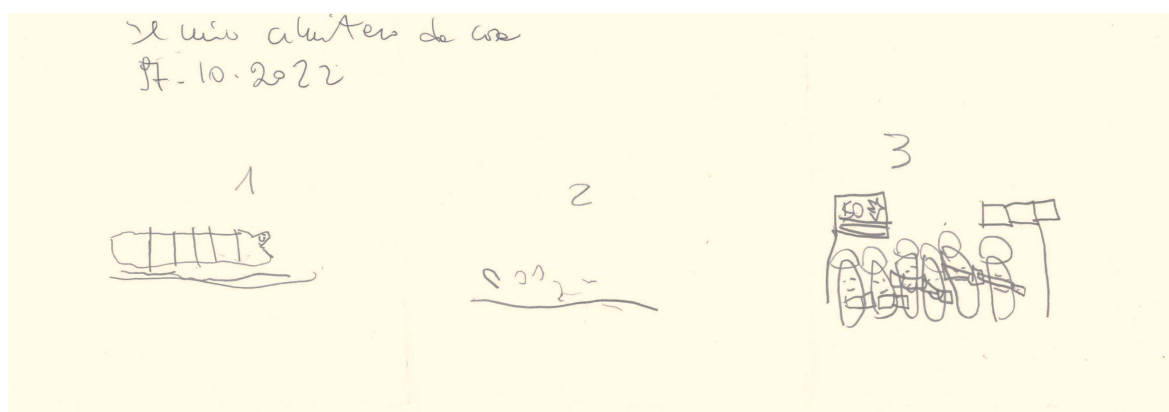


Nel retro abbozza il cimitero di casa, dove è disegnata la sua abitazione e tra gli alberi le varie tombe.



Nel secondo incontro racconta un gioco che, solitamente fa a casa in solitudine, tanto agghiacciante quanto significativo: *a casa ho fatto il cimitero dei palloncini... quando mio papà stava male facevo dei riti religiosi... io ero lo sciamano... c'è un bastone dei sacrifici... tolgo la pelle dell'ulivo e l'osso seme è il cuore di una persona americana... gli americani non mi piacciono... e una pietra dove metto le mele e con un bastone lo inficco dentro... i compleanni sono guerre... durante la festa li fanno scoppiare i palloncini e sono perdite subite... io sono come un gatto che non gli piacciono le guerre.*

Lorenzo dopo il racconto esegue un disegno dal titolo *Il mio cimitero*.



1. La tomba di salsiccia che è il mio palloncino... volevo tenerlo
2. Qui è caduto ed è scoppiato
3. Questo è l'esercito Russo all'attacco contro gli ucraini

Nel corso della seduta psicoterapica con questi bambini si percepisce la loro profonda solitudine che si accompagna a tensione, agitazione rigidamente compressa in una sorta di corazza muscolare. È

come se questa tensione, questo iperarousal, questo eccesso di energia fluisse nel corpo e le loro fantasie ulteriormente trasformassero questa energia dirompente.

Il primo passaggio è semplicemente quello di entrare nelle loro fantasie e partecipare, alcune volte in silenzio. La presenza dello psicoterapeuta sembra l'elemento fondamentale.

Le imagerie di morte

La morte vissuta in imagerie o rêverie è un argomento complesso che, di fatto, troviamo sviluppato, anche con una molteplicità di esercizi, in vari contesti di pensiero filosofico e poetico. Vedremo come Claudia incontra elementi di morte in un suo sogno.

Verranno qui di seguito solo accennati alcuni elementi conoscitivi e di intervento psicologico per completare la disamina.

Dobbiamo fare delle distinzioni che ci permettano di aiutare la persona evitando di commettere errori. Il tema della morte può creare angoscia, mentre altre volte questo argomento è collegato a domande di tipo esistenziale. Nel caso estremo dei suicidi vi è una vera e propria attrazione verso la morte.

Possiamo altresì incontrare persone che, dovendo affrontare l'anestesia hanno paura di non svegliarsi e questo crea ansia, tensione insopportabile che sua volta determina resistenza e difficoltà negli effetti anestetici. Questa paura è frequente ma se troppo intensa può interferire con il risveglio stesso, accentuando eventuali dolori o sintomi post operatori. È quindi di estrema importanza favorire degli stati psicologici adeguati prima della somministrazione dei farmaci che provocheranno l'anestesia.

Una tecnica di estremo aiuto è il rilassamento digitale e l'apprendimento di una visualizzazione che il paziente, dopo aver appreso in presenza dello psicoterapeuta ITP, può autosomministrarsi per favorire sia il momento della preanestesia e sia l'uscita dagli effetti soporifici.

Esempio di visualizzazione guidata preanestesia

Una persona che affronta una anestesia generale può essere angosciata dalla sensazione di perdere il controllo, dalla paura di morire, dal timore di non riuscire a svegliarsi. Lo psicoterapeuta ITP può essere d'aiuto proponendo in fase di preparazione, alcuni giorni prima dell'intervento, questa visualizzazione preceduta ovviamente dal rilassamento, non necessariamente profondo.

1. Stabilizzazione della postura

“Chiudi gli occhi ed inizia ad ascoltare le posizioni del tuo corpo.

Ascolta il contatto del corpo alla sedia o il lettino con la nuca, spalle, braccia mani, schiena, gambe piedi.

Lascia che il corpo sia sostenuto completamente, senza dover fare nulla”.

2. Respirazione

“Inspira dal naso in modo naturale... e lascia uscire l'aria lentamente dal naso o dalle labbra leggermente socchiuse.

Immagina che ogni espirazione porti via i pensieri, le tensioni, le preoccupazioni... escono con il respiro come tante bolle di sapone.

Non forzare... lascia che il respiro trovi il suo ritmo”.

3. Visualizzazione spazio o figura umana che infonde sicurezza

“Ora lascia emergere un'immagine che ti dia un senso di tranquillità,

un luogo reale della tua infanzia o attuale... uno spazio immaginario dove ti senti protetta/o, accolta/o, serena/o.



Può essere un paesaggio, una stanza, un ricordo piacevole, la presenza di una persona a te cara che ti abbraccia.

Ascolta le sensazioni che ti dà... il suo calore, il senso di sentirti protetta/o, accolta/o... ascolta i colori, la luce, i suoni, il profumo.

Ascolta il tuo corpo come risponde a questo senso di calma”.

(Questo stesso luogo sicuro o figura umana che la/il paziente ha immaginato dovrà essere riproposta dal terapeuta nel quinto passaggio).

4. Il tuo corpo ti condurrà

“Mentre resti in questo luogo sicuro, porta attenzione al tuo corpo.

Come quando dormi la notte e ti risvegli al mattino senza sforzo.

Lasciati andare, sapendo che il tuo corpo sa cosa fare”.

5. L'incontro

“Immagina di entrare in questo sonno come sé stessi attraversando una porta morbida, un corridoio senza paura e senza fretta.

Tu cammini lungo questo corridoio... il pavimento è morbido, tiepido, ascolta i tuoi piedi... loro sanno dove andare... presta ascolto alla luce che immagini alla fine... raggiungi la luce e lì potrai reincontrare il tuo spazio sicuro, il tuo ricordo, ... immagina di ritrovare l'immagine del posto sicuro o figura rassicurante ti sta aspettando... immagina di fare con lei/lui una passeggiata in montagna, una passeggiata in riva al mare ed ascoltare le onde del mare”.

Lasciati trasportare da queste sensazioni, da queste immagini.

La rêverie della morte ed alcuni esempi di visualizzazione

Introduciamo delle brevi premesse avendo come riferimento alcuni autori e pensieri di tipo filosofico esistenziale.

Verrà riportato anche un sogno di una giovane paziente e la sua spontanea interpretazione. Nel sogno della paziente molto evidente sarà l'emergere dell'aspetto della pulizia della psiche che riprende il pensiero di Bachelard G. che utilizza nel *Psicanalisi delle acque. Purificazione, morte e nascita* sostantivi analoghi ai precedenti. La rêverie della morte in Bachelard G. è un farsi meditazione sulla terra che accoglie, è ritorno all'elemento originario, riposo cosmico, immagine pacificante. *L'immaginazione della morte è spesso una immaginazione della continuità, non della fine.*

La rêverie di morte è uno stato immaginativo fluttuante dove appare la psiche anima che contempla la morte come presenza simbolica. L'obiettivo immaginativo di una rêverie di morte è vivere l'oscurità, il silenzio, la dissoluzione, la pace, la luce, la soglia, la metamorfosi, la purificazione, la pulitura. La morte diviene, nel processo immaginativo, una fantasia archetipica che ci consente di entrare in contatto con il mistero dell'essere e del non essere.

Per Jung C. G. la rêverie della morte è rievocazione dell'archetipo della trasformazione, rito di passaggio, premessa alla rinascita psichica. Morire significa abbandonare una identità, lasciare una forma dell'Io per rinascere in altra forma. *La morte è il simbolo della totalità che attende l'individuo.*

Heidegger M. affronta il tema della morte in *Essere e Tempo*, 1927, dove introduce il concetto di *Sein zum Tode*, ovvero *essere-per-la-morte* come possibilità esistenziale. In altre parole, quello che caratterizza l'Essere umano è una forma di *anticipazione della morte*, di consapevolezza della propria finitezza e mortalità che rende possibile l'autenticità dell'esistenza umana.

La meditazione sulla morte non è fantasia morbosa, ma atto di veridicità, pone il sigillo relativo alla propria identità. L'uomo diventa sé stesso veramente quando riconosce la propria limitatezza. Quindi la rêverie della morte è consapevolezza dell'Essere a un livello profondo.



Nella *Ginestra*, Leopardi vede nella contemplazione della morte un atto di lucida solidarietà tra gli esseri.

Ho trovato nella mia ricerca alcuni temi di imagerie di morte:

- Il teschio o lo scheletro come simboli della vanità e caducità, *memento mori* ^[36];
- La clessidra, rappresentazione del tempo che passa;
- La candela che si consuma, simbolo della vita che si spegne;
- Il fiore appassito, contrasto tra bellezza e finitudine;
- L'anima come uccello o fumo che si stacca dal corpo;
- Il corteo funebre, il sepolcro, la barca di Caronte o Anubi, inteso come transizione verso l'ignoto.

Sogno di Claudia, giovane paziente:

Avevo le larve di bigattino ^[37] sotto la pelle... mi grattavo gli occhi e mi cadevano le larve... le avevo in gola... mi sono calata le braghe e ho fatto un fiume d'acqua... un fiume che allagava tutto... e uscivano larve...

Questo sogno... il bigatin viene da roba putrida, scaduta vermi di morte che butto fuori...

È stata una specie di pulizia.

¹ Continuità genetica, ovvero ogni fase si sviluppa gradualmente da quelle precedenti.

² Secco S., Biscaro S., *Elogio alla bugia e alla fantasia. Pinocchio e altre fiabe entrano nella stanza dello psicoterapeuta ITP*, Cavinato editore, 2025.

³ Successivamente anche Malebranche N. (1638-1715) che forse ha seguito il solco tracciato da Cartesio aveva utilizzato la stessa osservazione.

⁴ L'episodio dei Getsemani si riferisce al racconto della preghiera accompagnata dall'angoscia umana di Gesù poco dopo l'Ultima cena, poco prima del suo arresto e tradimento perpetrato da Giuda Iscariota.

⁵ L'attribuzione dell'episodio a Sant'Agostino reca la data 1263 e si fonda su una lettera apocrifa a Cirillo dove Agostino ricorda una rivelazione divina con queste parole: *Augustine, Augustine, quid quaeris ? Putasne brevi immittere vasculo mare totum?* Cioè: *"Agostino, Agostino che cosa cerchi? Pensi forse di poter mettere tutto il mare nella tua nave?"*.

⁶ Con senso dell'imperituro intendo il sentimento di durata infinita nel tempo, come eternità.

⁷ Con senso del sacro nel bambino intendo il contatto spontaneo che il bambino ha con l'essenza della vita organica o spirituale, con la componente di energia.



