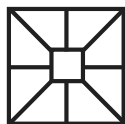


# **S.I.P.I.**

**Società Italiana di Psicologia Individuale**

**Member Group of**

**International Association of Individual Psychology**



**13-15 aprile 2018**

**Centro Pastorale Paolo VI**

**Via Gezio Calini 30, Brescia**

**XXVII Congresso Nazionale:  
Contagi relazionali:  
emozioni, comportamenti, culture  
in Psicologia Individuale**



Il buon Samaritano – V. van Gogh, 1890

**con il Patrocinio di:**

**International Association of Individual Psychology  
Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale  
Società Italiana di Psicoterapia Medica  
Comune di Brescia**



COMUNE DI BRESCIA

**con la collaborazione di:**

**Ass. Psicologia Individuale A. Adler Milano (APIAAM)  
Istituto Alfred Adler di Milano (IAAM)  
Ist. Psicologia Individuale "A. Adler" (IPI) di Torino  
Scuola Adleriana di Psicoterapia (SAP), TO, RE  
Scuola Adleriana Psicoterapia Psicodinamica, Brescia  
Soc. Adleriana It. Gruppi e Analisi (SAIGA), Torino**

**Presidenti del Congresso:  
Secondo Fassino, Claudio Ghidoni**

**Comitato Scientifico:  
Collegio dei Didatti e Consiglio Direttivo S.I.P.I.:  
Anna Maria Bastianini, Chiara Berselli, Alessandra Bianconi,  
Emanuele Bignamini, Francesco Bocci, Luca Burdisso,  
Carmela Canzano, Francesca Di Summa, Simona, Fassina,  
Secondo Fassino, Andrea Ferrero, Giuseppe Ferrigno,  
Enrica Fusaro, Claudio Ghidoni, Emanuela Grandi,  
Lino Graziano Grandi, Franco Maiullari, Giansecolo Mazzoli,  
Marinella Mazzone, Donato Munno, Umberto Ponziani,  
Andrea Rambaudi, Gian Giacomo Rovera, Biagio Sanfilippo,  
Barbara Simonelli, Paola Viglianco**

**Segreteria Organizzativa:  
Chiara Berselli, Francesco Bocci, Luca Burdisso, Emanuela Grandi,  
Simona Fassina, Enrica Fusaro,  
Enrica Cavalli, Manuela Martin, Anna Mura**

**Provider ECM: S.A.I.G.A.**

# INDICE

---

## **DINAMICHE PROFONDE DEI CONTAGI E PROCESSO DI INCORAGGIAMENTO:**

### INTERVENTI

Fassino S. <i>“Introduzione e rationale del congresso”</i> .....	p. 8
Rovera G. G. <i>“Il contagio relazionale negativo”</i> .....	p. 10
Ferrero A. <i>“Il contagio positivo, dinamica dell’incoraggiamento”</i> .....	p. 20
Munno D. <i>“Dal contatto con le teorie al ‘contagio’ col paziente”</i> .....	p. 27
Grandi L. G. <i>“Il contagio relazionale nella socioanalisi”</i> .....	p. 32

## **RISCHI E RISORSE DELLA RELAZIONE, TRASFORMAZIONI NELLE ANALISI E NELLA PSICOTERAPIA DINAMICA:**

### SINTESI DEI LAVORI DI GRUPPO

Bastianini A. M., Maiullari F. <i>“Infanzia e adolescenza”</i> .....	p. 36
Laguzzi S., Fusaro E. <i>“Adulti e anziani”</i> .....	p. 40
Bignamini E., Viglianco P. <i>“Complessità delle reti di cura”</i> .....	p. 44
Lerda G. S., Milanesi M. <i>“Aspetti evolutivi nella psicoeducazione”</i> .....	p. 47
Di Summa F., Rambaudo A. <i>“Culture e contaminazioni”</i> .....	p. 54

## POSTER

- Affronte R. *“Maternage e cura del paziente ustionato. Vedere con i suoi occhi, ascoltare con le sue orecchie, sentire col suo cuore”* ..... p. 57
- Affronte R., Passerini R., Iazzolino B., Rastiello D. *“Cohausing. Esperienze e contagi relazionali”* .. p. 60
- Ardenti R. *“La potenza trasformativa della relazione autentica”* ..... p. 63
- Berselli C. *“Contagi relazionali possibili con pazienti affetti da demenza grave”* ..... p. 66
- Bocci F., Calvarese L., Soregaroli L., Attanasio, F., Santini M., Bonenti P., Conti N., Loda F., Virgilio G., Giorgi A. *“Il contagio emotivo nel lavoro clinico con le vittime di mafia”* ..... p. 69
- Bosetto D., Antonietti G. M., Baldassin M., Carnevali G. S., Cenni C., Mascia I. V., Mazzola C., Molina F., Pe I., Rusciano D., Salerno L. *“Il contagio emotivo nella relazione terapeutica e nella supervisione di gruppo”* ..... p. 72
- Bosetto D., De Adamich B. M., Cavasino P., Cigognini G., Fracapane M. C., Sacchi A. *“Contagio relazionale nella supervisione ai CDD del Comune di Milano”* ..... p. 75
- Bovero A., Fonti I., Tosi C., Cito A. L., Botto R. *“La supervisione d’équipe: analisi dei contagi emozionali in onco-ematologia”* ..... p. 78
- Burdisso L., Torriano S., Avella S., Bartiromo R., Canuto S., Clavier E., De Francesco G., Dellavalle E., Di Francia S., Garrone G., Lavilla S., Notaristefano M., Sidoli J., Lasalandra M., Peronace A. *“L’onda emotiva”* ..... p. 81
- Casi E., Cherasco P., Grimaldi L. *“Trasversalità del contagio emotivo. Ambiti di lavoro differenti con simili tessuti emotivi”* ..... p. 85
- Caudana S., *“Storia di una ‘notina stonata’ che comincia a cantare. La terapia di Salli”* ..... p. 88
- Caudana S., Tenti E., Rohrich A., Gadda L., Murgias R., D’Alessandro I., Spina P., Lungaro M., Lena G., Anfossi A., Martone G., Conti A., Stara M., Lovo F., Ruscasso L. *“Contagio tecnologico nell’era digitale: generazioni a confronto”* ..... p. 91
- Cavalli E., Aillon J. L., Mura A., Pallanca A., Simonelli B. *“Determinanti sociali, disagio giovanile e dispersione scolastica: presentazione di un progetto in ottica adleriana”* ..... p. 95
- Cherasco P., Gerbaldo A., Serluca S. *“La formazione nel contagio e il contagio nella formazione”* ... p.100
- Cherasco P., Serluca S. *“Contagi emotivi in psicoterapia: alcune riflessioni”* ..... p.103
- Cherasco P., Serluca S. *“Contagio emotivo: lavoro e organizzazioni”* ..... p.106
- Cito A. L., Tosi C., Fonti I., Botto R., Bovero A. *“Possibili contagi emotivi tra terapeuta e caregiver di una paziente oncologica: il caso di R.”* ..... p.109
- Dematteis P. F., Passerini R., Buono P., Caramazza C., Furno A., Todesco E., Triantafyllopoulou N. *“I videogiochi online: un nuovo spazio di incontro o una moderna forma di isolamento?”* ..... p.112
- Fassina S., Simonelli B., Rambaudi A. *“I contagi relazionali nella formazione in psicoterapia”* ..... p.116
- Ghidoni C., Bocci F., Brambilla S., Brocca S., Milanese M., Podio N., Scaratti C. *“Il con-tatto in psicoterapia”* ..... p.119

Giorgi A., Roverselli M. <i>“Il gruppo di incoraggiamento: tra gruppoanalisi e psicologia individuale”</i>	p.122
Grandi G. P., Dogliani F., Torriano S., Caffaro G., Angelini M. <i>“Nella tana dell’inconscio: il lupo allo specchio”</i>	p.125
Grandi G. P., Vegro S., Rolfi C. A., Boscolo M., Bovio E., Calabrò L., Di Perna S., Ferraro S., Pierini A., Tardio F. <i>“La volontà di potenza nella crisi sociale: scenari possibili”</i>	p.128
Grossi C., Ricca M., Siani L., Cacciatori I. <i>“Benessere di chi cura e qualità delle cure percepite”</i>	p.131
Levy T. <i>“Il contatto relazionale nella consultazione psicologica con gli adolescenti”</i>	p.134
Maiullari F., Consalvo G., Iorno M., La Fronza A., Mattioni M., Pizza C., Rosolen F., Solca A. <i>“Contagio relazionale e supervisione. Riflessioni a partire dall’esperienza presso i CDD del Comune di Milano, condotta dalla Scuola CRIFU e dall’APIAAM”</i>	p.137
Mura A., Gioia A. M., Montefusco A., Nigrone C., Pallanca A., Simonelli B. <i>“La funzione ripartiva del contagio emotivo negli interventi rivolti alla violenza di genere e alla discriminazione in ambito LGBT”</i>	p.141
Musi E., Esposito M. G., Simonelli B. <i>“Il contagio emotivo nella costruzione dell’alleanza terapeutica: due esperienze cliniche a confronto”</i>	p.144
Rodope G., Fabris A. <i>“Il nostro primo contagio”</i>	p.147
Sala C., Tomasoni M. <i>“Un modello di Peer Education in chiave adleriana”</i>	p.150
Simonelli B., Fassina S., Rutto F., Lioy M., Ferrero A., Lerda S. <i>“Terapeuta, Adolescente, Genitori, Equipe: i contagi relazionali nel trattamento degli adolescenti con disturbo della personalità”</i>	p.153
Tosi C., Cito A. L., Fonti I., Botto R., Bovero A. <i>“Relazioni, percezioni e contagi emozionali tra gli operatori della salute e il paziente nel fine vita: una riflessione adleriana”</i>	p.157
INDICE AUTORI	p.160

# INTERVENTI

---

XXVII Congresso Nazionale SIPI  
Brescia, 13-15 aprile 2018  
“Contagi relazionali: emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale”

## DINAMICHE PROFONDE DEI CONTAGI E PROCESSO DI INCORAGGIAMENTO

### **Introduzione e razionale del Congresso**

Secondo Fassino

*Summary* – INTRODUCTION - DYNAMICS OF DEEP CONTACTS AND ENCOURAGEMENT PROCESS. Also according to recent neurobiological evidences, the *contagious contact* of trust, distrust, anguish, disappointment, hope, anger ... goes beyond, reinforces or cancels or confuses intentional verbal and gestural messages of conscious awareness strategies. The ethical responsibilities of the therapist, typical of his Social Interest/Feeling, are increased in the interaction / matching experienced in the setting. Here the Creative Self of the therapist (ri)activates by deep contact that of the patient.

*Keywords:* *PROCESSO DI CAMBIAMENTO, CONTAGIO PROFONDO*



Alfred Adler nel 1935 aveva già ben individuato il processo per il quale terapeuta e paziente cambiano insieme: “*Il trattamento coinvolge e trasforma sia il terapeuta che il paziente ...l’atteggiamento empatico è essenzialmente costituito dalla tardiva assunzione della funzione materna da parte dello psicoterapeuta... vedere con i suoi occhi, ascoltare con le sue orecchie... sentire col suo cuore...*”.

Molti psicoterapeuti in formazione si chiedono: che ne facciamo in conclusione di ciò che è stato evocato in noi dall’emozione del paziente?

Recenti acquisizioni psicobiologiche sulla comunicazione *implicita*, non verbale, emotiva più che cognitiva suggeriscono che nella relazione terapeutica si creano, articolano, annullano, esperienze emotive, finzionali/autentiche, regressive/progressive, di alleanza/resistenza, di cambiamento, infine. Per queste ricerche è probabile che la imitazione/simulazione inconscia da parte del paziente dell’espressione, modificata dal terapeuta, dell’esperienza del paziente stesso svolga funzioni terapeutiche regolatrici... Il contatto *contagio* profondo di fiducia, sfiducia, angoscia, delusione, speranza, rabbia... oltrepassa, rinforza o annulla, oppure confonde i messaggi verbali e gestuali intenzionali delle strategie consapevoli dell’*incoraggiamento*.

Ne risultano accresciute nell’interazione/matching vissuta nel setting, le responsabilità etiche del terapeuta, proprie del suo Sentimento Sociale. Ogni rispecchiamento e contagio, per quanto empatico, per diventare evolutivo trasformativo, deve aggiungere allo stato precedente del paziente un’acquisizione *nuova* effetto della *presenza significativa* del terapeuta. Il processo di cambiamento si alimenterebbe dalle sequenze riverberanti di contagi e di trasformazioni reciproche, come premessa e frutto dell’alleanza. Qui il Sentimento Sociale/Sé Creativo del terapeuta (ri)attiva per contatto profondo quello del paziente. Nel 27° Congresso SIPI - con ricorso privilegiato a *gruppi di apprendimento* come occasione di formazione - si confrontano elaborano, gli aspetti negativi e positivi di questi contagi relazionali, oltre che teorico/tecnici: emozioni, comportamenti, culture nei setting individuali, gruppali, socio-culturali, istituzionali, delle diverse età della vita.

DINAMICHE PROFONDE DEI CONTAGI E  
PROCESSO DI INCORAGGIAMENTO

**Il contagio relazionale negativo**

Gian Giacomo Rovera

*Summary* – NEGATIVE RELATIONAL CONTAGION. After a concise conceptual as well as historical re-examine of the “Relational Contagion” effects, a few themes regarding Psychology, Clinical Psychology and Psychotherapy will be sketched out. Besides aspects regarding the configuration of emotions and their expressive forms that lead to a negative relational contamination, reference will be made to 1. *interindividual relationships* with some clinical examples that could be included within the phenomenon of negative contagion as well as to 2. a few relational situations that might lead to a massive contagion (San Carlo Square in Turin, 2017). Moreover, as it happens in several psychological and psychiatric therapies, a few iatrogenic syndromes may occur, and these are to be recollected to the sphere of the negative contagion. The improper usage of educational tools also may lead to compulsion, plagiarism and regressive trends. Finally, a few critical reflections will be presented within the model of the Individual Psychology.

*Keywords:* CONTAGIO NEGATIVO RELAZIONALE INTERINDIVIDUALE, COLLETTIVO, IATROGÉNO

## **Premesse**

La locuzione *contagio emotivo* appartiene a una *configurazione concettuale* che, pur descrivendo un fenomeno comune è in realtà complesso. La *trasmissione* del contagio emotivo *da un individuo ad un altro* può infatti divenire precursore nel diffondersi quale *contagio collettivo*. In tale contesto la *paura* di pochi soggetti si diffonde immediatamente a un'intera folla (Inzani et al., 2004).

Il *contagio relazionale negativo* realizza un "passaggio" immediato e non consapevole di un'emozione considerata *primaria* (la paura) da un soggetto all'altro, che la esperisce come se fosse propria (Inzani et al., 2004). Al riguardo ci si riferisce a quelle forme di condivisione emotiva immediata, caratterizzata da mediazione cognitiva *secondaria*, modulata da stimoli espressivi di un'altra persona o di una collettività, *condivisa in modo diretto* (Bonino, 1998).

Tale reazione riconosciuta come una funzione importante nello *sviluppo filogenetico* ed *ontogenetico* nell'etologia umana: è peraltro una caratteristica nelle primissime fasi dello sviluppo psicologico, affettivo e cognitivo, e si può slatentizzare in situazioni di pericolo (o ritenuti tali).

Questa attitudine a condividere i sentimenti con altri rappresenta una delle funzioni dinamiche più importanti che regolano *l'empatia* e le relazioni socio-culturali: la comunicazione umana consente di modulare il livello della propria esperienza ed apre luoghi mentali ed affettivi all'incontro, alla disponibilità, all'ascolto (Bonino et al., 1998).

Il *contagio emotivo* è quindi riferibile non solo al contesto delle esperienze emotive *positive*, ma pure di quelle *negative*. La dimensione emotiva del contagio relazionale negativo comporta l'analisi di precursori focalizzati in alcuni ambiti specifici (interindividuali-relazionali-collettivi) assumendo talora una rilevanza psicopatologica.

## **I. Introduzione**

A) La maggior parte degli studiosi sono concordi nell'affermare che prima della *rivoluzione industriale* compassione, empatia e sensibilità erano rilevabili persino nei rapporti più stretti. Una probabile spiegazione è riferibile alle pessime condizioni di vita in cui versava la maggior parte della gente (morte prematura, stenti, miseria, visione dell'esistenza terrena contrapposta a quella ultraterrena). Se da un lato era diffusa l'insensibilità verso la sofferenza: dall'analisi di situazioni quali massacri, guerre, pestilenze, si evince che il *contagio emotivo* si presentava a fronte di emozioni quali *paura* e *odio*.

B) In una *prospettiva socio-culturale* il contagio è oggetto di studio e controversie. I mass media, quali vettori di diffusione rapidissimi non propagando solo notizie, ma anche emozioni: hanno un ruolo centrale per la diffusione dell'opinione pubblica. Questa è una forma di atteggiamento di una collettività altamente "dispersa"; non esiste, infatti, una Cultura omogenea su tematiche sociali specifiche, ma facendo interagire diversi tratti si possono evidenziare alcuni modelli in comune. Spesso i media sono stati accusati di fare propaganda invece di informazione, cioè di presentare un'informazione con l'intento di contagiare l'opinione pubblica, giacché il confine tra informazione e propaganda è molto sottile e difficilmente tracciabile (Inzani et al., 2004).

## **II. Il percorso delle esperienze emotive: dall'intreccio emotivo al contagio negativo**

A) Il **nucleo dell'emozione** è costituito da un *intreccio* cognitivo e da un'emotività espressa.

Tutto ciò conduce a sottolineare alcuni punti:

- Una "*qualità*" *inalizzabile*, essenzialmente emozionale.
- Un momento susseguente di tipo *valutativo immediato*: come quando realizziamo la presenza di una minaccia esterna e proviamo paura.
- *Dei correlati fisiologici, delle risposte motorie* (come scappare) e di altre espressioni che la accompagnano.
- *Una componente cognitiva simbolizzata*.

Il *contagio delle emozioni* interindividuale e collettivo avviene utilizzando specie la comunicazione verbale e

non verbale, che producono in chi le prova delle modificazioni nel modo di esprimersi con il viso, con la voce e con il corpo.

Quale *fenomeno socio-culturale* le emozioni trasmettono *contagio*, se il *contesto ambientale* in cui si vive influenza le manifestazioni emotive. Raffronti compiuti su culture diverse fra loro, mostrano che le *norme culturali* possono influire sulla qualità delle emozioni, sulla loro frequenza ed intensità, sulle occasioni in grado di produrle.

La *teoria dell'espressione facciale "neuro-culturale"* (Eibl-Eibesfeldt, 1984) ipotizza l'esistenza di circostanze attivanti (che possono essere diverse da cultura a cultura) che suscitano un'emozione che attiva un programma di espressione facciale.

Esistono peraltro *abitudini* apprese anche pedagogicamente, le quali regolano e controllano l'espressione e l'attivazione dell'*emotività espressa*, che sono in rapporto con la cultura e intervengono sia nella definizione di *emozione appropriata* che nella *regolazione dell'espressione*.

B) La *prossemica* (Hall, 1996; Bracco, 2000), disciplina che studia la "distanza" che esiste tra gli individui, è considerata una predisposizione innata, che permette di "riconoscere" il vissuto emotivo dell'Altro: attraverso l'*avvicinamento delle distanze tra Sé e l'Altro* vi può essere una condivisione delle sue emozioni, sia in modo positivo che negativo (Cfr anche il *mirroring* di Gallese et al., 2006).

Analogamente se l'*empatia* e la *sin-patia* si fondano, dal punto di vista ontogenetico, sulla tendenza a condividere gli stati emotivi dai nostri simili: sembra corretto considerare il *contagio emotivo* un precursore della *paura*, del *panico*, della *fuga*, eccetera. Il contagio emotivo consiste in una tendenza a *complessità crescente* innescata da *fattori scatenanti* che ci porta ad imitare e sincronizzarci con le espressioni facciali, vocali, posturali e motori di un'altra o più persone.

Mentre l'*empatia* o l'*antipatia* implicano una consapevolezza "dell'alterità" fra Sé e Altro, il *contagio emotivo* è un'esperienza immediata, tra vissuti delle persone coinvolte. Tale *distinzione* spesso non è elaborata consapevolmente (Inzani et al., 2004).

a) Per quanto riguarda la *trasmissione del contagio emotivo* alcuni individui più di altri riescono a contagiare chi li circonda attraverso *tre caratteristiche*: 1) devono provare forti emozioni; 2) gli stessi devono essere capaci di esprimere tali emozioni; 3) gli uni e gli altri devono provare emozioni relativamente neutre.

b) Anche rispetto alla *ricezione* le persone maggiormente suscettibili al contagio emotivo, tendono a presentare *caratteristiche* psicologiche che sono più concentrate sugli altri che su se stessi: ciò favorisce una maggior capacità di decodificare le comunicazioni emotive degli altri; nonché una tendenza ad imitarne le espressioni facciali, vocali e posturali.

C) Il *contagio emotivo* è stato rilevato, quale *evento emergente* non solo nell'uomo ma anche in molte specie di vertebrati.

La moderna *etologia* (Eibl-Eibesfeldt, 1984) riprende la prospettiva darwiniana della capacità innata dell'uomo di riconoscere le emozioni, unita ad una tendenza altrettanto innata a rispondere a queste in modo congruente (Darwin, 1859). L'espressività di emozioni non è soltanto legata adattivamente alle modificazioni fisiologiche collegate all'emozione stessa, ma *agisce da segnale* che comunica un certo stato emotivo e ne determina il *contagio* per imitazione.

La *rapidità con cui il contagio emotivo* si propaga da un individuo all'intero gruppo svolge una funzione adattiva essenziale, perché permette al gruppo di reagire in modo immediato ai *pericoli*.

b) Secondo Marsden (1998) l'individuo umano fa le scelte anche su base sociale: la *cultura* si evolve infatti nel modo in cui è adattata ai meccanismi di coping del cervello. Dunque, il contagio emotivo contiene quegli elementi della cultura che operano sia come stimolo sia come risposta.

c) Studi recenti hanno cercato di spiegare il valore adattivo che possono avere il *contagio* alle *emozioni negative*: in particolare alle espressioni di dolore, sofferenza e paura. Dal punto di vista dell'individuo tale condivisione si traduce in un vissuto di disagio e di sofferenza. È stato pure dimostrato che lo scambio comunicativo è funzionale a comportamenti come cooperazione, altruismo ed l'accudimento dei più piccoli e dei più deboli (ciò rinvia, per gli Adleriani, all'importanza del *Sentimento Sociale*).

C'è un accordo sull'ipotesi che nel bagaglio filogenetico della specie umana si sia fissata, per il suo alto valore adattivo, la tendenza a reagire in modo riflesso ed automatico, ai segnali espressivi dei propri simili (Kitwood, 1990; Palocchi, 1994).

D) Nell'area della **psicologia dell'età evolutiva** è stato preso in esame il ruolo svolto dal *contagio emotivo* nel quadro dello sviluppo emotivo ed in particolare è stato focalizzata e messa in evidenza la sua importanza nella relazione affettiva tra il bambino e l'adulto.

a) Questi studi sono influenzati particolarmente alla *teoria dell'attaccamento*, che ha sottolineato l'utilità con la quale i bambini rispondono in modo congruente e condiviso alle emozioni materne (Bowby, 2000).

La formazione dell'*attachment* fa parte del legame biologico che facilita il bambino nel rapporto individualizzato con una figura significativa (Bolwby, 1971): sostenuta più tardi anche dal linguaggio, la comunicazione trasmessa tramite le emozioni, rimane nondimeno la caratteristica principale delle relazioni intime, per tutto il corso della vita (Bolwby, 1989).

b) Come *pre-condizioni* del contagio emotivo, accanto alla programmazione filogenetica, possiamo porre la relazione madre-bambino attraverso la quale il bambino mette in atto quella comunione immediata che inerente al contagio. Il patrimonio genetico offre quindi un insieme di possibilità che, per realizzarsi, devono trovare un'adeguata situazione psico-sociale che consenta di realizzare una differenziazione del *Sé non estraneo all'altro* che accompagnano l'individuo *nel corso di tutta la sua vita*.

c) In una ricerca (Bonino, 1997) si è dimostrato l'esistenza **nell'adulto**, accanto alle forme di empatia più mature, di forme più primitive, compreso il *contagio emotivo*. Questo tende a emergere e prevalere laddove l'emozione vissuta come forte è concordante con le emozioni del soggetto, mentre la *discordanza emotiva* non favorisce il contagio dell'emozione presentata persino nei casi in cui il soggetto razionalmente approva la situazione (cfr l'esperimento dell'*obbedienza distruttiva*).

La sintonizzazione emotiva nell'adulto avviene, allora, su base emotive comuni, per similarità. Le società complesse hanno messo in atto un insieme di codici sociali che censurano l'espressione palese delle emozioni. Lo stesso comportamento ritualizzato, in quanto strumento di formalizzazione che media la relazione, si configura come modalità attraverso la quale veicolare, controllare e delimitare l'espressione di emozioni particolarmente forti e ad alto rischio di contagio. Il *rito anche religioso* rappresenta in questo senso una situazione per valutare come, nei casi in cui può venire a mancare la mediazione di processi cognitivi e un alto rischio di contagio emotivo, *il sistema culturale* abbia provveduto a organizzare comportamento convenzionalizzati e dotati di forte valenza simbolica in grado di indurre i soggetti a provare l'emozioni temute e a regolarne la manifestazione garantendo loro il mantenimento di una profonda risonanza emotiva entro i limiti del controllo cognitivo (Scarduelli, 1983).

A livello *individuale relazionale*, per un adulto che abbia realizzato una piena differenziazione tra Sé e l'Altro, il contagio emotivo rappresenta una grave minaccia ai confini del Sé, proprio perché tende ad annullarli in modo automatico e immediato. Il blocco della condivisione emotiva è facilitato laddove l'individuo non ha accesso diretto alla espressione dell'emozione provata dall'altro.

### III. **Quando il contagio emotivo può diventare negativo**

A) Nella prospettiva degli **studi antropologici-culturali** viene confermata una tendenza comune dell'individuo al contagio emotivo.

*Tutte le culture*, al loro interno, esprimono dei momenti o delle occasioni (ad esempio gli *incontri* rituali) in cui sia possibile "sentire" un'intensa adesione emotiva.

La *drammatizzazione* che il rito comporta favorisce il di *contagio* dei partecipanti, giacché li accomuna lo *stesso sentire* (Wallon, 1974) generando un clima di compartecipazione emotiva e comportamentale. Il rito è l'esemplificazione più diretta del *contagio emotivo generalmente positivo* (vedi III c).

Il coinvolgimento emotivo della *situazione rituale anche se apocrifia* (Bartocci, 2016), è facilitato dalla *comu-*

*nicazione sensomotoria non verbale* che in essa si verifica. Esso è aderente al contesto in cui si svolge e alle azioni a cui si accompagna l'adesione emotiva collettiva. Oltre ai riti religiosi si ricorda la sintonizzazione dei *concerti folk*, nelle *parate*, nei *raduni politici*, eccetera.

Il **contagio emotivo negativo** è suddivisibile in diverse **classi di contagio** (P. Marsden, 1998). Ad esempio: nell'alcolismo, nel fumo dei giovani (Ritter e Holmes, 1969), nell'abuso di stupefacenti (Ennett, 1997) nella ludopatia (Jones, 1998); nei comportamenti autolesivi, come il suicidio; nei beni di consumo; nella diffusione dei sintomi somatici cosiddetti funzionali e istrionici.

Nei comportamenti studiati nell'ambito della *folla*, quali insiemi estemporanei di persone che si influenzano a vicenda: talora con disinibizioni o aggressività, talora in situazioni caratterizzate da incertezza e ambiguità o paura.

I fatti di cronaca evidenziano l'importante ruolo dei fattori emotivi. Durante gli eventi di Torino (vedi Esempificazione, parte IV d) si è visto con quanta facilità l'emozione sia dilagata in modo quasi automatico da un individuo all'altro. L'espressione emotiva di una persona (un gesto, una postura, un grido, uno sguardo) non solo è stata immediatamente colta da un'altra persona, ma ha avuto il potere di trasmettere l'*emozione rappresentata*. La paura ha potuto così propagarsi in modo riflesso e con grande rapidità a molte persone ad altre loro vicine.

#### IV. Aspetti antropologico-culturali

A) La **Diffusione del Contagio negativo** si attuano oggi anche attraverso i Blog (diffamazione, ludopatia, eccetera), i mass media, la rete comunicazionale diretta. Anche condotte come vari tipi del "*bullismo*" e dei *disturbi del comportamento alimentare*, che emergono su WhatsApp ed altri "social", rappresentano un rischio di *infezione psichica* interindividuale o collettiva, di emulazione dovute ad una *trasmissione* contaminante (Porot, 1965).

