

RICERCA DI SENSO

Analisi esistenziale e logoterapia frankliana

volume 14, numero 1
febbraio 2016



Erickson

RICERCA DI SENSO

La rivista esce tre volte
l'anno.

L'abbonamento si effettua
versando € 31,50 (per
abbonamenti individuali)
o € 42,80 (per Enti, Scuole,
Istituzioni) sul c/c postale
n. 10182384 intestato a
*Edizioni Centro Studi
Erickson*, Via del Pioppeto
24 - 38121 Gardolo - Trento,
specificando l'indirizzo esatto.

Numeri singoli € 15,50. Le
annate arretrate della rivista
sono disponibili su CD-ROM
(€ 20,00) e possono essere
richieste solo al Centro Studi
Erickson.

L'abbonamento dà diritto
alle seguenti agevolazioni:

1. sconti speciali su tutti i
libri Erickson;
2. sconto per l'iscrizione a
convegni, corsi e seminari
organizzati dal Centro
Studi Erickson.

L'impegno di abbonamento è
continuativo, salvo regolare
disdetta da effettuarsi entro
il 31 ottobre compilando
online il modulo disponibile
all'indirizzo [www.erickson.it/
Riviste/Pagine/Disdetta-ab-
bonamento.aspx](http://www.erickson.it/Riviste/Pagine/Disdetta-abbonamento.aspx). La repulsa
dei numeri non equivale a
disdetta.

Ufficio abbonamenti

Tel. 0461 950690
Fax 0461 950698
info@erickson.it

Registrazione presso il
Tribunale di Trento n. 1153 del
19/12/02.

ISSN: 1722-6155

Dir. resp. Alessandro Scarpelli

Rivista ufficiale dell'Associazione
di Logoterapia e Analisi Esistenziale
Frankliana, fondata da **Eugenio
Fizzotti**.

DIREZIONE SCIENTIFICA

Domenico Bellantoni
info@logoterapiaonline.it
Via Bari, 71 - 80143 Napoli

Manoscritti, proposte di articoli, libri
per recensione e riviste in cambio
devono essere indirizzati
alla Direzione della rivista.

La Condirezione, una volta ricevuto
l'originale del contributo, lo
sottopone al giudizio autonomo
di due referee nominati dal
Coordinatore della rivista.

CONDIREZIONE

Alfredo Altomonte
Antonella Arioli
Daniele Bruzzone
Maria Luisa De Luca
Pina Del Core
Paola Versari

COMITATO SCIENTIFICO

Gerónimo Acevedo (Buenos Aires)
Giosch Albrecht (Chur)
Roberto Almada (Montevideo)
Maria Armezzani (Padova)
Leticia Ascencio de García (Città del
Messico)
Alexander Batthyany (Vienna)
Mario Di Fiorino (Viareggio)
Zbigniew Formella (Roma)
Ely Frankl Schwindt (Vienna)
Gabriele Frankl Vesely (Vienna)
Paolo Gambini (Roma)
Patti Havenga Coetzer (Benmore-Sud
Africa)

Wolfram Kurz (Tübingen)
Arturo Luna (Bogotà)
Elisabeth Lukas (Vienna)
Efrén Martínez Ortiz (Bogotà)
Harald Mori (Vienna)
Carlo Nanni (Roma)
Maria Ángeles Noblejas de la Flor
(Madrid)
Oscar Ricardo Oro (Buenos Aires)
Aureliano Pacciolla (Roma)
Furio Pesci (Roma)
Kazimierz Popielski (Lublin)
Umberto Romeo (Messina)
Emmy Van Deurzen (Londra)
Franz Vesely (Vienna)
Cristina Visiers Würth (Barcellona)
Otmar Wiesmeyer (Wels)

COMITATO DI REDAZIONE

Giuseppe Crea
Francesco Reposati
Enzo Romeo
Alessandro Scarpelli

COORDINAMENTO EDITORIALE

Emanuela Schiavello

IMPAGINAZIONE

Sara Cattoni

GRAFICA

Giordano Pacenza

COPERTINA

© PhotographerOlympus

STAMPA

LegoDigit s.r.l. - Lavis (TN)

RICERCA DI SENSO

Analisi esistenziale e logoterapia frankliana - Vol. 14, n. 1, febbraio 2016

Editoriale

a

Approfondimenti

Per un intervento integrato analitico-esistenziale ai disturbi d'ansia
Domenico Bellantoni

7

La cura del malato oncologico alla luce del modello
bio-psico-socio-esistenziale
Valentina Cecchi

31

e

Esperienze

L'efficacia dei Circoli di Dialogo Esistenziale (CDE) nell'approccio
alla consulenza per donne con obesità di II e III grado
Stephanie Alfaro Fernández e Paola Vargas Gómez

51

r

Recensioni

75

EDITORIALE

Innanzitutto vogliamo formulare un augurio cordiale a tutti i nostri lettori – con particolare attenzione a coloro che, sottoscrivendo per la prima volta l'abbonamento alla Rivista, ci hanno accordato interesse e fiducia – per questo nuovo anno solare che speriamo possa rappresentare per tutti un'opportunità di crescita individuale e sociale.

Come si potrà notare, sfogliando le pagine di questo primo numero del 2016, i diversi articoli offrono l'opportunità di considerare le svariate possibilità applicative dell'approccio analitico-esistenziale frankliano, tanto in chiave psicoterapeutica quanto in ottica preventiva.

In tal senso, un primo contributo – Per un intervento integrato analitico-esistenziale ai disturbi d'ansia – è relativo alla possibilità di interpretare i disturbi d'ansia, in progressivo aumento nella società occidentale, anche alla luce di un diffuso senso di disorientamento esistenziale, a causa della perdita e/o confusione relativa a quadri di riferimento e criteri di valore condivisi e capaci di sostenere una convergenza nelle relazioni familiari e sociali. Pertanto, pur alla luce di un approccio integrato che valorizzi il contributo di modalità d'intervento basate sull'evidenza (ad esempio le terapie cognitivo-comportamentali), viene evidenziata come irrinunciabile una rilettura del disturbo d'ansia, nelle sue diverse manifestazioni, nonché la pianificazione di una strategia psicoterapica informata ai nuclei portanti del pensiero frankliano e ai suoi sviluppi: vuoto esistenziale, ricerca di senso, valori di atteggiamento, autodistanziamento e autotrascendenza, valori e significati personali, ecc.

Il secondo articolo – La cura del malato oncologico alla luce del modello bio-psico-socio-esistenziale –, invece, si focalizza su di una realtà ancora più drammatica e che tocca nel profondo il vissuto di tantissime persone e delle loro famiglie: la malattia oncologica. Ciò che si tende a mettere in evidenza è il rischio di ridurre il paziente oncologico alla sua malattia, perdendone di vista le imprescindibili esigenze di relazionalità e di mantenimento di un senso della propria vita, pur nelle condizioni, a volte, di estrema sofferenza e limitazione in cui «spinge» il tumore. In tal senso, il contributo di Cecchi fa intravedere le potenzialità di un esplicito arricchimento del modello bio-psico-sociale alla malattia, proposto da Engel, a partire da un'integrazione di questo con l'approccio frankliano capace di evidenziare come la sofferenza ineliminabile, considerata potenzialmente come luogo della massima prestazione umana, possa essere trasformata in un'opportunità di crescita e la vita possa continuare a mantenere un senso e una ricchezza di significati.

Il terzo contributo pubblicato su questo numero – L'efficacia dei Circoli di Dialogo Esistenziale (CDE) nell'approccio alla consulenza per donne con obesità di II e III grado –, a cura di Fernández e Vargas Gómez dell'Uni-

versità Cattolica del Costa Rica, riveste, a differenza dei primi due, un carattere eminentemente esperienziale. Infatti, viene descritta l'efficacia, nel trattamento dei casi di obesità in soggetti femminili, di un particolare approccio strategico: i Circoli di Dialogo Esistenziale, che sono molto diffusi soprattutto in America Latina e che si rifanno esplicitamente al pensiero e all'opera di Viktor Frankl.

In definitiva, al di là delle specifiche tematiche trattate, in un senso più ampio, l'insieme della Rivista vuole significare delle potenzialità applicative dell'Analisi esistenziale di Viktor E. Frankl che, in forma assoluta e/o integrata, in Italia così come in Europa e nel Mondo, mostra un'estrema adattabilità e una notevole polivalenza in funzione di interventi tanto di natura terapeutica quanto a valenza preventiva e di promozione della salute e del benessere esistenziale, verso la promozione di una sempre maggiore qualità della vita non riconducibile unicamente a parametri organicistici e/o materialistici.

Tale evidenza viene illustrata e confermata anche dalle recensioni che presentano ulteriori studi e applicazioni, di ampio respiro internazionale, capaci di testimoniare una volta di più della fecondità e del carattere di sovraculturalità dell'approccio fondato da Viktor E. Frankl.

Domenico Bellantoni

PER UN INTERVENTO INTEGRATO ANALITICO- ESISTENZIALE AI DISTURBI D'ANSIA

Domenico Bellantoni
(Psicologo e psicoterapeuta, Università
Salesiana, Roma)

Già a partire dagli anni '50 e '60 Frankl aveva evidenziato come il vuoto esistenziale, e cioè la mancanza di un senso della propria vita, potesse essere alla base di alcune forme di disturbo psicologico, da lui definito come «nevrosi noogena». Il presente contributo intende valorizzare tale intuizione dello psichiatra viennese, sottolineando l'efficacia di un approccio integrato tra un intervento di natura cognitivo-comportamentale ai disturbi d'ansia, in crescente aumento nell'attuale contesto socio-culturale, e appunto l'approccio analitico-esistenziale, capace di evidenziare l'importanza del senso «scoperto» nella propria esistenza da parte della persona, nell'assegnazione da parte di questa di un significato ai vari eventi della propria vita.

1. Introduzione a un approccio analitico-esistenziale integrato

Sembra registrarsi nella società occidentale contemporanea un considerevole aumento della sintomatologia legata ai disturbi d'ansia (cfr. Piccione, 2010, p. 389). D'altra parte, in questo contributo non mi occuperò tanto di andare a

a

descrivere le cause della correlazione fra tale disturbo e i fattori di natura socio-culturale — alcune delle quali possono essere peraltro facilmente intuibili — quanto piuttosto di individuare alcune linee strategiche per un intervento psicoterapeutico rivolto a tale tipologia di disturbi e facente riferimento a un approccio di tipo analitico-esistenziale integrato (Cfr. Bellantoni, 2011d).

In primo luogo, va subito chiarito che tale modalità d'intervento affonda le sue radici nella visione antropologica proposta da Viktor E. Frankl, nota col nome di *ontologia dimensionale* e che riconosce nella persona umana tre diversi livelli di funzionamento: biologico, psicologico e spirituale o neotico, con quest'ultimo caratteristico dell'individuo umano che, proprio in base a tale dimensione coscienziale ed etico-morale, si differenzia qualitativamente da qualsiasi altra specie animale.

In secondo luogo, va evidenziata la centralità che, a partire da tale visione antropologica, Frankl assegna alla persona umana, sottolineando i rischi di riduzionismo allorquando questa venga considerata al di sotto delle sue reali potenzialità e peculiarità, ponendola manipolativamente in funzione di interessi di tipo commerciale e/o ideologico:

[...] motivazione per la quale ho creato la logoterapia e analisi esistenziale [...]: la pietà per le vittime del cinismo contemporaneo, che tanto spazio occupa nella psicoterapia, in un settore cioè tanto screditato. Con il termine «settore» intendo fare riferimento a quanto è stato commercializzato e con il termine «screditato» mi riferisco a quanto vi è di disonesto dal punto di vista scientifico. [...] Infatti la lotta contro le tendenze spersonalizzanti e disumanizzanti, che prendono le mosse dallo psicologismo in psicoterapia, è il filo conduttore di tutti i miei lavori. (Frankl, 2012, p. 69)¹

A partire dal modello originale frankliano, proporrò una personale rielaborazione dell'eziologia della condotta umana (normale e patologica) e dunque anche dei disturbi d'ansia (cfr. figura 1). In quest'ottica, la condotta umana e, pertanto, anche lo sviluppo di un disturbo d'ansia possono essere ricondotti a quattro fondamentali categorie eziologiche: il

¹ A conferma di tale visione olistica del paziente, Frankl amava ricordare l'iscrizione in latino campeggiante sull'entrata del Policlinico di Vienna che per tanti anni lo vide impegnato nel reparto di neurologia e psichiatria: *Saluti et solatio aegrorum* («Salute e consolazione dei pazienti»), a sottolineare l'importanza di una visione olistica della cura, non limitata semplicemente agli aspetti più organici e sintomatici (Frankl, 1999, p. 118).

patrimonio genetico e il corredo organico della persona, con le predisposizioni ad essi riconducibili; la storia di vita del soggetto, con particolare attenzione ai modelli introiettati e alla gerarchia dei valori costruitasi nel tempo; l'evento scatenante, capace di «destrutturare» una configurazione fino a quel momento in equilibrio, sebbene precario; la risposta sempre libera e responsabile dell'individuo umano che, per quanto condizionato dalle tre categorie proposte, non è mai da esse determinato.

In particolare, all'interno della storia di vita, da un punto di vista genetico-fenomenologico verrà attribuita particolare attenzione a quattro linee evolutive che rimandano alle motivazioni esistenziali fondamentali individuate da Alfred Längle (2004): una base sicura, secondo l'accezione bowlyana; la capacità di stabilire relazioni intime; una funzionale autostima e considerazione sociale; una chiara progettualità di vita caratterizzata dalla ricerca di senso, secondo la visione frankliana (Bellantoni, 2011d, pp. 97-107). Di seguito evidenzierò come, tanto nella diagnosi quanto nella definizione del piano di trattamento, sarà necessario considerare tutte e ciascuna delle variabili indicate in tale modello eziologico, onde evitare il rischio di riduzionismo a livello diagnostico e di individuazione dell'intervento psicoterapeutico che dovrà tenere conto sia dei tre diversi livelli della persona, sia delle quattro categorie eziologiche della condotta umana, così come descritte.

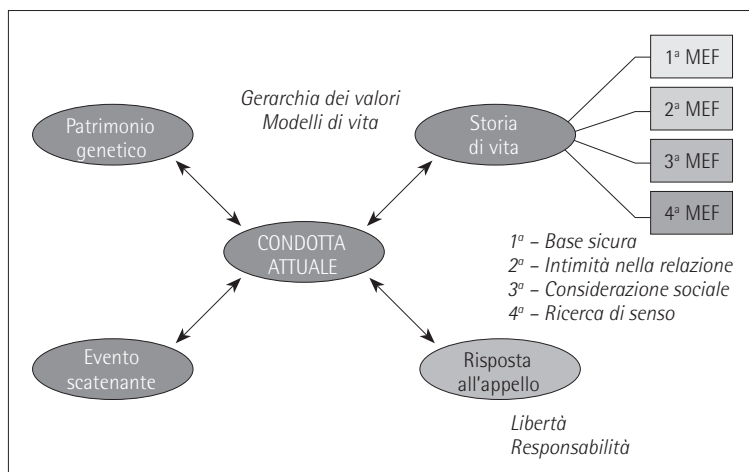


Fig. 1 Interpretazione analitico-esistenziale della condotta umana (Bellantoni, 2011d, p. 107; 2015b, p. 55).

a

2. Dalla diagnosi alla definizione della strategia

La fase diagnostica, coerentemente con quanto evidenziato al punto precedente, dovrà tenere conto di una serie di aspetti (cfr. Bellantoni, 2011d, pp. 111-116). Innanzitutto si tratterà di verificare a quale visione di uomo fa riferimento il paziente nella considerazione del suo Disturbo d'Ansia (DA). Infatti, molto spesso il soggetto ansioso manifesta un senso d'impotenza dinanzi alla sua sintomatologia interpretata esclusivamente su base organica o legata deterministicamente a esperienze traumatiche del passato. Progressivamente si tratterà di aiutare il soggetto a «leggere» la propria sintomatologia collocandola all'interno della visione antropologica tridimensionale e orientandosi all'interpretazione del suo significato esistenziale (cfr. Bellantoni, 2012).

Inoltre, una progressiva anamnesi permetterà di raccogliere informazioni sulla persona collocata nella sua concreta esistenza e compresa in ciò che rappresentano, in negativo, i suoi *deficit* e, in positivo, le sue *risorse* attuali e potenziali. L'analisi della domanda permetterà, quindi, di arrivare a individuare e a restituire i bisogni autentici della persona, strutturando una prima definizione degli obiettivi e del contratto terapeutico.

Tale fase dovrà comprendere necessariamente anche un *auto-assessment* del terapeuta, che dovrà considerare se accogliere la richiesta del paziente o valutare l'opportunità di invio a un collega più esperto o appartenente a un approccio più indicato per il disturbo e per le caratteristiche del soggetto. Tali aspetti rappresentano le fasi di un circolo diagnostico che, in realtà, accompagnerà con una dinamica a spirale tutto il processo terapeutico, arrivando a confermare/precisare progressivamente e ulteriormente le ipotesi precedenti.

La diagnosi dovrà riguardare due diverse formulazioni: una prima terrà conto delle categorie e degli indicatori diagnostici del DSM-5 (cfr. figura 2),² un'altra dovrà essere in grado di tradurre, alla luce dell'approccio analitico-esistenziale, i deficit e le risorse in termini comprensibili per il paziente.

² Occorre evidenziare come, nel passaggio dal DSM-IV-TR al DSM-5 — a cui rimandiamo per una più dettagliata descrizione dei diversi disturbi e dei loro indicatori diagnostici (Biondi, 2014, pp. 217-269; cfr. anche Castrogiovanni et al., 2003, p. 31 —, siano stati esclusi dai disturbi d'ansia il disturbo ossessivo-compulsivo e il disturbo da stress post-traumatico che, nell'ultima edizione, sono appunto considerati separatamente (cfr. zona centrale più chiara nella figura 2).

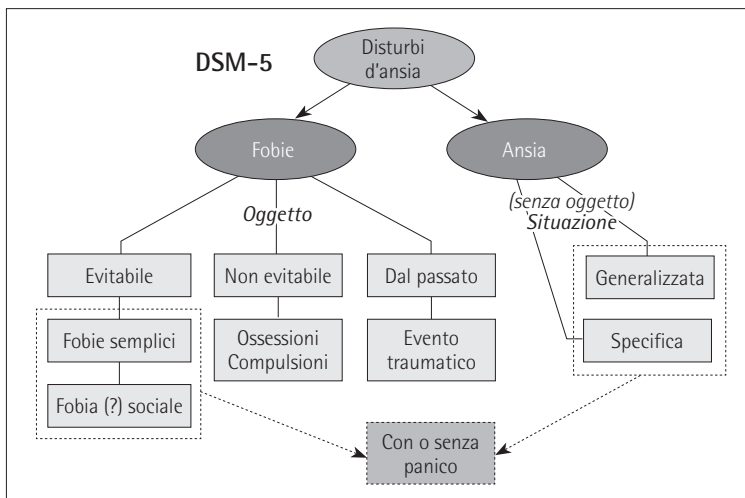


Fig. 2 Quadro generale dei disturbi d'ansia.

Avere presente il quadro generale rappresentato nella figura 2 aiuterà il terapeuta a operare una prima discriminazione in relazione al fenomeno ansioso portato dal paziente. In tal senso, una prima importante acquisizione dell'analisi esistenziale, come del resto di ogni altro approccio che si collochi all'interno di una visione esistenzialista, è che l'angoscia è parte integrante dell'esistenza di ogni uomo e che, pertanto, piuttosto che ipotizzare una vita senza ansie/angosce, si tratta di imparare a convivere con la precarietà e la finitezza della vita e di ciò che la caratterizza (relazioni, aspettative, progettualità, ecc.). Già il fatto di non accettare tale visione finirà quasi necessariamente con il fare avvertire come patologica ogni percezione di ansia, innescando il classico circolo vizioso che spesso caratterizza tale disturbo.

A questo punto si tratterà di aiutare la persona a riuscire a distinguere ciò che è paura (presenza di un oggetto realisticamente pericoloso), da ciò che è invece una fobia (percezione di minaccia in presenza di oggetti non realisticamente pericolosi) o un'ansia (assenza o inconsapevolezza di un oggetto percepito come pericoloso) (Bellantoni, 2011a, p. 69).

Nel prosieguo di questo contributo passerò a presentare la strategia generale per un approccio analitico-esistenziale ai DA, strategia che si caratterizza essenzialmente come un intervento «a tenaglia» che si rivolgerà tanto ai sintomi del DA quanto ai pattern ad esso sottesi.

a

3. Strategie d'intervento integrato analitico-esistenziali

Dopo essermi occupato della definizione e della comprensione del disturbo d'ansia e, a grandi linee, avere presentato la modalità di approccio analitico-esistenziale integrato, andrò a evidenziare, sebbene a grandi linee, a quali tipologie d'intervento è possibile ricorrere in riferimento al disturbo in esame.³

In questa breve presentazione farò comunque riferimento a quegli approcci psicoterapeutici che, attualmente, vengono considerati come «elettivi» nei confronti dei diversi disturbi d'ansia, in linea con i moderni criteri dettati dall'*approccio basato sulle evidenze* (Gloth, 2010, p. 2).⁴

Di seguito, evidenzierò tre modalità di approccio che, per quanto didatticamente non possano essere considerate in modo separato, informeranno il trattamento richiamandosi reciprocamente e costituendo un percorso strettamente interconnesso e orientato, come premesso, tanto alla risoluzione dei sintomi quanto all'elaborazione di pattern più funzionali.

3.1. Fase I: Intervento formativo-didattico e sintomatico

Una prima modalità d'intervento, capace di sostenere tanto interventi di natura psicoterapeutica quanto atteggiamenti di auto-aiuto, è quella che viene denominata come «didattico-informativa» (Bracali e Galassi, 2009).

Tale approccio rimanda essenzialmente, piuttosto che a modelli eminentemente psicodinamici, a indirizzi di tipo co-

³ Per una trattazione più ampia e approfondita di questo stesso tema, rimando a una prossima pubblicazione (Bellantoni, 2015a).

⁴ In relazione alla diffusione di tale approccio, vanno evidenziate anche delle legittime perplessità. In effetti, «negli ultimi quindici anni, la scarsità delle risorse che è possibile destinare alla Sanità ha fatto crescere l'interesse per la *Evidence Based Medicine*, e ciò ha determinato, in campo psicoterapeutico, la necessità di potere confrontare i diversi approcci psicoterapeutici tra di loro e con le terapie farmacologiche. Ciò ha reso indispensabile che la pratica clinica fosse manualizzata rendendo il più possibile simili gli interventi di operatori diversi. Senza voler approfondire le obiezioni rivolte all'approccio *Evidence Based*, per quanto riguarda la sua applicazione in psicoterapia, occorre comunque rilevare la differenza tra i soggetti reclutati nei *trial* di ricerca e i pazienti che giungono quotidianamente all'attenzione del clinico» (Di Tucci, Bertamini e De Isabella, 2013, p. 48).



gnitivista o cognitivo-comportamentale o, anche, umanistico-esistenziale. Tra questi, in particolare,

la terapia cognitivo-comportamentale è attualmente considerata il trattamento di prima scelta da sola o in associazione al trattamento farmacologico [...]; essa comprende un approccio psicoeducativo, una riorganizzazione cognitiva del paziente, l'acquisizione di modalità di gestione dell'ansia e di tecniche di esposizione. (Sciarma e Santilli, 2009, p. 155)

In qualche modo, si ritiene che la persona, all'interno di un setting che può essere di natura diversa — auto-aiuto, biblioterapia, consulenza, fino alla psicoterapia individuale e/o di gruppo —, possa, innanzitutto, acquisire consapevolezza riguardo ai propri apprendimenti disfunzionali e alle proprie strategie di coping disadattive (ad esempio, fuga e/o evitamento), arrivando a sostituirli con modalità di fronteggiamento dei DA più sane ed efficaci (Bracali e Galassi, 2009, pp. 184-185).

La scelta del setting più adeguato per l'acquisizione delle strategie di coping adattive dipenderà dalla tipologia (e gravità) del disturbo, nonché dalle risorse manifestate dal paziente e dalle competenze e possibilità d'intervento a cura del terapeuta. In effetti, ci sono soggetti che potranno utilmente beneficiare anche di semplici *Coping-Skills Training* (CST),⁵ rivolti all'acquisizione di strategie di fronteggiamento dell'ansia, e altri che, invece, manifesteranno l'esigenza di un inserimento in setting di psicoterapia, individuale o di gruppo, a seconda dei casi (cfr. Reavley et al., 2010, pp. 10-11).

Sia a livello terapeutico, sia a quello più semplicemente psico-educativo, tale approccio ritiene che molti disturbi d'ansia siano originati dalla messa in atto di strategie disfunzionali nella percezione e nella gestione dei pericoli, in relazione al fronteggiamento dei compiti evolutivi e alle esigenze dell'ambito interpersonale (Pagnanelli, 2013, pp. 145-172).

In tal senso, va premesso che la paura, da un punto di vista fenomenologico, si presenta come un'attivazione fisiologica che ognuno di noi ha potuto avvertire in sé come «uno stato emotivo negativo in cui sentimenti di agitazione, preoccupa-

⁵ Per la descrizione e l'efficacia dei CST in relazione ai disturbi d'ansia, si può utilmente consultare il recente studio di Hatami (2013).

a

zione e apprensione sono associati con attivazione o *arousal* a livello corporeo» (Weinberg e Gould, 2007, p. 78).