- ⁸ Newman E., *Storia delle origini della coscienza*, Astrolabio, Roma, 1978, p. 253.
- ⁹ Secco S., *Il Doppio. Il nostro gemello invisibile*, Psicoline, 2006
- ¹⁰ Vernant J. P., *Mito e pensiero presso i Greci*, Einaudi, Torino, 1970, pp. 219-230.
- ¹¹ Lo storno è un uccello passeriforme ottimo canterino ed imitatore di suoni.
- ¹² Passarello E., *lo storno di Mozart e altri animali famosi*, Bompiani, 2018.
- ¹³ L'Io corporeo Immaginario secondo Virel A. è il modo affettivo emotivo secondo cui lo Schema corporeo è vissuto nell'Imagerie. Nell'Imagerie il Soggetto è presente non soltanto come corpo ma anche con tutte le sue dimensioni psicologiche. L'ICI lo possiamo trovare, sperimentare, vivere quando il soggetto raggiunge il rilassamento profondo altrimenti quello che vive la forma di Io corporeo reale.
- ¹⁴ Personificazione= quando si attribuiscono le nostre azioni, i nostri sentimenti agli esseri umani a oggetti, animali, fenomeni naturali
- ¹⁵ Rigo L., *La psicoterapia dell'Immagine*, Minerva, 1962. Per realizzazione simbolica Rigo, riprendendo da Sechehaye, intende il donare al personaggio a cui il Soggetto si è identificato, in situazione di sicurezza, la soddisfazione dei bisogni primari.
- ¹⁶ Ibidem. Per strutturazione dinamica si intende quel processo che favorisce l'integrazione della struttura di personalità; ovvero l'Io acquisendo forza non viene più sopraffatto né dal Super Io, né dall'Id, ma riesce a unificarsi in modo adeguato con le tendenze.
- ¹⁷ Uberto S., *La terapia del gioco secondo i principi della Tecnica Immaginativa di Analisi e Ristrutturazione del Profondo (ITP) di Leopoldo Rigo, durante l'età infantile*. Neuropsichiatria infantile, fasc. 98, 1969.
- ¹⁸ Con fase onirodrammatica si intende la fase conflittuale.
- ¹⁹ Concezione secondo la quale gli eventi, anche quelli legati all'azione volontaria e consapevole degli uomini avvengono in funzione di un fine o scopo.
- ²⁰ Il mitologema secondo la definizione data da Kerényi K. che ha collaborato con Jung, è il modello archetipico che arricchito da elementi propri di una cultura dà origine al mito, alle fiabe. Ad esempio il mitologema del bambino abbandonato a causa profonde trasformazioni lo troviamo in Mosè, Paride, Romolo, Edipo.
- ²¹ Chiamò ermeneutico il suo nuovo metodo d'indagine.
- ²² Il concetto di spirituale non deve essere inteso in termini religiosi, bensì di un'esperienza profonda, intesa come ricerca connessa con l'incessante processo di individuazione, ovvero realizzazione di Sé.
- ²³ Jung C. G., 1948, *Tipi psicologici*, Torino, Boringhieri, p 58, 2011.
- ²⁴ Sechehaye M., *Diario di una schizofrenica*, Firenze, Giunti, 2006.
- ²⁵ Hinshelwood R.D., *Dictionary of Kleinian Thought*, Free Association Books, 1989 (trad. it. *Dizionario di psicoanalisi kleiniana*, Milano, Cortina, 1990, pp 35).
- ²⁶ Bachelard G., *La poetica dello spazio*, Bari, Dedalo, 2015.
- ²⁷ Isaacs S., *The nature and function of phantasy*, International Journal of Psycho-Analysis 29: 73-97, 1948.
- ²⁸ Ferenczi con autoplastico intende un meccanismo di difesa tramite il quale il soggetto si adatta creando delle trasformazioni del proprio corpo, cambia se stesso al fine di adattarsi all'ambiente. Alloplastico trasforma gli oggetti fuori del proprio corpo, si cerca di cambiare l'ambiente affinché si adatti a noi stessi. Alloplastico dal greco e significa plasmare il diverso.
- ²⁹ Secco S., *Elogio alla bugia e alla fantasia. Pinocchio e altre fiabe entrano nella stanza dello psicoterapeuta*, Cavinato, Brescia 2025.
- ³⁰ Winnicott D., *Gioco e realtà*, Roma, Armando, 2020.
- ³¹ Jung, C. G., *Mysterium Coniunctionis*, in Opere, Vol. 14, 495-496, Boringhieri, Torino, 1989.
- ³² Mi riferisco alla fase dello specchio individuata da Lacan J.
- ³³ Klein M., *La psicanalisi dei bambini*, 1932. Klein M., *Invidia e gratitudine*, 1957. Klein M., *Narrative of a child Analysis*, 1961.
- ³⁴ Destrudo è un termine introdotto da Freud S. dal latino destrudere, distruggere. È l'energia psichica associata all'istinto di morte. La possiamo trovare come aggressività verso sé stessi o le altre persone od oggetti. Può essere diversamente sublimata in attività competitive, sportive, nel lavoro.
- ³⁵ PTSD, Sindrome Post Traumatica da Stress.
- ³⁶ Ricordati che devi morire.
- ³⁷ Le larve di bigattino sono neanidi della mosca carnivora o carnaria che si nutre di carne in decomposizione.

Immaginario: studi e ricerche ITP DI LEOPOLDO RIGO E NEUROPSICOLOGIA

Marcon Manuel

*Psicologo, psicoterapeuta ITP, neuropsicologo, psicologo forense,
facilitatore e coordinatore genitoriale*

Nella seconda metà del XX secolo gli studi neuroscientifici sono di molto incrementati grazie anche ai progressi in discipline quali le neuroscienze computazionali, la biologia molecolare e l'elettrofisiologia. Lo sviluppo e l'incremento di studi neuroscientifici sono stati garantiti dall'avvento e dalla comparsa di strumentazioni tecniche sempre più sofisticate.

Tutto ciò ha permesso di studiare il sistema nervoso sotto vari aspetti, come ad esempio la sua struttura, il suo funzionamento ma anche il suo non funzionamento, il suo sviluppo e altro. Questi studi potrebbero permetterci di ipotizzare, ma allo stesso tempo anche di studiare, cosa accade al cervello umano, ma più in generale al sistema nervoso, di una persona che sta svolgendo una psicoterapia, nel caso specifico una psicoterapia immaginativa (ITP, Tecnica Immaginativa di Analisi e Ristrutturazione del Profondo di Rigo Leopoldo).

Solo per essere sintetici (con il rischio di semplificare eccessivamente), una seduta di psicoterapia immaginativa ITP consiste in una fase di colloquio tra psicoterapeuta e paziente, un successivo sedersi in poltrona, una fase di rilassamento e una visualizzazione ^[1] e/o imagerie mentale ^[2] e infine una uscita dal rilassamento. Molto sappiamo sulle modificazioni neurofisiologiche del rilassamento, ad esempio la comparsa di onde α , tipiche dello stato di dormi-veglia, la vasodilatazione del sistema circolatorio, la profondità, la regolarità del respiro.

Ma cosa accade quando immaginiamo seduti e rilassati sulla poltrona di uno psicoterapeuta ITP? Si possono fare delle ipotesi, o forse sarebbe meglio dire delle metanalisi, partendo da dati e da elementi accertati dalle neuroscienze. Bisognerebbe partire dal termine esperienza che consiste nel riconoscere degli schemi di informazione sensoriale ai quali vengono attribuiti dei significati. I dati sensoriali ^[3] "grezzi" una volta entrati nel nostro cervello diventano percezioni in quanto attivano specifici neuroni nelle regioni sensoriali corticali.

Ogni attività corticale ricade sul sistema limbico, che è implicato nella generazione delle emozioni e può dar luogo o meno a una risposta emotiva. Pertanto ogni specifico insieme di relazioni nell'input sensoriale genera un determinato schema di attività neuronale corticale; se risulta essere un nuovo schema, questo tenderà a imprimersi nei circuiti neurali in modo maggiore laddove è intensamente rilevante l'esperienza in corso. Grazie alla plasticità neuronale, i circuiti neurali sono in grado di riconoscere nell'informazione sensoriale schemi sempre più complessi e ad associarvi una certa rilevanza sulla base dell'esperienza passata. Per cui a ogni nuova esperienza verrà attribuita una valenza cognitiva ed emotiva.

Sulla base di schemi, innati ed appresi, ogni sensazione diviene percezione che si associa a un significato e a una rilevanza cognitiva, operativa, affettiva, in base alle somiglianze, alle analogie della esperienza attuale con ciò che il cervello già conosce. Si può ben comprendere quindi che l'esperienza, dal punto di vista cerebrale, è un processo attivo. Il cervello per poter attribuire significato e rilevanza personale a ogni informazione sensoriale, deve riattivare e valutare quelle rappresentazioni interne che assomigliano alla esperienza che si sta vivendo nel presente, riprendendo anche da esperienze passate. Ecco che l'attività continua di generare rappresentazioni interne di esperienze può essere chiamata *attività immaginativa* (Fesce, 2017). Si può sostenere che per quanto appena esplicitato il cervello non *registra* le sensazioni, ma le rappresenta internamente, ovvero le riproduce immaginativamente, per poter formare una percezione personale soggettiva

della realtà e della propria esperienza. Sul punto autorevoli studiosi affermano che *la vita non è ciò che ci succede, ma come noi lo viviamo* (Fesce, 2017), poiché tutti noi immaginiamo continuamente la nostra vita.

La neuropsicologia dell'esperienza immaginativa pone le sue basi sull'idea che la mente sia una funzione del cervello e che le immagini mentali prodotte non siano nient'altro che il risultato dell'attività neuronale, che comprende la plasticità sinaptica e l'attivazione di reti neurali. Le neuroscienze cognitive studiano i substrati neurali che rendono possibili processi quali l'immaginazione, la memoria e l'attenzione. Questi processi cerebrali permettono la creazione di mondi interiori e l'interazione con essi, influenzando la percezione della realtà dell'individuo e le sue risposte emotive.

Cercando di mettere insieme diversi studi e diverse ricerche sul tema, l'attività cerebrale durante l'immaginazione è favorita dalla *plasticità sinaptica*, dalle reti neurali e dalle funzioni cognitive. Per quanto riguarda la plasticità sinaptica, durante l'attività immaginativa, il cervello modifica le sinapsi, sia creando nuovi collegamenti, sia rinforzando quelli esistenti.

Questo processo risulta fondamentale poiché permette al cervello di adattarsi e di creare nuove esperienze mentali. L'immaginazione viene attivata dall'interazione di diverse aree cerebrali che formano *reti neurali* complesse. Queste reti possono coinvolgere aree sensoriali, motorie e cognitive che interagiscono per dar vita all'immagine mentale. Il cervello utilizza questi processi per svolgere *funzioni cognitive* come attenzione, memoria e linguaggio; non solo, molti studi rilevano come l'immaginazione contribuisca al funzionamento di questi processi cognitivi.

Studi scientifici dimostrano che l'esperienza immaginativa impegna una complessa rete di aree cerebrali che lavorano in sinergia, superando ormai la semplificata distinzione tra l'emisfero destro cerebrale considerato *creativo* e quello sinistro considerato *logico*. L'evoluzione tecnica di neuroimaging funzionale permette di osservare l'attivazione di queste aree e strutture cerebrali. Vi è una rete di regioni cerebrali interconnesse tra loro, chiamata *rete di modalità predefinita* (Default Mode Network – DMN), che si attiva quando la mente non è concentrata su compiti e attività esterne, come ad esempio durante il *vagare con la mente* (mind wandering), la riflessione su sé stessi, il ricordo di eventi passati, l'immaginazione e la pianificazione del futuro.

Include regioni come la corteccia prefrontale mediale, la corteccia cingolata posteriore e il precuneo. Vi è una parte del lobo temporale, il giro fusiforme, che svolge un ruolo importante nell'aiutare il cervello a distinguere tra stimoli visivi provenienti dal mondo esterno e quelli generati internamente dall'immaginazione.

Un ruolo fondamentale per il controllo cognitivo, l'organizzazione e la manipolazione delle immagini mentali, viene svolto dai lobi frontali e dalla corteccia prefrontale; in particolare la corteccia prefrontale dorsolaterale, è coinvolta nel direzionare il flusso immaginativo verso un obiettivo specifico. Queste aree permettono inoltre di integrare l'immaginazione con il pensiero logico e la pianificazione.

