



Appunti...
del Centro
Terapia
Cognitiva

5

SCUOLA DI FORMAZIONE
IN PSICOTERAPIA COGNITIVA



Ottobre - 2007

Abstract book

Ottobre

2007

5

Convegno
MENTE E CORPO

Psicosomatica
Emozioni corporee e sensazioni
La dimensione soggettiva del terapeuta

8-10 Giugno 2007
Alba

ABSTRACT BOOK

Appunti...
del Centro
Terapia
Cognitiva

COMITATO DI REDAZIONE:

Carla Antoniotti, Rita Arditò,
Gianluca Chiesa, Sabrina Manzi, Gianni Monti,
Fabio Moser, Giuseppe Nava, Patrizio Pintus,
Silvia Rinaldi, Matteo Vicentini.

COMITATO SCIENTIFICO:

Bruno G. Bara, Maurizio Dodet,
Emanuela Iacchia, Bruno Intreccialagli, Gianni Liotti,
Grazia Manerchia, Walter Mascetti, Adriana Pelliccia,
Rita Pezzati, Mario Reda, Giorgio Rezzonico,
Saverio Ruberti, Savina Stoppa Beretta,
Maria Grazia Strepparava, Fabio Veglia.

DIRETTORE:

Marzia Mattei

Alba, 8-10 giugno 2007.

Sappiamo, da numerosi riscontri ricevuti da chi c'era, che il Convegno "Mente e Corpo" ha lasciato a tutti i partecipanti sensazioni ed emozioni molto positive per la considerevole ricchezza degli interventi presentati dai singoli relatori, ma anche per la "ricchezza", in colori e sapori, del territorio delle Langhe in cui gli organizzatori hanno così sapientemente saputo inserire l'evento.

Le tre giornate di lavori scientifici, coordinate da Bruno Bara, Francesco Mancini e Giorgio Rezzonico, hanno avuto come filo conduttore l'attenzione al "corpo e alla psiche" di pazienti e terapeuti; con questa stessa attenzione abbiamo voluto qui raccogliere i contributi di tutti coloro che hanno reso possibile con impegno e partecipazione emotiva l'ottima riuscita dell'evento.

La raccolta di tutti gli abstract ricevuti, presentati seguendo il programma delle giornate, vuole essere infatti sia memoria storica per chi ha vissuto in prima persona quelle giornate, che conoscenza e condivisione per chi, studenti o colleghi, non ha potuto esserci.

Desideriamo fermare come informazione ed emozione, ci verrebbe da dire "nella mente e nel cuore", quanto è stato narrato in quella sede.

Per il comitato di redazione

Silvia Rinaldi

Rita Ardito

Marzia Mattei

Convegno

MENTE E CORPO

INDICE

PROGRAMMA	pag. 11
I GIORNATA <i>Sessione Plenaria: Psicosomatica</i>	pag. 15
II GIORNATA <i>Sessione Plenaria: Il ruolo delle emozioni e delle sensazioni corporee nella psicopatologia</i>	pag. 29
III GIORNATA <i>Tavola Rotonda: La dimensione soggettiva del terapeuta</i>	pag. 41
SESSIONE POSTER	pag. 57
CONVEGNI, CONGRESSI, CORSI DI FORMAZIONE	pag. 109