Tale attivazione fisiologica (*arousal*), a sua volta intesa come «una generale attivazione fisiologica e psicologica, che può variare lungo un *continuum* che va dal sonno profondo a un'intensa eccitazione» (ibidem), viene inoltre «etichettata» cognitivamente in relazione non solo al reale contesto in cui si manifesta, ma anche a partire dalla complessiva esperienza di vita della persona, tanto che individui diversi potrebbero assegnare agli stessi indici (tachicardia, senso di vuoto allo stomaco, ecc.) significati differenti.

L'attivazione fisiologica non è sufficiente a creare il tipico senso soggettivo di pericolo, ma va a interagire con le valutazioni cognitive attivate dai soggetti. L'ansia ha quattro componenti principali costituite dalla sensazione di non poter controllare e prevedere gli eventi, l'attenzione su di sé, l'attivazione fisiologica e l'impulso alla fuga. (Gandolfi, 2009, p. 115)

In riferimento a tale dinamica, ogni qualvolta il soggetto incoraggi inadeguatamente una di queste quattro componenti all'interno della sua esperienza e della sua storia di vita, egli andrà incontro a una cristallizzazione, a un consolidamento dei meccanismi disfunzionali verso lo stabilirsi e il cronicizzarsi di un disturbo d'ansia che, sostanzialmente, rimanda a due caratteristiche modalità.

Una prima modalità, che fa parte del repertorio più primitivo della specie umana, come facente parte del più ampio mondo animale, è quella che rimanda alla «fuga» o a un evitamento della situazione in questione (Giusti e Testa, 2006, p. 70). È chiaro che tale condotta deve essere considerata intelligente, adattiva e funzionale in tutti quei casi in cui l'entità del pericolo sia oggettivamente tale, in generale o per le possibilità dell'individuo, da consigliare la fuga/l'evitamento come unica o più adeguata possibilità di gestione. Una caratteristica importante di tale strategia è che il ricorso alla fuga/evitamento produrrà, in relazione alla situazione temuta, un immediato stato di benessere che fungerà da «rinforzo» per l'organismo, con l'effetto di aumentare progressivamente la probabilità di mettere in atto condotte di allontanamento da quel pericolo e, per generalizzazione, dai pericoli in generale, fino al possibile stabilirsi di un automatismo: ansia-fuga/evitamento, per cui il soggetto tenderà a reagire istintivamente in questo modo, senza neppure essere più consapevole del pericolo che si intenderebbe evitare (cfr. figura 3).

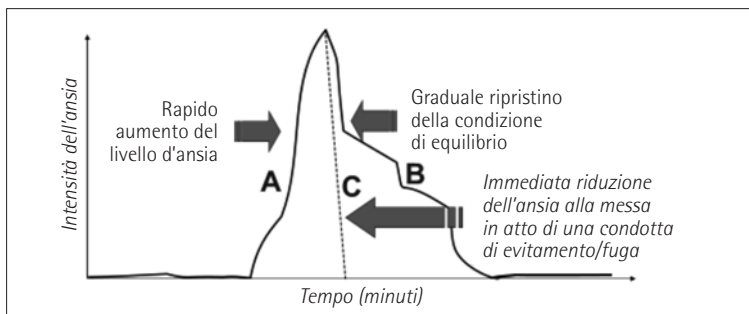


Fig. 3 Il ciclo dell'ansia in relazione a esposizione e fuga/evitamento.⁶

In altre parole, dalla «fuga» l'individuo impara sempre più a fuggire/evitare, percependo con sempre maggiore ansia lo stimolo valutato come pericoloso, mentre l'affrontare le situazioni pericolose permette al soggetto di sperimentarsi gradualmente come capace e di crescere progressivamente nell'autopercezione di efficacia e fronteggiamento (Rafaeli, Bernstein e Young, 2013, pp. 41-43; cfr. figura 4).

In tal senso, sarà utile spiegare al soggetto ansioso che la dinamica della «fuga» rimanda a un'importante spiegazione di natura organica. Infatti, alcuni ricercatori hanno evidenziato l'influenza, nella modulazione degli stati d'ansia, di un circuito che comprende varie aree cerebrali — ippocampo, amigdala e corteccia prefrontale — e che apparirebbe mal funzionante nel caso dei DA (Lopez, Akil e Watson, 1999; Gorman et al., 2000).

Più in dettaglio, facendo riferimento a uno schema che semplifica il funzionamento neurologico (cfr. figura 5), si può notare come lo stimolo ansiogeno (o, più in generale, emotivo) giunga attraverso i canali sensoriali al talamo e quindi all'amigdala, deputata a innescare la reazione emotiva, con condotte di attacco o di fuga.

⁶ Dal grafico è possibile desumere come l'attacco di panico sia caratterizzato da un rapido innalzamento del livello di ansia (*stress/arousal*) che, nel giro di 5-10 minuti, raggiunge il suo massimo (tratto A). A partire da questo punto, il soggetto che permanga in uno stato di esposizione all'evento ansiogeno vedrà, comunque, decrescere lentamente tale stato di attivazione emotiva e fisiologica, riacquistando le condizioni di omeostasi nel giro di 45-90 minuti (tratto B). Pertanto, il soggetto che si espone allo stimolo sperimenterà, nella tolleranza all'angoscia che tale condizione genera, che di attacco di panico non si muore e che si tratta di un pericolo percepito e non reale. D'altra parte, laddove il soggetto lungo il tratto A metta in atto una condotta di fuga (o di evitamento, nel caso di un panico anticipatorio), egli sperimenterà una rapida diminuzione dello stato ansioso, riconquistando immediatamente una condizione di benessere che, in genere, funziona da «rinforzo» e tende a fissare tale strategia.

a

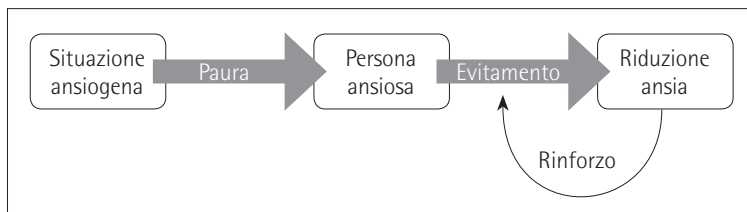


Fig. 4 Il «circolo vizioso» ansia-evitamento.

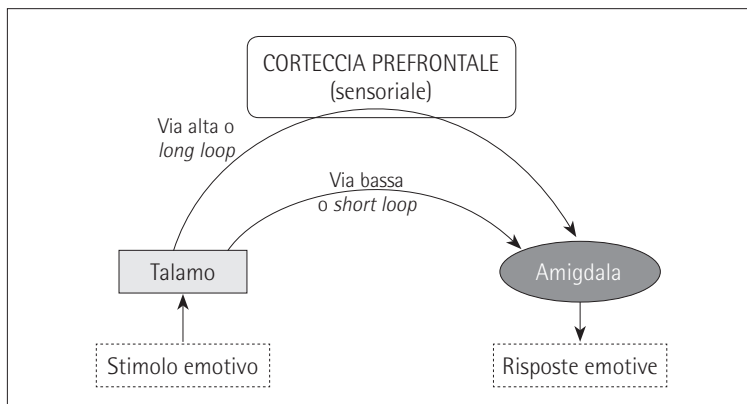


Fig. 5 La strada «alta» e la strada «bassa» delle risposte emotive.

Il percorso dell'informazione di pericolo tra il talamo e l'amigdala potrà essere mediato o meno dalla corteccia sensoriale (o prefrontale). Quando la mediazione della corteccia risulta assente (via bassa o *short loop*), il soggetto non sottopone la percezione di pericolo al vaglio della valutazione razionale e la reazione ansiosa risulterà dunque immediata, nel senso appunto di *non mediata cognitivamente*. Ciò è in molti casi assolutamente adeguato, anzi addirittura necessario: immaginiamo, ad esempio, di dover rispondere a reali minacce con condotte di fronteggiamento messe in atto nel giro di pochi attimi, come la reazione al suono di un clacson mentre stiamo attraversando una strada, oppure per un improvviso rumore. Solo successivamente la persona avrà la possibilità di ritornare sull'episodio e valutare se ha reagito nel modo più funzionale; intanto, però, l'immediatezza della risposta comportamentale potrebbe averle salvato la vita! Il problema nasce nel caso in cui l'associazione indebita stimolo-risposta venga innescata all'interno di un DA; ebbene, in questo caso la persona tenderà a rispondere a stimoli assolutamente non pericolosi con reazioni innescate dall'amigdala, senza che si faccia presente la



mediazione cognitiva della corteccia sensoriale, che è proprio il tipo di funzionamento, di circuito che il soggetto ansioso sarà chiamato a ripristinare (cfr. *via alta* o *long loop*).

Come, però, questo diverso funzionamento sia innescato a livello di genetica o, piuttosto, a livello di apprendimenti acquisiti non è completamente chiaro. In tal senso, ci si chiederà sempre, dinanzi all'estrema variabilità dei dati circa la penetranza genetica che caratterizza i disturbi d'ansia, quali variabili siano implicate, al di là dei geni, nella predisposizione a tale tipo di disagio (Siracusano e Rubino, 2006, p. 13).

In considerazione del possibile fronteggiamento della situazione temuta, introduco la seconda modalità di gestione dei pericoli percepiti. Si tratta, in qualche modo, d'intervenire sulla «mediazione cognitiva» (significato) e di modificare la previsione circa l'esito del confronto tra sé e l'evento, ipotizzando il verificarsi di conseguenze più positive e adattive. Ciò rimanda al disporre di strategie di coping differenti, quali, ad esempio: la «ristrutturazione cognitiva» o il «problem solving» (Frankl, 2008, p. 126; Bellantoni, 2011c, p. 290; Lukas, 1983, pp. 197-215; Zipoli, Goretti e Siracusa, 2004, pp. 74-79).

In altre parole, la crescita è da mettere in relazione con la disposizione, da parte di qualsiasi soggetto, a considerare la possibilità di fronteggiare situazioni progressivamente sempre più impegnative e, dunque, presumibilmente correlate allo sperimentare un certo livello di ansia. Tale discorso vale in generale e, quindi, anche in particolare per il discorso della gestione delle situazioni pericolose e/o ansiogene.

A questo punto, un'ulteriore differenziazione va proposta in relazione a termini quali «paura», «ansia», «fobia», «panico», «ossessione»; spesso, infatti, si registra una diffusa confusione non solo nell'ambito del linguaggio comune ma anche tra gli addetti ai lavori. Pertanto, di seguito, offro un chiarimento circa il significato dei termini che andrò a utilizzare nel corso della mia trattazione.

In particolare, tenderò a parlare di una *fobia*, laddove il soggetto percepisca l'oggetto fonte di pericolo, sebbene questo si presenti in realtà come non pericoloso (ad esempio la «fobia delle farfalle»). Infatti, essa

è caratterizzata da una paura intensa e irrazionale per un oggetto, un animale o per una situazione (stimoli fobici) che non hanno valenza o significato d'allarme per il «buon senso comune». (Eandi, Munizza e Pradelli, 2007, p. 12)

a

Con il termine *ansia*, invece, farò riferimento a quelle situazioni in cui il soggetto sembrerebbe non avere esplicita conoscenza dell'oggetto pericoloso (ad esempio «ansia» generalizzata).

La differenza tra ansia e paura è stata definita nel modo seguente. Si prova paura davanti a uno stimolo reale (*paura di*), mentre l'ansia è una sensazione di allarme che sembra non avere un contenuto ben determinato: si prova ansia e non si sa perché. (Galassi, Pratesi Telesio e Cavalieri, 2008, p. 13)

Infine, parlerò di *panico* quando l'ansia o la fobia sfocerà in una costellazione di sintomi, non necessariamente tutti presenti, che si manifesteranno a un'intensità particolarmente evidente e invalidante per la persona (tachicardia, sudorazione, respiro corto e affannato, tensioni muscolari, ecc.).

Le parole «panico» e «paura» indicano due situazioni completamente diverse. Considero l'attacco di panico la «bugia» del cervello, qualcosa che ci fa cadere in una sorta di trappola, di tranello... In quel momento il nostro cervello aziona un sistema di allarme, ma lo fa in modo inutile, dannoso e virtuale, perché l'esperienza che noi viviamo è un'esperienza soggettiva, il pericolo non c'è, anche se tutte le nostre reazioni e i nostri comportamenti sono finalizzati a superare il problema chiedendo aiuto o fuggendo. La paura, invece, è un'emozione che risponde a un pericolo reale. (Sorrentino, 2009, p. 17)

In base a quanto esposto, potremmo dire che, a livello qualitativo, l'ansia diviene un problema, e in ciò si differenzia da una paura adattiva, laddove il senso di allerta viene attivato in relazione a un oggetto non pericoloso o in assenza di oggetto.

D'altra parte, l'ansia può presentare problemi anche riguardo all'intensità sperimentata dal soggetto. In tal senso, io potrei essere correttamente spaventato per un oggetto realmente pericoloso, ciò nonostante il livello della mia ansia potrebbe comunque essere abnorme, esagerato rispetto a quel «buon senso comune» già considerato in precedenza.

A questo riguardo, può essere utile considerare la normale curva dell'ansia, in relazione alle variabili concernenti i livelli di attivazione fisiologica e di efficienza nella risposta adattiva (figura 5).

Il grafico rappresentato nella figura 6 conferma, anche visivamente, quanto indicato circa il rapporto tra livelli di ansia e funzionalità/disfunzionalità. Infatti, si può notare come, fino a un certo punto, indicato sul grafico come «livello ottimale»,

l'ansia appare funzionale e capace di sostenere positivamente l'efficienza nell'esercizio di un compito, di una prestazione. Ad esempio, uno studente che non provasse alcuna forma di ansia nei confronti di un esame, probabilmente finirebbe col non studiare, rischiando di comprometterne l'esito.



Fig. 6 Curva dell'arousal in relazione ai livelli di prestazione.

D'altra parte, laddove il livello d'ansia superi l'intensità ottimale, si verificherà un'interferenza con i livelli di prestazione che tenderanno a diminuire significativamente, sempre più drasticamente al crescere dell'attivazione fisiologica.

In sintesi, si può concludere che il disagio connesso all'ansia può dipendere da disfunzionalità legate all'*etichettamento*, all'*individuazione dell'oggetto pericoloso* e ai *livelli d'ansia*, anche se quest'ultimo aspetto è strettamente connesso ai primi due.

Questa prima tipologia d'intervento, pur potendosi naturalmente applicare a un setting terapeutico di tipo individuale, non disdegna, arrivando in alcuni casi addirittura a prediligere, contesti gruppalari, che ne enfatizzano il carattere formativo e la possibilità di utilizzare positivamente lo stesso gruppo a livello di rinforzo sociale. Inoltre, viene fatto ampio ricorso a strumenti quali questionari, inventari, diari e *report*, che facilitino l'impegno dell'individuo nei compiti proposti di auto-osservazione, di immersione (*flooding*) o esposizione graduale agli stimoli ansiogeni (*desensibilizzazione sistematica*), di dilazione della risposta, di blocco del pensiero, o riguardo agli homework previsti dai training all'assertività e al problem solving (Pezzica e Galassi, 2009, pp. 203-210).

a

Attraverso una modalità teorico-pratica, l'obiettivo è favorire nel paziente l'apprendimento di una serie di contenuti e sensibilità, anche con l'intenzione di «correggere» eventuali convinzioni errate e/o disfunzionali e capaci di sostenere il permanere del disturbo (cfr. Galassi e Ciampelli, 2004).

3.2. Fase II: Intervento sui pattern sottesi al DA

Nell'esperienza clinica, si può evidenziare come, inizialmente, la persona sia focalizzata sul sintomo e ritenga che il suo problema sia unicamente il livello d'ansia avvertito in relazione a una specifica situazione. In realtà, col procedere della terapia, la persona acquista una sempre maggiore consapevolezza del proprio protagonismo nell'innescare e mantenere tale sintomatologia.

Frankl dedica particolare attenzione alla cura delle nevrosi ansiose. Egli evidenzia il concetto di «ansia d'attesa» che rappresenta, in realtà, un fenomeno che innesca un circolo vizioso che tende a potenziare esponenzialmente l'ansia, come evidenziato nella figura 7.

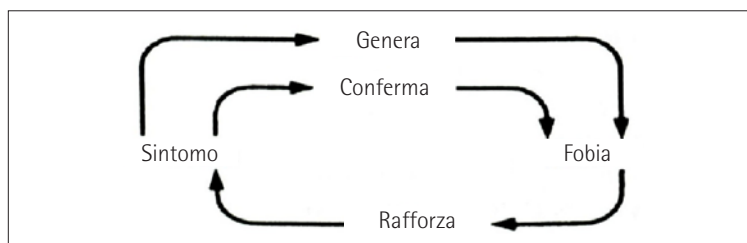


Fig. 7 Dinamica delle nevrosi ansioso-fobiche (da Frankl, 2001, p. 154).

Ad esempio, la persona avvertendo una tachicardia (*sintomo*), l'attribuisce a un malessere non meglio identificato (*fobia*); ciò porta a un aumento (*rafforzamento*) degli indicatori fisiologici dell'ansia (tachicardia, sudorazione, respiro corto, tensione muscolare, ecc.), che la persona interpreta come un possibile prossimo infarto o collasso, e il ciclo continua, aumentando d'intensità, fino a scatenare un vero e proprio attacco di panico.

In tal senso, ciò che «nutre» l'attacco di panico è la paura del panico, cioè la paura di trovarsi nella condizione di stare male a causa dei sintomi ansiosi e ansiogeni, associati a un

a

temuto attacco di panico. In tal senso, la persona tenderà a mettere in atto tutta una serie di condotte di evitamento e fuga, come già evidenziato, fino alla creazione e allo stabilirsi di una vera e propria «nicchia ecologica», che permetterà al soggetto ansioso di non scompensare la propria struttura, limitando ed evitando condotte che portino a fronteggiare la situazione temuta, controllando le situazioni temute e mantenendo, sebbene disfunzionalmente, un senso di fiducia e sicurezza in se stesso.

A questo riguardo, Frankl introduce la tecnica dell'*intenzione paradossa*, il cui meccanismo di funzionamento prevede proprio che il soggetto, invece di «fuggire» dallo stimolo tenuto (*abnormità*), decida (*desideri*) di affrontarlo, di esporvisi (figura 8). In realtà, proprio tale atteggiamento andrebbe a svuotare di significato la dinamica sottesa all'attacco di panico, alle fobie e ai disturbi d'ansia, alimentati appunto dall'ansia anticipatoria, in cui il soggetto ansioso va in ansia proprio temendo che affrontare la situazione temuta possa causargli un attacco di panico.

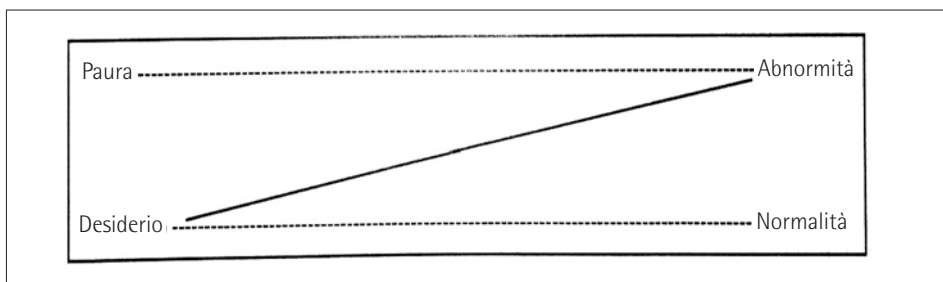


Fig. 8 Meccanismo alla base dell'intenzione paradossa (da Frankl, 2001, p. 165).

Pertanto, attraverso le strategie paradossali s'intende favorire la capacità di autodistanziamento della persona, portandola a oggettivare il suo sintomo e, in questo modo, a facilitarne il padroneggiamento, anche mediante il ricorso all'autoironia e a un atteggiamento umoristico che porti il soggetto a ridere di sé e dei suoi sintomi, colti nella loro irrazionalità e nei loro aspetti, appunto, più risibili (cfr. Bellantoni, 2013; 2014).

Il paradosso, infatti, ha la funzione di «corto-circuitare», bypassare il controllo delle funzioni cognitive, proprie dell'emisfero sinistro, per raggiungere la sfera più emozionale, ca-

a

ratteristica invece dell'emisfero destro, quella laddove risiede in profondità il significato del sintomo (Ramorini, 2007, p. 49; Bellantoni, 2012). In tal senso, l'approccio analitico-esistenziale non si limita a un intervento sintomatico — in linea con quanto esposto nel paragrafo sulla modalità informativo-didattica —, ma rivolge la sua attenzione anche ai significati sottesi al disturbo.

Nell'approccio ai DA ritengo funzionale considerare la possibilità di un'integrazione con l'approccio cognitivo (cfr. Beck, 1985), anche in considerazione del fatto che lo stesso Frankl (2004, p. 83) accolse la definizione dell'Analisi esistenziale come la prima terapia cognitiva.

In effetti, la terapia cognitiva e quella cognitivo-comportamentale rappresentano gli approcci elettivi ai DA. In particolare, accanto alle strategie terapeutiche già presentate come proprie di un approccio didattico-formativo (*flooding*, desensibilizzazione sistematica, ecc.), una delle tecniche principe in riferimento ai DA è certamente lo schema ABC (Ellis, 1991), in cui vengono prese in considerazione tre diverse componenti: l'evento attivante la reazione comportamentale e/o emotiva (*Activating event*), la mediazione cognitiva, in riferimento al sistema di convinzioni (*Belief system*) e, infine, le reazioni comportamentali e/o emotive (*Consequences*).

Applicando lo schema ABC a un'ipotetica situazione che veda coinvolti due diversi soggetti X e Y, potremmo avere la seguente lettura dell'evento (cfr. tabella 1).

Come emerge dalla tabella 1, l'intervento rimanda alla possibilità d'intervenire sulla mediazione cognitiva (B) che permette tanto di comprendere quanto, terapeutamente, di modificare la reazione emotiva e/o comportamentale (C) di tipo fobico/ansioso allo stimolo/evento (A) vissuto inizialmente come ansiogeno.

In tal senso, il terapeuta mette in atto una *disputa* circa l'interpretazione (il significato) che il soggetto ansioso manifesta in relazione alla situazione temuta. L'obiettivo è, da una parte, favorire la consapevolezza circa l'irrazionalità, l'improbabilità statistica e la sistematicità di alcuni errori di base,⁷ dall'altra

⁷ Si parla, in particolare, di *distorsioni cognitive*, intese come errori sistematici di ragionamento e capaci di indurre reazioni inappropriate e disfunzionali, come sono appunto quelle tipiche dei DA. Tra le distorsioni più comuni abbiamo: *inferenze* (o interpretazioni) *arbitrarie*; *astrazione* (o percezione) *selettiva*; *generalizzazione*; *personalizzazione* e *pensiero dicotomico* (Giusti e Militello, 2011, p. 91).

offrire l'opportunità di una modifica del proprio dialogo interno, orientandolo a modalità più funzionali al raggiungimento di una gestione efficace dei sintomi ansioso-fobici e di un più globale benessere esistenziale.

a

TABELLA 1
Applicazione dello schema ABC⁸

	A	B	C
Soggetto X	Giro sulle <i>Montagne Russe</i>	Sono eccitatissimo: sarà bellissimo il nuovo tracciato di queste <i>Montagne Russe!</i>	Eccitazione, entusiasmo, gioia. Atteggiamento deciso nel dirigersi ad affrontare la cosa.
Soggetto Y	Giro sulle <i>Montagne Russe</i>	Sarà un disastro: starò male e vomiterò anche l'anima. Mi capiterà di stare male e non potrò scendere se non alla fine del giro...	Timore e preoccupazione. Perplexità e dubbio circa l'opportunità di fare quel giro.

Spesso la persona, divenuta consapevole della dinamica sottesa, riesce senza grosse difficoltà a correggere lo schema disfunzionale verso una gestione più matura; altre volte, è necessario far rivivere, anche emotivamente, le scene infantili e precoci che hanno originato la decisione infantile, in funzione del superamento del «blocco».

In relazione alla modifica del dialogo interno o, più in generale, a una più efficace gestione dei propri pattern emotivo-cognitivi, interiorizzati lungo la propria storia di vita, a partire dalle interazioni più precoci (fin dalla vita intrauterina...), ogni approccio di psicoterapia privilegia questa o quella tecnica. La terapia cognitivo-comportamentale (e cognitiva) utilizza principalmente la *ristrutturazione cognitiva*, una tecnica che prevede tre fasi successive: identificazione dei pensieri disfunzionali; messa in discussione di tali pensieri; individuazione di pensieri più realistici e positivi (si veda, ad esempio, la tabella 2).

⁸ A questo riguardo va sottolineata una differenza tra gli approcci cognitivi razionalisti e post-razionalisti: nel primo, si ritiene che un pensiero disfunzionale sia alla base dell'emozione sregolata; nel secondo, invece, si fa riferimento a un'interpretazione disfunzionale di un'emozione (Pratesi Telesio, Camarlinghi e Galassi, 2009, p. 13).

a

Attualmente, un ulteriore sviluppo dell'approccio cognitivo ha focalizzato la sua attenzione non tanto sul contenuto dei pensieri distorti, quanto piuttosto sullo stile metacognitivo di pensiero del soggetto e sulle sue relative *credenze* — esplicite o implicite — che, nel caso dei disturbi ansiosi e fobici, tendono a mediare in modo rigido e inflessibile la gestione dell'evento (Wells, 2012, p. 6).