L'immaginazione, come è noto, è strettamente connessa alle emozioni e ai ricordi. Per questo motivo durante l'attività immaginativa si attiva il sistema limbico, in particolare l'ippocampo che svolge un ruolo cruciale nel recupero di ricordi e di esperienze passate, fornendo il materiale grezzo (ricordi ed esperienze passate) che viene rielaborato e combinato per produrre nuove immagini e scenari immaginativi. Anche l'amigdala risulta utile in quanto media le risposte emotive associate alle nuove immagini mentali.

Pertanto l'immaginazione non è un processo unitario, ma un insieme dinamico di funzioni cerebrali che permettono di creare scenari ipotetici, esplorare soluzioni a problemi e prepararsi ad azioni future, attraverso una simulazione mentale. Inoltre la connessione tra i centri visivi e quelli emotivi, permette di processare vissuti emotivi e simbolici, come avviene in alcune psicoterapie immaginative guidate. L'attivazione di nuovi collegamenti sinaptici durante l'apprendimento e l'immaginazione evidenzia la plasticità cerebrale che è fondamentale per la creatività e l'adattamento. L'esperienza immaginativa è considerata una attività cerebrale complessa e distribuita, che integra sensazione, percezione, memoria, emozione e controllo cognitivo per produrre rappresentazioni interne del mondo e di sé stessi.



Note sono le implicazioni psicoterapiche delle terapie immaginative. L'ITP utilizza l'immaginazione come strumento terapeutico per curare disturbi psicologici, psicosomatici ed esistenziali; la creazione di immagini mentali consente al paziente di elaborare esperienze dolorose e rafforzare la resilienza.

¹ Quando il terapeuta fornisce l'immagine.

² *“L’Imagerie mentale è una tecnica psicoterapica, definita da Francis Galton nel 1879, la quale parte dallo stato di rilassamento e utilizza le immagini che si formano da tutti i canali sensoriali visivi, acustici, tattili, olfattivi, gustativi, muscolari, tendinei. Queste immagini si articolano in sequenze verbalizzate dal soggetto”* (Secco, 2021).

³ Tattili, olfattivi, visivi, gustativi, uditivi e anche di movimento (quest’ultimo in relazione alle scoperte sui neuroni specchio).

Bibliografia

- ✓ Denes G., Pizzamiglio L., Guariglia C., Cappa S., Grossi D., Luzzatti C., *Manuale di neuropsicologia. Normalità e patologia dei processi cognitivi*, Zanichelli, Bologna, 2019 (terza edizione).
- ✓ Fesce R., *Neurobiologia dell’attività immaginativa*, in The 2nd International Conference on Waking Dream Therapy, Milano, 21-22 ottobre, 2017.
- ✓ Kosslyn S.M., Wayne Miller G., *Cervello alto e cervello basso. Perché pensiamo ciò che pensiamo*, Bollati Boringhieri, Torino, 2015.
- ✓ Oliverio A., *“Immaginazione e memoria. Fantasia e realtà nei processi mentali”*, Mondadori, Milano, 2013.
- ✓ Rigo L., *“Psicoterapia dell’immagine”*, Franco Angeli, Milano, 2020.
- ✓ Secco S., *“Consulenza psicologica immaginativa”*, Cavinato Editore International, Brescia, 2021.
- ✓ Widmann C., *“Le terapie immaginative”*, Edizione Magi, Roma, 2004.

Immaginario: contributi culturali

IL BENESSERE DI CHI CURA: IL CORTOCIRCUITO RELATIVO ALLA VIOLENZA CONTRO IL PERSONALE SANITARIO

Raimondi Gian Artemio

Psicologo, specialista psicologia dello sport

Introduzione

Verranno affrontati di elementi di psicomica, psicologia della condotta aggressiva, valutazione del rischio e variabili di gestione finalizzate alla comprensione e al governo dei fenomeni di maltrattamento e prevaricazione all'interno delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.

Il fenomeno della violenza nei confronti del personale sanitario non è più un evento sporadico, relativo a cornici fortemente condizionate da contesti difficili, specifici e puntiformi, ma è diventato multidimensionale, complesso, nel quale interagiscono e si correlano variabili intrapsichiche, relazionali e sistemiche.

Lo scopo di questo contributo è di disarticolare questa nuova deriva sociale, analizzandone distinzioni nosologiche tra la nozione di torto subito (o presunto tale), frustrazione, aggressività, rabbia e violenza, per poi addentrarsi nei principali modelli di riferimento di natura cognitivista, interazionista sociale ed altre prospettive.

Non si tratta di un approccio meramente teorico, tant'è che verranno sviluppati strumenti e procedure utili per valutare il rischio operativo nel contesto lavorativo sanitario, delineare strategie di prevenzione, di gestione della fase critica dell'evento e strategie di de-escalation basate sulle best practice a livello internazionale, consentendo al professionista di soffermarsi su di una specifica mappa concettuale e di governare le più importanti nozioni teorico-pratiche per anticipare e gestire l'acting out e la successiva fase di post crisi.

Come sono variati nel tempo i modelli di assistenza e il contesto attuale

Una delle possibili concause del fenomeno della violenza in ambito sanitario è data dal contesto organizzativo e sociale in cui nasce e si articola. L'ambiente, le dinamiche sociali e demografiche, le conoscenze scientifiche, le modificazioni degli usi delle persone, le abitudini in genere e i corrispondenti valori e credenze espressi dai singoli e dalla società nel suo complesso.

Nella prima metà del XIX secolo, fino agli anni 70 il modello di assistenza prevalente era caratterizzato da una forte asimmetria di status e di potere tra medico e paziente, ed era evidente una precisa gerarchia e l'assenza di reale coinvolgimento del paziente nei processi e nei modelli sanitari (Emanuel ed Emanuel 1992). Durante la seconda metà degli anni 70 le modalità diventano più partecipative, grazie al modello biopsicosociale (Engel 1977), che ha ridefinito la pratica integrando dimensioni biologiche, psicologiche e sociali. Il modello BPS poi viene poi ampliato da Borrel-Carriò, Suchman ed Epstein (2004), concettualizzando un modello finalizzato a un miglioramento della comunicazione e della compliance. Sempre durante lo stesso periodo si afferma la prospettiva patient-centred care (Mead e Bower, 2000) che riconosce la centralità dell'esperienza soggettiva del paziente, fino ad arrivare a Roter e Hall (2006) per i quali la relazione dialogica professionista-paziente è essenziale nella valutazione della qualità della cura. Così anche Tritter

(2011) sottolinea che la partecipazione attiva del paziente rappresenta un requisito strutturale fondamentale.

Su piano organizzativo, la dichiarazione di Alma-Ata dell'Organizzazione mondiale della sanità (1978) ha realizzato un passo decisivo verso modelli di cure primarie accessibili e globali. Lo scenario appare come molto promettente, in termini qualitativi, ma esistono elementi che non consentono la realizzazione concreta degli ottimi modelli organizzativi che le varie teorie hanno delineato così puntualmente.

Nella prima parte del XXI secolo i percorsi clinici vengono resi più complessi e articolati per la realizzazione di modelli per *intensità di cura* e per *strutture dipartimentali*. (Starfield 1998). Un altro fenomeno è rappresentato dalla proliferazione delle cliniche private, certamente non accessibili a tutti e caratterizzate da strutture organizzative orientate verso un modello di sanità sempre più di stampo americano, rivolto al liberismo e alla competizione di mercato e poco alla solidarietà sociale, sistema che talvolta appare fagocitante rispetto alle strutture pubbliche, perennemente in crisi di personale e di risorse economiche.

Tutto ciò premesso, l'attuale sistema sanitario, nelle strutture pubbliche, si caratterizza da elementi di iper specializzazione, carenze di personale, sovra utilizzo dei servizi di emergenza (anche in sostituzione del servizio previsto per i medici di base) e un maggiore e facile accesso alle informazioni per i pazienti, soprattutto in rete e attraverso portali *intelligenti*.

L'aumento delle aspettative dell'utenza e le fragilità del sistema, privato di risorse, alterano e rendono vulnerabile la relazione medico paziente e fanno crescere la pressione emotiva sia sul paziente, sia sull'operatore sanitario, rendendo la diade potenzialmente esposta a tensioni e conflitti di varia natura. È proprio sul front-line che si scarica la percezione dei pazienti di torti subiti e le conseguenti frustrazioni che poi, potenzialmente, si possono trasformare in rabbia, aggressività e violenza. In questo quadro, nel quale le best practice organizzative, la tecnologia e la ricerca scientifica evolvono verso un futuro sempre più promettente, in ambito sanitario, seppur confinato in fortunate nicchie, non così avviene ovunque, soprattutto considerando il percepito del paziente in relazione alla *customer satisfaction*, la qualità del servizio reso e l'attenzione dei professionisti verso il paziente.

Gli studi degli ultimi 20 anni evidenziano un significativo aumento della violenza nei confronti degli operatori sanitari. Così infermieri, medici in terapia di urgenza e operatori dei servizi psichiatrici sono le categorie più esposte alla violenza, che appare statisticamente anche sottostimata e sotto denunciata, malgrado determini effetti e conseguenze gravi sul benessere psicologico degli operatori, sul clima organizzativo e sulla qualità dell'assistenza (Spector et al, 2014) (Pompeii et al. 2015).

Gli studi osservazionali italiani indicano che la maggiore frequenza degli episodi di aggressione si verificano nei pronto soccorso e nei reparti a elevata intensità assistenziale (D'Ettore e Pellicani. 2017), in particolare motivati da cause multifattoriale quali: tempi di attesa, disagio psicosociale dei pazienti, disturbi psichiatrici, abuso di sostanze, sovraffollamento, incertezza diagnostica, burnout del personale, mancanza di comunicazione adeguata e regole organizzative interne incomprensibili al pubblico.

I numeri della violenza nel settore sanità in Italia, anno 2023 (fonte INAIL e ONSEPS)

I numeri sono davvero notevoli; le segnalazioni sono state più di 16.000, le denunce INAIL hanno raggiunto un delta positivo del +8,6% rispetto al 2022 e le aggressioni relative al personale della sanità, rispetto al totale delle aggressioni sul lavoro, si sono collocate al 45% del totale (stabilmente al primo posto per rischio di aggressioni in Italia). La distribuzione geografica è arrivata al 60% nel nord Italia (soprattutto Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto).

Aggressività e violenza: definizioni e modelli teorici

Comprendere, progettare e intervenire in modo efficace sul fenomeno della violenza, comporta necessariamente l'adozione di una tassonomia psicologica puntuale che riesca a distinguere l'affetto,

la disposizione e l'atto, con le sue conseguenze. Prima di affrontare nel dettaglio qualunque intervento o analisi eziologica è necessario stabilire la cornice epistemologica del fenomeno oggetto di studio. La chiarezza tassonomica e semantica funge da prerequisito logico per la comprensione. Solo con la definizione precisa dei concetti e dei loro confini è possibile definire strategie operative mirate ed efficaci atte a fronteggiare il fenomeno.

La frustrazione

La *frustrazione* è una reazione psicofisiologica e neurocomportamentale che si palesa quando esiste una interferenza, estranea al soggetto, che impedisce il raggiungimento di uno scopo che ci si è prefissati. Si attiva quando esiste una differenza percepita tra l'aspettativa di una ricompensa o il soddisfacimento di un bisogno e la ricompensa effettivamente ottenuta. Studi di neuroimmagine dimostrano che la frustrazione influisce sul sistema dopaminergico e *reward prediction error* con conseguente riduzione della attività del sistema stesso (Papini, Green, Mármol Contreras, Torres, Ogawa, & Li, 2024), colpisce anche aree limbiche e corteccia prefrontale, in regioni legate al dolore affettivo e alla regolazione emotiva (Yu et al., 2014; Wan, Zhou, Zhang, Li, et al., 2025) come l'insula anteriore e la corteccia ventro-prefrontale.

La frustrazione, in quanto stato di tensione psichica, può avere effetti duraturi sulla connettività cerebrale e sulla regolazione emotiva. Può compromettere le funzioni esecutive e anche la memoria di lavoro. In condizioni di particolare ansia o di fragilità, la mancata ricompensa generante frustrazione può alterare l'elaborazione emotiva e cognitiva e causare risposte fortemente disadattive (che, ad esempio, possono sfociare in manifestazioni di rabbia di potenza soverchiante).