MENTE E CORPO - Alba (CN), 8-10 giugno 2007

Venerdì 8 giugno 2007

- 9:00 - 9:30** Saluto del Presidente della SITCC
- 9:30 - 11:00** **SESSIONE PLENARIA**
Psicosomatica
Chair: Rita B. Ardito
Angelo Picardi
“Verso un approccio biopsicosociale al paziente dermatologico”
Piero Porcelli
“Il costrutto di alexithymia: aggiornamenti e ultime ricerche”
Bruno G. Bara
“La rivoluzione cognitiva in medicina”
- 11:00 - 11:30** Coffee break
- 11:30 - 13:00** **SESSIONE PLENARIA**
Psicosomatica
Discussione
- 13:00 - 14:30** Pausa pranzo
- 14:30 - 16:00** **Workshop esperienziale - I parte**
Fabio Giommi e Laura Fortunati
“Psiche, soma e consapevolezza”
Workshop esperienziale - I parte
Nanni De Ambrogio
“Alla scoperta della pratica meditativa”
Workshop esperienziale - I parte
Giorgio Rezzonico, Francesca BrachPapa, Silvia Concas, Luca Necciai, Silvia Rinaldi, Stefania Ristori
“Esperienze della dimensione soggettiva del terapeuta”
Sessione teorica - I parte
Tavola rotonda
Angelo Picardi, Piero Porcelli, Bruno G. Bara, Rita B. Ardito
“Psicosomatica”

- 16:00 - 16:30** Coffee break
- 16:30 - 17:30** **Workshop esperienziale - II parte**
 Fabio Giommi e Laura Fortunati
“Psiche, soma e consapevolezza”
- Workshop esperienziale - II parte**
 Nanni De Ambrogio
“Alla scoperta della pratica meditativa”
- Workshop esperienziale - II parte**
 Giorgio Rezzonico, Francesca BrachPapa,
 Silvia Concas, Luca Necciai, Silvia Rinaldi,
 Stefania Ristori
*“Esperienze della dimensione soggettiva
 del terapeuta”*
- Sessione teorica - II parte**
- Tavola rotonda**
 Angelo Picardi, Piero Porcelli, Bruno G. Bara,
 Rita B. Ardito
“Psicosomatica”
- 17:30 - 19:30** **ASSEMBLEA ANNUALE DEI SOCI SITTC**
- 19:30 - 21:00** Sessione poster con buffet di
 prodotti tipici del territorio

Sabato 9 giugno 2007

- 9:30 - 10:45** **SESSIONE PLENARIA**
**Il ruolo delle emozioni e delle
 sensazioni corporee nella psicopatologia**
 Francesco Mancini
“Emozioni, ragionamento e psicopatologia”
 Amelia Gangemi
*“Affect as information: quali emozioni coinvolge
 e quale il suo ruolo?”*
 Cristiano Castelfranchi
*“Una nevrotica mano invisibile: i fini che
 guidano i miei atti non sono le mie intenzioni”*
- 10:45 - 11:15** Coffee break

- 11:15 - 12:30** **SESSIONE PLENARIA**
Il ruolo delle emozioni e delle sensazioni corporee nella psicopatologia
Discussione
- 12:30 - 14:30** Pausa pranzo
- 14:30 - 16:00** **Workshop esperienziale - I parte**
Rino Capo e Claudia Perdighe
“Imagery rescripting” (Posti limitati)
- Workshop esperienziale - I parte**
Antonella Rainone e Angelo Saliani
“Le emozioni e il loro trattamento 1”
(emozioni basiche i.e. ansia, rabbia, depressione e disgusto)
- Workshop esperienziale - I parte**
Barbara Barcaccia e Giuseppe Romano
“Le emozioni e il loro trattamento 2”
(emozioni complesse i.e. vergogna, colpa e invidia)
- 16:00 - 16:30** Coffee break
- 16:30 - 17:30** **Workshop esperienziale - II parte**
Rino Capo e Perdighe Claudia
“Imagery rescripting” (Posti limitati)
- Workshop esperienziale - II parte**
Antonella Rainone e Angelo Saliani
“Le emozioni e il loro trattamento 1”
(emozioni basiche i.e. ansia, rabbia, depressione e disgusto)
- Workshop esperienziale - II parte**
Barbara Barcaccia e Giuseppe Romano
“Le emozioni e il loro trattamento 2”
(emozioni complesse i.e. vergogna, colpa e invidia)
- 17:45 - 19:00** Sessione poster con Aperitivo
- 20:00** Cena Sociale