TABELLA 2
Funzionalità e disfunzionalità delle mediazioni cognitive

Pensieri disfunzionali	Distorsione cognitiva	Pensieri più funzionali
Se avessi un attacco sarebbe terribile...	Catastrofizzazione	Probabilmente mi riprenderei in pochi minuti. Non è così terribile...
Cosa accadrebbe se prendessi la metropolitana?	Anticipazione negativa	Non sono mai stata male prima per cui è improbabile che mi possa succedere in metropolitana.
Le persone crederanno che sono pazza...	Inferenza arbitraria	È più probabile che le persone pensino che ho avuto un malore e si preoccupino per me.

Nell'ottica di una ristrutturazione cognitiva delle convinzioni irrazionali o, come abbiamo visto, degli stili di pensiero che mediano la relazione con se stessi, con gli altri e con il mondo, anche l'approccio analitico-esistenziale frankliano ha individuato e/o elaborato una serie di tecniche orientate alla messa in discussione degli schemi cognitivo-emotivi con cui la persona interpreta la realtà. Tra questi segnalo il dialogo socratico, il ricorso all'umorismo e all'intenzione paradossa, la de-reflessione, la modulazione degli atteggiamenti, la tecnica del denominatore comune e la biblioterapia (Frankl, 2001, pp. 23, 165-216; 2005, pp. 45, 59-260; Bellantoni, 2011c, pp. 148-170; Bellantoni, 2011d, pp. 152-153).

3.3. Fase III: Il ri-orientamento esistenziale

Frankl, da un punto di vista fenomenologico, evidenzia nell'uomo contemporaneo l'emergenza di un vuoto esistenziale, caratterizzato da una perdita di senso nella vita e da considerarsi come una vera e propria «patologia dello spirito del tempo», una nevrosi collettiva, tanto che, afferma, «ogni epoca ha le



proprie nevrosi e ogni epoca necessita di una propria psicoterapia» (Frankl, 2007, p. 43; cfr. anche 2001, pp. 142-147).

In tal senso, l'approccio frankliano evidenzia come molti disturbi d'ansia potrebbero rimandare a quelle che lo psichiatra viennese definisce *nevrosi noogene*, originate appunto da una confusione o dallo smarrimento di un orientamento esistenziale chiaro, non precario e rispetto al quale abbia senso rivolgere la propria vita (ibidem, pp. 138-141; cfr. Längle, 2010).

In realtà, tale esigenza di individuare un valore fondamentale a cui orientare la propria esistenza, un «senso della vita» appunto, pur rappresentando un compito assolutamente individuale e caratteristico per ciascuna persona, non va considerato come qualcosa di solitario, quasi che l'individuo possa «scoprire» tale direzione esistenziale in un ripiegamento su se stesso avulso dal contesto relazionale in cui è inserito. Al contrario, come ben evidenzia Baccharini (2003), tale compito «si incrocia con altri percorsi al punto che si può pensare il senso della propria vita come il risultato di queste intersezioni e delle risposte che in questi incontri vengono date. [...] Incroci che costringono a decidere se fermarsi, voler incontrare o passare oltre, in cui si gioca tutto il percorso della nostra esistenza» (Baccharini, 2003, pp. 220-221).

Per dare un'esemplificazione di come il tema dell'orientamento esistenziale possa essere coinvolto nell'insorgenza di un disturbo, immaginiamo una giovane coppia che, legittimamente, orienti la propria vita al desiderio di maternità/paternità. Ebbene, nel caso in cui tale desiderio assurga a «senso della propria vita», la sua frustrazione dovuta a un'inaspettata infertilità potrebbe provocare in uno o in entrambi i coniugi il manifestarsi di un disturbo d'ansia, che potrebbe poi concretizzarsi tanto in una fobia quanto, ad esempio, in uno stato d'ansia generalizzato, caratterizzato o meno anche da episodici attacchi di panico (cfr. Bellantoni, 2011b, p. 22).

In tal caso, l'intervento dovrà prevedere, oltre a una diagnosi di personalità e alla definizione di un approccio volto alla risoluzione dei sintomi, anche l'ipotesi di un ri-orientamento esistenziale che abbia l'obiettivo di una ristrutturazione dei significati e della gerarchia dei valori a cui la persona indirizza il proprio progetto di vita. La persona, infatti, resta sempre potenzialmente «libera» in riferimento all'atteggiamento che «responsabilmente» assume dinanzi a qualsiasi evento, anche il più critico e drammatico (Frankl, 2005, pp. 53-54).

a

4. Conclusione

In un approccio analitico-esistenziale integrato ai disturbi d'ansia va considerata centrale la valorizzazione dell'individuo come capace e responsabile nel fronteggiamento delle avversità, che potranno essere rielaborate, all'interno del percorso psicoterapeutico e grazie al supporto del clinico e della sua capacità di favorire una relazione empatica e accogliente, come opportunità di crescita personale.

In dettaglio, si tratta di credere che è possibile apprendere nuove condotte e ulteriori strategie, più funzionali ed efficaci, che altre possono essere «riparate» e rivisitate, scoprendo in situazioni ed eventi nuovi e più costruttivi significati, in coerenza con il senso fondamentale del proprio progetto di vita, che potrà ripartire contando su nuove energie e rinnovate motivazioni.

Laddove la fuga e l'evitamento sostengano il disturbo, si tratterà anche di trovare la forza e il coraggio di andare ad affrontare paradossalmente proprio ciò che si teme, allenandosi a superare ciò che ci terrorizza, che ci incatena e limita la nostra esistenza. Soprattutto, sarà utile non dimenticare mai quanto affermato dal filosofo Epitteto (2000, p. 1), nel lontano I sec. d.C., e cioè che ciascuno di noi non reagisce agli eventi in sé, bensì all'interpretazione che assegna a questi! Pertanto, «scoprire» nuovi significati, come direbbe Frankl, aprirà nella nostra vita nuovi sentieri, nuove direzioni, nuovi orientamenti esistenziali.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association – APA (2013), *DSM-5. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*, Arlington (VA), APA, trad. it. *DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quinta edizione*, a cura di M. Biondi, Milano, Raffaello Cortina, 2014.
- Baccarini E. (2003), *La persona e i suoi volti. Etica e antropologia*, Roma, Anicia.
- Beck A.T. (1985), *Theoretical perspectives on clinical anxiety*, in A.H. Tuma e J.D. Maser (a cura di), *Anxiety and the anxiety disorders*, Hillsdale (NJ), Lawrence Erlbaum, pp. 183-196.
- Bellantoni D. (2011a), *Ascoltare i figli. Un percorso di formazione per genitori*, 2^a ed., Trento, Erickson.
- Bellantoni D. (2011b), *Dall'amore per bisogno al bisogno per amore. Per una fenomenologia della coppia e della famiglia*, Roma, LAS.
- Bellantoni D. (2011c), *L'Analisi Esistenziale di Viktor E. Frankl. 1. Origini, fondamenti e modello clinico*, Roma, LAS.
- Bellantoni D. (2011d), *L'Analisi Esistenziale di Viktor E. Frankl. 2. Definizione e formazione per un approccio clinico integrato*, Roma, LAS.
- Bellantoni D. (2012), *Se puede tratar la vision existencial y la psicopatologia? Psicopatologia y sentido de la vida. La contribución del Analisis Existencial a la psicoterapia*, in A. Pacciolla e M. Mancini (a cura di), *Cognitivismo existencial. Dal significado del sintoma al significado de la vida*, Bogotá, San Pablo, pp. 175-205, trad. it. *È possibile trattare la visione esistenziale e la psicopatologia? Psicopatologia e significato della vita. Il contributo dell'Analisi Esistenziale alla psicoterapia*, in A. Pacciolla e F. Mancini (a cura di), *Cognitivismo esistenziale. Dal significato del sintomo al significato della vita*, Milano, FrancoAngeli, 2010, pp. 179-201.
- Bellantoni D. (2013), *Voce «Intenzione Paradossa»*, in G. Nardone e A. Salvini (a cura di), *Dizionario internazionale di Psicoterapia*, Milano, Garzanti.
- Bellantoni D. (2014), *«Sarà anche «paradossale»... ma funziona!». L'intenzione paradossa in Frankl: tra autodistanziamento e umorismo, «Ricerca di senso»*, vol. 12, n. 1, pp. 47-64.
- Bellantoni D. (2015a), *Nella tana del lupo. Ansia e fobie: imparare a comprenderle e a gestirle*, Crotona, D'Ettois.
- Bellantoni D. (2015b), *Ruoli di genere. Per un'educazione affettivo-sessuale libera e responsabile*, Roma, Città Nuova.
- Bracali L. e Galassi F. (2009), *L'intervento didattico-informativo*, in F. Galassi (a cura di), *La terapia integrata dei disturbi d'ansia*, Milano, FrancoAngeli, pp. 184-198.
- Castrogiovanni P., Goracci A. e Bossini L. (2003), *Le diverse espressioni dell'ansia e della paura. Per iniziare a comprendere i mondi di coloro che soffrono di disturbi d'ansia*, Firenze, Società Editrice Europea.
- Di Tucci A., Bertamini D. e De Isabella G. (2013), *Diagnosi categoriale e diagnosi differenziale*, in G. Biffi e G. De Isabella (a cura

- di), *Nuove sfide per la salute mentale*, Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli, pp. 43-49.
- Eandi M., Munizza C. e Pradelli L. (2007), *Sindromi ansiose e depressive*, Torino, SEEd S.r.l.
- Ellis A. (1991), *The Revised ABC's of Rational-Emotive Therapy (RET)*, «Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy», vol. 9, n. 3, pp. 139-172.
- Epitteto (2000), *Manuale (Enchiridion)*, 3a ed., Milano, BUR.
- Frankl V.E. (1999), *La idea psicologica del hombre*, Madrid, Ediciones RIALP, tit. orig. *Das Menschenbild der Seelenheilkunde*, Stuttgart, Hippokrates-Verlag GmbH, 1959.
- Frankl V.E. (2001), *Teoria e terapia delle nevrosi (1968)*, 3a ed., Brescia, Morcelliana.
- Frankl V.E. (2004), *Logos, paradox, and the search of meaning (1985)*, in A. Freeman, M. Mahoney, P. Devito e D. Martin (a cura di), *Cognition and Psychotherapy*, New York (NY), Springer Publishing Company Inc., pp. 83-100.
- Frankl V.E. (2005), *Logoterapia e analisi esistenziale*, 6a ed., Brescia, Morcelliana.
- Frankl V.E. (2007), *Come ridare senso alla vita. La risposta della logoterapia*, 2a ed., Milano, Edizioni Paoline.
- Frankl V.E. (2008), *Uno psicologo nei lager*, 18a ed., Milano, Ares.
- Frankl V.E. (2012), *Ciò che non è scritto nei miei libri. Appunti autobiografici sulla vita come compito*, Milano, FrancoAngeli.
- Galassi F. e Ciampelli M. (2004), *Modelli cognitivisti e intervento integrato nel disturbo di panico con agorafobia*, <http://www.psychomedia.it/pm/answer/dap/galassi-ciampelli.htm> (ultimo accesso: 28/04/2014).
- Galassi F., Pratesi Telesio F. e Cavalieri E. (2008), *C'era una volta il panico. Conoscere l'ansia per superarla*, Milano, FrancoAngeli.
- Gandolfi G. (2009), *Sviluppare il potenziale nelle professioni, nel lavoro, nello studio, nello sport. Approcci, metodi, applicazioni*, Milano, FrancoAngeli.
- Giusti E. e Militello F. (2011), *Neuroni specchio e psicoterapia. Ricerche per apprendere il mestiere con la videodidattica*, Roma, Sovera Edizioni.
- Giusti E. e Testa A. (2006), *L'autostima. Vincere quasi sempre con le 3A*, Roma, Sovera.
- Gloth F.M. (2010), *Introduction*, in Id. (a cura di), *Handbooh of pain relief in older adults: An evidence-based approach*, New York (NY), Spinger, pp. 1-4.
- Gorman J.M., Kent J.M., Sullivan G.M. e Coplan J.D. (2000), *Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised*, «American Journal of Psychiatry», vol. 157, n. 4, pp. 493-505.
- Hatami M. (2013), *The Effect of Training of Communication and Coping Anxiety Skills on General Anxiety and Anxiety Factors*, «In-

BIBLIOGRAFIA

- terdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business», vol. 4, n. 10, pp. 800-809.
- Längle A. (2004), *The Search for Meaning in Life and the Existential Fundamental Motivations*, «The International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy», vol. 1, n. 1, pp. 28-37.
- Längle A. (2010), *Ansia ed esistenza*, in L. Regazzo (a cura di), *Ansia, che fare? Prevenzione, farmacoterapia e psicoterapia*, Padova, Cleup, pp. 113-130.
- Lopez J.F., Akil H. e Watson S.J. (1999), *Role of biological and psychological factor in early development and their impact on adult life. Neural circuit mediating stress*, «Biological Psychiatry», vol. 46, n. 11, pp. 1461-1471.
- Lukas E. (1983), *Dare un senso alla vita*, Assisi (PG), Cittadella.
- Pagnanelli R. (2013), *Io amo la paura. Tecniche e rimedi per affrontare e superare fobie, attacchi di panico e paure*, Roma, Hermes.
- Pezzica S. e Galassi F. (2009), *L'intervento comportamentale*, in F. Galassi (a cura di), *La Terapia Integrata dei Disturbi d'Ansia*, Milano, FrancoAngeli, pp. 199-214.
- Piccione R. (2010), *Il futuro dei servizi di salute mentale in Italia. Significato e prospettive del sistema italiano di promozione e protezione della salute mentale*, Milano, FrancoAngeli.
- Pratesi Telesio F., Camarlinghi S. e Galassi F. (2009), *Nosografia dei Disturbi d'Ansia*, in F. Galassi (a cura di), *La Terapia Integrata dei Disturbi d'Ansia*, Milano, FrancoAngeli, pp. 11-23.
- Rafaelli E., Bernstein D. e Young J. (2013), *Schema Therapy*, Sassari, Istituto di Scienze Cognitive.
- Ramorini E. (2007), *Il sintomo. Un simbolo sul cruscotto del corpo*, Catania, Akkuaria.
- Reavley N.J., Allen N.B., Jorm A.F., Morgan A.J. e Purcell R. (2010), *A guide to what works for anxiety disorders*, Melbourne, Beyondblue.
- Sciarma T. e Santilli C. (2009), *I disturbi d'ansia*, in S. Elisei, P. Moretti e C. Firenze (a cura di), *Manuale di Psichiatria*, Perugia, Morlacchi, pp. 151-178.
- Siracusanò A. e Rubino A.I. (2006), *Psicoterapia e neuroscienze*, Roma, Il Pensiero Scientifico.
- Sorrentino R. (2009), *Vivere in un recinto*, in C. Sorrentino e C. Tani, *Panico! Una «bugia» del cervello che può rovinarci la vita*, Milano, Mondadori, pp. 5-19.
- Weinberg R.S. e Gould D. (2007), *Foundations of sport and exercise psychology*, Champaign (IL), Human Kinetics.
- Wells A. (2012), *Terapia metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione*, Bologna, Eclipsi.
- Zipoli V., Goretti B. e Siracusa G. (2004), *Le strategie di coping*, in M.P. Amato e V. Zipoli (a cura di), *Disturbi psichiatrici. Vol. 3*, Milano, Springer-Verlag Italia, pp. 69-80.

LA CURA DEL MALATO ONCOLOGICO ALLA LUCE DEL MODELLO BIO-PSICO-SOCIO- ESISTENZIALE

Valentina Cecchi
(Psicologa, Roma)

Accanto alla riconosciuta definizione di essere umano quale soggetto unico e irripetibile, ancora oggi sussiste la rischiosa riduzione della persona affetta da una patologia ai sintomi della stessa, alla sua classificazione o alle sue prospettive di sopravvivenza. L'attuale panorama scientifico e antropologico ospita già gli strumenti per la tutela della dignità del paziente e per la valorizzazione delle sue risorse: i contributi degli autori Engel e Frankl, specialmente se integrati, permettono di comprendere le molteplici sfumature della realtà del malato oncologico e offrono la possibilità di tracciare percorsi per un più attento studio e un più consapevole intervento in tale ambito.

1. Introduzione

Il significato originale della parola latina *cūra* rimanda a preoccupazione, attenzione, interessamento premuroso verso un oggetto che impegna il nostro animo e le nostre azioni. In questo contributo, esso viene rievocato e riferito alla condizione del malato oncologico, nel senso di un interesse a questi rivolto che

a

coinvolga non solo la sua componente fisica, ma anche quelle psicologica, sociale ed esistenziale, tutte provate dall'indescrivibile sofferenza generata dal cancro. Gli obiettivi del lavoro prevedono una ricapitolazione di alcuni studi fatti di recente in ambito psiconcologico, con la personale proposta di integrazione dei modelli bio-psico-sociale e analitico-esistenziale, al fine di individuare/ipotizzare delle piste di supporto psicopedagogico per il malato oncologico. Tale studio mira a offrire alcuni spunti, anche semplicemente di riflessione, a quanti si trovino a operare, a vario titolo, nel contesto dell'assistenza al malato oncologico.

2. Il cancro come «dolore totale»

La definizione di cancro come «dolore totale» rimanda all'idea della malattia neoplasica come fonte di sofferenza a livello globale per il paziente. Si intende appunto che egli avverte dolore, uno dei sintomi più temuti, tanto sul piano fisico quanto su quello psico-sociale ed esistenziale (Grassi, Biondi e Costantini, 2003, pp. 4-5).

A livello fisico, il cancro affligge il corpo come primo nucleo dell'identità personale. Infatti, oltre alla violenta presentazione dell'idea di morte, la malattia e le terapie comportano, per la persona, dolore e importanti modificazioni della propria immagine corporea. Inoltre, le oggettive limitazioni del paziente e la perdita totale o parziale della sua autonomia determinano inevitabili conseguenze sul piano psicologico. Le sicurezze, la stabilità affettiva, la progettualità e la dimensione relazionale della persona vengono compromesse dalla diagnosi oncologica.

**La malattia
e le terapie
influenzano
l'immagine di sé**

Anche l'identità sociale, in ambito familiare e lavorativo, subisce rilevanti mutamenti e i rapporti interpersonali in genere del malato oncologico devono ora fare fronte a una nuova percezione di sé e alla sperimentazione di una grave minaccia per il proprio sentimento di appartenenza. Le reazioni emotive del paziente si intersecano con il senso che egli dà alla sua vita e al significato che ora è chiamato a ricercare e attribuire alla propria malattia.

2.1. Excursus storico della visione della malattia neoplasica

a

Dall'antichità all'oncologia sperimentale, partendo dagli studi del medico romano Claudio Galeno (129-200 d.C.), che definisce il cancro come guasto atrabiliare e paragona la sua manifestazione fisiologica alla forma di un granchio, vengono registrati i contributi di numerosi chirurghi, patologi e anatomici. Grazie ad essi, nel corso dei secoli, oltre alla persistente concezione linfogenetica, per cui il cancro era una malattia generale imputata a cause scatenanti interne all'organismo, viene anche considerata la possibilità eziopatogenetica esterna di alcuni tumori.

In tal senso, l'ipotesi di cancro come malattia locale determina la possibilità d'intervento sulla stessa, e favorisce un primo allontanamento dal mondo medico e dall'opinione pubblica della concezione di inguaribilità. Il XX secolo ha inizio all'insegna della fiducia nel progresso e nelle scienze, dopo avere assistito all'evoluzione delle teorie eziopatogenetiche dei tumori, che avevano considerato il cancro dapprima come una malattia dell'organismo, per poi definirlo una malattia dei tessuti e, più specificamente, una malattia della cellula. La rilevante portata sociale della malattia neoplasica, in progressiva espansione demografica a partire dal secondo dopoguerra, stimola ricerche in ambito biochimico e continue elaborazioni teoriche. Nasce così l'oncologia come nuova disciplina autonoma, definizione in cui il termine *onkos* vuol dire «tumefazione» e il suffisso *logos* si riferisce agli studi condotti sul cancro (Cosmacini e Sironi, 2002, p. xxiii).

**Attualmente
l'oncologia
deve essere
considerata
una disciplina
autonoma**

A questo punto, il panorama internazionale accoglie la fondazione di apposite strutture dedite a studiare e a curare il cancro. Parallelamente, l'evoluzione delle tecniche operatorie porta allo sviluppo dell'oncologia chirurgica, mentre la nascita della chemioterapia antitumorale, insieme alla già diffusa radioterapia antitumorale, determina la continua specializzazione dell'oncologia medica. Pertanto, alla luce di tali sviluppi della scienza medica, l'affermazione per la quale il cancro era una malattia incurabile diviene di per sé inappropriata, poiché «non esistono mali incurabili dal momento che di ogni malato è doveroso prendersi cura» (Cosmacini, cit. in Placucci, 1995, p. 11).

a

2.2. *L'oncologia moderna e la visione attuale del malato oncologico*

Nel corso degli anni, lo statuto dell'oncologia è stato rivoluzionato tanto dai progressi in ambito medico quanto dall'evoluzione sul piano umanitario. Negli anni Trenta e Quaranta del Novecento si registra l'ingresso delle discipline psicologiche e psichiatriche nel settore oncologico attraverso la fondazione, negli Stati Uniti, del National Cancer Institute (NCI) e dell'International Union Against Cancer, e grazie alla strutturazione delle prime ricerche sulle caratteristiche di personalità e sugli eventi di vita correlati all'insorgenza di tumori.

In seguito negli anni Cinquanta, sempre negli Stati Uniti, vengono costituite le prime associazioni di pazienti laringectomizzati, colostomizzati e di donne operate al seno e, in questo stesso periodo, viene istituito il primo servizio autonomo finalizzato all'assistenza psicologica del paziente affetto da tumore presso il Memorial Sloan Kettering Center di New York (Holland, 1998, cit. in Morasso e Di Leo, 2002, p. 2).

**Si afferma una
visione olistica
della persona
umana**

E ancora, intorno agli anni Settanta, l'attenzione per l'approccio psicosociale al cancro trova la sua diffusione anche in Europa, grazie allo sviluppo delle terapie mediche per la cura dei tumori e alla rinnovata sensibilità delle figure professionali nei confronti dei pazienti oncologici. Nello stesso periodo, in Italia, la psicologia e la psichiatria manifestano il loro interesse specifico nei confronti delle implicazioni psicologiche delle patologie tumorali. A testimonianza di tale rivolgimento scientifico, è possibile rintracciare articoli scritti da molti operatori della salute mentale e pubblicati, a partire dagli anni Settanta, su riviste e libri specifici sull'argomento.

A conferma di ciò, il panorama nazionale, sulla base di tali premesse, accoglie la fondazione della Società Italiana di Psicologia Oncologica (SIPO), creata nel 1985. Inoltre, la fondazione, nel 1984, dell'International Psycho-oncology Society (IPOS) e la costituzione, nel 1986, della European Society for Psychosocial Oncology (ESPO) rappresentavano il tentativo di unificare gli sforzi comuni delle varie Società nazionali e il prodotto di un crescente interesse nei confronti della prospettiva psicosociale in oncologia.



In effetti, dalla medicina umorale di Ippocrate, che ipotizzava una correlazione tra gli umori e le secrezioni di organi specifici, alle recenti scuole di psicosomatica, è andata progressivamente consolidandosi una visione dell'essere umano comprensiva della sua componente psichica e corporea. La riconosciuta inscindibilità negli esseri umani della componente biologica da quella emozionale è una nozione che deve essere impiegata anche per la tutela della qualità della vita del paziente.

A conclusione di questo breve *excursus*, si evidenzia come la concezione attuale della persona da parte di discipline antropologiche, mediche e psicopedagogiche manifesti la sempre più diffusa tendenza a estendere l'oggetto del proprio interesse anche alla dimensione esistenziale della stessa. Pertanto l'essere umano, e la persona bisognosa di cure in particolare, viene visto come soggetto unico e irripetibile, meritevole di un approccio tanto più specifico e totalizzante quanto più complessa e articolata risulta la sua caratterizzazione.

3. Verso un modello bio-psico-socio-esistenziale

Il cancro, a causa delle evidenti conseguenze per la persona malata, minaccia e interferisce su tutte le dimensioni alle quali rimandano l'unicità e la peculiarità dell'essere umano, e cioè su quella fisica, psicologica, spirituale ed esistenziale. L'esperienza della malattia si presenta come un triste evento che sottopone l'individuo a un'improvvisa e spesso traumatica modificazione non solo della propria identità individuale — sul piano somatico, emozionale, temporale ed esistenziale — ma anche della propria identità sociale, comportando rilevanti mutamenti del suo ruolo familiare e dei rapporti interpersonali in genere. Per tale ragione, i percorsi terapeutici e assistenziali rivolti al malato oncologico devono prendere in considerazione la complessità e la totalità dell'esistenza umana (Grassi, Biondi e Costantini, 2003, pp. 4-5).

3.1. Il contributo di George Engel e l'approccio bio-psico-sociale

George Engel (New York, 1913-1999) è stato forse il più importante esponente della medicina psicosomatica americana (Canestrari, 1981, p. 7). L'autore, inizialmente interessato alla

a

medicina interna, inizia a occuparsi di medicina psicosomatica nel 1941, rivolgendo i suoi studi e il suo impegno professionale anche a discipline di ordine fisiologico, neurologico, psichiatrico e psicologico (ibidem).

