



phenomenajournal

Giornale ufficiale di **phenomena**

GIORNALE INTERNAZIONALE DI PSICOPATOLOGIA, NEUROSCIENZE E PSICOTERAPIA

COMITATO SCIENTIFICO AREA DI PSICOPATOLOGIA

MAURO NELSON MALDONATO Università di Napoli Federico II
MARIO BOTTONE Università di Napoli Federico II
PAOLO COTRUFO Università della Campania L. Vanvitelli
DANIELA CANTONE Università della Campania L. Vanvitelli
SANTO DI NUOVO Università di Catania

COMITATO SCIENTIFICO AREA NEUROSCIENZE

GIOVANNI MESSINA Università degli studi di Foggia
ALBERTO OLIVIERO Università La Sapienza di Roma
DAVIDE MOROCCO Università di Napoli Federico II
PIETRO CIPRESSO Università Cattolica di Milano

COMITATO SCIENTIFICO AREA DI PSICOTERAPIA

GIUSEPPE RUGGIERO Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IMePs
ELENA GIGANTE SIPGI Scuola di Specializzazione in Psicoterapia
ALEXANDER LOMMATZSCH Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IGP

Direttore Editoriale:
RAFFAELE SPERANDEO
Supervisore Scientifico:
VALERIA CIOFFI

Journal Manager:
ENRICO MORETTO



m@rpedizioni

www.phenomenajournal.it
VOL. 6 N. 2/ LUG • DIC 2024

INDICE	Definire la vigoressia: una revisione della letteratura	Pag.	1-13
	Tra Neuropsicologia e Gestalt: ipotesi di studio con pazienti psicotici nell’ottica di una metodologia integrata	Pag.	14-17
	Inventario di motivazioni al volontariato - validazione preliminare	Pag.	18-28
	Uno sguardo gestaltico sulla psicoterapia di coppia: dalla teoria dell’attaccamento alla terapia	Pag.	29-39
	Analisi sistemico-fenomenologica del linguaggio di una paziente con schizofrenia Il caso della fidanzata	Pag.	40-49

PSICOLOGIA CLINICA

Definire la vigoressia: una revisione della letteratura

Giulia De Cristofano¹, Maria Barone¹, Maria De Masis¹, Alessandra Di Donna¹, Anna Asia Forino¹, Lucio Marino¹¹ SiPGI Scuola di Psicoterapia Gestaltica Integrata**Citation**

De Cristofano G., Barone M., De Masis M., Di Donna A., Forino A. A., Marino L. (2023). Definire la vigoressia: una revisione della letteratura. Phenomena Journal, 6, 1-13. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.222>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autoreGiulia De Cristofano
decristofanogiulia@gmail.com**Ricevuto:** 8 maggio 2024**Accettato:** 4 settembre 2024**Pubblicato:** 4 settembre 2024**ABSTRACT**

Vigorexia, sometimes also known as muscle dysmorphia or bigorexia, is a complex nosological construct characterized by an intense preoccupation with the body and obsessive behaviors related to exercise and diet. This disorder, although often associated with the male fitness and bodybuilding universe, is also emerging among women and adolescents, reflecting the growing impact of the image cult and social media on body perception. This literature review aims to identify risk factors, diagnostic criteria, epidemiology and the relationship with eating disorders and addictions, as well as to examine the role of bigorexia in relationships and adolescence. The data analysis revealed that vigorexia is associated with a number of health risks, including the use of anabolic androgenic steroids and eating disorders. Furthermore, individuals with vigorexia often experience social anxiety related to others' judgment of their physical appearance, which can lead to social isolation and impaired interpersonal relationships. In conclusion, this analysis of vigorexia provides a comprehensive overview of its risks, associated disorders and implications for mental health and social relationships, emphasizing the importance of early intervention and targeted preventive strategies to address this emerging phenomenon especially among younger people.

KEYWORDS**Vigorexia, body dysmorphia, adolescence, bodybuilding, eating disorders, anabolic androgenic steroids, social anxiety.****ABSTRACT IN ITALIANO**

La vigoressia nervosa, talvolta nota anche come dismorfia muscolare o bigoressia è un costrutto nosologico complesso, caratterizzato da un'intensa preoccupazione per il corpo e comportamenti ossessivi legati all'esercizio fisico e alla dieta. Questo disturbo, sebbene spesso associato all'universo maschile del fitness e del bodybuilding, sta emergendo anche tra le donne e gli adolescenti, riflettendo l'impatto crescente del culto dell'immagine e dei social media sulla percezione del corpo. Questa revisione della letteratura mira a identificare i fattori di rischio, i criteri diagnostici, l'epidemiologia e la relazione con disturbi alimentari e dipendenze, oltre a esaminare il ruolo della vigoressia nelle relazioni e nell'adolescenza. L'analisi dei dati ha rivelato che la vigoressia nervosa è associata a una serie di rischi per la salute, tra cui l'uso di Steroidi Androgeni Anabolizzanti e disturbi del comportamento alimentare. Inoltre, gli individui affetti da vigoressia spesso sperimentano ansia sociale legata al giudizio altrui sul loro aspetto fisico, il che può portare all'isolamento sociale e alla compromissione delle relazioni interpersonali. In conclusione, questa analisi approfondita della vigoressia nervosa fornisce una panoramica completa dei suoi rischi, dei disturbi associati e delle implicazioni per la salute mentale e le relazioni sociali, sottolineando l'importanza di interventi precoci e di strategie preventive mirate per affrontare questo fenomeno emergente soprattutto tra i più giovani.

PAROLE CHIAVE**Vigoressia nervosa, dismorfismo corporeo, adolescenza, bodybuilding, disturbi del comportamento alimentare, steroidi androgeni anabolizzanti, ansia sociale.**Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

Origine e natura del costrutto

La vigoressia nervosa (VN) rappresenta un costrutto nosologico controverso a causa delle sue complesse caratteristiche cliniche, che comportano importanti conseguenze pratiche, come la necessità di chiarirne la definizione, al fine di formulare adeguate strategie di prevenzione e validare adeguati interventi terapeutici [1,2].

Il costrutto di vigoressia è stato associato a quello di Dismorfia Muscolare (DDM), che fu riconosciuto per la prima volta nelle comunità di bodybuilding negli anni '80 sotto l'etichetta di "bigoressia" [3,4]. Risale agli anni '80 anche la definizione di "anoressia inversa" per sottolineare l'elemento comune della preoccupazione per l'aspetto fisico, ma volta alla prestanza fisica e non alla magrezza [3]. Vi è stato associato altresì il termine di "complesso di Adone", dal nome del dio greco che rappresentava uno standard di virilità, quindi collegato ad un'eccessiva attenzione all'immagine corporea maschile [5,6,7]. Tuttavia, il costrutto di VN non è stato documentato nella letteratura scientifica fino al 1993, quando Pope et al. hanno rintracciato il core sintomatologico di questo disturbo che comprende: un'intensa preoccupazione di non essere magri e/o muscolosi, nonostante spesso si sia significativamente più magri e più muscolosi della persona media; l'adesione a un esercizio fisico e una dieta rigidi e spesso compulsivi e una compromissione funzionale associata [4,8,9,10].

Obiettivi e Metodi

L'obiettivo principale di questa review è quello di identificare i dati rilevanti riguardanti i fattori di rischio, i criteri diagnostici, l'epidemiologia, la fisiopatologia, la valutazione strutturata della vigoressia/bigoressia nervosa. L'obiettivo secondario è quello di determinare la possibilità di formulare raccomandazioni cliniche, partendo dai dati recuperati dalla letteratura.

Questo articolo fornisce una revisione della letteratura sul disturbo di Vigoressia nervosa. Sono stati presi in considerazione gli articoli in italiano e inglese, pubblicati tra il 2015 e il 2023, e vagliati in base a criteri di inclusione/esclusione.

Sono stati esaminati e inseriti anche i riferimenti degli articoli recuperati.

Per essere inclusi in questa revisione, gli studi dovevano: (a) essere pubblicati tra il 2015 e il 2023, (b) fornire una definizione di Vigoressia e dei metodi di valutazione, (c) non essere incentrati sul trattamento, (d) essere pubblicati in lingua italiana e inglese. Non c'erano restrizioni sui partecipanti.

Dalla ricerca delle diverse parole chiave sono risultati 60 studi, di cui sono stati selezionati 42 lavori compatibili con i criteri stabiliti.

Definizione e criteri diagnostici

Sulla base dei dati recuperati nella letteratura, gli elementi centrali della VN sono:

fenomeni cognitivi, cioè ossessioni per la piccolezza e la debolezza del proprio corpo, e sintomi comportamentali, come l'eccessivo esercizio fisico unitamente alla dieta e all'abuso di Steroidi Androgeni Anabolizzanti (AAS) [3,5,8,11]. È considerato un Disturbo dell'alimentazione, una parte dello spettro del Disturbo ossessivo compulsivo (DOC) o una variante del Disturbo da Dismorfismo corporeo (DDC), a seconda dell'importanza attribuita dai diversi autori ai sintomi principali del disturbo: pensieri ossessivi o idee prevalenti legate all'alimentazione, alla forma del corpo e al peso riscontrati anche nell'anoressia nervosa [11,12,13,14,15]; la natura di queste idee è vicina a quella delle ossessioni; il contenuto di queste ossessioni è tuttavia l'immagine corporea [3]. Diversi autori hanno suggerito che il DDM possa essere considerato una dipendenza dall'immagine corporea, rispetto agli sforzi degli individui tesi a mantenere un ideale corporeo predefinito con ogni mezzo possibile [16]. Secondo la quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5 TR) [17], il DDC con dismorfismo muscolare è una condizione inclusa nello spettro DOC. La caratteristica diagnostica principale di questo disturbo è la preoccupazione per l'idea che il corpo sia troppo piccolo o privo di massa muscolare; questo difetto non è osservabile o appare lieve agli altri; il paziente ha eseguito attività ripetitive o atti mentali in risposta a preoccupazioni relative all'aspetto, come eccessivo esercizio fisico, dieta rigida, abuso di integratori alimentari e, talvolta, utilizzo di AAS [18,19]. Inoltre, è presente un grado di stress clinicamente significativo che compromette il funzionamento sociale, lavorativo o altre aree importanti; e l'intenso interesse per il proprio aspetto non è meglio spiegato da preoccupazioni relative al grasso corporeo o al peso in presenza di una diagnosi di disturbo alimentare. L'insight del paziente riguardo alla sua condizione può variare da "buono o discreto" ad "assente", e ad esso possono essere associate convinzioni deliranti. L'interesse principale del paziente può essere correlato non solo alla massa muscolare ma anche ai capelli o alla pelle. Il tipo speciale di "DDC per procura" può includere la dismorfia muscolare, in cui gli individui sono preoccupati per i difetti che percepiscono nell'aspetto degli altri [7].

Relazione con i disturbi alimentari

Si comprende quindi l'equivocità del costrutto di VN considerato un disturbo dell'alimentazione (FED) o un sottotipo del DDC [7]. La ragione di questa ambiguità potrebbe essere rintracciata nel dato che i disturbi alimentari possono verificarsi negli uomini come conseguenza dell'insoddisfazione corporea [20,21,22]. Difatti, l'associazione tra l'insoddisfazione corporea e l'interiorizzazione degli ideali estetici può essere considerata un potenziale fattore di rischio per i disturbi alimentari nella popolazione maschile, adulta e adolescente [19]. Uno studio di Devrim et al. ha indagato la relazione tra l'alimentazione e i disturbi legati all'immagine corporea nei bodybuilder maschi, rilevando che l'intolleranza estetica, misurata tramite l'inventario del disturbo da dismorfismo muscolare (MDDI), potrebbe essere la ragione principale che causa disturbi alimentari e i diversi tipi di DDM [22,23]. In aggiunta, sono state

evidenziate prove rispetto alla causalità di un'alimentazione disordinata sullo sviluppo del dismorfismo muscolare; Pope et al. hanno scoperto che il 22% degli uomini con VN, precedentemente soddisfaceva i criteri diagnostici per l'anoressia nervosa; ancora, Olivardia et al., hanno riferito che il 29% degli uomini con DDM aveva una diagnosi pregressa di qualsiasi disturbo alimentare [9,14,24]. Ciononostante, le attuali classificazioni nosologiche supportano l'inclusione della vigoressia nervosa nella categoria dei DDC [7], difatti, a differenza dei pazienti con disturbi alimentari, i pazienti con VN non hanno preoccupazioni legate esclusivamente all'immagine corporea, ma anche relative ad uno o più difetti percepiti nell'aspetto; i loro modelli alimentari disordinati e l'eccessivo esercizio fisico hanno come obiettivo finale l'essere più muscolosi e non il mantenimento di un basso peso corporeo [25,26].

Alla luce di ciò, è possibile confermare la relazione tra il DDM e i disturbi alimentari, per cui, per poter rilevare precocemente la sintomatologia degli stessi, è fondamentale l'utilizzo di strumenti di screening per segnalare agli operatori la loro insorgenza [22,27,28]. In tal senso, per migliorare l'individuazione e il trattamento dei suddetti disturbi, è necessario che il medico abbia consapevolezza dei comportamenti potenzialmente non salutari volti alla ricerca della muscolosità, come ad esempio l'adesione da parte di giovani ragazzi a siti web "pro-muscolosità", ai gruppi che forniscono materiale esplicito sulle pratiche alimentari e di eccessivo esercizio fisico. I temi identificati più frequentemente riguardano le regole dietetiche, le regole dell'esercizio fisico, la spinta al raggiungimento della taglia e la promozione dei benefici più ampi della muscolosità (Tab.1) [29]. Questi risultati sottolineano la necessità di porre l'attenzione su tali caratteristiche al fine di una più veloce e accurata diagnosi - e prevenzione - del DDM.

Tabella 1. Temi emergenti

Tema	Frequenza%	Esempio
Pratiche dietetiche rigide	26.2	“Un giorno alla settimana di alte calorie è tutto ciò di cui hai bisogno per far uscire il tuo corpo da un rallentamento metabolico e mantenere la combustione dei grassi come principale fonte di energia. Mangia KFC”.
Regole di esercizio fisico	18.4	“Il tuo regime di allenamento deve essere come un lavoro. Timbra l’entrata e l’uscita. Ogni giorno. Senza eccezioni”
Benefici della muscolosità	16.1	“Impara a desiderare di essere grande e forte. La gente se ne accorgerà. Lo noterai. Lo adorerai”.
Etichettatura del corpo non ideale	11.4	“Non vuoi essere quel nerd magrolino al liceo, fratello. Metti giù la borsa e vai in palestra”.
Emarginazione di altri ambiti della vita	6.1	“Non mi interessa se è il compleanno di tua madre, non tradirti mai e non saltare un allenamento”.
Sostanze per il potenziamento muscolare	3.3	“Prendo HGH (ormone umano della crescita) e insulina insieme agli steroidi. L’HGH è la sostanza anabolizzante più potente che abbia mai provato. Ho guadagnato 15 libbre di muscoli e ho perso un po’ di grasso sul girovita in circa 5 settimane. È stupefacente”.
Ridurre al minimo il rischio medico	2.6	“Il testosterone e gli steroidi sono prodotti naturalmente nel tuo corpo, e prendere un piccolo booster non fa male a nessuno. Diavolo, ti fa bene”.

Diagnosi differenziale

Altre condizioni importanti che devono essere differenziate dalla VN sono il disturbo d’Ansia Sociale, i disturbi psicotici e i disturbi depressivi maggiori che, pur presentando come nucleo la preoccupazione rispetto al giudizio altrui, si differenziano dalla VN per intensità, grado di variabilità della convinzione e oggetto di valutazione. Inoltre, la VN è distinta dal disturbo da disagio fisico, che comprende molteplici sintomi somatici ad evoluzione variabile, con un’eccessiva attenzione rivolta ad essi, sebbene

esami e indagini clinici appropriati abbiano escluso la presenza di malattie specifiche. È opportuno, inoltre, menzionare le dipendenze comportamentali, compresa la dipendenza dall'esercizio fisico. L'esercizio malsano, infatti, è considerato una caratteristica fondamentale della VN, ma nella dipendenza comportamentale l'attenzione è rivolta alla ricompensa che l'esercizio fornisce in sé, non ai suoi effetti benefici sulla massa muscolare [7,30].

Prevalenza

Attualmente, la VN rappresenta un problema emergente, infatti, le prove in letteratura indicano che l'immagine corporea negativa e l'ansia per l'aspetto stanno diventando comuni tra gli studenti universitari, mettendo questa popolazione a rischio [30,31,32]. In uno studio di Zeeck et al., è stato dimostrato che gli individui maggiormente a rischio sono gli uomini [33]. Ciò trova la sua origine soprattutto nel sistema socioculturale che per secoli ha privilegiato un modello di mascolinità fondato essenzialmente su una concezione iper-virile della realtà maschile. Nello specifico, piuttosto che ad una prevalenza di genere, si fa riferimento a differenze nelle zone corporee su cui si pone l'attenzione. In uno studio di Malcom et al., è stato evidenziato che la preoccupazione delle donne riguarda perlopiù gambe, polpacci e cosce; gli uomini mostrano invece maggiore preoccupazione per la muscolosità [34]. Non sono emerse differenze di genere nell'età di esordio, né nella durata.

Sebbene l'insoddisfazione corporea e i problemi legati ai disturbi alimentari nei maschi causino condizioni potenzialmente letali [35], gli studi hanno riportato che l'effettiva prevalenza dei DDC e dei disturbi alimentari risulta essere sottostimata [36,37].

Vigoressia e dipendenze

La vigoressia espone chi ne soffre al consumo di sostanze ed integratori illeciti volti a mantenere e migliorare la forma fisica, ma dannosi per l'organismo.

La reiterazione di questa pratica fa sì che frequentemente la vigoressia si associ ad una dipendenza da AAS e viceversa [38,39]. È stato stimato che circa il 40-54% dei soggetti con DDM ha fatto uso di AAS e quasi uno su quattro (21%) presenta una dipendenza dagli stessi [24,40,41].

Il consumo e l'abuso di AAS è strettamente associato all'ansia sociale per il corpo (ASC), ovvero il timore del giudizio altrui sul proprio fisico [42,43]. Cole ha inoltre dimostrato come l'utilizzo e la dipendenza da steroidi siano altamente correlati con DCA e con la VN [44].

Il consumo di AAS provoca una varietà di effetti collaterali negativi, psicologici e comportamentali [39,45,46,47]. Tra questi si rintracciano: compromissione delle funzioni esecutive, soprattutto nell'inibizione dei comportamenti, memoria di lavoro, flessibilità mentale, problem-solving e controllo emotivo [48]; una frequenza maggiore di conflitti intra e interpersonali [38,49], nonché comportamenti aggressivi e antisociali [39,50]. Ciò potrebbe essere causato da una minore capacità di riconoscere

e inferire le emozioni altrui [49]. Si associa, altresì, un nucleo sintomatologico legato all'umore (depressione e umore disforico), individuato anche negli individui con VN [51].