La rabbia

Dalla frustrazione, in determinate condizioni, può nascere la *rabbia*. È una emozione primaria. È uno stato emotivo sperimentato a livello soggettivo avente un'elevata attivazione del sistema simpatico autonomo. È inizialmente suscitata dalla percezione di una minaccia, una ingiustizia o una violazione del sé (reale o simbolica). È associata a cognizioni e pensieri di attribuzione e di valutazione che sottolineano i torti altrui e motivano una risposta difensiva di contrasto o di attacco. La funzione adattiva della rabbia risiede nella sua finalità di difendersi per sopravvivere nell'ambiente al quale ci si riferisce. Può trasformarsi in violenza. Dal punto di vista neurobiologico, ricerche di neuroimaging, hanno identificato un network cerebrale complesso attivo nelle manifestazioni della rabbia. La insula è coinvolta nella componente viscerale e nella esperienza soggettiva (Sorella et al., 2021). La corteccia prefrontale ventro laterale (VLPFC) agisce nei meccanismi di regolazione cognitiva e inibizione dell'impulso aggressivo (Sorella et al., 2021).

La corteccia cingolata anteriore dorsale (dACC) è coinvolta nella ruminazione rabbiosa, nella elaborazione cognitiva del conflitto e predispone il soggetto all'aggressione dopo la provocazione (Denson et al., 2009; Siep et al., 2018).

La *ruminazione rabbiosa* è particolarmente insidiosa perché può sopravvivere a lungo, anche quando l'elemento scatenante è terminato da tempo, e può trasformarsi in ossessione rabbiosa e di qui anche in violenza differita nel tempo e nello spazio.

Siep ha dimostrato che, negli individui con rabbia reattiva e con aggressività elevata, si rileva una iperconnettività limbica ed una ridotta attivazione prefrontale, con deficit importante nella *regolazione top-down* e grande esposizione agli affetti, a volte soverchianti.

La rabbia è sempre una risposta emotiva, mentre l'aggressività in genere può anche essere non associata ad alcuna emozione. Può essere esercitata in una condizione di apatia. All'interno della categoria emotiva della rabbia riscontriamo diversi stati emotivi a maggiore intensità emotiva e attivazione quali, ad esempio, l'esasperazione, il furore e l'ira, oppure di intensità minore, come l'irritazione, il fastidio, l'impazienza.

In termini di attivazione fisiologica dell'organismo, si manifestano variazioni fisiologiche, come l'accelerazione del battito cardiaco, l'aumento dell'afflusso del sangue nella periferia del corpo, la

maggiore tensione muscolare, la sensazione di calore e iper-sudorazione. Tutto questo ci dice che il nostro corpo è pronto ad aggredire e a difendersi contro il presunto nemico.

Per quanto riguarda invece la manifestazione comportamentale della rabbia a livello mimico e corporeo è simile a quella osservata negli animali. Gli studi di Ekman e Oster (1979) hanno dimostrato che l'espressione facciale della rabbia è simile e facilmente riconoscibile in persone di culture molto diverse. I cambiamenti del volto comprendono: l'aggrottare marcato delle sopracciglia, lo scoprire e digrignare i denti, lo stringere le labbra, mentre gli occhi appaiono lucidi e a volte si ha la difficoltà a fermare le lacrime.

La variabile cognitiva è determinante nell'esperienza e nell'espressione della rabbia in quanto è una risposta emotiva a uno stimolo che viene percepito, e dunque interpretato dall'individuo, come provocatorio (Novaco, 1975).

La paura

Mentre frustrazione e rabbia sono esperienze affettive che possono essere vissute dall'aggressore, la *paura* è, specularmente, l'emozione primaria in carico al soggetto aggredito. È un vissuto emotivo che emerge quando viene percepito un pericolo imminente (non necessariamente reale, ma anche solo potenziale o anche immaginario). È un processo neuro cognitivo integrato, un vero e proprio segnale di allarme che attiva ancestrali meccanismi di protezione che si concretizzano in comportamenti di attacco, di fuga o di "freezing" orientati alla sopravvivenza (LeDoux, 2014).

Il correlato neurale più importante è l'amigdala. Lo stimolo generante paura viene inviato direttamente all'amigdala, bypassando la corteccia prefrontale, così da generare immediatamente ed automaticamente il comportamento adattivo più indicato, nel più breve tempo possibile. Solo successivamente la corteccia prefrontale mediale (mPFC) elabora lo stimolo, ne riconosce la pericolosità o la non pericolosità eventuale, ed attiva, in quest'ultimo caso, i processi di estinzione della paura (Milad & Quirk, 2012)

Quindi esiste un canale diretto, immediato ed efficace, tra stimolo percepito e amigdala. La corteccia prefrontale viene interessata dall'amigdala (per una valutazione cognitiva dello stimolo) solo dopo aver preventivamente allertato l'organismo con la finalità di attaccare, di fuggire o di immobilizzarsi di fronte al pericolo imminente.

Paura e rabbia

Paura e rabbia condividono tra loro la valenza negativa, seppur fortemente adattiva, l'elevata attivazione fisiologica e l'esistenza di segnali di minaccia che la persona deve gestire. Sono entrambe associate a meccanismi di attacco o fuga ma differiscono per le intenzioni comportamentali sia del trasmettente che del ricevente. Le configurazioni del volto sono opposte, la rabbia si caratterizza per sopracciglia abbassate, occhi socchiusi, denti stretti, angoli della bocca allargati; la paura è connotata da sopracciglia alzate, occhi spalancati, angoli della bocca chiusi e denti non stretti.

In pratica, siamo sempre e costantemente in grado di distinguere una espressione di paura da una di rabbia, semplicemente osservando il volto umano, in tutte le popolazioni del mondo, con qualunque livello socio-culturale dell'interlocutore.

Ma perché le configurazioni sono opposte? Darwin lo spiega come aspetto visibile utile per connotare significati opposti come dominanza e sottomissione. E così, anche visivamente, per chiunque al mondo sarebbe possibile prevedere le intenzioni comportamentali altrui e le conseguenze possibili dei comportamenti frutto delle emozioni esperite, in modo da essere già avvisati per tempo sull'immediato futuro probabile, oltre che possibile.

Sotto questo profilo, dunque, le espressioni facciali trasmettono necessariamente e in modo estremamente puntuale un segnale di tipo socio-comunicativo.

Coerente con questa evidenza esperienziale è il fatto che, mentre la rabbia elicitava comportamenti di evitamento in chi la osserva, la paura innescava comportamenti di avvicinamento di tipo consolatorio;



viceversa, in termini di chi esperisce l'emozione, la rabbia è associata a condotte di avvicinamento (la possibile aggressione) e la paura a quelli di evitamento.

È molto importante ricordare in questa sede che mentre frustrazione e rabbia hanno come presupposto una valutazione cognitiva degli eventi, la paura no, è automatica e cessa dopo che la corteccia prefrontale mediale (mPFC) elabora lo stimolo e lo riconosce come non pericoloso. La valutazione dello stimolo è successiva e non antecedente alla manifestazione affettiva.

Strategie di gestione della paura

Le strategie utilizzate normalmente dalle persone per vincere la paura sono:

- l'evitamento dello stimolo;
- la richiesta di protezione;
- il tentativo di controllare l'ansia.

L'evitamento (fuga, ritiro, procrastinazione, distrazione) non funziona, anche se riduce nell'immediato il disagio emotivo e psicologico. Questo perché l'evitamento fornisce un rinforzo negativo immediato che consolida l'evitamento stesso. Il cervello lo associa con il sollievo provato e impedisce l'apprendimento corretto rappresentato dal fatto che lo stimolo, in realtà, può talvolta anche essere sicuro e non pericoloso. Se lo stimolo viene evitato, l'amigdala e i circuiti collegati rimangono attivi, perché non viene verificata l'assenza di pericolo reale (Milad & Quirk, 2012).

Un ulteriore effetto è il *contagio* della paura anche ad altri stimoli associati, aumentando il livello di ansia e compromettendo talvolta anche le attività quotidiane (Craske et al., 2014). Inoltre l'evitamento peggiora il livello di autostima, perché riduce la fiducia nella propria capacità di fronteggiare lo stimolo e può incrementare vulnerabilità, panico, fobie e ansia cronica (Barlow, 2002).

La seconda tentata soluzione, anch'essa inefficace, è la richiesta di protezione. Non risolve la paura, perché riduce solo temporaneamente il disagio e non interviene sulla causa. La richiesta di protezione provoca un rinforzo negativo e aumenta la dipendenza dell'individuo dalla protezione esterna, riducendo la percezione della propria capacità di farcela, il che riduce l'autostima, in un circolo vizioso senza fine.

La terza strategia, il tentativo di ridurre l'ansia, il cercare di calmarla con le più diverse modalità non funziona perché attiva un processo di monitoraggio interno che, facendo riporre l'attenzione della persona sui sintomi corporei, aumenta l'ansia e non la riduce. Sopprimere un contenuto mentale lo rende ancora più attivo (Wegner, 1994). Tentare di contrastare l'ansia equivale a pretendere di contrastare interi processi biologici e non un singolo pensiero disfunzionale. Più produttivo è accettare l'ansia, tollerarla, lasciarla fluttuare, attivando la corteccia prefrontale dorsolaterale con conseguente riduzione della risposta limbica (Ochsner & Gross, 2005; Lutz et al., 2014).

La paura non si gestisce ma si *addestra*. Non si riesce a evitarla completamente ma è possibile restare cognitivamente funzionali nonostante la paura.

Un valido principio consiste nell'abituare il sistema nervoso a riconoscere che una minaccia può essere gestibile, attraverso l'*esposizione graduale e controllata* (Beck, 2011).

Questo obiettivo, nell'ambito Sanitario, lo si può ottenere con Corsi formativi sull'argomento, visualizzazione di filmati esplicativi, osservazione diretta e role-play con scenari controllati che simulano situazioni critiche. La paura provoca una importante attivazione corporea e può essere di beneficio anche utilizzare veloci e facili tecniche atte ad abbassare il sistema simpatico, quali la respirazione diaframmatica di tipo yogico (quadrata, pranayama, ecc..) e il grounding (ascoltare i piedi in contatto con il pavimento, unita alla contrazione e decontrazione dei muscoli).

Il percorso formativo dei professionisti della sanità dovrebbe comprendere anche l'identificazione dei pensieri automatici negativi e delle distorsioni cognitive e la sostituzione con pensieri funzionali o di coping:

- L'identificazione: si riconosce il pensiero disfunzionale (es. non ce la posso fare);
- La messa in discussione: consiste nel valutare oggettivamente le evidenze a sostegno di quella tipologia di pensiero e la sua utilità;
- La sostituzione: viene elaborata una alternativa che sia più realistica e che possa essere più funzionale (es. *anche se complicato, ho imparato queste procedure e so come va affrontata la situazione*).

In seguito saranno illustrate, nello specifico, le tecniche concrete da mettere in atto in caso di aggressione e che fanno parte a pieno titolo dell'addestramento cognitivo del professionista: la comunicazione assertiva e le tecniche di de-escalation.

È importante osservare che imparare bene il *come fare* equivale a rendersi consapevoli di saper gestire la situazione, con benefici per le proprie convinzioni di auto-efficacia (Bandura, 1997). Queste autoconvinzioni si allenano attraverso le proprie esperienze di successo (anche simulate), la modellazione, i feedback costruttivi e il training teorico / pratico.

L'aggressività

L'aggressività secondo Baron e Richardson (1994) è *qualunque Forma di comportamento diretta a fare del male o danneggiare un altro essere vivente, il quale è motivato a evitare tale trattamento*. I requisiti formali della aggressività sono l'intenzionalità della azione, l'aspettativa di chi agisce di produrre un danno (fisico, psicologico o materiale) e il desiderio, da parte di chi subisce, di evitare, sfuggire o impedire il comportamento aggressivo.

Può essere ostile (reattiva) quando è alimentata da sentimenti negativi, quali la rabbia, e rappresenta una risposta affettiva conseguente alla percezione di un torto subito. È impulsiva, sproporzionata rispetto al trigger e non viene fatto alcun calcolo preventivo circa le potenziali conseguenze. È la risposta emozionale a eventi frustranti.