Engel, nei suoi contributi, innovativi nel panorama medico e scientifico del suo tempo, sostiene la necessità di un nuovo modello di medicina, inteso come un nuovo approccio in grado di sistematizzare credenze e conoscenze riguardanti la definizione

di «malattia» e quella dei ruoli di medico e paziente, nonché una rinnovata concezione capace non solo di individuare l'eziologia ma anche, per immediata conseguenza, di presentare le più adeguate prospettive terapeutiche.

L'autore evidenzia come il modello adottato per comprendere e curare la malattia sia di tipo biomedico, e come in esso la patologia venga spiegata come uno stato di deviazione rispetto alla media di variabili biologiche misurabili. La dimensione sociale e quella comportamentale vengono quindi escluse da tali considerazioni e la biologia molecolare viene elevata a disciplina scientifica di base nella pratica medica: «Il modello biomedico abbraccia sia il riduzionismo, la visione filosofica secondo cui i fenomeni complessi derivano in ultima analisi da un singolo principio

primario, sia il dualismo mente-corpo, ossia la dottrina che separa il mentale dal somatico» (Engel, 2006, p. 3).

In tal senso, nel sostenere la necessità di un nuovo modello di medicina, Engel non oscura i vantaggi del modello biomedico, in grado di soddisfare il bisogno evidente di una razionalizzazione dei contenuti in ambito medico e di una tassonomia che sia capace di orientare la ricerca e gli interventi preventivi o riparativi della patologia; tuttavia occorre sottolineare che egli insiste sull'importanza della crisi che, a suo parere, interessa tanto la pratica medica quanto l'opinione pubblica relativa alla concezione di «malattia» e, quindi, di cura.

Pertanto, nella definizione di un nuovo modello medico, l'autore difende come necessaria l'inclusione di fattori somatici e di variabili psicosociali per la cura del paziente. Il paradigma della complessità, principio ispiratore del modello bio-psico-sociale, orienta una visione del malato oncologico non come

Il modello bio-psico-sociale rimanda al principio della complessità della persona e, di conseguenza, anche della malattia oncologica

a

organismo i cui processi biologici sono stati alterati da un guasto più o meno riparabile, bensì quale persona che porta con sé, oltre ai sintomi propri della malattia, il suo vissuto e con esso il suo carico emotivo e la rete di relazioni che nel tempo ha saputo tessere intorno a sé. Quindi, valutando la funzionalità dell'organismo in termini di riuscito o mancato adattamento al suo ambiente, tale approccio considera la salute e la malattia come stati in continua e reciproca definizione, negando l'esistenza di parametri definiti per una differenziazione netta delle due condizioni, e ammettendo il problema pratico che deriva da tale puntualizzazione.

In tal senso, la possibilità d'identificare lo stato di malattia anche nei casi in cui l'entità e la tipologia di anormalità nella struttura e nella prestazione non risultino evidenti può essere rintracciata nella presenza di un *disturbo soggettivo*, definito come «l'alterazione dello stato di equilibrio dinamico sperimentata a livello conscio come qualcosa di spiacevole [e ritenuto come] una prova presuntiva di malattia» (Engel, 1981, pp. 289-290). Dunque, il modello bio-psico-sociale indaga il dolore fisico e psichico del paziente, al fine di promuovere un approccio integrato e multidisciplinare alla malattia oncologica.

3.2. Viktor Frankl e l'Analisi esistenziale

Viktor Emil Frankl (Vienna, 1905-1997), considerato il fondatore della terza scuola viennese di psicoterapia, si mostra interessato a molti campi del sapere, approfondendo le sue conoscenze sul piano medico, psicologico e filosofico. Nel 1926, a un convegno dell'Associazione di Psicologia Medica, Frankl usa per la prima volta il termine «logoterapia», per poi affiancare ad esso, nel 1933, la denominazione alternativa di «Analisi Esistenziale» (Fizzotti, cit. in Bellantoni, 2011, p. 45). Con l'avvento delle leggi razziali, l'autore ha la tragica occasione di fare esperienza personale dei concetti già espressi nel suo orientamento analitico-esistenziale, a causa della deportazione subita insieme alla sua famiglia. Lo stesso Frankl riconosce come fondamentali, nel contesto delle conoscenze psicologiche, le tesi di Freud e Adler, i cui contributi devono essere inclusi tra i classici, sia per i loro contenuti specifici, sia per l'impossibilità

**Viktor Frankl
propone il
superamento
dei limiti
dei modelli
psicologici del
suo tempo**

a

Il modello frankliano è basato su una visione bio-psico-spirituale dell'essere umano

di comprendere gli apporti successivi senza un'approfondita conoscenza di questi. L'autore, quindi, si impegna a capire i principi basilari delle due scuole e a proporre un superamento di quelli che individua come limiti e una loro integrazione alla luce delle proprie riflessioni.

Infatti, se la psicoanalisi freudiana si focalizza unicamente sul soggetto come Io-cosciente e la psicologia individuale adleriana come Io-responsabile, trascurando l'ulteriore complessità dell'essere umano, Frankl afferma che esso si presenta appunto come cosciente e responsabile al tempo stesso. Inoltre l'autore, per favorire la comprensione dell'integrazione di coscienza e responsabilità, dimensioni costitutive della persona, propone l'adozione di una prospettiva ontologica, cioè lo studio dell'essere umano come unico e irripetibile,

la cui diversità è riscontrabile nella relazione con gli altri enti e la cui caratteristica dell'essere-in-relazione definisce l'uomo in quanto tale (Frankl, 2005, pp. 31-34):

La psicoterapia nacque allorché si cercò di scoprire dietro la facciata dei sintomi le cause psichiche che li determinavano, quando cioè si pose il problema della psicogenesi. Occorre ora fare un altro passo: scoprire, dietro allo psicogenetico e oltre alla dinamica affettiva della nevrosi, l'uomo nei suoi bisogni spirituali, per aiutarlo a partire da questo punto di vista. (Ibidem, p. 40)

In tal senso, uno dei punti fermi da cui muove il modello frankliano è la visione tridimensionale dell'essere umano, costituito appunto dai livelli biologico, psicologico e spirituale. L'uomo, pertanto, viene visto dall'Analisi esistenziale come un'unità psico-fisico-noetica, che presenta le potenziali capacità di *autodistanziamento*, di cui l'umorismo e l'eroismo sono espressioni, e di *autotrascendenza*, in quanto l'individuo appare sempre rivolto verso qualcosa o qualcuno al di fuori di sé. La teoria che sta alla base dell'approccio frankliano afferma che la persona ha sempre la possibilità di attribuire un significato agli eventi della sua vita, pure in condizioni di sofferenza ineliminabile, e anche che «ciò che è malato non deve necessariamente essere sbagliato» (Frankl, 1997, p. 49), ribadendo un'irremovibile opposizione al patologismo.

Pertanto l'essere umano, così come il malato oncologico nello specifico, appare sempre libero e responsabile nel com-

a

pimento delle scelte di vita e nella definizione dei propri valori e atteggiamenti. In tal senso, la logoterapia — collocabile nella categoria della psicoterapia esistenziale, secondo la precisazione del suo stesso fondatore — espone tra i suoi concetti principali la *libertà della volontà*, nella cui definizione l'uomo appare libero non dai condizionamenti ma nella scelta degli atteggiamenti che può assumere nelle situazioni che vive. Di conseguenza anche il malato oncologico, nell'incapacità di determinare la sua guarigione, ha comunque l'opportunità di scegliere il tipo di atteggiamento da assumere in uno stato di sofferenza ineliminabile come quello in cui si trova. Dato però l'estremo disagio che la persona avverte nel caso della neoplasia, sia esso di natura fisica, psichica, sociale e spirituale, molte volte appare indispensabile il supporto di specifiche figure professionali, le cui competenze risultino adeguate alle effettive richieste del paziente, e di personalità — quali parenti e amici del paziente, operatori socio-sanitari e volontari — capaci di sostenere il malato nel suo percorso di terapia medica e di crescita personale. Il paziente, in quanto essere umano prima ancora che individuo portatore di una patologia specifica, è chiamato a ridefinire i valori che hanno animato la sua vita fino al momento della diagnosi e nel fare questa difficile operazione attribuisce nuovi significati anche alla sua esperienza di malattia. In quella che non è un'attribuzione arbitraria ma una ricerca responsabile, anche il malato oncologico è guidato dalla coscienza, definita quale «organo di significato» (Frankl, 2010, p. 76).

Anche il paziente oncologico è responsabile dell'atteggiamento assunto nei confronti della malattia

In tal senso Frankl, confermando la sua concezione di vita come compito e facendosi esponente della *responsabilità* quale valore etico formale anche all'interno del rapporto terapeutico (Fizzotti, cit. in Bellantoni, 2011, p. 111), rivolge le potenzialità di cura del suo orientamento analitico-esistenziale anche alle

persone che sanno di avere un male incurabile, di non avere più tanto tempo da vivere, ma di dover ancora tanto soffrire. È ovvio che anche questa sofferenza costituisce sempre una *chance*, una possibilità estrema di realizzare se stessi. Una tale possibilità fondamentale si può e si deve evidenziare, anche se con estrema cautela. Nondimeno l'*eroismo* di un'autorealizzazione in situazioni limite come queste si può pretendere da una persona sola, cioè da noi stessi. (Frankl, 1997, p. 53)

a

3.3. Convergenze e integrazione dei due modelli

La moderna disciplina psiconcologica, per la continua revisione delle teorie di riferimento e per una puntuale organizzazione degli interventi pratici, assume come base di partenza l'approccio proposto da George Engel, il quale ha denunciato il ricorso a un modello medico inadeguato alle mutate esigenze scientifiche e sociali del Ventesimo secolo e ha proposto le linee guida per l'adozione di una nuova prospettiva con cui la medicina e la psichiatria potessero studiare l'individuo patologico e mettere in pratica terapie adeguate alla sua condizione.

Viktor Frankl, fondatore della terza scuola viennese di psicoterapia, dal canto suo, afferma che la logoterapia non ha il compito di proporsi come un sostituto della psicoterapia, e insiste sulla necessità di non cadere nelle trappole dello psicologismo o di qualsiasi altro riduzionismo nell'approccio all'essere umano e, di conseguenza, alla sua esperienza di salute o malattia.

Nell'antropologia frankliana l'*homo sapiens*, la cui vita è resa significativa dalle esperienze di successo, cede il suo posto all'*homo patiens*, la cui logica rimanda alla capacità di mantenere il senso della propria vita e di «scoprire» un significato anche in situazioni di oggettiva limitazione, come nel caso di patologia cancerosa.

Se Engel, nella definizione di un nuovo modello medico, difende come necessaria l'inclusione di fattori somatici e di variabili

**L'Analisi
esistenziale
si pone come
«cura medica
dell'anima»**

psicosociali per la cura del paziente, l'autore viennese, con la sua Analisi esistenziale, propone l'estensione dell'interesse clinico e umano anche verso la spiritualità del malato: «La psicoterapia in senso stretto, e in particolare la psicoanalisi, è stata considerata una tecnica di confessione laica; la logoterapia, specie quando è analisi esistenziale, vuol essere una cura medica dell'anima» (Frankl, 2005, p. 247). Ma ciò non deve dare adito a fraintendimenti circa il compito della logoterapia stessa, la quale «non intende affatto sostituirsi alla religione» (ibidem); la dimensione noetica, costitutiva dell'uomo così come viene descritto dall'Analisi esistenziale, non riguarda l'esclusiva ricerca di una divinità trascendente, ma comprende la capacità di trascendenza propria dell'essere umano. Così come l'uomo in genere risulta in costante tensione verso qualcuno



o qualcosa fuori di sé, il malato oncologico mantiene la sua libertà di volontà e difende la sua volontà di significato. Pertanto, in una condizione in cui i propri valori di atteggiamento vengono sostenuti dalla forza di resistenza dello spirito, ma la componente bio-psico-sociale dell'individuo può risultare compromessa da una patologia tanto pervasiva com'è il cancro, gli operatori della salute non possono trascurare nessun aspetto (e risorsa) della complessa esistenza umana.

In tal senso, alla luce della personale proposta di integrazione del modello engeliano con l'orientamento analitico-esistenziale definito da Viktor Frankl, evidenzio come fondamentale nella costruzione di qualsiasi percorso assistenziale un rivolgimento dell'impegno medico e terapeutico in genere dal semplice tentativo di *guarigione* della malattia oncologica a una più comprensiva *cura* del malato.

4. Piste di supporto per il malato oncologico

Data la considerazione del cancro come «dolore totale» e la visione del paziente quale essere umano dotato di un'irripetibile esistenza e di un'irriducibile dignità, si registra una crescente attenzione medica e sociale verso la cura globale del paziente.

A questo riguardo, vengono menzionate alcune piste d'intervento per la ricerca di senso nella malattia oncologica, evidenziando la necessità di un interesse non solo professionale ma anche umano orientato al supporto del paziente, perché «se si cura una malattia si vince o si perde, ma se si cura una persona vi garantisco che in quel caso si vince, qualunque esito abbia la terapia» (dal film *Patch Adams*, 1998).¹

L'approccio bio-psico-socio-esistenziale, rispetto ad altri approcci rivolti alla cura del malato oncologico, permette di perseguire obiettivi di benessere esistenziale anche nel caso in cui dovesse venire a mancare la prospettiva del superamento della patologia. Ma questo aspetto non riflette una limitazione dell'intervento analitico-esistenziale al solo ambito di fine vita, poiché il benessere esistenziale del paziente potrebbe risultare determinante sia nel favorire la *compliance* terapeutica sia nella presa di posizione dello stesso nella lotta tra l'abbandono al

¹ *Patch Adams* è un film del 1998, diretto da Tom Shadyac, con protagonista Robin Williams.

a

corso degli eventi e l'attivazione delle proprie risorse in vista di una possibile guarigione.

Se nella cultura nordamericana la condizione di sopravvivenza alla malattia oncologica inizia per tutti i pazienti al momento della diagnosi, in Europa ci si focalizza sulla sopravvivenza a lungo termine, e vengono definiti «lungo sopravvivenenti» sia i pazienti clinicamente guariti, sia quelli cronicizzati (AIOM, 2013, p. 23). In tal senso, «la letteratura internazionale riporta che il 70-80% delle persone con un passato oncologico ha una qualità di vita non inferiore a quella delle persone che non hanno vissuto questa esperienza» (ibidem).

4.1. *Meaning Centered Group Psychotherapy (MCGP)*

La «terapia centrata sul senso» (*Meaning Centered Therapy*) è stata sviluppata da William Breitbart e dai suoi collaboratori, proprio riprendendo esplicitamente il pensiero frankliano e applicandolo all'ambito specifico della psiconcologia e, più in generale, delle patologie terminali e/o croniche. In particolare, tale approccio ritrova le sue basi in una ricerca da essi svolta negli anni Novanta concernente l'influenza del dolore sulla qualità della vita dei pazienti affetti da HIV. Nel corso di tali

studi, è stata anche condotta lateralmente una ricerca orientata alla definizione dei fattori predittivi di un interesse riguardo il suicidio assistito tra i pazienti malati di AIDS.

Breitbart e colleghi scoprirono che alcuni fattori psicosociali, quali, ad esempio, la sofferenza psicologica e la disperazione, risultavano elementi correlati al desiderio di decesso accelerato tra gli individui colpiti da una malattia in fase terminale. Gli studiosi smentirono l'assunto relativo alla «normalità» di uno stato depressivo in pazienti consapevoli di non avere molto tempo da vivere ancora,

e constatarono che era comunque possibile trattare questa depressione, grazie anche alla somministrazione di nuovi tipi di farmaci antidepressivi. Ma la conquista più grande, confermata dalla disponibilità di dati empirici, fu per questi soggetti capire che, in un percorso di cura strutturato per pazienti in fine vita, non era sufficiente monitorare i sintomi fisici o gli effetti collaterali delle terapie farmacologiche, ma risultava essenziale

La proposta di una «terapia centrata sul significato» formulata da William Breitbart

a

l'impegno rivolto ad alleviare la sofferenza psicologica: «Nel corso della nostra ricerca, abbiamo scoperto che la depressione era un indicatore molto importante, ma altri fattori, come la disperazione e la perdita di senso, lo erano altrettanto. Come medici psichiatri, tuttavia, non abbiamo trovato una terapia farmacologica vantaggiosa per il trattamento di questi fattori» (Breitbart e Heller, 2003, p. 980).

Mentre veniva portata avanti la ricerca sulla correlazione tra il costrutto della disperazione e il desiderio di decesso accelerato nei pazienti in fine vita, Breitbart per caso sentì parlare di un gruppo di filosofi e psichiatri che non aveva mai sentito nominare prima, e tra questi era menzionato Viktor Frankl. Lo psichiatra americano riconobbe l'importanza del contributo frankliano nella cura dei malati terminali e decise d'informarsi al riguardo.

**Un percorso
supportivo di
gruppo ispirato
alla visione
frankliana**

Pertanto, «l'approccio della terapia centrata sul significato è stato ispirato dal lavoro di Viktor Frankl e dal suo libro fondamentale *Man's Search for Meaning*» (Kissane et al., 2012, p. 333). Tale tipo di approccio ha dato origine a due differenti percorsi di assistenza psicologica-esistenziale al malato oncologico, una strutturata per la terapia individuale e l'altra indicata per l'intervento in un setting di gruppo. In questa sede, si è scelto di presentare la seconda tipologia in quanto si tratta di una modalità d'intervento assai diffusa nell'ambito dell'*hospice*.

Breitbart e una sua collega, Mindy Greenstein, in seguito alla loro stesura di un manuale di psicoterapia, hanno progettato un percorso di gruppo di otto settimane, rivolto a pazienti con un cancro in fase avanzata e focalizzato sulla ricerca di senso. Tale modalità d'intervento è stata anche messa a confronto con un gruppo nel quale è stato attuato un intervento supportivo di *routine*. I due psichiatri hanno effettuato un approfondimento delle opere prodotte da Viktor Frankl e hanno selezionato quelli che hanno ritenuto essere i costrutti rilevanti per il trattamento dei pazienti con un tumore.

Alla base di questo progetto, c'è la volontà di differenziare le otto sessioni di lavoro da un tradizionale gruppo di supporto, poiché era evidente il proposito iniziale di fornire ai partecipanti informazioni relative alle teorie analitico-esistenziali e di consentire loro di adottare un modello di apprendimento basato sull'esperienza diretta dei costrutti presentati.

a

Gli incontri iniziali vengono impiegati per trattare l'importanza del significato all'interno del contesto storico delle vite dei pazienti, con la richiesta ad essi rivolta di esporre ai presenti la loro storia di vita, partendo dall'origine del proprio nome. A metà del percorso articolato in otto settimane, viene svolto un incontro in cui è richiesto ai partecipanti di esprimere i loro pareri circa le limitazioni del progetto. Nelle sessioni seguenti, la domanda rivolta ai pazienti riguarda la loro idea di una

buona morte, per poi concludere gli incontri con una discussione concernente ciò che essi hanno appreso grazie a questa esperienza.

Parallela allo svolgimento degli incontri dei gruppi focalizzati sulla ricerca di senso è la gestione dei gruppi di controllo, condotti secondo i principi della psicoterapia supportiva (Costantini e Navarra, 2011, pp. 198-199), con cui effettuare un confronto tra gli obiettivi raggiunti alla fine delle otto settimane.

La valutazione dell'impatto dell'intervento su entrambi i gruppi è stata effettuata attraverso la somministrazione della scala FACIT

(*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*) in momenti diversi: durante il reclutamento del campione, dopo il primo incontro, dopo l'ultimo incontro e dopo circa tre mesi dalla fine della terapia.

Ebbene, se in ambedue le tipologie di gruppi è stata riscontrata una notevole diminuzione della sofferenza psicologica tra i partecipanti, nel gruppo focalizzato sulla ricerca di senso viene constatato un incremento del benessere spirituale in misura decisamente maggiore rispetto al gruppo nel quale è stato effettuato un intervento puramente supportivo.

I gruppi di supporto garantiscono un miglioramento del benessere esistenziale dei partecipanti

4.2. Logoterapia e Analisi esistenziale in oncologia (LÆON)

Alla luce delle riflessioni frankliane circa la sofferenza ineliminabile quale occasione di inaspettata maturazione individuale e dei più recenti studi sulle strategie di adattamento psicologico al cancro, sono state condotte numerose ricerche in ambito psiconcologico, in cui risulta evidente la rinnovata attenzione alla dimensione esistenziale del paziente. Già dal 1990 il panorama mondiale ha accolto lo sviluppo di diversi approcci psicologici che ritrovano le loro origini nella filosofia

esistenzialista e, a livello nazionale, sono stati soprattutto gli esponenti della scuola frankliana a tradurre in pratica l'interesse per la dimensione esistenziale del malato oncologico, proponendo la definizione e l'applicazione di un modello di intervento (Murru et al., 2013, p. 11): «L'intervento psico-educazionale di gruppo ideato e denominato *Logoterapia e Analisi esistenziale in oncologia (LÆON)* è centrato sulla ricerca di senso secondo il modello della logoterapia di Frankl V. e le successive elaborazioni di Breitbart W.» (ibidem, p. 12).

Più nel dettaglio, l'intervento prevede cinque incontri settimanali, di due ore ciascuno, seguiti da un *follow-up* di tre settimane. I partecipanti a questo studio sono stati reclutati tra gli utenti della Struttura semplice dipartimentale di psicologia clinica dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, in un periodo compreso tra la fine del 2008 e l'inizio del 2010. Per l'inclusione nel progetto, grazie a un colloquio clinico individuale, sono stati valutati specifici criteri, quali, oltre al conseguimento della maggiore età, uno stato di salute fisica tale da consentire la partecipazione agli incontri, una condizione psicologica in fase non critica, la consapevolezza della propria malattia, competenze cognitive adeguate, la disponibilità al confronto di gruppo e un interesse per i temi che sarebbero stati trattati durante le sessioni. Gli strumenti di valutazione, somministrati ai pazienti prima dell'inizio dell'intervento, a un mese di distanza e circa tre mesi dopo la fine degli incontri, comprendono questionari che indagano la motivazione a ricercare un significato ultimo e la sensazione di avere trovato uno scopo nella propria vita, gli stili di coping, la sintomatologia ansioso-depressiva e il livello di benessere psicologico del paziente.

Nelle sette edizioni tenute fino al 2013, i gruppi *LÆON* hanno ospitato la partecipazione di 39 pazienti in tutto, con una media di 5 persone per ogni ciclo di incontri, e sono stati condotti da uno psicologo formato in logoterapia e Analisi esistenziale frankliana.

L'analisi dei risultati ottenuti dalla somministrazione dei questionari ai partecipanti ha mostrato «una riduzione delle componenti di tipo disfunzionale (depressione e preoccupazione ansiosa) e un rafforzamento della percezione di significato esistenziale (tema su cui era fondato l'intervento) e del benessere psicologico» (ibidem, p. 15).

**I gruppi *LÆON*:
logoterapia
e Analisi
esistenziale in
oncologia**

a

4.3. Cenni sugli altri approcci psicologici

Il panorama scientifico e accademico ha registrato, negli ultimi anni, la presenza di molti nuovi interventi proposti e attuati in ambito psiconcologico, data la crescente attenzione rivolta non solo al dolore fisico del paziente, ma anche alla sofferenza psicologica ed esistenziale determinata dalla malattia oncologica. Alcuni percorsi di assistenza si focalizzano sulle difficoltà interpersonali, favorendo il sostegno sociale per la persona affetta da neoplasia, altri invece indagano il disagio proprio della dimensione spirituale del malato.

Vengono riportati, con brevi cenni, alcuni tipi di terapie rivolte alla prevenzione o al sollievo dell'angoscia esistenziale (Kissane et al., 2012, pp. 333-335).

L'*Interpersonal Therapy* è stata messa a punto dagli psichiatri Gerald Klerman e Myrna Weissman come tipologia di trattamento della depressione in un tempo limitato. L'assunto fondamentale di questo approccio riferisce la comparsa delle sindromi psichiatriche in un contesto sociale, per cui risulta possibile trattare il disagio approfondendo il rapporto tra i sintomi e i problemi interpersonali del paziente.

La *Psychodynamic Life Narrative* è un intervento diffuso grazie all'opera dello psichiatra Milton Viederman, che può essere realizzato nei primi incontri di consulenza con un paziente in una particolare situazione di crisi, quale una malattia organica. Attraverso

il racconto dettagliato della storia di vita del malato e la presentazione dei suoi attuali disagi, vengono enfatizzate le sue potenzialità per accrescerne l'autostima.

La *Dignity Therapy* è stata strutturata dallo psichiatra Harvey Max Chochinov ed è riservata al trattamento della sofferenza esistenziale negli individui con una patologia in fase terminale. Sulla base di un modello empirico, il *Dignity Model*, come tipo di terapia, sostiene i pazienti nell'affrontare i problemi e nel definire le riflessioni che essi vorrebbero comunicare a coloro che stanno per lasciare, formalizzando la creazione di veri e propri documenti condivisibili con le nuove generazioni.

La scelta di presentare piste di supporto al malato oncologico traducibili in interventi di gruppo è stata dettata non

Esistono diverse
esperienze
di supporto
psicologico
in ambito
oncologico

solo dalla disponibilità di risultati empirici che ne dimostrano l'efficacia, ma anche dalla riconosciuta convenienza a livello pratico, poiché risultano attuabili anche nelle strutture sanitarie grazie ai loro costi ridotti. Ma risulta doveroso, a mio parere, non solo per gli organismi privati ma anche e soprattutto per quelli pubblici, consentire la realizzazione di percorsi individuali laddove il paziente ne manifesti la necessità.

a

5. Conclusione

Molti studi sono stati condotti negli ultimi decenni all'interno della moderna disciplina psiconcologica e una crescente attenzione viene registrata dal panorama medico e assistenziale nei confronti della dimensione psicologica di pazienti affetti da patologia tumorale, ma molti altri progressi devono essere compiuti, a mio parere, nella sensibilizzazione dell'opinione pubblica, nell'attivazione di risorse concrete e nella difesa della dignità del malato oncologico.