Attualmente, emergono nuove forme di dipendenza psicologica, non più causate da sostanze, bensì da comportamenti che sono spesso attività socialmente accettate e lecite. È ipotizzabile che i sintomi tipici della VN, quali la pressante necessità di praticare sport, il seguire un'alimentazione rigida e il consumo di sostanze come AAS, soddisfino i criteri diagnostici per un disturbo di dipendenza [52]. In questo quadro, la VN rientrerebbe all'interno delle nuove forme di dipendenza comportamentale, ovvero le "new addiction". Infatti, questa è anche definita come 'dipendenza da sport' e, come le dipendenze da sostanze, comporta una circolarità che porta a mettere in atto comportamenti ripetitivi e necessari per il soggetto. I "dipendenti dallo sport" sono quindi soggetti per i quali l'attività sportiva diventa un regolatore dell'umore, finendo per dominare tutta la vita [53].

Vigoressia e relazioni

Dalla letteratura non emergono dati strettamente inerenti alle implicazioni della vigoressia sulle relazioni, ma considerando i punti di contatto con il DDM, è stato possibile raccogliere questi dati e formulare le successive conclusioni. La dedizione eccessiva alla dieta e all'esercizio fisico che li caratterizza, così come la paura che gli altri possano notare la loro forma fisica percepita come carente, fanno sì che i soggetti con DDM rinuncino ad attività ricreative e lavorative [9]. La tendenza all'isolamento sembra sia legata proprio alla ASC e, quindi, al confronto sociale. Questo particolare tipo di ansia sociale consiste nella preoccupazione che altre persone possano giudicare le dimensioni del proprio corpo [54,55]. In diversi studi, soprattutto negli individui di sesso maschile, l'ASC si è mostrata fortemente correlata ad alti livelli di desiderio di muscolosità [56]. La caratteristica principale di questo fenomeno è il perfezionismo dell'aspetto fisico [57,58]: i soggetti a rischio di DDM credono che il loro aspetto sia imperfetto e lo confrontano continuamente con quello degli altri.

Secondo la teoria del confronto sociale, proposta da Festinger, infatti, le persone creano una valutazione su sé stessi proprio confrontandosi con gli altri, in base a caratteristiche che loro ritengono importanti. Tali processi di confronto, influenzano la valutazione di sé e, di conseguenza, il desiderio di interazione sociale [59]. Riferito all'immagine corporea, questi aspetti potrebbero essere di particolare importanza e costituire un fattore di mantenimento del disturbo, in quanto i confronti sociali non riusciti possono portare a una insoddisfazione corporea maggiore e ad una autostima ancora più bassa [60]. Alcuni studi, infatti, hanno rilevato che le donne con disturbi alimentari che si impegnano in confronti basati sull'aspetto fisico sono a maggior rischio di insoddisfazione corporea [61]. Per gli uomini, invece, una forte tendenza a confrontarsi con gli altri, oltre all'insoddisfazione corporea, comporta un marcato desiderio di muscolosità [62]. Per quanto riguarda le relazioni sentimentali e sessuali,

le ricerche di Nagata et al., condotte su un campione di 1090 uomini omosessuali cisgender, hanno dimostrato come queste due variabili siano fortemente associate ai sintomi della dismorfia muscolare. In particolare, utilizzando l'MDDI, un maggior numero di partner sessuali è risultato essere fortemente associato alla scala di preoccupazione riguardo la grandezza del proprio corpo (*MDDI Drive for size*) e alla scala di compromissione funzionale legata ai sintomi della dismorfia muscolare (*MDDI Functional Impairment*). Per quanto riguarda, invece, la variabile delle relazioni sentimentali, essere single è risultato essere fortemente associato alla scala relativa all'ansia causata dall'esposizione del proprio corpo (*MDDI Appearance Intolerance*) [63].

Vigoressia e adolescenza

Nella recente letteratura relativa agli adolescenti con disturbi alimentari, si rileva in maniera preponderante la presenza di quadri psicopatologici in cui i sintomi non riguardano in modo prevalente la restrizione o la compulsione alimentare, ma tematiche relative al controllo. Queste riguardano la preparazione e il consumo dei pasti, il peso, la forma fisica e lo sport, uniti all'utilizzo di sostanze dopanti. Queste nuove declinazioni corrispondono in buona parte ai quadri descritti in letteratura come ortorexia o vigoressia [64].

Alcune ricerche condotte sui ragazzi delle scuole secondarie nordamericane di primo e di secondo grado hanno rilevato che due terzi degli studenti hanno riferito di aver cambiato il proprio comportamento alimentare e il 90% di loro ha affermato di essersi impegnato nello svolgimento di esercizi fisici mirati all'aumento del loro tono muscolare [65]. Ulteriori studi stimano che l'uso delle sostanze dopanti avviene con incidenza maggiore nell'ambito dei contesti di competizioni sportive di basso livello e tra coloro che frequentano palestre e centri fitness, con un'incidenza che riguarda anche parte della popolazione degli adolescenti che fanno uso di sostanze dopanti in una misura che varia dallo 0.6 % al 5% [66].

I dati sulla VN tra gli adolescenti sono in aumento, diventa quindi inevitabile la considerazione sui fattori che fanno da sfondo nel contesto psico-socioculturale attuale. Alcune di queste variabili sono particolarmente rilevanti nell'influenzare la relazione degli adolescenti con il corpo e l'alimentazione. Qualcosa negli ultimi decenni è cambiato, i disturbi alimentari stessi iniziano a presentarsi in forme differenti da quelle conosciute e rilevate finora. Tra i fattori che differenziano la nostra società rispetto al passato, troviamo: il culto dell'immagine, amplificato dall'universo dei social in cui mostrarsi attraenti significa aderire ad un canone di vita non solo socialmente condiviso, ma anche fortemente atteso; gli aspetti prestazionali ("ciò che fai conta più di ciò che sei"); il privilegiare la forma sul contenuto, l'apparire sull'essere; un senso di insicurezza e imprevedibilità del futuro [15]. Per diverso tempo, lo stereotipo della ricerca della perfezione fisica è stato associato all'universo femminile, sebbene oggi sia sempre più evidente quanto l'attrazione verso un modello corporeo esemplare costituisca una vera e propria ossessione anche per la popolazione maschile,

non meno interessata di quella femminile dai principali disturbi alimentari [64].

Conclusioni

Le evidenze presentate in questo articolo sottolineano l'importanza di considerare la vigoressia come un problema significativo, specialmente tra gli adolescenti, dove la preoccupazione per l'immagine corporea e l'eccessivo esercizio fisico sono in aumento. Mediante la revisione della letteratura, sono stati esplorati i criteri diagnostici, le relazioni con i disturbi alimentari e le dipendenze da sostanze, come gli steroidi anabolizzanti. Sono emersi i rischi correlati all'uso di tali sostanze e all'eccessivo esercizio fisico, con conseguenti implicazioni sulle relazioni sociali e sessuali. Inoltre, il contesto psico-socioculturale attuale, caratterizzato dal culto dell'immagine e dalla pressione per conformarsi a determinati ideali di bellezza, contribuisce ad alimentare la diffusione del costrutto esplorato in questo paper.

Limiti e prospettive future

Dalle analisi condotte in questo paper sono emersi diversi limiti, quali: la definizione del costrutto di vigoressia ancora controversa o comunque poco chiara; la scarsità di articoli presenti in letteratura internazionale e in particolare in quella italiana; la presenza di studi focalizzati esclusivamente sulla popolazione maschile e la scarsa attenzione verso quella femminile, in particolare la fascia adolescenziale; la totale assenza di strumenti diagnostici validati specifici per l'inquadramento della vigoressia.

In un'ottica futura si potrebbe prevedere di strutturare e validare un protocollo diagnostico specifico per la vigoressia, in modo tale da valutare il rischio effettivo e agire in un'ottica di prevenzione, in particolare sulla fascia adolescenziale, la quale è emerso essere quella più a rischio. Il protocollo in questione potrebbe essere composto da una sezione quantitativa, atta a misurare segni e sintomi della vigoressia, e una sezione qualitativa, volta ad indagare il contesto socio-culturale di appartenenza, in quanto dalle analisi condotte risulta essere un fattore determinante.

Il fine ultimo sarebbe quello di strutturare approcci di screening e interventi preventivi per affrontare questa problematica, in modo tempestivo e adeguato, evidenziando l'importanza di sensibilizzare rispetto ai rischi legati alla vigoressia e promuovere un rapporto sano con il proprio corpo, oltre che migliorare la regolazione emotiva. Ciò sarebbe possibile e auspicabile come suggeriscono alcuni autori [67] partendo dalle nuove generazioni, attraverso lo sviluppo e l'implementazione di interventi orientati a favorire e accrescere la competenza emotiva attraverso una maggiore capacità di identificazione ed elaborazione delle emozioni e la negoziazione assertiva dei conflitti; incoraggiando l'utilizzo di soluzioni adattive, piuttosto che comportamenti disfunzionali.

BIBLIOGRAFIA

1. Vasiliu, O., Vasile, D., Mangalagiu, A. G., Petrescu, M. B., Candea, C. A., Tudor, C., ... & Bratu-Bazic, R. E. (2020). Current treatment of posttraumatic stress disorder—A review of therapeutic guidelines and good practice recommendations. *RJMM*, 123, 241-248.
2. Gorrell, S., & Murray, S. B. (2019). Eating disorders in males. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 28(4), 641-651.
3. Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 17(3), 191-198.
4. Martenstyn, J. A., Maguire, S., & Griffiths, S. (2022). A qualitative investigation of the phenomenology of muscle dysmorphia: Part 1. *Body image*, 43, 486-503.
5. Pope, H., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. Simon and Schuster.
6. Di Grigoli, A. R. (2022). L'irriducibilità dei disturbi alimentari maschili. Uno sguardo pedagogico sull'intersezione tra corporeità, genere e cultura. *The irreducibility of male eating disorders*.
7. Vasiliu, O. (2023). At the Crossroads between Eating Disorders and Body Dysmorphic Disorders—The Case of Bigorexia Nervosa. *Brain Sciences*, 13(9), 1234.
8. Pope Jr, H. G., Katz, D. L., & Hudson, J. I. (1993). Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive psychiatry*, 34(6), 406-409.
9. Pope Jr, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548-557.
10. Martenstyn, J. A., Maguire, S., & Griffiths, S. (2023). A qualitative investigation of the phenomenology of muscle dysmorphia: Part 2. *Body Image*, 44, 78-92.
11. Olivardia, R., Pope Jr, H. G., & Hudson, J. I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1291-1296.
12. Murray, S. B., Rieger, E., Touyz, S. W., & De la Garza García, Lic, Y. (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 483-491.
13. Murray, S. B., Rieger, E., Hildebrandt, T., Karlov, L., Russell, J., Boon, E., ... & Touyz, S. W. (2012). A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image*, 9(2), 193-200.
14. Martenstyn, J. A., Touyz, S., & Maguire, S. (2021). Treatment of compulsive exercise in eating disorders and muscle dysmorphia: protocol for a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-7.
15. Arslan, M., Yabancı Ayhan, N., Sarıyer, E. T., Çolak, H., & Çevik, E. (2022). The effect of Bigorexia nervosa on eating attitudes and physical activity: A Study on University Students. *International Journal of Clinical Practice*, 2022.
16. Foster, A., Shorter, G., & Griffiths, M. (2015). Muscle dysmorphia: Could it be classified as an addiction to body image?. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(1), 1-5.
17. American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.
18. Duran, S., Çiçekoğlu, P., & Kaya, E. (2020). Relationship between orthorexia nervosa, muscle dysmorphic disorder (bigorexia), and self-confidence levels in male students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(4).
19. Riccobono, G., Pompili, A., Iorio, C., Carducci, G., Parnanzone, S., Pizziconi, G., ... & Pacitti, F. (2020). An instrument for the evaluation of muscle dysmorphia: The Italian validation of the adonis complex questionnaire. *Brain and Behavior*, 10(7), e01666.
20. Nieuwoudt, J. E., Zhou, S., Coutts, R. A., & Booker, R. (2015). Symptoms of muscle dysmorphia, body dysmorphic disorder, and eating disorders in a nonclinical population of adult male weightlifters in Australia. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 29(5), 1406-1414.
21. Olivardia, R., Pope Jr, H. G., Borowiecki III, J. J., & Cohane, G. H. (2004). Biceps and body

- image: the relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychology of men & masculinity*, 5(2), 112.
22. Devrim, A., Bilgic, P., & Hongu, N. (2018). Is there any relationship between body image perception, eating disorders, and muscle dysmorphic disorders in male bodybuilders?. *American journal of men's health*, 12(5), 1746-1758.
23. Hildebrandt, T., Langenbucher, J., & Schlundt, D. G. (2004). Muscularity concerns among men: development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, 1(2), 169-181. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.01.001>
24. Cafri, G., Olivardia, R., & Thompson, J. K. (2008). Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Comprehensive psychiatry*, 49(4), 374-379. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.01.003>
25. Edwards, C., Molnar, G., & Tod, D. (2017). Searching for masculine capital: Experiences leading to high drive for muscularity in men. *Psychology of Men & Masculinity*, 18(4), 361.
26. Badenes-Ribera, L., Rubio-Aparicio, M., Sánchez-Meca, J., Fabris, M. A., & Longobardi, C. (2019). The association between muscle dysmorphia and eating disorder symptomatology: A systematic review and meta-analysis. *Journal of behavioral addictions*, 8(3), 351-371. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.44>
27. Grunewald, W., Troop-Gordon, W., & Smith, A. R. (2022). Relationships between eating disorder symptoms, muscle dysmorphia symptoms, and suicidal ideation: A random intercepts cross-lagged panel approach. *The International journal of eating disorders*, 55(12), 1733-1743. <https://doi.org/10.1002/eat.23819>
28. Nagata, J. M., McGuire, F. H., Lavender, J. M., Brown, T. A., Murray, S. B., Greene, R. E., Compton, E. J., Flentje, A., Lubensky, M. E., Obedin-Maliver, J., & Lunn, M. R. (2022). Appearance and performance-enhancing drugs and supplements, eating disorders, and muscle dysmorphia among gender minority people. *The International journal of eating disorders*, 55(5), 678-687. <https://doi.org/10.1002/eat.23708>
29. Murray, S. B., Griffiths, S., Mond, J. M., Kean, J., & Blashill, A. J. (2016). Anabolic steroid use and body image psychopathology in men: Delineating between appearance-versus performance-driven motivations. *Drug and alcohol dependence*, 165, 198-202.
30. Lofrano-Prado, M. C., Prado, W. L., Barros, M. V. G., & de Souza, S. L. (2015). Eating disorders and body image dissatisfaction among college students. *ConScientiae Saúde*, 14(3), 355-362.
31. Michalska, A., Szejko, N., Jakubczyk, A., & Wojnar, M. (2016). Nonspecific eating disorders-a subjective review. *Psychiatria polska*, 50(3), 497-507.
32. Cruz-Sáez, S., Pascual, A., Wlodarczyk, A., & Echeburúa, E. (2020). The effect of body dissatisfaction on disordered eating: The mediating role of self-esteem and negative affect in male and female adolescents. *Journal of health psychology*, 25(8), 1098-1108.
33. Zeeck, A., Welter, V., Alatas, H., Hildebrandt, T., Lahmann, C., & Hartmann, A. (2018). Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI): Validation of a German version with a focus on gender. *PLoS one*, 13(11), e0207535.
34. Malcolm, A., Pikoos, T. D., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2021). An update on gender differences in major symptom phenomenology among adults with body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 295, 113619.
35. Dakanalis, A., Zanetti, A. M., Riva, G., Colmegna, F., Volpato, C., Madeddu, F., & Clerici, M. (2015). Male body dissatisfaction and eating disorder symptomatology: Moderating variables among men. *Journal of health psychology*, 20(1), 80-90.
36. Devrim, A., Bilgic, P., Aslantas, B., & Hongu, N. (2017). Relationship between muscularity concerns and body checking behaviors in Turkish bodybuilders. *The FASEB Journal*, 31, lb436-lb436.
37. Stanford, S. C., & Lemberg, R. (2013). A clinical comparison of men and women on the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) and the Eating Disorder Assessment for Men (EDAM). In *Current findings on males with eating disorders* (pp. 76-92). Routledge.
38. Kanayama, G., Hudson, J. I., & Pope Jr, H. G. (2009). Features of men with anabolic-androgenic

- steroid dependence: A comparison with nondependent AAS users and with AAS nonusers. *Drug and alcohol dependence*, 102(1-3), 130-137.
39. Kanayama, G., Hudson, J. I., & Pope Jr, H. G. (2010). Illicit anabolic-androgenic steroid use. *Hormones and behavior*, 58(1), 111-121
40. Hitzeroth, V., Wessels, C., Zungu-Dirwayi, N., Oosthuizen, P., & Stein, D. J. (2001). Muscle dysmorphia: a South African sample. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(5), 521-523.
41. Pope, C. G., Pope, H. G., Menard, W., Fay, C., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body image*, 2(4), 395-400.
42. Motl, R. W., Conroy, D. E., & Horan, P. M. (2000). The Social Physique Anxiety Scale: an example of the potential consequence of negatively worded items in factorial validity studies. *Journal of applied measurement*, 1(4), 327-345.
43. Scott, L. A., Burke, K. L., Joyner, A. B., & Brand, J. S. (2004). Examining the stability of the 7-item social physique anxiety scale using a test-retest method. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8(2), 57-62.
44. Cole, J. C., Smith, R., Halford, J. C., & Wagstaff, G. F. (2003). A preliminary investigation into the relationship between anabolic-androgenic steroid use and the symptoms of reverse anorexia in both current and ex-users. *Psychopharmacology*, 166, 424-429.
45. Hall, R. C., Hall, R. C., & Chapman, M. J. (2005). Psychiatric complications of anabolic steroid abuse. *Psychosomatics*, 46(4), 285-290.
46. Miller, K. E., Hoffman, J. H., Barnes, G. M., Sabo, D., Melnick, M. J., & Farrell, M. P. (2005). Adolescent anabolic steroid use, gender, physical activity, and other problem behaviors. *Substance use & misuse*, 40(11), 1637-1657.
47. Hallgren, M., Pope Jr, H. G., Kanayama, G., Hudson, J. I., Lundin, A., & Källmén, H. (2015). Anti-social behaviors associated with anabolic-androgenic steroid use among male adolescents. *European addiction research*, 21(6), 321-326.
48. Hauger, L. E., Westlye, L. T., & Bjørnebekk, A. (2020). Anabolic androgenic steroid dependence is associated with executive dysfunction. *Drug and alcohol dependence*, 208, 107874.
49. Hauger, L. E., Sagoe, D., Vaskinn, A., Arnevik, E. A., Leknes, S., Jørstad, M. L., & Bjørnebekk, A. (2019). Anabolic androgenic steroid dependence is associated with impaired emotion recognition. *Psychopharmacology*, 236, 2667-2676.
50. Copeland, J., Peters, R., & Dillon, P. (2000). Anabolic-androgenic steroid use disorders among a sample of Australian competitive and recreational users. *Drug and alcohol dependence*, 60(1), 91-96.
51. Griffiths, S., Jacka, B., Degenhardt, L., Murray, S. B., & Larance, B. (2018). Physical appearance concerns are uniquely associated with the severity of steroid dependence and depression in anabolic-androgenic steroid users. *Drug and alcohol review*, 37(5), 664-670.
52. Benlloch, T., & Consuelo, M. (2022). A propósito de la vigoressia: más allá de un trastorno dismórfico. Delimitación diagnóstica y causas de este trastorno. *Rev. esp. drogodepend*, 73-83.
53. Pezzo, R., Pescina, D., & Fagiolari, F. (2019). New addictions. A race towards the goal of independence. *Rivista di Psicopatologia Forense, Medicina Legale, Criminologia*, 24(3).
54. Hagger, M. S., & Stevenson, A. (2010). Social physique anxiety and physical self-esteem: Gender and age effects. *Psychology and Health*, 25(1), 89-110.
55. Hart, E. A., Leary, M. R., & Rejeski, W. J. (1989). Tie measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and exercise Psychology*, 11(1), 94-104.
56. Portman, R. M., Bradbury, J., & Lewis, K. (2018). Social physique anxiety and physical activity behaviour of male and female exercisers. *European Journal of Sport Science*, 18(2), 257-265.
57. Rica, R., Solar, M., Moreno-Encinas, A., Foguet, S., Compte, E. J., & Sepúlveda, A. R. (2022). Physical appearance perfectionism: psychometric properties and factor structure of an assessment instrument in a representative sample of males. *Frontiers in Psychology*, 13, 806460.
58. Bergunde, L., & Dritschel, B. (2020). The shield of self-compassion: A buffer against disordered eating risk from physical appearance perfectionism. *PloS one*, 15(1), e0227564.

59. Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, 7(2), 117-140.
60. Schneider, C., Agthe, M., Yanagida, T., Voracek, M., & Hennig-Fast, K. (2017). Effects of muscle dysmorphia, social comparisons and body schema priming on desire for social interaction: an experimental approach. *BMC psychology*, 5, 1-9.
61. Arigo, D., Schumacher, L., & Martin, L. M. (2014). Upward appearance comparison and the development of eating pathology in college women. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 467-470.
62. Bucchianeri, M. M., Serrano, J. L., Pastula, A., & Corning, A. F. (2014). Drive for muscularity is heightened in body-dissatisfied men who socially compare. *Eating disorders*, 22(3), 221-232.
63. Nagata, J. M., De Benedetto, A. M., Brown, T. A., Lavender, J. M., Murray, S. B., Capriotti, M. R., ... & Lunn, M. R. (2022). Associations among romantic and sexual partner history and muscle dysmorphia symptoms, disordered eating, and appearance-and performance-enhancing drugs and supplement use among cisgender gay men. *Body image*, 41, 67-73.
64. Barthels, F., Meyer, F., Huber, T., & Pietrowsky, R. (2017). Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 269-276.
65. Quick, V., Eisenberg, M. E., Bucchianeri, M. M., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Prospective predictors of body dissatisfaction in young adults: 10-year longitudinal findings. *Emerging Adulthood*, 1(4), 271-282.
66. Pigozzi, F., Lucidi, F., & Isidori, E. (Eds.). (2021). *L'educazione antidoping: modelli, metodi e strategie*. Franco Angeli.
67. Guerra, G. C., Paone, A., Lionetti, F., Spinelli, M., Fasolo, M., & D'Urso, G. (2024). The Role of Psychological Parental Control and Internalizing Problems in the Etiology of Vigorexia and Orthorexia in Adolescence. *Children (Basel, Switzerland)*, 11(2), 259. <https://doi.org/10.3390/children11020259>

ARTICOLO DI OPINIONE

Tra Neuropsicologia e Gestalt: ipotesi di studio con pazienti psicotici nell'ottica di una metodologia integrata

Anna Di Leva¹, Rossella D'Aquino¹, Vincenzo Filoso¹

¹ SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Italy



Citation

Di Leva A., D'Aquino R., Filoso V. (2023). Tra Neuropsicologia e Gestalt: ipotesi di studio con pazienti psicotici nell'ottica di una metodologia integrata Phenomena Journal, 6, 14-17. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.217>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Anna Di Leva

anna.dilevapsy@gmail.com

Ricevuto: 15 febbraio 2024

Accettato: 4 settembre 2024

Publicato: 4 settembre 2024

ABSTRACT

In this work we present the starting hypothesis for the creation of an intervention protocol aimed at integrating the Gestalt therapeutic methodology with cognitive stimulation techniques. This hypothesis arose from clinical observation compared with the results of neuropsychological tests in patients with diagnosed of psychosis between 35 and 60 years. The aim of the integrated intervention is to associate cognitive stimulation, in particular of frontal and prefrontal functions, with the therapeutic process in order to promote better social integration, alleviating the symptoms presented. In particular, we intervene on the management and control of intrusive thoughts, on cognitive flexibility and on the development of attentional skills. The intervention methodology is similar to the principles of Gestalt psychology such as bringing the patient back to the here and now of the relationship and using the therapeutic relationship as a secure base to remodulate the sensation of being in the world. The research team has structured a hypothesis of intervention protocol in which the relationship between cognitive stimulation and therapeutic relationship tends to neuroanatomically modulate the patient's brain.

KEYWORDS

Psychotherapy; psychosis; cognitive stimulation; neuropsychology; gestalt therapy.

ABSTRACT IN ITALIANO

In questo lavoro presentiamo l'ipotesi di partenza per la creazione di un protocollo di intervento teso ad integrare la metodologia terapeutica gestaltica con le tecniche di stimolazione cognitiva. Tale ipotesi è nata dall'osservazione clinica confrontata con i risultati ai test neuropsicologici in pazienti con diagnosi di psicosi tra 35 e 60 anni. Lo scopo dell'intervento integrato è associare la stimolazione cognitiva, in particolare delle funzioni frontali e prefrontali, al processo terapeutico al fine di favorire una miglior integrazione sociale, attenuando la sintomatologia presentata. In particolare, si interviene sulla gestione e sul controllo dei pensieri intrusivi, sulla flessibilità cognitiva e sullo sviluppo delle capacità attentive. La metodologia di intervento è affine ai principi della psicologia della gestalt quali riportare il paziente nel qui ed ora della relazione ed utilizzare la relazione terapeutica come base sicura per rimodulare la sensazione di essere nel mondo. L'equipe di ricerca ha strutturato un ipotesi di protocollo di intervento in cui la relazione tra stimolazione cognitiva e relazione terapeutica, tende a modulare neuro anatomicamente il cervello del paziente.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia; psicosi; stimolazione cognitiva; neuropsicologia; terapia della gestalt.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Introduzione

Secondo Blankenburg [1], la perdita dell'evidenza sulla realtà determina la perplessità del soggetto sul mondo che lo circonda. La psicosi, specificamente la schizofrenia, è una sindrome psichiatrica cronica, caratterizzata da tre tipologie di sintomi: i sintomi positivi, quali deliri e allucinazioni; i sintomi negativi, responsabili di alterazioni funzionali quali l'emotività appiattita o l'impoverimento attentivo e comportamentale; i sintomi che implicano difficoltà cognitive [1,2]. La sintomatologia schizofrenica si costruisce sullo sfondo dell'interazione gene-ambiente, infatti, secondo gli approfondimenti dell'epigenetica, i geni sono determinanti ma non sufficienti all'esordio della patologia. Quindi, non si eredita la schizofrenia ma solo alcune alterazioni neurobiologiche, il tutto in un'ottica di interazione reciproca con l'ambiente [2,3]. L'integrazione neuropsicologica emerge dal momento che la difficoltà legata al funzionamento frontale, in particolare dell'attenzione e della working memory, compromette il processo di monitoraggio della realtà ed il senso di riconoscimento rispetto a stati emotivi, condizionando il modo in cui la realtà stessa viene letta e vissuta [2]. Anatomicamente, le strutture principalmente compromesse rientrano nell'area frontale, parietale e limbica. L'ipotesi di ricerca è la creazione di un protocollo integrato tra stimolazione cognitiva e psicoterapia teso contemporaneamente al potenziamento dell'area frontale, mediante la stimolazione cognitiva, e dell'interconnessione con altre aree cerebrali mediante la relazione terapeutica [1].

2. Correlati neuroanatomici e neurocognitivi

Il profilo neurocognitivo che caratterizza il paziente con psicosi, in particolare la psicosi schizofrenica, è caratterizzato da una riduzione del QI, deficit nella memoria di lavoro e delle funzioni esecutive in particolare pianificazione e monitoraggio comportamentale in base a feedback esterni, difficoltà di attenzione selettiva e prolungata. I domini principalmente coinvolti sono quindi la memoria, le funzioni esecutive e l'attenzione. Le aree cerebrali coinvolte sono la corteccia prefrontale dorsolaterale, la corteccia cingolata anteriore e la corteccia orbito-frontale; il lobo parietale, le strutture sottocorticali quale ippocampo, amigdala [2].

3. Ruolo della relazione terapeutica

Il miglioramento cognitivo viene avvalorato e abbinato ad una compliance psicoterapeutica sufficientemente buona il cui scopo è fornire al paziente la base sicura relazionale che non ha avuto durante la vita e dalla quale può partire per sviluppare un proprio senso di integrità differenziandosi dagli altri percependo un confine tra se stesso e il mondo esterno, Difatti, la psicosi può essere identificata come una difficoltà nel recepire ed entrare in contatto con il mondo esterno nella percezione dei propri bisogni e di quelli altrui [4,5]. Le metodologie espressive di gestalt sono il fulcro del trattamento. Attraverso l'approccio Rogersiano della terapia centrata sul cliente e l'integrazione delle abilità cognitive si fa luce il linguaggio come fonte di accesso al

mondo del paziente [2,5].

4. Materiali e metodi

Le sedute hanno cadenza settimanale di 60 minuti. I membri attivi sono il paziente, lo psicoterapeuta e un terzo componente che sia psicoterapeuta in formazione o psicoterapeuta che funge da co-conduttore. Le sedute sono caratterizzate da un iniziale pre-contatto sullo stato di salute del paziente e sullo svolgimento degli esercizi di stimolazione cognitiva. Durante l'esecuzione degli esercizi emergono le modalità di approccio al compito del paziente e le reazioni emotive alle difficoltà o ai successi; la reazione emotiva funge da canale per esplorare lo stato interno del paziente e riflettere su quella stessa modalità al di fuori del campo del gioco in terapia che si è creato. Gli esercizi vengono selezionati a seconda dei risultati emersi nella fase di follow-up precedente le sedute. La fase di accesso al protocollo che ipotizziamo di creare è caratterizzata dallo screening neuropsicologico attraverso la somministrazione dell'Esame Neuropsicologico Breve [6] e della WAIS IV [7] a pazienti con diagnosi di psicosi. L'utilizzo della triade che svolge gli esercizi insieme al paziente è determinante per favorire e potenziare il senso di integrazione e coinvolgimento in relazioni che vadano oltre il rapporto a due con lo scopo di sviluppare la capacità di creare legami con persone differenti e stimolare il pensiero logico-critico. Gli strumenti principalmente utilizzati sono: carte da gioco uno, carte da gioco francesi, manuali di esercizi cognitivi e materiale destrutturato al fine di stimolare la creatività.

5. Risultati

L'idea di questa metodologia integrata è nata durante le sedute di terapia e sperimentato su quattro pazienti, due dei quali hanno effettuato il follow-up delle proprie capacità cognitive dopo 4 mesi dall'inizio del trattamento. Sono stati riscontrati miglioramenti nel funzionamento cognitivo delle specifiche aree stimolate. Inoltre, dalle osservazioni qualitative emerge un miglior approccio relazionale del paziente nei confronti del terapeuta e delle differenti figure con cui si rapporta all'interno della struttura clinica di riferimento. Analogamente, dai racconti del paziente emerge un maggior interesse e partecipazione alle attività di vita quotidiana.

6. Conclusioni

L'equipe di ricerca si rende conto della scarsa presenza di informazioni sia bibliografiche e di maggior evidenza empirica. Ciò è dettato dalla presentazione dell'ipotesi di lavoro sulla base di pochi pazienti. Attualmente il lavoro si sta svolgendo su un maggior numero di pazienti ed è in atto una formalizzazione dettagliata degli esercizi, delle metodologie, delle tecniche e degli strumenti utilizzati nonché della raccolta di feedback oggettivi da parte dei pazienti. Alla luce dei risultati fino ad ora emersi abbiamo deciso di presentare questa ipotesi di lavoro al fine di creare un protocollo da standardizzare. Oltre alla componente neuropsicologica è auspicabile intervenire

sulla modalità di approccio motivazionale alla terapia e al trattamento. Lo stato emotivo del paziente e le capacità di resilienza hanno influenzato l'efficacia del trattamento. Alla luce della bibliografia citata e della pratica clinica effettuata, è emersa l'importanza del fattore relazionale come aggancio con il mondo esterno e l'utilizzo di esercizi di stimolazione cognitiva sia funzione-specifico sia come canale per l'esplorazione dei propri vissuti. Lo scopo ulteriore è che partendo da questi dati, si ampli il campione di ricerca al fine di creare una metodologia standardizzata che possa dimostrare l'effettiva efficacia dell'integrazione della neuropsicologia con la gestalt therapy.

BIBLIOGRAFIA

1. M. Balestrieri, C. Bellantuono, D. Berardi, M. Di Giannantonio, M. Rigatelli, A. Siracusano, R.A. Zoccalli. (2017) *Manuale di psichiatria*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
2. Pallanti, S. (2015). *Oltre la Schizofrenia: i progressi delle neuroscienze per superare i preconcetti e la malattia*. Milano: EDRA LSWR s.p.a. Cap 2 p.25; Cap 13 pp.353-362
3. E. Kandel, J.H. Schwartz, T.M. Jessell, S.A. Siegelbaum, A.J. Hudspeth. (2014) *Principi di neuroscienze*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
4. Ginger, S. (2015). *Terapia del contatto emotivo*. Roma: Edizioni Mediterranee. Cap 8, pp.138.
5. Holmes, J. (2022). *Il cervello ha una mente propria: attaccamento, neurobiologia e la nuova scienza della psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore. Cap 8.
6. Mondini, S., Mapelli, S., Vestri, Alec., Arcara, G., Bisiacchi, P.S. (2021). *Esame Neuropsicologico Breve*. Raffaello Cortina Editore.
7. Wechsler, D. (2015). *Wechsler Adult Intelligence Scale*. Giunti O.S.

RICERCA ORIGINALE

Inventario di motivazioni al volontariato - validazione preliminare

Antonio Capodilupo¹¹ Incaricato di insegnamento nell'Università "La Sapienza" di Roma, Psicologo dirigente dell'ASL Latina (in quiescenza)**Citation**

Capodilupo A. (2023).
Inventario di motivazioni
al volontariato - validazione preliminare
Phenomena Journal, 6, 18-28.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.219>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Antonio Capodilupo
antonioapodilupo@gmail.com

Ricevuto: 29 aprile 2024**Accettato:** 4 settembre 2024**Pubblicato:** 4 settembre 2024**ABSTRACT**

Theoretical models identify various reasons why people choose to volunteer: multiple identities including the prosocial role, dispositional socio-educational factors, personal and organizational drives. Questionnaires are administered both for theoretical research and for the selection and accompaniment of volunteers. This study proposes the preliminary validation of an Inventory of motivations for volunteering, divided into two classes, other-directed and self-directed. The Inventory, self-produced also considering tools in use, is administered to 55 subjects who access volunteer work at two local associations. Although there are limits related to the sample representativeness, the validation of the instrument presents acceptable values: the reliability with the Cronbach's alpha statistic returns 0.772 for the other-directed dimensions, 0.603 for the self-directed dimensions and 0.749 for the set of dimensions; the fidelity tested with the Guttman split half coefficient reports 0.614 in the other-directed dimensions and 0.786 in the self-directed dimensions; the factor analysis clusters the variables into 4 components, which explain 69.6% of the total variance and which can be entitled as a coping: psycho-balancing, reparative, collaborative and solidarity. The results support the applicability of the Inventory, which can be confirmed by further studies. The tool, fully validated, can be used both to capture the pro-social or psycho-balancing profile of the new members to be admitted into the associations, and to pay attention to the subjects who report a low score in the other-directed dimensions and those who report a score above the average on the self-directed dimensions.

KEYWORDS**Volunteering, other-directed motivations, self-directed motivations, inventory validation.****ABSTRACT IN ITALIANO**

I modelli teorici enucleano vari motivi, per cui le persone scelgono di fare volontariato: le identità multiple tra cui il ruolo prosociale, i fattori socio-educativi disposizionali, le spinte personali e organizzative. Vengono somministrati questionari sia per la ricerca teorica che per la selezione e l'accompagnamento dei volontari. Questo studio propone la validazione preliminare di un Inventario di motivazioni al volontariato, ripartite nelle due classi, eterodirette e autodirette. L'Inventario, autoprodotta anche considerando strumenti in uso, è somministrato a 55 soggetti che accedono al volontariato presso due associazioni locali. Sebbene siano presenti limiti connessi alla rappresentatività campionaria, la validazione dello strumento presenta valori accettabili: l'affidabilità con la statistica alpha di Cronbach restituisce 0,772 per le dimensioni etero-dirette, 0,603 per le dimensioni auto-dirette e 0,749 per l'insieme delle dimensioni; la fedeltà testata con il coefficiente split half di Guttman riporta 0,614 nelle dimensioni eterodirette e di 0,786 nelle dimensioni autodirette; l'analisi fattoriale clusterizza le variabili in 4 componenti, che spiegano il 69,6% della varianza totale e che sono intitolabili, in termini di coping psico-equilibratore, riparativo, collaborativo e solidaristico. I risultati depongono per l'applicabilità dell'Inventario, che può essere confermata da studi ulteriori. Lo strumento, compiutamente validato, si presta ad essere impiegato sia per cogliere il profilo prosociale o psico-equilibratore dei nuovi candidati da ammettere nelle associazioni, sia per attenzionare i soggetti che nelle dimensioni eterodirette riportino un punteggio basso e quelli che riportino un punteggio eccedente la media nelle dimensioni autodirette.

PAROLE CHIAVE**Volontariato, motivazioni eterodirette, motivazioni autodirette, validazione inventario.**

Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Introduzione

A chi svolge attività di volontariato capita frequente, sia per finalità selettive che per mera curiosità, di sentirsi rivolgere la domanda “Perché hai scelto di fare il volontario?”.

Il quesito non è di poco conto e gli studiosi hanno proposto vari modelli di inquadramento delle risposte.

Il modello di identità di ruolo del volontariato sostiene che tra le identità multiple, che gli individui si formano attraverso le interazioni e le aspettative sociali, è interiorizzabile il ruolo di volontario: questo diventa parte del proprio concetto di sé, portando il volontario a ricercare attivamente opportunità di impegno prosociale e a permanere nella partecipazione alle attività specifiche [1-3].

Il modello funzionalista del volontariato sottolinea che le persone fanno volontariato per vari motivi, che possono essere classificati in diverse funzioni, come quelle sociali, legate alla carriera, protettive dell’ego e guidate dai valori [4-6].

Il modello di previsione dell’azione volontaria esamina i fattori disposizionali (età, genere, istruzione, aspetti psico-sociali) antecedenti alla scelta del volontariato, considerando l’organizzazione come l’ambiente in cui crescono i semi del volontariato [7].

Il modello integrato del processo del volontariato si incentra sull’identità di ruolo del volontario, in quanto determinata da tre fattori principali: motivazione valoriale *other-oriented*, integrazione con l’organizzazione, soddisfazione con l’organizzazione [8].

Grube e Piliavin [9] ipotizzano una possibile connessione tra motivazioni ed identità di ruolo, cioè una relazione tra l’identità di ruolo e le motivazioni ego-difensive, valoriali e sociali, sostenendo un rafforzamento reciproco delle due variabili nel favorire il mantenimento dell’attività di volontariato nel tempo.