Oppure può essere strumentale (predatoria) quando è finalizzata a ottenere un vantaggio (soldi, potere, sesso, ecc...), senza che sia indispensabile una qualsiasi forma di coinvolgimento emotivo, né la presenza di sentimenti nei confronti della vittima. In questo caso l'aggressività è frutto di un preciso calcolo e risponde a una logica di valutazione dei costi e dei benefici.

La tipologia di aggressività esperita nei confronti del personale sanitario è di natura reattiva e non predatoria.

Il comprendere questa differenza sostanziale è essenziale, poiché la genesi della aggressività reattiva, mossa da stati emotivi come percezione di torto subito, frustrazione e rabbia, prescrive le specifiche strategie di intervento e la sua gestione in ambito clinico, focalizzata sulla de-escalation (che vedremo nel prosieguo) e sull'indirizzo dei fattori emotivi, piuttosto che sulle logiche del *vantaggio* da conseguire, tipica della aggressività di natura strumentale.

La violenza

Malgrado siano termini che vengano usati spesso in modo indistinto, la distinzione tra aggressività e violenza non è meramente di natura semantica, ma è profonda, ha implicazioni etiche e psicologiche rilevanti. La distinzione è in gran parte mediata da fattori socio-culturali, dalle norme sociali, dalla cultura della comunità nella quale si vive e dal quadro giuridico di riferimento conseguente.

In ambito psicologico, la violenza è generalmente considerata come una sottocategoria della aggressività, rappresentandone la sua forma più estrema e grave.

L'aggressività ha la natura di una pulsione e può anche avere una funzione adattiva, la violenza è estrema, distruttiva e patologica. L'obiettivo della aggressività è affermare sé stessi o raggiungere uno scopo, la violenza mira ad annientare e de-umanizzare l'altro. Nella aggressività viene mantenuto un qualche legame con l'altro, che rimane in qualche modo riconosciuto, nella violenza

l'altro è annullato. Nella aggressività può essere usata la forza, ma non rappresenta l'elemento essenziale, nella violenza l'uso della forza o del proprio potere è estrema e si mira al controllo totale.

Mentre l'aggressività può rientrare a pieno titolo nelle dinamiche relazionali tra soggetti ed è finalizzata al controllo e all'ottenimento di una qualche forma di vantaggio, la violenza si manifesta come atto di annullamento dell'altro e supera il confine etico, morale e sociale dell'accettabilità.

Il fenomeno complesso e multi-fattoriale della aggressività

L'aggressività è un fenomeno di notevole complessità che non può essere ricondotto univocamente in un unico quadro concettuale. I principali modelli rappresentazionali e le prospettive teoriche in psicologia sociale e clinica concordano nell'affermare che il passaggio da stati emotivi interni (come la frustrazione), al comportamento aggressivo non può essere un automatismo di tipo deterministico. La condotta aggressiva di un individuo è mediata da una complessa interazione e modulazione di diverse classi di variabili, interne ed esterne, quali variabili emotive, cognitive e sociali.

Le variabili cognitive sono rappresentate dai modi con i quali l'individuo è capace di elaborare le informazioni, valutare le intenzioni altrui e predisporre le proprie specifiche capacità di coping.

Le variabili sociali sono determinate dal contesto, dalle norme culturali e legali che definiscono un comportamento come accettabile o non accettabile socialmente.

Le variabili emotive riguardano come il soggetto sia capace di regolare stati affettivi intensi (come la rabbia) e come riconduca a sé o all'altro la responsabilità o la paternità di eventi e situazioni non gradite.

Ci sono diversi modelli che spiegano come l'individuo non reagisca passivamente agli stimoli frustranti, ma si renda parte attiva, e come il comportamento disfunzionale si manifesti solo quando l'interazione di tutti i fattori supera una determinata soglia di tolleranza e di controllo soggettivo. In questa sede ci occupiamo solamente di alcune teorie per le quali forniamo solamente alcuni spunti, senza approfondirne il dettaglio, non essendo l'oggetto specifico di questo articolo.

Modello Dollard

La *teoria classica della frustrazione-aggressività* (Dollard et al., 1939) postula una strettissima relazione causale tra i due concetti: la frustrazione genera sempre una spinta all'aggressività, e l'aggressività è sempre la conseguenza di una frustrazione. Nell'ambito sanitario, pertanto, il flusso parte dalla percezione del torto subito (o presunto tale) che genera la frustrazione e, di qui, l'aggressività come il risultato di una spinta volta a interrompere uno stato di frustrazione, intesa come ostacolo esterno al raggiungimento di un obiettivo. Qualora l'atto aggressivo avesse successo nei processi di riduzione della frustrazione, l'aggressività diventerebbe auto rinforzante, e così, per quell'individuo, è estremamente probabile che ogni nuova frustrazione sia il precursore di un nuovo atto aggressivo (seppur non automatico). Le variabili moderatrici di questo modello possono essere diverse, come la paura di essere puniti per il gesto o, più semplicemente, la capacità soggettiva intervenuta nel rimuovere la fonte della frustrazione in modo non aggressivo, per motivi legati ai tratti di personalità, cause socio-culturali o valori super-egoici.

Modello Berkowitz

La teoria del *neo associazionismo cognitivo* (Berkowitz, 1993) amplia il precedente modello teorico introducendo e valorizzando il ruolo fondamentale delle *emozioni* e della valutazione cognitiva. Assume un ruolo decisivo la percezione: non tutte le frustrazioni attivano comportamenti aggressivi ma solo quelle che, soggettivamente, sono percepite come intenzionali, arbitrarie o illegittime. Nel caso in cui una frustrazione venga attribuita a cause accidentali o legittime le reazioni emotive e comportamentali sarebbero più blande. Il comportamento adottato è in funzione dello stretto collegamento esistente tra stati affettivi e processi cognitivi.

Modello Zillmann

La teoria del *transfer di eccitazione* (Zillmann, 1983) si concentra principalmente sull'interpretazione cognitiva dell'attivazione fisiologica. L'intensità della rabbia e la reazione aggressiva non dipendono esclusivamente dall'evento avverso ma principalmente dal livello di attivazione fisiologica generata e da come questo livello di eccitazione venga interpretata cognitivamente dalla persona. Un esempio potrebbe essere la reazione che possiamo avere se in auto rischiamo di investire un pedone. Molto probabilmente la reazione comportamentale sarà diversa nel caso si tratti di un pedone adulto o di un bambino.

Modello Tedeschi e Felson

Il modello *sociointerazionista* (Tedeschi & Felson, 1994) si discosta dall'ipotesi che l'aggressività sia dovuta a cause interne, pulsioni ed emozioni e postula che, invece, possa essere un mezzo di influenza sociale di tipo coercitivo. Minacce e punizioni sarebbero strategie individuali finalizzate a ottenere un preciso risultato immediato e la logica sarebbe quella del controllo del comportamento altrui, per ripristinare un proprio personale senso di giustizia.

Questo modello postula che, dietro il comportamento (che non è frutto di impulso ma di scelta), ci sia una precisa valutazione dei costi e dei benefici e l'individuo sia perfettamente in grado di decidere se adottare una condotta aggressiva oppure una diversa in alternativa. L'elemento principale del modello è la valutazione implicita dei costi e dei benefici delle varie possibili opzioni, che poi porta a una lucida scelta razionale e strategica finalizzata a esercitare una influenza sociale.

Come spiegare e come intervenire

Da quanto esposto possiamo ricondurre e spiegare la violenza al personale sanitario principalmente (ma non solo) alle teorie di Dollard e a quelle di Berkowitz. In particolare, la teoria neo-associazionista di Berkowitz si concentra sulla *modulazione* della percezione e della risposta emotiva del soggetto. L'aggressività reattiva non è basata solo sul meccanismo della frustrazione ma anche sulla attribuzione di intenzionalità ostile della azione o della inazione dei professionisti sanitari.

Date le premesse, l'applicazione del modello si articola in tre aree che sono potenzialmente idonee alla prevenzione, impedendo che la frustrazione percepita generi rabbia ed aggressività: l'intervento cognitivo, l'intervento sulla componente affettiva e il training degli operatori.

L'intervento cognitivo sulla percezione del paziente ha lo scopo di evitare che percepisca l'ostacolo frapposto tra la soddisfazione del proprio bisogno e lo stato attuale come una azione intenzionale ed arbitraria diretta contro di lui.

Ad esempio, lo spiegare preventivamente il motivo del ritardo della prestazione, o il senso della regola organizzativa non compresa dall'utente o il perché del limite imposto, trasforma il non detto (che genera frustrazione arbitraria) in una frustrazione dovuta a motivi oggettivi e magari condivisibili dal paziente. Così, ad esempio, invece di un *non detto*, diventa preferibile un *condivido la sua frustrazione per l'attesa... abbiamo una emergenza (causa legittima) ed appena sarà terminata saremo immediatamente da lei*.

Va fatta una particolare attenzione al *decentramento* della causa della frustrazione, che non deve essere personalizzata. L'operatore non deve essere percepito e non è l'artefice della frustrazione ma è parte del sistema che la sta gestendo nel miglior modo possibile.

L'intervento sulla componente affettiva è motivato dallo stretto legame esistente tra affetti e processi cognitivi. Perciò è importante riconoscere e validare l'emozione emersa prima di affrontare l'evento, allo scopo di ridurre l'attivazione emotiva. Esempio: *"mi rendo conto che è molto arrabbiato per l'attesa, è comprensibile..."*. La finalità di questa fase è il disaccoppiamento tra emozione e acting out. Le comunicazioni dell'operatore vanno fatte con tono e postura compatibili con una percepibile vicinanza emotiva con il paziente.

L'elemento del training cognitivo e specifico degli operatori è, per quanto detto, finalizzato a gestire i pensieri disfunzionali del professionista, sostituendoli con quelli funzionali (es. *"il paziente è mosso dalla frustrazione... devo riportarlo alla realtà della causa di forza maggiore"*).

Inoltre va sviluppata l'assunzione di prospettiva dell'operatore che deve cercare di immedesimarsi nelle emozioni del paziente per comprendere la sua valutazione primaria, fonte dell'affetto disfunzionale.

Differenze individuali nella risposta aggressiva e antecedenti emotivi e cognitivi

Abbiamo approfondito il come la percezione di un torto subito, la frustrazione, e la rabbia non necessariamente siano causa e precedano un comportamento aggressivo. Le varie modulazioni del comportamento dipendono da antecedenti emotivi, cognitivi e influenze sociali.

I fattori psicologici ed emotivi riflettono disposizioni stabili della persona che sono atte a modulare la risposta a stimoli indesiderati. Ci può essere una carenza nel controllo degli impulsi e nella regolazione affettiva che si può riscontrare già in età evolutiva. Può manifestarsi una suscettibilità emotiva che fa sperimentare all'individuo sentimenti di impotenza, inadeguatezza, vulnerabilità, sconcerto e rendono la persona maggiormente reattiva a stimoli avversi. Possono esserci processi di ruminazione che invischiando il soggetto in esperienze emotive negative che poi vengono continuamente ripercorse mentalmente, così come, al contrario, l'individuo potrebbe avere ottime capacità di dissipazione, ovvero la competenza di scaricare il sovraccarico emotivo degli affetti negativi, riducendo l'attivazione fisiologica ansiosa.

I fattori cognitivi coinvolti sono: lo stile attributivo e l'assunzione di prospettiva.

Lo *stile attributivo* prevalente del soggetto potrebbe essere ostile (hostile attribution bias), ovvero una disposizione cognitiva che consiste nell'interpretare stimoli e comportamenti ambigui degli altri come ostili e malevoli rendendo maggiormente probabili reazioni aggressive.

L'*assunzione di prospettiva* (perspective taking), al contrario, è l'abilità dell'individuo di adottare sistematicamente e in modo non egocentrico il punto di vista dell'altro. In caso di carenza di questa abilità è probabile ci sia una carente capacità di comprendere il punto di vista e le motivazioni altrui e facilita una errata interpretazione delle intenzioni e può essere causa di escalation verso l'aggressività.

Le influenze sociali, ambientali

Le *influenze sociali* coinvolte sono: il modellamento sociale (i media) e il rifiuto dei coetanei (l'affiliazione).