Questo elaborato si presenta come un primo spunto di riflessione per le figure professionali che si trovano a operare nel contesto dell'assistenza al malato oncologico, nonché come base per un ulteriore e necessario approfondimento in materia.

In tal senso, lungi dal volere essere esaustiva, tale riflessione presenta alcuni limiti, rintracciabili ad esempio nella brevità dei riferimenti contenutistici. D'altra parte, un aspetto positivo consiste invece nella possibilità di contenere, in termini riassuntivi, importanti nozioni proprie dell'assistenza al malato oncologico e i risultati delle ultime ricerche in materia. Innovativa risulta essere la proposta di integrazione dei due modelli presentati.

BIBLIOGRAFIA

- Associazione Italiana di Oncologia Medica – AIOM (a cura di) (2013), *Linee guida. Assistenza psico-sociale dei malati oncologici*, <http://www.aiom.it/area+pubblica/area+medici/Prodotti+scientifici/linee+guida/1,333,1> (ultimo accesso: 10/09/2014).
- Bellantoni D. (2011), *L'analisi esistenziale di Viktor E. Frankl. 1. Origini, fondamenti e modello clinico*, Roma, Las.
- Breitbart W. e Heller K.S. (2003), *Reframing hope: Meaning-centered care for patients near the end of life. An interview with William Breitbart*, «Journal of Medicine Palliative», vol. 6, n. 6, pp. 979-988.
- Canestrari R. (1981), *Presentazione*, in G.L. Engel, *Medicina psicosomatica. Sviluppo psicologico in salute e in malattia*, Bologna, Cappelli, pp. 7-9.
- Cosmacini G. e Sironi V.A. (2002), *Il male del secolo. Per una storia del cancro*, Roma-Bari, Laterza.
- Costantini A. e Navarra C.M. (2011), *Interventi psicoterapeutici in psiconcologia*, «Nóος», vol. 17, n. 3, pp. 187-200.
- Engel G.L. (1981), *Medicina psicosomatica. Sviluppo psicologico in salute e in malattia*, Bologna, Cappelli.
- Engel G.L. (1977), *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*, «Science», vol. 196, n. 4286, pp. 129-136, trad. it. *La necessità di un nuovo modello di medicina. Una sfida per la biomedicina*, <http://it.scribd.com/doc/12780697/Articolo-George-Engel-Science-1977-Nuovo-Modello-Medicina-Traduzione-italiana-Albasi-Clerici> (ultimo accesso: 20/01/2016).
- Frankl V.E. (1997), *La vita come compito. Appunti autobiografici*, Torino, Società Editrice Internazionale.
- Frankl V.E. (2005), *Logoterapia e Analisi Esistenziale*, Brescia, Morcelliana.
- Frankl V.E. (2010), *Senso e valori per l'esistenza. La risposta della logoterapia*, Roma, Città Nuova.
- Grassi L., Biondi M. e Costantini A. (2003), *Manuale pratico di psiconcologia*, Roma, Il Pensiero Scientifico.
- Holland J.C. (1998), *Societal views of cancer and the emergence of psycho-oncology*, in Id. (a cura di), *Psycho-oncology*, New York, Oxford University Press, pp. 3-15.
- Kissane D.W., Treece C., Breitbart W., McKeen N.A. e Chochinov H.M. (2012), *Dignity, meaning, and demoralization: Emerging paradigms in end-of-life care*, in W. Breitbart (a cura di), *Handbook of psychiatry in palliative medicine*, London, Oxford University Press, pp. 324-340.
- Morasso G. e Di Leo S. (2002), *La psico-oncologia: Un panorama generale*, «INformazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria», vol. 16, n. 46, pp. 2-13.
- Murru L., Bianchi E., Brunelli C., Miccinesi G. e Borreani C. (2013), *Ricerca di senso nella malattia oncologica: L'esperienza dei*

BIBLIOGRAFIA

- gruppi di Logoterapia e analisi esistenziale*, «La Rivista Italiana di Cure Palliative», vol. 15, n. 1, pp. 11-18.
- Placucci P. (1995), *Dal male oscuro alla malattia curabile. Storia dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano*, Roma-Bari, Laterza.

L'EFFICACIA DEI CIRCOLI DI DIALOGO ESISTENZIALE (CDE) NELL'APPROCCIO ALLA CONSULENZA PER DONNE CON OBESITÀ DI II E III GRADO

Stephanie Alfaro Fernández
Paola Vargas Gómez
(Universidad Católica de Costa Rica)¹

L'articolo ha l'obiettivo di dimostrare l'efficacia dei Circoli di Dialogo Esistenziale (CDE) nell'approccio alla consulenza per donne con obesità di II e III grado. Va evidenziato che, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo, da cui l'esigenza di mettere a punto efficaci ed efficienti metodologie d'intervento. In tal senso, in primo luogo, la tecnica logoterapeutica dei Circoli di Dialogo Esistenziale è stata applicata in un gruppo di nove donne che presentavano i tipi di obesità menzionata, durante dodici sessioni a cadenza settimanale, in cui si sono affrontati temi

¹ La traduzione dal manoscritto delle due autrici in spagnolo è stata curata da Domenico Bellantoni.



psicologici in relazione alla logoterapia e all'obesità. Quindi sono stati applicati vari strumenti, tra cui il Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE), nella validazione di Prada e Sandoval (2010), e il Purpose In Life Test (PIL), con i quali è stato possibile rilevare i risultati ottenuti circa l'efficacia di questa tecnica.

1. Introduzione

Attualmente, in ambito sia mondiale che costaricense, si è evidenziata una situazione preoccupante e in crescita eccessiva, collegata a un aumento del peso medio della popolazione. Questo fatto ha richiamato l'attenzione delle autorità della salute pubblica che ha iniziato a chiedersi se riguardo tale problematica esistessero fattori di condizionamento a livello psicologico.

Mora (2012) sottolinea che, secondo l'OMS, la diffusione globale dell'obesità, unitamente alle altre malattie ad essa correlate, rappresenta la principale causa di morte nel mondo. In particolare, il Costa Rica è al quarto posto dei Paesi con maggiore obesità in America Latina (Núñez, 2014).

Così, trattandosi di un caso di rilevanza nazionale e internazionale, si è cercato di individuare un approccio psicologico che potesse completare il trattamento biomedico di questo problema, proponendone uno di indirizzo umanistico, capace di offrire nuove terapie e fornire maggiori benefici per la salute generale della persona, intesa come essere bio-psico-socio-spirituale.

In tal senso, questo studio si propone di presentare e verificare l'efficacia dei Circoli di Dialogo Esistenziale (CDE) nell'affrontare la consulenza rivolta a donne affette da obesità di II e III grado.

Come obiettivi specifici l'intenzione è quella di individuare le possibili emozioni positive e negative collegate ai casi di obesità affrontati in consulenza, valutando quale comunicazione esistenziale permettesse di prevenire eventuali emozioni negative e sostenere quelle positive, in relazione all'obesità e a una sua adeguata gestione. Inoltre, si è inteso verificare se le pazienti evidenziassero significativi cambiamenti circa il senso della vita, in seguito alla ristrutturazione dello stesso

mediante la partecipazione ai CDE e adottando stili di vita più sani, migliori abitudini alimentari e perseguendo l'eventuale riduzione di peso.



2. Descrizione della ricerca-azione

La tecnica logoterapeutica dei CDE non era mai stata utilizzata in precedenza per l'approccio all'obesità secondo la prospettiva ipotizzata in questa indagine; di conseguenza il Costa Rica appare come il Paese pioniere nell'approccio a tale problematica a partire da questa focalizzazione.

Tuttavia va detto che in Messico la logoterapia viene utilizzata come trattamento complementare per i pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica, pur senza seguire la stessa metodologia proposta in questo elaborato. In effetti, la psicologia ha cercato di approcciare questo problema a partire da altri orientamenti, ma i risultati non sono riusciti a dimostrare una diminuzione significativa dell'obesità.

2.1. *Obesità*

Kauffer-Horwitz et al. (2015) definiscono l'obesità come un'infermità cronica a eziologia multifattoriale che si sviluppa a partire dall'influsso e dall'interazione di fattori sociali, comportamentali, psicologici, metabolici, cellulari e molecolari. In termini generali, essa si definisce come un eccesso di grasso (tessuto adiposo) in relazione al peso corporeo.

2.2. *Logoterapia*

Fondata da Viktor Frankl, la logoterapia è la terapia del senso, del significato e dello scopo della vita. Essa intende la vita come esistenza e l'uomo come responsabile circa la ricerca e la scoperta del senso della sua vita (Molla, 2002, p. 2).

2.3. *Metodologia*

In questa indagine si utilizza una metodologia qualitativa, cercando di sensibilizzare l'ambiente di riferimento in merito alla necessità di indicare informatori in grado di fornire dei



dati, ottenuti a partire dalle loro prospettive e dai loro punti di vista. Il progetto prevedeva il ricorso alla narrazione, tanto come schema della ricerca quanto come forma d'intervento.

2.4. Partecipanti

L'indagine ha coinvolto nove donne affette da obesità di II e III grado, di età compresa tra i 24 e i 49 anni.

I criteri d'inclusione per la selezione riguardavano: donne di età compresa tra i 18 e i 64 anni, con obesità di II e III grado, che non presentavano un deficit cognitivo che avrebbe potuto compromettere la comprensione del processo, non assimilabile a un percorso psicoterapeutico e che prevedeva dodici sessioni a cadenza settimanale, ciascuna delle quali era stata videoregistrata dopo avere raccolto la firma delle partecipanti per ottenerne il consenso informato.

2.5. «Categorie» interessate dal processo d'indagine

- *Categoria 1: emozioni positive e negative legate all'obesità.* Silvestri e Stavile (2005) evidenziano come le persone obese sperimentino quotidianamente sentimenti di svalutazione, avvertendo la pressione di dover sostenere continuamente sfide sociali; tuttavia gli stessi autori sottolineano come non tutti i soggetti obesi superino tali sfide nello stesso modo.
- *Categoria 2: processo dei Circoli di Dialogo Esistenziale (CDE).* Essi sono «concepiti come una strategia di prevenzione integrale dei problemi della solitudine e della depressione» (Luna Vargas, 2011, p. 193).
- *Categoria 3: comunicazione esistenziale.* Luna Vargas (2013) la definisce come quella comunicazione connotata da maggior profondità, in cui si concentrano i sentimenti, gli affetti e le emozioni e risultano coinvolte le questioni esistenziali e fondamentali degli esseri umani come la gioia, l'amore, la sofferenza e il senso della vita.
- *Categoria 4: senso della vita e ristrutturazione.* Chiunque può rispondere agli appelli costituiti dagli eventi della vita scoprendovi un suo significato, che resta sempre molto personale e che può cambiare dinamicamente da momento a momento.
- *Categoria 5: stili di vita sani incentrati su temi psicologici e sulla perdita di peso.* Vives-Iglesias (2007) definisce gli stili di



vita salutari come «quei modelli cognitivi, affettivo-emotivi e comportamentali che mostrano una certa coerenza nel tempo, che in condizioni di minore o maggiore consistenza possono diventare fattori di rischio o di sicurezza, a seconda della loro natura».

- *Categoria 6: efficacia*. Conde (2002, p. 1) sottolinea come «nella ricerca epidemiologica, si intende per efficacia quella virtù o qualità di un intervento che ha la capacità di produrre l'effetto desiderato quando viene applicato in condizioni ideali».

2.6. Strumenti

- *I Circoli di Dialogo Esistenziale* (Luna Vargas, 2011, p. 193). Tale strumento, secondo Hernández, Fernández e Baptista (2010, p. 411), «permette di addentrarsi in profondità nelle situazioni sociali e mantenere un ruolo attivo, nonché una riflessione permanente, essendo attento ai dettagli, a ciò che succede, agli eventi e alle interazioni».
- *L'intervista*. «Si tratta di un incontro per discutere e scambiare informazioni fra diverse persone» (ibidem, p. 418).
- *La «cabina» (bitácora)*. «Una fonte assai valida di dati qualitativi sono i diversi documenti, materiali e reperti (*artefactos*). Essi possono aiutarci a comprendere il fenomeno centrale dello studio» (ibidem, p. 433).
- *Il Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE)*. È un questionario formato da 34 item che considerano fattori clinici che hanno a che fare con il senso interiore di benessere (4 item), sintomi (12 item, che includono ansia, depressione, traumi e sintomi fisici) e funzionamento (12 item, che includono relazioni intime, relazioni sociali, funzionamento di vita); inoltre contiene 12 item che misurano il rischio o il danno, utilizzabili come indicatori per i clienti che rappresentano un rischio per sé o gli altri. Gli item sono segnati su una scala da 0 (per niente) a 4 (sempre). La metà delle voci si concentra su problemi di bassa intensità («mi sento nervoso o ansioso») e l'altra metà su problemi di alta intensità («sento panico o terrore») (Prada e Sandoval, 2010, p. 16).
- *Il Purpose in Life Test (PIL Test)*. Noblejas de la Flor (2011, p. 31) evidenzia che il *PIL Test (Purpose in Life Test)* è uno strumento disegnato per la misurazione del senso della vita

e

o della sua realtà esistenziale contraria, la frustrazione esistenziale, basandosi sulla compilazione, da parte dei soggetti indagati, di un *self-report* costituito da una scala Likert a 7 punti.

- *Controllo del peso iniziale e finale.* È uno strumento curato dai ricercatori, che intende rilevare se ci sia stato un cambiamento nel peso dei partecipanti; di conseguenza si registra il peso inizialmente e anche alla fine del processo.

2.7. Procedimento

Questa indagine consta di cinque tappe. Nella prima è stato stabilito il contatto iniziale con le partecipanti al percorso, ricorrendo a un massiccio invito attraverso il social network Facebook. Nella seconda sono stati creati gli strumenti di raccolta dei dati, e quindi sono stati individuati i candidati selezionandoli in base ai criteri di inclusione.

A questo punto è stato avviato il processo che, all'interno delle diverse sessioni, ha visto il confronto delle e tra le partecipanti in merito a tematiche quali la *logoterapia*, l'autostima, le relazioni, la consapevolezza di sé, la comunicazione esistenziale e gli stili di vita sani. Infine, nella quinta tappa, una volta raccolte tutte le informazioni, ha avuto inizio l'analisi dei dati.

2.8. Analisi dei dati

Sono state utilizzate l'analisi di primo e secondo livello, prodotte mediante il programma statistico di dati ATLAS.ti; inoltre è stata effettuata la triangolazione dei dati, ricorrendo a diversi strumenti. Per valutare l'efficacia del CDE sono stati presi in considerazione i risultati dell'applicazione del test/re-test riguardo agli strumenti CORE e PIL test, oltre al controllo del peso delle partecipanti, ognuna delle quali era stata pesata all'inizio del percorso e alla fine, in modo da valutare la perdita di peso.

3. Presentazione dei risultati

Per quanto riguarda gli aspetti generali osservati, si evidenzia l'omogeneità circa l'età delle partecipanti al gruppo e anche relativamente al disturbo presentato (obesità tra il II e il III



grado): ciò ha determinato una maggiore identificazione tra le loro esperienze e anche una minore paura del giudizio e della critica, percependosi accomunate dalla stessa condizione e dallo stesso disagio.

Lo stato civile delle partecipanti non ha rappresentato un fattore determinante per il raggiungimento dei diversi obiettivi della ricerca; tuttavia, nell'affrontare la questione del partner durante una delle sessioni, un dato comune, sia a livello fisico che psicologico e verbale, ha riguardato la presenza di condotte violente nella maggior parte dei casi individuati.

In ogni caso, questo tema non è stato analizzato approfonditamente perché non era strettamente legato agli obiettivi della ricerca. Comunque, le rilevanti informazioni acquisite hanno permesso di ipotizzare un'influenza di questo dato sulle abitudini alimentari delle partecipanti.

D'altra parte, per una più adeguata comprensione dei temi, delle dinamiche e delle attività implicati dal percorso, è stato rivolto alle partecipanti un intervento educativo finalizzato a favorire in ciascuna di loro un apprendimento maggiormente significativo.

Circa la prima categoria, quella relativa alle emozioni negative e positive collegate all'obesità, l'analisi dei dati evidenzia che le prime sono maggiormente presenti rispetto alle seconde, a conferma di quanto evidenziato a questo riguardo dal contributo di Kauffer-Horwintz et al. (2015), in relazione a ciò che sperimenta una persona con obesità. In particolare, questi autori evidenziano come le persone obese manifestino quasi tutte diversi tipi di disturbi psicologici, tra cui ansia, senso di colpa, frustrazione, depressione e sentimenti di rifiuto e di vulnerabilità. In particolare, nelle partecipanti al gruppo di ricerca sono state rilevate una serie di emozioni in comune, quali insicurezza, tristezza, vergogna, rabbia, frustrazione, scoraggiamento e ansia, confermando quanto evidenziato dallo studio già citato.

Inoltre, in queste donne è possibile riscontrare il convivere non solo con tali emozioni negative, ma anche con una serie di situazioni derivate dal loro problema, che interessa anche altre aree della loro vita, come, ad esempio, la manifestazione di una visione estremamente negativa di sé.

**L'intervento
si focalizza
sulle emozioni
implicate
dal disturbo
alimentare che
le partecipanti
manifestano**

e

Come già riscontrato da Silvestri e Stavile (2005, p. 10), l'insoddisfazione per l'immagine corporea nelle persone obese non si manifesta unicamente nella motivazione a uno sforzo comune di perdere peso, ma può anche rimandare a un significativo disagio cronico che influenza i pensieri, i sentimenti e i comportamenti, oltre a influire notevolmente sulla qualità della vita dei pazienti.

Moltissime partecipanti dichiararono di non riuscire a guardare con naturalezza il proprio corpo allo specchio, perché immancabilmente quando lo facevano la loro attenzione si focalizzava su «difetti» come smagliature, cellulite e vene varicose;

di conseguenza, tendevano a mantenere il proprio sguardo unicamente sul viso. Alcune hanno anche ammesso di essere estremamente insicure in riferimento alle relazioni sessuali, proprio come conseguenza di un'immagine danneggiata del proprio corpo.

Inoltre, si è evidenziata una limitazione delle attività quotidiane derivante da un intenso timore di critiche esterne, a cui viene assegnato un grande peso, come esse stesse riconoscono in riferimento all'opinione negativa che altri potrebbero avere del loro aspetto fisico.

Anche questi risultati confermano la teoria di Silvestri e Stavile (2005), che hanno evidenziato come le persone obese, a causa della loro immagine corporea insoddisfacente, spesso risultino isolate dal contesto sociale o siano riluttanti a iniziare relazioni affettivo-sessuali per paura del rifiuto; paradossalmente ciò può dare adito a un circolo vizioso in cui mangiare diventa un atto per ridurre l'insoddisfazione (ibidem, p. 14).

Al fine di ottenere una migliore comprensione delle problematiche connesse all'obesità, abbiamo chiesto alle partecipanti di raccontare alcune delle esperienze negative che hanno dovuto affrontare in quanto persone obese, quali la discriminazione, il rifiuto, la ridicolizzazione, il bullismo e gli insulti, tutte situazioni, tra le altre, citate da loro.

Da tale rilevazione si capisce come i sentimenti negativi di cui sopra siano costantemente rafforzati da queste situazioni, che le donne obese raccontano di dover continuamente affrontare nella loro vita. Il denominatore comune all'interno

L'importanza dello schema corporeo, ovvero della percezione individuale del proprio corpo e della propria forma fisica



del gruppo rimane la svalutazione frequente (in circolo vizioso tra percepita e/o reale) della società nei loro confronti a causa del loro aspetto fisico, che esercita una forte influenza sui loro rapporti interpersonali e sull'immagine di sé.

In considerazione di ciò, si è deciso di dedicare due delle dodici sessioni al lavoro finalizzato a rafforzare l'autostima, proponendo un percorso di accettazione della forma del proprio corpo, in cui ha rivestito un ruolo chiave la tecnica logoterapeutica della dereflessione.

In tal modo si è cercato di ottenere che le persone coinvolte distogliessero da se stesse l'attenzione, che in questo caso si presentava concentrata solo sul loro peso e sul desiderio di ridurre immediatamente le misure del proprio corpo; sono state così incoraggiate la conoscenza e la scoperta di tutte le altre dimensioni, non solo quella biologica, ma anche quelle psicologica, spirituale e sociale, ottenendo di conseguenza significativi cambiamenti nel modo di pensare se stesse.

In questo modo si è percepito nelle partecipanti un cambiamento di atteggiamento non solo nella comprensione dell'obesità, ma anche nel modo di percepirsi; questo perché, nel comprendere i vari aspetti dell'obesità, si è anche facilitato un lavoro di modificazione del dialogo interno di autosvalutazione, ottenendo di conseguenza una maggiore tranquillità, a livello fisico, emotivo e psicologico. Questo è coerente con la visione di Frankl (1991), che evidenzia che «ciò di cui abbiamo veramente bisogno è un cambiamento radicale nel nostro atteggiamento verso la vita» (p. 78).

In questo modo, mediante l'approccio logoterapeutico i pazienti hanno compreso che le persone sono esseri complessi e olistici e le cui diverse dimensioni sono in costante interazione; di conseguenza si dovrebbe non solo prestare attenzione alla propria dimensione biologica, ma anche integrare necessariamente gli altri ambiti, facilitando cambiamenti significativi nel concetto di sé e nell'autostima. Tutto ciò ha influenzato direttamente anche un cambiamento nella loro dieta in quanto, non focalizzando l'attenzione solo sull'aspetto fisico, la stessa terapia non è stata più concepita come finalizzata alla soddisfazione di una risposta all'iniziale domanda concernente

Ciò di cui abbiamo veramente bisogno è un cambiamento radicale nel nostro atteggiamento nei confronti della vita

e

i canoni sociali di bellezza, bensì dettata da motivi di salute e cura della persona.

Per quanto riguarda la seconda categoria, circa il processo dei Circoli di Dialogo Esistenziale (CDE), i partecipanti sono stati selezionati, come detto, in seguito a un primo contatto attraverso il social network Facebook.

È importante sottolineare il valore di coinvolgersi e raggiungere un buon rapporto e un efficace sostegno tra i partecipanti del CDE, in quanto questo facilita notevolmente l'apertura e l'empatia per affrontare alcune questioni che richiedono discrezione. In tal senso, Luna Vargas (2011, p. 194), che gestisce abitualmente esperienze di questo tipo, sottolinea anche quanto sia importante, da parte del facilitatore del gruppo, il fatto di porsi in maniera empatica, riuscendo a cogliere le situazioni che stanno attraversando i partecipanti e favorendo lo sviluppo di un clima di vicinanza durante la partecipazione agli incontri.

Durante lo svolgimento di questo lavoro, il fatto di riuscire a ottenere tale successo relazionale ha facilitato nelle partecipanti il sentirsi a proprio agio, esprimere le proprie emozioni e condividere le esperienze; questo rappresenta un concetto antropologico centrale della logoterapia, in cui la persona è definita come un essere in relazione capace di trascendersi per realizzare l'incontro con l'altro.

Ancora Luna Vargas sottolinea che «ci sono temi accademici che possono essere adattati. Allo stesso modo è possibile, da parte del facilitatore del "circolo", introdurre temi nuovi, purché rispettino la filosofia e l'antropologia di Viktor Frankl» (ibidem, p. 219). Di conseguenza, durante il percorso di

ricerca vengono affrontati temi che si ritiene possano essere utili allo sviluppo personale delle partecipanti, tenendo anche conto delle varie questioni da loro sollevate e considerate nei Circoli di Dialogo Esistenziali.

In aggiunta a questi elementi teorici, ciascuna partecipante aveva un diario di viaggio in cui poteva annotare, settimanalmente, gli aspetti più rilevanti di ogni sessione e le sue esperienze personali. Questi diari permettevano ai ricercatori di ottenere informazioni e favorire sia la catarsi delle emozioni sia l'interiorizzazione dei concetti nelle partecipanti, che dopo

Durante il percorso si affrontano tematiche finalizzate a promuovere lo sviluppo personale delle partecipanti



avere scritto le proprie esperienze potevano successivamente condividerle in gruppo.

Questo diario è stato poi adottato dalle partecipanti come uno strumento personale per affrontare diverse situazioni nella loro vita quotidiana. Ciò ha anche facilitato lo sviluppo dell'intero processo, non generando una dipendenza verso i conduttori del CDE, ma riuscendo a sensibilizzarli circa un agire capace di portare loro un beneficio personale senza dover ricorrere all'aiuto di una terza persona.

Circa la terza categoria, quella relativa alla comunicazione esistenziale, si è scelto di utilizzare la tecnologia a sostegno della ricerca, formando un gruppo che potesse comunicare con maggiore fluidità attraverso il ricorso all'applicazione «WhatsApp», che ha facilitato una partecipazione più attiva a tutte le componenti del gruppo.

Tale decisione ha portato benefici per la ricerca, in quanto alcune delle partecipanti, di propria iniziativa, hanno deciso di condividere immagini motivazionali, articoli su stili di vita sani e altre informazioni riguardanti il corretto comportamento alimentare, sostenendo in tal modo il gruppo nel processo di cambiamento delle loro abitudini. Inoltre, la comunicazione esistenziale non si è limitata a essere applicata solo nel «circolo», ma è andata al di là di esso, arrivando a fare parte della vita di quelle donne e arricchendola di conseguenze positive legate a tale stile comunicativo.