Al di là degli Esempi storici e quelli della *contaminazione psicopatologica* il caso riportato è quello succeduto a Torino il 3 luglio 2017, in Piazza San Carlo.

B) **Gli esempi** di *Contagio relazionale negativo* sono numerosissimi e si riferiscono a molti ambiti disciplinari (etologia, antropologia culturale, mitologia, credenze apocriefe, sociologia, psicologia, sessuologia, psichiatria, eccetera). Persino la *calunnia* celebra aria del Barbiere di Siviglia è contagiate.

La consapevolezza di complessità conduce ritenere che l'esemplificazione si incentri intenzionalmente su tre "narrazioni" che riguardano vari ambiti e contesti e tipi di contagio negativo:

a) **Il tarantismo o tarantolismo** (causato da un'aracne e da un contagio positivo terapeutico collettivo) è considerabile una sindrome culturale di tipo istrionico che può rientrare in un "contagio negativo". Riscontrato nel Sud Italia e in altri Paesi del Mediterraneo, nella tradizione popolare è collegato al termine tarantismo che indica la patologia stessa. Per estensione, con la parola tarantismo ci si riferisce anche al fenomeno culturale e terapeutico che ne costituisce il contesto, portato alla luce da studi approfonditi sulla "*magia*" da parte dell'antropologo culturale Ernesto De Martino (1959).

Il tarantismo è costituito da una *sindrome complessa* di malessere generale, di prostrazione, di depressione, di quadri neuropsicologici funzionali (catatonìa, *isteria*, *epilessia* o deliroidi) e psicosomatici, quali dolori addominali, muscolari o affaticamento. La maggior parte dei soggetti che ne denunciano i sintomi sono di genere femminile.

La *cura tradizionale* è una terapia di tipo musicale coreutico, durante la quale il soggetto viene portato ad uno stato di *trance* nel contesto di danza frenetica, dando luogo a un fenomeno che è stato definito un *esorcismo musicale*.

De Martino ritiene che il tarantismo sia una forma della manifestazione patologica che può avere radici nel disagio individuale ed è ascrivibile al contesto di *efficacia simbolica* del sistema culturale.

L'evento del manifestarsi dei "sintomi" del tarantismo è una *risposta contagiosa* che porta alla partecipazione di un gruppo di persone ad un complesso *rito terapeutico* nel quale, avvalendosi di un apparato ritmico, musicale, coreutico e cromatico, oltre che di oggetti e ambientazioni rituali, si riesce a ristabilire la guarigione di una persona sofferente.

b) Il tarantismo è un fenomeno con il quale si sono confrontate diverse scuole di pensiero e discipline: etnologia, psicologia, storia delle religioni, mitologia, estetica, medicina, antropologia culturale, etnomusicologia, zoologia, psichiatria. La comprensione del complesso fenomeno non può prescindere da un approccio multidisciplinare, che non si esaurisce in un'analisi medico-diagnostica che individua il carattere psicopatologico, né che etichetti semplicemente il tarantismo come un frutto dell'ignoranza e della credulità popolare.

Alla leggenda popolare risalente al Medioevo può essere legata anche una *spiegazione psico-socio-neurologica*: il ballo convulso, accelerando il battito cardiaco, stimolando abbondante sudore e il rilascio di endorfine, favorisce l'eliminazione del veleno e contribuisce ad alleviare il dolore provocato dal morso del ragno e di simili insetti. Non è quindi da escludere che il ballo venisse utilizzato originariamente come *rimedio medico*, a cui in seguito sono stati aggiunti *connotati religiosi ed esoterici*.

c) Negli ultimi anni ha preso piede la rappresentazione teatralizzata e rievocativa della *danza delle tarantate*, da parte di alcuni gruppi musicali e associazioni culturali. Negli anni 1990 e 2000 tradizioni musicali appartenenti al genere della tarantella, in particolare la pizzica, sono tornate alla ribalta ottenendo un grande seguito. Tale riutilizzo di antichi tratti culturali inseriti in contesti completamente differenti e con significati profondamente mutati è un classico esempio di "*revival folklorico*", definizione dell'antropologo Tullio Seppilli (1962). Grazie a questa riproposta culturale, il fenomeno del tarantismo ha raggiunto un vasto pubblico *anche* fuori dai confini del Salento.

C) *War of the Worlds (La guerra dei mondi)* fu un celebre sceneggiato radiofonico trasmesso il 30 ottobre 1938 negli Stati Uniti dalla CBS e interpretato da *Orson Welles*, tratto dall'omonimo romanzo di fantascienza di Herbert George Wells. È rimasto famoso per avere *scatenato il panico* descrivendo una invasione aliena, propagata come evento reale.

Molti radioascoltatori, malgrado gli avvisi trasmessi prima e dopo il programma, non si accorsero che si trattava di una *finzione*, credendo che stesse veramente avvenendo uno sbarco di extraterrestri ostili nel territorio americano. L'adattamento del romanzo, infatti, simulava un notiziario speciale che a tratti si inseriva sopra gli altri programmi del palinsesto radiofonico per fornire aggiornamenti sull'atterraggio di bellicose astronavi marziane nella località di Grovers Mill, nel New Jersey.

D) Il *Contagio negativo collettivo è chiaramente rilevabile* nel disastro di Piazza San Carlo di Torino in riferimento ai fatti avvenuti la sera del 3 giugno 2017, è stato un *Contagio negativo* dovuto alla *fuga* di persone dovuto al *panico* e calca generalizzata da *temuto attacco terroristico*.

Nella data suddetta, a Torino, in occasione della finale di Champions League tra Juventus e Real Madrid, fu installato in Piazza San Carlo uno dei due maxischermi per permettere ai tifosi rimasti in città di seguire in diretta la partita che si disputava a Cardiff. Le indagini hanno appurato che durante lo svolgimento della partita, a seguito del comportamento di un gruppo di rapinatori che utilizzavano *spray urticante* per aprirsi la strada dopo aver raziato oggetti di valore tra il pubblico, si è diffuso un *contagio relazionale negativo* che ha scatenato il panico. La folla contagiata dal terrore, ha creato una calca per fuggire, che ha provocato un totale di 1527 feriti e una donna morta per schiacciamento.

È impressionante vedere il film amatoriale e le numerose fotografie ed i commenti al riguardo. Ancora oggi vi sono degli strascichi psicologici, post-traumatici, medici e giudiziari.

## V. Il contesto clinico

A) Sono gli individui del *personale sanitario* che non potendo sfuggire alle emozioni altrui (come gli infermieri, gli psicologi, gli psicoterapeuti, gli psichiatri, gli operatori sociali e sanitari) corrono maggiormente nel rischio del contagio di emozioni negative che può portare a vissuti di disagio, di malessere psichico e fisico.

a) Se, negli adulti in genere, uno dei meccanismi difensivi messo in atto di fronte al rischio del contagio è la negazione dell'emozione osservata: nel personale sanitario, che vive quotidianamente a contatto con l'altrui sofferenza fisica e psicologica, questo meccanismo difensivo si può dire che sia all'ordine del giorno. A conferma di ciò è particolarmente indicativa la ricerca condotta da (Bonino e Giordanengo, 1993) su un campione di operatori sanitari di una USSL della Regione Piemonte. Da uno studio è risultato che, pur dimostrando di

possedere capacità di discriminare e riconoscere le *emozioni espresse* dagli altri, pochi hanno asserito di non aver provato disagio di fronte alla capacità di rappresentarsi il vissuto altrui, e ancor meno hanno dichiarato di essere riusciti a empatizzare con i pazienti.

Dalla ricerca è emerso che nell'età adulta coesistono sia *modalità primarie* di contagio emotivo sia *modalità secondarie* di adesione empatica: ciò spiega il motivo dell'atteggiamento ambivalente nei confronti della condivisione emotiva, dato che le persone, pur volendo entrare in sintonia con l'altro, non hanno la sicurezza di riuscire a modulare la distanza e a non farsi travolgere dal contagio emotivo negativo.

b) Gli studi si sono focalizzati su *tre punti*: 1) il contagio emotivo vissuto dagli operatori, 2) il contagio emotivo nella relazione assistito/terapeuta e 3) il contagio negativo di tipo psicopatologico.

c) Come si è già accennato (Par. VII, A) gli individui che non possono sottrarsi alle emozioni stressanti altrui come gli *psicoterapeuti*, gli operatori sanitari e sociali, corrono maggiormente il rischio del *contagio relazionale negativo*, che può tradursi in forme di sofferenza psicosomatica sino al *burn-out*. Emerge da quest'ultima l'importanza di riconoscere la complessità ed anche la potenziale negatività dell'esperienza empatica, al fine di supportare le persone nel saper modulare la condivisione, nel limitarla quando è pericolosa, nel metterla in atto quando è utile.

B) Il *setting psicoterapico* fornisce diversi esempi di I che riguardano il terapeuta. Secondo T. Reik (1948) i terapeuti accolgono molte comunicazioni cosce ed inconscie ed il contagio emotivo subentra quando, pur avendo consapevolezza degli impulsi dell'assistito, psicologicamente i terapeuti reagiscono (Tansey e Burke, 1989) alle emozioni dei pazienti in *due modi*: provando ciò che prova il paziente (identificazione concordante), o provando emozioni complementari (identificazione complementare).

Il *contagio emotivo*, attraverso il coinvolgimento empatico è trasmesso con un'osservazione e imitazione dei movimenti espressivi che portano il terapeuta a comprendere l'espressione in Sé e del paziente. Il contagio emotivo può essere influenzato dalle aspettative che il terapeuta ha, per cui bisogna distinguere quando il terapeuta assorbe realmente i sentimenti del cliente e quando invece prova delle emozioni che presume il cliente stia provando (Hatfield e coll., 1991).

e) Per quel che riguarda la relazione *contagio emotivo negativo* si distingue la risposta tra paziente e terapeuta. Mentre si è trovata una diminuita responsività da parte di persone *depresses* e un'assenza in patologie di *tipo psicopatico*. Da parte del terapeuta si condivide la sofferenza altrui e quindi vi può essere un *contagio emotivo* generalmente positivo.

f) Rispetto alle problematiche delle *tossicomanie* e *ludopatie* (Vaccari e Zucconi, 1997) considerano la *addiction* come un contagio che agirebbero in modo abbastanza simile a quello di *agenti infettivi contaminanti*, cui gli individui possono essere resistenti o meno. La contaminazione avviene attraverso l'oggetto a cui la persona si pone in posizione di *dipendenza regressiva*.

B) Il *disturbo psicotico condiviso* o *folie à deux* è una sindrome psichiatrica nella quale una convinzione delirante viene trasmessa (in modo contagioso negativo) da un individuo all'altro. La stessa sindrome condivisa da più di due persone può essere chiamata *folie à trois*, *folie à quatre*, *folie à famille*, o anche *folie à plusieurs* (follie di molti).

a) L'evento clinico è stato descritto nel 1877 dagli psichiatri francesi Ernest-Charles Lasègue e Jean-Pierre Falret. Gli individui affetti vivono in stretto contatto e intimità, sono socialmente isolati e hanno scarse interazioni con altre persone.

b) La letteratura medica è ricca di studi sull'*evento chiave* (*Schlüsselerlebnis*) od elemento causale, da cui le reazioni deliranti traggono origine: una piccola ingiustizia da cui originano interminabili conflitti giuridici, una ingenua manifestazione di effetto scambiata per l'inizio di un amore del tutto illusorio. Queste *relazioni* (Mayer-Gross et Al, 1956) hanno una tendenza a diffondersi per un *contagio psicologico negativo*. Nel cerchio ristretto della famiglia può verificarsi la comparsa della *folie à deux* quando, per esempio, il marito crede alle idee della moglie paranoide. In casi del genere si rileva abitualmente che un elemento della coppia o del



gruppo di pazienti è affetto da malattia organizzata, mentre gli altri sono soltanto predisposti. Questi ultimi si distinguono nel gruppo per una manifestazione più ragionevole delle loro false convinzioni e per una maggiore accessibilità di realtà.

c) La *diffusione per contagio* di errati convincimenti può verificarsi su una scala assai più vasta. In antiche comunità, e pure oggi, emerge, per esempio, che interi villaggi siano ossessionati dall'idea di subire *la malefica influenza delle streghe*: in questo caso la reazione, sotto il profilo psicopatologico, investe il problema delle *suggestioni collettive* e della *psicologia di massa*.

C) **L'Emotività espressa** (E.E.), quale contagio emotivo familiare, misura la temperatura emotiva della famiglia, in genere di fronte a un soggetto con sintomatologia schizofrenica o borderline, essendo il primo luogo di espressione dei sintomi del paziente. La famiglia si trova immersa in una serie "perturbanti" del proprio congiunto, il cui rischio diviene la critica verso i comportamenti. Oppure, all'opposto, la negazione del disturbo o ancora un atteggiamento iperprotettivo, sono dinamismi che scatenano l'E.E. e che definiscono il concetto (Lustrati, 2008; Invernizzi et Al., 1991)

In effetti l'*Emotività Espressa* rappresenta la "temperatura emotiva" della famiglia, è l'indicatore dell'intensità emotiva familiare (Vaughn, 1988) e del *Contagio relazionale negativo*. La problematica psicopatologica dell'*Emotività Espressa* in genere dipende da una *malattia schizofrenica* ne dalle sue recidive. Questo concetto è stato coniato a partire dai primi studi compiuti a Londra da George W. Brown e colleghi (1958) per indicare quel particolare *stile interazionale familiare* che aveva mostrato una correlazione con le recidive di *pazienti psicotici*. Altri Autori hanno allargato gli studi ad altre patologie, confermando il medesimo ruolo predittivo dell'alta *Emotività Espressa* sulle recidive di pazienti: *Depressi, Bipolari* (Miklowitz, Goldstein, Nuechterlei, Snyder & Doane, 1986; Miklowitz, Biuckia & Richards, 2006); con *Disturbi Alimentari* (Fischmann-Havstad & Marston, 1984; Szmukler, Eisler, Russel & Dare, 1985; Sepulveda, 2009) e con patologie organiche (Invernizzi et al., 1991, Fassino et al., 2007). È stata verificata l'influenza di un'alta *Emotività Espressa* anche rispetto a quanto manifestato dai coniugi dei pazienti e addirittura dagli operatori dello staff ospedaliero. Inoltre l'*Emotività Espressa* viene ritenuto un valido *predittore cross-culturale*.

c) Nel contesto di un *contagio emotivo negativo* l'elevata *Emotività Espressa* familiare può essere precedente l'*esordio psicotico* e quindi può essere considerata uno fra i fattori di rischio del disturbo. Per comprendere l'azione si dovrebbe abbandonare la prospettiva di una *causalità lineare* e utilizzare un'*ottica circolare*, considerando gli atteggiamenti dei familiari e i comportamenti dei pazienti come uniti fra loro da *meccanismi di feedback*, tali da innescare un *circolo vizioso* nel quale un'alta *Emotività Espressa* si esplicherebbe sotto forma di maggiori richieste e pressioni da parte dei familiari che provocherebbero comportamenti più disturbati dei pazienti, i quali a loro volta condurrebbero a ulteriori interazioni. In questi casi il *contagio relazionale negativo* circolare.

## VI. *Dai riti settari alle malpratiche e iatrogenie*

A) Vi sono oggi molte fenomeniche di *contagio negativo* legato alle *tendenze al settarismo, malpratiche e iatrogeniche*, ad esempio il "*metodo stamina*" per le malattie neurodegenerative; le *diete metaboliche* diffuse in Albania e poi in Italia (con 80000 adepti). Forse tra le più note al proposito sono le *medicines alternative (NMG)* che a partire dal 1981 è stata propagandata e praticata in molto Paesi Europei e che si è conclusa con il decesso del medico Ryke Geer Hamer, già radiato dall'ordine dei medici della Germania.

a) **I Riti del Juju** sono termini utilizzati dagli europei per descrivere incantesimi, che sono tipici della stregoneria tradizionale dell'Africa Occidentale che costringono le donne nigeriane a pagare il riscatto  
1 Nel grande capitolo della Migrazione la *tratta delle prostitute nigeriane* è un cammino dove malvagità e *business contagioso criminale*, modernità operativa e impenetrabili, per noi, epilessie di superstizione si prendono per mano: fin a far diventare la violenta un fatto insignificante.

Qualche tempo fa in una città africana un *oba*, un re sacerdote vestito con quelli che l'estetismo coloniale avrebbe definito «pittoreschi costumi», circondato da dignitari e babalawo, santoni guaritori, cortigiani e mara-

butti, ha letto un *editto*: che possono spalancare uno spiraglio a migliaia di giovani vittime di uno dei più lerci traffici del nostro tempo la porta della liberazione (Quirico, 2018).

La scomunica scagliata dall'oba Ewuare II contro i giuramenti rituali della religione tradizionale juju che legano, al termine del loro viaggio, le ragazze al loro destino di schiave sessuali nelle strade di Europa.

2 L'Africa sbarca ogni giorno sulle spiagge d'Europa. E resta chiusa nel suo segreto, nelle sue abitudini, negli echi della sua memoria più che fosse su un altro pianeta. Le religioni dell'Africa sono argomento delicato, da maneggiare con cura perché, dietro, si affaccia il luogo comune, xenofobo legato all'Africa degli stregoni dei feticci del selvaggio eternamente primitivo. Spesso sono un velo sottile sopra un mondo spirituale in cui ogni cosa ha un suo doppio. In Nigeria gli dei e le «dee yoruba» sono numerosi, le loro storie ingarbugliate. Gli schiavi li hanno portati con sé nell'inferno della tratta, nelle Americhe. Per gli africani che vivono in villaggi ormai assorbiti nelle città-bidonville, esiste un lato oscuro, un buio abisso che genera un *contagio negativo*. Ci sono ordini e regole da seguire rigorosamente.

Quanto le ragazze circuite dalle «maman» con promesse di ricchezza e successo, accettano di partire, vengono condotte dai marabutti, i sacerdoti del juju che in Nigeria chiamano «dottori». Uomini spesso corrotti, talvolta addirittura falsi guaritori. Nel rito giurano di restituire trenta, quarantamila euro alla rete di trafficanti che le porteranno in Europa. Sono somme che le ragazze non possono associare a nulla di reale: come la distanza che le separa dal luogo cui sono destinate, qualcosa di metafisico, astratto di cui non possono prevedere le conseguenze (Quirico, 2018).

Ora i trafficanti hanno perso il catenaccio della superstizione (cfr. VII, A). Il re ha sollevato le ragazze dal giuramento e ordinato ai marabutti di consegnare e distruggere i sacchetti con gli oggetti rituali. Dopo il messaggio diffuso con un filmato della cerimonia, le ragazze guardano e riguardano sui telefonini (*contagio relazionale positivo*), si scambiano la prova della loro liberazione (Quirico, 2018).

b) Rammentando le problematiche complesse che si riferiscono alla *Pshychotherapy Cult* emerge oggi uno studio sulle Scienze in Tribunale (Simonetti, 2018) che sottolinea le note *mal pratiche* delle cure antitumorali da Di Bella a Vannoni, dagli Ogm ai Vacciniali terapie di Hammer: sono numerosi i casi in cui la magistratura è stata chiamata a prendere posizione di fronte ai ciarlatani che *contagiano negativamente* e con *malpratiche iatrogeniche* i pazienti (Rovera, 2004; Simonetti, 2018).

c) Il libro di Luca Simonetti (2018) esamina le incertezze della Magistratura in vicende di valutazioni scientifiche, non solo mediche. Inizia con la vicenda Di Bella, rievocando la prassi, esclusivamente italiana, secondo la quale magistrati avevano l'ultima parola su eventi, come malattie e cure, che richiedevano conoscenze che non avevano. Di Bella ebbe campo libero a lungo.

Per Simonetti il ciarlatano «è un personaggio che [...] si presenta sempre come portatore di un segreto: una scoperta [...] che rifiuta [...] di sottoporre all'esame e al controllo» della comunità scientifica. Di Bella e Davide Vannoni con le cellule staminali sono fra i ciarlatani italiani più famosi. Della libertà e protezione che Vannoni ha goduto di praticare in ospedali pubblici, si è occupata, incredula e sgomenta, la stampa scientifica internazionale. La credulità e la disperazione (sono anche quasi fattori di *contagio*) in cui cadono molti dei colpiti da un tumore maligno impongono alle istituzioni di proteggerli dagli imbrogliatori, anziché proteggere la malpratica (Benini, 2018).

## VII. Cenni di riflessioni

A. *Un'emozione primitiva basilare* ha una funzione principale che è quella di reagire dinnanzi ad una situazione di pericolo. La *paura* può essere *arcaica*: ad esempio nei confronti di luoghi e situazioni nuove, del dolore, di un predatore, di suoni forti ed improvvisi eccetera. La *paura appresa* invece deriva da esperienze dirette o indirette, da schemi culturali, da tipi di educazione (paure specifiche, del diverso, paura di un attentato, eccetera) (Di Girolamo, 2017).

a) Nel clima di tensione che l'occidente sta attraversando, e speso in un periodo storico caratterizzato da attentati e azioni di terrorismo il *contagio relazionale negativo* può essere scatenato da un rumore e da grida o

da *fake news* che diventano un catalizzatore della *paura appresa*: ciò innesca un *contagio negativo*, che può realizzarsi in panico, con la folla che, come una marea montante inizia a correre, spingere e a cadere rovinosamente. Si possono analizzare due fenomeni: *il primo* è quello di una paura (quasi) irrazionale nei confronti di uno *stimolo imprecisato* ricollegato ad uno schema culturale appreso (l'Italia è a rischio di attentato + rumore = bomba); *il secondo* è relativo a un *contagio collettivo negativo* che viene chiamato *fenomeno del gregge* “non so cosa sta succedendo (corrono tutti, probabilmente è una cosa pericolosa, scappo pure io: paura che genera un comportamento che a sua volta genera altra paura).

b) In queste situazioni, il nostro cervello pone una condizione: di sopravvivenza. Vengono meno le norme di attenzione in quanto il Contagio negativo è caratterizzato da un elevato grado di *imprevedibilità e di insicurezza*. Questa situazione è accentuata dai media: siamo bombardati da informazioni riguardanti i pericoli *possibili*: e questo aumenta il livello di allerta nella nostra mente e può essere uno dei precursori che, in determinate situazioni, utilizza uno schema pregresso e consolidato della rappresentazione di un *pericolo* che influisce contagiosamente sul nostro comportamento (come è successo a Torino).

c) Nel nostro Paese (come in tutto l'Occidente) sono evidenti i segni di una corrosione dei *tessuti psico-culturali* che producono tensioni, conflitti e malesseri emozionali *dall'attaccamento alla intersoggettività* (Mitchell, 2000). La pratica di una misura preventiva dovrebbe essere basata su una relazione comunicativa orientata al rispetto, alla cooperazione, alla sensibilità verso gli altri. Gli episodi di contagio negativo fanno riflettere sulla necessità di scegliere una via in cui gli “aspetti della mente e del cuore” (Goleman, 1996) si integrino per dare vita ad una *grammatica emozionale*, capace di ridurre gli aspetti del contagio negativo e di ampliare invece quelli della sfera empatica e dei legami relazionali: il che significa vivere autenticamente il *Sentimento sociale* (Adler, 1933).

DINAMICHE PROFONDE DEI CONTAGI E  
PROCESSO DI INCORAGGIAMENTO

**Il contagio positivo: le dinamiche dell'incoraggiamento**

Andrea Ferrero

*Summary* – THE POSITIVE CONTAGION: THE DYNAMICS OF ENCOURAGEMENT. The therapist's personality plays a central role in the process of encouragement. Attentive care, affiliative attitudes, resistance to suffering, self-esteem, and representing a model of hope are stressed as particular relevant aspects. More specifically, encouragement would be an empathic response to the patient's needs. The relevance that encouragement is focused on primary tenderness or towards subsequent needs of love, success, esteem and competence is high lighted. Finally, encouragement dynamics are conceived as strictly related to patient's specific personality organization and resistances. After words, three brief clinical vignettes are proposed in order that the argument is better described.

*Keywords:* INCORAGGIAMENTO, PERSONALITÀ DEL TERAPEUTA, BISOGNI E RESISTENZE DEL PAZIENTE

## ***I. Alcune considerazioni teoriche generali***

In un suo recente lavoro, Rovera [15] definisce l'incoraggiamento all'interno di una concezione complessiva della psicoterapia e della pratica clinica secondo cui il mandato originario del terapeuta è quello di operare secondo le due direttrici dell'oggettività e della fornitura di presenza.

Nello svolgimento di questo mandato, la personalità del terapeuta, per come viene percepita dal paziente, svolge un ruolo molto importante. Secondo molteplici studi, hanno grande rilevanza [10, 11, 13]:

- la capacità di mantenere un'attenzione selettiva ed empatica e la creatività più che non una generica intelligenza;
- l'attitudine all'aggregazione più che un generico calore umano;
- la resistenza a lasciarsi contagiare della sofferenza, maggiormente che una generica fiducia;
- l'autostima;
- il saper rappresentare un modello di speranza per il paziente.

Complessivamente, inoltre, le variabili intrapsichiche della personalità del terapeuta sembrano più decisive delle sue modalità relazionali [12, 16]. Questo aspetto sottolinea una volta di più, accanto all'addestramento tecnico e clinico, l'importanza del training analitico e della formazione emotiva personale del terapeuta.

Da un punto di vista generale, l'incoraggiamento si avvale del fatto di stimare il paziente per come è, di mostrargli fiducia, di credere nelle sue capacità, di costruire insieme a lui gli strumenti al rispetto di sé.

Da un punto di vista più specifico, l'incoraggiamento si costituisce come risposta empatica ai bisogni del paziente.

Da questo punto di vista, per un'analisi più approfondita in chiave psicodinamica nell'ottica della Psicologia Individuale, si può fare riferimento [14] al concetto di "transmotivazione", ovvero alle modalità di gerarchizzazione di bisogni e di motivazioni che definiscono lo Stile di Vita, e ai relativi cambiamenti che lo caratterizzano lungo il corso della vita.

All'interno di questo discorso, già durante le primissime fasi di costruzione della personalità, risulta centrale la distinzione tra il soddisfacimento del bisogno soggettivo di amore o tenerezza primaria e l'emergenza progressiva di bisogni specifici di amore, successo, stima o competenza [5].

Al bisogno di amore primario presiede l'affettuosa attenzione materna già durante la gravidanza.

La prima testimonianza del riconoscimento soggettivo in epoca prenatale è infatti biologica: attraverso la placenta il messaggio è mediato dall'innalzarsi dei livelli di ossitocina, l'ormone della cura della prole da parte delle femmine.

Dopo la nascita, attraverso i messaggi non verbali dell'allattamento, della cura igienica, del contatto fisico e dell'abbraccio, i genitori testimoniano al figlio che lo riconoscono come un soggetto amato che è altro da sé.

Successivamente, anche a livello verbale, le madri sincrone (e i padri sincroni) favoriscono la nascita e stabile strutturazione dell'identità del figlio attraverso la percezione della sua mente, l'empatia, la modulazione delle emozioni e l'organizzazione del pensiero [3].

Queste funzioni genitoriali, se si svolgono secondo le modalità sufficientemente stabili dell'attaccamento sicuro [6], permettono che la struttura primaria del sé non si consolidi per via idealizzata, ma attraverso l'incoraggiamento alla percezione della differenza, alla valorizzazione della creatività [1] ed alla tolleranza del contrasto e dell'ambivalenza [7].

All'opposto, genitori intrusivi [3] secondo le modalità dell'attaccamento disorganizzato [6], con caratteristica attivazione di agiti, incongruenza emotiva e disorganizzazione cognitiva, favoriscono importanti disfunzioni della struttura primaria del sé, che esitano in una precaria costruzione dell'identità.

Con questi soggetti ed anche in presenza di gravi predisposizioni disfunzionali su base genetica che alterano la cognizione sociale, l'incoraggiamento del terapeuta dovrà essere rivolto prioritariamente al superamento dell'angoscia dis-individuativa che il paziente sperimenta quando si confronta con aspetti indesiderati di sé e degli altri. È il caso prevalente di pazienti affetti da psicosi o da gravi disturbi di personalità.

Questa è una condizione diversa rispetto a quella più consueta in cui soggetti con un'identità stabile che presentano disfunzioni della regolazione del sé [17], ma non difetti della sua coerenza e costanza nel tempo.

In questi casi l'incoraggiamento consisterà piuttosto nell'elaborazione o nel supporto rispetto a conflitti non risolti che comportano l'attivazione nel paziente di angosce di perdita o di scacco.

Il terapeuta dovrà tenere conto, inoltre, che il proprio incoraggiamento potrà, di volta in volta, essere in linea o meno con le modalità che il paziente utilizza per affrontare la propria sofferenza, che costituiscono una sorta di tentativo di auto-guarigione prima della richiesta di terapia. L'insieme di questi meccanismi difensivi ed adattivi, per lo più inconsci, viene definito in termini di organizzazione patologica di personalità.