Domenica 10 giugno 2007

9:00 - 10:45

SESSIONE PLENARIA

La dimensione soggettiva del terapeuta

Giorgio Rezzonico

“Stati mentali ed emozioni del terapeuta”

Saverio Ruberti

*“Lo stato mentale del terapeuta
come strumento di cambiamento e cura”*

Mariagrazia Strepparava

*“Formare alla psicoterapia:
training e cambiamento”*

Furio Lambruschi

10:45 - 11:15

Coffee break

11:15 - 13:00

TAVOLA ROTONDA

La dimensione soggettiva del terapeuta

Francesca Brach Papa

*“La dimensione soggettiva del terapeuta
nell’approccio sistemico-relazionale”*

Luca Canestri, Mario Reda

*“Implicazioni emozionali del terapeuta
nel processo psicoterapeutico”*

Furio Lambruschi

“Il corpo del bambino e il corpo del terapeuta”

Francesco Maiullari

“Lottica psicoanalitica”

**I giornata:
venerdì 8 giugno 2007**

SESSIONE PLENARIA: Psicosomatica

Chair: Rita B. Ardito

- Angelo Picardi
“Verso un approccio biopsicosociale al paziente dermatologico”
- Piero Porcelli
“Il costrutto di alexithymia: aggiornamenti e ultime ricerche”
- Bruno G. Bara
“La rivoluzione cognitiva in medicina”

VERSO UN APPROCCIO BIOPSIICOSOCIALE AL PAZIENTE DERMATOLOGICO

Angelo Picardi*

Sin dall'infanzia, la cute gioca un ruolo fondamentale nei processi di socializzazione nel corso dell'intero ciclo vitale. La pelle è implicata nella comunicazione, reagisce a una varietà di stimoli emozionali, ed è strettamente collegata all'immagine corporea e all'autostima. Inoltre, la cute e il sistema nervoso centrale derivano entrambi dall'ectoderma embrionale e condividono numerosi ormoni, neurotrasmettitori, e recettori. Non è dunque sorprendente che da tempo sia stata descritta una relazione tra le malattie cutanee e fattori psicologici. Vengono qui presentati alcuni studi intesi ad approfondire la conoscenza dei rapporti tra mente e cute e dei meccanismi che possono sottenderli.

Gli studi condotti hanno differenti disegni: studi trasversali, longitudinali, caso-controllo. In tutti sono state utilizzate misure standardizzate della psicopatologia, della qualità della vita, della personalità, e sono state effettuate analisi statistiche multivariate. Gli studi di prevalenza, che hanno utilizzato strumenti come il GHQ o la SCID-I, hanno evidenziato che i disturbi psichiatrici sono frequenti nei pazienti dermatologici, con stime variabili dal 20% circa nei pazienti ambulatoriali fino a oltre il 40% in quelli ospedalizzati. Sono anche frequenti le condizioni di interesse psicosomatico secondo i Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research, valutate mediante l'apposita intervista. La prevalenza è particolarmente elevata nel sesso femminile, specie se sono interessate le parti esposte del corpo, e in certe patologie come acne, orticaria, alopecia, psoriasi. In alcuni pazienti si riscontrano anche pensieri di morte e ideazione suicidaria. La morbilità psichiatrica si associa a maggiore compromissione della qualità della vita e minore adesione al trattamento dermatologico prescritto. Numerosi casi che

Angelo Picardi
Reperto di Salute
Mentale, Centro
di Epidemiologia
Sorveglianza e
Promozione della
Salute, Istituto
Superiore di
Sanità, Roma.*

presentano una componente psichiatrica sfuggono all'attenzione dei dermatologi, mentre l'impiego di strumenti di screening per i disturbi depressivi o d'ansia può favorirne il riconoscimento. Il rischio dello sviluppo o dell'esacerbazione di alcune patologie cutanee, come l'alopecia areata, la vitiligine e la psoriasi a placche, può essere incrementato da fattori come l'attaccamento insicuro, l'alessitimia, il ridotto sostegno sociale, e in minor misura gli eventi stressanti. Inoltre, nei pazienti che non traggono benefici dal trattamento dermatologico il rischio di sviluppare un disturbo psichiatrico è aumentato.