Infine, per quanto riguarda questa categoria, è importante citare la correlazione riscontrata tra la comunicazione esistenziale e la riduzione del peso delle partecipanti, da cui si evidenzia che maggiore è la comunicazione esistenziale, maggiore è la diminuzione del peso corporeo. Questo perché, raggiungendo una maggiore comunicazione esistenziale, e pertanto una maggiore condivisione di informazioni nel gruppo sulle loro diete, sulle emozioni associate al cibo, sui comportamenti alimentari appresi e su altri temi legati all'assunzione di cibo, sono stati anche promossi una maggiore e più completa conoscenza di sé e della natura di queste condotte, stili di vita più sani, un miglioramento dell'immagine del corpo, un cambiamento degli atteggiamenti disfunzionali e, infine, un aumento dell'autostima e una riduzione del peso corporeo.

**Occorre
incrementare
una modalità di
comunicazione
esistenziale**

e

In riferimento alla quarta categoria, denominata *sensu della vita e sua ristrutturazione*, è stato svolto un lavoro concernente le motivazioni quotidiane, le finalità e i progetti personali, sul senso della vita, appunto, e sul significato della sofferenza. Inizialmente la maggior parte delle partecipanti manifestava confusione su questi temi, in quanto faceva fatica a individuare il senso della propria vita.

Nel suo libro *Ante el vacío existencial* («Prima del vuoto esistenziale»), Frankl (1980, p. 16) evidenzia come «Maslow ritenga che le cose accadano in modo che l'uomo manifesti il suo bisogno di un senso della vita solo quando tutto gli va bene (“prima viene il cibo, poi la morale”)».

Nel caso delle partecipanti al CDE, basandosi sulla teoria di Maslow, si potrebbe supporre che la loro vita acquisterebbe un senso nel momento del soddisfacimento di una necessità fondamentale come quella dell'alimentazione, ma attraverso la logoterapia e l'esperienza dei «circoli» si comprende come queste donne suppliscano al bisogno di senso rispondendovi

con un eccesso di cibo, che pertanto denota piuttosto un vuoto esistenziale derivante da una mancanza di senso della vita.

Oltre a ciò, va detto che molte delle partecipanti avevano rivolto, nel corso degli anni, più attenzione all'immagine svalutata del proprio corpo, alle frustrazioni sul lavoro, a difficili esperienze del passato e ad altri aspetti negativi; di conseguenza, è stato difficile esprimere quello che poteva rappresentare il proprio senso della vita. Inoltre occorre sottolineare che, in alcune delle partecipanti,

sono state individuate anche idee legate al vuoto esistenziale.

Viktor Frankl (1980, p. 30) indica che «il significato deve essere scoperto, ma non può essere inventato. Quel che si inventa o è un significato soggettivo, un mero sentimento legato a un significato, o una sciocchezza». In tal senso, si è reso necessario «accompagnare» le partecipanti affinché arrivassero a scoprire da sé il senso della propria vita e non semplicemente a supporre quale potesse essere questo senso.

Proponendo varie espressioni di vuoto esistenziale durante il lavoro dei CDE, anche in riferimento alla visione sul significato della sofferenza sviluppata da Frankl, le partecipanti riescono a comprendere che alcune delle loro esperienze di

**Viktor Frankl
indica che il
significato deve
essere scoperto,
ma non può
essere inventato**



vita, nonostante siano state dolorose, potrebbero rappresentare un insegnamento, un'occasione di crescita; in tal modo, dopo alcuni incontri, alcune di esse arrivarono a individuare un significato, osservando che quelli che ora rappresentavano dei loro punti di forza, come il coraggio e la capacità di lottare, altro non erano che il prodotto di quello che inizialmente era stato vissuto come sofferenza.

All'interno del lavoro di ristrutturazione dei significati, proprio di questa fase, anche la dimensione spirituale costituisce una parte significativa del processo. In tal senso, le partecipanti sono state in grado di valorizzare il ruolo della coscienza, riconoscendole la valenza di «guida» per la propria vita. Ciò ha contribuito a individuare un senso per la propria esistenza, al di là del solo dato biologico, e a comprendere che, oltre al disagio fisico, esistevano altre aree personali che necessitavano di una «guarigione». Ciò anche alla luce della visione olistica della persona umana proposta fin dalla prima fase del processo.

In aggiunta a quanto sopra, applicando la teoria e le tecniche al lavoro nel «circolo», la visione di sé e del mondo è andata modificandosi, permettendo una ristrutturazione del senso della vita, in relazione a cui la maggioranza dei partecipanti scelse un particolare impegno, incentrato sulla cura personale e sul raggiungimento degli obiettivi individuali.

A questo proposito, Viktor Frankl (1980, p. 32) scrive:

Essere responsabile significa essere selettivo, operando scelte. Viviamo in una *affluent society* [«società del benessere», ndr], siamo sovraccaricati di stimoli attraverso i *mass media* e ci troviamo nell'era della pillola. Quindi, se non vogliamo essere sepolti da tale ondata di stimoli, o sprofondare in una promiscuità totale, dobbiamo imparare a distinguere tra ciò che è essenziale e ciò che non lo è, tra ciò che ha significato e ciò che non lo ha, tra ciò che è responsabile e ciò che non lo è.

È importante sottolineare che parte del processo di ristrutturazione del senso della vita, da parte delle partecipanti, si è focalizzato sui costrutti logoterapeutici di «libertà» e «responsabilità», intendendo, in tal senso, che ogni essere umano ha sicuramente la libertà di soddisfare i propri bisogni di base, come il cibo, ma arrivare ad abusarne, consumando cibo in eccesso, significa danneggiare la propria salute fisica, non utilizzando

**La partecipazione
ai CDE facilita la
ristrutturazione
del senso della
propria vita**

e

dunque responsabilmente la propria libertà. Pertanto, Frankl (1984, p. 82) sostiene che l'uomo ha sempre la libertà, solo che a volte vi abdica liberamente. Non è sempre consapevole della propria libertà, ma la libertà può e deve essere consapevole. È questo l'obiettivo che persegue l'analisi esistenziale come analisi dell'esistenza nella dimensione della libertà e della responsabilità; ed è la missione di quella forma psicoterapeutica dell'analisi esistenziale che è la logoterapia, facendo appello alla libertà dopo averla resa cosciente (ibidem, p. 82).

**Comprendere
la responsabilità
personale nel
prendersi cura
anche della
propria salute
fisica**

All'interno del percorso era essenziale che le partecipanti riuscissero a comprendere la responsabilità personale nel prendersi cura della propria dimensione biologica e come, invece, il fatto di trascurarla abbia un impatto su altri aspetti della qualità della propria vita. In questo modo, a mano a mano che esse riuscivano nell'intento di trovare il senso della propria vita nella cura personale, prestando attenzione non solo alla dimensione biologica, ma anche a quella psicologica, sociale e spirituale, si potevano verificare risultati concreti riguardo al loro benessere individuale globale; si trattava anche di comprendere che

tale responsabilità era solo loro e che, alla fine del processo di crescita, ciascuna era responsabilmente libera di scegliere se mantenere o meno l'impegno assunto.

In questa ristrutturazione del senso della propria vita, a volte, le partecipanti potevano apparire concentrate egoisticamente solo su se stesse; tuttavia, a un certo punto il processo permetteva di percepire come il cambiamento comprendeva anche amici, coppie, famiglie, lavoro, ecc., facilitando in tal modo una capacità di trascendenza e di orientarsi al bene degli altri senza perdere di vista il proprio. Le partecipanti potevano così raggiungere un sano equilibrio, dove la felicità e il senso della vita non si concentrano solo su un aspetto, ma tendono a integrare tutte le azioni e le relazioni della persona.

Per quanto riguarda la quinta categoria, relativa agli stili di vita sani in relazione sia agli aspetti psicologici che alla perdita di peso, è importante evidenziare come siano state sviluppate diverse questioni, tra cui l'individuazione di comportamenti compensatori nocivi utilizzati dai soggetti come «soluzione» a vari conflitti, tra cui il gruppo individuava l'assunzione di

cibo e l'uso della sigaretta come le attività più comuni a cui si ricorreva allo scopo di ridurre l'ansia.

A questo punto, le partecipanti sono anche riuscite a individuare i modelli alimentari appresi nelle loro famiglie: ad esempio, il recarsi al *fast food* in occasione delle feste, il ricorso al cibo come forma di premio, oltre all'abitudine di consumare grandi quantità di cibo per fare felice un membro della propria famiglia. Tuttavia, è stato evidenziato un misconoscimento tra le partecipanti riguardo alla capacità di individuare le possibili motivazioni esistenziali sottese al ricorso eccessivo al mangiare.

Secondo Silvestri e Stavile (2005, p. 19), molti alimenti hanno, oltre a specifiche qualità nutrizionali, anche valori simbolici ed emozionali legati all'essere, molti dei quali nel nostro cervello sono associati a ricordi buoni o cattivi, situazioni, persone, fasi della vita, ecc.

L'assegnazione di un valore simbolico al cibo, come evidenziato dagli autori, non rappresentava un'eccezione in questo gruppo di donne; infatti occorre sottolineare che nel processo ci si dedicò proprio all'identificazione di questo valore simbolico, per ottenere una più adeguata gestione dell'ansia e, quindi, il ricorso a più sane attività ricreative allo scopo di fronteggiare le situazioni scatenanti. Inoltre, si riscontra come denominatore comune tra le partecipanti la presenza di stati emotivi quali la soddisfazione, la tranquillità, la felicità o, al contrario, lo stress, la frustrazione e la paura, al momento di consumare cibo in eccesso; il tutto accompagnato da un forte senso di colpa alla fine dell'abbuffata.

Per ottenere una corretta comprensione del carico emotivo attribuito al cibo, sono state fornite delle informazioni alle partecipanti per consentire loro di identificare le situazioni in cui si verificavano le abbuffate e le emozioni da loro vissute mentre mangiavano; in questo sono state incoraggiate dal fatto che, una volta identificato questo rapporto, il cibo avrebbe potuto essere sostituito da qualsiasi altra attività volta a fornire loro un analogo livello di piacere risultando meno dannosa, come ad esempio l'esercizio fisico o il ricorso alla lettura.

In tutti i casi, c'erano stati precedenti tentativi di perdita di peso che, per vari motivi, non erano mai andati a buon fine. Questi fallimenti probabilmente erano legati al fatto che ciò



Occorre individuare i modelli alimentari disfunzionali appresi nelle proprie famiglie

e

che si desiderava era solo una riduzione rapida ed efficace del peso, senza avere davvero chiara la motivazione alla base di questo cambiamento, che spesso determina anche l'incapacità di individuarne le concrete modalità di realizzazione.

A seguito del lavoro svolto all'interno del CDE, sono stati conseguiti cambiamenti significativi con l'adozione di sane abitudini da parte delle partecipanti. Ciò dimostra i benefici che si possono ottenere grazie a un supporto psicologico — e, in particolare, alla logoterapia — nell'ambito di un percorso rivolto all'obesità che consideri olisticamente la persona.

Gli stili di vita adottati dalle partecipanti hanno riguardato essenzialmente una modifica dei comportamenti alimentari e dell'esercizio fisico, tuttavia questo non deve essere confuso con gli obiettivi di un approccio biomedico. È importante notare questa distinzione, in quanto questo obiettivo è stato

ottenuto grazie a un lavoro di introspezione concernente le varie situazioni in cui i soggetti consumavano cibo in modo spropositato: ad esempio, eventi ansiogeni, esperienze negative nella propria storia di vita, bassa autostima o inadeguata gestione dello stress e degli impulsi.

**Effetti derivanti
dall'adozione
di una
comunicazione
esistenziale**

Lo sviluppo dei vari temi all'interno del CDE e l'adozione di una comunicazione esistenziale hanno consentito di individuare, condividere e rielaborare specifiche situazioni,

sostenendo nelle partecipanti lo sviluppo di motivazioni al cambiamento che difficilmente sarebbero state raggiunte senza un'adeguata comprensione del rapporto mente-corpo.

Infine, per quanto riguarda la sesta categoria relativa all'efficacia, sono stati conseguiti importanti risultati attraverso i test applicati e le registrazioni di controllo del peso. A una prima applicazione dei test CORE e PIL si ottengono risultati che permettono di tracciare una linea di base, che ha la funzione di conoscere con quale profilo ciascun soggetto è entrato nel processo di cambiamento e anche con quali stati d'animo iniziali; in questo modo, attraverso i test e il controllo del peso, è stato poi possibile verificare il raggiungimento o meno degli obiettivi della proposta.

Grazie all'applicazione del PIL Test, che ha lo scopo di misurare il senso della vita delle persone, è stato accertato che sei delle nove partecipanti si trovavano in una zona grigia, in quanto



dai risultati ottenuti mostravano di non avere consapevolezza, o non averla del tutto, riguardo a quale fosse il senso della loro vita. Invece, le altre tre partecipanti presentavano un'assoluta mancanza di senso della vita. In tal senso, in definitiva, si trattava di donne con un vuoto esistenziale rispetto al quale Frankl (1994, p. 126) afferma che «non è necessariamente evidente: può restare latente, velato, mascherato [...] conosciamo diverse maschere dietro le quali si nasconde il vuoto esistenziale».

Questa affermazione di Frankl permette di comprendere come in alcune di queste donne il vuoto esistenziale appaia inconsapevolmente mascherato e, pertanto, l'esagerata assunzione di cibo possa rappresentare una manifestazione sintomatica di tale disagio.

Riguardo al test CORE, secondo Prada e Sandoval (2010), esso esamina fattori clinici legati al senso interno di benessere, considerando sintomi e aree differenti, quali: ansia, depressione, traumi, sintomi fisici e il funzionamento generale, rapporti affettivi, relazioni sociali, vita operativa, misurandone anche l'entità in termini di rischio o di danno. I punteggi ottenuti hanno la funzione di valutare tra le partecipanti la presenza di un rischio per sé o gli altri, in relazione alle aree indicate. Sottoposte al CORE, le donne hanno conseguito risultati molto contrastanti.

Da ciò emerge che, delle nove partecipanti, in questa prima applicazione del test otto hanno ottenuto risultati oltre il limite indicato come normale, al di là di quello che è considerato buono, lasciando solo un partecipante a un livello entro quella che questo test considera la normalità.

Questi risultati hanno evidenziato che le partecipanti non riuscivano a raggiungere davvero una condizione di benessere totale, o almeno accettabile, sino a quando non divenivano progressivamente consapevoli delle carenze e delle disfunzionalità delle loro condotte. Infatti, sebbene non ci fossero seri impedimenti a un sano sviluppo di sé, tanto nell'ambito professionale quanto in quello socio-relazionale, la condizione di obesità e gli atteggiamenti sotteschi finivano con l'influenzare fortemente questi settori della vita. Il fattore di rischio fu individuato nell'area in cui era riscontrabile il punteggio più basso; pertanto fu determinato che i soggetti non si presentavano necessariamente in una situazione di pericolo.

**Quando
l'obesità
«maschera»
il vuoto
esistenziale**

e

In termini di peso, in questa fase viene registrato il peso in entrata delle partecipanti, in modo da poter confrontare tale dato con quello rilevato al termine del processo, al fine di valutare un effettivo cambiamento fisico e confermare l'efficacia dal punto di vista biologico.

Dopo avere ottenuto questi profili d'ingresso, che hanno fornito una linea di base per ciascun soggetto, si è proceduto ad avviare il processo e, settimana dopo settimana, si è lavorato su diverse questioni che hanno aiutato le partecipanti ad affrontare temi di rilevanza psicologica, tanto quelli considerati importanti dai membri del gruppo quanto quelli ritenuti appropriati dai ricercatori.

Dopo le dodici sessioni di CDE vengono nuovamente applicate le prove utilizzate in ingresso, secondo il criterio del test/re-test, allo scopo di definire il profilo in uscita delle partecipanti alla fine del processo; i risultati ottenuti indicano se l'intervento ha raggiunto gli obiettivi della ricerca-azione o se si rende necessario apportare alcune modifiche per ottenere i risultati desiderati.

Per quanto riguarda il PIL, alla fine del processo le nove partecipanti hanno mostrato la presenza di senso della vita, superando l'iniziale zona di incertezza. Anche nei risultati del test CORE si è riscontrato un miglioramento in tutte le partecipanti, come indicato dal fatto che i punteggi si sono mantenuti tutti al di sotto del limite ritenuto opportuno in questo strumento, e quindi nella fascia positiva del test, riguardo a tutti i fattori misurati; questo significa che si sono registrati cambiamenti positivi in tutte le partecipanti,

che invece mostravano in partenza punteggi negativi. Il fatto che alla fine questi siano inferiori al limite, in sintesi, indica una migliore prestazione complessiva rispetto all'inizio del processo.

Infine, risultati diversificati sono stati ottenuti in relazione al peso corporeo. Delle nove partecipanti, sei hanno ridotto il peso, due lo hanno mantenuto, mentre in una esso è aumentato; la perdita di peso variava tra i 2 e gli 11 kg. È possibile stabilire che i soggetti più impegnati durante le sessioni hanno effettivamente conseguito una maggiore riduzione, in contrasto con quelli che hanno mostrato un più difficile coinvolgimento.

Inoltre si è potuto verificare, grazie all'osservazione, che le partecipanti che adottavano una comunicazione esistenziale

**Miglioramenti
riportati dalle
partecipanti**



ottenevano più facilmente cambiamenti nelle loro abitudini alimentari e relative all'esercizio fisico, promuovendo un'integrazione bio-psico-sociale-spirituale di settimana in settimana.

In relazione a quanto sopra, è possibile confermare che il CDE funziona efficacemente come complemento a un processo di riduzione del peso, focalizzandosi non solo su questo ma anche su fattori importanti come quello sociale ed emotivo, in modo che tale approccio integrato sia alla base della scoperta del senso della vita.

4. Discussione

Alla luce dei risultati ottenuti sia relativamente al raggiungimento degli obiettivi sia in relazione agli strumenti utilizzati, si può concludere che i Circoli di Dialogo Esistenziale rappresentano un approccio efficace in riferimento alle donne che soffrono di obesità di II e III tipo.

In riferimento alle emozioni sperimentate lungo il processo, si è verificato che la maggior parte delle donne con obesità di II e III tipo vivono, più o meno consciamente, emozioni negative associate al disturbo, quali l'ansia e la vergogna; ciò a volte comporta anche l'isolamento dalle loro famiglie e dagli amici e questo può scatenare ulteriori emozioni negative, tra cui il senso di solitudine e la frustrazione. Proprio il lavoro su tali emozioni negative ha motivato i ricercatori a pianificare le varie fasi del trattamento.

Al termine, le partecipanti hanno concordato sul fatto che, pur essendo persone obese, dovrebbero imparare ad amarsi e conoscersi, senza cadere in una sorta di stato di rassegnazione per la forma del loro corpo, prendendo piuttosto coscienza della necessità di apportare modifiche alle loro abitudini e iniziare a prendersi maggiormente cura di sé per motivi di salute.

Per quanto riguarda la focalizzazione sulla comunicazione esistenziale, si è evidenziato che coloro che mostravano un vero impegno nell'adottare tale modalità comunicativa raggiungevano un livello di maggiore comprensione, rispetto ai membri che mantenevano una comunicazione strumentale.

Grazie alla comunicazione esistenziale, le partecipanti hanno raggiunto una comprensione globale della loro situazione e, conseguentemente, una diminuzione delle emozioni negative, associate alla scoperta di un senso della propria vita e delle moti-

e

vazioni che realmente hanno sostenuto la maggior parte di esse verso la riduzione di peso. Questo, al contrario di coloro che non hanno mostrato un reale impegno e un livello adeguato di comunicazione, come manifestato dalla mancata condivisione delle proprie esperienze con gli altri e, conseguentemente, non hanno neppure raggiunto la stessa consapevolezza rispetto alle loro compagne e non hanno ridotto le loro emozioni negative.

Per quanto riguarda il senso della vita, il fatto che le partecipanti riescano a scoprire dei significati nella propria esistenza le aiuta anche ad avere una migliore qualità della vita, non solo fisicamente, in quanto permette di comprendere l'importanza di cercare e raggiungere un benessere più olistico.

Facendo riferimento all'adozione di uno stile di vita salutare, anche se questo era, almeno inizialmente, concentrato in gran

parte sul piano fisico, si è cercato di favorire l'individuazione di pensieri, emozioni e ricordi evocati dal cibo. Ciò, in futuro, le aiuterà a riconoscere ciò che realmente le alimenta e ciò che, al contrario, fa loro del male, non solo in riferimento all'ambito fisico, ma anche secondo una visione di benessere integrale.

Sulla riduzione del peso è stato evidente che i soggetti che hanno affrontato il CDE in modo più evasivo non sono riusciti a ridurre il peso. Questo, contrariamente alle partecipanti che hanno mostrato maggiore impegno, a conferma del fatto che l'efficacia del CDE, come complemento a un programma di riduzione del peso, presuppone una partecipazione motivata e costante.

È importante evidenziare che il conduttore/facilitatore del CDE dovrà avere cura di accompagnare le partecipanti lungo il processo,

istruendole anche su come utilizzare gli apprendimenti nel post-processo, in modo da riuscire a proseguire autonomamente il proprio percorso di crescita, senza la necessità di affidarsi a un «regista».

Questa ricerca apre alla psicologia un ampio campo di azione, in un ambito precedentemente oggetto di sole azioni di natura medica. In tal modo, viene anche a essere superato lo stigma per il quale la psicologia funzionerebbe solo con disturbi mentali. Inoltre, tale esperienza fornisce alternative

**I CDE
rappresentano
un approccio
integrato per
persone in
trattamento per
l'obesità, ma
anche per altre
tipologie di
disagio e forme
di dipendenza**

integrate per persone in trattamento per una condizione come l'obesità, che spesso rappresenta un problema che si manifesta per tutta la vita.

In conclusione, questo studio svolto per valutare se i Circoli di Dialogo Esistenziale possano rappresentare una tecnica efficace da attuare per la consulenza e il supporto a donne con obesità di II e III grado, proponendosi quale integrazione di un programma di riduzione del peso che affronti il problema non solo da un punto di vista medico, bensì tenendo conto della totalità dell'essere umano come unità bio-psico-socio-noetica, ha mostrato che, in riferimento alle aree coinvolte dal disturbo, i risultati ottenuti dall'intervento di ricerca-azione devono essere considerati ottimali e permanenti a una ripresa in follow-up.



BIBLIOGRAFIA

- Conde J. (2002), *Eficacia y efectividad: una distinción útil para la práctica y la investigación clínicas*, «Nefrología», vol. 22, n. 2, pp. 219-222.
- Frankl V.E. (1980), *Ante el vacío existencial*, Barcelona, Editorial Herder.
- Frankl V.E. (1984), *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*, Barcelona, Editorial Herder.
- Frankl V.E. (1991), *El hombre en busca de sentido*, Barcelona, Editorial Herder.
- Frankl V.E. (1994), *Logoterapia y análisis existencial*, Barcelona, Editorial Herder.
- Hernández R., Fernández C. e Baptista P. (2010), *Metodología de la investigación*, Ciudad de México, McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Kauffer-Horwitz M., Tavano-Colaizzi L. e Ávila-Rosas H. (2015), *Obesidad en el adulto*, <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/obesidad.pdf> (ultimo acceso: 12/08/2015).
- Luna Vargas J.A. (2011), *Logoterapia. Un enfoque humanista existencial fenomenológico*, Bogotá, Editorial San Pablo.
- Luna Vargas J.A. (2013), *La Pareja y el Amor. Un diagnóstico y una intervención desde el análisis existencial de Viktor Frankl*, Bogotá, Instituto Colombiano Análisis Existencial y Logoterapia Viktor Frankl.
- Molla M. (2002), *La Logoterapia, descubriendo el sentido de la vida: Una visión existencial*, http://egocreanetperu.com/paper_logopdf (ultimo acceso: 12/08/2015).
- Mora E. (2012), *Obesidad en Costa Rica, realidad y solución*, <http://www.diabetesbajocontrol.com/blog/105-obesidad-en-costa-rica-realidad-y-solucion.html> (ultimo acceso: 30/11/2014).
- Noblejas de la Flor M.A. (2011), *El sentido en la vida, dimensión evolutiva. Hallazgos empíricos en la rebaremación del test PIL (Purpose In Life) en España*, «Journal of Transpersonal Research», vol. 3, n. 1, pp. 30-38.
- Núñez J. (2014), *Costa Rica se ubica en el cuarto lugar con más obesidad en Latinoamérica*, http://www.campus.una.ac.cr/ediciones/2014/junio/2014junio_pag09.html (ultimo acceso: 12/08/2015).
- Prada S. e Sandoval C. (2010), *Traducción al Español, Adaptación y Validación del Instrumento CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) en Costa Rica: una herramienta para valorar la eficacia de las psicoterapias*, documento non pubblicato e disponibile presso gli autori.
- Silvestri E. e Stavile A.E. (2005), *Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque in-*

BIBLIOGRAFIA

- terdisciplinario*, <http://www.nutrinfo.com/biblioteca/monografias/ob05-02.pdf> (ultimo accesso: 12/08/2015).
- Vives-Iglesias A.E. (2007), *Estilo de vida saludable: Puntos de vista para una opción actual y necesaria*, <http://www.psicologiacientifica.com/estilo-de-vida-saludable> (ultimo accesso: 12/08/2015).