L'organizzazione psicotica di personalità corrisponde di norma al tentativo del paziente di dare un senso alla propria esperienza identitaria confusa e dispersa, ma fa invece scivolare aspetti cognitivi ed emotivi del vissuto personale siano confusi con dati oggettivi o, corrispondentemente, eventi estranei siano confusi con vissuti personali con certezza assoluta (soggetti fusionali).

I diversi livelli di organizzazione borderline di personalità tendono a preservare la coesione del sé attraverso il fatto che un aspetto particolare rappresenta temporaneamente il soggetto per intero, dal momento che aspetti cognitivi ed emotivi contraddittori del vissuto non sono tollerabili (soggetti anti-ambivalenti).

L'organizzazione nevrotica di personalità, nelle sue diverse forme e declinazioni, è invece il risultato del tentativo di uscire da conflittualità irrisolte, nell'ambito di una struttura identitaria stabilmente coesa. In questi soggetti aspetti cognitivi ed emotivi contraddittori del vissuto sono mal tollerati (soggetti iper-ambivalenti).

Il funzionamento del paziente, in tutte queste diverse condizioni, tende a sua volta a incoraggiare o scoraggiare gli interventi del terapeuta [18].

I primi risultati di una ricerca effettuata utilizzando il Therapist Response Questionnaire [4] in 42 trattamenti di pazienti afferenti al Centro per il trattamento dei Disturbi di Personalità dell'Adolescenza e dell'età Adulta (Centro DPAA) dell'ASL TO4 a Settimo T.se (TO) mostra come il terapeuta si senta significativamente più maltrattato, impotente e sopraffatto (in sintesi: scoraggiato) quanto più compromessa è l'organizzazione di personalità [8], misurata con la Defensive Functioning Scale [2] e la Psychopathological Functioning Levels -Rating Scale [9].

In sintesi, l'incoraggiamento non è tanto connotato da comportamenti particolari ma si caratterizza come aiuto al paziente in funzione di una maggiore disponibilità alla creatività, alla conoscenza e ai valori che tenga nel contempo presente la necessità un buon assetto delle formazioni difensive [14].

## **II. Esempio clinico n.1**

Uomo di 46 anni, con diagnosi di Schizofrenia Disorganizzata e organizzazione di personalità psicotica.

La motivazione rispetto alle terapie è assente e, in particolare, il paziente non vuole assumere psicofarmaci. Invitato, dopo l'ennesimo rifiuto, ad ascoltare il parere della psichiatra della comunità terapeutica in cui è ricoverato, il paziente, caratterizzato normalmente da un eloquio marcatamente disorganizzato, la offende asserendo che «le donne sono buone solo per fare sesso».

La psichiatra immagina che la risposta offensiva e scoraggiante dipenda dal fatto che il paziente non la conosca e tema che lei lo invada, con il possibile conseguente terrore di dissoluzione in toto della sua precaria identità. Lo incoraggia pertanto, rispondendogli che non è obbligatorio che parli proprio con lei. Interviene allora un infermiere ben conosciuto dal paziente che al colloquio lo incoraggia sull'utilità dei farmaci.

Il paziente accetta la terapia.

## **III. Esempio clinico n. 2**

Donna di 19 anni, con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità e organizzazione di personalità borderline. La motivazione della paziente rispetto al trattamento è quella di poter migliorare l'autostima e la gestione della propria emotività, mentre la terapeuta pensa che gli obiettivi prioritari dovrebbero essere la scomparsa degli agiti auto-etero aggressivi che si sono già ripetuti più volte, una relazionalità e una sessualità meno caotiche e la perseveranza nel procurarsi e nel mantenere occupazioni stabili.

Le aspettative iniziali della paziente rispetto alle sedute sono sostanzialmente quelle di ricevere consigli: in sostanza, la psicoterapia dovrebbe costituire una sorta di sostituto della scuola, che la paziente ha invece interrotto. Nella storia della paziente, si ha notizia di un padre violento e di una madre ansiosa. Entrambi i genitori eseguono tutte le sue richieste e le evitano ogni disagio: il messaggio è che tutto si ottiene con la rabbia (secondo l'esempio paterno) oppure si può o si deve evitare, se la soddisfazione del desiderio non è certa (secondo l'esempio materno). Queste modalità configurano in modo significativo l'attaccamento primario come di tipo disorganizzato. Non c'è un reale spazio di autonomia e in molte situazioni la paziente si mostra francamente dipendente.

Contemporaneamente all'inizio della psicoterapia (un ciclo di 40 sedute settimanali di Sequential - Brief Psychodynamic Psychotherapy), compare un nuovo fidanzato, che viene intensamente idealizzato.

Un giorno dopo le prime sedute, quasi inaspettatamente, la paziente si rifiuta di scendere dall'auto per recarsi in seduta ed è la madre che annuncia il rifiuto della figlia alla terapeuta, chiedendo una sorta di soccorso per convincerla a continuare la terapia.

Pur consapevole che avrebbe corso il rischio di rinforzare gli agiti patologici della paziente (e della madre), la terapeuta decide di recarsi da lei, ferma nell'auto nel parcheggio. Avvicinatasi le dice, apparentemente inascoltata della paziente: «se lo desideri, io sono qui per te e possiamo fare la seduta». In sostanza, il messaggio corrisponde a: sto con te, tollero il tuo rifiuto, ma non lo approvo perché la seduta può essere un'occasione buona per te.

In sintesi, la terapeuta testimonia di sé, ma rispetta anche la rabbia della paziente: non è astensiva, né espulsiva. La paziente, peraltro, non va in seduta, ma si presenta la volta dopo, esplicitando il fatto che non le piace non avere abbastanza consigli durante le sedute. Verbalizza, cioè, l'opposizione anziché agirlo. La terapeuta le spiega perché non ritiene particolarmente utile darle consigli e perché si permette, invece, di esprimerle delle opinioni. Nel prosieguo delle sedute, la paziente annota che sua madre le mette spesso l'ansia e che anche il fidanzato non sembra perfetto, mostrando di poter cogliere alcune contraddizioni degli altri, anche se non sembra ancora in grado di risolverle e di progettare.

In sintesi, la terapeuta ha incoraggiato la paziente con modalità validanti e non confrontanti.

Nello specifico:

- ha testimoniato con un agito la possibilità di una relazione convalidante, per rinforzare specificatamente l'identità;
- ha testimoniato con una self-disclosure la possibilità di una relazione convalidante, per rinforzare specificatamente l'identità;
- dialoga ascoltando e spiegandosi, per rinforzare specificatamente l'identità;
- convalida le percezioni spontanee dell'ambivalenza, per favorire specificatamente l'integrazione dell'identità.

Secondo i principi tecnici della Sequential - Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy [7], nell'arco delle sedute del trattamento, la terapeuta, ha inizialmente rispettato le difese della paziente (terapia conservativa), per lavorare poi cautamente sugli aspetti scissionali, ad alleanza terapeutica costruita e mantenuta anche nei momenti più critici terapia mutativa).

#### **IV. Esempio clinico n. 3**

Donna di 37 anni con diagnosi di Disturbo Istrionico di Personalità e organizzazione di personalità nevrotica. La motivazione della paziente rispetto al trattamento è legata al fatto che non riesce a lasciare definitivamente un uomo con 15 anni di più, che non ama ma che le è sempre fedele, nonostante lei lo tradisca e l'abbia già temporaneamente lasciato.

Le aspettative iniziali della paziente rispetto alla terapeuta sembrano quelle di essere accudita e assecondata. Da bambina, la madre la viziava oppure le chiedeva protezione rispetto alla nonna dispotica; il padre sembrava capace di capirla, ma subiva la madre.

In ragione di queste esperienze infantili, la paziente sembra permanentemente impigliata in un conflitto abbandonico irrisolto. Come succedeva con il padre, se viene accolta nella sua individualità, non viene protetta; come succedeva con la madre (e poi con la terapeuta), può invece desiderare di dipendere dalle attenzioni altrui; come alternativa, infine, può essere impositiva, come faceva la nonna (e come succede di fatto con il fidanzato che non riesce ad “abbandonare”).

Durante una fase non più iniziale di un trattamento open-ended di Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, la paziente attacca la psicoterapeuta come fredda e non materna. La terapeuta risponde che le sembra di occuparsi di lei anche senza accudirla o viziare. Rimane, cioè, fedele al mandato di essere presente, ma non succube, né espulsiva. La paziente si sente incoraggiata ad elaborare il proprio vissuto in modo più dialogico e paritario. Durante il corso successivo della terapia, la paziente inizia una relazione con un altro uomo capace di corteggiarla e di procurarle momenti e sensazioni piacevoli, ma che la critica perché non lascia il fidanzato storico. La paziente asserisce di non avere il coraggio di cambiare atteggiamento a questo proposito, seppure rammaricandosene.

La terapeuta interpreta l'atteggiamento della paziente, dicendole che non sa amare perché non è stata amata, ma la paziente rigetta l'interpretazione come non significativa. La terapeuta pensa, allora, che la paziente non può accettare questa interpretazione, per quanto verosimile, perché è troppo penosa. Propone allora un'altra lettura: «forse ha ragione: per lei è probabilmente più importante tenere tutti sulla corda, per avere il controllo della situazione come faceva la nonna; in questo modo, però, rischia di perdersi il piacere della relazione con quest'altro uomo che è comparso nella sua vita».

La paziente accetta questa nuova interpretazione, che non mette in scacco la sua volontà di potenza, ma chiede alla terapeuta nuovamente cosa può fare di diverso. La terapeuta le risponde che può diventare accogliente, accogliere cioè il piacere che quest'uomo le offre senza opporre i vincoli della relazione col fidanzato storico. In questo modo, ovviamente, la paziente dovrà mettere in conto di dover accogliere in futuro anche il dolore e la frustrazione, se la vita gliele riserverà.

La paziente risponde: «non so, non voglio», ma la terapeuta le fa notare che è già stata accogliente con lei («quando mi ha vissuta come frustrante»). E aggiunge: «se non si è soli si può anche accettare il dolore», incoraggiando un percorso che dall'impotenza relazionale o dalla volontà di potenza porti verso il sentimento sociale.

In sintesi, la terapeuta è stata incoraggiante:

- rimanendo fedele al mandato di essere presente, ma non collusiva con le dinamiche della paziente;
- testimoniando una propria via di uscita rispetto al conflitto abbandonico irrisolto e rivissuto dalla paziente nella proiezione transferale;
- proponendo una propria via di uscita rispetto al conflitto irrisolto di coppia.

Anche in questo caso, la terapeuta ha inizialmente rispettato le difese della paziente (terapia conservativa), per lavorare poi sugli aspetti rimossi e sui meccanismi proiettivi ed introiettivi inconsciamente attivati contro le minacce di separazione e di perdita all'interno delle relazioni significative (terapia mutativa).

## ***V. Brevi considerazioni riassuntive***

Alcune riflessioni generali sembrano poter derivare dall'esperienza psicoterapeutica:

- l'incoraggiamento prevede di essere in confidenza con le proprie emozioni negative;
- l'incoraggiamento prevede il riconoscimento delle emozioni negative del paziente;
- l'incoraggiamento prevede la comprensione della organizzazione di personalità del paziente;
- l'incoraggiamento prevede la comprensione realistica delle possibilità di cambiamento del paziente in quel dato momento e contesto relazionale;
- l'incoraggiamento prevede aspetti empatici impliciti: comportamenti relazionali «esemplari»;
- l'incoraggiamento prevede aspetti empatici espliciti: riconoscimenti selettivi e specifici del tipo di sofferenza del paziente, ed in particolare dei bisogni e delle disfunzioni che ne sono alla base.



## Bibliografia

1. ADLER, A. (1935), The fundamental view of Individual Psychology, *Int. J. Ind. Psych.*, 1: 5-8.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed), Washington (DC), American Psychiatric Association.
3. ATZIL, S., HENDLER, T., FELDMAN, R. (2011), Specifying the neurobiological basis of human attachment: brain, hormones, and behavior in synchronous and intrusive mothers, *Neuropsychopharmacol.*, 36: 2603–2615.
4. BETAN, E., HEIM, A. K., ZITTEL CONKLIN, C., WESTEN, D. (2005), Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation, *Am. J. Psychiatry*, 162: 890–898.
5. BOLTERAUER, L. (1982), Die narzisstisch gestörte Persönlichkeit im psychoanalytischen Aspekt von H. Kohut und im individualpsychologischen Aspekt von F. Künkel, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 7: 76- 84.
6. BOWLBY, J. (1969-1980), *Attachment and loss*, Vol. 1-3, tr. it. *Attaccamento e perdita*, Bollati Boringhieri, Torino 1983-2000.
7. FERRERO, A. (2014), *Une psychothérapie modulée sur le fonctionnement psychopathologique. Le modèle-sur-mesure de la psychothérapie psychodynamique adlérienne*, L'Harmattan, Paris.
8. FERRERO, A., FASSINA, S., LERDA, S., MUNNO, A., PASSERINI, R., RUTTO, F., SIMONELLI, B. (2017), Risposte dei terapeuti e organizzazione di personalità dei pazienti. In A. Ferrero: Atteggiamenti e contro-atteggiamenti: la ricerca, *Relazione al XXVI Congresso Nazionale S.I.P.I.*, Bologna.
9. FERRERO, A., SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO, E., ABBATE-DAGA, G., MARZOLA, E., FASSINO, S. (2016), Psychopathological Functioning Levels (PFLs) and their possible relevance in psychiatric treatments: a qualitative research project, *BMC Psychiatry*, 16: 253.
10. GREENBERG, J. P. (2004), Gli ingredienti essenziali per una psicoterapia efficace: l'effetto dei fattori comuni. In GABBARD, G.O. (a cura di): *The art and science of brief psychotherapies. A practitioner's guide*. American Psychiatric publishing, Washington D.C. Ed Ital.: CSE, Torino, 2006.
11. HERSOUG, A. G., HØGLEN, P. A., MONSEN, J. T., HAVIK, O. E. (2001), Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors, *J. Psychother. Pract. Res.*, 10 (4): 205-216.
12. HERSOUG, A. G., MONSEN, J. T., HAVIK, O. E., HØGLEN, P. A. (2002), Quality of early working alliance in psychotherapy: diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors, *Psychother. Psychosom.*, 71 (1): 18-27.
13. MARCOLINO, J. A., IACOPONI, E. (2003), The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy, *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 25 (2): 78-86.
14. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
15. ROVERA, G. G. (2015), Lo stile terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78:19-85.
16. SCHAUBENBURG, H., DINGER, U., BUCHEIM, A. (2006), Attachment patterns in psychotherapists, *Z. Psychosom. Med. Psychother.*, 52 (4): 358-372.

17. TENBRINK, D. (1998), Betrachtungen zum Spannungsfeld zwischen individualpsychologischer Identität und psychoanalytischen Selbstverständnis in der Individualpsychologie. *Zeit. f. Individualpsychol.*, 23: 95-115.
18. WESTRA, H. A., AVIRAM, A., CONNORS, L., KERTES, A., AHMED, M. (2012), Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioural therapy, *Psychother.*, 49:163–172.

XXVII Congresso Nazionale SIPI  
Brescia, 13-15 aprile 2018  
“Contagi relazionali: emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale”

DINAMICHE PROFONDE DEI CONTAGI E  
PROCESSO DI INCORAGGIAMENTO

**Dal contatto con la teoria al “contagio” col paziente**

Donato Munno

*Summary* – FROM THE CONTACT WITH THEORY TO THE “CONTAGION” WITH THE PATIENT. The purpose of this paper is to address, in a critic but positive way, the difficulties that can be found in research and in contact with the analytic and psychotherapeutic theories and their consequences on the choice of the therapist and on the relationship with patients.

There are many aspects identified by the contribution, reductive but basic, of neuroscience: to different levels of empathy and to therapeutic style's qualities, detecting the ability of criticism and self-criticism. Considerations on limits, perspectives of contact and cultural and technological influences that suggest changes in the therapeutic intervention are important as well.

*Keywords:* CRITICA, CONTATTO, CONTAGIO

- Individuare la teoria su come la mente opera [1].
- Teoria su come la mente opera, come la psicopatologia si sviluppa, come la psicoterapia cura [2].
- Ricerca della teoria e ricerca dell'analista (grande offerta). Dobbiamo precedere sempre attraverso una continua critica ed autocritica per giungere ad una scelta, un percorso formativo, e interventi tecnici, per una psicoterapia di precisione?
- Assunti fondamentali comuni e fattori specifici ed aspecifici (neuroscienze). Dopo una "confusione iniziale si sta procedendo per una ridefinizione delle tappe neuropsicologiche evolutive sia fisiologiche che patologiche. Per ora le neuroscienze stanno individuando solamente i correlati biologici dei fattori aspecifici e comuni a tutti i modelli teorici di psicoterapia [3].
- Il "contatto" che favorisce la scelta della teoria e dell'analista è condizionato da varie empatie:

Varie empatie →

- culturale
- tecnica

Scelta dell'analista

- intellettiva
- affettiva
- teorica
- "conveniente"
- "di moda"
- imitazione

- Utile confrontare gli assunti di base e le considerazioni aggiornate delle differenti scuole [4].
- Il percorso psicologico della relazione psicoterapica procede attraverso: attrazione preferenziale – contatto – attaccamento – maturazione – cambiamento [5].
- Il contatto psicofarmacologico può precedere il contatto psicoterapico oppure costituire una fase post-psicoterapica.
- Indichiamo come modelli estremi della relazione medico-paziente il Dr. House e il Dr. Kildare.
- Galeno citava: Medicus amicus, gratus, philosophus in quanto disponibile, competente, umanamente affabile e tecnicamente affidabile.
- Utile redigere un "diario degli errori" nei diversi tipi di colloquio e di relazione psicoterapica [6].
- Gli effetti collaterali della psicoterapia possono indurre a un cambio della teoria o del terapeuta o solamente a variazioni della tecnica.
- Dai filosofi viene suggerita una terapia delle idee: interventi interpretativi mutativi in situazioni di crisi per accelerare sia il miglioramento clinico che la soluzione di difficoltà esistenziali.
- Utile aggiornare i linguaggi teorici e tecnici: frequentemente vecchie le terminologie ma validi i contenuti.
- Ogni analista non deve eccedere nella identificazione con la propria teoria e col proprio analista didatta → eccessi di contatto.
- Sono ipotizzabili con molta cautela variazioni individuali teorico-tecniche (le teorie sono nate da osservazioni individuali!). Si possono rilevare attualizzazioni dovute alla:
  - Fiducia e sfiducia nella teoria.
  - Influenza dell'esperienza clinica sugli interventi tecnici.
  - Prevalenza di successi o fallimenti possono confermare o meno l'aderenza teorico-tecnica.
  - L'utilizzo di una terminologia rigida teorico-tecnica può selezionare i pazienti trascurando quelli meno aderenti e più difficilmente analizzabili.
- È terapeutico il nostro "saper essere" e "saper fare" ma anche l'uso che il paziente fa della teoria e dell'analista. Fondamentale saper "pensare" in parallelo.
- Calibrare la propria condotta analitica affrontando la preoccupazione narcisistica di vedere i propri limiti di analista.
- Nessuno può analizzare tutti i tipi di analizzandi.
- Tensione verso il "mondo interno" o il "mondo esterno" che indirizzano le due correnti del transfert e del controtransfert. Importante riconoscere il linguaggio dei sentimenti di base.
- L'empatia non può basarsi solo sulla nostra umanità di fondo, ma dobbiamo impiegare una forma strutturata di attività empatica → metodo empatico.

- La normale empatia non è empatia analitica e non è sufficiente per giungere a un cambiamento di fondo personologico, né sintomatologico.
- L'analisi può rischiare di diventare "infinita" come cura per l'"inguaribile": il contatto può rischiare di coincidere con il prendersi cura del paziente, ma non con la cura del paziente
- L'analisi è una teoria, uno strumento di indagine, una forma di terapia ma si propone anche a livello antropologico culturale come una concezione della persona umana.
- L'analisi può rischiare di diventare "infinita" come cura per l'"inguaribile": il contatto può rischiare di coincidere con il prendersi cura del paziente, ma non con la cura del paziente
- L'analisi è una teoria, uno strumento di indagine, una forma di terapia ma si propone anche a livello antropologico culturale come una concezione della persona umana.
- Il compito emotivo dell'analista è immensamente faticoso:
  - Ascolta
  - Problematizza
  - Accoglie l'alterità

Le numerose psicoterapie effettuate ai pazienti possono avere riflessi positivi e negativi sull'analista: guarigione → burn-out → distacco emotivo [7].

- È importante sapere quando e come spiegare, comprendere con volontà di comprensione, ma soprattutto con la volontà di prendersi cura del paziente.
- SARAH Kane, drammaturga britannica, scriveva in un dialogo-monologo col suo psichiatra, in un estremo saluto alla vita:
  - Convalidatemi
  - Autenticatemi
  - Guardatemi
  - Amatemi

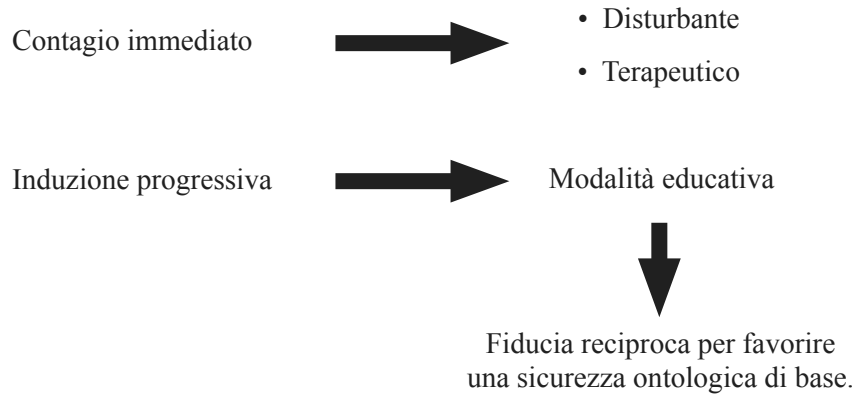
Cosa c'è dietro i sintomi?! Imparare a sviluppare la capacità di cogliere la sofferenza del paziente soprattutto quando vi sono richieste di aiuto più o meno esplicite o mascherate nelle ideazioni anticonservative.

- Responsabilità del curante di riconoscere le emozioni proprie e del paziente senza trascurare però la dimensione e la gravità del quadro clinico.
- In ogni percorso, ma anche in ogni seduta, dobbiamo effettuare:
  - un'analisi psicodinamica;
  - una sintesi cognitiva-comportamentale;
  - un intervento clinico psicofarmacologico.
- Pollice del violinista: grande sensibilità per favorire l'incontro fra il "sé analitico" del terapeuta e il "sé analitico" del paziente. Se manca l'incontro in alcuni casi si può entrare nella realtà del paziente con l'aiuto concreto.
- Il percorso psicoterapico può giungere a "soluzioni", "compensazioni" valutando molto spesso l'opportunità di andare contro l'"autocura" (rischio di peggioramento clinico) del paziente. I quadri clinici possono comprendere:
  - pazienti senza diagnosi;
  - pazienti con diagnosi complesse;
  - pazienti con nuove diagnosi.
- L'intervento psicoterapico deve essere caratterizzato da un "pragmatismo profondo" per individuare:
  - Problemi del paziente
  - Processo terapeutico
  - Risultati ottenibili con le tecniche conosciute

Ricerca della direzione della cura:

- Approccio ai fattori comuni delle psicoterapie
- Eclettismo tecnico consapevole
- Integrazione teorica con riflessione sulla possibile articolazione tra i fattori specifici.

- Carrello dei farmaci – Carrello delle psicoterapie → metafora per esprimere l'indispensabilità di una formazione completa clinica, psicoterapica e analitica.
- Pazienti “impossibili”-“pluritrattati”-“resistenti”: difficoltà per individuare percorsi terapeutici alternativi a quelli individuali sia psicoterapici sia psicofarmacologici falliti [8].
- Le vie di trasmissione degli stati emotivi possono avvenire per:



Ridefinire il valore del silenzio nel fluire dell'incontro tra Analista-Paziente, come una dimensione di contatto preparatoria, di ruminazione o di distacco e autonomia dalla relazione intersoggettiva.

- Prospettive psicologiche del contatto:
  - identificazione
  - distanza psicologica
  - dipendenza
  - contenuto
  - conflitto
  - dell'agire
  - tempo
  - regressione o progressione

Importante individuare la prospettiva nella quale ci si sta muovendo nella relazione psicoterapica col paziente [9].

- Disturbo della fiducia danneggia il processo di costituzione di unitarietà del sé a lesione della continuità a difficoltà della relazione a mancato contatto.
- Limiti del contatto a assenza di un attaccamento preferenziale che può variare a seconda del:
  - setting
  - contesto clinico
  - ambiente culturale
  - stato emotivo
  - co-transfert negativo o neutro
- Problematiche nel contatto: si rilevano in modo particolare nella:
  - Psicoterapia culturale: modificazioni teorico-tecniche.
  - Psicoterapia online: fase pre- o post psicoterapica.
  - Telepsicologia: contatti psicologici a domicilio.
  - Terapia delle nuove dipendenze: variazioni e velocizzazione degli stili di contatto.
  - Contattismi di massa: condivisione e confusione degli stati emotivi.

## CONCLUSIONE

Concludo, riconoscendo nel contenuto di questo Congresso lo stimolo a ripensare alle nostre teorie e a rivalutare periodicamente l'efficacia delle nostre tecniche. Sottolineo nuovamente l'importanza di una autocritica continua e di una attualizzazione progressiva aderente alle evoluzioni culturali e sociali.

Obiettivo finale saper individuare i criteri per la scelta di una teoria, la scelta dell'analista, la tecnica più efficace, cucita su misura sulla persona e la patologia del paziente.

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individual Psychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
4. BERGERET, J. (1985), *La personnalité normale et pathologique: les structures mentales, le caractère, les symptômes*, Bordas, Paris.
5. BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss*, tr. it. *Attaccamento e Perdita. L'attaccamento alla madre*, Vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
6. FERRERO, A. (2004), Moduli di legame e qualità della relazione terapeutica, in ROVERA, G. G., DELSE-DIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di), *La Ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, Centro Scientifico Editore, Torino.
7. KERNBERG, O. F. (1995), *Love Relations: Normality and Pathology*, tr. it. *Relazioni d'amore: normalità e patologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
8. KOHUT, H. (1977), *The Restoration of the Self*, tr. it. *La Guarigione del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1980.
9. MUNNO, D. (2008), *Psicologia Clinica per Medici*, Centro Scientifico Editore, Torino.

XXVII Congresso Nazionale SIPI  
Brescia, 13-15 aprile 2018  
“Contagi relazionali: emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale”

## DINAMICHE PROFONDE DEI CONTAGI E PROCESSO DI INCORAGGIAMENTO

### **Il contagio relazionale nella socioanalisi**

Lino Graziano Grandi

*Summary* – RELATIONAL CONTAGION IN SOCIOANALYSIS. The emotional contagion is the focus of the project and reiterates the need for a "meeting" between the two privileged therapeutic practices. The objective is the overcoming of existential hardships, the reinforcement of the ego, the eradication of non-functional and harmonic "habits" relative to the contexts in which we move or operate, and above all the pursuit of well-being and quality of life, as well as the Overcoming the inconveniences/disorders for a well-being to be achieved and possibly to improve, in a perspective of teleologism and of vital spirit.

*Keywords:* SOCIOANALISI, GRUPPO, FATTORI DELLA SOCIOANALISI



## SINTESI DELL'INTERVENTO PER PUNTI

I FATTORI TERAPEUTICI SPECIFICI DELLA TERAPIA DI GRUPPO SONO:

Informazione;  
Infondere speranza;  
Universalità;  
Altruismo;  
Riepilogo collettivo del gruppo primario familiare;  
Sviluppo di tecniche di socializzazione;  
Comportamento imitativo;  
Apprendimento interpersonale;  
Coesione di gruppo;  
Catarsi.

STRUTTURA E FUNZIONAMENTO DEL GRUPPO DI SOCIOANALISI

Il numero dei partecipanti deve essere compreso fra 8 e 12; la struttura è semiaperta (ricambio lento). È richiesta una frequentazione media di 3 anni, con incontri di due ore a cadenza settimanale.

CRITERI DI AMMISSIONE AL GRUPPO:

- possedere buone risorse intellettive e cultura per lo meno media;
- avere una sufficiente forza dell'Io per mantenere un'identità stabile nell'atmosfera collettiva, per tollerare l'angoscia, per sostenere vissuti di dipendenza;
- avere fatto almeno un anno di analisi individuale.