Omoto & Snyder [5] hanno composto il *Voluntary Function Inventory*, diffusamente impiegato, in-dividuoando sei classi di motivazioni che spingono le persone a dedicarsi al volontariato:

- Valori altruistici e umanitari, per cui i volontari sentono di voler contribuire al bene comune e alla solidarietà;
- Comprensione o messa in pratica di abilità altrimenti inespresse e sviluppo di competenze e capacità specifiche;
- Valori sociali o interesse per le relazioni sociali e coinvolgimento nella costruzione di legami all’interno della comunità;
- Carriera o acquisizione di esperienze per un potenziale avanzamento d’impiego;
- Protezione dai sensi di colpa per avere o aver avuto più successo di altri;
- Miglioramento del Sé e dell’autostima o contributo alla propria crescita personale e aumento della fiducia in sé stessi.

Lo strumento si compone di 30 *item*, 5 per ciascuna classe di motivazioni, con risposte su scala Likert da 1 = per nulla importante a 7 = estremamente importante.

Ne è disponibile la versione italiana curata da Capanna, Steva e Imbimbo [10]. L'inventario, oggetto del presente studio, riconosce la pluralità delle motivazioni al volontariato ed espande il numero dei fattori considerati, clusterizzandoli nelle due aree *other-oriented* e *self-oriented*.

2. L'Inventario delle motivazioni al volontariato

2.1 Composizione

L'autore aveva già autoprodotta, in precedenza, un questionario e lo aveva somministrato a una classe di studenti, per cogliere le loro motivazioni nella scelta della professione di fisioterapista. Il "Questionario sulle motivazioni della scelta professionale di fisioterapista", si componeva di 12 affermazioni, con risposta su scala Likert a 4 gradini, da 1 = per nulla a 4 molto, aggregate in due sottoscale: motivazioni solidaristiche, o rivolte verso altri (i clienti), che esprimono la volontà di impegnarsi nell'aiuto personale ai pazienti, di mettere le proprie competenze a servizio della collettività più ampia e di lavorare in modo integrato con altre professionalità; e motivazioni ego-centrate, o rivolte verso sé, che esprimono il desiderio di riparare disagi interiori, di potenziare il livello dell'autostima e di espiare remoti o attuali sensi di colpa [11].

Sulla base del *format* impiegato e delle indicazioni in letteratura, è stato creato l'Inventario di motivazione al volontariato, riportato in appendice, multidimensionale e agile da compilare.

Esso si compone di 20 item, 2 per ciascun fattore motivazionale, con una scala di risposta Likert da 1 = per nulla a 5 = molto.

Le variabili, talune sovrapponibili alle 6 classi di Omoto & Snyder [5], sono declinate e raggruppate in:

a) etero-dirette:

Solidarietà (Sd), analoga ai Valori altruistici e umanitari, volti al bene della comunità;

Sviluppo delle abilità (Sa), analoga alla Comprensione, cioè pratica di conoscenze e abilità;

Relazionalità (Rl), analoga ai Valori sociali, per la costruzione di rapporti interpersonali;

Sostegno (So), indirizzato ad alleviare le pene e promuovere risorse nelle persone che soffrono;

Lavoro in équipe (Eq), come opportunità di lavorare in squadra e cooperare a risolvere i problemi;

b) auto-dirette:

Sensi di colpa (Sc), analoga alla Protezione, per psico-equilibrare benessere proprio e sfortuna altrui;

Distrazione (Ds), quale *coping* di distanziamento dai problemi personali, familiari e lavorativi;

Auto-fiducia (Fd), analoga al Miglioramento, nel darsi valore riconoscendosi meriti;
Riparazione sociale (Rs), con il fine di mitigare con il bene il male diffuso nella società;

Auto-compensazione (Cm), per rimediare alla percezione di insicurezze del proprio Ego.

2.2 Somministrazione

L’Inventario è stato consegnato per auto-somministrazione a 55 soggetti, che hanno fatto domanda di ammissione a due associazioni locali di volontariato, nel biennio 2022-3.

Il campione, non casuale, è di genere prevalentemente femminile: 47 donne e 8 uomini; l’età media è di 48, 3 anni, con un minimo di 18 anni e un massimo di 70 anni.

2.3 Validazione preliminare

Lo strumento è stato sottoposto a test di affidabilità con la statistica *alpha* di Cronbach, che ha restituito i seguenti valori:

per le dimensioni etero-dirette: 0,772;

per le dimensioni auto-dirette: 0,603;

per l’insieme delle dimensioni: 0,749.

I numeri del primo e terzo risultato, tra 0,70 e 0,80, indicano buona qualità delle variabili misurate, che si rileva anche dalle elevate correlazioni entro il gruppo di impronta etero-diretta (Tav. 1a) e dalla correlazione tra le dimensioni etero- ed auto-dirette, pari a .339, significativa a livello 0,05 a due code.

Tav. 1a – Correlazioni di Pearson tra le dimensioni etero-dirette

N = 110 ^(a)	Solidarietà	Svil_abilità	Relazionalità	Sostegno	Lav_équipe
Solidarietà	1	0,094	,301**	,269**	,220*
Svil_abilità		1	,301**	,226*	,392**
Relazionalità			1	,212*	,278**
Sostegno				1	0,149
Lav_équipe					1

** La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

* La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

(a) Il valore di N è 110, poiché i soggetti (= 55) rispondono a 2 item per ogni dimensione

Il secondo risultato di *alpha* pari a 0,603 risulta soddisfacente e le correlazioni entro il gruppo delle dimensioni auto-dirette risultano parimenti elevate (Tav. 1b)

Tav. 1b - Correlazioni di Pearson tra le dimensioni auto-dirette

N = 110 ^(a)	Sensi_di_colpa	Distrazione	Autofiducia	Riparaz_sociale	Auto_compensaz
Sensi_di_colpa	1	,395**	0,114	,440**	,376**
Distrazione		1	,588**	,424**	,549**
Autofiducia			1	,333**	,481**
Riparaz_sociale				1	,372**
Auto_compensaz					1

** . La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

L'*alpha* delle dimensioni auto-dirette potrebbe essere migliorato verosimilmente, riformulando gli *item* 2 e 12, relativi al Senso di colpa, dal momento che essi, nell'analisi delle associazioni tra un item e il totale di dimensione, presentano la correlazione più bassa.

Anche la fedeltà (o attendibilità), ovvero la proprietà di un test di fornire delle misurazioni stabili, risulta accettabile, poiché le due sezioni dell'inventario, sottoposte al test di divisione a metà (*split half*) di Guttman, riportano coefficienti di 0,614 (discreto) nelle dimensioni eterodirette e di 0,786 (molto buono) nelle dimensioni autodirette.

L'analisi fattoriale clusterizza le variabili in 4 componenti, che spiegano il 69,6% della varianza totale e che sono titolabili, in termini di *coping* (Tav. 2), come:

- 1 – *Coping* psico-equilibratore;
- 2 – *Coping* riparativo;
- 3 – *Coping* collaborativo;
- 4 – *Coping* solidaristico.

Tav. 2 – Analisi fattoriale delle variabili dell'inventario

Fattori	1	2	3	4
Solidarietà	-0,292	0,184	0,170	0,715
Sviluppo abilità	0,040	0,191	0,781	0,072
Relazionalità	0,180	0,487	0,344	0,436
Sostegno	0,231	-0,112	0,065	0,773
Lavoro in équipe	0,148	-0,124	0,819	0,155
Sensi di colpa	0,106	0,838	0,115	-0,097
Distrazione	0,764	0,366	0,097	-0,059
Auto-fiducia	0,881	-0,010	0,063	0,247
Riparazione sociale	0,367	0,692	-0,187	0,238
Auto-compensazione	0,657	0,382	0,210	-0,212

Metodo di estrazione: Analisi dei componenti principali.

Metodo di rotazione: Varimax con normalizzazione Kaiser.^a

a. Convergenza per la rotazione eseguita in 7 iterazioni.

3. Applicazione dell’Inventario

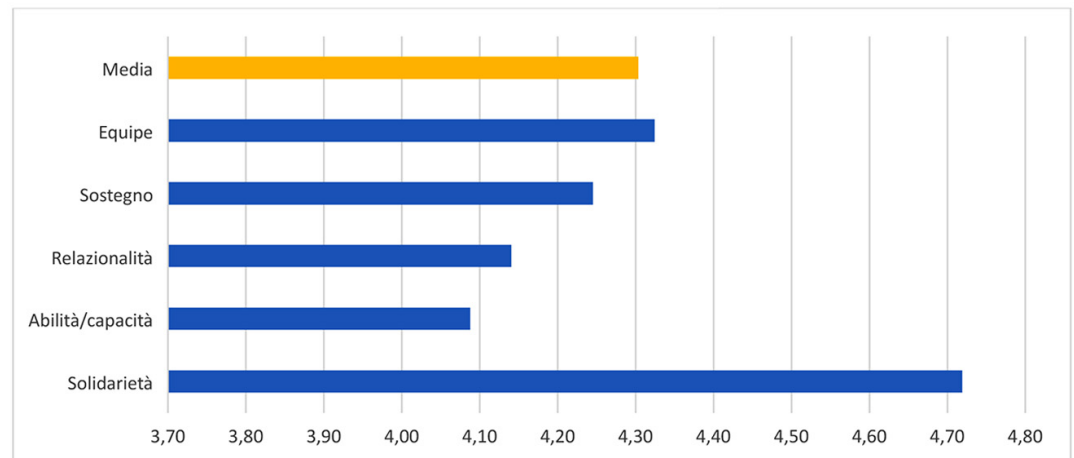
3.1 Profilo delle motivazioni

Nella Tav. 3a sono riportate le medie e le deviazioni standard delle motivazioni eterodirette del campione interessato, che generano il profilo tracciato in Fig. 1a:

Tav. 3a - Statistiche descrittive delle motivazioni eterodirette

N = 110	Solidarietà	Svil_abilità	Relazionalità	Sostegno	Lav_équipe	TOT.
Media	4,7	4,1	4,1	4,2	4,3	4,30
Dev. std.	0,5	1,0	1,1	0,9	0,7	0,88

Fig. 1a – Profilo delle motivazioni eterodirette rispetto alla media



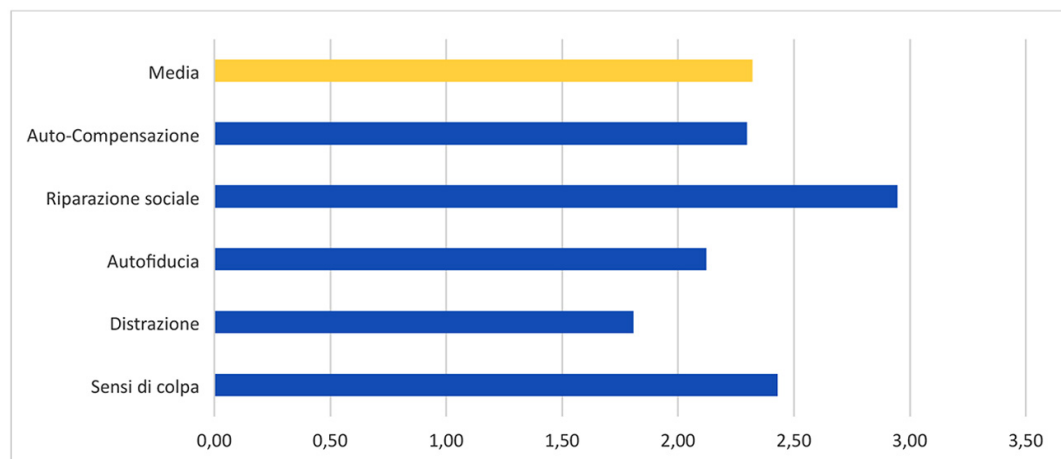
Nel profilo, spicca la dimensione solidarietà, quale espressione di motivazione umanitaria e altruistica dei volontari.

Nella Tav. 3b sono riportate le medie e le deviazioni standard delle motivazioni autodirette del campione interessato, che generano il profilo tracciato in Fig. 1b:

Tav. 3b – Statistiche descrittive delle motivazioni autodirette

N = 110	Sensi_di_colpa	Distrazione	Autofiducia	Riparaz_sociale	Auto_compensaz	TOT.
Media	2,5	1,8	2,2	2,9	2,3	2,32
Dev. std.	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,42

Fig. 1b – Profilo delle motivazioni autodirette rispetto alla media



Nel profilo, prevale la motivazione della riparazione sociale, quale desiderio di riparare con il bene personale il male diffuso nella società; le altre motivazioni si avvicinano alla media, mentre se ne distanzia in basso la distrazione, quale distanziamento dai problemi personali, familiari e lavorativi.

Al fine di semplificare la profilazione individuale e di gruppo, lo score delle motivazioni può essere espresso anche come somma aritmetica dei punteggi nei due *item* di ciascuna variabile, che, nel campione, riporta le seguenti medie e deviazioni standard:

a) etero-dirette: Solidarietà (Sd) 9,4 (\pm 0,8); Sviluppo delle abilità (Sa) 8,2 (\pm 1,8); Relazionalità (Rl) 8,3 (\pm 1,7); Sostegno (So) 8,5 (\pm 1,1); Lavoro in équipe (Eq) 8,6 (\pm 1,1); Totale 52,47 (\pm 5,02);

b) auto-dirette: Sensi di colpa (Sc) 4,9 (\pm 2,3); Distrazione (Ds) 3,6 (\pm 2,5); Auto-fiducia (Fd) 4,2 (\pm 2,0); Riparazione sociale (Rs) 5,9 (\pm 2,4); Auto-compensazione (Cm) 4,6 (\pm 2,6); Totale 23,21 (\pm 9,49).

3.2 Discussione

In passato, la dialettica ha dibattuto sulla matrice altruista o egoista dell'impegno nel sociale. La questione appare oggi del tutto superata, poiché la presenza di motivazioni diverse da quelle di natura prosociale non contraddice il valore dell'agire volontario e perché, nelle attività di aiuto, il miglioramento personale si realizza, implicitamente, attraverso lo star meglio di altri [12].

A parere di Bramanti [13], citato da Marta, Guglielmetti e Pozzi [14], *“coloro che sono in grado di dichiarare che l'azione, che hanno messo in atto, risponde anche a bisogni propri mostrano una percezione più completa del proprio agire sociale. Solo in questo modo è possibile superare la tradizionale contrapposizione tra azione espressiva e azione solidaristica che sottende quasi l'idea che l'orientamento al sé sia totalmente in contrapposizione con l'orientamento agli altri. Al contrario si potrà essere più solidali quanto più si darà spazio alle esigenze intime e profonde che, necessariamente, saranno presenti nell'azione”*.

Omoto e Snyder [6,15] rilevano che molteplici motivazioni sostengono l'azione singola e Marta e Pozzi [16] affermano che molteplici sono le motivazioni all'interno delle due macro-categorie (*self-oriented* e *other-oriented*), che inducono le persone ad impegnarsi in azioni di volontariato.

Per taluni [17], la presenza simultanea di più motivazioni può ingenerare conflitti irrisolvibili nell'individuo, che si troverebbe a perseguire contemporaneamente obiettivi tra loro differenti e talvolta incompatibili, con la possibile conseguenza di un abbassamento della soddisfazione e di abbandono; per altri [18-21], la combinazione di molteplici motivazioni, in un *pattern* specifico, può incrementare la soddisfazione, poiché la presenza di più motivazioni può svolgere una funzione di *buffering* riguardo ai costi e allo stress prodotti dall'impegno e perché, qualora una delle motivazioni non trovasse appagamento, le altre motivazioni possono svolgere una funzione di protezione da esiti negativi derivanti dall'attività ed indurre la persona a mantenere nel tempo il suo impegno.

Per la composizione del presente Inventario si è optato per il modello multi-motivazionale, accogliendo l'idea di Marta e Pozzi [16], secondo cui, negli atteggiamenti e nei comportamenti dei volontari, possano essere lette diverse spinte attivatrici, e facendo tesoro dell'esperienza già fatta dall'autore con la produzione di un questionario per la disamina delle scelte della professione di fisioterapista [11]. Delle classi di motivazioni proposte da Omoto & Snyder [5] si è omissa il riferimento alla Carriera, come acquisizione di esperienze per un potenziale avanzamento d'impiego, poiché ritenuta poco significativa, applicata al campione disponibile, potendo la stessa essere recuperata su un contingente più ampio che veda la presenza significativa di giovani.

La validazione dell'Inventario è preliminare, in questo studio, poiché risente di alcuni limiti: il modesto numero di soggetti arruolati, la prevalenza di genere femminile del campione, l'età elevata delle persone che si propongono al volontariato in quiescenza dal lavoro.

Il superamento di siffatti limiti permetterà di irrobustire la validità dello strumento, consentendo anche di attrezzare norme statistiche di analisi, stratificate per età, genere e occupazione.

3.3 Impiego

L'Inventario, con l'utile copresenza di più motivazioni, etero e autodirette, visualizza il profilo del volontario, prestandosi ad apprezzarne le dimensioni prosociali e a rafforzarne il desiderio di migliorare nei suoi psico-equilibratori.

Rammentando, infatti, che, nella curva normale, l'area compresa tra la media e una deviazione standard accoglie il 68,34% dei soggetti, il *range* per le motivazioni eterodirette va da 3,48 a 5,0 e quello delle autodirette va da 0,90 a 3,74.

Pertanto, l'Inventario può essere impiegato, nell'ammissione dei nuovi soci, per attenzionare i soggetti che, nel totale delle dimensioni eterodirette, riportano un punteggio inferiore a 3,48 e quelli che, nel totale delle dimensioni autodirette,

riportano un punteggio superiore a 3,74.

A livello organizzativo, l'Inventario traccia il profilo del gruppo dei volontari arruolati o in servizio, indicando le motivazioni eterodirette da potenziare e quelle autodirette eventualmente da moderare.

In appendice, lo strumento è riportato tal quale è stato somministrato, dove ciascuna delle dimensioni è rappresentata da due item che compaiono in ordine fisso da 1 a 20 (per esempio, la dimensione Solidarietà è espressa dalle frasi 1 e 11, la dimensione Sviluppo delle abilità è espressa dalle frasi 2 e 12 e così via). Per i futuri impieghi, di ricerca e di indagine, si suggerisce di disporre le frasi in modo casuale, onde ridurre il possibile trascinarsi del punteggio di risposta da una frase alla sua omologa.

4. Conclusione

L'intento dell'autore è stato quello di comporre uno strumento multi-motivazionale, di rapida e facile somministrazione, ad uso delle associazioni che accolgono le adesioni per lo svolgimento delle attività di volontariato.

Lo strumento abbina fattori prosociali e fattori psico-equilibratori, in ragione del composito carattere di ogni persona.

Nel profilo dei volontari esaminati spiccano la dimensione solidarietà, quale motivazione eterodiretta, e la variabile riparazione sociale, quale motivazione autodiretta.

Considerato che lo scopo di questo studio attiene alla validazione preliminare di un Inventario di motivazioni al volontariato e che le statistiche psicometriche sono risultate apprezzabili, le ricerche future potranno correggerne i limiti ampliando la numerosità del campione e stratificando la sua composizione per genere ed età.

Ciò permetterà di costruire anche norme di correzione più articolate, permettendo il confronto delle motivazioni tra uomini e donne, tra giovani e adulti e anziani, e anche tra possessori di titolo di studio diversi e tra provenienti da professioni varie.