In conclusione, la patologia dermatologica ha importanti implicazioni in termini di morbilità psichiatrica, disagio psicologico, compromissione della qualità della vita. Mente e cute sembrano essere legate da un rapporto bidirezionale e potersi influenzare vicendevolmente. Una attenta considerazione degli aspetti psicosociali è fondamentale nella valutazione e nel trattamento del paziente dermatologico.

IL COSTRUTTO DI ALEXITHYMIA: AGGIORNAMENTI E ULTIME RICERCHE

Piero Porcelli*

Sono trascorsi tre decenni dall'introduzione del concetto di alexithymia proposto da Sifneos in associazione alle classiche malattie psicosomatiche ed alla risposta negativa alla psicoterapia dinamica. Da allora, e soprattutto negli ultimi 10 anni, è notevolmente cresciuto l'interesse per il costrutto e si sono enormemente ampliate le conoscenze empiriche su di esso. Attorno alla metà degli anni '80 si contavano, infatti, circa 120 lavori pubblicati sull'alexithymia, mentre una ricerca effettuata di recente su PsychINFO ha rivelato l'esistenza di oltre 1000 lavori su riviste, oltre a molti libri. Oggi possiamo affermare, grazie alle numerose ricerche empiriche a supporto, che il concetto di alexithymia è un costrutto valido, variamente associato a molti disturbi sia medici che psichiatrici. Inoltre il costrutto è stato integrato all'interno del più ampio settore delle ricerche sulle emozioni. Quest'ultimo aspetto implica l'adozione di una prospettiva interdisciplinare di integrazione fra psicofisiologia, neurobiologia, psicologia cognitiva, aspetti culturali e psicologia evolutiva.

In questa presentazione verranno descritte e commentate le recenti tendenze nella ricerca sull'alexithymia emerse negli ultimi anni. In particolare verranno esaminate le caratteristiche cliniche, i dati epidemiologici di prevalenza, la valutazione psicometrica del costrutto, la connessione con altri costrutti simili, l'associazione con i disturbi clinici, i dati neurobiologici e le implicazioni per il trattamento.

Piero Porcelli
Psicologo-
Psicoterapeuta,
svolge la propria
attività clinica e
di ricerca presso
il Servizio di
Psicodiagnostica
e Psicoterapia,
IRCCS Ospedale
Nuovo "S.
de Bellis" a
Castellana Grotte
(Bari)*

IL CAMBIAMENTO (e il non cambiamento)

Bruno G. Bara*

Bruno G. Bara
Medico specialista
in psicologia
clinica, professore
ordinario di
Psicologia della
comunicazione
Presso la Facoltà
di Psicologia
dell'Università di
Torino. Direttore
del Centro di
Scienza Cognitiva
dell'Università
e Politecnico
di Torino,
dell'annesso
dottorato di
ricerca in Scienze
Cognitive, e
delle Scuole di
formazione in
psicoterapia
cognitiva di Como,
Torino e Genova.*

Il presente lavoro approfondisce l'importanza del cambiamento e del non cambiamento nel contesto del processo psicoterapeutico, definendo il cambiamento come un agire e un sentire individuale, soggettivamente percepito come migliorativo.

Nel processo psicoterapeutico quanto il cambiamento che il paziente sta vivendo influenza il terapeuta? In termini costruttivisti, quanto l'osservato influenza l'osservatore?

Il terapeuta è colui che affianca il paziente nel percorso di cambiamento, ma deve anche affrontare il problema di non cambiare lui stesso con ogni paziente. Il non cambiamento può essere considerato secondo due punti di vista: per il paziente si tratta della difficoltà a cambiare, poiché egli desidera il cambiamento ma non riesce ad attuarlo e l'assenza di cambiamento ne danneggia la salute; dal punto di vista del terapeuta si tratta del rischio di cambiare, per cui il terapeuta non desidera cambiare all'interno della psicoterapia: un eccesso di cambiamento ne danneggerebbe la salute.