L'ORIGINALITÀ DEL MODELLO SOCIOANALITICO

1. La socioanalisi di gruppo non viene intesa tanto come un trattamento curativo quanto, piuttosto, un percorso maturativo teleologicamente orientato;
2. Non viene fatta una preferenza tra il trattamento analitico individuale e quello di gruppo: vengono considerati di uguale importanza e devono venir integrati per il raggiungimento del cambiamento dello stile di vita dell'individuo;
3. La dialettica in cui si pone rispetto alla psicoanalisi classica;
4. La promozione del gruppo come strumento di cultura e di vita sana ed armonica, in grado di proporre valori propri, autonomi dai condizionamenti della quotidianità e dei mass-media.
5. La presenza ed il ruolo del co-trainer, che si oppone alla concezione verticistica.

IL RUOLO DEL TRAINER

- Funzione di "parafulmine" per i soggetti che manifestano conflitto con l'autorità;
- Gestione "sotterranea" delle dinamiche di gruppo, facendo attenzione a non permettere l'insorgere di conflitti difficilmente sanabili;
- "Provocazione" attraverso la messa in discussione di tematiche delicate;
- Disvelamento delle finzioni;
- Rimandi interpretativi/ riflessioni;
- Fornire informazioni;
- Promuovere cultura.

IL RUOLO DEL CO-TRAINER

- Sviluppare ed estendere il sentimento sociale agli altri membri del gruppo;
- Instaurare un rapporto di affettività e fiducia con ciascun partecipante fondato sulla compartecipazione emotiva e la comprensione empatica;
- Incoraggiamento alla condivisione ed alla libera espressione verbale;
- Attenzione ai messaggi non-verbali dei soggetti per rimandarli o usarli opportunamente nel processo analitico;
- Mediatore tra trainer e gruppo;
- Gestione esplicita delle dinamiche gruppali (chiarimento nelle situazioni conflittuali, scansione degli interventi dei partecipanti, contenimento vs sollecitazione, sottolineamento dei singoli contributi, focalizzazione dell'attenzione dei partecipanti sulle esigenze altrui).

## FATTORI TERAPEUTICI DEL MODELLO SOCIOANALITICO DI GRUPPO

- CONDIVISIONE delle sofferenze, dei progressi, delle riflessioni analitiche;
- RISPETTO E VALORIZZAZIONE DELLE DIFFERENZE INDIVIDUALI, fonte di arricchimento;
- ACCETTAZIONE DELLE DIFFERENZE ALTRUI E CONSAPEVOLIZZAZIONE DELLA PARCELLARITÀ DELLE PROPRIE POSIZIONI, attraverso il confronto con punti di vista, esperienze e stili di vita diversi.
- AUMENTO DELL'AUTOSTIMA attraverso la presa di coscienza delle proprie capacità;
- CONSAPEVOLIZZAZIONE DELLE PROPRIE DINAMICHE RELAZIONALI E DELLE PROIEZIONI TRANSFERALI;
- COESIONE DI GRUPPO;
- IDENTIFICAZIONE
- APERTURA;
- UNIVERSALITÀ;
- INFORMAZIONE;
- INFUSIONE DI SPERANZA.

## IL TRANSFERT ALL'INTERNO DEL GRUPPO

Il transfert è un rapporto oggettuale caratterizzato dal fatto che un individuo prova per una persona del suo presente sentimenti, impulsi, desideri, paure, fantasie, atteggiamenti, idee e difese che non si addicono ad essa in quanto sono rivolti, in realtà, ad una persona significativa del suo passato, in genere alla madre, al padre, ai fratelli e a tutte le persone che hanno rivestito un ruolo fondamentale nella formazione della sua personalità.

Nel gruppo si possono manifestare tre tipi di transfert:

- verso le figure che ricoprono un ruolo dispari (trainer e co-trainer);
- verso le persone che rivestono un ruolo paritario (gli altri partecipanti);
- verso il gruppo nella sua interezza.

Il transfert verso le figure che rivestono un ruolo paritario si può ricondurre a vissuti originati dalla fratria o da amici, conoscenti, cugini, compagni di scuola che hanno assunto particolare rilevanza nel passato. La sua sollecitazione, è un fattore specifico della terapia di gruppo, la cui struttura ricorda quella della famiglia.

L'elaborazione viene espressa e condivisa, anche con interpretazioni, metafore e specificazioni. Se necessita di approfondimenti, invece, viene in genere rimandata alle sedute individuali.

# **SINTESI DEI LAVORI DI GRUPPO**

---

XXVII Congresso Nazionale SIPI  
Brescia, 13-15 aprile 2018  
“Contagi relazionali: emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale”

RISCHI E RISORSE DELLA RELAZIONE:  
TRASFORMAZIONI NELLE ANALISI E NELLA PSICOTERAPIA DINAMICA

**Gruppo “Infanzia e adolescenza”**

*Conduttori:* Anna Maria Bastianini, Franco Maiullari

*Summary* – CHILDHOOD AND ADOLESCENCE. This contribution sums up the work that has been done in the group "Childhood and Adolescence". There was a large participation with a good involvement of the participants. The group was led to make some experience centered on play and body sensation, before talking about some situations in which the topic of contagion is very rich to reflect on the individual and social psychological relationships.

*Keywords:* CONTAGIO, GIOCO, SENSAZIONE CORPOREA, EFFETTO PIGMALIONE

## PRIMA PARTE

Il gruppo “Infanzia e adolescenza”, relativamente al tema *Contagi relazionali: emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale*, ha preso le mosse da alcuni semplici momenti esperienziali utili a richiamare l’attenzione su alcuni concetti chiave della psicologia e della psicoterapia adleriana in età evolutiva: gioco e corporeità.

A partire dalla riflessione e verbalizzazione sull’esperienza il gruppo ha evidenziato alcuni passaggi interessanti:

- È nota a tutti coloro che lavorano in età evolutiva la centralità del corpo nello sviluppo psichico del bambino. L’emergere della mente dal corpo all’interno della relazione bimbo-caregiver, anche sul piano neurobiologico, fonda teoricamente il lavoro psicoterapeutico che intenzionalmente si propone di riarmonizzare risorse di crescita bloccate o distorte da relazioni o eventi matrice di sofferenza psichica. A questo livello l’intuizione adleriana della persona come unità biopsichica permette di integrare, all’interno del quadro teorico utilizzabile in psicoterapia infantile, le più recenti acquisizioni della neuropsicologia e della psicologia dello sviluppo, consentendo di configurare la comprensione del bambino come “lettura” dello stile di vita (sensazioni, emozioni, finalità, desideri, paure) emergenti nell’azione e nel comportamento relazionale.
- Si può dunque configurare la psicoterapia in età evolutiva come incontro tra persone in relazione anzitutto sul piano corporeo emotivo, che fonda le possibilità di alleanza attraverso la sintonizzazione emotiva, la possibilità di riconoscimento e di ri-costruzione di una buona percezione di sé attraverso la mentalizzazione e l’elaborazione di vissuti e problemi evolutivi nel registro del gioco, nella progressione dal sensomotorio al simbolico.
- Peraltro, nella pratica clinica, è frequente osservare che chi si occupa dei bambini, psicoterapeuti, genitori, educatori, sia inconsapevolmente portatore di un modo d’essere nel corpo, di essere unità biopsichica sostanzialmente riduttivo, superficiale, mutuato socialmente, in quanto tipico della nostra cultura occidentale, che scinde mente e corpo, emozioni ed azioni. Ci si ritrova, per dirla in altri termini, ad utilizzare il corpo per portare in giro la mente. Utilizzando in modo privilegiato il registro espressivo verbale, si trascura la connotazione corporeo emotiva di ogni relazione, che molto rivela, o segnala, e manifesta gli aspetti profondi e inconsci del nostro modo d’essere. Il rischio, nella relazione con bambini e adolescenti, è davvero il ritrovarsi a “parlare un’altra lingua”, senza la possibilità di agganciarci ai livelli più profondi e autentici del nostro mondo interno nell’incontro con l’altro.
- I semplici giochi vissuti insieme, nella pluralità dei vissuti di ogni partecipante al gruppo, ci hanno permesso di incontrare lo sguardo, il gesto e il movimento, lasciando emergere emozioni e sentimenti personali, dall’imbarazzo, alla curiosità, all’attivazione e all’ascolto, alla possibilità di attendere, alla paura di non comprendere e altro ancora. Al contempo il clima del gruppo si è nutrito di vitalità e di interesse, richiamandoci alla possibilità di potenziare e modulare l’alleanza terapeutica nell’attenzione al registro corporeo-verbale, che permette al bambino e al terapeuta di riconoscersi reciprocamente in una relazione in cui azione, emozione e pensiero sono integrati e significanti. Si è sottolineata l’importanza, da questo punto di vista, per il terapeuta dell’infanzia, di momenti formativi complementari al lavoro analitico personale, che permettano di recuperare e rendere consapevoli aspetti noti e non noti del proprio “essere bambino e adolescente”, aspetti che comunque sono in gioco nelle relazioni con i piccoli e giovani pazienti.
- In questa dimensione espressiva corporeo-verbale abbiamo ritrovato aspetti comuni alle diverse tecniche utilizzabili (MDR, tecniche espressive, narrative ecc) che, senza ovviamente prescindere dal registro verbale interpretativo, sostanziano un percorso emotivo corporeo che dà forma, definisce, dipana, bonifica e trasforma il modo di sentire e di fare del bambino.
- Dal punto di vista dell’esperienza clinica, soprattutto con gli adolescenti, il frequente fenomeno dei tagli, l’immersione quasi esclusiva nel virtuale, i disturbi alimentari più o meno gravi, ci hanno riportato ad un funzionamento adolescenziale che esibisce un corpo senza emozioni e senza relazione, che porta all’aspezzamento ed esprime in questo registro una sofferenza relazionale di antica matrice.

## SECONDA PARTE

Dopo i momenti esperienziali che hanno permesso ai partecipanti del gruppo di entrare in contatto reciproco, quindi di contagiarsi positivamente, si è parlato di alcune situazioni in cui il contagio è all'opera e di cui presentiamo sotto delle vignette descrittive. Nel **primo caso**, si mette in evidenza l'effetto positivo del contagio; nel **secondo**, l'effetto è "aperto", mentre nel **terzo** è chiaramente negativo:

- *Il contagio positivo attraverso l'incoraggiamento (effetto Pigmalione)*

F. è un alunno di seconda media di una scuola dell'hinterland milanese: ha un contegno svogliato e indocile e un comportamento disturbante per la classe. Relegato dai docenti all'ultimo banco nonostante la sua bassa statura, si disinteressa alla lezione, gioca per conto suo, non esegue i compiti assegnati e distrae continuamente i compagni, che lo hanno isolato e non lo vogliono accanto, considerandolo noioso e irritante, soprattutto perché chiede continuamente in prestito il materiale scolastico, che ogni giorno "dimentica" a casa. Gli insegnanti lo rimproverano in continuazione e, già a metà ottobre, danno per scontata la sua bocciatura, e i genitori - chiamati più volte dal capo d'Istituto - non riescono a modificare l'atteggiamento del ragazzo. Poi l'insegnante di lettere si ammala e una supplente prende il suo posto. L'incontro di quest'ultima con F. capovolge inaspettatamente la situazione. Dopo due settimane dal suo arrivo, all'ennesima lamentela di un compagno, l'insegnante coglie l'occasione per parlare seriamente con F.: lo rimprovera con un tono molto severo e lo incita a riflettere sul proprio comportamento. Poi afferma di credere che il ragazzo abbia buone capacità e che, se si impegnasse nello studio, potrebbe essere tra i primi della classe. Pertanto lo fa spostare al primo banco e gli dice che verificherà ogni giorno quanto si è impegnato, perché, secondo lei, ha la capacità di recuperare e stare al passo con i compagni.

F. appare incredulo e meravigliato da quelle affermazioni, tuttavia comincia a impegnarsi, all'inizio come per compiacere l'insegnante, da cui si è sentito accolto e apprezzato, poi con maggiore entusiasmo, gustandosi la soddisfazione dei propri progressi. Prima della fine dell'anno scolastico, i suoi sforzi lo portano a risultati soddisfacenti e lui stesso è visibilmente soddisfatto e gratificato. Anche la classe, al tempo stesso, ha subito un cambiamento: i compagni si rivolgono ad F. con gentilezza e rispetto, lo accettano nei giochi di gruppo assegnandogli anche ruoli importanti, apprezzano la sua amicizia e lo consultano perfino per problemi scolastici. Il contagio è avvenuto su due fronti: da un lato, il ragazzo si è lasciato contagiare dalla fiducia incoraggiante dell'insegnante, cominciando un po' alla volta a credere in se stesso; dall'altra, il gruppo classe è stato contagiato non solo dall'atteggiamento dell'insegnante, che ha dimostrato di credere in F. e lo ha incoraggiato a raccogliere la sfida, ma soprattutto dal cambiamento del compagno, che nella sfida ha dato tutto se stesso.

- *Il contagio positivo e negativo attraverso il web. Nuove questioni di responsabilità*

In un film poliziesco, una ragazza diciottenne, viziata, capricciosa e ribelle, apre un sito web e in breve diventa la piccola diva del momento. I ragazzi, e soprattutto le ragazze, vedono in lei un modello, le esprimono sentimenti di sconfinata ammirazione e vorrebbero diventare come lei. La ragazza pubblica un libro nel quale insegna alle adolescenti come truccarsi e come valorizzare il proprio corpo. All'inaugurazione del testo tutte accorrono per avere da lei una firma, una dedica, un segno di simpatia. Ma improvvisamente tutto crolla come un castello di carte: un ragazzo la accusa pubblicamente di essere stata la causa della morte di sua sorella che - a suo dire - si è suicidata dopo averle scritto numerose lettere cui la "diva", troppo impegnata, non ha mai risposto. Poco dopo, la diciottenne viene rapita e violentata da quattro uomini; questi la legano a una sedia e le infliggono tremende torture, mentre lei li supplica di smetterla e di lasciarla andare. E, mentre le forze dell'ordine lavorano senza sosta per trovarla, sul web comincia a girare la sua immagine: un volto sfigurato e pieno di lividi, i capelli arruffati, polsi e caviglie legati.

I suoi aguzzini la mettono in mostra, dipingendola come una ragazza egoista, viziata, frivola, capricciosa e priva di valori morali, che ha danneggiato tante adolescenti col suo esempio e con la sua vanità, causando anche la morte di una ragazzina, e affermano con convinzione che "merita" il castigo che le è stato inflitto. Nel giro di poche ore, la sua immagine e la sua credibilità vengono distrutte, mentre i commenti che girano in rete su di lei dimostrano che il suo adorante pubblico di fans si è trasformato in una folla inferocita, decisa a

farla a pezzi. Il capo dei rapitori, dopo aver dichiarato la sua intenzione di ucciderla "perché non merita altro", propone una sorta di sondaggio: "Vi ho detto chi è e cosa ha fatto" scrive in rete; "ditemi che fareste al posto mio: secondo voi, devo liberarla o devo ucciderla?" E dal mondo del web arriva una risposta unanime: la ragazza non merita di vivere ed è meglio per tutti che venga uccisa.

Ecco un esempio di contagio distruttivo: nel mondo del web, dove tutto appare sotto una luce diversa, il contagio emotivo può essere rapido come un incendio: la velocità con cui la rete propaga i suoi contenuti e ottiene adesioni è impressionante. Sappiamo come il fenomeno del contagio avvenga molto spesso attraverso il linguaggio non verbale: la mimica, la postura, il tono di voce. È come un'imitazione automatica, una convergenza emotiva che avviene in modo spontaneo e senza una mediazione cognitiva. Il web, invece, è forse l'unico caso in cui tale fenomeno si diffonde anche in assenza della comunicazione non verbale: qui c'è solo il messaggio scritto, ma attraverso quello, noi visualizziamo contenuti - e contribuiamo a nostra volta a diffonderli - uniformandoci a una massa che sembra essere depositaria della "verità" e che stabilisce, come nell'esempio citato, condanne e punizioni con estrema rapidità, senza permetterci di accedere al nostro bagaglio di conoscenze e di cultura o di adoperare capacità di giudizio e di ragionamento precedentemente acquisite. È il contagio, senza possibilità di difesa.

- *Fake news & social media*

La questione della responsabilità è importante anche in queste comunicazioni che contribuiscono ad affievolire ulteriormente il concetto di verità. Questo tipo di contagio relazionale, infatti, è particolarmente pernicioso per la comunità perché altera volutamente il senso di verità (già fragile e autoreferenziale) e costringe a un esame critico continuo, o a "gettare la spugna" per incapacità di analisi ponderate, quindi a essere contagiati acriticamente o a difendersi rifiutando di entrare nel merito delle notizie, ma sempre acriticamente. In questi casi, sarebbe come trovarsi di fronte ad un Ulisse che ti imbrogliava in continuazione, e che una volta che magari non ti imbrogliava, non sai se lo stia ancora facendo oppure no. L'atteggiamento è di difesa acritica nei confronti di un contagio che in questo caso potrebbe essere definito perverso. A livello di favola popolare corrisponde all'urlare al lupo al lupo, fatto volutamente e per creare confusione.

Maiullari ha infine proposto al gruppo una riflessione generale, così riassumibile: il contagio (alla stregua dell'empatia e dei neuroni specchio, ma con dei meccanismi molto più complessi) è da pensare come una soluzione evolutiva che ha permesso all'uomo (ma verosimilmente anche a molti altri esseri viventi) di rafforzare la dimensione sociale, quindi di affrontare meglio i pericoli ai fini della sopravvivenza. Se questo è vero, ne derivano almeno due conseguenze: la prima è che vi sarebbe da ipotizzare delle strutture neurobiologiche in grado di attivarsi a tale scopo; la seconda è clinica e si riferisce alle sindromi autistiche che, a questo punto, potrebbero essere pensate come situazioni di "chiusura" a essere contagiati nelle relazioni interpersonali.

Anna Maria Bastianini  
annambast@gmail.com

Franco Maiullari  
fmaiullari@bluewin.ch

XXVII Congresso Nazionale SIPI  
Brescia, 13-15 aprile 2018  
“Contagi relazionali: emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale”

RISCHI E RISORSE DELLA RELAZIONE:  
TRASFORMAZIONI NELLE ANALISI E NELLA PSICOTERAPIA DINAMICA

**Gruppo “Adulti e anziani”**

*Conduttori:* Sergio Laguzzi, Enrica Fusaro

*Summary – ADULTS AND ELDERS.* The context of psychotherapy with adults and the elderly – The working group confronts the change in the contexts of psychotherapy. Highlights the importance of the therapist's attitude for the effectiveness of the analysis.

*Keywords:* AMBIENTE TERAPEUTICO, ATTEGGIAMENTO DEL TERAPEUTA, COMPITI VITALI



Si riportano in sintesi le riflessioni del Gruppo di lavoro, che ha attuato una narrazione delle proprie esperienze, vivendo un percorso condiviso di coscienza professionale: si è osservato il fluire dalle osservazioni, da quelle tecniche, al tema della frustrazione dell'analista, per approdare al terapeuta come "persona" ed alle radici umane della speranza terapeutica.

La relazione psicoterapeutica e le sue connotazioni emotive, sia del paziente, sia dell'analista concorrono al percorso condiviso di cura. Occorre riflettere però, sui diversi contesti in cui l'intervento si pone. Innanzitutto nel contesto pubblico, ospedaliero o dei servizi sul territorio con le loro complessità e con le loro risorse, sarebbe più corretto parlare di *ambiente terapeutico*, averne più consapevolezza, forse anche per poter tentare di renderlo più operativo, parte di un atteggiamento implicitamente accogliente.

Dal momento dell'accoglienza, della segreteria, alle altre figure di operatori, alla sala d'aspetto ad esempio del CSM, tutto costituisce un elemento di supporto o di imprevedibilità. Il terapeuta si vede costretto ad adattare il trattamento al paziente ed al contesto, più che rischiare di adattare il paziente ai propri schemi professionali. I suoi sentimenti sono però troppo spesso influenzati dal disordine e dal caos che richiede un continuo sforzo riordinante.

Nel differenziare i contesti pubblici ci si sofferma sulla specificità del paziente oncologico che porta lo psicoterapeuta che l'accompagna in reparto, via via da un atteggiamento di compassione ad un atteggiamento empatico, spesso in controtendenza con le altre figure dell'équipe sanitaria che avvicinandosi il tempo della morte, riducono l'empatia.

Nel contesto dello studio privato, si osserva oggi la richiesta di aiuto a fronte di vissuti di rabbia che con il supporto analitico, lentamente approdano alla tristezza che era stata coperta. Il setting consolidato, ordinato, consente una riflessione tra ritualità, tecnica e spontaneità; permette momenti in cui è più semplice vivere e operare e che favoriscono atteggiamenti empatici, momenti ricchi di esperienze affettive e di scambi intersoggettivi. Allo psicoterapeuta viene chiesto sempre più di essere accogliente, di reggere la confusione e l'incertezza del paziente venendo a costituirsi come in un luogo insaturo.

Le riflessioni riconducono comunque, alla centralità dell'agente terapeutico costituito dall'analista che mantiene vivo un esercizio non solo professionale, ma una curiosità verso la vita e l'esperienza che lo aiuta a sviluppare un'empatia autentica, che favorisce un contagio terapeutico positivo. Questa sensibilità verso la vita porta con sé la consapevolezza di quanto sia necessario un supporto esterno, costituito da un "terzo", che aiuta l'analista ad accorgersi se si sono innestati processi di contaminazione. Lo scambio con i colleghi, la supervisione emotiva sono gli strumenti principali di tale supporto. La tematica del contagio diventa ancor più importante a fronte di pazienti borderline, che attraverso meccanismi di identificazione proiettiva pervadono l'analista e lo pongono nella condizione di aiutare se stesso oltre che il paziente.

L'attualità del tema del contagio porta con sé il tema della flessibilità che oggi viene richiesta nell'ambito del setting per favorire l'incontro empatico, evitando di congelarlo attraverso la tecnica. Ciò perché il setting richiama spesso le caratteristiche del rapporto originario, la funzione materna, in cui la consapevolezza di sé, del bambino, si potrebbe dire del paziente nell'analisi, matura in un rapporto autentico con la madre e nella psicoterapia con l'analista, che opera anche accettando fasi di attesa, rottura, riparazione.

Il setting dunque, non deve essere rigido e ciò comporta un'attenzione vigile alla sua regolazione via via che si costruisce il rapporto: il buon terapeuta riesce così a portare senso e ordine nelle proiezioni caotiche che arrivano dal paziente.

Tali osservazioni possono essere generalizzate: oggi si osserva un aggravamento dei pazienti, soprattutto nell'ambito dei disturbi di personalità; si rileva anche un incremento dell'età in cui le persone iniziano l'analisi. Ciò conferma il bisogno emergente dello psicoterapeuta di mantenere un alto livello di consapevolezza, di flessibilità, ma anche di spazi dove poter ripensare la seduta nel confronto con i colleghi. È inevitabile richiamare il pensiero del prof. Parenti che ricordava che lo psicoterapeuta attua un mestiere "borderline tra l'arte e la scienza". Talvolta l'analista si trova di fronte alla consapevolezza di non sapere cosa fare e oggi più che mai deve avere il coraggio di stare all'interno di questa ammissione di limite.

I richiami al tema degli aspetti procedurali, impliciti della comunicazione, obbligano lo psicoterapeuta ad una messa in discussione del Sé: necessariamente deve coltivare il tema della speranza, per poterlo trasmettere. La speranza va intesa come autenticità di fronte alle circostanze di vita, fosse anche la consapevolezza dell'angoscia della morte, quando si lavora con il paziente oncologico. Il terapeuta offre una presenza, accetta scissioni parziali, vive il caos per tentare ricomposizioni. È meglio avere il coraggio di sentirsi disperati, di non sapere cosa fare che rimanere vuoti, esprimere un'alessitimia, un'assenza di emozioni che il paziente potrebbe raccogliere come la sensazione di non essere sentito; in questo modo la presenza diventa il coraggio di essere vicino.

Nel diario di Nijinsky, A. Adler evidenziava come la terapia cambiasse tutte e due gli attori coinvolti; quando ad esempio, ci si trova di fronte a una depressione maggiore, ci si deve chiedere da psicoterapeuti, se si è perdonato al paziente di essere incapace di perdonare a se stesso di essere così onnipotente da perdonare a se stesso la rabbia.

L'esperienza dell'inferiorità così cara ad Adler si pone quindi come esperienza dello psicoterapeuta di stare di fronte alla propria frustrazione, all'impotenza: le stesse aree cerebrali direbbe la neuropsicologia, vengono attivate sia nel paziente, sia nello terapeuta e ciò permette un'intesa, non solo sul registro simbolico, verbale ma su quello implicito.

La necessità di essere autentici, in contatto con le proprie parti risolte e con quelle in via di risoluzione costante del Sé, sostiene la competenza professionale, connotando di credibilità l'incontro terapeutico. Le caratteristiche del setting dovrebbero quindi privilegiare l'ordine, le regole o la creatività dello psicoterapeuta e del paziente? Il richiamo ai tre compiti vitali impegna l'analista a essere in grado, nonostante le fatiche del lavoro, a mantenere la capacità di testimoniare la vita in tutte e tre le aree. Ciò senza perdere di vista i bisogni del paziente, né minimizzare la sua sofferenza, accogliendo sia il disturbo, sia la domanda di senso, come capita spesso per i pazienti oncologici, in cui l'incontro sfocia nella spiritualità, come condivisione della vita con le persone a cui si vuole bene.

Le riflessioni orientano all'importanza di diffondere tra gli psicoterapeuti il contagio di un bisogno formativo permanente, perché sempre di più si è chiamati in causa come persone e anche dal punto di vista del metodo. Il primo passaggio del lavoro è la necessità di una buona psicodiagnosi; la seconda tappa è la capacità di costruire una confidenza che permetta di trasmettere coraggio. Questi elementi costituiscono la base per poter costruire un setting adeguato allo specifico contesto in cui ci si muove, per acquisire professionalità nel confezionare setting specifici che servano a pazienti specifici.

Un altro aspetto da considerare è il contagio sociale, il modo con cui le modificazioni della società incidono sul lavoro dell'analista. Oggi si sente la richiesta di una tempistica sempre più efficace in tempi brevi. Si è consapevoli a livello professionale dell'esigenza di interventi di precisione: capita anche che qualcuno dica "sto diventando disadattato", perché sviluppa empatia in una società che non la richiede. In questo si gioca il ruolo della testimonianza dei compiti vitali, che può dare alla persona il coraggio della discontinuità rispetto scelte che sono inadeguate, ma protettive. In tali processi di cambiamento occorre avere anche il coraggio di accettare le componenti non consapevoli che concorrono al percorso psicoterapeutico e che possono generare "errori giusti", imprecisioni, che vengono poi integrate o utilizzate come risorsa nel contesto terapeutico. Ci si apre alla necessità di stare di fronte anche a ciò che è ignoto, casuale, padroneggiando il metodo in modo creativo, per utilizzare al meglio anche gli errori ed imprevisti.

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1936), Prefazione al Diario di V. Nijinskj, in ANSBACHER, H. L., PARENTI, F., PAGANI, P. L., “Adler e Nijinsky. Da un incontro: ipotesi sulla schizofrenia”, *Quaderni della Riv. Psicol. Indiv.*, 6: 1981.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale*, Newton Compton, 1994 Roma.
3. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
4. PARENTI, F. (1983), *La psicologia individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
5. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 71: 3-30.

Sergio Laguzzi  
micius-i@hotmail.it

Enrica Fusaro  
enrica.fusaro@gmail.com

XXVII Congresso Nazionale SIPI  
Brescia, 13-15 aprile 2018  
“Contagi relazionali: emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale”

RISCHI E RISORSE DELLA RELAZIONE:  
TRASFORMAZIONI NELLE ANALISI E NELLA PSICOTERAPIA DINAMICA

**Gruppo “Complessità delle reti di cura”**

*Conduttori:* Emanuele Bignamini, Paola Viglianco

*Summary* – COMPLEXITY OF CARE NETWORKS. Reflecting on the complexity of care networks inevitably means referring to seized dynamics, with specific attention to some components such as the effectiveness and authority of the head, the dynamics of belonging and recognition, the characteristics of relationships between caregivers, the uniqueness of the therapeutic relationship. Only a careful attention to those aspects allows a therapeutic effectiveness, especially when it comes to network interventions.

*Keywords:* GRUPPO, RETE, COMPLESSITÀ

## 1. Complessità

Si evidenzia la necessità di utilizzare, in questo contesto, il termine “complessità” in modo proprio e non generico, o come sinonimo di altri termini che indicano complicazione, difficoltà o problematicità.