Il primo fenomeno consiste nell'esposizione a comportamenti aggressivi nel corso della vita (famiglia, amicizie), oppure nell'essere stati testimoni di eventi violenti reali o mediatici traumatici che potrebbero portare a modelli di comportamento disadattivi.

Il secondo fenomeno si realizza quando un individuo in età evolutiva è rifiutato dai coetanei (perché aggressivo) e di conseguenza cerca compagnia in gruppi di pari altrettanto marginalizzati e aggressivi. La costituzione di queste *bande* crea un circolo vizioso in cui l'accettazione da parte della banda e l'appartenenza sociale in questi gruppi emarginati può dipendere dall'impegno a commettere atti violenti finalizzati a dimostrare l'appartenenza al gruppo, ma fortemente disadattivi in termini sociali.

Ci possono essere stimoli ambientali e situazionali intesi come *prime* o *cues* che agevolano i comportamenti aggressivi.

L'ambiente fisico ha un ruolo nell'innescare di comportamenti disadattivi. La temperatura elevata, l'affollamento, il rumore, l'inquinamento, gli odori, le condizioni di stress sensoriale e bassi livelli di confort individuale sono associabili a maggiori probabilità di innescare comportamenti aggressivi. Il disagio fisico o emotivo dovuto a stimoli ambientali avversi innalza l'attivazione

fisiologica, riducendo la capacità individuale di auto controllo. La presenza di *cues aggressivi* (segnali ambientali che evocano aggressività o oggetti utilizzabili come arma) agevola l'attivazione fisiologica del soggetto, come, ad esempio, estintori, aste, oggetti appuntiti, soprammobili, ma anche spazi angusti, scarsa illuminazione, colori, cartelli, forme, arredi, odori sgradevoli, rumori e sovraffollamento.

Il ruolo dell'alcol

L'alcol non rappresenta causa automatica di comportamenti aggressivi ma li potrebbe favorire per i suoi effetti sull'organismo: abbassamento dell'autocontrollo, riduzione delle inibizioni sociali e culturali e ridotta capacità di valutare correttamente le conseguenze delle proprie azioni.

L'alcol potrebbe anche essere utilizzato come giustificazione sociale di un comportamento, riportando all'alcol la causa delle proprie azioni. Va comunque ricordato che l'effetto dell'alcol dipende da *mediatori* quali la personalità dell'individuo, la sua storia personale, il contesto, il livello delle provocazioni esterne, la frustrazione percepita, la cultura e il livello di istruzione. Per queste ragioni è indispensabile che i professionisti della sanità evitino assolutamente qualunque forma di provocazione a soggetti così vulnerabili, considerando la combinazione tra predisposizione individuale e fattori situazionali avversi.

La prevenzione della violenza a livello ambientale

La progettazione degli spazi dovrebbe tenere conto non solamente della efficienza operativa e delle finalità di cura del paziente, ma anche della riduzione degli stimoli ambientali avversi. Va progettata una illuminazione adeguata ed integrata alla struttura della stanza, arredi ben fissati e non lanciabili, materiali robusti, colori chiari e neutri e vie di fuga opportunamente segnate e facilmente raggiungibili e di immediata comprensione.

Anche le regole organizzative che nascono per la tutela dell'utenza possono essere fonte di stress. Esistono procedure per qualunque cosa, normative variabili nel tempo, aggiornamenti, riorganizzazioni, protocolli delle emergenze e vincoli legati alla sicurezza. Non sempre queste regole sono esplicitate, diffuse e comprese e, in questi casi, producono perdita di senso per l'utente finale. Secondo Karasek, Siegrist e Cooper la regola non compresa viene percepita come burocratica, inutile e appare come ostacolo alla libertà e ai bisogni primari dell'individuo (cura e accesso ai servizi), generando demoralizzazione, percezione di torto subito e aggressività reattiva. Il paziente non decide, non capisce e non può contestare. La regola considerata arbitraria attiva la percezione di mancanza di giustizia procedurale (Tyler, 1990).

L'esempio classico è: *perché sto aspettando da 4 ore se la sala è vuota?* La sala è solo apparentemente vuota e ci sono priorità cliniche non visibili dall'individuo e che sono gestite internamente, ma se non comunicato e spiegato correttamente può diventare torto subito, frustrazione, rabbia e aggressività, fino ai comportamenti violenti.

La violenza in ambito sanitario: la pratica

I *segnali precoci di avvertimento* (warning signs) che sottendono una possibile aggressione possono essere diversi e un opportuno addestramento degli operatori consente di riconoscerli precocemente. In generale chi attacca mostra segnali verbali e non verbali precursori all'attacco.

Lo schema tipico del circuito torto subito – frustrazione – rabbia – aggressività – violenza, nella nostra cultura occidentale, osservabile nella sua parte terminale, procede come da schema:



Progressione della violenza – Raccomandazione. 8/2007 Ministero della Salute. In particolare, i segnali che precedono il gesto violento alcuni indicatori psico comportamentali e che evidenziano una iper attivazione fisiologica che potrebbe innescare una risposta violenta sono:

- Espressioni facciali tipiche: mascelle serrate, denti a contatto, sopracciglia aggrottate, narici dilatate, occhi strizzati;
- Risposte verbali: dichiarazioni di malcontento, irritazione o frustrazione, aumento della intensità e volume della voce, borbottii, linguaggio offensivo, polemica gratuita, eloquio eccessivamente vivace, minacce a profusione in crescendo, con evidenza dell'intenzione aggressiva;
- Processi di pensiero confusi, poco chiari e scorrelati al problema;
- Contatto oculare spesso prolungato ed eccessivo che, specie nella parte iniziale potrebbe essere distolto e sfuggente;
- Attivazione psicomotoria: posture ed atteggiamenti aggressivi, camminare avanti ed indietro in modo lineare o circolare, prossemica violata, tremori fini, tronco irrigidito, mani alla ricerca di oggetti, calci su oggetti, sbattere porte o oggetti, movimenti poco coordinati e impulsivi, mani sui fianchi, indicare o gesticolare con il pugno serrati.

Il professionista sanitario deve valutare con attenzione la possibilità che il comportamento aggressivo non sia sempre frutto del circuito canonico frustrazione–aggressività, ma potrebbe esserci una causa diversa e, di conseguenza, altri strumenti più appropriati di gestione, rispetto alle comuni pratiche di de-escalation che vedremo nel prosieguo. In particolare quando emerge una storia psichiatrica del soggetto, in presenza di ritardo mentale, trauma cranico acuto, o altro. Ogni diversa situazione potrebbe avere uno specifico protocollo di gestione della emergenza.

Strategie primarie e de-escalation

Abbiamo accennato in precedenza ai modelli rappresentazionali della aggressività, individuando nel circuito frustrazione–aggressività il più probabile modello che, statisticamente, è identificabile come principale causa della violenza in ambito sanitario. Le *strategie preventive*, definite primarie, sono quelle legate all'ambiente, alla comunicazione istituzionale e alle strategie organizzative aziendali. Qualora le strategie primarie non funzionassero, la principale forma di prevenzione secondaria è la *de-escalation*, intesa come principale intervento psicosociale strategico atto ad allentare, a ridurre le tensioni emotive, allo scopo di ristabilire la comunicazione tra le parti, alleggerendo l'attivazione psicofisica del paziente. Lo scopo è la relazione con il soggetto, anzi, il recupero di una relazione che stava per andare perduta. In questo modo il confronto si sposta dalla violenza alla soluzione negoziale. Il professionista deve adottare specifiche abilità verbali e non verbali finalizzate a disinnescare la percezione di torto subito da parte del paziente e, conseguentemente, la frustrazione e la rabbia.

I modelli di de-escalation

Esistono diversi modelli teorici dotati di validità esperienziale, i più noti dei quali sono il *modello ciclico* di de-escalation di Dix e Page, il modello *talk down* di Lorna Bowes e il *modello del ciclo dell'aggressione* di Kaplan e Wheeler.

Il modello di Dix e Page (2008) non si concentra solo sull'intervento immediato, ma anche sul totale del ciclo di un incidente aggressivo, dalla genesi al post evento, nella sua dimensione di apprendimento, finalizzato alla riduzione delle recidive.

Il modello talk down di Lorna Bowes (2014) è basato su un insieme di abilità comunicative, verbali e non, allo scopo di ridurre l'attivazione emotiva e psicologica del soggetto.

Il modello più famoso, e che approfondiremo più in dettaglio, è il modello del ciclo dell'aggressione di Kaplan e Wheeler (1983), che indaga principalmente su tre componenti critiche: io, l'altro e l'ambiente. Il presupposto di partenza è riconducibile, tra gli altri, alla teoria ecologica dello

sviluppo umano di Brofenbrenner (1994) nella quale l'individuo è posto al centro di sistemi ambientali interconnessi (micro-system, meso-system, exo-system, macro-system e chrono-system) e l'interazione tra loro di questi sistemi ambientali determina il comportamento della persona. E così il comportamento violento non può essere ricondotto a un difetto individuale della persona, ma rappresenta il risultato concreto di diversi fattori di rischio che si accumulano tra di loro e interagiscono a livello sistemico integrato.

Anche il modello transazionale dello stress (Richard Lazarus & Susan Folkman, 1980) riporta, sulla stessa logica, affermando che l'attivazione fisiologica non è una risposta automatica a uno stimolo esterno, ma è un processo dinamico e transazionale che coinvolge l'interazione esistente tra individuo ed ambiente. L'aspetto cruciale del modello è rappresentato da come la persona valuta l'evento accaduto, nel contesto in cui è accaduto e alla luce delle proprie risorse per affrontarlo. Questo modello indica che un evento potenzialmente frustrante non porta automaticamente alla rabbia, a meno che la valutazione primaria non lo classifichi come minaccia, generando stress. Qualora la valutazione secondaria indichi una mancanza di risorse di coping efficaci, generando un senso di impotenza, allora potrebbe emergere aggressività reattiva come strategia di coping disfunzionale allo scopo di ristabilire (o tentare di ristabilire) un controllo (percepito o reale).

Modello di Kaplan e Wheeler

Visto da queste prospettive teoriche, il modello di Kaplan e Wheeler ha il pregio di analizzare la genesi del fenomeno aggressivo attraverso una fase diagnostica dell'evento che indaga su:

Fase 1

- Io (il professionista): Che ruolo ho? Che cosa sto provando? Che cosa sto facendo? Le mie emozioni possono influenzare il mio comportamento? Come?
- L'altro (il paziente): Che bisogno ha in questo preciso istante? Quale è la causa della sua frustrazione? Pensa di non essere ascoltato? Si sente minacciato? È spaventato? Il suo corpo esprime agitazione? Si sente impotente? Pensa di aver subito un trattamento ingiusto?
- L'ambiente: C'è troppo rumore? Il locale è affollato? Ci sono oggetti pericolosi? C'è troppo caldo? C'è la possibilità che la persona danneggi gli altri? C'è la possibilità di chiedere aiuto?

Questo approccio evidenzia che l'aggressività non è solo un problema dell'individuo, ma è una dinamica relazionale tra persone ed è contestuale.