RECENSIONI

Eugenio Fizzotti

Psicologia e maturidade na vida consagrada¹

SãoPaulo, Paulus, 2014, pp. 131

La forza di resistenza dello spirito e la capacità di prendere posizione di fronte al vuoto esistenziale sono al centro di questo libro già tradotto in portoghese e pubblicato in Brasile dalla casa editrice Città Nuova.

L'approccio umanistico-esistenziale sembra il più adeguato ad affrontare vari temi psicologici che rivestono anche un interesse in ambito religioso: la felicità, la maturità, l'inconscio e la formazione permanente. Ciò in linea con quanto emerso anche al convegno «Verso la guarigione e il rinnovamento. Simposio per i Vescovi Cattolici e i Superiori Religiosi sugli abusi sessuali sui minori» (Pontificia Università Gregoriana: 6-9 febbraio 2012). In questo convegno, l'intervento di Mons. Jorge C.P. Wong, dal titolo *Candidati al sacerdozio e alla vita religiosa: selezione, osservazione e formazione*, pone l'attenzione sulla gelosia, gli intrighi, le menzogne e i bisogni affettivi che a volte convivono con la propria vocazione. In questi casi risulta fondamentale la disponibilità a comprendere e a modificare questi atteggiamenti di immaturità.

In tal senso, l'autore mette in evidenza come la psicologia possa contribuire all'analisi dell'attuale crisi delle vocazioni e risultare anche utile nella «lettura» della terza età, che non può essere considerata una malattia, ma va concepita come una condizione fisiologica che, se raggiunta con serenità e impegno, può rappresentare una straordinaria fonte di incontro, di amicizia, di condivisione e di solidarietà.

In particolare, la visione umanistico-esistenziale di Frankl risulta perfettamente compatibile con l'antropologia cristiana e con la morale di ogni religione. Ad esempio, il concetto frankliano di autotrascendenza «richiama la consapevolezza che vivere non è solo esistere, ma esistere orientati verso uno scopo. Nella situazione esistenziale della vita consacrata ciò fa emergere che essa

¹ Edizione italiana *Psicologia e maturità nella vita consacrata*, Roma, Libreria Editrice Vaticana, 2012, pp. 147.

r

è un'opportunità che viene offerta permanentemente per diventare quello che ancora non si è, ma che si desidera essere, e che si può essere e che si deve essere a partire dal principio che la crescita ricca di senso si fonda su quel grado di contentezza e di benessere che si percepisce quando si vive con impegno e con un atteggiamento di totale e gratuita donazione» (pp. 7-8).

In questo contesto, se la vita non è un qualcosa ma piuttosto un'opportunità per qualcosa, allora la scelta per la vita religiosa dovrebbe essere motivata dalla predisposizione a una gratuità non temporanea ma permanente, non parziale ma totale, non generica ma specifica all'ideale cristiano. In altre parole, si tratta di scegliere una quotidianità eroica compatibile con una struttura di personalità in costante crescita.

In risposta a tali questioni, il libro *Psicologia e maturidade na vida consagrada* è articolato in sei parti: 1. Orizzonti esistenziali e relazionali del divenire della maturità; 2. La gioia di scoprirsi persona profonda: nuove dimensioni dell'inconscio; 3. La compagnia della fede: maturità religiosa e senso della vita; 4. Il contributo della psicologia per l'analisi delle crisi vocazionali; 5. La forza della speranza come modello per il consacrato; 6. La sfida di essere prete anziano.

Queste articolazioni vengono precedute da un capitolo sulla *felicità come apertura* nel quale si pongono le basi dell'autotrascendenza, ossia di quella capacità di andare oltre se stessi, oppure di dimenticare se stessi per andare oltre: «Quando la persona si fa assorbire dai suoi grandi e piccoli compiti quotidiani e cerca di portarli a compimento con competenza per essere utile agli altri, è talmente attenta a realizzarli che si dimentica di se stessa, delle sue persistenti e ossessive preoccupazioni e, senza volerlo, la sua vita e il suo modo di essere acquisiscono la loro più preziosa e autentica bellezza» (p. 11). Tale visione riprende l'affermazione di Kant secondo cui «la felicità è la conseguenza dell'osservanza del dovere [...] e la legge deve precedere il piacere perché esso venga percepito» (p. 17).

Con queste premesse si potrà meglio comprendere una delle conclusioni dell'autore: «Per Frankl chi è più in grado di andare oltre se stesso, chi ha la forza sufficiente e la necessaria autocritica per affrontare se stesso, i propri egoismi e i propri interessi personali, è cosciente della propria realtà spirituale e la sa valorizzare come condizione essenziale della sua natura. È allora che le diverse dimensioni della struttura umana si sviluppano armonicamente e acquisiscono il loro vero senso, condizioni indispensabili per una vita piena e felice» (p. 18).

Fra i vari temi trattati, segnaliamo quello relativo a una riflessione sull'inconscio alla luce della teoria di Max Scheler



sull'inoggettività dello spirito e dei suoi atti, per cui «la persona, come unità ontologica concreta di atti, è pura attualità inoggettivabile, è fenomeno originario che non sottostà ad alcuna riduzione, è soggettività totale che si svolge in pura realtà di realizzazione di atti spirituali, senza mai essere suscettibile di completa riflessione. In questo senso l'esistenza spirituale, l'Io vero e proprio — per così dire l'Io “in sé” — non è suscettibile di riflessione e conseguentemente è realizzabile solo in quanto “esistente”, nelle sue realizzazioni, in quanto realtà di realizzazione» (p. 40).

In tal senso l'autore, dopo avere trattato della dimensione inconscia dell'*ethos*, dell'*eros* e del *pathos*, passa alla considerazione dell'inconscio trascendente. Quest'ultima applicazione della categoria dell'inconscio spirituale si basa sull'assunto che anche la nostra relazione con Dio è cosciente a noi solo in minima parte; gran parte di questa relazione non può essere oggetto di riflessione perché noi stessi ne siamo inconsapevoli. Quindi noi siamo spirituali molto più di quanto possiamo immaginare.

Tale opera è il risultato della maturità culturale, esperienziale e morale dell'autore. La lettura di questo testo, per la mirabile sintesi degli elementi cruciali a ogni psicoterapia, è utile anche ai veterani della Logoterapia e Analisi esistenziale di Frankl.

A. Pacciolla

Antonio Fazzi

A mano a mano

Empoli (FI), Ibiskos Editrice Risolo, 2014, pp. 240

Ogni approccio psicoterapeutico, attualmente, riconosce la validità della biblioterapia come valido supporto alla riabilitazione e al consolidamento dei processi psicologici necessari alla crescita della persona e al mantenimento del benessere. È proprio all'interno della biblioterapia che segnaliamo questo libro di poesie scritto da un papà in attesa di ricongiungersi con sua figlia «volata via come una farfalla a sole diciassette primavere [...] passando dalla prosa terrena a quella poetica e celestiale» (pp. 7-9).

L'uso di questo genere letterario attiva l'interesse di ogni psicoterapeuta che conosce la correlazione fra linguaggio metaforico ed efficacia terapeutica. *A mano a mano* consta di due parti: 1. Il ciclo di Elisabetta; 2. Raccolta di rime diverse. In ogni sua parte, questo libro è caratterizzato da sentimento morale, chiarezza e semplicità.

r

In particolare, in questo testo si può apprezzare la validità della tesi di V. Frankl sull'arte come espressione della spiritualità. Qui l'arte in questione è la poesia il cui contenuto è il proprio oggetto d'amore: la figlia «periva, tenerella» (p. 17) affetta da una malattia incurabile. Pertanto, in *A mano a mano*, la spiritualità che traspare dalla religiosità si intreccia con quella che traspare dall'arte poetica. Entrambe queste espressioni di spiritualità hanno per oggetto il dolore più ingiustificato che possa esistere: quello inevitabile inflitto a un innocente. Di fronte a questo dolore — apparentemente senza senso — è importante evidenziare il messaggio psicoterapeutico della presenza di un senso della vita nonostante il dolore ingiusto e senza senso della persona che si ama. Per molto meno alcuni tentano il suicidio, mentre altri incrementano la fede fino a poter essere un modello non solo per alcuni pazienti, ma anche per tutti coloro che — spesso giustamente — non vedono un senso al dolore di un innocente.

Spesso, in psicoterapia, abbiamo situazioni in cui una depressione non può essere efficacemente trattata con gli antidepressivi e con la conoscenza delle tecniche psicoterapeutiche. Infatti, non sempre la depressione è causata dalle problematiche della neurotrasmissione o da processi cognitivi e metacognitivi disfunzionali. Quando la depressione e la disperazione sono fondate su un vuoto di senso non possiamo ricorrere a una pillola che possa dare il senso della vita né a una tecnica psicoterapica che somministri il senso della sofferenza per il dolore. In questi casi, la psicoterapia dovrà fare un salto di qualità: non sarà sufficiente conoscere tutti i meccanismi psichici consci e inconsci alla base della crescita, dell'equilibrio personale e del benessere psicofisiologico.

Il salto di qualità che ogni psicoterapeuta può apprezzare in questo libro consiste nel considerare la realtà da una dimensione spirituale che può includere anche la religiosità, pur non riducendosi ad essa. Secondo V. Frankl, la spiritualità inizia con l'interrogarsi sul significato della vita, sullo scopo e il senso dell'esistenza. La vita conserva sempre un senso, anche quando il senso della propria vita non c'è più, come sembrerebbe nel caso della morte della persona amata. Eppure, la morte non annulla il senso della vita: «Cos'è la morte, se non un accidente trascurabile?», scriveva H.S. Holland (p. 236). Frankl, dal canto suo, direbbe che la morte è l'ultima opportunità per crescere e per vivere il senso della propria vita.

A mano a mano, con il suo contenuto di psicologia umanistico-esistenziale, entra a pieno diritto nella biblioterapia utile sia agli psicoterapeuti che ai pazienti. Questi contenuti spesso possono essere d'aiuto laddove la scienza farmacologica



e psicoterapica non può arrivare. La spiritualità non è patrimonio di una sola particolare confessione religiosa né solo delle religioni istituzionalizzate. La spiritualità fa parte della costituzione antropologica di ogni uomo, anche dell'ateo e dello scettico che potrebbero disconoscerla. La spiritualità si manifesta con l'autotrascendenza che si esplica nell'impegno a porsi al di sopra dei riduzionismi e dei condizionamenti e nel considerare la vita come un compito. Vivere per assolvere a un compito o a una missione è alla base della spiritualità, sia essa religiosa o laica e aconfessionale. Questa dimensione spirituale contribuisce, più di quanto la scienza stessa può dimostrare, alla salute fisica e psicologica.

A. Pacciolla

Catello Orazio

Sessualità e psicofarmaci. Le sostanze psicoattive: causa e rimedio delle disfunzioni sessuali

Firenze, Eclipsi, 2012, pp. 288

Questo volume potrà essere utile sia ai sessuologi che, quando necessario, dovranno saper trattare farmacologicamente quanto diagnosticato, sia agli psicoterapeuti (non necessariamente medici o psicofarmacologi), che dovrebbero trattare le dinamiche psicologiche implicate nella sintomatologia sessuale. Infatti, pensare di poter risolvere i disturbi sessuali solo con le molecole sarebbe troppo riduttivo. In genere, ma specie per i disturbi sessuali, la stessa molecola può avere un'efficacia diversa a seconda della personalità, dell'età e dei processi cognitivi, emotivi e relazionali del soggetto. Inoltre, in molti casi è difficile poter affermare con certezza quanto un successo o insuccesso terapeutico sia dovuto all'efficacia di una molecola e quanto, invece, dipenda dalla predisposizione psicologica capace di garantire alla stessa molecola una maggiore efficacia.

L'autore esordisce affrontando un tema specificamente psicologico: la sessualità dal punto di vista del pudore e delle oscillazioni della stessa psichiatria che — dopo essere stata dominata dall'approccio psicoanalitico — è passata attraverso la fase «sessuofobica».

Già nell'introduzione si considera il difficile problema — ancora da indagare — dell'accettazione e del *drop out* di questa specifica terapia. Qui abbiamo già la prima indicazione, laddove viene detto che «l'azione ritardante dell'orgasmo da parte degli antidepressivi può essere sfruttata clinicamente per la terapia dell'eiaculazione precoce» (p. 2). I quindici capitoli

r

di questo volume si articolano in una sequenza logica che si coglie agevolmente. Infatti, le ricerche si alternano ai casi clinici e le note puntualizzano molto bene alcuni dettagli.

Il primo capitolo, *Il contesto clinico*, è molto utile per approfondire il tema della relazione terapeutica evidenziando i possibili cicli interpersonali negativi causati dall'intreccio di emozioni e pregiudizi del paziente e del terapeuta. Il secondo capitolo, *Classificazione delle disfunzioni sessuali*, presenta una panoramica delle disfunzioni sessuali secondo il DSM-IV e l'ICD-10. Il terzo capitolo, *Fisiologia della risposta sessuale*, riprende il capitolo precedente e continua con l'inquadramento delle disfunzioni sessuali secondo la classificazione di W.H. Master e V.E. Johnson e con l'integrazione delle osservazioni di H. Kaplan.

Il quarto capitolo, *Basi biologiche delle funzioni sessuali*, considera i substrati essenziali delle funzioni sessuali: (a) neuroanatomico; (b) endocrinologico (fisiologia degli ormoni maschili, femminili e della prolattina); (c) neurotrasmissione della risposta sessuale (serotonina, dopamina, acetilcolina, noradrenalina e ossidonorico). Qui si possono trovare alcuni studi scientifici molto interessanti condotti su animali da laboratorio e soggetti umani.

Il quinto capitolo, *Le disfunzioni sessuali secondarie e trattamento con psicofarmaci (DSSP) e il DSM-IV*, considera i sintomi correlati non solo ai farmaci ma anche all'uso di sostanze e alla dipendenza. Queste possono compromettere il desiderio, l'eccitazione, l'orgasmo e il dolore sessuale. Il sesto capitolo, *Gli antidepressivi e la funzionalità sessuale*, inizia con i principali quadri clinici che richiedono un trattamento antidepressivo (depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi alimentari) e con la triplice suddivisione degli antidepressivi: 1. triciclici; 2. inibitori delle ammino-ossidasi (I-MAO); 3. inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI); noradrenalina e serotonina (SNRI) e della noradrenalina (NARI). Qui si esaminano non solo le disfunzioni sessuali indotte da antidepressivi (disturbo del desiderio sessuale, della funzione erettile, priapismo e anestesia genitale) ma anche il loro trattamento.

Il settimo capitolo, *Gli antipsicotici e la funzione sessuale*, è dedicato alla descrizione delle principali patologie che richiedono un trattamento antipsicotico (schizofrenia, episodio maniaco e ipomaniaco) e ai rimedi per le disfunzioni secondarie alle terapie antipsicotiche. In questo capitolo sono molto interessanti gli accenni alle allucinazioni uditive in schizofrenici con delirio persecutorio molestati sessualmente e ai casi di pseudo-transessualismo caratterizzato da delirio. Altrettanto importanti sono le considerazioni sulla libido



negli episodi maniacali e ipomaniacali, il paradosso dei neurolettici e il trattamento delle disfunzioni sessuali indotte da antipsicotici. L'ottavo capitolo, *I Sali di litio e la funzione sessuale*, contiene dei consigli terapeutici che contribuiscono a migliorare la *compliance*. Infatti, questi farmaci vengono impiegati per il disturbo bipolare ed è in quest'ambito che, spesso, si verificano *drop out* a causa delle problematiche sessuali che subentrano.

Il nono capitolo, *Benzodiazepine e funzionalità sessuale*, approfondisce le problematiche sessuali con i principali disturbi d'ansia: DAG, DPTS, DOC correlati con fobie e attacchi di panico. Sembrerebbe che piccole dosi di benzodiazepine possano aiutare ad affrontare le disfunzioni sessuali provocate dall'ansia, ma questo dato non è confermato dalle ricerche. È più certo, invece, che tra i disturbi direttamente conseguenti alle manifestazioni ansiose ci sia l'eiaculazione precoce e, tra i disturbi provocati dalla somministrazione di benzodiazepine, il ritardo dell'eiaculazione e dell'orgasmo. Il decimo capitolo, *Gli antiepilettici e la funzionalità sessuale*, affronta il tema della personalità del paziente epilettico per la sua specifica sintomatologia cognitiva e comportamentale, che può essere caratterizzata da iper o ipo-sessualità e che può essere alterata indipendentemente dal trattamento farmacologico. Alcune complessità specifiche riguardano la donna epilettica in gravidanza, in menopausa e durante l'assunzione di contraccettivi.

L'undicesimo capitolo, *Disfunzioni sessuali nel morbo di Parkinson*, è inserito in questo testo per la possibile insorgenza di sintomi sessuali in seguito alla terapia specificamente antiparkinsoniana. Infatti, «le manifestazioni extrapiramidali rappresentano un evento avverso di frequentissimo riscontro nel trattamento dei neurolettici tradizionali» (p. 5). Il dodicesimo capitolo, *Disfunzioni sessuali nei disturbi di personalità*, intende trattare un ambito molto critico: la personalità, lì dove «la corrispondenza tra le singole patologie e il tipo di farmaco da utilizzare è ancora più vaga e peggio definita» (p. 166). Alcuni esempi di utilità per gli psicoterapeuti che devono trattare le problematiche sessuali possono essere quelli relativi ad alcuni particolari disturbi, come, ad esempio, per il Disturbo Borderline di Personalità la cui condotta sessuale dei soggetti con questa diagnosi può essere prevalentemente di due tipi: (a) caotica, incontrollata e promiscua con desiderio di contatti umani intensi; (b) caratterizzata da povertà nelle relazioni umane e vita sessuale estremamente ridotta.

Il primo tipo ha una prognosi migliore del secondo. I soggetti con disturbo narcisistico di personalità, da un punto

r

di vista affettivo-relazionale, «sono alla perenne ricerca di partner che rappresentino una fedele replica del proprio sé grandioso idealizzato. È facile immaginare come tale ricerca possa risultare estremamente difficile e come le relazioni sentimentali siano destinate a durare poco e a succedersi in modo tumultuoso e rapido» (p. 178). Spesso, in questi casi, gli psicofarmaci maggiormente utilizzati sono gli antidepressivi serotoninergici di ultima generazione. Nel disturbo antisociale, la componente parafilica — sia nella masturbazione che nel rapporto sessuale — spesso non viene agita ma solo fantasticata in termini sadici per una maggiore eccitazione: «Gli psicofarmaci più frequentemente utilizzati in questo disturbo sono gli antipsicotici di vecchia e di nuova generazione» (p. 180).

In questo testo viene preso in considerazione anche il disturbo isterico solo per il suo rilievo storico e per la sua persistenza nel linguaggio comune e degli psicodinamici. Come si sa, questo disturbo è stato considerato nelle sue varie componenti somatoformi (somatizzazione, conversione, fittizio, algico e ipocondria). Molti casi che prima venivano diagnosticati come «dongiovannismo» e «ninfomania» rientrano in questa categoria diagnostica, così come altri casi sono distribuiti tra il disturbo istrionico e quello narcisistico di personalità. Questo paragrafo è anche arricchito da un interessante caso clinico. Molti dei problemi sessuali nei soggetti con diagnosi di Disturbo Istrionico di Personalità correlano soprattutto con due criteri diagnostici: la seduttività e la tendenza ad attribuire un grado di intimità superiore a quello reale. Il maschio istrionico tende a manifestarsi come *macho* (ma spesso soffre di impotenza o di eiaculazione precoce), mentre la donna tende a esaltare la sua femminilità con eccentricità e chirurgia estetica (ma spesso è anorgasmica o frigida). In molti istrionici vi sono comportamenti parafilici o promiscui o polimorfi. «I farmaci più usati in questo disturbo sono gli antidepressivi e gli stabilizzatori dell'umore. Il loro uso è spesso giustificato per le frequenti oscillazioni del tono dell'umore» (p. 191). Anche in questo capitolo, la presentazione di un caso clinico evidenzia la complessità del trattamento.

Nel Disturbo Paranoide di Personalità la sospettosità può facilmente attivare dei meccanismi ricorsivi di causalità circolare comportanti un progressivo e ingravescente scadimento della vita sessuale della coppia. In tal senso, «la terapia farmacologica in questi pazienti è finalizzata soprattutto ai disturbi del pensiero. Gli psicofarmaci maggiormente utilizzati sono i neurolettici tradizionali e quelli di nuova generazione utilizzati a dosaggi bassi o medi [...]. Le possibili oscillazioni dell'u-



more andrebbero regolate con stabilizzatori dell'umore, come valproato, carbamazepina, gabapentin, lamotrigina» (p. 194). Il caso clinico qui riportato mostra come il miglioramento dell'umore della moglie possa dipendere dall'attenuazione dell'ideazione patologica del marito. Nel Disturbo Schizoide di Personalità la sessualità è compromessa proprio per la mancanza o la riduzione dell'interesse a esperienze sessuali direttamente interpersonali. Infatti, questi soggetti hanno spesso una sessualità solitaria, stimolata dalla pornografia e associata a ritiro sociale e assenza di piacere per molte attività della vita. Nel Disturbo Schizotipico di Personalità si può ricorrere all'uso di neurolettici in fase di attivazione psicotica per episodi con un decorso breve, oppure di antidepressivi quando la sintomatologia è più consistente: «La vita sessuale di queste persone risente delle problematiche relazionali e della difficoltà a lasciarsi coinvolgere emotivamente. La dimensione paranoide che spesso si rinviene in questo disturbo rende ancora più difficili e improbabili le relazioni affettive. Talvolta la relazione di coppia viene intrapresa con un partner altrettanto problematico e si verificano situazioni di isolamento e/o deriva sociale a due» (p. 198).

I soggetti con diagnosi di Disturbo Evitante di Personalità dovranno essere differenziati da quelli con diagnosi di fobia sociale che non evidenziano un senso di appartenenza a gruppi sociali e non soffrono per la scarsa integrazione. Per una diagnosi differenziale, bisogna tenere presente che il fobico sociale teme il giudizio sulla propria condotta, l'evitante teme il giudizio sulla propria persona e lo schizoide ha un interesse piatto e represso. «La condotta sessuale dell'evitante può essere estremamente variegata, in quanto oscilla da un atteggiamento sessualmente disinibito, con eccessi sessuali, ad atteggiamenti di ritiro sociale, con una vita sessuale povera o assente. Talvolta questi soggetti preferiscono ricorrere a rapporti sessuali con prostitute: essi considerano tali relazioni più rassicuranti perché meno esposte a giudizi critici [...]. Le terapie farmacologiche utilizzate per questo disturbo sono rappresentate soprattutto da benzodiazepine e, talvolta, da antidepressivi» (pp. 201-222).

Il tredicesimo capitolo, *Trattamento dei disturbi sessuali con sostanze psicoattive*, discute circa l'efficacia di alcune molecole per particolari disturbi sessuali. Ad esempio, il trazodone, la yoimbina, l'apomorfina, il naltrezone e la fentolamina per la disfunzione erettile. Questo capitolo si conclude con un approfondimento sugli antidepressivi triciclici e sugli SSRI. Il quattordicesimo capitolo, *Inibitori delle PDE-5*, è un capitolo molto tecnico appositamente rivolto agli psicofarmacologi

r

specializzati in sessuologia. Il quindicesimo capitolo, *Sostanze d'abuso e disfunzioni sessuali*, prende in considerazione la diagnosi psichiatrica del disturbo psicotico indotto da sostanze e la risposta sessuale alle sostanze d'abuso. Qui vengono approfonditi gli effetti di alcol, nicotina, cannabinoidi, oppioidi, cocaina e anfetamine.

Nella conclusione l'A. offre alcune regole che gli psicoterapeuti — non necessariamente specializzati in sessuologia — dovrebbero rispettare e alcuni aggiornamenti: «Alla luce delle attuali conoscenze in ambito psicofarmacologico, le disfunzioni sessuali non vanno più considerate come un prezzo ineludibile che i pazienti in trattamento psicofarmacologico sono tenuti a mettere in conto» (p. 258). Grazie alle attuali conoscenze, oggi gli effetti collaterali di alcuni psicofarmaci possono essere ridotti.

Un'ultima parola viene indirizzata al pregiudizio sull'ipotetico potenziamento delle prestazioni sessuali che avrebbero alcune sostanze psicoattive: «La speranza di ottenere un potenziamento della risposta sessuale viene spesso all'inizio alimentata transitoriamente, in quanto alcune di queste sostanze (cocaina, eroina, anfetamine, cannabinoidi) possono dare l'impressione di migliorare la qualità del rapporto sessuale, salvo poi far ritrovare chi le usa, a distanza di anni, con problemi sessuali prima inesistenti e con qualità di vita sessuale deteriorata» (p. 259).

Questi messaggi dovrebbero essere chiari non solo ai clinici ma anche a coloro, soprattutto i giovani, che vorrebbero avvicinarsi all'uso di queste sostanze. Ovviamente questo obiettivo potrebbe essere meglio raggiunto con delle mirate campagne di informazioni. La bibliografia è molto aggiornata e mirata agli argomenti trattati. Qui si possono trovare degli ottimi spunti per i ricercatori che vorranno approfondire e continuare studi come quelli presentati in questo testo.