In senso proprio, il concetto di complessità porta con sé alcuni elementi che influenzano fortemente lo scenario:

a) il sistema di cura si sviluppa in una condizione probabilistica, in cui il controllo degli eventi è solo parziale: le scelte operate possono dare i risultati attesi in modo variabile e in relazione solo parziale con le azioni che dipendono da un curante (effetto farfalla: non vi è proporzionalità fissa tra azione e retroazione, tra energia immessa e entità del risultato. Si ricorda la teoria delle “biforcazioni assistite” di Prigogine riguardante la dinamica del cambiamento);

- viene quindi richiamata anche la tematica del potere che, nelle reti in cui sono presenti diversi attori, anche con appartenenze istituzionali differenti, è sempre attiva e necessita di essere gestita. Il potere attraversa diverse dimensioni tra cui quella di poter definire quale sia il problema da trattare (la diagnosi) e quella della gestione delle informazioni e della conoscenza;

b) la rete curante si configura come un sistema aperto, i cui confini e la cui identità hanno un valore temporale limitato e che sono oggetto di costante ridefinizione;

- in questo senso, un problema specifico delle reti di cura è lo sviluppo del senso di appartenenza dei curanti che vi partecipano, soprattutto da un punto di vista affettivo: fattore fondamentale per l'immissione di energia nel gruppo curante, per la reciprocità e l'oblatività che sono necessarie nella gestione cooperativa di problemi complessi;

c) resilienza. Caratterizzata dalla adattabilità del sistema e dalla ridondanza dei percorsi che possono portare allo stesso risultato pur al variare delle condizioni e degli elementi funzionanti del sistema.

## 2. Reti

Tra le caratteristiche della rete si evidenzia in particolare il ruolo delle dinamiche di gruppo che vengono messe in gioco. Il gruppo di lavoro può essere paragonato infatti al gruppo famiglia, con la competizione e il confronto tra pari e le dinamiche relative al rapporto con il ‘capo’. Quest'ultimo rappresenta l'autorità che può essere osteggiata, demonizzata o idealizzata. La personalità di chi gestisce un gruppo (come un team di lavoro) influisce molto sull'umore del gruppo, sul senso di fiducia e di appartenenza dei componenti.

Se il ‘capo’ è una figura solida che tutela il gruppo, quest'ultimo lavorerà meglio e sarà in grado di relazionarsi con altri gruppi in modo proficuo e collaborativo. Sarà inoltre maggiormente in grado di gestire le frustrazioni e le difficoltà che si presentano sul lavoro.

## 3. Cura

La rete si propone di avere la capacità di influire sulla condizione del paziente.

Un aspetto fondamentale ha, a questo proposito, la supervisione emotiva, che consente di chiarire le correlazioni tra le dinamiche sollecitate dal portatore del paziente, le dinamiche tra i diversi sottogruppi del sistema curante e le dinamiche della rete curante, potenzialmente disinnescando le valenze distruttive e oppostive e valorizzando il pensiero compositivo.

Trattando oggetti complessi, la rete si propone anche come strumento per la conoscenza dei diversi elementi del “groviglio-paziente”.

In questo senso, è necessaria una supervisione culturale che consenta di relativizzare i diversi punti di vista, di ridefinire le diverse teorie di riferimento come strumenti di lavoro e non come verità di fede da far trionfare. Si attua un importante passaggio da una dimensione “disciplinare” ad una dimensione culturale, inevitabile e indispensabile nella gestione integrata.

Questi tratti se da un lato enfatizzano alcune “virtù” proprie dell'atteggiamento terapeutico riconosciute critiche nel setting psicoterapico, come l'umiltà che rende possibile la con-divisione, dall'altro rendono necessaria una “organizzazione” della rete attraverso principi di co-ordinamento. In questa accezione, il ruolo del leader

del gruppo di lavoro in rete (il “capo”) è quello di sostenere la consapevolezza della complessità della rete, di mediare sia tra le diverse parti e rappresentazioni interne sia tra il sistema curante e l’ambiente esterno, garantendo una corrispondenza tra la teoria dichiarata dell’integrazione e la prassi messa in atto. Anche il suo ruolo di gestione dei conflitti e di assunzione delle decisioni in condizioni di incertezza deve comunque garantire il mantenimento delle relazioni di collaborazione.

Un aspetto critico delle reti di cura “reali” è dato proprio dalla loro funzionalità direttamente proporzionale alla qualità delle relazioni interpersonali tra i curanti: la stima, la fiducia, il riconoscimento reciproco, consentono un lavoro produttivo, ma sono condizioni “ineffabili”, che non possono essere date per scontate e che, di fatto, non sono sempre presenti. Spesso queste condizioni sono funzione di pre-comprensioni derivanti dai background culturali ed esperienziali dei curanti, che portano con sé dimensioni identitarie, di appartenenza, affettive e non razionali.

Se le regole dichiarate possono funzionare solo su base affettiva, senza un adeguato sviluppo della componente culturale e organizzativa, la rete di cura difficilmente potrà superare le difficoltà poste dal management clinico di situazioni complesse.

Emanuele Bignamini  
bignamini@asl3.to.it

Paola Viglianco  
p.viglianco@alice.it

XXVII Congresso Nazionale SIPI  
Brescia, 13-15 aprile 2018  
“Contagi relazionali: emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale”

RISCHI E RISORSE DELLA RELAZIONE:  
TRASFORMAZIONI NELLE ANALISI E NELLA PSICOTERAPIA DINAMICA

**Gruppo “Aspetti evolutivi nella psicoeducazione”**

*Conduttori:* Gian Sandro Lerda, Marta Milanese

*Summary* – EVOLUTIONARY ASPECTS IN PSYCHOEDUCATION. The work group has reflected on several levels regarding the topic of relational contagion in psychoeducational contexts. We have tried to clarify and differentiate the different areas and environments of intervention in which we operate, that often leads the therapist out of the clinical setting, to meet in a aggregative setting. We have discussed class groups, educational communities, daycenters, expressive workshops for the child and adolescent and support for parenting, parent training, teachers and educators for adults. Attention is directed to the unconscious, to the implicit, to the evocation of one's own feeling that is triggered by the other. In a relationship reciprocal and unconsciousness situations can occur that can become creative experiences and therefore have transformative value.

*Keywords:* RELAZIONE, IMPLICITO, PSICOEDUCAZIONE

## **Introduzione**

Il contagio relazionale, esperienza che si svolge “tra le righe” di ciò che è esplicitamente condiviso, che avviene nel qui ed ora della relazione ad un livello implicito, emozionale e solo parzialmente consapevole o non consapevole [8], è un fenomeno che si verifica nelle relazioni terapeutiche, costituendone un agente trasformativo fondamentale, ma anche negli interventi psicoeducativi di cui parleremo e potremmo dire, di fatto, in tutte le relazioni. La differenza è che, nelle relazioni terapeutiche e psicoeducative, il contagio relazionale è un fenomeno da riconoscere e da gestire (per quanto possibile), affinché accompagni utilmente il percorso e sia generatore di un processo trasformativo positivo, sapendone valutare i rischi e gli aspetti da monitorare o almeno da collocare.

Ciò che i nostri interlocutori (che siano i pazienti in terapia, o un gruppo di bambini o adolescenti incontrati in contesto scolastico, o una coppia di genitori in consulenza o un gruppo di insegnanti in un percorso di formazione) portano, vivono emotivamente e agiscono negli incontri/sedute con noi, tocca le nostre corde ed evoca dentro di noi risonanze e reazioni emotive, che entrano a loro volta nella comunicazione implicita con l'altro, in una dinamica di contagio foriera di possibili trasformazioni.

Anche nelle relazioni psicoeducative, dunque, il livello verbale, razionale, intenzionale, esplicito, si intreccia profondamente con il piano emotivo, implicito, non consapevole, che si esprime prevalentemente attraverso il non-verbale, il corporeo.

Nel presente scritto, frutto di un proficuo lavoro di gruppo svoltosi all'interno del XXVII Congresso Nazionale S.I.P.I., ci dedicheremo ad approfondire il fenomeno del contagio relazionale negli interventi psicoeducativi. Il ventaglio di situazioni che possono rientrare nella dicitura “psicoeducativo” è assai ampio: esso può comprendere sia interventi con bambini e adolescenti, quali laboratori espressivi, gruppi di sostegno, interventi di prevenzione e promozione del benessere nelle scuole o in altri ambienti educativi (comunità, centri diurni, ecc.), sia interventi con adulti che per ruolo o professione si occupano di educazione, come percorsi di supporto alla genitorialità, incontri di formazione rivolti ad insegnanti o educatori.

### **1. Scuola come laboratorio della creatività: esperienza di ascolto attivo e di incontro trasformativo**

La riflessione che in sede congressuale è stata affrontata riguarda, in un primo tempo, la relazione tra l'educatore (insegnante, psicologo, psicoterapeuta) e un gruppo di bambini e di adolescenti che insieme costruiscono un percorso di crescita e trasformativo.

Ci si domanda come possiamo descrivere o attivare il contagio: non è una tecnica che si apprende, si sa solo che avviene. Non sorge da volontà intenzionale, *accade* nell'incontro con l'Altro, nella relazione.

Nei gruppi di lavoro nascono nella reciprocità e nell'inconsapevolezza situazioni toccanti che possono avere valore trasformativo per l'uno o per l'altro partecipante. Non c'è trasmissione possibile, non c'è contagio senza la relazione, senza l'incontro con l'Altro.

Ogni gruppo si compone di una pluralità di relazioni interpersonali. L'essere umano ha un'anima sociale, non può evitare di fare parte di un gruppo.

L'individuo stabilisce un contatto con la vita emotiva del gruppo; siamo nell'area del non detto, dell'implicito. Nella completa inconsapevolezza ognuno porterà sempre qualcosa di proprio.

Sono momenti che *accadono* ed improvvisamente ci troviamo uno dentro al *fantasma dell'Altro*.

Adler ci ha spiegato come l'insegnamento non dovrebbe essere solo un esercizio intellettuale, ma spazio e luogo di attivazione di forze psico-emotive: un percorso che traccia il suo sentiero unico ed irripetibile solo nel momento in cui accade. «*Educare non significa condurre lungo una via già tracciata, ma a partire dalle proprie radici, spingere verso la possibilità di fare esperienza dell'apertura dei mondi, di sostare in essa senza pretendere di appropriarsene*» (15, p. 60).

L'espressione del proprio *Sé creativo* può avvenire solo se si passa attraverso le proprie *radici*. In ogni processo psicoeducativo si tratta di tenere ogni volta presente che «*l'apertura e la scoperta non si oppongono al desiderio di identità e di protezione, ma danno luogo al ritmo che scandisce il processo della formazione*» (15, p. 60).

Per innescare il desiderio di andare oltre occorre un contagio, l'incontro con l'Altro.



Non c'è trasmissione creativa in un gruppo che non possa non passare dalla relazione togliendo gli studenti da una situazione *passiva* e mettendoli in una *attiva*. Permettere all'allievo di sentirsi parte attiva del gruppo lo si aiuta a soddisfare il proprio bisogno di *appartenere* arrivando a comprendere la propria utilità nel gruppo stesso. L'esperienza creativa produce una sorta di *circolo virtuoso* che accresce l'autostima favorendo compensazioni positive all'inadeguatezza. È un lavoro che allena la flessibilità mentale.

Creare è mettersi in relazione con il nostro percepire. Soltanto mentre gioca, l'allievo è libero di essere creativo e di fare uso della sua intera personalità; ed è solo nell'essere creativo che l'individuo scopre se stesso. Nel gruppo classe la creatività non è congelata, esistono più persone che possono riattivare un movimento laddove può essere in stallo.

Qualsiasi strumento che possiamo utilizzare all'interno di un gruppo di lavoro (es. la poesia, la fiaba, la musica, l'arte, qualsiasi cosa che si avvicini al linguaggio di quel gruppo) deve passare dalla *dinamica del gioco*: il gioco dell'immaginazione, dell'invenzione deve essere principe!

Adler parla di gioco nel libro "La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale" del 1927. Per lui «*il gioco è uno strumento espressivo intrapsichico e relazionale con cui il bambino manifesta il suo inserimento nella vita, la sua personale modalità creativa di dispiegare ed organizzare le tendenze psichiche che sta organizzando: ovvero il sentimento sociale e le tendenze auto affermative*» (5, p. 164).

Il gioco è lo spazio e il tempo in cui si diminuiscono le regole e aumenta l'aspetto dell'esperienza che va a dialogare con la sensorialità: vedo...sento...tocco, sono! Si è all'interno di una modificazione continua. Il gioco, non avendo secondi fini, è la cura stessa della relazione e la palestra migliore per rendere il cervello duttile e aperto all'esplorazione.

Inventare (dal latino *invēnio*) significa trovare cose nuove. Mentre *inventa* l'alunno *scopre, trasforma, esplora, ricerca, crea*. Il tutto espresso in una dinamica di piacere. Più si conosce più si ha voglia di conoscere e si apre un percorso trasformativo senza fine. Questo non può che *animare l'amore e sostenere il Sentimento Sociale*. È nell'amore che c'è in gioco un trasporto: si è trascinati via, rapiti.

Giocare è un modo particolare di agire, di trasformare la realtà in forma soggettiva [17] e creativa. La capacità di giocare è alla base della sanità mentale.

Il gioco ha in sé un elemento di *imprevedibilità* che è la base su cui si fonda la *metafora* che favorisce e crea empatia, sintonia e permette lo svelamento di contenuti.

Metafora (dal greco *metaphérō*) significa *trasferire, portare oltre, portare altrove*.

Pensare a progetti per bambini e ragazzi con alla base una costruzione metaforica permette di fornire *contenitori insaturi* che possono portare altrove e aprire a nuovi scenari. Nell'ascolto attivo dei membri del gruppo si aprono più mondi da conoscere e da scoprire.

La metafora ha la funzione di fornire *contatto, unire, proteggere*. Fornisce l'opportunità di *narrare*, di parlare di sé. Attraverso un approccio narratologico si insegna a raccontare il proprio sentire affettivo. L'alunno fa esperienza di *essere ascoltato* e contemporaneamente di *ascoltare*. Nell'ascolto dinamico si può entrare in contatto con l'Altro e con il proprio mondo interiore.

Il gruppo può così costruire un proprio nuovo linguaggio, Altro rispetto a quello familiare.

Con ogni bambino, con ogni adolescente, con ogni gruppo non vi è un'impostazione a priori ma una *costruzione inesauribile*. Ogni volta non solo cambiano i contenuti, ma anche il *modo*. La parola chiave è *flessibilità*.

Il nostro stimolo, la nostra parola quando entra nel gruppo, quando è pronunciata non è più nostra, perché genera effetti che la allontanano paradossalmente da noi.

Le situazioni che si creano nei gruppi potrebbero essere intensamente cariche di *emotività* e possono *orientare* il gruppo stesso. Hanno il potere di *costruire nuove tracce* e di *uscire da un senso di solitudine*.

La narrazione di sé è l'occasione che permette a quanto condiviso di risuonare nelle corde emotive degli altri che hanno, a loro volta, la possibilità di condividere le proprie esperienze ed il proprio stile.

Le classi socialmente più eterogenee sono quelle che hanno un migliore funzionamento; l'anima multiculturale della scuola permette alla persona di rivolgersi al mondo e di vivere e di sperimentare la propria appartenenza nel contagio e nell'incontro con l'Altro [15].

Non sono le certezze, ma i nostri dubbi e i limiti, i propulsori del nuovo e dell'inaspettato. La possibilità di *dubitare* è il motore che fa progredire la conoscenza.

L'inciampo dovrebbe essere fornito come condizione per la ricerca.

L'adulto dovrebbe offrire un ascolto libero, senza pretese per permettere al processo creativo di innescarsi.

L'alunno ci osserva, ci ascolta, e la nostra *motivazione* ed il nostro *interesse* vengono letti come disponibilità.

La presenza dell'adulto si concretizza nel suo *stile*.

Come atteggiamento psicopedagogico nel rispondere all'interesse dell'allievo non si dovrebbe ascoltare la voce dei propri interessi che sono spesso difensivi. L'educatore dovrebbe riuscire a entrare in contatto con ogni unicità che sta di fronte a lui attraverso uno stile incoraggiante per poter attivare l'espressività e le risorse interne dell'allievo.

Dovrà *scoprire* le inclinazioni individuali, ma allo stesso tempo *scoprire* le modalità e le finalità del gruppo ed eventualmente dei sottogruppi in cui opera [7].

Lo stile incoraggiante del docente potrebbe orientare gli allievi ad assumerlo, a loro volta, l'uno nei confronti dell'Altro costruendo movimenti collaborativi e cooperativi.

La *meta* di un gruppo dovrebbe essere sempre orientata allo sviluppo del *Sentimento Sociale*.

Nel 1929 in "La Psicologia Individuale nella scuola" Adler scriveva che:

«Il compito della scuola è quello di formare individui che siano capaci di lavorare in modo autonomo nella vita, che non considerino le esigenze della comunità come problemi a loro estranei, ma come questioni che li riguardano direttamente, e che collaborino alla loro soluzione» (2, p. 51).

Questo fa pensare che ognuno di noi è necessariamente parte di un sistema di comunità che ci rende *responsabili*.

L'educatore per insegnare non può che essere responsabile verso l'allievo che gli chiede *ospitalità* [9].

Il contagio viene neutralizzato e si blocca quando l'educatore affronta il gruppo con dei "disturbi" che lo portano a non entrare in sintonia con il *qui ed ora*.

L'alunno deve sentire che l'educatore desidera essere dove è, non altrove, non lontano da lui. Esserci è evocativo di nuove possibilità. L'alunno non vede l'insegnante, lo sente.

L'educatore partecipa al gruppo con un corpo e con un linguaggio. Anche la parola è una manifestazione della sensorialità: tocca, espelle, ferisce, accoglie, incoraggia e così l'alunno può sentirsi amato, espulso, ferito... Siamo all'interno di un *dialogo aperto*, senza remore.

Pennac in "Diario di scuola" scriveva:

«Se voglio sperare nella loro piena presenza, devo aiutarli a calarsi nella mia lezione. Come riuscirci? È qualcosa che si impara, soprattutto sul campo, col tempo. Una sola certezza, la presenza dei miei allievi dipende strettamente dalla mia: dal mio essere presente all'intera classe e a ogni individuo in particolare, dalla mia presenza alla mia materia, dalla mia presenza fisica, intellettuale e mentale, per i cinquantacinque minuti in cui durerà la mia lezione» (14, p. 103).

È solo attraverso la relazione, quindi, che si innesca un reciproco contagio: ogni membro del gruppo compreso l'educatore è un soggetto di possibilità!

## **2. Interventi psicoeducativi con soggetti adulti: i percorsi di sostegno alla genitorialità.**

Per quanto riguarda gli interventi psicoeducativi con soggetti adulti, ci siamo soffermati nel lavoro di gruppo in sede congressuale su quei percorsi di sostegno alla genitorialità o di consulenza psicopedagogica che normalmente accompagnano in parallelo i percorsi psicoterapeutici con i minori [6]. Partiamo dal presupposto che il bambino o il ragazzo seguito in psicoterapia fa parte di un sistema, di un contesto e non è possibile prendere in carico un bambino efficacemente, se non viene coinvolto nel processo e in qualche modo preso in carico anche il contesto, soprattutto quello familiare. Questo perché il soggetto in crescita è intrinsecamente legato al suo contesto, anche a livello strutturale [13]: in base all'età, alcune funzioni vengono ancora espletate dai genitori per il bambino; perciò conoscere e lavorare anche sul campo di forze all'interno del quale il bambino è inserito risulta irrinunciabile. Il lavoro con i genitori solitamente non è terapia, ma un accompagnamento con taglio psicoeducativo, orientato al sostegno della funzione genitoriale.

Già dal primo colloquio, i genitori raccontano e forniscono informazioni sul figlio, sul suo carattere e sulla sua storia, sulla famiglia, sulla situazione attuale, sulle problematiche che si presentano, il tutto attraverso il registro verbale. Ancora attraverso il registro verbale sono spesso in grado di parlare degli stati emotivi del figlio e propri e delle dinamiche di relazione che si producono. Il consulente/terapeuta raccoglie le informazioni che iniziano a delineare un quadro, ma contemporaneamente rileva un “certo modo” di raccontare, emozioni e stati d’animo che emergono “in diretta” (commozione, tristezza, rabbia, delusione, preoccupazione, distacco, fatica, esasperazione), espressi prevalentemente attraverso il non verbale (mimica, gestualità, tono della voce, postura, ecc.). Alcune di queste manifestazioni le cogliamo, le decifriamo e le riconosciamo consapevolmente e cognitivamente, altre le sentiamo prevalentemente a livello emotivo, attraverso le nostre risonanze e reazioni, ci colpiscono a livello profondo e spesso inconsapevole, “ci fanno provare qualcosa” per identificazione empatica o per reazioni di fastidio o rigetto [12].

Una serie di vissuti emotivi della coppia genitoriale, ma anche di ciascun genitore come individuo singolo, insieme alle dinamiche presenti all’interno della stessa coppia genitoriale e coniugale, giungono allo psicoterapeuta/consulente e lo attivano. Lo attivano come terapeuta nell’esercizio del suo ruolo e con le sue competenze specifiche, ma anche in quanto uomo con il suo stile di vita, il suo “sentire” e le sue risorse e fragilità. Inoltre il terapeuta/consulente può essere attivato come figlio (immedesimandosi nel minore di cui ci sta parlando ed essendo sollecitato nei propri vissuti di figlio, in relazione al figlio che è, che è stato, che avrebbe voluto essere) e/o come genitore (immedesimandosi o reagendo emotivamente a ciò che vivono e trasmettono i genitori, in risonanza al genitore che è o che non è, che è stato o che vorrebbe essere). La sollecitazione avviene cioè su più livelli contemporaneamente.

Inoltre si presentano, già nel primo colloquio, vissuti e dinamiche dei genitori in relazione alla richiesta di aiuto, in parte espressi verbalmente ed esplicitamente, in parte trasmessi attraverso l’atteggiamento e il clima che inizia a manifestarsi: fiducia/sfiducia, diffidenza, delega, aspettative, resistenze [10]. Anche questi movimenti colpiscono e interpellano emotivamente il terapeuta.

Se nel primo colloquio si presentano già, in maniera più o meno significativa, tutte queste sollecitazioni emotive, negli incontri di sostegno psicoeducativo che seguiranno, la relazione tra consulente e genitori vedrà una loro più ampia messa in gioco e relativa necessaria gestione.

Inevitabilmente le riformulazioni e rielaborazioni di quanto i genitori raccontano di sé e dei propri figli, le letture delle dinamiche familiari e gli stimoli di riflessione che consapevolmente lo psicoterapeuta/consulente fornisce, il portare a cogliere e leggere opportunamente i segnali di difficoltà e di malessere dei loro figli, come anche le loro risorse e capacità, i messaggi di incoraggiamento ad assumere atteggiamenti più funzionali e rispondenti ai bisogni sani di crescita dei figli, costituiscono azioni terapeutiche consapevoli e intenzionali, permeate dagli scambi emotivi e dai contagi che avvengono a livello profondo.

Da una parte potremmo interpretare tale fenomeno come un limite, soprattutto se consideriamo nostre possibili reazioni emotive di rifiuto, rabbia, non accettazione, fastidio, in quanto possono interferire con ciò che consapevolmente mettiamo in campo a livello di metodologia, tecnica, atteggiamento. In realtà non può esserci autentico e profondo cambiamento se la comunicazione tra consulente e genitori non avviene anche a questo livello (emotivo e relazionale), mettendo in moto movimenti trasformativi [11].

Nell’incontro tra terapeuta e paziente, e per estensione tra consulente e genitori, nel “matching” come lo definisce Rovera [16], il terapeuta è investito dalle emozioni dei suoi partners, le coglie implicitamente e da esse viene contagiato; prova quindi una sua originale reazione emotiva (che contiene, accoglie oppure rifiuta, critica, ignora, etc.) a fronte di ciò che ha ricevuto dal paziente; questo stato emotivo, nuovo e originato nel terapeuta viene trasmesso e colto dal paziente, che ne viene a sua volta contagiato, e può sviluppare, anche per effetto di questo contagio, oltre a quanto trasmesso e recepito a livello verbale, razionale e consapevole, un modo nuovo, diverso di reagire e di vivere il proprio dolore, la propria angoscia, i propri stati emotivi, etc. [8]

Le reazioni emotive del terapeuta connotate da comprensione, accettazione, contenimento, fiducia nei confronti delle emozioni trasmesse dai genitori e delle proprie emozioni evocate, svolgono un’azione di contenimento e incoraggiamento a livello profondo, e forniscono implicitamente un modello nuovo, più evoluto, di

funzionamento sorretto dal Sentimento Sociale e stimolato dal Sé Creativo.

Ciò naturalmente può avvenire se queste due dimensioni sono presenti, sviluppate ed attive nel terapeuta.

Il paziente impara a trattare sé stesso copiando implicitamente (per contagio) il modo in cui si sente trattato dal terapeuta nel setting. Ogni rispecchiamento e contagio, per diventare evolutivo, trasformativo, deve aggiungere allo stato precedente del paziente un'acquisizione nuova, effetto della presenza significativa del terapeuta. Il processo di cambiamento si alimenterebbe delle sequenze di contagi e di trasformazioni reciproche, premesse e frutto dell'alleanza. Il Sentimento Sociale e il Sé Creativo del terapeuta ri-attivano per contatto profondo il Sentimento Sociale e il Sé Creativo del paziente [8].

Di qui, come ricorda Grandi, la necessità per il terapeuta di riconoscere e gestire le correnti emotive che si muovono dentro di sé nelle dinamiche di contagio, ma soprattutto l'aver fatto e continuare a svolgere un lavoro analitico su di sé ed una supervisione costante che permettano di alimentare il proprio Sé creativo e il Sentimento Sociale, principali agenti trasformativi nella relazione, sapendo anche riconoscere ed accogliere le proprie fragilità ed i propri limiti [11].

Dal confronto di gruppo in sede congressuale, sono emerse ulteriori riflessioni sul tema del contagio relazionale. Ci si è soffermati sul fatto che spesso, in situazioni terapeutiche, come in interventi psicoeducativi, ci sia da parte dei pazienti/utenti una particolare attenzione e sensibilità al non-verbale del terapeuta/consulente, al linguaggio del corpo e assai meno alle parole, che non arrivano, non penetrano, non scalfiscono con la stessa efficacia che può avere un atteggiamento, una modalità relazionale. Ci sono soggetti, ad esempio, che in alcune fasi di una terapia o in alcuni momenti di un intervento psicoeducativo, non hanno bisogno di ragionamenti, chiarificazioni, interpretazioni, ma necessitano di essere rassicurati, scaldati, contenuti attraverso un gesto, una presenza, uno scambio emotivo.

In relazioni psicoeducative con bambini, in particolare, si può presentare spesso la necessità di intervenire a livello corporeo, attraverso il gesto e il contatto, al fine di contenere emotivamente là dove le parole non arrivano, perché non rispondono al bisogno di base del bambino in quel momento, che è un bisogno primario di contenimento e rassicurazione.

Un'altra riflessione importante si è svolta attorno alla possibilità di cogliere lo stato mentale del paziente/utente attraverso l'emozione che viene sollecitata dentro di noi. Un soggetto aggressivo, irritabile, oppositivo può sollecitare emozioni di tristezza nel terapeuta/consulente e tale tristezza può essere indicatore di ciò che sta alla base del comportamento aggressivo, come ad esempio componenti depressive, colte non attraverso la lettura del comportamento esplicito, ma per contagio emotivo. Il terapeuta/consulente, tuttavia, sarà in grado di sentire quella tristezza, se avrà sufficientemente elaborato le questioni relative all'aggressività, altrimenti andrà facilmente in simmetria con l'aggressività dell'interlocutore, non sopportandone l'impatto e quindi non cogliendone gli aspetti latenti.

Infine, il fenomeno del contagio può intendersi anche come la possibilità di trasmettere, trasferire implicitamente e spontaneamente una disposizione d'animo, un atteggiamento nei confronti della vita: il terapeuta adleriano, se incarna e vive armonicamente le dimensioni del Sentimento Sociale e del Sé Creativo, dovrebbe trasmettere con il proprio atteggiamento e il proprio stile relazionale vitalità, fiducia, coraggio e speranza a cui il paziente/utente possa attingere, anche per imitazione. Di qui si evidenzia ancora l'importanza che il terapeuta adleriano sia consapevole di ciò di cui è portatore come persona, ancor prima che come terapeuta, e di ciò che trasmette nella relazione.

Per concludere, risulta evidente che parlare e confrontarsi professionalmente su tecniche, metodi e strategie terapeutiche può risultare complesso, ma ci permette di rimanere su un piano più conosciuto, agevole e dunque rassicurante (talvolta difensivo); avventurarsi nelle dinamiche del contagio relazionale ci porta su un terreno decisamente più impervio, meno definito, sfumato, emotivo, personale. Un terreno su cui tuttavia è importante cimentarsi e confrontarsi perché nella relazione con i nostri pazienti/utenti non giochiamo semplicemente una maschera o un ruolo, ma interagiamo come persone intere, compresi i nostri aspetti più profondi e misteriosi.