BIBLIOGRAFIA

1. Finkelstein, M., Penner, L., & Brannick, M. (2005). "Motive, role identity, and prosocial personality as predictors of volunteer activity". *Social Behavior and Personality: An international journal*, 33(4), 403-418.
2. Widjaja, Emmeline, *Motivation Behind Volunteerism*. CMC Senior Theses. Paper 4. 2010 http://scholarship.claremont.edu/cmc_theses/4
3. Mateiu-Vescan, R., Ionescu, T. & Opre, (2021). "A. Reconsidering Volunteering: Individual Change as a Result of Doing Good for Others". *Voluntas* 32, 1213–1227. <https://doi.org/10.1007/s11266-020-00247-0>
4. Omoto, A. M., & Snyder, M. (1990). "Basic research in action: Volunteerism and society's response to AIDS". *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16(1), 152–165. <https://doi.org/10.1177/0146167290161011>
5. Omoto, A. M., & Snyder, M. (1995). "Sustained helping without obligation: Motivation, longevity of service, and perceived attitude change among AIDS volunteers". *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 105–115. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.1.105>

- Psychology*, 68(4), 671–686. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.4.671>
6. Omoto, A. M., & Snyder, M. (2002). “Considerations of Community: The Context and Process of Volunteerism”. *American Behavioral Scientist*, 45(5), 846–867. <https://doi.org/10.1177/0002764202045005007>
7. Penner, L. A. (2002). “Dispositional and organizational influences on sustained volunteerism: An interactionist perspective”. *Journal of Social Issues*, 58(3), 447–467. <https://doi.org/10.1111/1540-4560.00270>
8. Marta, E., Pozzi, M. (2008). “Young People and Volunteerism: A Model of Sustained Volunteerism During the Transition to Adulthood”. *J Adult Dev*, 15, 35–46. <https://doi.org/10.1007/s10804-007-9033-4>
9. Grube, J. A., & Piliavin, J. A. (2000). “Role identity, organizational experiences and volunteer performance”. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(9), 1108–1119.
10. Capanna, C., Steca, P., Imbimbo, A. (2002). “Una scala per la misura della motivazione al volontariato”. *Rassegna di Psicologia*, XIX (1): 73–89.
11. Capodilupo, A. (2008). “Motivazioni della scelta della professione di fisioterapista e relazioni di attaccamento adulto”. *La rivista di Servizio Sociale*. n. 1, p. 59–70.
12. Del Rio, G. (1991), “Formazione di base, aggiornamento e formazione permanente per lo sviluppo professionale e la prevenzione del burnout”. *Rassegna di Servizio Sociale*, 2, 76–86.
13. Bramanti, D. (1989). “Soggettività e senso nell’agire volontario (Subjectivity and sense in voluntary acting)”. In: V. Cesareo & G. Rossi (Eds.), *L’azione volontaria nel mezzogiorno tra tradizione e innovazione*. (pp. 23–45). Bologna: Edizioni Dehoniane.
14. Marta, E., Guglielmetti, C., e Pozzi, M. (2006). “Volunteerism During Young Adulthood: An Italian Investigation into Motivational Patterns”. *Voluntas*, 17:221–232, doi 10.1007/s11266-006-9015-3
15. Snyder, M., & Omoto, A. M. (2012). “Doing good for self and society: Volunteerism and the psychology of citizen participation”. In *Cooperation in Modern Society: Promoting the Welfare of Communities, States and Organizations* (pp. 144–158). Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203354254-15>
16. Marta, E., Pozzi, M. (2003). “Le motivazioni all’azione volontaria: la ricomposizione di un puzzle”. In L. Boccacin, E. Marta. *Giovani-adulti, famiglia e volontariato*. Cap. 2, 124–136. Publisher: Milano: Unicopli Editors.
17. Kiviniemi, M. T., Snyder, M., & Omoto, A. M. (2002). “Too Many of a Good Thing? The Effects of Multiple Motivations on Stress, Cost, Fulfillment, and Satisfaction”. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(6), 732–743. <https://doi.org/10.1177/0146167202289003>
18. Clary, E. et al. (1998). “Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1516–1530. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1516>
19. Penner, L. A., & Finkelstein, M. A. (1998). “Dispositional and structural determinants of volunteerism”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 525–537. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.2.525>
20. Clary, E., Snyder, M. (2002). “Community Involvement: Opportunities and Challenges in Socializing Adults to Participate in Society”. *Journal of Social Issues*, 58, 581–591, <https://doi.org/10.1111/1540-4560.00277>
21. Batson, C. D., Ahmad, N., & Tsang, J.-a. (2002). “Four motives for community involvement”. *Journal of Social Issues*, 58(3), 429–445. <https://doi.org/10.1111/1540-4560.00269>

Appendice

INVENTARIO DI MOTIVAZIONI AL VOLONTARIATO

Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: () M () F

Età: _____ Professione attuale o pregressa _____

*Pensando di accedere al volontariato, sento di essere spinto/a dalle seguenti motivazioni in misura:
Nulla (1) - Poco (2) - Discretamente (3) - Abbastanza (4) - Molto (5)*

1 (Sd) - interesse umanitario per gli altri	1	2	3	4	5
2 (Sc) - proteggermi dai sensi di colpa per essere più fortunato di altri	1	2	3	4	5
3 (Sa) - mettere in pratica abilità, capacità e conoscenze	1	2	3	4	5
4 (Ds) - sviare l'attenzione dai miei problemi personali	1	2	3	4	5
5 (Rl) - instaurare relazioni significative con gli altri	1	2	3	4	5
6 (Fd) - attivare la fiducia in me e l'autostima	1	2	3	4	5
7 (So) - dare conforto umano a coloro che soffrono	1	2	3	4	5
8 (Rs) - riparare i mali prodotti nella società	1	2	3	4	5
9 (Eq) - avere opportunità di lavorare in squadra	1	2	3	4	5
10 (Cm) - compensare le debolezze del mio carattere	1	2	3	4	5
11 (Sd) - praticare valori di solidarietà	1	2	3	4	5
12 (Sc) - non sentirmi egoista	1	2	3	4	5
13 (Sa) - condividere le mie competenze	1	2	3	4	5
14 (Ds) - avere una valvola di sfogo ai problemi familiari e/o lavorativi	1	2	3	4	5
15 (Rl) - scambiarsi il sostegno sociale	1	2	3	4	5
16 (Fd) - attribuirsi riconoscimenti ed elogi	1	2	3	4	5
17 (So) - stimolare nelle persone le risorse per gestire i problemi	1	2	3	4	5
18 (Rs) - correggere il male diffuso con le buone azioni	1	2	3	4	5
19 (Eq) - condividere emozioni e soluzioni di problemi	1	2	3	4	5
20 (Cm) - superare le mie insicurezze	1	2	3	4	5

(riservato alla correzione)

Tot. pari: _____

Tot. dispari: _____

MINI REVIEW

Uno sguardo gestaltico sulla psicoterapia di coppia: dalla teoria dell'attaccamento alla terapia focalizzata sulle emozioni (EFT)

Francesco Marino¹, Gabriele Gautiero², Arianna Glorioso¹, Giusy Lauro³, Rita Zampi¹, Maura Perrone⁴



¹ SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata

² Ecopsys - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia della Famiglia

³ I.Te.R - Istituto di Terapia Relazionale

⁴ Psicologa psicoterapeuta, Studio di psicoterapia BenessereNapoli

Citation

Marino F., Gautiero G., Glorioso A., Lauro G., Zampi R., Perrone M. (2023). Uno sguardo gestaltico sulla psicoterapia di coppia: dalla teoria dell'attaccamento alla terapia focalizzata sulle emozioni (EFT) Phenomena Journal, 6, 29-39. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.220>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Francesco Marino
francescomarino119@gmail.com

Ricevuto: 2 maggio 2024

Accettato: 4 settembre 2024

Publicato: 4 settembre 2024

ABSTRACT

Couple creation is an ever-changing process, the requests for help from couples to therapists are increasing in recent years. The reasons seem apparently concerning the present, but they are often linked to an uneasiness rooted in time. Through the lens of the Gestalt psychotherapist we have mainly analyzed the studies of Attachment Theory related to working with couples through an integration of approaches, theories and practices, in particular the Emotionally Focused Therapy for Couples. According to Attachment Theory, the relational styles of adults with their partners are parallel to the child-caregiver relationships, thus characterizing themselves by the search for certain characteristics in another person. Psychotherapeutic work with couples has among its objectives to modify the patients' internal operating models of Attachment. Emotional Focused Therapy for Couples is based on emotional response and what the partners feel within a supportive relationship. It allows a healing emotional experience, transforming the cycles of negative interaction present in the relationship and experienced with primary caregivers. Gestalt psychotherapy invites us to look at how the partners of the couple realize or block their intentionality to reach and be reached by the other. It works to facilitate the change of punctuation in the sequence of events, to open them the possibility for a new way of living in pairs, free to choose if and how to be in relationship with him/her. The aim of the research was to examine the correlates among the Attachment Theory, Emotion Focused Therapy and Gestalt Therapy, considering further studies which allow for greater in-depth analysis of couple dynamics in therapy.

KEYWORDS

Couples therapy; attachment; emotions.

ABSTRACT IN ITALIANO

La formazione della coppia è un processo in continua evoluzione, negli ultimi anni le richieste d'aiuto per la psicoterapia di coppia sono sempre più in aumento. I motivi sembrano riguardare il presente, ma spesso sono legati ad un malessere radicato nel tempo. Attraverso la lente dello psicoterapeuta della Gestalt abbiamo analizzato prevalentemente gli studi della teoria dell'attaccamento riferiti al lavoro con le coppie attraverso un'integrazione di approcci, teorie e pratiche, in particolare la terapia di coppia focalizzata sulle emozioni. Secondo la teoria dell'attaccamento gli stili relazionali degli adulti con i propri partner sono paralleli alle relazioni bambino-caregiver, caratterizzandosi perciò per la ricerca di determinate caratteristiche nell'altra persona. Il lavoro psicoterapeutico con le coppie ha tra i propri obiettivi quello di modificare i modelli operativi interni di attaccamento dei pazienti. La terapia di coppia focalizzata sulle emozioni si basa sulla risposta emotiva e su quello che i partner sentono all'interno di una relazione supportante. Consente un'esperienza emotiva risanatrice, trasformando i cicli di interazione negativa presenti nella relazione e sperimentati con i caregiver primari. La psicoterapia della Gestalt ci aiuta a osservare come i partner della coppia realizzano o bloccano la loro intenzionalità di raggiungere e farsi raggiungere dall'altro. Lo scopo della ricerca è stato esaminare i correlati tra teoria dell'attaccamento, terapia focalizzata sulle emozioni e terapia della Gestalt, in vista di ulteriori studi che permettano un maggior approfondimento delle dinamiche di coppia in terapia.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia di coppia; attaccamento; emozioni.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

Amare vuol dire accogliere non solo ciò che si condivide o ciò che comunque si comprende, ma piuttosto ciò che non è neppure comprensibile per la persona che ama
A.R. Ravenna

Come ogni fenomeno dell'esistenza umana anche la vita di coppia è un processo, un continuo divenire il cui cambiamento si costituisce attimo dopo attimo e può portare sia alla *trasformazione* sia all'*estinzione* della coppia. Ogni trasformazione è resa possibile dalla abilità delle persone di tenere in vita un nucleo di base, nel nostro caso la relazione d'amore, accompagnandolo con la modifica pressoché continua delle modalità espressive e dello stile di vita. Quando la coppia arriva nello studio dello psicoterapeuta, porta un disagio che, se pur appare motivato da attuali e specifiche contingenze, in effetti è il segno di un malessere che si è andato accumulando nel tempo. I due partner non hanno saputo elaborare e trasformare nel tempo i cambiamenti personali, sociali e del ciclo di vita della coppia creando nuove modalità del vivere insieme, non hanno saputo gestire i conflitti di fronte ai quali la vita quotidiana li ha posti sia come singoli individui (conflitti intrapsichici) sia come coppia/famiglia (conflitti relazionali), sia come cittadini (conflitti sociali) [1].

L'amore, la formazione della coppia e la psicoterapia di coppia

Nel XXI secolo la relazione emotiva fondamentale, nella maggior parte delle persone, è quella d'amore. Questa tendenza a legarci emotivamente agli altri è fissata nei nostri geni e nel nostro corpo; fondamentale per la vita, la salute e la felicità allo stesso modo in cui lo è l'istinto a cercare cibo, protezione e sesso. L'amore si pone al vertice dell'evoluzione e rappresenta il più avvincente meccanismo di sopravvivenza della specie umana [2]. La formazione della coppia segue il concetto di ciclo di vita della famiglia, con cui si intende come la famiglia sia un "insieme di cicli di vita individuali" in un rapporto di interdipendenza [3]. Ogni membro della famiglia infatti ha il proprio compito evolutivo, e il portare a termine con successo tale compito dipende, e influenza, quello degli altri membri. La prima fase di questo ciclo coincide proprio con la formazione della coppia, sistema aperto diverso dalla somma delle caratteristiche di ciascun individuo, in quanto "non abbiamo la semplice unione dei due individui, ma l'incontro di due storie" [4]. Il processo di formazione della coppia si snoda in eventi che implicano precisi compiti di sviluppo, in particolar modo: scelta del partner, fase di innamoramento e matrimonio/convivenza. La scelta del partner e l'innamoramento sono scarsamente legate alle caratteristiche proprie dell'oggetto amato, ma hanno a che fare con meccanismi di idealizzazione di sé e dell'altro. Ciascun partner propone a se stesso e all'altro un'immagine ideale di sé, di cui il partner sarà attratto nella misura in cui tale immagine corrisponde alla soluzione di antichi bisogni profondi. Sfortunatamente, il fatto che le relazioni possano portare grandi benefici non fornisce alcuna garanzia che ciò accada. Ciononostante molte coppie infelici adottano misure per preservare la loro relazione, rendendo i problemi rela-

zionali la ragione più comune per cui qualcuno cerca una consulenza formale [5]. Sebbene i terapeuti di coppia monitorino risultati che non sono apertamente relazionali (sintomi depressivi, preoccupazioni legate alla salute, benessere dei figli, ecc.) la terapia di coppia viene generalmente intrapresa con l'obiettivo di migliorare le valutazioni soggettive dei partner della relazione [6] e, dunque, i repertori interpersonali delle coppie, (traumi precoci, relazioni familiari interrotte, vulnerabilità psicologiche durature). Focalizzandoci sulla terapia di coppia, un legame sentimentale è visto come uno dei più importanti obiettivi di vita [7], eppure la drammaticità complessa e non facilmente controllabile di tali dinamiche, porta i terapeuti di coppia, al di là del quadro teorico di riferimento, ad aver bisogno di un modo chiaro di lavorare sulla complessità. Un obiettivo principale della psicoterapia della Gestalt nel lavoro con le coppie è aumentare la qualità, la facilità e la frequenza degli scambi tra i partner nella coppia [8]. Nella misura in cui ciò accade, i partner diventano più presenti, vivi e consapevoli, quindi meglio connessi tra loro pur mantenendo, o addirittura aumentando il loro rispetto per la loro separatezza [9].

Il contributo della Teoria dell'attaccamento nell'osservazione dei rapporti di coppia

Secondo la teoria dell'attaccamento [10,11,12,13,14,15], gli stili relazionali degli adulti con i propri partner sono paralleli alle relazioni bambino-caregiver, caratterizzandosi per ricerca della vicinanza, protesta per la separazione, sviluppo di una base sicura [16] e capacità di esplorazione dell'ambiente e delle esperienze [17]. Ampiamente condivisa è l'idea che la qualità e la natura delle relazioni sentimentali siano influenzate dagli eventi accaduti durante la prima infanzia. A tal proposito, Main e collaboratori hanno esaminato attraverso un'intervista – AAI Adult Attachment Interview [18] – come l'adulto elabora i propri legami infantili, il modello di attaccamento della propria famiglia di origine, e la corrispondenza tra tali modelli di attaccamento e la qualità dell'attaccamento con i figli. Hazan e Shaver, invece, hanno dato un contributo fondamentale per quanto riguarda il legame di attaccamento all'interno di un rapporto amoroso, integrato anche ad altri fattori, ad esempio quelli di tipo sessuale [19], ipotizzando, altresì, che l'amore vissuto in età adulta fosse simile a quello che il bambino prova nei confronti della madre, in modo particolare per quanto riguarda la ricerca della vicinanza fisica, la fiducia nella disponibilità continua del partner, il disagio provato a causa di separazioni o minacce alla stabilità della coppia. Per verificare tale ipotesi hanno tradotto i pattern di attaccamento infantile della Ainsworth in pattern di attaccamento adulti, attraverso i quali gli individui stessi si descrivono come sicuri, ambivalenti o evitanti all'interno della relazione di coppia, riportando come questi pattern corrispondessero alla relazione che essi avevano avuto durante l'infanzia con i propri genitori. A tale riguardo anche la fase dell'innamoramento è considerata al pari di un processo di attaccamento vissuto dal singolo individuo in modo diverso sulla base delle storie differenti di attaccamento [20]. Sembra che la figura genitoriale, quindi, venga sostituita da altre nel ruolo di

figura primaria. Tale processo non è così immediato, anzi, abbandonare una relazione che ha avuto delle funzioni basilari per permettere poi di creare un legame con una nuova figura, è un processo progressivo che potrebbe comportare dei rischi. La separazione dalla figura di attaccamento può essere vissuta, sia nella vita adulta che nella vita infantile come un lutto e per questo è importante che l'attaccamento non venga trasferito come un blocco, ma che avvenga in modo graduale e la funzione di "base sicura" sia l'ultima ad essere trasferita [20].

La teoria dell'attaccamento evidenzia come i modelli mentali di sé e le modalità di relazionarsi con gli altri siano influenzati dallo stile di attaccamento e di come l'autostima sia legata a quest'ultimo [20]. In termini di attaccamento, le relazioni sentimentali vengono osservate come un modo di sopravvivere mantenendo vicine le persone significative, al fine di raggiungere un senso di vicinanza e supporto. La teoria dell'attaccamento delinea i seguenti fattori responsabili nelle difficoltà relazionali: il conflitto in sé, differenti obiettivi e aspettative, comunicazioni distorte, differenze temperamentali, schemi di risposta automatici e rigidi, il grado di impegno e la salute mentale. Vi sono evidenze sempre più forti del fatto che l'attaccamento disfunzionale rappresenti un importante fattore di rischio nello sviluppo di psicopatologie, per cui l'approccio psicoterapeutico ha tra i propri obiettivi quello di ristrutturare e modificare i modelli operativi interni di attaccamento dei pazienti [21]. Per un buon successo della psicoterapia di coppia è apprezzabile che il clinico abbia nel tempo acquisito le consapevolezze necessarie riguardanti le "gestalt" irrisolte e il proprio stile di attaccamento, affinché non vengano messe in atto strategie difensive e distanzianti [22]. La teoria dell'attaccamento influenza la pratica di molteplici approcci terapeutici, quali il metodo cognitivo-comportamentale [23,24], gli approcci psicodinamici [25], da cui ha origine il corpus di studi dello stesso Bowlby, gli approcci sistemici, i quali altresì riconoscono come le disfunzioni relazionali attuali siano collegate alle relazioni primarie [26]; ma è negli approcci umanistici esperienziali che la moderna teoria dell'attaccamento trova piena applicabilità, in particolare con la Terapia Focalizzata sulle Emozioni (EFT) [27].