Le condizioni essenziali perché sia possibile il cambiamento sono rappresentate dalla capacità metacognitiva in prima persona, dalle emozioni di innesco e di accompagnamento del processo, e dalla presenza di figure co-empatiche. La capacità metacognitiva è necessaria per iniziare il percorso di cambiamento (consapevolezza di una certa insoddisfazione che risulta quindi accessibile e modificabile) e per concludere il processo (consapevolezza della differenza tra prima e adesso). La co-empatia consiste nell'avere una relazione privilegiata con una persona con la quale si è in grado di elaborare quello che accade; è diversa dall'empatia in

quanto prevede la distinzione consapevole io/altro e comprende cognizioni, azioni ed emozioni sia simmetriche che complementari (al contrario l'empatia è un processo non consapevole che comprende cognizioni, azioni ed emozioni simmetriche e fusionali). La condivisione è la struttura che sottende la possibilità di avere interazioni simmetriche o complementari e fornisce quindi un'utile esemplificazione della differenza tra complementarietà e simmetria. Nella condivisione simmetrica il soggetto ha un atteggiamento cooperativo, emozioni paritetiche e circuiti d'azione analoghi a quelli che osserva; nella condivisione complementare egli esprime invece uno schema di gioco complementare (come nel caso di una discussione tesa a stabilire i ruoli di leader e di sottomesso), nonché emozioni complementari e circuiti d'azione complementari (ad es. nel calcio i movimenti di attaccante e portiere).

Il cambiamento può essere ostacolato dalla mancanza di motivazione e dalla mancanza di permesso. Il permesso è definito interno quando è la persona stessa che si concede la possibilità di cambiare, ma è considerato esterno quando la persona percepisce soggettivamente di essere autorizzata a cambiare dalle figure di riferimento, adesso come nel passato. È inoltre necessaria la continuità della motivazione e del permesso, poiché il paziente dovrà ripercorrere la linea di comprensione, l'insight, molte volte prima di riuscire a metabolizzare il cambiamento. Nel processo psicoterapeutico anche un cambiamento imperfetto può essere considerato un risultato, come nel caso di un paziente che arrivi all'insight ma non riesca poi ad agire direttamente nel mondo l'acquisizione di consapevolezza. Il processo di cambiamento si arresta quando vengono meno le condizioni essenziali, e quindi per un deficit metacognitivo in prima persona (mancanza di consapevolezza della propria sofferenza) o per l'assenza di figure co-empatiche.

Un cambiamento fluido è utile per i pazienti come per i terapeuti, poiché permette aggiustamenti rispetto ai mutamenti dell'ambiente sociale. Il terapeuta può talvolta sperimentare un cambiamento leggero, un aumento di conoscenza di sé che deriva dall'interazione con un paziente che sta vivendo un processo di cambiamento profondo. Quest'ultimo avviene per frattura, ed è bene limitarne la frequenza. Dal punto di vista del terapeuta è auspicabile che il cambiamento profondo, quando necessario, avvenga nella vita privata, poiché nella vita professionale egli deve offrire la propria stabilità al paziente per permettergli di cambiare. A tal fine è

importante che il terapeuta abbia cura di mantenere nella sua vita alcune figure co-empatiche, che gli permettano sia la possibilità di cambiare che quella di rimanere stabili, poiché è il bilanciamento tra le due che permette di affrontare il mondo in condizioni ottimali. Il terapeuta quindi si porrà di fronte al cambiamento del paziente come quando osserva una cascata, non rimarrà lontano ma nemmeno si tufferà nell'acqua lui stesso.