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1975.
2. ADLER, A. (1929), *Individualpsychologie in der Schule, The Education of Children*, tr. it. *La Psicologia Individuale nella scuola, La Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 2003.
3. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
4. BARRILÀ, D. (1992), *Educhiamo i nostri bambini con creatività*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 1999.
5. CAVALLI, E., CARAMAZZA, C. (2013), "Adlerian Play Therapy: una prospettiva individualpsicologica per l'utilizzo del gioco nel setting psicoterapeutico infantile", *XXIV Congr. Naz. SIPI*, Torino.
6. DI SUMMA, F., LERDA, G. S. (2014), Il lavoro con i genitori in accompagnamento alla psicoterapia con i bambini e gli adolescenti, *Riv. Psicol. Indiv.*, 75: supplemento.
7. DINKMEYER, D. C., DREIKURS, R (1963), *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti Barbera, Firenze 1974.
8. FASSINO, S. (2016), Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-43.
9. GHIDONI, C. (2013), "Esplosiamo il sentimento sociale. Esperienza formativa con i docenti di un liceo", *XXIV Congr. Naz. SIPI*, Torino.
10. GRANDI, L. G., LERDA, G.S. (2013), *Per i nostri figli. Itinerari di crescita e benessere tra famiglia e scuola*, Edizione Percorsi, Saluzzo (CN).
11. GRANDI, L. G. (2016), *Amore e Psyche. Percorsi di psicoterapia Individual-psicologica*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
12. LERDA, G. S., LO SAPIO, V., BURDISSO, L., PANNULLO, J., DE MARCO, F. (2016), Il "gioco" degli atteggiamenti nella relazione terapeutica: prospettive di incontro tra manipolazione, seduzione ed aspettative narcisistiche, *Il Sagittario*, 36-37: 23-33.
13. LERDA, G. S. (2017), Legami capaci di futuro: dalle basi intersoggettive dello sviluppo della persona all'esperienza dello 'stare' in relazione. Attaccamento, fiducia, desiderio e cura nei rapporti interpersonali, *Ethics in Progress*, 8: 185-208.
14. PENNAC, D. (2007), *Chagrin d'école*, tr. it. *Diario di scuola*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2014.
15. RECALCATI, M. (2014), *L'ora di lezione. Per un'erotica dell'insegnamento*, Einaudi, Torino.
16. ROVERA, G. G. (2015), Lo stile terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.
17. WINNICOTT, D. W. (1971), *Playing and Reality* tr. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma 2006.

XXVII Congresso Nazionale SIPI  
Brescia, 13-15 aprile 2018  
“Contagi relazionali: emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale”

RISCHI E RISORSE DELLA RELAZIONE:  
TRASFORMAZIONI NELLE ANALISI E NELLA PSICOTERAPIA DINAMICA

**Gruppo “Culture e contaminazioni”**

*Conduttori:* Francesca Di Summa, Andrea Rambaudi

*Summary* – CULTURES AND CONTAMINATIONS. “Contagion” in the therapeutic relationship means the willingness of the therapist to empathetically enter the patient’s conflictual world, while “contamination” means the ability of the therapist to depart from his cultural models and to access those of the patient as much as possible, adapting also the theory of technique to specific identified characteristics. An effective psychotherapeutic pathway requires attention to both of these components.

*Keywords:* CULTURA, CONTAGIO, CONTAMINAZIONE

Per "contagio" nell'ambito della relazione psicoterapeutica si intende una posizione empatica del terapeuta, che vive autenticamente gli stati emotivi del paziente e dunque viene da essi "contagiato", gestendo peraltro questa "infezione" con le risorse del suo sistema immunitario, ovvero attraverso le proprie consapevolezze profonde e la propria capacità di mentalizzazione. Per "contaminazione" si intende invece il contatto con la dimensione culturale, nonché con le modalità di approccio relazionale e operativo alle questioni della vita del paziente. Questa metafora risulta particolarmente efficace: infatti si parla di contagio nel momento in cui si tratta di un'infezione che passa da un individuo all'altro, mentre si parla di contaminazione quando qualcosa di intermedio tra le persone viene infettato. Si parla infatti di contaminazione dell'acqua o del cibo, ovvero di elementi essenziali alla vita che possono divenire portatori di malattia. Niente come la cultura si adatta a questa metafora, nel senso che rappresenta proprio ciò che caratterizza le relazioni e ne determina il significato comune condiviso.

Accettare la contaminazione culturale significa aprirsi a nuovi mondi di relazione. Siamo abituati a considerare poco in psicoterapia la dimensione culturale, perché la consuetudine è caratterizzata dal seguire pazienti con i quali condividiamo questa dimensione. Nel momento in cui avviciniamo pazienti lontani da questa nostra consuetudine, ci accorgiamo di quanto sia fondamentale la presenza di un terreno comune di scambio, non soltanto in termini di cultura, ma anche più in generale in termini di modalità di approccio alle questioni della vita. Nel gruppo è stato evidenziato in particolare quanto sia impegnativo entrare in risonanza emotiva con la dimensione esistenziale degli adolescenti, che risultano spesso profondamente soli, privi di riferimenti identificativi, ma anche pervasi da vissuti di solitudine relazionale al di fuori delle dinamiche di identificazione e di contro-identificazione tipiche dei gruppi. Particolarmente toccante l'esperienza portata da un membro del gruppo di lavoro relativa alla psicoterapia effettuata con un paziente dipendente da Web. Il coraggio del terapeuta nell'entrare nel suo mondo privato così chiuso alla relazione reale, ma così fondato su relazioni virtuali realizzate attraverso la rete, ha svelato un mondo nel quale per il curante era davvero difficile orientarsi. Il coraggio che ha mostrato il collega nell'entrare autenticamente in risonanza emotiva con questa dimensione a lui così lontana, gli ha permesso di aprire un varco nelle difese del paziente, di scoprire un mondo di sofferenza che gli sarebbe stato precluso e di dischiudere importanti possibilità di cambiamento nel paziente, attraverso una relazione caratterizzata da una profonda contaminazione culturale ed esistenziale, avvenuta nell'ambito del percorso.

L'approfondimento delle tematiche ha portato a soffermarsi sulle caratteristiche degli adolescenti di oggi definiti "digitalmente modificati" e su quanto sia complesso entrare in relazione con loro, proprio per le difficoltà a raccontare e a raccontarsi a livello generale e nello specifico in terapia.

Le libere associazioni tra i partecipanti al gruppo di lavoro, stimulate da un buon clima di gruppo, hanno consentito di parlare del fenomeno del "Hikikomori". Soggetti che si lasciano contaminare dall'"ideale" di chiudersi al mondo, attraverso la negazione di ogni tipo di bisogno, soprattutto quelli legati alla sfera dell'io.

Anche la mentalizzazione rappresenta un contagio, ma in questo caso si tratta di un contagio che noi terapeuti dobbiamo avere il coraggio di realizzare nei confronti dei nostri pazienti, spesso così poco inclini a riconoscere i loro stati d'animo e in questi ad orientarsi. Anche a proposito della teoria della tecnica, in talune situazioni diventa fondamentale modificare il modello di intervento in relazione alla persona che ci troviamo di fronte, perché molto spesso anche la tecnica psicoterapeutica, pur nel rispetto del rigore metodologico (che rimane l'orientamento stabile a cui ciascuno di noi deve fare riferimento) necessita di essere modulata per individuare e accogliere in modo trasformativo e costruttivo le esigenze profonde dei pazienti, che loro stessi spesso non sono in grado di comunicarci, se non con delle implicite espressioni di significatività che viene da loro attribuita alla relazione terapeutica. Il sentimento sociale del terapeuta, inteso come autentica espressione della volontà di essere "con" i pazienti, consente non soltanto di entrare nel loro mondo emotivo e viverne gli stati d'animo, ma rende possibile anche una condivisione di riferimenti relazionali e culturali esistenziali. Soltanto con questo secondo tipo di condivisione, il paziente si sentirà davvero accolto in una dimensione calda e nota, ricevendo un implicito messaggio profondamente incoraggiante, che consiste nel percepire che, attraverso la contaminazione nonché il contagio avvenuti tra paziente e curante, i conflitti trovano nelle capacità di riconoscimento e di elaborazione del terapeuta, un loro nuovo significato ed una nuova possibilità di elaborazione nonché di evoluzione esistenziale.

# POSTER

---



**Maternage e cura del paziente ustionato.  
“Vedere con i suoi occhi, ascoltare con le sue orecchie, sentire col suo cuore”**

Rubina Affronte

*Summary* – MATERNAGE AND CARE OF THE BURNING PATIENT. “SEE WITH HIS EYES, LISTEN WITH HIS EARS, FEEL WITH HIS HEART”. During the different stages of treatment in intensive and sub-intensive care units of burn centers, physical recovery is closely related to psychological responses. The burn is an organic trauma that extends to the whole psychic structure to consistency and continuity of the self. This paper describes a clinical case carried out within the Department of Large Burnt Plastic Surgery of the CTO Hospital in Turin; the Cosimo patient lived a state of fragmentation of the deep identity nucleus corresponding to the body experience of the epidermal laceration. The psychotherapy used for this case was a set of integrated treatments: the technique of Maternage was a good summary to address the severity of physical and psychological injuries that the burn had created. Maternage technique, in psychotherapy, psychosis treatment technique that tries to establish between therapist and patient a relationship similar to that existing between mother and child. Implied sensations are stimulated that reconstruct the perceptual consciousness of oneself.

*Keywords:* USTIONATI, MATERNAGE, LIAISON

# MATERNAGE E CURA DEL PAZIENTE USTIONATO

**“Vedere con i suoi occhi, ascoltare con le sue orecchie, sentire col suo cuore”.**

Dr.ssa Rubina AFFRONTÉ

Durante le differenti fasi delle cure nei reparti di terapia intensiva e sub intensiva dei centri ustioni, il recupero fisico è strettamente correlato alle risposte psicologiche, ma non è sempre vero il contrario!

L'ustione è un trauma organico che si estende a tutta la struttura psichica, una rottura-ferita che esige la salvaguardia dell'unità, della coerenza e la continuità del sé. Questo elaborato racconta un caso clinico svolto all'interno del reparto di Chirurgia Plastica Grandi Ustionati dell'ospedale CTO di Torino; il paziente Cosimo, viveva uno stato di frammentazione del nucleo identitario profondo in corrispondenza dell'esperienza corporea della lacerazione epidermica.

La **tecnica del Maternage** «materno», in psicoterapia, tecnica per la cura delle psicosi che cerca di instaurare fra terapeuta e paziente un rapporto simile a quello esistente fra madre e bambino, è stata un'intuizione bizzarra prodotta nella mente del clinico dal rispecchiamento e coinvolgimento profondo tra terapeuta e paziente.

Questo approccio, vissuto dall'equipe del reparto, come ultimo tentativo possibile, ha permesso di contenere l'angoscia di frammentazione attraverso le sensazioni implicite evocate dalle stimolazioni ed ha portato il paziente a riconoscere le parti del proprio corpo, integrarle nel proprio sistema appercettivo, ricostruendo una coscienza percettiva di sé, di un nuovo sé.

*Come terapeuta, quindi, dinanzi alla psicosi “da ustione” ho dovuto modificare la tecnica, toccando il paziente, come una mamma accarezza il bambino per sentirlo, riconoscerlo e permettergli di riconoscersi nella presenza del contatto e contagio relazionale.*

**PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO CON APPROCCIO INTEGRATO DI CURA DEL REPARTO GU DI TORINO.**

È stata selezionata la storia clinica di un paziente particolarmente rappresentativo. Cosimo, paziente maschio, 60 anni, ustione sul 30% della superficie corporea (volto, arti superiori e dorso), potus.

Durante la degenza, protratta per 5 mesi, è stato ventilato tramite cannula endotracheale e sottoposto a plurimi interventi di innesti dermo-epidermici.

Sono state osservate le seguenti complicanze: fibrillazione atriale, palmonite bilaterale, colonizzazione da Pseudomonas Aeruginosa e Acinetobacter Baumannii. Alla sospensione del coma farmacologico durato 15 giorni, il paziente ha mantenuto uno stato di alterazione della coscienza; successivamente gli episodi di agitazione sono stati gestiti prima con sedazione profonda e poi blanda.

Il programma riabilitativo individuale è stato avviato in seconda giornata e modulato in base all'evoluzione del quadro clinico per affrontare le problematiche respiratorie, motorie e deglutorie.

COSA HA DI PARTICOLARE E SPECIALE QUESTO CASO?



**FASE 1:** -Applicazione del Maternage  
-Inserimento di manovre fisioterapiche  
-Stimolazione sonora con musica serotoninergica  
-Stimolazione bilaterale per l'integrazione dell'esperienza



**FASE 0:** Il paziente presenta uno stato regressivo-oppositivo, non risponde a nessun input comunicativo



**FASE 2:**  
-Riabilitazione funzionale con supporto della stimolazione sonora  
-Comunicazione empatica per aumentare la tolleranza dolorifica  
-Stimolazione bilaterale per l'integrazione dell'esperienza (corporea, vissuto psichico)

**FASE 3:**  
-Valutazione Psicopatologica/Psichiatrica  
-Colloqui esplorativi/ supportivi  
-Lavoro sulle strategie di coping e le capacità di resilienza

**FASE 4:**  
-Ricostruzione anamnestica  
-Ritrovamento familiare  
-Gestione farmacologica e psicoterapica delle allucinazioni

**COSIMO È MORTO UN MESE DOPO IL SUO RECUPERO PSICO-FISICO, PER UN ARRESTO CARDIACO.**  
Durante i tre mesi del lavoro terapeutico su questo caso, molte sono state le occasioni di supervisioni per la gestione del controtransfert della terapeuta, altamente coinvolta nella funzione materna regolatrice.



## Bibliografia

1. ADLER, A. (1907), *Studie über Minderwertigkeit von Organen*, tr. fr. *La compensation psychique de l'état d'infériorité des organes*, Payot, Paris 2002.
2. BADGER, J. M. (2001), Burns: the psychological aspects, *Am J. Nurs.* 2001; 101 (11): 38-42.
3. BOUSFIELD, C. B. (2003), *Burn Trauma: Managment and Nursing Care*, 2edn. Whurr Publisherrs, Philadelphia, PA.
4. FASSINO, S., PANERO, M. (2012), Dal linguaggio degli organi di Adler alla nuova medicina di per sé psicosomatica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 71: 5-34.
5. FAUERBACH, J. A, ET ALII (2000), Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury, *Psychosom. Med.*, 62 (4): 576-82.
6. FAUERBACH, J. A., ET ALII (2001), Barriers to employment among working-aged patients with major burn injury, *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 22 (1), 26–34.
7. McNULTY, K. L. (2002), Psychological and emotional recovery to severe burn injury, *J. Appl. Rehabil. Couns*, 33 (1): 6-7.
8. MUNNO, D., COSTANZO, F., RONCO, C. (1995), “Tempi psicopatologici e tempi psicoterapici”, *Atti VI Congr. Naz. SIPI*, Marina di Massa.
9. MUNNO, D., LERDA, S., ZULLO, G. (2009), Interventi d’incoraggiamento nella psicologia clinica di liaison, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 123-129.
10. ROVERA, G. G. (1975), Fenomenologia del corpo e stile di vita nelle malattie psicosomatiche, *Atti Congr. Med. Psicosom.*, Pozzi, Roma 1975.
11. ROVERA, G. G. (1979), Tecniche di approccio corporeo e complesso di inferiorità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 10: 9-17.
12. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.
13. VAN LOEY, N. E., VAN SON, M. J. (2003), Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management, *American Journal of Clinical Dermatology*, 4 (4), 245-272.

## **Cohousing: esperienze e contagi relazionali**

Rubina Affronte, Robin Passerini, Barbara Iazzolino, Deborah Rastiello

*Summary* - COHOUSING: EXPERIENCES AND RELATIONAL CONTAMINATIONS. Erikson and Kivnik (1986) argued that the main challenge in old age is between integrity and despair. “For Adlerians, the choice of integrity must involve commitment, facing new challenges, and growth...to not drive for homeostasis and to see life as a continual movement, a constant striving” (Linden, 2007, p. 388). Commitment to change occurs in all phases of life. For the elderly, continual growth and commitment means that the three Adler’s life tasks have not been absolved once and for all, but must be redefined within a new framework, in order to find meaning and purpose as we age. Through this point of view, seniors can reformulate and redesign the way they integrate into society and they can continue to contribute to it. In this way they create and maintain a sense of integrity, through their own perception of belonging and meaningfulness (Rasmussen, 1998). Through this point of view, the "Elderly, Rehabilitation and Family Support" Working Group is deepening the relational culture behind Cohousing, as a perspective for the psycho-social reinvestment of the elderly: a condominium, inhabited by seniors, where different professional figures and experts are included in the context, interact and stimulate the sharing of life experiences, in order to contrast social isolation and encourage the elderly to preserve, and creatively redefine, their roots and their bonds. The Workin Group is studying a psycho-socio-welfare cohousing, with interventions and activities aimed at producing an interchange and relational contagion, among condos and between condos and their neighborhood residents. Care, rehabilitation and assistance are offered in a collective form among the inhabitants of the building, within common or private spaces made available to people. An increasing number of research suggests that Cohousing promotes personal, social and environmental well-being. Cohousing's first experiences were made in Denmark in 1960, and were subsequently exported to the United States in 1980, by the architects McCamant and Durrett, where they are currently the fastest growing type of intentional community. In Italy some interesting experiments have begun, where processes of change could be observed, fed by reverberations of contagious relationships and reciprocal transformations.

*Keywords:* ANZIANI, COHOUSING, CONTAGI

# COHOUSING: ESPERIENZE E CONTAGI RELAZIONALI

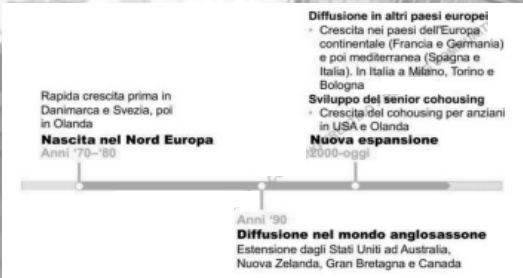
DR.SSA RUBINA AFFRONTÉ\*, DR. ROBIN PASSERINI\*\*, DR.SSA BARBARA IAZZOLINO\*\*\*, DR.SSA DEBORAH RASTIELLO\*\*\*\*



## IL GRUPPO DI LAVORO "ANZIANI, RIABILITAZIONE, SUPPORTO ALLE FAMIGLIE" STA APPROFONDENDO LA CULTURA RELAZIONALE ALLA BASE DEL COHOUSING COME PROSPETTIVA PER IL REINVESTIMENTO PSICO-SOCIALE DELL'ANZIANO.

Secondo Adler (Ansbacher H.L., Ansbacher R.R., 1956-p.502 The Individual Psychology of Alfred Adler, tr. it. La Psicologia Individuale di Alfred Adler, Martinelli, Firenze 1997) quando le persone invecchiano dovrebbero poter disporre di uno spazio per ampliare le occupazioni e accrescere gli interessi, ma la nostra società è organizzata proprio per conseguire un risultato opposto e non agevola in alcun modo le capacità espressive degli anziani, che viceversa si sentono messi in disparte e relegati in un angolo. Ciò è molto spiacevole, perché essi potrebbero ancora assolvere a molti compiti e l'opportunità di continuare qualche occupazione, dandosi da fare, li renderebbe più felici e sereni. Erikson e Kivnik (1986) sostenevano che la sfida principale nella vecchiaia è quella tra integrità e disperazione. Per gli adleriani la scelta dell'integrità implica affrontare nuove sfide e crescita (Linden, 2007). La Psicologia Individuale è una psicologia dinamica che vede la vita come un continuo movimento. Per l'anziano crescita continua significa che i tre compiti vitali non sono stati assolti una volta per tutte ma vanno ridefiniti all'interno di una nuova cornice. "Riformulando e ridisegnando il modo in cui si inseriscono nella società e continuando a contribuire, gli anziani possono creare e mantenere un senso di integrità attraverso la propria percezione di appartenenza e di significato" (Rasmussen, 1998).

## EVOLUZIONE DEL COHOUSING



Il cohousing sta a indicare una particolare forma di vicinato elettivo in cui coesistono abitazioni private e servizi comuni; gli spazi abitativi sono armonizzati in modo tale da salvaguardare la privacy di ciascuno e, nel contempo, soddisfare il bisogno di socialità: la prospettiva di vivere da soli la terza età emerge come uno dei problemi più urgenti da affrontare come professionisti della salute della persona anziana.

Il cohousing segue la "scelta" di aprirsi al "collettivo", fare cose insieme agli altri, pur conservando un proprio spazio di ABITARE "privato" andando a compensare il supporto in precedenza affidato alle famiglie d'origine in modo esclusivo.

*IN ITALIA HANNO AVUTO INIZIO ALCUNE SPERIMENTAZIONI INTERESSANTI DI COHOUSING DI ANZIANI, DOVE POTREBBERO OSSERVARSI PROCESSI DI CAMBIAMENTO ALIMENTATI DA RELAZIONI RIVERBERANTI DI CONTAGI E DI TRASFORMAZIONI RECIPROCHE.*

- Monza: "Paese ritrovato" 1° villaggio italiano pensato per malati di Alzheimer
- Parma: "Laura, Lina e le altre-Le prime Badanti di condominio"
- Figino (MI): "Borgo sostenibile"

Anche a Torino è interessante scoprire e comprendere le esperienze esistenti:

- Orbassano: "Nuovi interventi di housing sociale"
- Torino: "A casa di zia Jessy", un condominio solidale dove vivono generazioni, culture e percorsi di vita diversi
- Torino: "Via della Fucina- Il primo Condominio museo del mondo"



L'INVECCHIAMENTO È ANCHE UN RIFLESSO DELL'INTERAZIONE DELLA PERSONA CON L'AMBIENTE (WAHL, IWARSSON E OSWALD, 2012; WAHL, FANGE, OSWALD, GITLIN E IWARSSON, 2009).

QUANDO LA CAPACITÀ FUNZIONALE DIMINUISCE, L'AMBIENTE DIVENTA SEMPRE PIÙ IMPORTANTE PER MASSIMIZZARE IL LORO FUNZIONAMENTO ED IL MANTENIMENTO DELLA QUALITÀ DI VITA (LAWTON, 1989. WAHL, ET AL., 2012).

I RAPPORTI CAMBIANO, INCONTRARE GLI AMICI E LA FAMIGLIA DIVENTA PIÙ DIFFICILE ED AUMENTANO ANCHE I BISOGNI DI ASSISTENZA.

I PIÙ VECCHI (LE PERSONE DAGLI 85 ANNI IN SÙ) A VOLTE SONO GLI UNICI SOPRAVVISSUTI TRA I COETANEI CHE HANNO CONOSCIUTO. QUESTE PERSONE ANZIANE NON DEVONO SOLO AFFRONTARE LE CONSEGUENZE EMOTIVE DI QUESTE PERDITE, MA ANCHE LE SFIDE PRATICHE SU COME RICOSTITUIRE UN MONDO SOCIALE SIGNIFICATIVO.

E' importante, per gli psicologi impegnarsi per garantire il diritto degli anziani con cui lavorano, a vivere la propria vita (Linee guida per la pratica psicologica con l'anziano. APA guidelines)

La ricerca ha dimostrato che gli abitanti di insediamenti in cohousing vivono in condizioni di piena indipendenza mediamente di più di chi vive da solo, hanno contatti sociali più frequenti e una vita più attiva.

Il cohousing propone un modello di coesistenza abitativa che consente di riportare questo senso d'appartenenza a un luogo e a una comunità specifici, preservando, nel contempo, le esigenze di autonomia e indipendenza di ciascuno.

Studi olandesi e danesi di senior cohousing (Peeters & Woldringh, 1989, Kruiswijk & Overbeek, 1998, Brenton, dal 1998 al 2008, Fromm 2006, Jansen et al, 2008, Fromm & de Jong, 2009), evidenziano, che gli esiti del vivere in cohousing possono essere: un maggiore senso di benessere, riduzione della solitudine e dell'isolamento, attività e impegno continuativi, possibilità di rimanere più sani più a lungo mantenendo una personale autonomia e indipendenza.

Questi derivano da:

- Un senso di efficacia personale e soddisfazione
- Un senso di appartenenza a una comunità
- Partecipazione ad attività collaborative
- Supporto reciproco e sicurezza

## Bibliografia

1. CAGIANO DE AZEVEDO, R., CAPACCI, G. (2004), *Invecchiamento e svecchiamento della popolazione europea*, Aracne Editrice, Roma.
2. CASELLI, G., EGIDI, V. (2011), Una vita più lunga e più sana, in GOLINI, A., ROSINA, A. (a cura di), *Il secolo degli anziani. Come cambierà l'Italia*, Il Mulino, Bologna.
3. GAROLFI, S., LERDA, S. (2013), L'identità oltre i ricordi perduti: la demenza di Alzheimer, *Riv. Psicol. Indiv.*, 74: 69-95.
4. LINDEN, G. (2007), Special Essay: An Adlerian view of aging, *Journal of Individual Psychology*, 63 (4), 387-398.
5. MAESTRONI, P. (2011), Malattia di Alzheimer e stile di vita. Proposta per un possibile intervento terapeutico in chiave adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 69: 63-87.
6. SILVERBERG, K. (2010), 'Cohousing' adds options for a diverse aging population, *Herald-Tribune*, p. 8.
7. ST. JOHN, P. D., BLANDFORD, A. A., STRAIN, L. A. (2006), Depressive symptoms among older adults in urban and rural areas, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (12), 1175-1180.
8. The Cohousing Company (2009), Senior housing.  
Retrieved from: <http://www.mccamant-durrett.com/project-type.cfm?cat=senior-housing>

Rubina Affronte  
rubina.affronte@gmail.com

Robin Passerini  
passerini\_roberto@yahoo.it

Barbara Iazzolino  
barbara.iazzolino@gmail.com

Deborah Rastiello  
deborah.rastiello@tiscali.it

## **La potenza trasformativa della relazione autentica**

Rossella Ardenti

*Summary* – THE TRASFORMING POWER OF THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP. According to Adler the driving force for clinical intervention is based on the therapeutic relationship and on the process of encouragement. In order to bring about the recovery process which will trigger off the healing natural resources, it is essential to work deeper. First psychology, and neuroscience nowadays, maintain that the driving force of mental life and of behavior lies in the brain limbic system. Therefore, whenever the emotional brain fails to work well, this leads to mental and physical illness, thus pointing out the key role of the limbic system in the psychological as well as physical well-being and in life in general. A good psychotherapist must be able to lay the foundation for a safe bond starting from the very first meeting, strengthening it throughout the therapy sessions, so as to make it stronger and stronger during the psychotherapy time. Only within a safe, stable and strong relationship, experienced as a safe haven, can the process of maturation start off again after traumatic events and unhealthy relationships had blocked it. Therefore the patient will be able to take care of his/her own suffering to the fullest.

*Keywords:* RELAZIONE TERAPEUTICA, PROCESSO D'INCORAGGIAMENTO, CAMBIAMENTO

### 1. Il contesto adleriano

Alfred Adler (1904-1913) fornisce chiare indicazioni rispetto alle risorse che un buon terapeuta deve possedere. Egli deve essere *capace di tranquille riflessioni*, deve essere in grado di utilizzare come strumento di lavoro la sua profonda conoscenza dell'anima umana, *non deve esaurire le proprie forze fermandosi alla superficie dei fenomeni, ma deve lavorare con interesse sulle radici e sulle cause pulsionali di qualunque anormalità e deve essere in grado di percorrere quella via che conduce dal sintomo alla fonte della malattia*. Adler aggiunge inoltre che *con la sua proficua logica e la sua intuizione il terapeuta deve stimolare e promuovere l'utilizzo delle risorse guaritrici del malato*.

Nel pensiero adleriano appare evidente che la forza motrice dell'intervento clinico si basa sulla **relazione terapeutica** e sul **processo d'incoraggiamento**. E' fondamentale, inoltre, cercare di lavorare in profondità per favorire un processo di guarigione che rimetta in funzione le naturali risorse guaritrici. Riconoscere i disfunzionali e inconsapevoli dinamismi psichici e relazionali del paziente (la meta fittizia, le super-compensazioni, le contro-compensazioni, le finzioni fittizie e/o rafforzate, le difese funzionali, etc.) è parzialmente efficace quando si realizza sul piano della coscienza razionale (a livello della corteccia prefrontale) senza coinvolgere completamente l'intero sistema emotivo (cervello limbico) e l'unità biopsichica.