La psicoterapia focalizzata sulle emozioni (EFT) nel lavoro con le coppie

La terapia di coppia focalizzata sulle emozioni [28] rappresenta un trattamento efficace nel lavoro con le coppie. La caratteristica principale di essa è l'apertura ad un'integrazione di vari approcci, in particolare quelli basati sulla teoria dell'attaccamento, ma anche modelli sistemici, esistenziali, cognitivo-comportamentali [29]. La EFT si basa sulla risposta emotiva e su quello che i partner sentono momento per momento all'interno di una relazione empatica e supportante. Il suo obiettivo ultimo è consentire un'esperienza emotiva risanatrice, non reiterando pattern distruttivi di esperienze precoci dannose. Nello specifico, si tratta di trasformare i cicli di interazione negativa, quali richieste rabbiose, meccanismi difensivi, distanza e angoscia, presenti nella relazione e sperimentati con i caregiver primari [30]. Inoltre, i partner possono entrare in un processo di ristrutturazione di modalità interattive e relazionali, co-regolando

le paure del rifiuto e dell'abbandono, e comunicando le emozioni primarie. Tale terapia sembra aiutare le coppie non solo a vivere una relazione migliore [31,32], ma anche ad accedere ad un attaccamento più sicuro [27].

Questa forma di terapia si accomuna ai concetti chiave della teoria dell'attaccamento, in base ai seguenti principi:

- La EFT si basa sull'elaborazione attiva, sull'interpersonalità e sulla (co)regolazione positiva delle emozioni, ritenuta anche dalle teorie dell'attaccamento basilare per gli esseri umani. Il terapeuta presta attenzione al processo di decodifica dal basso verso l'alto, analizza l'emozione momento per momento, e non rende le emozioni un elemento "secondario", di catarsi, ma la base del lavoro stesso.
- Il terapeuta diviene per il paziente un rifugio sicuro tramite cui esplorare emozioni nuove e complesse nella misura in cui si dimostra presente, autentico, coerente e privo di giudizio [33]. Egli non assume un ruolo di insegnante, ma di *"madre che fornisce a suo figlio una base sicura da cui esplorare il mondo"* [15].
- Il Sé è visto come un processo in divenire anziché come un oggetto definito nelle interazioni con gli altri, ed è un sé incorporato TRA le relazioni con gli altri, non nella sua pelle.
- Il passato del paziente influisce le modalità ricorsive del paziente per affrontare le sue vulnerabilità e difendersi, ma al contempo la EFT induce le memorie passate e traumatiche a confrontarsi e attualizzarsi con le risorse e le problematicità del presente, di *come* e non cosa viene ricreata la memoria implicita.

Una terapia EFT si compone di diversi processi o "mosse" di quello che viene nominato da S. M. Johnson un "Tango", una danza, ovvero una serie di interventi usati con un ritmo e un'intensità differenti durante il processo terapeutico individuale, di coppia o familiare [27].

Sia la teoria dell'attaccamento che l'EFT osservano il disagio relazionale in termini di 1) influenza delle emozioni negative nel predire la stabilità a lungo termine, la gradevolezza delle relazioni e viraggi psicopatologici individuali (disturbi dell'umore, dell'ansia, abuso di sostanze [34]), di contro le emozioni positive che orientano verso connessioni più sicure; 2) il coinvolgimento emotivo e la comunicazione tra partner; 3) osservazioni di cicli maladattivi di richiesta-ritiro e/o di reciproca rassicurazione [35].

In sostanza, un terapeuta EFT orientato all'attaccamento vede gli episodi di disconnessione emotiva sovrapponibili ai bisogni di attaccamento non soddisfatti, tali da far scattare le paure profonde di abbandono, rifiuto nei confronti di ciascun partner significativo [27]. Difatti, un partner reagisce a queste profonde ferite spesso isolandosi e escludendo l'altro, mentre l'altro partner protesta per la mancanza di responsività, criticandolo, e acuendo a sua volta il senso di esclusione. E il ciclo si reitera, attivando l'uno la vulnerabilità dell'altro [27]. Quanto più i partner si sentono isolati e distanti, tanto più i loro copioni interattivi saranno conflittuali. A questo proposito

S.M. Johnson [36] parla di *dialoghi demone*, particolari interazioni negative che diventano modelli relazionali dannosi e che spesso stanno alla base della richiesta di un percorso di coppia.

Johnson [36] ha delineato quattro cicli negativi nelle coppie in crisi:

- Attacco-Attacco, orientato alla colpevolizzazione dell'altro partner alla base dello stress di coppia;
- Critica-Chiusura, dove un partner protesta per la disconnessione per celare l'angoscia di separazione, e l'altro si isola;
- Congelamento e Fuga: i partner si ritirano e si distaccano;
- Caos e Ambivalenza: un partner chiede vicinanza e, se offerta, si distacca/difende per non sentire minacciato il suo vulnerabile bisogno di vicinanza, inducendo l'altro ad un frustrante evitamento.

Il compito della terapia diviene allora la creazione di sicurezza all'interno dell'alleanza terapeutica affinché i partner possano osservare *come* danzano insieme e *come* i loro segnali emotivi spingono l'un l'altro verso dolorosi isolamenti e pretese. Per farlo, nella Fase 1 il terapeuta EFT sposta progressivamente l'asse di osservazione dal passato al presente, dal contesto individuale (Io) a quello relazionale (Noi), dal verbale/cognitivo al corpo/emozioni, dal contenuto (Chi? Cosa?) al processo (Come?), dall'etichetta e dal giudizio alla descrizione di schemi comportamentali [27]. Nella Fase 2, vengono approfondite le consapevolezza dei partner sulle loro paure e i loro bisogni di attaccamento in delle conversazioni di legame coniate "*Stringimi forte*" [37,38], atte a promuovere un attaccamento più sicuro. La Fase 3 infine è improntata al Consolidamento, ovvero a stabilizzare, rafforzare e celebrare i cambiamenti avvenuti.

In ultimo ma non meno importante è l'osservazione degli impatti benefici che questo approccio focalizzato sulla connessione emotiva e sui bisogni di attaccamento ha sulla salute fisica: livelli più bassi di pressione sanguigna associati a interazioni con figure di attaccamento piuttosto che con altre interazioni sociali [39,40]; associazione tra malattie cardiache e immunitarie in risposta allo stress e la loro diminuzione legata a un soddisfatto senso di sicurezza interpersonale [41,42]. Per concludere, l'attaccamento mira a essere con l'EFT non solo una teoria, ma un approccio pratico per prevenire l'isolamento tossico [43,27].

Lo sguardo della psicoterapia della Gestalt nel lavoro con le coppie

L'infant research ha dimostrato come le capacità sociali si sviluppino già nel bambino appena nato. Le isole "intersoggettive" [44,45] tra bambino e caregivers costituiscono i luoghi primari in cui si forma il sé in contatto, il modo di essere-con. Queste capacità intersoggettive costituiscono per il bambino il ground dell'esperienza di intimità, su cui poggia il senso di sicurezza personale e la flessibilità nell'accettare la novità, in una parola l'adattamento creativo all'ambiente [46]. La diade caregiver-bambino si autoregola e il bambino apprende modalità di stare con l'altro. Il ritmo che la diade bambino-caregiver co-crea tra eccitazione e accoglienza, tra processi e contenuti,

forma una danza, un codice esperienziale che il bambino apprende. È proprio questo codice che l'adulto usa, sia nelle relazioni intime che sociali. La psicoterapia della Gestalt rimane originale nella sua intuizione iniziale dell'esperienza che accade al confine di contatto, nel *between* tra l'io e il tu. La relazione di coppia è vista come una continua co-creazione del confine di contatto, come un'esperienza che nasce e ha una sua storia nello spazio che c'è tra i partner, in cui anche il proiettare sull'altro i tessuti personali è visto nella logica del realizzare un'intenzionalità di contatto, del dare all'altro un'occasione per rifare una storia relazionale. La dimensione relazionale viene prima della dimensione interna o comunque non può essere spiegata dal vissuto individuale. La vita di coppia è un'improvvisazione relazionale [47] che racchiude la dimensione più profonda della vita sociale. La spontanea capacità umana di essere pienamente (ossia con i sensi svegli) al confine di contatto con l'ambiente si declina per la coppia di adulti nella capacità di mantenere la spontaneità di vedere, sentirsi attratti, lasciarsi modificare dall'altro in quanto altro, dall'altro che non ci aspettiamo, dall'altro in quanto novità. Questa qualità dell'incontro dialogico non è semplice da realizzarsi per gli adulti, per i quali spogliarsi della paura di risentire vecchie ferite richiede un vero e proprio addestramento. Ma solo se si è nudi davanti all'altro, se si è pienamente presenti nel qui e ora con l'altro, è possibile sostenere l'evolversi dell'eccitazione dell'incontro. Occorre, per raggiungere questo traguardo, riconoscere le proprie paure (e le obiezioni che conseguentemente si sviluppano verso l'altro) di cui ci si veste nell'intimità, come pure occorre riconoscere il vissuto dell'altro. Quando si arriva a questo, è possibile sintonizzarsi su l'intenzionalità di contatto propria e dell'altro. Più i partner si incontrano nella pienezza dei sensi, più sono consapevoli della totalità dell'esperienza che co-creano quando si incontrano, più l'autoregolazione che avviene al confine di contatto tra i due è terapeutica, in quanto dà ad entrambi la pienezza dell'intimità. Con la sua teoria del sé come processo di contatto e ritiro dal contatto, la psicoterapia della Gestalt ci invita a guardare come i partner della coppia realizzano o bloccano la loro intenzionalità di raggiungere e farsi raggiungere dall'altro. Il terapeuta osserva e fa osservare come le coppie interrompono la loro intenzionalità di contatto, perdendo così la loro spontaneità ma anche come mantengono un reciproco adattamento creativo nel loro interagire: i sentimenti quali la vergogna, la rabbia, l'amore, il senso di appartenenza, sono parte integrante di questo processo [48]. Il terapeuta della Gestalt crede che l'obiettivo della terapia non sia il sacrificio dei desideri individuali in favore delle regole del vivere sociale in famiglia, bensì il riappropriarsi della spontanea creatività da cui è caratterizzata ogni relazione significativa. L'obiettivo del terapeuta non è che i partner non litighino, ma che siano capaci di divertirsi e di sentirsi vivi, in armonia e creativi al confine di contatto della loro relazione. Questo può implicare momenti di conflitto, attraversare il dolore delle ferite provocate dal comportamento dell'altro, può implicare e attraversare l'umiliazione del non sentirsi accolti dall'altro, ma certamente presuppone l'obiettivo di realizzare l'intimità con l'altro, il coraggio di esprimere sé stessi all'altro, di non placare i conflitti anzitempo [49]. Il conflitto nasce dalla diversità, senza la quale non esiste "vita": è il modo di gestirlo che fa la differenza. Si lavora per age-

volare il cambiamento della punteggiatura nella sequenza degli eventi, per aprire ai due partner possibilità per un nuovo modo di vivere in coppia passando dall'attribuzione all'altro di tutta la responsabilità del benessere e/o del malessere personale e di coppia, alla possibilità di assumersi la responsabilità della propria esistenza, consapevoli dell'importanza che l'altro ha, ma liberi di scegliere se e come stare in relazione con lui/lei. Il terapeuta aiuta ad esplicitare, a costruire ponti che portino l'uno verso l'altro, per far rispettare regole fondamentali per la vita di coppia a partire dalle regole della comunicazione [1].

Il primo passo è portare all'attenzione ciò che la coppia già sa fare. Una seconda tappa consiste nell'evidenziare ciò che i partner vorrebbero di diverso dall'altro a livello comportamentale, ciò implica l'addestramento dei partner ad un linguaggio propositivo. Un terzo passo è quello di focalizzarsi su l'intenzionalità di contatto propria e dell'altro, in modo da entrare in relazione su uno sfondo di reciprocità, più che su uno sfondo di chiusura individuali. L'altro non è accanto a noi per guarire le nostre antiche ferite, ma per creare una nuova relazione [48].

Conclusioni

Nella coppia l'attenzione alla relazione emotiva è fondamentale, in quanto la relazione amorosa si configura come determinante in termini di sopravvivenza ed evoluzione della specie umana, e come tale, richiede la capacità di adattamento ai cambiamenti di quello che rappresenta, a tutti gli effetti, un processo in continua evoluzione.

L'obiettivo della review è stato quello di trovare dei correlati tra la EFT, i MOI e l'epistemologia gestaltica. Sebbene la Gestalt si sposi maggiormente con un approccio focalizzato sulle emozioni, in quanto terapia del contatto emotivo per eccellenza, più ostico risulta trovare dei correlati con i MOI, in quanto la direzione della Gestalt propende alla trasformazione dell'esperienza percettiva derivante dal continuo incontro e dall'influenza reciproca tra organismo e ambiente.

I modelli operativi interni sottolineano invece la presenza di uno schema cognitivo, emotivo e comportamentale con cui l'organismo legge, filtra e si interfaccia con l'ambiente [21]. Noi ipotizziamo che il punto di contatto tra queste due discipline, apparentemente in aut aut è dato proprio dalla ricchezza che la Gestalt può offrire agli schemi operativi interni: nella terapia con le coppie (ma anche con individui e gruppi), pur effettivamente esistendo dei trend comportamentali fissi, i clinici gestaltisti li leggono come possibili fissazioni e rigidità attraverso cui le coppie hanno imparato a filtrare, interpretare e reagire agli stimoli ambientali. In questa prospettiva i MOI non sempre conducono all'evoluzione dell'organismo, poiché, reiterandosi, anelano a saturare, ma non ad attualizzare, degli antichi bisogni profondi che si celano nella scelta del partner e nel mantenimento della relazione. Attualizzare i MOI nel qui ed ora permette di rendere i partner più presenti, vivi, consapevoli, connessi dalla conoscenza sia dei bisogni (MOI) da cui partono, sia di ciò che possono scegliere insieme di co-costruire (Gestalt), attraverso la padronanza delle ferite e delle risorse

emotive compresenti (EFT).

Possibili prospettive future potranno essere esaminare casi clinici di coppie in cui trovare delle connessioni tra le interruzioni nel ciclo di contatto (e.g. confluenza, deflessione, egotismo etc), i meccanismi di attaccamento (sicuro, insicuro evitante, insicuro ambivalente), insieme alle emozioni target portate nella relazione di coppia. Un'altra prospettiva di ricerca potrà essere la rilettura dell'ottica di campo gestaltica di coppia in chiave sistemico-relazionale, favorendo il riconoscimento tra le epistemologie dei fattori trasversali presenti in una dinamica di coppia che un clinico può osservare e su cui può intervenire. Non a caso, uno stesso fenomeno può essere letto secondo prospettive e modelli diversi: gli stessi cicli negativi di cui parla Johnson [36] sono il corrispettivo dei giochi relazionali sottolineati dalla cornice sistemica, attraverso i quali è possibile cogliere il patto collusivo implicito della coppia, ed anche quando questo diventa inadeguato per il mantenimento di un equilibrio iniziale.

Per concludere sarebbe interessante approfondire come i vari approcci psicoterapeutici possano integrarsi al fine di comprendere le modalità per restituire ai partner una ristrutturata connessione con sè stessi e con l'altro, favorendo un legame duraturo nella gestione delle fasi evolutive che la coppia si trova ad affrontare. In termini di attaccamento, ciò significa comprendere le caratteristiche dei MOI dell'altro, in modo da co-creare un sano equilibrio di coppia.

BIBLIOGRAFIA

1. Ravenna, A. R. (2011). La vita di coppia: il legame d'amore tra attaccamento ed autonomia. *Formazione IN Psicoterapia, Counselling, Fenomenologia*, 12.
2. Johnson S. (2022). *Stringimi forte: Sette passi per una vita piena d'amore*. Milano: Raffaello Cortina Editore. ISBN: 9788832854497.
3. Scabini, E. & Donati, P.(a cura di). (1988). *La famiglia «lunga» del giovane adulto*, in «Studi interdisciplinari sulla famiglia», 7. ISBN: 8834382331.
4. Malagola Togliatti, M. & Lubrano Lavadera, P. (2002). *Dinamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia*. Bologna: Il Mulino. ISBN: 8815086617.
5. Swindle R. Jr., Heller K., Pescosolido B., & Kikuzawa S. (2000). Responses to nervous breakdowns in America over a 40-year period: mental health policy implications. *American Psychologist*, 55, 740–49. DOI: 10.1037//0003-066x.55.7.740.
6. Sexton, T., Gordon, K.C., Gurman, A., Lebow, J., Holtzworth-Munroe, A., & Johnson, S.M. (2011). Guidelines for classifying evidence-based treatments in couple and family therapy. *Family Process*, 50, 377–92. DOI: 10.1111/j.1545-5300.2011.01363.x.
7. Roberts, B. W., & Robins, R. W. (2000). Broad dispositions, broad aspirations: The intersection of personality traits and major life goals. *Personality and social psychology bulletin*, 26(10), 1284-1296. DOI: 10.1177/0146167200262009.
8. Wheeler, G., & Backman, S. (1994). *On intimate ground: A Gestalt approach to working with couples*. A Gestalt Institute of Cleveland Publication. ISBN: 0787900397.
9. Borofsky, R., & Borofsky, A. K. (1994). Giving and Receiving. In S. Backman, & G. Wheeler, (Eds.), *On Intimate Ground* (pp.325-335). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers. DOI:10.4236/psych.2016.75072.

10. Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. World Health Organization, Genève. [tr. it. *Cure materne e igiene mentale del fanciullo*. Giunti- Barbera, Firenze, 1957]. ISBN: 8809742524.
11. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol. I: Attachment* (II Ed. 1982), Hogarth Press, London. [tr. it. *Attaccamento e perdita, vol. 1: L'attaccamento alla madre* (seconda edizione). Torino, Boringhieri, 1972/89]. ISBN: 8833956016.
12. Bowlby, J., (1973). *Attachment and loss, vol. II: Separation: Anxiety and anger*. Hogarth Press, London. [tr. it. *Attaccamento e perdita, vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino, Boringhieri, 1975]. ISBN: 0140803076.
13. Bowlby, J., (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock, London. [tr. it. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1982]. ISBN: 042276860X.
14. Bowlby, J., (1980). *Attachment and loss, vol. III: Loss: Sadness and depression*. ISBN: 0140226079.
15. Bowlby, J., (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. Routledge, London. [tr. it. *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989]. ISBN: 0415006406.
16. Weiss, R.S., (1991). *Il legame di attaccamento nell'infanzia e nell'età adulta*. In: Parkes CM, Stevenson Hinde J, Marris P (a cura di) (1995), *L'attaccamento nel ciclo di vita*. Il Pensiero Scientifico, Roma, pp. 63-74. ISBN: 887002671X.
17. Ainsworth, M.D.S., (1967). *Infancy in Uganda: infant care and the growth of attachment*. Johns Hopkins University Press, Baltimora. ISBN: 9780801800108.
18. George, C., Kaplan, N., Main, M. (1984). *Adult Attachment Interview*. Manoscritto inedito, University of California, Berkeley.
19. Hazan, C., Shaver, P.R. (1987). *Romantic love conceptualized as an attachment process*. Journal of Personality and Social Psychology, 59, pp. 511-524. DOI: 10.1037//0022-3514.52.3.511.
20. Carli, L., (1995). *Attaccamento e rapporto di coppia*. Raffaello Cortina Editore, Milano. ISBN: 887078326X.
21. Lorio C., Picardi A. (2022). *Dalla generale dei sistemi alla teoria dell'attaccamento*. Milano: Franco Angeli. ISBN: 9788846418593.
22. Baldoni, F., (2013). Psicoterapia e attaccamento. Il paradigma dell'attaccamento nella pratica clinica. In *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici* (pp. 106-140). Milano: Tecniche Nuove. ISBN: 9788848127493.
23. Cobb, R. & Bladbury. T. (2003). Implications of adult attachment for preventing adverse marital outcomes. In S. M. Johnson & V. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 258-280). New York: Guilford Press. ISBN: 1593852924.
24. McBride, C. & Atkinson, L. (2009). Attachment theory and cognitive behavioral therapy. In J. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 434-458). New York: Guilford Press. DOI:10.1037/cap0000162.
25. Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R. Matton, G., et al. (1995). Attachment, the reflective self and borderline states. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 233-279). Hillsdale, NJ: Analytic Press. ISBN: 0881633291.
26. Bertalanffy, L. von (1968). *General system theory*. New York: George Braziller. ISBN: 0807604534.
27. Johnson, S. M. (2019). *Attachment Theory in Practice: Emotionally Focused Therapy (EFT) with Individuals, Couples, and Families*. New York: Guilford Press (trad. it. *La teoria dell'attaccamento in pratica. La terapia focalizzata sulle emozioni (EFT) nel setting individuale, di coppia e familiare*. Milano: FrancoAngeli). ISBN: 978-1462538249.
28. Johnson, S.M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection* (2nd ed.). New York: Brunner-Routledge.
29. Burgess Moser, M., Johnson, S. M., Dagleish, T. L., Lafontaine, M. F., Wiebe, S. A., & Tasca, G. A. (2016). Changes in relationship-specific attachment in emotionally focused couple therapy. *Journal of marital and family therapy*, 42(2), 231-245. DOI: 10.1111/jmft.12139.

30. Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. Other Press, LLC. ISBN:978-1855753310.
31. Dalgleish, T. L., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Wiebe, S. A., & Tasca, G. A. (2015a). Predicting change in marital satisfaction throughout Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41, 260–275. DOI: 10.1111/jmft.12077.
32. Denton, W. H., Burleson, B. R., Clark, T. E., Rodriguez, C. P., & Hobbs, B. V. (2000). A randomized trial of emotion-focused therapy for couples in a training clinic. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(1), 65-78. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2000.tb00277.x.
33. Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin. ISBN: 978-0395755310
34. Bathia, V. & Davila, J. (2017). Mental health disorders in couple relationships. In J. Fitzgerald (Ed.), *Foundations for couples therapy: Research for the real world* (pp. 268-278). New York: Brunner-Routledge. DOI: 10.4324/9781315678610-27.
35. Gottman, J.M., Coan, J., Carrier, S. & Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newly-wed interactions. *Journal of Marriage and the Family*, 60, pp. 5-22. DOI:10.2307/353438.
36. Johnson, S.M. (2008b). Couple and family therapy: An attachment perspective. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 811-829). New York: Guilford Press. ISBN: 9781606235843.
37. Greenman, P.S. & Johnson, S.M. (2013). Process research on emotionally focused therapy (EFT) for couples: Linking theory to practice. *Family Process*, 52, pp. 46-61. DOI: 10.1111/famp.12015
38. Johnson, S. (2008). *Hold me tight: Seven conversations for a lifetime of love*. Little, Brown Spark. ISBN: 978-0316113007.
39. Gump, B.B., Polk, D.E., Karmarck, T.W. & Shiffman, S.M. (2001). Partner interactions are associated with reduced blood pressure in the natural environment: Ambulatory monitoring evidence from a healthy multiethnic adult sample. *Psychosomatic Medicine*, 63, pp. 423-433. DOI: 10.1097/00006842-200105000-00011
40. Holt-Lunstad, J., Uchino, B.N., Smith, T.W., Olson-Cenry, C. & Nealey-Moore, J.B. (2003). Social relationships and ambulatory blood pressure: Structural and qualitative predictors of cardiovascular function during everyday social interactions. *Health Psychology*, 22, pp. 388-397. DOI: 10.1037/0278-6133.22.4.388.
41. Pietromonaco, P.R. & Collins, N.L. (2017). Interpersonal mechanisms linking close relationships to health. *American Psychologist*, 72, pp. 531-542. DOI: 10.1037/amp0000129.
42. Uchino, B.N., Smith, T.W. & Berg, C.A. (2014). Spousal relationship quality and cardiovascular risk: Dyadic perceptions of relationship ambivalence are associated with coronary-artery calcification. *Psychological Science*, 25, pp. 1037-1042. DOI: 10.1177/0956797613520015.
43. House, J.S., Landis, K.R. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, pp. 540-545. DOI: 10.1126/science.3399889.
44. Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life (norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company. ISBN: 978-0393704297.
45. Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. The Analytic Press/Taylor & Francis Group. ISBN: 978-0881634471.
46. Perls F. S., Hefferline R., & Goodman P. (1951). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*, Astrolabio, Roma, 1971. ISBN: 9788834001059.
47. Spagnuolo Lobb M. (2017). L'incontro terapeutico come co-creazione improvvisata. In Spagnuolo Lobb M. e Amendt-Lyon N. (a cura di), *Il permesso di creare. L'arte della psicoterapia della Gestalt*. Milano: Franco Angeli. ISBN: 9788891759283.
48. Lee, R. G., Spagnuolo Lobb, M. (2009). *Il linguaggio segreto dell'intimità. Un modello gestaltico per liberare il potere nascosto nelle relazioni di coppia*. Milano: FrancoAngeli. ISBN: 9788820417888.
49. Perls F. S. (1942), *Ego, Hunger and Aggression: A revision of Freud's Theory and Method*, Random House, London, NY, 1969 (trad. it. *L'io, la fame, l'aggressività*, Franco Angeli Editore, Milano 1995). ISBN: 9788856846713

PSICOPATOLOGIA FENOMENOLOGICA

Analisi sistemico-fenomenologica del linguaggio di una paziente con schizofrenia Il caso della fidanzata

Francesco Mercadante¹

¹ Professore Aggregato di Analisi del Linguaggio, SIPGI (Trapani), Contributor di Econopoly - Il Sole 24 Ore, Membro del Comitato Scientifico della Fondazione per la Sostenibilità Digitale



Citation

Mercadante F. (2023).
Analisi sistemico-fenomenologica
del linguaggio di una paziente
con schizofrenia
Il caso della fidanzata
Phenomena Journal, 6, 40-49.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.229>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Francesco Mercadante
f.mercadante@francescomercadante.it

Ricevuto: 2 ottobre 2024

Accettato: 6 dicembre 2024

Pubblicato: 6 dicembre 2024

ABSTRACT

In the following contribution, the object of investigation is the relationship between the pathological panel of *catatonic syndrome* and the language system of the subject who suffers from it. In particular, we have examined the linguistic *corpus* of a patient hosted, together with nine members, in a community, in order to demonstrate that the semantics of the subject with schizophrenia can be interpreted on the basis of a real code. Schizophrenic spectrum disorders, as is known, due to the subcortical dopaminergic variation, the functional reduction of NMDA of glutamate and the anomalies of the prefrontal cortex and temporal lobes, manifest themselves in a marked alteration of cognitive functions. Consequently, narrative-conceptual disorganization, the absence of a precise reference in the communicative process and the continuous violation of the *maxims of linguistic cooperation* are inevitable. However, we hypothesize, contrary to what is claimed by most, that the linguistic sign of the schizophrenic is not devoid of transparency. It, on the contrary, must and can be studied according to a systemic, organic and phenomenological approach.

KEYWORDS

Cohesion, phenomenology, language, schizophrenia, semantics.

ABSTRACT IN ITALIANO

Nel contributo che segue, l'oggetto d'indagine è costituito dalla relazione tra il quadro patologico della *sindrome catatonica* e il sistema di linguaggio del soggetto che ne soffre. In particolare, abbiamo preso in esame il corpus linguistico di una paziente ospitata, assieme ad altri nove membri, presso una comunità alloggio, allo scopo di dimostrare che la semantica del soggetto con schizofrenia può essere interpretata sulla base di un vero e proprio codice. I disturbi dello spettro *schizofrenico*, com'è noto, a causa della variazione dopaminergica sottocorticale, della riduzione funzionale dell'NMDA del glutammato e delle anomalie della corteccia prefrontale e dei lobi temporali, si manifestano in una marcata alterazione delle funzioni cognitive. Di conseguenza, la disorganizzazione narrativo-concettuale, l'assenza di una precisa referenza nel processo comunicativo e la continua violazione delle *massime della cooperazione linguistica* sono inevitabili. Tuttavia, ipotizziamo, al contrario di quanto si afferma dai più, che il segno linguistico dello schizofrenico non sia privo di trasparenza. Esso, diversamente, deve e può essere studiato secondo un approccio sistemico, organico e fenomenologico.

PAROLE CHIAVE

Coesione, fenomenologia, linguaggio, schizofrenia, semantica.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Introduzione: il profilo

La fidanzata – così l’abbiamo ridefinita e più avanti ne daremo spiegazione – è ospite di una comunità alloggio assieme ad altri nove membri. Ne abbiamo studiato il profilo linguistico nel corso di dodici incontri strutturati mediante il modello dei colloqui di gruppo sotto la guida di due psicoterapeute. Il nostro lavoro di ricerca è consistito nell’ascolto attivo e, di conseguenza, nella raccolta di dati linguistico-espositivi. Nella sezione *Materiali e Metodi*, forniremo i riferimenti di pertinenza. Qui, ci dedichiamo anzitutto alla descrizione dell’identità narrante. L’appellativo di “fidanzata” attribuito alla protagonista del nostro studio è dettato esplicitamente da un automatismo comportamentale in base al quale ella esercita meccanicamente il ruolo di fidanzata immaginaria. Molte delle sue narrazioni, infatti, fanno riferimento ad una figura maschile che, nei momenti di quiete della vita di comunità, s’intrufolerebbe nella sua stanza per stare in intimità con lei. Si tratta di una donna sui quarant’anni, di media statura, con evidente alterazione della tipologia somatica. In particolare: labbra cascanti, cattiva dentizione e parete frontale slargata, pur essendo in contrasto con un aspetto esteriore sufficientemente curato, rafforzano e completano il quadro clinico indicato dagli specialisti. Durante le fasi del colloquio, si rilevano marcate forme di mutacismo, negativismo e appiattimento delle funzioni cognitive ed emotive. Interviene solo in seguito a stimolo chiaramente e funzionalmente rivolto a lei, senza mai formulare frasi complesse e significative. Non di rado, la si sente canticchiare brani apparentemente privi d’una sintassi concettuale e al centro del cui tema stanno ossessivamente “papà e mamma”. Di seguito, riportiamo l’esempio che ci proponiamo di esaminare:

L’uccellino si distacca da papà e mamma, perciò è infelice. Poi si riprende e diventa felice. Incontra il pericolo. Qualcosa che ci inghiotte. Le ho incontrate, ma mi sono liberata. Ad esempio, la depressione ti inghiotte. Può accadere di essere derubati. Del pericolo ci si deve accorgere. Una volta, ero in una casa al mare, dove c’era il balcone senza ringhiera, ma con una punta di ferro. Avevo 13 anni ed avevo paura che una persona potesse cadere e morire. Ero con papà e con mamma. Sono sempre riuscita a scampare al pericolo. Il pericolo per me è la paura. Siamo sicuri che questa musica porti al pericolo.

Nelle risposte alle domande che le vengono poste, ripete a pappagallo l’intera domanda trasformandola in frase affermativa; di conseguenza, sembra accettare sommessamente la volontà del proprio interlocutore, dando credito a tutte le richieste di quest’ultimo, anche quando le frasi sono in contraddizione le une con le altre. Si sa per certo che, in passato, è stata protagonista di episodi di autolesionismo: era solita colpirsi le articolazioni con oggetti contundenti. Pur non avendo riportato lesioni organiche, si è convinta di non potere utilizzare la gamba destra, a tal punto da deambulare cercando sempre un sostegno. Allo stesso modo, seduta, chiede un sostegno per potere distendere la gamba e, di notte, chiede un cuscino da sistemare sotto l’arto ‘malato’.

2. Materiali e Metodi: occorrenze, coesione e semantica

Il lavoro di raccolta dei dati linguistici si è svolto nel corso di 12 incontri all'interno di una comunità alloggio dove sono ospitati 10 pazienti con schizofrenia, come abbiamo detto in precedenza. Gli incontri sono stati condotti da due psicoterapeute esperte, mentre lo scrivente ha ottenuto l'autorizzazione a partecipare per il tramite della propria università e al solo scopo di realizzare una ricerca scientifica. La paziente qui designata come "fidanzata", infatti, non è l'unica il cui *corpus* linguistico sia stato messo per iscritto e analizzato. Ci ripromettiamo, a tal proposito, di proporre alla comunità scientifica gli altri casi. I principi operativi sono stati i seguenti: rilevamento delle *occorrenze* ed esame del relativo fenomeno della *ricorrenza*; studio della *coesione*, ovvero della rete di collegamenti tra gli enunciati della paziente; esplicitazione e descrizione della *semantica* dei contenuti dell'eloquio. Per evidenti ragioni di spazio documentale, i frammenti del *corpus* linguistico di ognuno dei pazienti analizzati sono stati sottoposti a selezione sulla base di un criterio logico-argomentativo. Agli effetti di una piena comprensione del fenomeno e del metodo che proponiamo, è bene precisare che la paziente, cui è stato diagnosticato un *sottotipo deficitario*, è da tempo nella *fase tardiva della malattia*. Non siamo in possesso di ulteriori dati circa la sua vita. Ciò dipende da una scelta di metodo fatta all'inizio del periodo di ricerca: nel caso del metodo che proponiamo, infatti, la conoscenza di notizie biografiche avrebbe potuto compromettere la neutralità e l'oggettività dell'analisi; sarebbe stato facile lasciarsi condizionare dagli aneddoti intimi, rischiando di adattare ad essi alcuni processi semantico-interpretativi. La decisiva premessa metodologica s'è strutturata attraverso la trascrizione del discorso della "fidanzata"; il che si è reso possibile, a dispetto del suo appiattimento emotivo. In più circostanze, ella si distingueva per *anedonia* e, come s'è detto, occorre che le psicoterapeute la coinvolgessero nelle attività di gruppo. Purtroppo, in letteratura, non esistono ancora studi in cui si contempli l'applicazione della linguistica al linguaggio delle psicopatologie, laddove, al contrario, ne esistono molti sul linguaggio come misura del comportamento. A tal proposito, suggeriamo al lettore di prestare particolare attenzione allo studio delle *ricorrenze*, delle *implicature* e, in generale, a tutti gli elementi di relazione che descriveremo più oltre. Mettere a sistema queste informazioni linguistiche vuol dire, per l'appunto, 'scoprire' il legame tra quei significati che, in apparenza, sono caratterizzati unicamente dal disordine e dall'incoerenza. Nella figura 1, il lettore troverà un esempio concreto della risultanza sistemico-fenomenologica. Qui, aggiungiamo questo: riteniamo che, in assenza di questo approccio, sarebbe stato impossibile spiegare la metafora dell'uccellino mettendola il collegamento col resto del discorso, cosicché il discorso stesso sarebbe risultato inaccessibile o pressoché oscuro.

3. Discussione: il *corpus* linguistico e l'analisi

3.1 *Aspettativa, pertinenza e cooperazione*

Il 'linguaggio delle devianze' e, in particolare, quello della schizofrenia è una netta violazione della pragmatica della comunicazione che il soggetto rivolge contro di sé, si esplica in una forza di persuasione occulta continuamente perpetrata contro l'identità sociale e affettiva della persona. Le parole, spesso, sembrano nascere e morire, ciclicamente, all'interno della stessa identità narrante. Eppure, come abbiamo anticipato, sulla base delle nostre analisi, è possibile affermare che la *coesione* e il segno linguistico non hanno la stessa oscurità e la stessa ambiguità che, invece, caratterizzano in modo irreversibile la comunicazione. Perché questa affermazione sia valutata ampiamente, tuttavia, è necessario assumere una *prospettiva fenomenologica* e valutare i fenomeni nel modo in cui essi appaiono alla coscienza del paziente, indipendentemente dalle nostre *aspettative* e dalla *rilevanza* che noi attribuiamo alle referenze extralinguistiche della comunicazione. Un parlante le cui funzioni cognitive non sono inalterate, come hanno scritto Dan Sperber e Deirdre Wilson in *Relevance Communication & Cognition* [1], seleziona le informazioni sulla base di *aspettative comuni* e si esprime sulla base della *rilevanza argomentativa*. Secondo gli autori summenzionati, infatti, il nostro sistema cognitivo-informativo è caratterizzato dal *principio di pertinenza*. Con un esempio tratto da un semplice scambio di battute, la teoria risulterà più comprensibile.

TIZIO: Mi sembri un po' triste

CAIO: Nient'affatto! Sono un toro...

Non si fa fatica a rilevare che l'*atto linguistico rappresentativo* di TIZIO si colloca sul piano della percezione. Egli, pertanto, offre a CAIO un ventaglio di opportunità di risposta. CAIO, invece, annulla nettamente la percezione del proprio interlocutore servendosi della metafora del toro. Noi non esitiamo a intuire quanto segue: con un'espressione rappresentativo-concettuale, CAIO comunica di essere forte e resistente, di là dall'approssimazione di significato. Sulla base della *selezione delle informazioni*, del *principio di pertinenza* e delle *aspettative*, quindi, TIZIO non penserà mai che CAIO possa mettersi a sbuffare, palpitare con forza il terreno, inarcare il collo et cetera al solo scopo di esibire la propria aggressività. A tal proposito, cioè a proposito di intesa comunicativa, prima di entrare nel merito dell'analisi del testo della fidanzata, è opportuno valutare il contributo di Paul Herbert Grice, il quale ritiene che lo scambio verbale "sia un caso o un tipo speciale di comportamento intenzionale e razionale" [2] basato su quattro massime della cooperazione conversazionale: *quantità, qualità, relazione e modalità*. In sintesi, l'ipotetico parlante dalle funzioni cognitive inalterate non entra in un bar per chiedere un caffè e, oltre a fare la richiesta, racconta al barista la storia della propria vita; in altri termini,

non violerebbe mai la *massima della quantità*, almeno non fino a questo punto, allo stesso modo in cui non chiederebbe al barista un farmaco per l'epigastralgia, violando la *massima della relazione*.