WORKSHOP ESPERIENZIALI

1. PSICHE, SOMA E MINDFULNESS (Consapevolezza)

Fabio Giommi*, Laura Fortunati**

Mindfulness significa “prestare attenzione con una modalità particolare: con intenzione, nel momento presente e in modo non giudicante” (Jon Kabat-Zinn).

Lo sviluppo della consapevolezza non-discorsiva e non-concettuale del corpo e delle sensazioni fisiche come “finestra sulla mente” rappresenta la prima tappa negli interventi terapeutici basati sulla mindfulness (MBCT-Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBSR-Mindfulness-Based Stress-Reduction).

Sviluppare una presenza immediata e diretta alle sensazioni del corpo - a differenza del pensare o dell'interpretare tali sensazioni - offre la possibilità di osservare a partire da un “luogo” diverso anche la mente.

Il workshop introduce i partecipanti alla sperimentazione esperienziale, attraverso alcune tecniche provenienti dalla tradizione meditativa, di cosa significa “prestare attenzione” al proprio corpo e alla propria mente.

Intende inoltre offrire un'introduzione alla modalità particolare di indagine e condivisione in gruppo dell'esperienza vissuta che è propria degli approcci mindfulness-based.

Una parte (minoritaria) del tempo disponibile sarà dedicata ad un'introduzione della teoria di riferimento ma la più parte sarà focalizzata sull'esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti delle pratiche previste.

*Fabio Giommi**
*Psicologo e
psicoterapeuta
SITCC, è Senior
Researcher presso
l'Università
di Nijmegen
in Olanda.
Ha curato
l'introduzione
italiana
del volume
“Mindfulness. Al
di là del pensiero
attraverso il
pensiero” di
Z.V. Siegel, M.
Williams e J.D.
Teasdale. È
socio fondatore
dell'Associazione
Italiana per la
Mindfulness
(AIM).*

*Laura Fortunati***
*Psicologa e
psicoterapeuta
SITCC, è socio
fondatore
dell'Associazione
Italiana per la
Mindfulness
(AIM).*

2. ALLA SCOPERTA DELLA PRATICA MEDITATIVA

Nanni Deambrogio*

*Nanni
Deambrogio*
Insegnante
di Filosofia,
Psicologia
Buddista e
Meditazione,
formatosi nella
tradizione
tibetana e nella
tradizione
Vipassana
della Birmania.
Fondatore del'
Associazione
Mindfulness
Project, tiene
ritiri e seminari
in Italia e in
varie scuole
universitaria*

Il workshop sarà un percorso esperienziale di introduzione agli aspetti della meditazione più significativi e adatti a far emergere le migliori qualità di un essere umano.

I temi principali trattati saranno:

- lo sviluppo della stabilità mentale
- la meditazione di consapevolezza o vipassana
- lo sviluppo dell'empatia, della gentilezza, della gioia e dell'equanimità

3. ESPERIENZE DELLA DIMENSIONE SOGGETTIVA DEL TERAPEUTA

Giorgio Rezzonico*, Rita Ardito**,
Francesca BrachPapa*°, Silvia Concas***,
Luca Necciai°, Silvia Rinaldi°, Stefania Ristori°°°

Questo workshop precede la giornata del Convegno dedicata alla Dimensione Soggettiva del Terapeuta e in parte ne anticipa le tematiche che verranno affrontate.

E' strutturato pertanto in modo da far emergere contenuti che integreranno gli argomenti proposti e ne stimoleranno la discussione.

Nella prima parte del workshop, in un contesto di Role Playing, verrà simulato un colloquio clinico, ad alto contenuto emotivo, tra un terapeuta, scelto tra i partecipanti, ed un paziente "difficile", interpretato da uno dei conduttori.

Si proporrà ai partecipanti di formare tre gruppi paralleli di lavoro, affiancati dai conduttori, ognuno dei quali dovrà eleggere un rappresentante portavoce.

I singoli gruppi si caratterizzeranno per Focus di Osservazione differenziato perché, a livello di analisi, possano emergere tre diversi punti di vista: del paziente, del terapeuta, del supervisore della relazione.