### 3. La relazione terapeutica che trasforma

Un terapeuta efficace deve saper gettare le basi di un legame sicuro già dal primo incontro, deve essere in grado di mantenerlo stabile nel corso delle sedute perché possa diventare sempre più solido nel tempo della psicoterapia. Solo all'interno di una relazione sicura, stabile e solida, implicitamente sentita e vissuta come un porto sicuro potranno riattivarsi i processi maturativi che sono stati bloccati dagli eventi traumatici e dalle relazioni patogene, e il paziente potrà fino in fondo prendersi cura delle proprie ferite. Il terapeuta deve saper mantenere stabile il *setting* dentro il quale si gioca la relazione terapeutica. Il principale elemento che ne favorisce la stabilità è la capacità del terapeuta di mantenere un punto fermo nella propria realtà interna, dal quale prendere anche forza, pur lasciandosi contagiare dal disorientato o disorganizzato o depresso mondo interiore del paziente. Il paziente impara un nuovo modo di essere Sé stesso più in modo implicito che attraverso verbalizzazioni esplicite, cioè attraverso l'esperienza emozionale e affettiva della relazione autentica che il terapeuta sa mettere in scena. Non sempre occorre che lo smascheramento delle finzioni e le interpretazioni siano esplicitate, più spesso è utile che siano implicite, custodite nella mente del terapeuta.

Una relazione terapeutica con **attaccamento affettivo sicuro**, caratterizzata anche da una sana reciprocità, consente al paziente sia di sentirsi accolto e rispettato sia di trovarsi in condizioni di sicurezza tali da consentirgli di abbassare la morsa delle proprie difese fittizie (così da abbassare lentamente l'intensità delle finzioni), sia di affidarsi con fiducia (andando così verso un cambiamento anche nella forma delle finzioni) sia finalmente di soddisfare quel bisogno di tenerezza precocemente mortificato.

Oltre alla regolazione del sistema emotivo e affettivo, una terapia analitica efficace deve poter favorire più sani percorsi di integrazione tra mente, corpo, emozioni e relazioni. Per un efficace processo trasformativo l'intervento del terapeuta deve arrivare fino all'area limbica del cervello e coinvolgere il corpo che sente ed elabora, attraverso una relazione autentica, fidata, affettivamente calda, cooperante e contagiosa. Soltanto attraverso una relazione autentica è possibile attivare la potenza trasformativa della relazione terapeutica che è in grado, in questo modo, di muovere cambiamenti nella memoria implicita e nel sistema di attaccamento.

### 2. Gli importanti apporti delle più recenti scoperte scientifiche

Le emozioni entrano in gioco in ogni situazione umana, in ogni ambito della vita e sono eventi fisiologici universali, neurovegetativi e biochimici: le emozioni e le loro componenti biochimiche costituiscono un legame essenziale tra mente e corpo implicando un importante collegamento col concetto di memoria implicita.

La psicologia prima e le neuroscienze oggi riconoscono che il motore della vita psichica e del comportamento (le emozioni, le modalità di attaccamento, la memoria nonché l'olfatto) è collocato nel sistema limbico del cervello: il mal funzionamento del cervello emotivo conduce verso disturbi di natura psichica e fisica, confermando il fondamentale ruolo del sistema limbico per la vita e per il benessere psicofisico (controllo del cuore, pressione arteriosa, ormoni, apparato digerente e sistema immunitario).

L'area prefrontale della corteccia è responsabile del benessere mente-corpo e della capacità di resilienza allo stress e si sviluppa attraverso la relazione di attaccamento; disfunzioni in tale area sono associate a un vero e proprio mutamento di personalità: impulsività, irascibilità, incapacità a rispondere in modo adeguato agli stimoli sociali, assenza di giudizio e di empatia.

La rivoluzionaria prospettiva della teoria polivagale mostra la straordinaria risonanza fisiologica delle relazioni umane, collegando lo sviluppo del sistema nervoso autonomo all'esperienza affettiva, all'espressione facciale, alla mimica del viso, alla comunicazione vocale e all'effettivo comportamento sociale.

Per poter ri-attivare i fisiologici processi di guarigione che si sono bloccati attraverso esperienze relazionali disfunzionali, la relazione di cura non deve innescare nel sistema vagale del paziente una risposta di pericolo.

## LA POTENZA TRASFORMATIVA DELLA RELAZIONE AUTENTICA

**Dr.ssa Rossella Ardenti**  
 Psicologa Psicoterapeuta Analista SIPI  
 Reggio Emilia  
[www.rossellaardenti.com](http://www.rossellaardenti.com)

### 4. Bibliografia

- ADLER, A. (1904-1913), *Schriften*, in A. Adler, C. Furtmüller (a cura di, 1914), *Heilen und Bilden*, tr. it. *Guarire ed educare*, Newton Compton Editori, Roma 2007.
- ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il carattere dei nevrotici*, Newton Compton Editori, Roma 2008.
- ALEXANDER, F., FRENCH M.T., et al. (1946), *Psychoanalytic Therapy: principles and application*, Ronald Press, New York.
- DAMASIO A.R. (1995), *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*, Adelphi, Milano.
- FASSINO S. (2016), Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psic. Ind.*, 79: 27-41.
- FERRIGNO, G. (2001), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo il modello adleriano, *Riv. Psic. Ind.*, 49: 15-27.
- FERRIGNO, G. (2009), La risonanza emozionale e il "ritmo" dell'incoraggiamento, *Riv. Psic. Ind.*, 66: 81-91.
- FERRIGNO, G. ET ALII (2015), La psicoterapia adleriana fra "interpretazione" ed "esperienza emotiva correttiva" nella società della fretta e dell'eterno presente, *Ricerche di psicologia*, 4: 631-658.
- LANIUS R.A., VERMETTEN E., PLAIN C. (2010), *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Giovanni Fioriti Editore, Roma 2012.
- MILLER A. (1996), *Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst: Eine Um- und Fortschreibung*, tr. it. *Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero sé. Riscrittura e continuazione*, Bollati Boringhieri, Torino 2010.
- POLI E. F. (2014), *Anatomia della guarigione*, Anima Edizioni, Milano.
- PORGES S.W. (2011), *The polyvagal theory*, tr. it. *La teoria polivagale*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2014.
- ROVERA G.G. (2016), L'alleanza col deficit: un possibile strumento mutativo, *Riv. Psic. Ind.*, 80: 41-49.
- SOLANO L. (2013), *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*, Raffello Cortina Editore, Milano.



## Bibliografia

1. ADLER, A. (1904-1913), Schriften, in ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (a cura di, 1914), *Heilen und Bilden*, tr. it. *Guarire ed educare*, Newton Compton Editori, Roma 2007.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il carattere dei nevrotici*, Newton Compton Editori, Roma 2008.
3. ALEXANDER, F., FRENCH, M. T., ET ALII (1946), *Psychoanalytic Terapy: principles and application*, Ronald Press, New York.
4. DAMASIO, A. R. (1995), *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*, Adelphi, Milano.
5. FASSINO, S. (2016), Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-41.
6. FERRIGNO, G. (2001), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo il modello adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 49: 15-27.
7. FERRIGNO, G. (2009), La risonanza emozionale e il "ritmo" dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 81-91.
8. FERRIGNO, G., ET ALII (2015), La psicoterapia adleriana tra "interpretazione" ed "esperienza emotiva correttiva" nella società della fretta e dell'eterno presente, *Ricerche di psicologia*, 4: 631-658.
9. LANIUS, R. A., VERMETTEN, E., PLAIN, C. (2010), *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*, tr. it. *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2012.
10. MILLER, A. (1996), *Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst: Eine Um- und Fortschreibung*, tr. it. *Il dramma del bambino dotato e la ricerca verso il sé. Riscrittura e continuazione*, Bollati Boringhieri, Torino 2010.
11. POLI, E. F. (2014), *Anatomia della guarigione*, Anima Edizioni, Milano.
12. PORGES, S.W. (2011), *The Polyvagal Theory*, tr. it. *La teoria polivagale*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2014.
13. ROVERA, G. G. (2016), L'alleanza col deficit: un possibile strumento mutativo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 41-49.
14. SOLANO, L. (2013), *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

## **Contagi relazionali possibili con pazienti affetti da demenza grave**

Chiara Berselli

*Summary* - RELATIONAL CONTAGIONS THAT CAN HAPPENS WITH PATIENTS AFFECTED BY SERIOUS DEMENTIA. Although Central Nervous System's destruction that we can see in a lot of types of dementia, remains in a person the instinct that bring the patient to create a subjective world's opinion and demented patient's depression, delirium, catastrophic action shave the meaning like an armor how in a survival fight; their desire is find some communication's form with a world that be comes stranger every moment. The demented patient doesn't live in a *vacuum*, but in a physical, social and cultural place in the same moment. Adler underlines psychical progress' purpose: the building of a vision of the world across the creative Self, in other words the centre of personality that creates an individual lifestyle and contemporary his presence in the world. For this reason it is strongly chained to the social feeling, to the affect and to the emotions. The retire, the loneliness, the isolation from the world around the person, are relational modalities that adlerian intervention can modify to research a better emotionality that can help in social relations. The limited effect of medicine's therapies and the human brain's plasticity are the most important reasons of the interest, higher every moment, for therapies that don't use medicines against dementia, above all for some behavior's disturbs: this things have inspired a new research at the Centre Alzheimer RSA of the Redaelli Institute in Milan, his purpose was measure the level of emotive welfare and the relation and performance to the programs of Art Therapy, Musical Therapy and Physical Education Adapted, across a singular valuation paper, created with this purpose in a period of six months. The results have evidenced an important growth of the emotive welfare and of the relation, especially to the program of Physical Education Adapted. The main role of the P.E.A. evidence show corporality and the group cause a relational contagion for a social condition that isn't impossible yet.

*Keywords:* DEMENZA, CORPOREITÀ, GRUPPO

Dr.ssa CHIARA BERSELLI

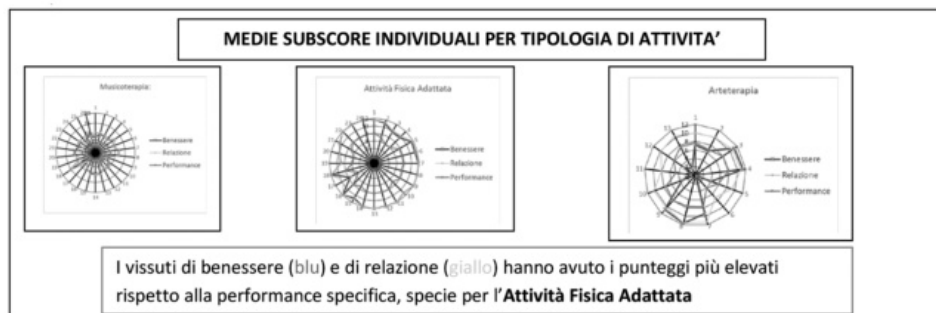
## CONTAGI RELAZIONALI POSSIBILI CON PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA GRAVE

La limitata efficacia delle terapie farmacologiche e la plasticità del cervello umano sono le ragioni più importanti del crescente interesse per le terapie non farmacologiche nei vari tipi di demenza, rivolte soprattutto ai disturbi del comportamento.

Questi presupposti hanno ispirato uno studio presso il Nucleo Alzheimer RSA dell'Istituto Golgi-Redaelli di Milano, il cui scopo è stato quello di misurare il livello di benessere, relazione e performance specifica ai programmi di attività complementari di Arte Terapia, Musicoterapia e Attività Fisica Adattata attraverso una Scheda Unica di Valutazione nella finestra temporale di 6 mesi (1° ottobre 2016- 31 marzo 2017).

METODI	LA SCHEDA UNICA DI VALUTAZIONE	CARATTERISTICHE CLINICO-ANAGRAFICHE	PARTECIPAZIONE AI PERCORSI DI CURA																																																																																																
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osservazione di tutti gli ospiti del Nucleo Alzheimer RSA consecutivamente coinvolti nelle 3 attività complementari (AT, MT e AFA) nel periodo 1 Ottobre 2016-31 Marzo 2017</li> <li>• Misurazione aspetti clinico-anagrafici: tipo di demenza, anni di demenza, performance cognitiva (MMSE), dipendenza assistenziale (Indice di Barthel)</li> <li>• Scheda Unica di Valutazione creata ad HOC per la rappresentazione del vissuto dei partecipanti ad ogni sessione in termini di: BENESSERE, RELAZIONE E PERFORMANCE SPECIFICA</li> </ul>	<p>Precedenti esperienze in letteratura: Discomfort Scale Dementia of Alzheimer Type (Hurley et al, 1993)</p> <p>3 livelli di indagine: benessere (B, 3 item, punteggio 3-12); relazione interpersonale (R, 3 item, punteggio 3-12); performance specifica di ogni attività (S, 2 item, punteggio 2-8)</p> <p>B+R+S=score di coinvolgimento complessivo, punteggio 8-32</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Musicoterapia (n=28)</th> <th>Arteterapia (n=13)</th> <th>AFA (n=34)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Età (Mediana e Range)</td> <td>84aa (70-106)</td> <td>88aa (73-106)</td> <td>84aa (73-106)</td> </tr> <tr> <td>Genere femminile (%)</td> <td>77</td> <td>92</td> <td>79</td> </tr> <tr> <td>Tipo Demenza (N)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>• Nonemmer</td> <td>15</td> <td>7</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>• Levy Body</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>• Miscelata</td> <td>8</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>• Mista</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Giorni di Ricovero (Mediana e Range)</td> <td>494 (1-4291)</td> <td>667 (1-3161)</td> <td>301 (1-4261)</td> </tr> <tr> <td>Anni di demenza (Mediana e Range)</td> <td>7 (1-16)</td> <td>7 (1-17)</td> <td>7 (1-17)</td> </tr> <tr> <td>Barthel Index (Mediana e Range)</td> <td>43 (0-96)</td> <td>64 (2-96)</td> <td>53 (0-96)</td> </tr> <tr> <td>MMSE (Mediana e Range)</td> <td>0 (0-24)</td> <td>16 (0-24)</td> <td>5 (0-24)</td> </tr> <tr> <td>NPI (Mediana e Range)</td> <td>14 (1-46)</td> <td>14 (1-25)</td> <td>12 (1-42)</td> </tr> </tbody> </table>		Musicoterapia (n=28)	Arteterapia (n=13)	AFA (n=34)	Età (Mediana e Range)	84aa (70-106)	88aa (73-106)	84aa (73-106)	Genere femminile (%)	77	92	79	Tipo Demenza (N)				• Nonemmer	15	7	15	• Levy Body	1	1	1	• Miscelata	8	4	8	• Mista	4	2	3	Giorni di Ricovero (Mediana e Range)	494 (1-4291)	667 (1-3161)	301 (1-4261)	Anni di demenza (Mediana e Range)	7 (1-16)	7 (1-17)	7 (1-17)	Barthel Index (Mediana e Range)	43 (0-96)	64 (2-96)	53 (0-96)	MMSE (Mediana e Range)	0 (0-24)	16 (0-24)	5 (0-24)	NPI (Mediana e Range)	14 (1-46)	14 (1-25)	12 (1-42)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Musicoterapia (n=28)</th> <th>Arteterapia (n=13)</th> <th>AFA (n=34)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Numero sedute teoriche</td> <td>22</td> <td>22</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>Numero sedute potenziali (Medie)</td> <td>18</td> <td>20</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Numero sedute effettive (Medie)</td> <td>13</td> <td>12</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Numero ospiti ritirati</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Media partecipazione (scd. effettività potenziale, %)</td> <td>83%</td> <td>66%</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>Media del Punteggio di coinvolgimento complessivo (B+R+S) (punteggio compless. effettivo/punteggio compless. massimo ottenibile valore assoluto e %)</td> <td>326/416</td> <td>242/264</td> <td>424/448</td> </tr> <tr> <td>Media del coinvolgimento complessivo per seduta (Punteggio coinvolgimento complessivo/scd. eff.)</td> <td>78,8</td> <td>63,0</td> <td>84,8</td> </tr> <tr> <td>Media del coinvolgimento complessivo per seduta (Punteggio coinvolgimento complessivo/scd. eff.)</td> <td>24</td> <td>26</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>Tot. Ritirati (complessivi degli ospiti)</td> <td>9</td> <td>13</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Mediana indice di rifiuto (n.rifiuti/scd. eff., %)</td> <td>0%</td> <td>9%</td> <td>4%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Legenda Scheda Teoriche/mediane dell'intero periodo di studio Schede Potenziali/mediane al netto delle introduzioni in itinere o delle interruzioni definitive Sedute effettive/mediane partecipate al netto dei rifiuti o assenze temporanee</p>		Musicoterapia (n=28)	Arteterapia (n=13)	AFA (n=34)	Numero sedute teoriche	22	22	23	Numero sedute potenziali (Medie)	18	20	20	Numero sedute effettive (Medie)	13	12	14	Numero ospiti ritirati	4	4	4	Media partecipazione (scd. effettività potenziale, %)	83%	66%	65%	Media del Punteggio di coinvolgimento complessivo (B+R+S) (punteggio compless. effettivo/punteggio compless. massimo ottenibile valore assoluto e %)	326/416	242/264	424/448	Media del coinvolgimento complessivo per seduta (Punteggio coinvolgimento complessivo/scd. eff.)	78,8	63,0	84,8	Media del coinvolgimento complessivo per seduta (Punteggio coinvolgimento complessivo/scd. eff.)	24	26	31	Tot. Ritirati (complessivi degli ospiti)	9	13	7	Mediana indice di rifiuto (n.rifiuti/scd. eff., %)	0%	9%	4%
	Musicoterapia (n=28)	Arteterapia (n=13)	AFA (n=34)																																																																																																
Età (Mediana e Range)	84aa (70-106)	88aa (73-106)	84aa (73-106)																																																																																																
Genere femminile (%)	77	92	79																																																																																																
Tipo Demenza (N)																																																																																																			
• Nonemmer	15	7	15																																																																																																
• Levy Body	1	1	1																																																																																																
• Miscelata	8	4	8																																																																																																
• Mista	4	2	3																																																																																																
Giorni di Ricovero (Mediana e Range)	494 (1-4291)	667 (1-3161)	301 (1-4261)																																																																																																
Anni di demenza (Mediana e Range)	7 (1-16)	7 (1-17)	7 (1-17)																																																																																																
Barthel Index (Mediana e Range)	43 (0-96)	64 (2-96)	53 (0-96)																																																																																																
MMSE (Mediana e Range)	0 (0-24)	16 (0-24)	5 (0-24)																																																																																																
NPI (Mediana e Range)	14 (1-46)	14 (1-25)	12 (1-42)																																																																																																
	Musicoterapia (n=28)	Arteterapia (n=13)	AFA (n=34)																																																																																																
Numero sedute teoriche	22	22	23																																																																																																
Numero sedute potenziali (Medie)	18	20	20																																																																																																
Numero sedute effettive (Medie)	13	12	14																																																																																																
Numero ospiti ritirati	4	4	4																																																																																																
Media partecipazione (scd. effettività potenziale, %)	83%	66%	65%																																																																																																
Media del Punteggio di coinvolgimento complessivo (B+R+S) (punteggio compless. effettivo/punteggio compless. massimo ottenibile valore assoluto e %)	326/416	242/264	424/448																																																																																																
Media del coinvolgimento complessivo per seduta (Punteggio coinvolgimento complessivo/scd. eff.)	78,8	63,0	84,8																																																																																																
Media del coinvolgimento complessivo per seduta (Punteggio coinvolgimento complessivo/scd. eff.)	24	26	31																																																																																																
Tot. Ritirati (complessivi degli ospiti)	9	13	7																																																																																																
Mediana indice di rifiuto (n.rifiuti/scd. eff., %)	0%	9%	4%																																																																																																

Il ruolo specifico dell'Attività Fisica Adattata ha evidenziato come la corporeità e il gruppo siano fonte di contagio relazionale per una condizione sociale ancora possibile.



Nonostante la destrutturazione degenerativa del Sistema Nervoso Centrale a cui si assiste nei vari tipi di demenza, permane nell'individuo l'istinto a costruire la propria visione del mondo, pertanto, si può ritenere che le manifestazioni deliranti e i comportamenti catastrofici dei pazienti dementi acquisiscano spesso significati di difesa, di lotta per la sopravvivenza: il loro intento è quello di trovare una forma di comunicazione, di sintonizzazione con un mondo che diventa sempre più estraneo e avverso.

Il paziente demente non vive in un vacuum, ma in un ambiente che è contemporaneamente fisico, sociale e culturale.

Nei contesti di assistenza di persone con patologie e problematiche di demenza l'efficacia della cura appare strettamente legata a modelli di comunicazione specifici. L'attività corporea di gruppo si rivela come esperienza capace di sollecitare una condivisione emotivo-affettiva significativa, seppur limitata nel tempo, in persone destinate all'isolamento relazionale anche all'interno di ambienti comunitari.

La lettura adleriana di queste esperienze ci porta a vedere nella corporeità, la propria e quella degli altri, una fonte relazionale profondamente radicata e finalisticamente orientata, tramite una sorta di contagio sensoriale, all'affermazione e alla condivisione emotivo-affettiva.

Secondo la Psicologia Individuale il Sé creativo costituisce il nucleo della personalità che caratterizza lo stile di vita come modo di ogni individuo di stare nel mondo.

Per i pazienti, per i loro familiari e per le varie figure professionali che operano nei nuclei Alzheimer, la ricerca creativa di modelli relazionali efficaci, anche fuggacemente, nel rispondere all'inesorabile processo di deafferentazione, può diventare fonte di emotività meno sofferta e talvolta gratificante.

## Bibliografia

1. Abraha, J. et alii (2017), Systematic review of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia, The Senator-on Top series, BMJ Open, 7012759.
2. Adler, A. (1908), Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes, Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie, München Reinhardt, 1914, 50-53.
3. Dello Russo, C. et alii (2008), Validation of the Italian version of the Discomfort Scale Dementia of Alzheimer type, JAN Research Methodology, 64: 298-303.
4. Siegel, D. J. (2012), Mappe per la mente, Raffaello Cortina, Milano 2014

## Bibliografia

1. ABRAHA, J. ET ALII (2017), Systematic review of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia, *The Senator-on Top series*, BMJ Open, 7012759.
2. ADLER, A. (1908), Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes, in ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (a cura di, 1914), *Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie*, München Reinhardt, tr. it. Il bisogno di tenerezza del bambino, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 7-15.
3. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
4. AMMANITI, M., GALLESE, V. (2014), *La nascita dell'intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano.
5. DELLO RUSSO, C. ET ALII (2008), Validation of the Italian Version of the Discomfort Scale Dementia of Alzheimer Type, *JAN Research Methodology*, 64: 298-303.
6. FASSINO, S. (1986), Per una teoria individual-psicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25, 38-58.
7. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 15-19.
8. FASSINO, F., MAROZIO, S., PREDA, S., SICCARDI, S., LEOMBRUNI, P. (2006), Per un approccio psicodinamico nella clinica della demenza senile, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60, 93-110.
9. GAROLFI, S., LERDA, S. (2013), L'identità oltre i ricordi perduti: la demenza di Alzheimer, *Riv. Psicol. Indiv.*, 74: 69-95.
10. JONES, M. (1999), *Gentlecare. Changing the experience of Alzheimer's Disease in a positive way*, tr. it. *Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*, Roma, Carocci 2005.
11. RIZZOLATI, G., SINIGAGLIA, C. (2006), *So quel che fai*, Raffaello Cortina, Milano.
12. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.
13. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-31.
14. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind*, tr. it. *La mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano 2011.

## **Il contagio emotivo nel lavoro clinico con le vittime di mafia**

Francesco Bocci, Luciana Calvarese, Luca Soregaroli, Flavio Attanasio, Marta Santini, Paola Bonenti, Nicola Conti, Federico Loda, Giuseppe Virgilio, Antonino Giorgi

*Summary* - EMOTIONAL CONTAGION IN CLINICAL SETTING WITH MAFIA VICTIM. This work aims to explore the emotional experience elicited by the real and imaginary encounter with the mafious phenom, highlighting the features involved in the experience of emotional contagion. For this purpose, a qualitative research design has been applied; an operator who works with mafia victims in Northern Italy was then interviewed. This contribution was recorded, transcribed and finally analyzed with the paper and pencil method. Subsequently, the data obtained were integrated with the emotions the research group experienced during the interview; it was finally established a link between the subjective emotions aroused during the interview and in previous meetings with mafia victims. The research conducted, in line with the literature on the mafia phenomenon, captures how the contact with the mafia triggers a process of multi-victimization that damages the concrete life of the person, but also and above all the level of the imagination. This has repercussions on the operator who could live on himself the species-specific mafia victimization, activating thoughts of fear, paranoia and a deep anxiety about death, since he feels he has opened a "psychic account" with the mafia. Those who work with such victims could experience ambivalent feelings: on the one hand impotence, restlessness, devaluation and frustration; on the other, the saving fantasies of omnipotence, hidden by a sense of protection and parental caring for the victim. From an Adlerian point of view, the strong sense of impotence could be influenced by the fact that the change to which therapy is hoped is difficult to think about because the mafia, a source of paranoia and anguish, continues to be present on a real and imaginary level in the patient; in parallel, in the clinical setting, this experience permeates the operator's mind through emotional contagion. In order for this type of contagion to be evolutionary and transformative, in the setting of the therapeutic relationship, it is essential to structure a teamwork that allows to reacquire the consciousness of these dynamics to strengthen the operator's social feeling - and avoid the risk of living a social isolation caused by contact with the mafia - which can thus re-activate, by deep contact, that of the patient, and act the therapeutic function of encouragement, feeling of esteem and appreciation that the patient feels about self, which can stimulate the change.

*Keywords:* VITTIMOLOGIA, MAFIA, SENTIMENTO SOCIALE

## IL CONTAGIO EMOTIVO NEL LAVORO CLINICO CON LE VITTIME DI MAFIA

Attanasio F., Bocci F., Bonenti P., Calvarese L., Conti N., Giorgi A., Loda F., Santini M., Soregaroli L., Virgilio G.

### INTERVISTA AD UN OPERATORE

### DINAMICHE EMOZIONALI DELL'OPERATORE

### UNA LETTURA ADLERIANA

*Sento paura data dall'inesperienza [...]. I vissuti difficili da gestire sono stati il vissuto di inadeguatezza per la complessità che ti trovi davanti sul piano psichico, il sentirsi non esperti, non solo del fenomeno mafioso ma anche di questa tipologia di rapporto [...], sento la preoccupazione di non fallire, [...] ci sono due vissuti importanti [...]: il vissuto di onnipotenza, ti chiedi di salvarlo, vieni vissuto come ultima possibilità, come se mi dicesse "hai un potere di vita o di morte su di me" [...]; il sentirsi impotente [...] è difficile gestire questo controtransfert, perché bisogna trovare una posizione un po' a metà, in cui ti attieni al lavoro clinico cercando di non farti suggestionare da quello che è il mondo mafioso che ci sta dietro. Posso percepire a volte degli stati di inquietudine quando [...] quando si sente troppo toccata, allora cerca di intimidirmi, è una paura di toccare questa persona e farle del male, non avere la preparazione adeguata.*

### ONNIPOTENZA

### ASPIRAZIONE ALLA SUPREMAZIA

### IMPOTENZA

### COMPLESSO DI INFERIORITÀ

*È come se in questo momento si stesse camminando su delle macerie dopo che è avvenuto un terremoto ed è come se la paziente ti accompagnasse ad attraversare queste macerie per comprendere che danni ha causato, quindi a vedere che cosa si è distrutto e che cosa è rimasto, con l'obiettivo poi di vedere che cosa si può ricostruire, perché questa paziente nutre ancora della speranza nel ricostruire.*

### VITTIMIZZAZIONE SPECIE-SPECIFICA

### DISTORSIONE DEL SENTIMENTO COMUNITARIO

### RAFFORZAMENTO DELLA COMUNITÀ A VANTAGGIO DI POCHI

*Una mancanza è quella di non avere un'equipe di riferimento, è sempre più evidente quanto è necessario lavorare in equipe anche perché le voci sono tante, quando incontri una paziente che ci ha vissuto non è esterna al mondo mafioso ma è una vittima interna, ti trovi nella stanza tante voci che parlano, hai una gruppalità di fronte anche proprio nei racconti, anche l'interpretazione simbolica dei racconti è sempre riferita alla gruppalità, parliamo sempre di tanti personaggi sul campo. È complesso e la necessità di un gruppo con cui lavorare è essenziale.*

### MANCANZA DI SUPPORTO SOCIALE

### SENTIMENTO SOCIALE

### PSICOTERAPIA COME FACILITATORE DEL REINSERIMENTO SOCIALE DELLA VITTIMA

Questo lavoro ha voluto esplorare il vissuto emotivo suscitato dall'incontro reale e immaginario con il fenomeno mafioso, evidenziando gli aspetti legati all'esperienza del contagio emotivo. Per raggiungere tale finalità, si è deciso di utilizzare un disegno di ricerca qualitativo; è stata quindi condotta un'intervista con un operatore che lavora con le vittime di mafia, nel Nord Italia. Tale contributo è stato registrato, sbobinato e infine analizzato tramite il metodo carta e matita.