Fase 2

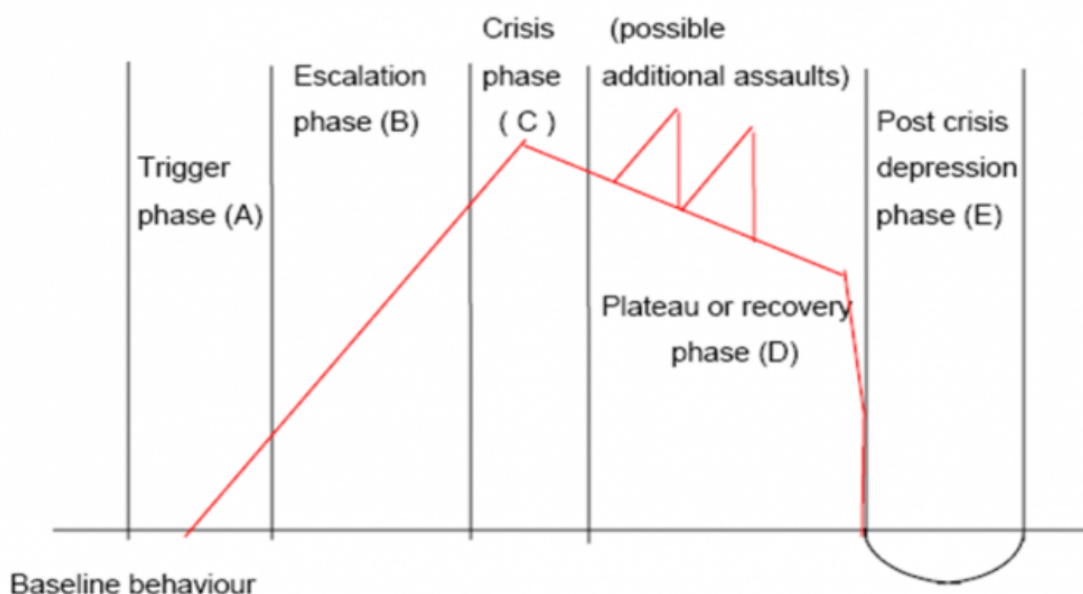
La seconda fase suggerisce che è necessario conoscere e padroneggiare le cinque fasi progressive del ciclo della aggressione:

- Uso di espressioni verbali aggressive;
- Gesti violenti;
- Minacce;
- Spinte;
- Contatto fisico;
- Uso di armi.

Conoscere il ciclo aiuta a decidere quale tipo di intervento potrebbe essere più efficace e intervenire nelle prime fasi del ciclo migliora le probabilità di successo.

Fase 3

Conoscere e padroneggiare le tecniche di de-escalation attraverso la applicazione pratica di strategie comportamentali e comunicative atte a contenere l'aggressione, considerando la "baseline behaviour".



Fase A trigger

La cosa più importante nella fase iniziale della gestione dell'evento è l'indagine per capire quale possa essere stato l'evento scatenante il disagio del paziente, il *trigger* che ha alimentato la percezione di torto subito. Rimuovere il percepito negativo di questo evento, in questa fase, equivale probabilmente a disinnescare l'emergenza. L'intervento dell'operatore deve essere empatico con l'obiettivo di prevenire l'escalation, di ridurre l'attivazione fisiologica del soggetto e il mettere in sicurezza le persone presenti. L'operatore dovrà mantenere viva la comunicazione verbale, parlare con autorevolezza, usare la rivelazione di sé, rimarcare cortesemente limiti e regole, mantenere la calma e usare tecniche assertive di diversione o di distrazione. Fare molta attenzione a non assecondare richieste del soggetto per non alimentare il rinforzo premiante dell'atteggiamento aggressivo.

Fase B escalation

In questa fase l'attivazione fisiologica del soggetto si fa più importante e si evidenzia nel paziente sia l'abuso verbale, sia i gesti aggressivi. Questo è il momento per usare le tecniche di de-escalation con lo scopo di trasformare i contenuti conversazionali da aggressivi a contenutistici, aventi per oggetto cose, fatti e non affetti soverchianti. Qui la persona va riconosciuta come persona, dando valore all'evento "trigger" in un'ottica di soluzione condivisa, con lo scopo di risolvere insieme il problema intervenuto. In questa fase l'operatore dovrà trovarsi a distanza di sicurezza di qualche metro, posizionato con un angolo di circa 30 gradi rispetto l'interlocutore, mani lungo il busto con i palmi della mano rivolti in basso e in avanti e sguardo non fisso sugli occhi del paziente. La posizione ha il duplice scopo di non essere considerata aggressiva e di permettere un allontanamento più agevole. Non bisogna chiudere via di fuga così da non alimentare la sensazione di sentirsi in trappola.

Fase C crisi

In questa fase è necessario porre in essere strategie di protezione di sé stessi e degli altri presenti. Non usare strategie aggressive, eventualmente solo tecniche di svincolo o fuga, e mai accettare la lotta.

Fase D recupero

Nella fase di recupero si verifica una significativa riduzione dello stato di attivazione fisiologica dell'individuo, un lento ritorno verso la linea basale. In questa fase, con l'attivazione poco sopra la linea basale, è assolutamente proibito stimolare il soggetto perché è facilissimo riattivargli l'aggressività ai livelli della fase della crisi. La persona deve essere lasciata senza stimoli, senza dare spiegazioni razionali e senza fare commenti in questo momento, lasciandoli eventualmente per il "dopo".

Fase E post crisi

È la fase di depressione, post critica ed è adesso che va affrontato con il soggetto cosa sia accaduto e come. Il soggetto si trova sotto la linea basale e le possibilità di riattivare la fase di crisi sono estremamente basse. Questa è la fase nella quale è probabile che il soggetto provi sentimenti di vergogna per l'accaduto, o un senso di colpa.

I dieci domini di Richmond

Il modello di Kaplan e Wheeler è stato implementato successivamente da Richmond ed altri (2012) attraverso la predisposizione di 10 domini chiave finalizzati a produrre nel modo più corretto e sicuro la de-escalation. Mirano a ridurre il livello di attivazione del paziente e, contestualmente, a ristabilire un processo comunicativo basato sui contenuti.

- Rispettare lo spazio personale. L'obiettivo è la sicurezza propria ed altri. La distanza più indicata parte almeno dai due metri in su, per dare al paziente il suo spazio vitale e per avere spazio per spostarsi in caso di azioni violente. È molto importante che sia il paziente che il professionista abbiano le vie di fuga libere, per non sentirsi reciprocamente in trappola. Se il paziente pretende che l'operatore faccia un passo indietro, l'operatore deve farlo rapidamente;
- Non essere provocatorio. Il professionista deve evitare l'escalation iatrogena (ovvero causata dall'intervento stesso). Il linguaggio del corpo del professionista deve comunicare che non vuole fare del male e che vuole ascoltare ciò che l'interlocutore ha da dire. La posizione è quella già precedentemente evidenziata: angolo di 30 gradi, posizione non di sfida, braccia lungo il corpo, palmi delle mani aperti facendo vedere che non si hanno oggetti in mano, occhi non fissi verso la persona. Verbale, paraverbale e non verbale devono essere congruenti e non aggressivi;
- Stabilire un contatto verbale rispettoso e far sì che una sola persona si occupi della gestione di questa fase al fine di non confondere il paziente. L'operatore deve presentarsi fornendo il proprio nome e la propria qualifica e spiegare che si è a disposizione per tenere il paziente al sicuro e nulla di male potrà mai accadergli. In caso di grande agitazione è meglio accertarsi che sappia dove si trova e cosa deve aspettarsi. È buona cosa chiedergli il suo nome e chiedere come preferisce essere chiamato;
- Essere concisi e semplici utilizzando un linguaggio facile e frasi brevi. I pazienti agitati possono avere qualche difficoltà a elaborare le informazioni verbali. La ripetizione dei messaggi è importante per essere sicuri che le informazioni siano state ben comprese. Dare limitate informazioni per volta e, quando certamente capite, fornirne delle altre. Va lasciato al paziente del tempo per elaborare quanto è stato detto e bisogna consentirgli di rispondere senza fretta;
- Identificare i desideri e i sentimenti. Il professionista deve riuscire a cogliere i bisogni del paziente, tra i quali anche la necessità di avere l'ascolto di una persona empatica che dia spazio

all'ascolto delle proprie richieste. L'operatore deve cogliere dalle parole, dal non detto, dal linguaggio del corpo, dai silenzi, dalle mezze parole, tutte le informazioni necessarie a identificare i bisogni dell'utente;

- Ascoltare attentamente. Conoscere bene la tecnica dell'ascolto attivo e trasmettere con le parole, con il para verbale e con il non verbale che si sta davvero in ascolto e si presta attenzione a ciò che si sta dicendo e sentendo. Ascoltare non significa che si è d'accordo, ma che si sta comprendendo ciò che sta dicendo. Una ottima regola è quella della sospensione del giudizio, ovvero l'ascoltare per capire esattamente quale sia il suo punto di vista, senza giudicare;
- Accettare o non accettare il disaccordo–conflitto. Vale la pena di usare un atteggiamento empatico chiamato *fogging* (annebbiamento), cercando di concordare in almeno qualche punto della posizione che l'utente fa emergere così da avere una validazione almeno parziale della posizione della persona e per sviluppare efficacemente la relazione. Questo anche se non si concorda su tutto o sulle conclusioni del paziente. Ci sono tre modi per essere d'accordo con il paziente: essere d'accordo con la verità, essere d'accordo in linea di principio o essere d'accordo con le probabilità. Se proprio non c'è nulla sulla quale essere d'accordo, chiarire con il paziente garbatamente quale sia esattamente il punto di vista;
- Stabilire regole e limiti chiari. Il paziente va informato su quali siano i comportamenti accettabili e quelli che non lo sono e quali conseguenze ne derivino. La comunicazione non deve essere percepita come minaccia ma come semplice e utile informazione. L'operatore deve comunicare l'intervento che sta facendo e i limiti che dimostrino il fondamentale intento di aiutare, ma non quello di accettare di essere maltrattati;
- Offrire la possibilità di scegliere. Offrire una nuova scelta quando il paziente crede di aver come unica possibilità l'aggressione, potrebbe essere uno strumento potente di de-escalation. La scelta è una fonte di potere per il paziente. Usando tecniche di comunicazione assertiva è possibile proporre alternative valide alla violenza. Possono essere offerte scelte relative a bisogni primari, o cose che possono essere percepite come atti di gentilezza. L'importante è che siano opzioni pratiche e reali e non promesse che poi non vengono mantenute;
- Ripristinare sempre la relazione con paziente e colleghi. Valorizzare la relazione per alleviare quanto di traumatico è emerso e ridurre al minimo il rischio di ulteriore violenza. Bisogna informare dell'evento tutto il personale per evidenziare sia ciò che è andato bene che ciò che non è andato al meglio, per imparare dall'esperienza.

Il modello esposto costituisce, a oggi, il pilastro delle strategie di prevenzione della violenza in ambito sanitario, a livello internazionale. Supera il concetto di causalità lineare della crisi, sulla base della semplice aggressività reattiva del paziente, riconoscendo che il fenomeno emerge anche da cause relazionali e contestuali sulle quali l'operatore può esercitare un ruolo determinante, atto a favorire la sicurezza fisica e psicologica di tutte le parti in causa. Il modello pratica una struttura sequenziale che va governata con azioni concrete da parte del professionista sanitario. Il modello, lungi dall'essere una mera lista di regole e comportamenti, rappresenta un paradigma diagnostico e preventivo che suggerisce al professionista l'assunzione di una prospettiva sistemica nella gestione operativa della violenza in ambito sanitario.

La formazione integrata per il personale sanitario. L'ideazione dei percorsi formativi

Il contrasto al fenomeno della violenza in ambito sanitario esige un intervento sinergico su due livelli:

- Livello organizzativo sistemico (eliminazione dei “trigger” ambientali, ottimizzazione della logistica, colori, rumori, illuminazione, chiarezza della comunicazione visiva, ambiente accogliente, assenza di oggetti pericolosi);
- Formazione degli operatori.

La formazione è ulteriormente stratificata:

- Prevenzione primaria del fenomeno;

- Prevenzione secondaria (gestione dell'evento e post evento).

La prevenzione primaria si attua attraverso una gestione proattiva delle aspettative del paziente e richiede lo sviluppo di una comunicazione trasparente ed immediata circa tempi di attesa, ritardi eventuali e le varie procedure. L'obiettivo è trasformare una frustrazione che il paziente percepisce come arbitraria in una frustrazione legittima, disinnescando una buona parte delle probabilità dell'azione aggressiva (Berlowitz).

Per ottenere questo risultato va sviluppata una consapevolezza personale e una forte competenza emotiva del personale sanitario attraverso:

- Training cognitivo. L'operatore deve ristrutturare il proprio pensiero per migliorare le strategie di coping. I pensieri disfunzionali e autolimitanti (non ce la faccio) vanno sostituiti con pensieri funzionali, con il risultato di poter gestire situazioni complesse, migliorando l'auto efficacia percepita (Bandura) e, di conseguenza, l'autostima. In questa fase della formazione va dato ampio spazio ai role-play e all'apprendimento esperienziale, oltre a contributi video esplicativi. La formazione va fatta da uno psicologo, non da un semplice formatore;
- Assunzione di prospettiva. Il training deve insegnare a decodificare le frustrazioni dell'utenza, intervenendo sul paziente prima che l'elaborazione cognitiva dell'utente si trasformi in violenza. Anche questa fase deve prevedere lezioni frontali ma anche esperienziali, con role-play, video e racconti, calando l'apprendimento in una forma vissuta che possa essere agita anche in condizioni di stress.