L'analisi della situazione verrà affrontata e discussa dai sottogruppi guidati da una griglia di osservazione che consentirà di orientare l'attenzione su specifici elementi del colloquio simulato.

Nella seconda parte del workshop i rappresentanti dei tre sottogruppi esporranno ai partecipanti le considerazioni emerse nei rispettivi contesti di lavoro.

I conduttori favoriranno l'integrazione degli elementi evidenziati dai tre differenti focus di osservazione e ne valorizzeranno eventuali caratteristiche specifiche.

*Giorgio Rezzonico**
Ordinario di
psicologia
Clinica presso la
Facoltà Medica
dell'Università di
Milano - Bicocca,
Dir. della Scuola di
Spec. in Psichiatria
della stessa Facoltà
e delle scuole di
spec. in Psicoterapia
Cognitiva di
Como e Torino.
Past president
della Soc. it. di
Terapia Cognitiva
Comportamentale
(SITCC), fondatore e
Pres. dell'Accademia
di Scienza Cognitiva
(ASCo) e dell'Ass.
Progetto Panda onlus

*Rita Ardito***
Psicologa,
Psicoterapeuta
SITCC, Ricercatrice
in psicologia clinica
presso la Facoltà di
Psicologia
dell'Univ. degli studi
di Torino, docente
Psicologia clinica
dell'attaccamento.
Centro di Scienza
Cognitiva,
Dipartimento di
Psicologia Torino.

*Francesca
BrachPapa*°°*
Psicologa,
Psicoterapeuta
Cognitivista
e Sistemico-
Relazionale.
Dirigente ASL 2
Torino, Co- Trainer

*Scuola di Formazione
in Psicoterapia
Cognitiva, SITCC,
Torino.*

*Silvia Concas****

*Psicologa e
psicoterapeuta
SITCC, Studio
di Psicoterapia
Cognitiva, Torino.*

Luca Necciai°

*Psicologo e
Formatore.
Studio di
Psicoterapia
Cognitiva, Torino.*

Silvia Rinaldi°°

*Medico specialista
in psicologia clinica,
Psicoterapeuta
SITCC, prof a
contratto presso
l'Univ. degli Studi
di Milano, Facoltà
Medica, dottoranda
in Scienze della
Comunicazione (Ist.
di Comunicazione
Sanitaria), Univ.
della Svizzera
Italiana, Lugano.
Studio di
Psicologia Clinica
e Psicoterapia
Cognitiva,
Varese, Studio
di Psicoterapia
Cognitiva, Torino.
Dal 2006 resp. della
Sezione Lombarda
della SITCC.*

Stefania Ristori°°°

*Psicologa,
Psicoterapeuta
SITCC, Consulente
ASL 1 Torino,
Consultori
Familiari. Studio
di Psicoterapia
Cognitiva, Torino.*

L'obiettivo è quello di far emergere contenuti relativi all'osservazione e all'auto-osservazione degli aspetti emotivi sollecitati dall'esperienza vissuta singolarmente, connotandone la dimensione condivisa ed i relativi significati.

L'esperienza prevede inoltre la somministrazione del TRANTOR, un questionario sulle emozioni, adeguatamente adattato alla situazione e modulato in fasi specifiche del lavoro per consentire il monitoraggio della dimensione emozionale dei partecipanti.

**Il giornata:
sabato 9 giugno 2007**

**SESSIONE PLENARIA:
Il ruolo delle emozioni e
delle sensazioni corporee
nella psicopatologia**

- Francesco Mancini
“Emozioni, ragionamento e psicopatologia”
- Cristiano Castelfranchi
“Una nevrotica mano invisibile: i fini che guidano i miei atti non sono le mie intenzioni”
- Amelia Gangemi
“Affect as information: quali emozioni coinvolge e quale il suo ruolo?”

EMOZIONI, RAGIONAMENTO E PSICOPATOLOGIA

Francesco Mancini*

Il modo in cui ragioniamo svolge un ruolo cruciale nella genesi e nel mantenimento della psicopatologia.