3.2 Dai presupposti neurobiologici al segno linguistico

L'utilità del ricorso al lavoro di Sperber e Wilson e a quello di Grice è presto detta: indubbiamente, gli atti linguistici di un paziente affetto dal disturbo dello spettro schizofrenico non si formano secondo il *principio di pertinenza* e dell'*aspettativa argomentativo-relazionale* e il paziente non opera in conformità alle *massime di cooperazione*. D'altronde, il suo deterioramento meccanico-funzionale non consentirebbe un diverso comportamento linguistico [3]. In precedenza, infatti, abbiamo fatto cenno alle anomalie neurobiologiche che ne condizionano l'esistenza. Qui, aggiungiamo gli studi, più o meno recenti, mediante i quali definiamo il quadro scientifico. Yang e Raine [4], per esempio, documentando le risultanze delle indagini effettuate con PET, hanno indicato le anomalie della corteccia prefrontale e dei lobi temporali, da cui si ha l'incapacità di controllare gli impulsi. In merito, si sono espressi pure Jim van Os e Kapur [5], attestando che, nel 40-50% dei casi, i pazienti con schizofrenia mostrano differenze proprio nei lobi frontali, nell'ippocampo e nei lobi temporali. Da ultimo, citiamo il contributo di Konradi ed Heckers [6] con riferimento alla riduzione funzionale dell'NMDA del glutammato, che si tradurrebbe in un incremento dell'attività nervosa dello schizofrenico. Pur acquisendo i necessari riscontri documentali, com'è doveroso, non possiamo fare a meno di ribadire che il 'discorso' dello schizofrenico, non manca di *coesione* né si può asserire che il suo segno linguistico è privo di trasparenza. Anzitutto, è essenziale chiarire che il concetto di *coesione* è comunemente frainteso: si tratta non già di una qualche specie di compattezza semantico-argomentativa, bensì di una proprietà del testo che si forma attraverso una "rete di collegamenti tra le frasi, che indicano dipendenze e sintonie interpretative" [7]. In altri termini, "per *coesione*, s'intende l'insieme di tutti quei *collegamenti infratestuali* in funzione dei quali il discorso può essere percepito come entità: la *ricorrenza*, gli elementi *forici*, quali sono *anafora* e *catafora*, gli *accordi*, i *connettivi*, la *consecutio temporum* e, in generale, i *marcatori del discorso*" [8]. Per quanto attiene al segno linguistico, la nostra revisione è dettata dal rilevamento di un altro grave errore commesso in letteratura: il segno linguistico non è indicatore dell'organizzazione concettuale del parlante né dev'essere considerato l'antecedente simbolico del significato; esso rappresenta nient'altro che la relazione tra concetto e immagine. Ferdinand de Saussure scrive in merito: "Il segno linguistico unisce non una cosa e un nome, ma un concetto e un'immagine acustica. Quest'ultima non è il suono materiale, cosa puramente fisica, ma la traccia psichica (...)" [9]. Pertanto, affermare che l'eloquio del paziente schizofrenico manca di un segno linguistico trasparente vuol dire negare, nello stesso tempo, che egli abbia un 'proprio mondo', vuol dire, in altri termini, privarlo della sua *fenomenologia*.

3.3 L'analisi linguistica secondo una prospettiva sistemica e fenomenologica

L'incipit del brano canticchiato dalla fidanzata è chiaramente mediato dalla *metafora dell'uccellino*. È bene precisare, fin da ora, che la *metafora* è una figura di cui tutti noi, inconsapevolmente, facciamo amplissimo uso, a tal punto che essa, come scrivono George Lakoff e Mark Johnson in *Metaphors We Live By*, “è pervasiva nella vita di tutti i giorni, non solo nel linguaggio, ma anche nel pensiero e nell'azione. Di conseguenza, la metafora determina il modo in cui percepiamo, pensiamo e agiamo” [10]. Questo modo di *percepire, pensare e agire* si manifesta, dunque, attraverso un inesausto processo di *trasferimento* e *sostituzione*. Infatti, il verbo greco μεταφέρειν (*metaphèrein*), da cui il sostantivo *metafora* s'è formato, significa, per l'appunto, *trasferire, trasportare, cambiare*. Di qui, si comprende come, una volta acquisito un rapporto di analogia tra due elementi, senso e significato siano trasferiti per sostituzione. Riproponendo l'illustre parere di Beatrice Mortara Garavelli, ne abbiamo la conferma:

“(...) Sostituzione di una parola con un'altra il cui senso letterale ha una qualche somiglianza col senso letterale della parola sostituita. Tale definizione (...) è conforme alla concezione dei tropi come figure di sostituzione (*immutatio*) che vertono su parole singole (*in verbis singulis*)” [11].

Se adesso riprendiamo rapidamente la risposta di CAIO del minidialogo proposto in precedenza, “Sono un toro”, ci rendiamo conto facilmente del ricorso alla metafora nella vita di tutti i giorni. Allo stesso modo, frasi come “Sono giù”, “Quell'uomo è avanti anni luce” *et similia* appaiono di senso compiuto unicamente in funzione dei meccanismi di analogia e sostituzione che ne connotano la realizzazione: lo stato d'animo non è ‘in alto’ o ‘in basso’, come l'intelligenza di qualcuno non si misura in ‘anni luce’, tranne che, per l'appunto, se ne adotti il *trasferimento*. Il caso di “uccellino”, in tal senso, è esemplare. La paziente, inconsapevolmente, ha generato un dominio semantico-strutturale di *trasferimento*, benché al destinatario manchi la referenza extralinguistica. L'uccellino non esiste per noi, ma esiste per lei: in un approccio fenomenologico, è bene tenerne conto.

Sulle prime, un elemento che, per l'interpretazione comune, potrebbe risultare fortemente contrastante, è l'opposizione tra “felice” e “infelice”, che si consuma rapidamente, alla stessa maniera in cui è brusco e quasi violento il passaggio dal momento del “distacco” a quello della “ripresa”. La narrazione, in effetti, è povera, paratattica, priva di *climax* o di qualsivoglia altra ‘figura del coinvolgimento emotivo’. È nostro dovere, tuttavia, analizzarne il contenuto, come abbiamo già scritto, non già sulla base di certe *aspettative*, bensì con riferimento alla pura enunciazione, che rappresenta il mondo della paziente. Così facendo, infatti, possiamo rilevare che la determinazione avverbiale di tempo “poi” costituisce un segno di regolare coesione rispetto all'evento, probabilmente traumatico, mediato dall'azione del *distaccarsi da* (...). Lo stesso uso della congiunzione coordinante conclusiva “perciò” rientra per-

fettamente nell'ordine funzionale delle parti del discorso. Verosimilmente, un parlante con una sana capacità discorsivo-organizzativa avrebbe annunciato, prima, l'*incontro del pericolo* e, solo in seguito, la *ripresa*. Anche in questo caso, però, potrebbe trattarsi d'una lettura sbrigativa. Se, infatti, prestiamo attenzione al fenomeno d'insieme e ne facciamo un riesame sistemico, l'interpretazione può subire un cambiamento considerevole:

- (1) “si distacca”;
- (2) “si riprende”;
- (3) “incontra il pericolo”;
- (4) “qualcosa che ci inghiotte”;
- (5) “le ho incontrate”;
- (6) “mi sono liberata”.

Il ritmo informativo si fa martellante, sebbene la *fidanzata* non abbia l'intenzione di informarci di qualcosa. Le simmetrie semantico-concettuali sono sorprendenti, tanto da invalidare la stessa ipotesi della sequenza errata. Al *distacco-trauma* segue la *ripresa*, cui segue un altro evento traumatico, non altrimenti che se stessimo leggendo un bollettino stringato e piatto. Dopo l'*incontro col pericolo*, la vicenda, narrata fino a questo punto in terza persona singolare mediante la metafora dell'*uccellino*, è riaffidata alla prima persona singolare dell'identità narrante, ma ciò non accade in modo casuale, delirante o, come si potrebbe essere indotti a credere, sulla base dei pregiudizi di metodo, in modo 'disorganizzato': “qualcosa che ci inghiotte”; l'identità narrante, in altri termini, introduce un pronome indefinito (“qualcosa”) che ha il valore di estensione filosofico-morale, configurandosi, tra le altre cose, come ulteriore arricchimento delle reti di collegamento del discorso e, di conseguenza, della *coesione*: “qualcosa che ci inghiotte”; il pericolo riguarda tutti noi, tanto più che il relativo “che” ha come antecedente proprio “pericolo”: l'atto linguistico assertivo può essere considerato banale, ma non disfunzionale. L'unico consistente difetto, per così dire, si può registrare nell'enunciazione della (5), in cui la paziente usa il pronome anaforico “le”, che, in quanto tale, indicherebbe la ripresa di qualcosa che è stato espresso in precedenza, laddove è evidente che non esiste un sostantivo plurale femminile che ci permetta di convalidarne la valenza. Tuttavia, la (5), per contenuto, si rifà alla (3), essendo vettore di *ricorrenza* (“incontra” / “incontrate”). Con la (6) scopriamo che si è *liberata*. Vien fatto di chiedersi: da cosa? La risposta, *rebus sic stantibus*, ci sembra semplice: da ciò che ci *inghiotte*, dal *pericolo*; il che rivela una semantica lineare. La linearità semantica e la *coesione* si arricchiscono con la frase successiva, “Ad esempio la depressione ti inghiotte”: la locuzione avverbiale “ad esempio” ha una limpida e inequivocabile funzione esplicativa e c'induce a riprendere il significato di “qualcosa che ci inghiotte”. Se in “qualcosa che ci inghiotte” l'interpretazione è sospesa al valore dell'indefinito, in “la depressione ci inghiotte”, la paziente specifica la natura del *pericolo* e di ciò che *ci inghiotte*.

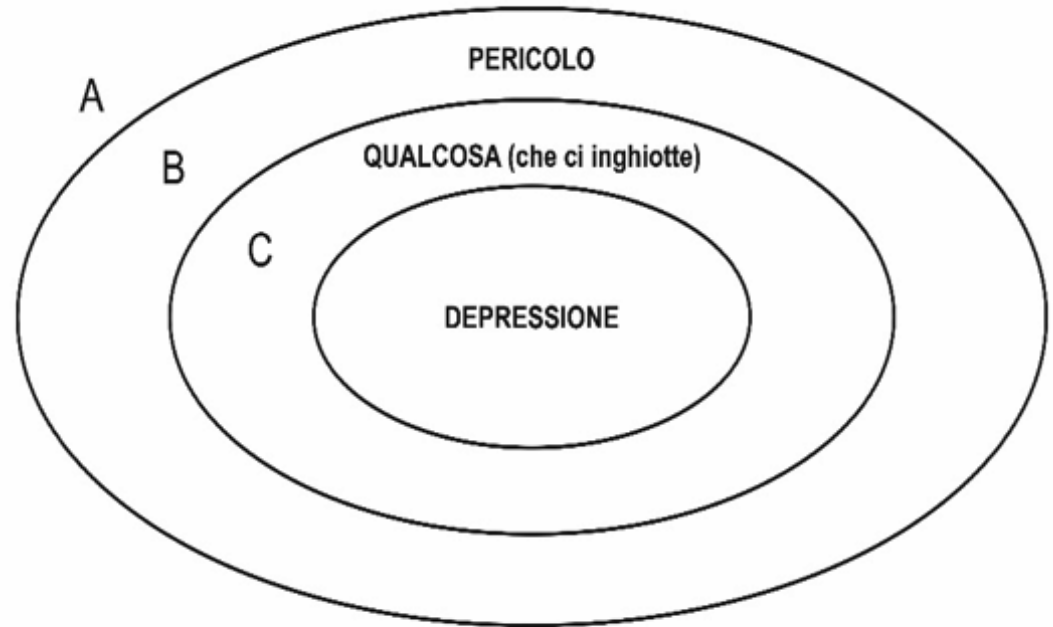


figura 1

Procedendo oltre, incontriamo un'altra metafora, quella del furto: “Può accadere di essere derubati”. Indubbiamente, in enunciazioni di questo tipo si può ravvisare l'esperienza di *influenzamento* e *alienazione* dello schizofrenico, i cui pensieri talora sono imposti da una sorta di *agenzia esterna* [12]. Di conseguenza, si può anche ipotizzare che la paziente sia convinta d'essere stata derubata, ma ciò non ne altera il piano semantico o la funzionalità del segno linguistico. Anzi, a ben vedere, la metafora del furto ci riporta al *pericolo*, a qualcosa *che ci inghiotte*, alla *depressione*, fattori che determinano – tutti, indistintamente – uno stato di privazione: poco cambia, da un punto di vista semantico, se questa privazione sia causata dall'*agente esterno* o meno. Quando leggiamo o ascoltiamo la frase “Del pericolo ci si deve accorgere”, che s'impone come un'altra massima nell'eloquio della paziente, altra rispetto a “Qualcosa che ci inghiotte”, grazie al fenomeno della *ricorrenza* e al rilevamento delle occorrenze, ci accorgiamo che il grafico suesposto in figura 1 potrebbe essere ampliato: “pericolo”, come abbiamo visto, è iperonimo degli altri termini, cioè un termine di estensione semantica superiore a quella di “qualcosa che ci inghiotte”, “depressione” o “furto”. In tutto il brano, registriamo addirittura 5 occorrenze di “pericolo”, cui si devono aggiungere diverse forme esplicative che del “pericolo” sono sottoinsiemi semantici (“qualcosa che...”, “depressione”, “furto” *et similia*), 2 del verbo “incontrare” e 2 di “paura”, a proposito delle quali bisogna fare lo stesso ragionamento fatto per le forme esplicative di “pericolo”. Se consideriamo che l'intero corpus linguistico è costituito da 108 parole, incluse le *parole grammaticali*, che non sono portatrici dirette di significato e, per ciò stesso, sono definite *vuote*, sappiamo

che la *rete dei collegamenti* di cui abbiamo parlato in precedenza è concreta, valida e compatta. Questa rete è il fondamento della *coesione*.

FREQUENZA	ELEMENTO LINGUISTICO	SENSO E SIGNIFICATO
5	“pericolo”	<i>Ciò che è accaduto</i>
2	“incontrare”	<i>Esperienza</i>
2	“paura”	<i>Emozione primaria</i>
2	“mamma e papà”	<i>Attaccamento / Protezione</i>

Tabella 1

A mano a mano che si va avanti con l'analisi, si può documentare che il “pericolo” si fa esplicito: “Una volta, ero in una casa, dove c'era il balcone senza ringhiera, ma con una punta di ferro”. Adesso, la narrazione non è più astratta, aliena da una realtà condivisibile, compaiono delle immagini ben definite: *il balcone non ha la ringhiera* e, per di più, ha una *punta di ferro*, quindi si può cadere o ci si può far male; la qual cosa rinvia a “può accadere di (...)” o a “(...) si distacca”, a *qualcosa di cui ci si dovrebbe accorgere*. L'esperienza viene tradotta in figura e l'emozione primaria ne è l'espressione vitale. Il tempo verbale è l'imperfetto indicativo, che rappresenta una scelta idonea e funzionale alla componente narrativo-durativa dell'azione. Se sussistessero ancora dei dubbi in merito alla *coesione*, basterebbe osservare attentamente che, in seno alla descrizione della *scena del balcone*, ricompaiono i genitori (“mamma e papà”), quegli stessi genitori da cui si distacca l'*uccellino*, e con loro prende forma anche una casa. Certamente, l'*alterità* sovrasta sempre la paziente, la quale abbandona presto la personalizzazione del possibile intreccio, introducendo una “persona che possa cadere e morire” e tornando a fare astrazione dall'esperienza, ma questa attitudine, com'è noto, esprime appieno il *modus loquendi* degli schizofrenici, la cui costruzione è costantemente paralogica e tangenziale: il loro “qui e ora” è, per lo più, un “altrove e chissà-quando”. Una volta smarrito il processo esperienziale di personalizzazione, naturalmente, il circuito ricomincia daccapo: la scena resta incompiuta, la prima persona scompare, torna un “noi” alienante, compare un'indecifrabile “musica”, resta il “pericolo”.

“Da questo punto di vista lo sforzo di un lettore per capire Essere e tempo o per gustare le Poesie a forma di farfalla di Dylan Thomas non è di natura diversa da quello compiuto da un qualunque psicopatologo che cerca di svelare il senso riposto dei neologismi, dei paralogismi e delle argomentazioni capziose di un delirio di persecuzione di un paziente schizofrenico” [13].

4. Conclusioni

Ferme restando le caratteristiche, ormai universalmente note e opportunamente dimostrate, di *tangenzialità*, *disorganizzazione* e *paradossalità* dell'eloquio degli schi-

zofrenici, riteniamo, per converso, che sia errato parlare di scarsa trasparenza del *segno linguistico* e di assenza di *coesione*. Nello sviluppo di questo lavoro, infatti, ci siamo premurati, anzitutto, di esibire gli studi sulla *teoria del segno* e sul concetto di *coesione* affinché si facesse chiarezza sul protocollo che accomuna psicopatologia e linguistica. Applicare i moduli della linguistica al ‘linguaggio delle devianze’, pertanto, significa consentire all’analista di selezionare le giuste strutture semantiche di un qualsivoglia insieme di segni. In ogni caso, l’interpretazione dei segmenti linguistici, come speriamo di avere dimostrato, è da concepirsi unicamente all’interno di un quadro sistemico-fenomenologico, per il quale gli enunciati siano considerati quali espressioni di una manifestazione dell’essere e non come pezzi di una grammatica della comunicazione. Lo psicoterapeuta e il professionista della riabilitazione psichiatrica, possono cooperare, all’esterno del setting psicoterapeutico, al fine di ricostruire la semantica profonda del discorso di un paziente con schizofrenia e, in questo modo, rivelarne i *nuclei d’azione linguistica*, la sua trama nascosta. Gli enunciati “L’uccellino si distacca”, “Qualcosa che ci inghiotte”, “Può accadere di essere derubati”, “Avevo 13 anni”, riportati in precedenza, essendo apparentemente slegati e tangenziali, impongono il ricorso allo studio del *corpus linguistico* entro il quale sono concepiti, non possono essere classificati come espressioni dell’assenza di un fine e, di conseguenza, devono essere studiati e riformulati attraverso gli elementi di *coesione* e, in parte, di coerenza. Quest’ultima, non a caso, esprime il modo in cui il discorso dello schizofrenico è organizzato.

BIBLIOGRAFIA

1. Sperber, D., Wilson, D., (1986), *Relevance Communication & Cognition*, Blackwell, Cambridge
2. Grice, P. H., (1975), *Logic and Conversation*, trad. it di G. Moro, 1993, *Logica e conversazione Saggi su intenzione, significato e comunicazione*, Il Mulino, Bologna, p. 62
3. Frith, C. D., (2004), *Schizophrenia is a Disorder of Consciousness*, Taylor & Francis, London
4. Yang, Y., Raine, A., (2009), *Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: a meta-analysis*, *Psychiatry Res*, 174, 81–88
5. Jim van Os, Kapur S., (2009), *Schizophrenia*, in *Lancet*, 374, 9690, pp. 635-45
6. Konradi, C., Heckers, S., (2003), *Molecular aspects of glutamate dysregulation: implications for schizophrenia and its treatment*, in *Pharmacology and Therapeutics*, 97, 2, 153-179
7. Ferrari, A., (2010), *Procedura di coesione*, Treccani online
8. Gigante, E., Mercadante, F., (2024), *Psicoterapia integrata Fasi del processo e analisi linguistica del colloquio*, QED, Tortora
9. De Saussure, F., 1922, *Cours de linguistique générale*, trad. it. di T. De Mauro, 1962, *Corso di linguistica generale*, Gius. Laterza & Figli, Roma-Bari, pp. 83-84
10. Lakoff, G., Johnson, M., (1980), *Metaphors We Live By*, The University of Chicago Press, pp. 3-4
11. Mortara Garavelli, B., (1988), *Manuale di retorica*, RCS, Milano, p. 159
12. Rossi Monti, M., (2008), *Forme del delirio e psicopatologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano
13. Pennisi, A., Bucca, A., Falzone, A., (2004), *Trattato di psicopatologia del linguaggio*, Edas Edizioni, Messina