Il contatto con la mafia innesca un processo di multivittimizzazione che va ad intaccare la vita concreta della persona, ma anche e soprattutto il livello della fantasia. Questo si ripercuote sull'operatore che può vivere su di sé la vittimizzazione specie-specifica mafiosa, attivando pensieri di paura, paranoia ed una profonda angoscia di morte, poiché sente di aver aperto un "conto psichico" con la mafia. Chi opera con tali vittime può sperimentare dei vissuti ambivalenti: da un lato impotenza, inquietudine, svalutazione e frustrazione; dall'altro, fantasie salvifiche di onnipotenza, celate da un senso di protezione e accudimento genitoriale verso la vittima.

Il forte senso di impotenza potrebbe essere influenzato dal fatto che il cambiamento a cui auspica la terapia risulti difficilmente pensabile in quanto la mafia, fonte di paranoia e angoscia, continua ad essere presente a livello reale e immaginario nel paziente; parallelamente, nel setting clinico, questo vissuto permea, per contagio emotivo, anche la mente dell'operatore. Per far sì che tale contagio sia evolutivo-trasformativo nella relazione terapeutica è fondamentale l'avviamento di un lavoro di equipe che consenta di riappropriarsi della consapevolezza di queste dinamiche così da rafforzare il sentimento sociale dell'operatore ed evitare il rischio che viva un isolamento sociale provocato dal contatto con la mafia. Si può così ri-attivare, per contatto profondo, il sentimento sociale con la vittima, ed agire così la funzione terapeutica di incoraggiamento.

## Bibliografia

1. LO VERSO, G. (1998), *La mafia dentro. Psicologia e psicopatologia di un fondamentalismo*, Franco Angeli, Milano 1998.
2. LO VERSO, G. (2013), *La mafia in psicoterapia*, Franco Angeli, Milano 2013.
3. LO VERSO, G., DI BLASI, M. (2011), *Gruppoanalisi soggettuale*, Raffaello Cortina, Milano 2011.
4. GIORGI, A., GIUNTA, S., COPPOLA, E., LO VERSO, G. (2009), *Territori in controluce. Ricerche psicologiche sul fenomeno mafioso*, Franco Angeli, Milano 2009.
5. VAN DER KOLK, B. (2015), *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
6. VIANO, E. (1989), Vittimologia oggi: i principali temi di ricerca e di politica pubblica, In BALLONI, A., VIANO, E. (1989), IV Congresso Mondiale di Vittimologia, *Atti della giornata bolognese*, Clueb, Bologna 1989.

Francesco Bocci  
fbocci80@gmail.com

Luciana Calvarese  
luciana.calvarese@gmail.com

Luca Soregaroli  
luca.soregaroli091@gmail.com

Flavio Attanasio  
flavioattanasio@libero.it

Marta Santini  
marta.santini92@hotmail.it

Paola Bonenti  
paolabonenti@gmail.com

Nicola Conti  
nicolaconti01@libero.it

Federico Loda  
federicoloda1@gmail.com

Giuseppe Virgilio  
g.virgilio92@libero.it

Antonino Giorgi  
tonigiorgi73@gmail.com

## **Il contagio emotivo nella relazione terapeutica e nella supervisione di gruppo**

Daniela Bosetto, Giulia Maria Antonietti, Matteo Baldassin, Greta Silvia Carnevali, Claudia Cenni, Irma Valentina Mascia, Chiara Mazzola, Francesca Molina, Irene Pe, Domenico Rusciano, Loredana Salerno

*Summary* - THE EMOTIONAL CONTAGION IN THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP AND INN THE GROUP SUPERVISION. The aim of the present study is to think about the emotional contagion in the therapeutic relationship. The subjects of the study are people attending the Psychology course at UNITRE Milano who asked for psychological counseling offered by CRIFU Adlerian Psychotherapy School. We chose one particular subject: P., a foreign woman who moved to Italy and who has been treated at CPS for 10 years. She's been diagnosed with psychosis. The patient has been seen by two psychotherapists in training: a conductor and an observer. During the supervision of the therapy sessions the patient's psychological suffering spread across all the psychotherapists attending the supervision. In other words an emotional contagion took place among the therapists in training, proving the existence of an emotional sharing and community feeling.

*Keywords:* *CONTAGIO EMOTIVO, COMPARTICIPAZIONE EMOTIVA, SENTIMENTO SOCIALE*



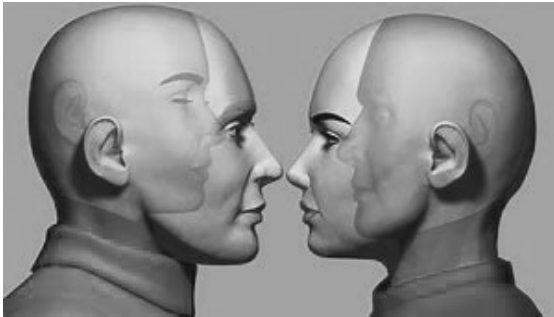
## IL CONTAGIO EMOTIVO NELLA RELAZIONE TERAPEUTICA E NELLA SUPERVISIONE DI GRUPPO

Dr.ssa Daniela BOSETTO\*, Dr.ssa Giulia Maria ANTONIETTI\*\*, Dr. Matteo BALDASSIN\*\*\*, Dr.ssa Greta Silvia CARNEVALI\*\*, Dr.ssa Claudia CENNI\*\*\*, Dr.ssa Irma Valentina MASCIA\*\*, Dr.ssa Chiara MAZZOLA\*\*\*, Dr.ssa Francesca MOLINA\*\*, Dr.ssa Irene PE\*\*, Dr. Domenico RUSCIANO\*\*, Dr.ssa Loredana SALERNO\*\*\*

\* *Psicologo, psicoterapeuta, Direttore Scuola Adleriana di Psicoterapia del CRIFU, Professore Straordinario M-PSI/07* \*\* *Medico* \*\*\* *Psicologo*

### SCOPO DELLO STUDIO

Obiettivo del presente lavoro è riflettere sul tema del contagio emotivo nella relazione terapeutica.



Fonte: [stateofmind.it](http://stateofmind.it)

### METODOLOGIA

Il campione preso in esame è rappresentato da utenti che hanno chiesto di essere presi in carico presso il Centro di Psicoterapia della Scuola adleriana di Specializzazione del CRIFU di Milano.

La metodologia ha previsto che ogni utente fosse seguito da uno specializzando conduttore del colloquio e da uno specializzando osservatore.

Il modello applicativo è stato quello adleriano, con particolare riferimento all'individuazione dello stile di vita dell'utente attraverso l'analisi dei compiti vitali, il racconto dei ricordi d'infanzia, dei sogni e la somministrazione ed interpretazione del test proiettivo del Rorschach.



Fonte: [site24.eu](http://site24.eu).

### RISULTATI

Ci siamo soffermati in modo particolare sul caso di P., una paziente con origini straniere, stabilitasi in Italia dopo un matrimonio combinato dalla famiglia. Da una decina d'anni P. è seguita in CPS con terapia farmacologica, dopo aver ricevuto una diagnosi di psicosi. La sofferenza di P., che traspare attraverso il racconto della sua storia, crea un contagio emotivo nei terapeuti, che sperimentano un senso di "impotenza". La separazione dalla famiglia d'origine, una violenza fisica subita, i lunghi ricoveri psichiatrici e il rapporto difficoltoso con il marito sono alcuni dei vissuti di P. che creano il contagio emotivo.

Attraverso la supervisione di gruppo, abbiamo analizzato le emozioni del conduttore del colloquio, dell'osservatore e dell'utente, ponendo particolare attenzione al contagio relazionale sviluppatosi tra i tre soggetti. Il contagio emotivo dei protagonisti della relazione terapeutica si è poi trasmesso a tutto il gruppo di supervisione. Il supervisore ha invitato i partecipanti a riflettere su tematiche quali: la separazione, la violenza fisica, la malattia psichiatrica e le relazioni familiari.

### CONCLUSIONI

Ogni partecipante ha ritrovato dentro di sé un frammento delle sofferenze di P. e si è raccontato a sua volta nel gruppo. Seguire il cammino del paziente implica anche analizzare le emozioni dei terapeuti che l'accompagnano nell'esplorazione del suo vissuto. In supervisione "riviviamo" la vita dei pazienti e il contagio emotivo generato ci permette di affrontare con maggiori risorse il nuovo incontro con il paziente. All'interno del gruppo di supervisione, la *compartecipazione emotiva* e il *sentimento sociale*, teorizzati da Adler, divengono strumenti di crescita per ogni partecipante. Il contagio emotivo/relazionale, oltre a essere uno strumento di condivisione delle emozioni tra i componenti del gruppo, è anche una modalità di compartecipazione tra pazienti e terapeuti all'interno di un percorso in divenire.

« E' come se un cerchio magico fosse tracciato intorno all'ammalata, che gli impedisce di avvicinarsi alla realtà della vita, di guardare la verità in faccia, di ammettere un esame o un decisione sul suo valore.» (Adler, A., 1967)

#### BIBLIOGRAFIA:

- ADLER, A (1947) *Prassi e teoria della psicologia individuale*, Astrolabio, Roma 1967  
ANSBACHER, H. L., ANSBACHER R. R., (1956). *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, G. Martinelli, Firenze 1997.  
PARENTI, F., PAGANI, P.L. (1976), *Il reattivo de Rorschach nell'età evolutiva*, Hoepli, Milano 1976;

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e Teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
4. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
5. FERRERO, A. (2004), Moduli di legame e qualità della relazione terapeutica, in ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (eds), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, CSE, Torino.

Daniela Bosetto  
daniela.bosetto@uniecampus.it

Giulia Maria Antonietti  
giuliaantonietti87@gmail.com

Matteo Baldassin  
matteobaldassin@libero.it

Greta Silvia Carnevali  
greta.carnevali@unimi.it

Claudia Cenni  
claudia.cenni18@libero.it

Irma Valentina Mascia  
irma.mascia@hotmail.com

Chiara Mazzola  
chiara.mazzola86@gmail.com

Francesca Molina  
mangelafran@tiscali.it

Irene Pe  
irene.jk.pe@gmail.com

Domenico Rusciano  
domenico.rusciano@crs.lombardia.it

Loredana Salerno  
loredana.salerno62@alice.it

## **Contagio relazionale nella supervisione ai CDD del Comune di Milano**

Daniela Bosetto, Bianca Maria De Adamich, Paola Cavasino, Gaia Cigognini, Maria Concetta Fragapane, Alice Sacchi

*Summary* - RELATIONAL CONTAGION IN THE SUPERVISION TO THE MILAN DISTRICT'S DAY CARE CENTERS FOR DISABLED. We mean by *relational contagion* in the *group supervision* the dynamic of active emotional-communicative influence, explicit and implicit, between operators of a work team. This definition takes shape starting from the supervision conducted in the Milan District's 15 Day Care Centers for Disabled by psychologists, psychotherapists and doctors from the CRIFU and the APIAAM in Milan. The educational-assistance context of the Day Care Centers for Disabled easily exposes to the *relational contagion* phenomenon, which can show itself as positive, where the outcome is the emotional sharing in a synthonic relationship, or as negative, when the contents spread weaken empathy and nullifies the individual critical skills. As supervisors we have developed and tested an *adlerian methodology*, which involved two supervisors per group and specific techniques and tools, such as observation, empathic listening, encouragement, emotional sharing, adlerian role-play. We share two moments of contagion related to a supervision meeting: at first, it was characterized by an attitude of protest and rejection, generating a negative contagion dynamic; at a later stage, the positive contagion promoted the emotional sharing and an empathetic attitude.

*Keywords:* CONTAGIO RELAZIONALE, SUPERVISIONE DI GRUPPO, METODOLOGIA ADLERIANA

## CONTAGIO RELAZIONALE NELLA SUPERVISIONE AI CDD DEL COMUNE DI MILANO

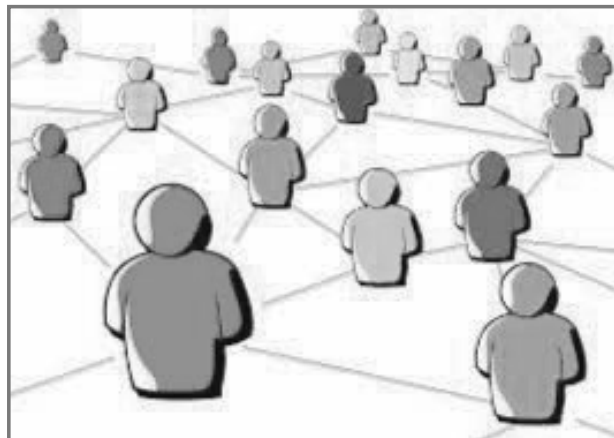
Dr.ssa Daniela BOSETTO\*, Dr.ssa Bianca Maria de ADAMICH\*\*\*, Dr.ssa Paola CAVASINO\*\*\*, Dr.ssa Gaia CIGOGNINI\*\*\*, Dr.ssa Maria Concetta FRAGAPANE\*\*, Dr.ssa Alice SACCHI\*\*\*

\* Psicologo, Psicoterapeuta, Direttore Scuola Adleriana di Psicoterapia del CRIFU, Professore Straordinario M-PSI/07, \*\* Psicoterapeuta, Analista S.I.P.I., \*\*\*Psicologo.

### INTRODUZIONE

Il termine contagio relazionale richiama alla mente un fenomeno che, come quello fisico, è subito dall'individuo senza che egli se ne renda conto. Come avviene infatti comunemente nelle malattie, laddove le persone sono esposte al contagio senza saperlo, così anche in campo emotivo avviene lo stesso fenomeno: le emozioni passano da una persona a un'altra in modo automatico e immediato, senza che nessuna delle due ne abbia consapevolezza. La natura del contagio, caratterizzata appunto da assenza di consapevolezza e di mediazione cognitiva, lo distingue, in un certo senso, da altri termini, quali empatia o compartecipazione emotiva, emozioni determinate dal sentimento sociale, che - secondo la visione adleriana - è un'istanza innata nell'essere umano e lo porta alla cooperazione con i suoi simili.

Se guardiamo al neonato, che reagisce alle espressioni del viso della madre, o che si mette a piangere quando sente piangere altri neonati, ci rendiamo conto senza dubbio che il fenomeno del contagio è addirittura un precursore dell'empatia dell'adulto.



Fonte: <http://www.firstcisli.it>

### IL CONTAGIO RELAZIONALE NEI GRUPPI DI SV

Il lavoro di supervisione che abbiamo svolto presso i Centri Diurni per Disabili del Comune di Milano, in qualità di allievi della Scuola Adleriana di Psicologia del CRIFU e di membri dell'APIAAM, ci ha portati ad assistere al fenomeno del contagio all'interno dei nostri gruppi. Intendiamo per contagio relazionale in tale contesto la dinamica di influenza emotiva e comunicativa, esplicita e implicita, tra operatori di un'equipe di lavoro.

### METODOLOGIA NEL LAVORO DI SUPERVISIONE

A livello metodologico, ci siamo basati soprattutto sull'ascolto empatico e sull'incoraggiamento; sul confronto tra le prospettive dei singoli operatori, su esercizi di espressione corporea e sull'osservazione della comunicazione verbale e non verbale, cercando nel contempo di individuare gli eventuali casi di *contagio*, laddove si verificassero, per spiegarne al gruppo la dinamica e il significato

### ANALISI DI UN CONTAGIO IN UN INCONTRO DI SV

All'inizio di un incontro in uno dei CDD, si è verificato un momento di interruzione nella comunicazione: un'Educatrice dichiara di sentirsi stanca e demotivata e subito dopo, come se ci fosse stato un precedente accordo tra di loro, anche gli altri operatori accusano la stessa stanchezza e il senso di demotivazione. Tutti sembrano condividere le stesse emozioni, chiudendosi per qualche momento in un silenzio che suona quasi come un rifiuto o una protesta. E' un Educatore che rompe quel silenzio, affermando di non condividere la demotivazione dei suoi colleghi, perché proprio quel giorno lui si sente contento per via di un piccolo successo ottenuto da un Ospite del CDD. La sua osservazione rianima il gruppo, anche se per poco, in quanto ciascuno torna col pensiero al quotidiano e alla principale preoccupazione: il benessere degli Utenti affidati al Centro. Ben presto, però, torna a regnare il silenzio, fino a quando una domanda del Supervisore non ravviva di colpo l'interesse di un operatore, seguito a ruota da quello di tutto il gruppo. La domanda, riferita all'andamento della supervisione, fa emergere lo scontento e la rabbia dell'Operatore, che avrebbe desiderato parlare del tema della comunicazione, che invece, secondo lui, è stato costantemente evitato. L'osservazione dà agli altri il coraggio di condividere i sentimenti del collega e di ammettere al tempo stesso che il tema era stato di volta in volta bypassato da tutti, per timore di non saper gestire il conflitto e di portare allo scoperto problematiche difficili da affrontare. Tale conflitto, che adesso emerge con chiarezza, viene così affrontato col supporto dei supervisori; vengono prese in esame le problematiche, e il confronto diventa costruttivo e proficuo. Vengono inoltre svelate alcune dinamiche e alla fine il gruppo giunge alla loro comprensione e alla condivisione di alcuni atteggiamenti che prima erano risultati inaccettabili.

Ci sono stati due momenti di contagio relazionale: il primo è passato attraverso un atteggiamento di protesta e di rifiuto; il secondo si è rivelato più positivo, perché ha portato il gruppo alla condivisione delle emozioni e all'atteggiamento empatico che deve sempre essere alla base della relazione di gruppo.

### OBIETTIVI

Tra gli obiettivi che ci siamo proposti nel lavoro di SV - quali il miglioramento della comunicazione all'interno del gruppo, la gestione delle dinamiche conflittuali e l'elaborazione di uno schema di riferimento gruppal - abbiamo attribuito una particolare importanza all'individuazione dei possibili meccanismi di contagio emotivo e relazionale, al fine di rendere accorti e consapevoli gli operatori sulla possibilità che si verifichi un contagio negativo e sulle modalità per difendersene. Il contagio è infatti un fenomeno che può portare a stress; gli operatori che si dedicano alla professione sanitaria, assistenziale o educativa, ne sono particolarmente esposti e ciò può causare in chi lo subisce la diminuzione del senso di competenza e dell'impegno sul lavoro. E' pertanto utile essere a conoscenza del rischio per avere maggiori possibilità di evitarlo.

### CONCLUSIONI

La crescita e l'acquisizione della consapevolezza su tutti i fronti della nostra vita devono essere gli obiettivi che tutti dobbiamo porci. Pertanto, conoscere il fenomeno del contagio, che tutti - con modalità diverse e in circostanze differenti - abbiamo qualche volta esperito, può esserci d'aiuto in determinate situazioni. Senza dubbio la condivisione, l'empatia e la cooperazione sono sentimenti che tutti dobbiamo sviluppare per vivere in armonia con i nostri simili, tuttavia la crescita e la conoscenza devono portarci al riconoscimento dei limiti e alla distanza tra il sé e l'altro, in modo che con l'altro possiamo essere in sintonia senza tuttavia lasciarci travolgere del tutto dalle emozioni. L'equilibrio deve tenere presente la difesa del sé e al tempo stesso tenere vive le emozioni, che sono la nostra ricchezza e, insieme, un elemento imprescindibile per il nostro vivere umano.

"La capacità di identificarsi deve essere sviluppata: ciò è possibile solo se l'individuo cresce insieme agli altri e si sente in relazione con loro...La vita presenta problemi che richiedono la capacità di cooperare per la loro soluzione. Udire, vedere, parlare significa...identificarsi con la persona o la cosa. La capacità di identificazione, che sola ci rende capaci di amicizia, di comprensione, di occupazione e di amore per il genere umano è il fondamento del sentimento sociale e può essere praticata ed esercitata solo insieme agli altri".

#### Bibliografia

- ACP - Rivista di studi Rogersiani, 2004: *Quando le emozioni "passano" tra le persone...*  
Ansbacher, H. L., & Ansbacher, R. R. (1997), *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Psycho, Firenze.  
Bauleo, A. (2000), *Psicoanalisi e gruppaltà*, Borla, Roma.  
Bion, W. (1971), *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma.  
Fischetti, R. (2011), *La concezione operativa di gruppo*, Cuadernos de temas grupales e institucionales.  
Lo Coco, G., & Lo Verso, G. (2006), *La cura relazionale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.  
Parenti, F. (1983), *La psicologia individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.  
Parenti, F. e Collaboratori: *Antologia ragionata*. Raffaello Cortina Editore, Milano

## Bibliografia

1. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Psycho, Firenze.
2. BAULEO, A. (2000), *Psicoanalisi e gruppalità*, Borla, Roma.
3. BION, W. (1961), *Experiences in Group*, tr. it. *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma 1971.
4. FISCHETTI, R. (2011), La concezione operativa di gruppo, *Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
5. LO COCO, G., LO VERSO, G. (2006), *La cura relazionale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
6. PARENTI, F. (1983), *La psicologia individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
7. PARENTI, F. e Collaboratori (1989), *Antologia ragionata*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Daniela Bosetto  
daniela.bosetto@uniecampus.it

Bianca Maria De Adamich  
bianca.deadamich@gmail.com

Paola Cavasino  
paolacavasino@libero.it

Gaia Cigognini  
gaiacigognini@hotmail.com

Maria Concetta Fragapane  
marika.fragapane@libero.it

Alice Sacchi  
alice.sacchi86@gmail.com

## La supervisione d'équipe: analisi dei contagi emozionali in onco-ematologia

Andrea Bovero, Irene Fonti, Chiara Tosi, Alessandra Cito, Rossana Botto

*Summary* - GROUP SUPERVISION: EMOTIONAL CONTAGION ANALYSIS IN ONCO-HEMATOLOGY DEPARTMENT. **Objective:** The study aims to analyze a supervision session in the Hematology department at the Molinette hospital, which focused on the discussion of a case of prognosis communication perceived as difficult by the staff. The research investigates the features of the negative emotional contagion between patients and health care workers, the consequent difficulties in the communication and the positive emotional contagion, which allowed the reactivation of the team's social sense [1, 8]. **Methods:** The sample is composed of the team members of the Hematology department at “Città della Salute e della Scienza” of Turin: 6 physicians, 2 nurses and 2 health workers. The supervising psychotherapist and two psychologists, designated observers, were also present at the supervision session. The session was recorded, transcribed and analyzed from a qualitative point of view, by noting lexical frequencies. Based on the content analysis, the following categories emerged: Negative Emotional Contagion, Consequences of the Contagion on Communication and Positive Emotional Contagion. **Results:** For the Negative Emotional Contagion dimension the following categories were identified: ‘Compassion’ (sharing feelings and emotions of the patients), ‘Relationship with the patients’ (feelings of affection and sharing the patient's memories), ‘Instability of the Care Setting’ (a lack of exchange of information, due to the work shifts, discontinuity in the care provided by the same health providers, difficulties linked to specific roles) and ‘Convergent Identification with the Patient’ (impotence, inability to address the issue). For the Consequences of the Contagion on Communication dimension three reactions of the team were identified: ‘Avoidance’, all of the health care workers resorted to this behavior (leaving the room with an excuse, getting off the subject, going into the room only during the work shift), ‘Doubts about the Role’ on the part of nurses and health workers, and ‘Collaborative Efforts’. For the Positive Emotional Contagion dimension, having the supervisor stimulating the team in finding strategies for subsequent cases, has allowed the team identifying the development of ‘Empathetic Identificatory Abilities’ and ‘Cooperation Abilities’ as fundamental in order to promote handovers and to find jointly an adequate strategy to adopt. **Conclusions:** This study highlights the difficulties, that an oncological team may experience in the relationship with terminally ill patients [3, 4, 5]. Particularly, it appears that the negative emotional contagion is associated with a convergent identification with the patient, with the challenging management of compassion and with a violation of the care setting. Moreover, this research underlines the relevance of the supervision, as a space for sharing and for cooperation, designed to reactivate a social sense in the health care staff [2, 7].

*Keywords:* PSICONCOLOGIA, PSICOLOGIA INDIVIDUALE, FORMAZIONE, CANCRO, MORTE



## LA SUPERVISIONE D'ÉQUIPE: ANALISI DEI CONTAGI EMOZIONALI IN ONCO-EMATOLOGIA

Bovero A., Fonti I., Tosi C.,  
Cito A.L., Botto R.

S.S.D. Psicologia Clinica e Oncologica, A.O.U. Città della Salute  
e della Scienza di Torino-Università di Torino

### INTRODUZIONE

Durante le supervisioni, il personale sanitario si trova costantemente di fronte alle emozioni e all'angoscia di morte del paziente, sentimenti con i quali occorre riuscire a convivere. La seduta di supervisione presa in esame riguarda le difficoltà nel comunicare la prognosi a un paziente giovane, in cura da 3 anni presso il servizio di Ematologia dell'ospedale Molinette per una forma acuta di Leucemia Linfoblastica. In seguito ad un trapianto di midollo le sue condizioni di salute si compromettono gravemente e, nei giorni precedenti al decesso, il paziente rivolge a diversi operatori domande ripetute e dirette rispetto alla sua prognosi.

### Obiettivi

La ricerca indaga le caratteristiche del contagio emotivo nella relazione tra pazienti oncologici e l'équipe curante.

### Campione

Il campione è composto da 10 membri dell'équipe del reparto di Ematologia della "Città della Salute e della Scienza" di Torino: 6 medici, 2 infermieri e 2 Operatori sociosanitari. Alla supervisione sono presenti anche il Supervisore psicoterapeuta e due psicologhe osservatrici.

### Materiali e Metodi

L'incontro preso in esame, il terzo di un percorso con cadenza mensile, ha come tema la narrazione di un caso vissuto come difficile. La seduta è stata registrata, trascritta e analizzata da un punto di vista qualitativo.

### Risultati

Dall'analisi tematica sono emerse le seguenti categorie:

#### Contagio emotivo negativo:

- Angoscia (eccessiva identificazione nella sofferenza del paziente) 19,5%
- Relazione amicale con il paziente (non evidenzia un'autentica "utilità sociale" ma una "strategia finzionale" per fuggire l'angoscia di morte) 10,4%
- Inadeguatezza del setting di cura (mancato scambio di informazioni a causa dei turni, assenza di continuità terapeutica) 11,7%
- Impotenza (frustrazione dell'operatore a confronto con la realtà del paziente) 9,1%

#### Conseguenze del contagio sulla comunicazione:

- Strategie di evitamento (uscire dalla stanza, deviare argomento) 19,5%
- Ansia rispetto al ruolo professionale (difficoltà a mettersi in gioco come gruppo curante) 14,3%

#### Contagio emotivo positivo:

- Conoscenza del paziente (presenza autentica ed empatica dell'équipe) 10,4%
- Comunicazione e condivisione tra operatori (riflessione sul proprio morire e sul saper fare/essere) 5,1%

### CONCLUSIONI

L'équipe curante implicitamente imita, con solo parziale consapevolezza, le emozioni del paziente morente, dalle quali viene contagiata; attraverso il setting incoraggiante della supervisione i curanti hanno trovato una loro originale emozione che, copiata e imitata dal paziente, costruisce un modo nuovo e più evolutivo di reagire alla propria angoscia. Così, l'équipe ha potenziato le sue capacità empatiche e ha riattivato creativamente il Sentimento Sociale, con nuove modalità di collaborazione che hanno facilitato i passaggi di consegna e hanno permesso di individuare congiuntamente una strategia da adottare.

Lo studio evidenzia le difficoltà che un'équipe onco-ematologica può incontrare nel relazionarsi con il paziente nel fine vita e sottolinea l'importanza della supervisione come spazio di condivisione e collaborazione finalizzato ad una riattivazione del sentimento sociale nel personale sanitario.

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma, 1994.
2. BOVERO, A. (2014), Setting in Psiconcologia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 75: 17-27, Supplemento contributi XXIV Congr. SIPI "I setting in Psicologia Individuale".
3. BOVERO, A., TORTA, R. (2013), Setting in psiconcologia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 75: 224-232, Supplemento contributi XXIV Congr. SIPI "I setting in Psicologia Individuale".
4. CLARK, D., INGLETON, C., SEYMOUR, J. (2000), Support and supervision in palliative care Research, *J. Palliat. Med.*, 14(5), 441-446.
5. EDMONDS KYLE, P., YEUNG HEIDI, N., ONDERDONK, C., MITCHELL, W., THORNBERRY, K. (2015), Clinical Supervision in the Palliative Care Team Setting: A Concrete Approach to Team Wellness, *J. Palliat. Med.*, 18 (3): 274-277.
6. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Indiv. Psychol. Dos.*, 1: 94-21.
7. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14
8. TUBERE, G., MACCHIARINI, S. (1996), Verrà la morte e avrà i tuoi occhi, riflessioni sui vissuti di un terapeuta tra finzione, onnipotenza e realtà, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.

Andrea Bovero  
abovero@cittadellasalute.to.it

Irene Fonti  
irene.fonti@hotmail.it

Chiara Tosi  
chiara.tosi.88@icloud.com

Alessandra Cito  
cito.alessandra@gmail.com

Rosanna Botto  
rossanabotto5@gmail.com