Per ottenere una migliore competenza e cura dei piani emotivi possiamo utilizzare il rilassamento digitale sviluppato da Leopoldo Rigo ed un percorso con visualizzazioni formulate ad hoc. Il rilassamento digitale consente un importante cambiamento del tono muscolare, uno stato di distensione generalizzato con conseguente scioglimento delle tensioni. Si assiste a una vasodilatazione di vene e capillari, un aumento della temperatura corporea che si traduce in una piacevole sensazione di calore. A livello cerebrale, il rilassamento digitale di Rigo porta da uno stato di intensa attività elettrica del cervello, a uno caratterizzato da un ritmo "onde alfa" (8-14 Hertz), provocando sensazioni di tranquillità e distensione accompagnate da un senso di benessere psicofisico, un abbassamento del controllo e della vigilanza per una più facile produzione di immagini oniriche spontanee o guidate. Così questa tecnica è l'ideale sia per la preparazione e la formazione degli operatori sanitari, sia per la gestione del post-evento.

Le modalità di erogazione della formazione devono abbinare contenuti da somministrare tramite lezione frontale, per la parte cognitiva – concettuale, ma anche sperimentazione della tecnica di rilassamento digitale e visualizzazioni, simulazioni, role-play, video e contenuti multimediali per la parte emotiva, per allenare le strategie di coping e per una corretta assunzione di prospettiva.

Infine, è necessario abbinare al training psicologico, cognitivo ed emotivo, anche tecniche che mirano ad attivare il sistema nervoso parasimpatico, interrompendo la risposta fisiologica "fight or flight" dell'operatore. Queste tecniche includono, tra le altre, le tecniche di respirazione diaframmatica di origine yogica, il grounding, il rilassamento muscolare progressivo di Jacobson e la mindfulness.

Conclusione

La violenza contro i professionisti della salute non è fenomeno isolato e puntiforme ma rappresenta la esternazione di un cortocircuito nel quale proprio chi ha a cuore la cura del paziente è oggetto di aggressività reattiva, causata da fattori individuali, ambientali e relazionali.

Il modello interpretativo ed operativo prevalente si orienta sull'elaborazione cognitiva di una frustrazione generata dalla percezione di ingiustizia, sulla quale l'operatore sanitario ha un certo spazio di manovra, a patto che si accetti che l'analisi trascenda l'ipotesi di colpe individuali e venga abbracciata, al contrario, una prospettiva sistemica.

Questa prospettiva deve necessariamente includere il paziente, il comportamento, il ruolo attivo dell'operatore, la struttura organizzativa e della comunicazione interna/esterna della Azienda



Sanitaria nel suo complesso. Per realizzare un tentativo di gestione del fenomeno della violenza in ambito sanitario è indispensabile porre l'accento su questo approccio triadico: paziente, operatore, ambiente.

In questo tipo di orientamento hanno significato e producono buoni risultati il modello triadico di Kaplan e Wheeler e le regole di Richmond che, da semplici check-list comportamentali, possono diventare training cognitivo per gli operatori, ristrutturando le loro paure in capacità gestionali delle crisi, anche sotto pressione e creando un legame biunivoco tra la psicologia dell'aggressore e il benessere di chi cura.

Il professionista riesce così a orientarsi sulla regolazione emotiva del paziente, favorendo la prevenzione e, anche se questa in parte dovesse fallire, resta la possibilità di una corretta gestione della de-escalation, prevenendo rischi psicosociali e anche il possibile burnout del professionista.

Lungi dal considerare facile questo processo che, certamente, avrà una percentuale di successo non totale, appare evidente che il contrasto efficace alla violenza non può prescindere dalla chiarezza tassonomica e dall'utilizzo di una serie di protocolli basati sulle evidenze scientifiche.

La costruzione di un ambiente di cura sicuro per pazienti ed operatori è nelle mani di tutte le parti coinvolte, principalmente riferite alla organizzazione funzionale e operativa delle strutture sanitarie, nei processi di diffusione delle informazioni verso il pubblico e nella formazione continua e nella salute psicologica del personale sanitario.

Buona parte della salute di chi cura è nelle mani di chi cura!

Appendice 1 - gli effetti della violenza sull'operatore:

- Incredulità
- Shock
- Senso di colpa
- Paura
- Depressione
- Disturbi fisici e psicosomatici
- Stress
- Perdita di autostima
- Sfiducia sulle proprie competenze professionali
- Auto condanna
- Impotenza
- Comportamenti di evitamento a scapito della qualità del lavoro
- Decadimento delle relazioni interpersonali
- Insoddisfazione per il lavoro
- Assenteismo
- Diminuzione della efficienza
- Abbandono della professione

Appendice 2 - comportamenti da evitare



- Dare avvertimenti o ordini
- Discutere
- Biasimare
- Moraleggiare
- Rimproverare
- Giudicare
- Usare soprannomi o nomignoli
- Analizzare o esaminare a fondo il paziente
- Ironizzare e fare sarcasmo
- Sminuire
- Elogiare
- Alzare il tono della voce
- Interrompere
- Formulare promesse e non mantenerle
- Muoversi rapidamente
- Avvicinarsi troppo
- Toccare le persone
- Volgere le spalle
- Minacciare con la mano o con un dito puntato
- Simulare indifferenza

Appendice 3 - cosa fare?

- Atteggiamento tranquillo e fermo
- Costante condizione di attenzione e di ascolto attivo
- Cercare di non essere solo in caso di segnali di possibile frustrazione o rabbia
- Avere sempre una possibile via di fuga disponibile
- Incoraggiare gentilmente l'utente a sedersi, ma, in caso lui non lo faccia, restare in piedi
- Non mettersi dietro una scrivania senza via di fuga
- Mantenere una distanza dal paziente non inferiore ai 2 metri
- Mai mettersi frontali (potrebbe esserci un percepito di sfida), ma sempre laterali con angolo di circa 30 gradi
- Sempre mani lungo il corpo con i palmi avanti e verso il basso
- Non sostenere lo sguardo diretto costante
- Controllare l'assenza di oggetti pericolosi e, nel caso, rimuoverli
- Non bloccare la porta o consentire all'altro di bloccarla



Appendice 4 - i segnali di allarme

- Evidente rigidità muscolare
- Espressione facciale di frustrazione o rabbia
- Gestualità elevata
- Parlare da solo
- Gesti minacciosi
- Denti serrati
- Pugni chiusi
- Segni evidenti di uso di alcol o sostanze
- Sudorazione abbondante
- Pallore improvviso
- Volto rosso paonazzo, a volte con lacrime
- Tono di voce alto
- Tendenza ad avvicinarsi
- Tremori
- Respiro affannoso
- Contatto visivo diretto e prolungato
- Girare avanti e indietro per la sala in modo lineare o circolare

Bibliografia

- ✓ Baccaro L., *Prevenire e gestire l'aggressività e la violenza in ambito sanitario*. Ebookeem, (2024).
- ✓ Bandura A., *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman, 1997.
- ✓ Barlow D. H., *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press, 2002.
- ✓ Baron, R. A., & Richardson, D. R. *Human aggression* (2nd ed.). Plenum Press, 1994.
- ✓ Beck J. S., *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press, (2011).
- ✓ Berkowitz, L., *Aggression: Its causes, consequences, and control*. McGraw-Hill 1993.
- ✓ Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. *The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry*. Annals of Family Medicine, 2(6), 576–582. 2004.



- ✓ Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., & Jeffery, D. *Safewards: Reducing conflict and containment on psychiatric wards. Issues in Mental Health Nursing*, 31(12), 856–865, 2010.
- ✓ Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. *Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. Psychological Review*, 101(4), 568–586, 1994.
- ✓ Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. *Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. Behaviour Research and Therapy*, 58, 39–51. 2014.
- ✓ Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. World Health Organization. https://www.who.int/publications/almaata_declaration, 1978.
- ✓ Denson, T. F., Pedersen, W. C., Ronquillo, J., & Nandy, A. S. The angry brain: Neural correlates of anger, angry rumination, and aggressive personality. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 21(4), 734–744, 2009.
- ✓ D’Ettorre, G., & Pellicani, V. *Workplace violence toward healthcare workers: An Italian observational study. Journal of Nursing Scholarship*, 49(6), 634–641, 2017.
- ✓ Dix, A., & Page, M. *Preventing and managing aggression and violence. Journal of Mental Health*, 17(5), 453–463, 2008.
- ✓ Dollard, J., Doob, L. W., Miller, N. E., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. *Frustration and aggression*. Yale University Press, 1939.
- ✓ Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. *Four models of the physician–patient relationship. JAMA*, 267(16), 2221–2226, 1992.
- ✓ Yu, R., Mobbs, D., Seymour, B., & Calder, A. J. *The neural signature of escalating frustration in humans. Cortex*, 54, 165–178, 2014.
- ✓ Kaplan, P. B., & Wheeler, E. G. *Survival skills for working with potentially violent clients. Social Casework*, 64(6), 339–346, 1983.
- ✓ LeDoux, J. E. *Coming to terms with fear. Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(8), 2871–2878. 2014.
- ✓ Milad, M. R., & Quirk, G. J. *Fear extinction as a model for translational neuroscience: Ten years of progress. Annual Review of Psychology*, 63, 129–151. 2012.
- ✓ Ochsner, K. N., & Gross, J. J. *The cognitive control of emotion. Trends in Cognitive Sciences*, 9(5), 242–249. 2005.
- ✓ Papini, P. B., Green, S., Mármol Contreras, D., Torres, L., Ogawa, S., & Li, W. The Journal of Neuroscience Frustrative nonreward: Behavior, circuits, neurochemistry, and disorders. 2024.
- ✓ Pompeii, L. A., Schoenfisch, A. L., et al. *Type and distribution of workplace violence in healthcare settings. American Journal of Preventive Medicine*, 48(3), 362–371, 2015.
- ✓ Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Jr., Zeller, S. L., Wilson, M. P., Perepletchikova, F., Ng, A. T., & Brenner, J. M. *Verbal De-escalation of the Agitated Patient:*



Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. Western Journal of Emergency Medicine, 13(1), 17–25, 2012.

- ✓ Roter, D. L., & Hall, J. A. *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits* (2nd ed.). Praeger. 2006.
- ✓ Scavi, M. *Arte di ascoltare e mondi possibili: come si esce dalle cornici di cui siamo prigionieri*. Bruno Mondadori, 2003.
- ✓ Secco S., *Psicologia clinica ospedaliera e territoriale*, Cavinato Editore, Brescia, 2015.
- ✓ Siep, N., Tonnaer, F., van de Ven, V., Arntz, A., Raine, A., & Cima, M. *Anger provocation increases limbic and decreases medial prefrontal cortex connectivity with the left amygdala in reactive aggressive violent offenders*. Brain Imaging and Behavior, 13(5), 1311–1323, 2018.
- ✓ Sorella, S., Grecucci, A., Piretti, L., & Job, R. *Do anger perception and the experience of anger share common neural mechanisms? Coordinate-based meta-analytic evidence of similar and different mechanisms from functional neuroimaging studies*. NeuroImage, 230, 2021.
- ✓ Spector, P. E., Zhou, Z. E., & Che, X. X. *Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review*. International Journal of Nursing Studies, 51(1), 72–84, 2014.
- ✓ Starfield, B. *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press, 1998.
- ✓ Tedeschi, J. T., & Felson, R. B. *Violence, aggression, and coercive actions*. American Psychological Association, 1994.
- ✓ Tritter, J. Q. *Evolution of patient involvement in health care*. In M. Gray & J. Q. Tritter (Eds.), *The Oxford handbook of public health practice* (pp. 285–290). Oxford University Press. 2011.
- ✓ Wegner, D. M. *Ironic processes of mental control*. Psychological Review, 101(1), 34–52. 1994.
- ✓ Zillmann, D. *Arousal and aggression*. In Research, 1983.