A. Pacciolla

Paolo Rigliano (a cura di)

Gesù e le persone omosessuali

Molfetta (BA), La Meridiana, 2014, pp. 250

Il curatore di questo volume è già noto ai lettori di saggi sulla psicologia di genere; ricordiamo *Amori senza scandalo*, *Gay e lesbiche in psicoterapia*, *Curare i gay?* e altri saggi di psichiatria, come *Cocaina*. Ora, con quest'ultimo libro, *Gesù e le persone omosessuali*, è come se egli si volesse spingere oltre la psichiatria e la psicologia, nel tentativo di valorizzare l'a-



more gay e lesbico a ogni livello della società. Questo testo vuole dimostrare come il livello psicologico possa integrarsi con il livello socio-religioso, laddove ci si ponga di fronte alla dignità dell'essere umano. Secondo l'opera, come per la psicologia, così anche per la teologia le differenze di genere, di orientamento di genere e di identità di genere sono degli *accidens* rispetto all'unica e pari dignità umana. Infatti, sarebbe «possibile cogliere nell'insegnamento di Gesù come trattare ogni diversità, con un doppio movimento: da una parte accogliendola con radicale disponibilità e libertà spirituale e psicologica, dall'altra contestandone totalmente l'interpretazione oppressiva che il potere impone [...]. Gesù ci consente di scoprire che gay e lesbiche — nella loro umanità pur così odiata e bandita — realizzano la polifonia della vita, attestando il loro essere integralmente come tutti proprio perché manifestano il loro proprio modo di amare» (pp. 234-235).

Il curatore arriva a sostenere l'assenza di incompatibilità fra se stesso e Cristo, nonché fra psicologia e messaggio di Cristo. I problemi derivano da alcune interpretazioni che l'autorità ecclesiastica impone fino al punto di chiedere il cambiamento di orientamento sessuale. Questa violenza diretta a uno dei nuclei più profondi e più essenziali dell'essere umano può portare a una serie di sofferenze psichiche e morali. Da queste premesse si può facilmente dedurre come la collaborazione tra gli operatori della salute mentale con i teologi non possa che giovare al benessere globale delle persone a partire dagli stessi operatori per estendersi ai loro assistiti (pazienti o fedeli). La mancanza di questa collaborazione fa soffrire tutti e alimenta i pregiudizi.

Questo libro si ripromette di contribuire al dialogo sul benessere globale della persona. In tal senso, il curatore raccoglie testimonianze che dalla gerarchia potrebbero essere considerate delle contro-testimonianze ma che, invece, mostrano delle sostanziali evidenze di coerenza con il messaggio di amore di Cristo. Infatti, questo libro è frutto di una ricerca di «interlocutori in grado di illuminarlo sui percorsi bloccati dall'autoritarismo clericale» (p. 12). Il volume presenta otto di questi interlocutori per stimolare una riflessione che «necessita, però, di ulteriori, peculiari specificazioni e approfondimenti» (p. 19). Quindi non è detta l'ultima parola e c'è da attendersi ulteriori pubblicazioni su questo stesso tema.

Nella presentazione, il curatore esordisce presentando il suo incontro con il Card. Carlo M. Martini e il suo primo interlocutore è Franco Barbero, impegnato in prima linea per l'accoglienza delle persone gay, lesbiche e transessuali. Il secondo personaggio è José M. Castillo, docente di teologia in varie

r

università, nonché autore del testo controcorrente *Spiritualità per insoddisfatti*. Gli altri intervistati sono: Matthew Fox, indicato come teologo pericoloso e fuorviante; Elizabeth Green, pastora evangelista e femminista; Alberto Maggi, scrittore e pubblicitario; Vito Mancuso, docente di filosofia e editorialista; Joseph Moingt, teologo francese; Letizia Toamssone, pastora valdese. Fra questi contributi, tutti molto ricchi di esperienza e dottrine, i passaggi che maggiormente può apprezzare uno psicoterapeuta cristiano sono quelli in cui si possono cogliere la convergenza e la compatibilità fra principi di igiene mentale, utili alla crescita psicologica, e principi morali, utili alla crescita etico-spirituale della persona.

In particolare, uno dei punti nei quali si può maggiormente apprezzare tale convergenza e compatibilità è l'ultima intervista, quella alla pastora valdese Letizia Toamssone, che afferma: «Non c'è differenza tra le vite di credenti con diverso orientamento sessuale — etero oppure omo — perché tutte e due sono orientate al Cristo, cioè alla piena dignità di figlie e figlie d Dio» (p. 222). Inoltre, come anche per le altre interviste, anche qui vi sono degli spunti utili non solo alla riflessione teorico-dottrinale ma anche all'applicazione pratica di atteggiamenti collettivi e personali. Ad esempio, alla domanda sul rapporto fra la persona omosessuale e la sua religione, abbiamo una risposta esemplare: «Far risaltare le questioni scomode, le menzogne, le falsità, in nome di quel Dio che tutti e tutte ha creato e tutti e tutte sostiene e interpella. Senza tirarsi fuori dalle contraddizioni ma aiutando le comunità religiose ad andare oltre i propri limiti e i propri pregiudizi» (p. 231).

A queste considerazioni mi permetterei di aggiungere altre due mie riflessioni: una prevalentemente di tipo psicologico e l'altra prevalentemente di tipo morale. La correlazione fra l'orientamento di genere e la religiosità io la imposterei sulla base del benessere globale della persona: essere se stessi. Così come ogni violenza inizia con l'impedimento all'altro di essere se stesso, nello stesso modo la crescita inizia con l'aiutare l'altro a essere se stesso. Ogni volta che impediamo a noi stessi e ad altri l'auto-orientamento poniamo dei germi di possibili futuri problemi psicologici. L'auto-orientamento e l'auto-determinazione sono alcuni dei criteri fondamentali da cui osservare il funzionamento della personalità e quindi la sua possibile crescita. Questo è un criterio diagnostico ribadito dal DSM-5 e che potrebbe essere una guida — o se non altro un punto di riferimento — che potrebbe arricchire un dialogo come quello proposto da questo libro. Infatti, spesso, chi ha comportamenti ostili nei confronti delle persone con



un orientamento diverso da quello etero non si rende conto che questa sua ostilità è frutto di pregiudizio e può generare i presupposti per l'emergere di problemi psicologici.

La correlazione fra l'orientamento di genere e la religiosità dovrà anche considerare che, in quasi tutti i casi di orientamento di genere, non si può parlare di situazione immorale o di peccato dal momento che manca il presupposto fondamentale per tale categoria: la volontarietà. Infatti nessuno decide di essere etero oppure omo e quindi non c'è alcun merito o demerito nell'essere l'uno o l'altro. Sarà possibile valutare il merito/demerito solo per «come» uno ha amato una persona. La morale di un comportamento, di un atteggiamento e di una scelta non può essere determinata da un orientamento naturale non patologico.

Altre problematiche da poter sviluppare ulteriormente sono quelle correlate con la professione dello psicoterapeuta e la religiosità. Ad esempio, uno psicoterapeuta cattolico che ha un paziente cattolico come dovrà gestire la richiesta di un cambiamento nel suo orientamento di genere? Ogni psicoterapeuta fornisce una risposta specifica a questo quesito, ma sarebbe molto interessante potersi confrontare anche su questo. Ancora un altro quesito di confronto è quello sul battesimo dei figli adottivi di coppie gay. La lista di quesiti di confronto potrebbe essere lunga, ma ciò che è importante è la volontà di affrontarli e l'impegno/capacità di risolverli. Questo libro *Gesù e le persone omosessuali* può essere un buon aiuto a questo dialogo.

A. Pacciolla

Gian Franco Poli e Giuseppe Crea

Il tarlo che non consuma. Persone consacrate e fede in tempo di crisi

Roma, Editrice Rogate, 2014, pp. 231

«Il presente testo [...] non vuol essere né un saggio, né una narrazione storica, né un'indagine di tipo sociologico, quanto piuttosto un semplice strumento di rilettura delle grandi cose che il Signore ha compiuto in mezzo a noi» (p. 10). Questo esordio prepara il lettore, almeno in parte, ai contenuti di questo libro. In effetti, però, non si tratta solo di «un semplice strumento di rilettura» quanto piuttosto di un prezioso contributo, pratico e concreto, alla Psicologia delle Religione. Il filo conduttore di tutto il testo è rappresentato dallo stile di vita e dall'attuale crisi considerata come una tappa della crescita su cui investire.

r

In particolare, questo libro appare assai utile a chi ha responsabilità pastorali e di discernimento e che — coadiuvato dalla psicologia — potrà porsi in continuità con l'impegno di Papa Francesco: il ritorno al Vangelo *sine glossa* nell'ordinarietà del quotidiano.

Il tarlo che non consuma si articola in due parti tenute in continuità dal concetto di fede come «sorgente dei progetti e del senso della vita» (p. 11). Nel testo, la progettualità e il senso della vita, alla base sia di una religiosità matura sia di uno sviluppo sano della personalità, vengono affrontati nella prima parte attraverso i seguenti temi teologici e spirituali: «Interpellare la realtà a partire da Dio», «Essere discepoli e testimoni gioiosi», «Fare memoria della nostra fede» e «Generare e trasformare la fede». Ogni tema è proposto sia in chiave di trattazione teorica sia indicando preziosi esercizi pratici come «Interpretare la realtà a partire da Dio», «Qual è lo stato di salute della mia fede?», «Come fotografo la mia comunità», «Come fare la diagnosi con gli occhiali della fede» e «Come ri-leggere una giornata tipo».

Gli stessi due punti, nella seconda parte, sono invece affrontati alla luce di ulteriori temi psicologici e formativi: «La fede come progetto di crescita», «Fede e fraternità», «Patologia della condotta religiosa» e «Fede e missione». Ognuno di questi capitoli porta dei preziosi contributi alla psicologia della religione e alla pratica clinica. In particolare, si possono apprezzare degli utilissimi strumenti per la ricerca e per uso clinico: il MILI (*Meaning In Life Index*) e il questionario sullo *Stile di religiosità e orientamento di fede*, con dei dati di ricerche molto utili sia a leggere la situazione attuale (propria e del proprio sistema religioso) sia per compiere ulteriori ricerche in questo stesso ambito. Questa è la vera psicologia della religione nella ricerca e nella pratica clinica.

La progettualità e il senso della vita pongono questo volume in perfetta sintonia con le attuali concezioni del DSM-5 che valuta il funzionamento della personalità sulla base di quattro parametri: Identità, Auto-direzionalità, Empatia e Intimità. L'essere umano — come già molti anni fa ha insegnato V. Frankl — è inteso come capace di dare una direzione alla sua vita. Questo oggi viene indicato come un fattore di resilienza (capacità di fronteggiare eventi critici, di recuperare lo stato originario e, addirittura, di trasformare quell'evento in un'opportunità di crescita) e si manifesta nella persona attraverso varie attività mentali e pratiche: (a) pianificare e perseguire obiettivi ragionevoli basati su una realistica valutazione delle proprie capacità, (b) utilizzare adeguati standard comportamentali, realizzandosi in diversi



ambiti, (c) riflettere, attribuendovi un significato costruttivo, sulle proprie esperienze interiori.

Se consideriamo la sempre crescente frequenza con la quale i nostri pazienti portano in psicoterapia problematiche morali e religiose, allora è facile dedurre come questo testo non sia solo «un semplice strumento di rilettura» utile a chi ha delle responsabilità pastorali e di discernimento.

Il tarlo che non consuma merita tutta l'attenzione anche degli psicoterapeuti preoccupati di essere efficaci per i loro pazienti con problematiche religiose. Di fatto, la progettualità e il senso della vita non sono parametri esclusivi di una particolare religione o di un particolare stile di religiosità. La progettualità e il senso della vita — oltre che indicare, almeno in parte, il funzionamento della personalità — possono costituire un indice di «spiritualità aconfessionale» quando il senso che si percepisce e si intende dare alla vita è un senso auto-trascedente; ossia la vita come un'opportunità per assolvere a un compito che vada al di là dei propri bisogni e dei propri condizionamenti per poter realizzare un valore.

A. Pacciolla

Efrem Ortiz Martinez (a cura di)

Manual de Psicoterapia con enfoque logoterapéutico

Bogotá, Editorial El Manual Moderno, 2014, pp. 292

Efren Ortiz Martinez è uno psicologo colombiano ormai noto al pubblico internazionale che si interessa di Logoterapia e Analisi Esistenziale. Dopo varie opere sulle applicazioni cliniche del pensiero di Frankl — fra cui un importante studio per la validazione del PIL test —, con questo libro intende manualizzare in modo sistematico la psicoterapia a orientamento analitico-esistenziale. I contenuti del libro sono: le conoscenze degli elementi che compongono una psicoterapia, l'Analisi esistenziale come psicoterapia delle altezze che dovrebbe completare gli altri approcci, gli sviluppi attuali dell'Analisi esistenziale, come si articola, le pubblicazioni più significative sul tema, la sua collocazione nello spettro della psicoterapia e, infine, alcune proposte.

L'intento di questo libro non è quello di ripetere contenuti teorici già obsoleti, ma quello di proporre alcune applicazioni della Logoterapia come psicoterapia centrata sul senso. In tal senso, persegue il fine di condurre il lettore a comprendere il pensiero di Frankl e come applicarlo nell'ambito psicoterapico.

La prima parte è introduttiva ed espone le basi antropologiche includendo le radici filosofiche da cui deriva. Gli

r

argomenti centrali sono costituiti dalla libertà della volontà, la volontà del significato e il significato della vita per meglio comprendere non solo la psicopatologia ma anche le risorse che i pazienti hanno a disposizione. La seconda parte è costituita dalle applicazioni in psicologia clinica dei concetti esposti nella prima parte. Qui vengono studiati i processi di cambiamento, la valutazione diagnostica, la relazione terapeutica e il processo del trattamento. Nella terza parte vengono trattate le tecniche di maggiore uso in Analisi esistenziale descrivendo, ad esempio, in maniera operativa il dialogo socratico e la tecnica dell'intenzione paradossa.

Si tratta di un testo destinato tanto a psicoterapeuti già formati quanto a psicoterapeuti in formazione, in riferimento non solo alla Logoterapia ma anche a qualsiasi approccio di orientamento umanistico-esistenziali e avente una prospettiva centrata sul senso. Ciò pure al fine di diffondere il pensiero di V. Frankl.

Nel prologo a questo testo, Geronimo Acevedo sottolinea i cinque punti di un approccio ecologico: 1. L'obiettivo di avvicinarsi sempre più all'assenza di distorsioni e limitazioni concettuali. 2. Considerare che i fattori biologici sono necessari ma non sufficienti. 3. La ricerca del piacere e l'evitamento del dolore hanno permesso la sopravvivenza e il miglioramento della qualità della vita, ma Frankl vi ha aggiunto il senso della responsabilità come qualità morale. 4. L'atomismo è superato dall'integrazione dell'intenzionalità verso l'altro. 5. L'universalismo è superato dall'unicità di ogni essere umano per l'irripetibilità delle sue esperienze, della sua storia, della sua personalità e, soprattutto, per l'unicità del suo senso di vita, dato dal suo specifico compito o missione.

Molto importanti risultano gli antecedenti filosofici per comprendere le radici culturali di Frankl: Max Scheler, Rudolf Allers, Karl Jaspers, Martin Buber, G. Dilthey, Edmund Husserl, Martin Heidegger, Nicolai Hartmann e Søren Kierkegaard. La visione antropologica che sta alla base della psicoterapia centrata sul significato è caratterizzata dalla considerazione della dimensione spirituale che può essere sia conscia che inconscia, con una sua ontogenesi e una sua filogenesi. La spiritualità si concretizza soprattutto nell'esercizio della capacità di andare oltre: oltre i propri istinti e interessi, oltre il razionale e il conveniente, oltre i condizionamenti socio-materiali e psicologici. Tutto ciò è chiamato «autotrascendenza» perché indica la capacità di andare oltre se stessi, come individuo e come genere umano. I principi filosofici della psicoterapia centrata sul significato vengono molto ben schematizzati come «caratteristiche della spiritualità umana» (pp. 110, 134-135, 153).



Il cuore di tutto il libro è rappresentato dai capitoli 5, 6 e 7. I primi quattro capitoli, infatti, si pongono come un'ottima introduzione a questo nucleo centrale e quelli dall'ottavo al dodicesimo costituiscono un ottimo completamento di questo nucleo.

Il capitolo 8, sulla relazione terapeutica, si conclude con un interessante esercizio personale di autoreferenza. Il capitolo 9, sicuramente tra quelli fondamentali del testo, fornisce indicazioni pratiche nell'ambito tanto della ricerca quanto delle applicazioni in psicoterapia. Viene presentata quella che ritengo la migliore rassegna finora pubblicata degli strumenti in Analisi esistenziale.

Tra le tecniche, il dialogo socratico è ciò che accomuna la Logoterapia a molti altri approcci psicoterapici e qui viene trattato in modo più che esauriente. Invece, le capacità di autotrascendenza e autodistanziamento, che fanno appello alle risorse tipiche della dimensione spirituale, si presentano come caratteristiche dell'approccio frankliano. L'ultimo capitolo è dedicato alla prevenzione della iatrogenia che termina con due schemi pratici: suggerimenti logoterapici per la prevenzione della iatrogenia e raccomandazioni generali per una buona prassi.

Nel panorama delle pubblicazioni in America Latina sulla Logoterapia questo è sicuramente uno dei testi più aggiornati e completi, per cui lo si raccomanda per la formazione professionale specifica in psicoterapia.

A. Pacciolla

Alejandro Unikel

Pensar la Logoterapia. Invitación para un trabajo terapéutico actualizado

Città del Messico, Ediciones LAG, 2014, pp. 314

L'autore è ben conosciuto nel suo Paese (Messico) e in America Latina per molti altri suoi scritti fra cui anche *Logoterapia dentro e fuori il campo di concentramento* (2007) e per una sapiente integrazione fra approccio gestaltico e prospettiva esistenziale.

Il prologo è di Yaqui Andrés Martínez Robles, che esprime la sua autorevole opinione sulle convergenze tra il suo pensiero e quello di Frankl, fra cui tre in particolare: 1. Il ruolo della relazione nella concezione dell'esistenza dell'essere umano; 2. Il modo di riflettere sulla ricerca di senso; 3. Il modo di intendere la spiritualità. Quest'ultimo punto sarà uno dei nuclei fondamentali di questo testo che per l'A. è un suo

r

«incessante rompicapo» da circa dieci anni. Ad esempio, la vita è considerata alla luce della metafora di una fotografia, non fissa ma in trasformazione, alcune volte anche drammaticamente. Così è necessario che si trasformi pure l'Analisi esistenziale per mantenerla attuale.

Il primo capitolo tratta della sfida evidenziata dalla filosofia post-moderna e alla luce di una *società liquida* — come la chiama Zygmunt Bauman — in così rapido cambiamento da non riuscire a mantenere né una sua forma né una sua direzione; pertanto la realtà è già obsoleta prima ancora che sia adeguatamente conosciuta. L'Analisi esistenziale potrà essere efficace e mantenere le sue radici solo se saprà trattare l'angoscia, che rappresenta una costante della vita umana nonostante i vari cambiamenti sociali e personali. In tal senso, Frankl afferma che nessuno può sottrarsi all'angoscia della morte, della sofferenza e della colpa ed è per questo che il suo approccio è sempre efficace e attuale; perché tratta la sensazione del «nulla e del sentirsi morire senza morire». L'angoscia non ha contenuto; oppure, il suo contenuto è il vuoto di contenuti (pp. 40-41).

Dopo una buona trattazione del contesto socio-filosofico della cultura post-moderna e del ruolo dell'angoscia nella psicopatologia, l'A. fa un accostamento tra V. Frankl e A. Camus che, così preciso, è raro trovare nelle pubblicazioni della psicologia contemporanea. Tutto ciò sembra un accurato preambolo ai paradigmi fondamentali dell'Analisi esistenziale: la vita non è né buona né cattiva ma semplicemente è quella che è; l'essere umano è unico, insostituibile e irripetibile; l'essere umano è degno per sua natura; è la spiritualità che rende umano l'essere umano; l'essere umano è la persona spirituale; il corpo e la psiche sono mezzi di espressione dello spirito; si può ammalare l'organismo psico-fisico, non lo spirito; la libertà e la responsabilità formano la coscienza e la persona in se stessa; l'autotrascendenza e l'autodistanziamento sono due caratteristiche antropologiche fondamentali; l'essere umano è diretto verso la ricerca del senso e questa è la finalità della condotta umana; ogni situazione porta l'essere umano a scegliere di realizzare un valore anziché un altro; la tensione noodinamica è quella che sta tra ciò che ognuno è e ciò che deve essere, tra le istanze psicofisiche e quelle dello spirito; l'essere umano si confronta con le condizioni esistenziali all'interno delle quali «scoprire» un senso; la libertà della volontà, la volontà di significato e il significato della vita; la vita ci sfida a scoprire un senso in ogni situazione; il senso della vita si può scoprire con la realizzazione dei valori di creazione, di esperienza e di atteggiamento; la coscienza è l'organo di significato perché

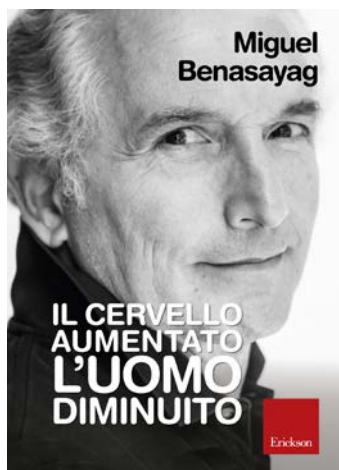


intuisce il valore di ogni situazione e la decisione che realizza quel valore; nella ricerca del significato ciò che è importante e dà dignità è lo sforzo e non i risultati; la nevrosi noogena proviene da una frustrazione esistenziale e si manifesta con una mancanza di senso; l'Analisi esistenziale si applica in modo specifico alle nevrosi noogene e in un modo aspecifico alle nevrosi psicogene; essa è una cura medica dell'anima quando l'analista esistenziale aiuta il paziente nel suo dolore e al di là del suo dovere professionale; l'analista esistenziale cerca di creare un clima di fiducia per il dialogo e l'incontro col paziente; egli aiuta quest'ultimo ad accettare la sua vita per quella che è e a realizzare la sua volontà di senso; egli, inoltre, accompagna il paziente nei momenti critici della sua vita, ponendo l'accento sull'incontro umano; di fronte al suo paziente, egli mantiene un atteggiamento filosofico perché affronta con lui le sue domande esistenziali.

Il nucleo centrale di questo libro è rappresentato dal sesto capitolo sulla spiritualità, che per le sue articolazioni non può essere sintetizzato. Invece la conclusione di questo prezioso *excursus* è l'ultimo capitolo su *convergenze e divergenze*, che tratta i punti di avvicinamento tra Frankl e gli altri esistenzialisti. Una convergenza che può interessare per la sua centralità è quella tra Frankl ed Heidegger sul concetto di *esistenza*.

Questo libro è raccomandato per una formazione filosofica degli psicoterapeuti che non può mancare, dal momento che ogni sintomatologia, nella misura in cui si avvicina allo stile di vita e allo stile di personalità, si avvicina anche alla filosofia di vita del paziente.

A. Pacciolla



Miguel Benasayag

Il cervello aumentato, l'uomo diminuito

Da Platone in poi, la tradizione occidentale ha da sempre visto nel cervello la sede del pensiero, un organo con un ruolo del tutto peculiare nella comprensione dei fenomeni umani, che non poteva essere studiato né, tanto meno, modificato. I progressi delle neuroscienze contemporanee hanno introdotto una rottura storica epocale con questa tradizione: il fatto che oggi possiamo studiare il cervello e conoscerne il funzionamento mette in discussione le basi stesse di quello che culturalmente si considera il soggetto umano.

Se l'amore, la libertà, la memoria sono effetti più o meno illusori di processi fisiologici cerebrali, è la stessa unità dell'uomo che sembra disperdersi, sparpagliarsi in un movimento centrifugo. Di più, l'ibridazione fra mente e computer, che già oggi è una realtà, assicura all'uomo nuovo, dal cervello aumentato, impianti e neuroprotesi con incredibili potenzialità: vedere al buio, udire a distanza, scaricare competenze, recuperare o modificare i ricordi perduti... tutto questo in un momento in cui le promesse storicistiche e teleologiche di un mondo venturo e perfetto sono venute meno una dopo l'altra. Lunghi da qualunque posizione conservatrice o tecnofoba, Miguel Benasayag tenta di comprendere le ricadute antropologiche di questa rivoluzione, soprattutto nelle sue derive più riduzioniste, alla ricerca di un'alternativa umanistica alla colonizzazione tecnocratica della vita e della cultura.

pp. 200 - € 16,50
ISBN 978-88-590-0995-5

**PREZZO SPECIALE
PER GLI ABBONATI
ALLE RIVISTE
ERICKSON**

-15% € 14,03*

*

Lo sconto del 15% sui libri e sui Kit riservato agli abbonati è **esteso al 20%** nel caso di «organizzazioni non lucrative di utilità sociale, centri di formazione legalmente riconosciuti, istituzioni o centri con finalità scientifiche o di ricerca, biblioteche, archivi e musei pubblici, istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado, educative e università» (secondo quanto previsto dalla Legge 27 luglio 2011, n. 128, «Nuova disciplina del prezzo dei libri»).



vai su **www.erickson.it**
troverai la descrizione dettagliata di ogni prodotto,
tutti gli «sfogliolibro» in pdf e le demo di tutti i CD-ROM.

Finito di stampare
nel mese di febbraio 2016
da LegoDigit s.r.l. – Lavis (TN)
per conto delle Edizioni
Centro Studi Erickson S.p.A.
Trento