Tradizionalmente si è ritenuto che i processi di pensiero nella psicopatologia fossero distorti, contrariamente a quelli normali. La ricerca dimostra che il ragionamento nei casi patologici, come accade nei normali, è al servizio degli scopi dell'individuo e mediato dalle emozioni.

È quindi normalmente distorto rispetto alle prescrizioni normative della logica ma pragmaticamente utile soprattutto a prevenire errori che l'individuo percepisce capaci di compromettere gravemente i suoi scopi.

Il tipo di scopi determina il tipo di ragionamento e questo contribuisce alla fenomenologia del quadro psicopatologico. L'intensità dell'investimento orienta il ragionamento in modo sistematicamente confermatario delle assunzioni alla base della sofferenza psicopatologica e, dunque, contribuisce a spiegarne la persistenza paradossale e il nesso con esperienze precoci negative, in particolare con le esperienze cosiddette "catastrofiche".

In questo articolo sono analizzati tre tipi di ragionamento: il "better safe than sorry (BSTS)" che si configura come una strategia difensiva verso le minacce e dunque si ritrova nei disturbi d'ansia, ma anche, ad esempio, nel disturbo paranoico di personalità; il ragionamento "tipo Rock Hudson (RH)" che è caratteristico del disturbo ossessivo e corrisponde ad una strategia difensiva da accuse particolarmente dure; il ragionamento "wishful thinking (WT)" che si riscontra nella depressione ed è al servizio dello scopo di recuperare o sostituire un bene perduto, in modo valido ed effettivo.

*Francesco
Mancini*
Medico,
specialista in
neuropsichiatria
infantile,
psicoterapeuta.
Dirige la Scuola di
Specializzazione
in Psicoterapia
Cognitiva
dell'APC e della
SPC.*

UNA NEVROTICA MANO INVISIBILE: I FINI CHE GUIDANO I MIEI ATTI NON SONO LE MIE INTENZIONI

Cristiano Castelfranchi*

*Cristiano
Castelfranchi*
Direttore del CNR,
Istituto di Scienze
e Tecnologia
della Cognizione
e Ordinario
di Psicologia
Generale presso
l'Università degli
Studi di Siena*

Propongo una teoria delle Proto-Intenzioni, cioè di rappresentazioni anticipatorie del risultato dell'azione che non sono dei veri e propri scopi che attivino, selezionino, guidino l'azione. Mi rifaccio per questo al modello degli 'Anticipatory Classifiers'.

Viene richiamata la teoria delle funzioni (Castelfranchi, 2001) e di come non siano necessariamente 'funzionali' nel senso di positive e rivolte al bene, bensì possano essere dannose e cospirare contro gli interessi e le migliori intenzioni degli individui che le agiscono ed implementano (nozione di kako-funzione). Questa visione viene proposta come modello concettuale generale per i 'circoli viziosi' (a livello societario, gruppale, interazionale ed intrapsichico), in alternativa nell'intrapsichico:

- a concetti discutibili quale 'il vantaggio secondario' o 'il tornaconto'
- a nozioni di conflitto tra intenzioni inconse.

I 'circoli viziosi' basati su AnticClassifiers sono proposti come complemento di altri possibili tipi di 'circoli viziosi' e 'coazioni'.

AFFECT AS INFORMATION: QUALI EMOZIONI COINVOLGE E QUALE IL SUO RUOLO?

Amelia Gangemi*

Amelia Gangemi
Scuola di
Psicoterapia
Cognitiva, APC,
Roma; Università
di Cagliari*

Una vasta e accreditata letteratura dimostra come le disposizioni affettivo-emozionali possano influenzare i processi cognitivi attraverso un meccanismo noto come “affect-as-information” (Schwarz e Clore, in press). Lo stato emozionale viene utilizzato quale informazione saliente per esprimere valutazioni e giudizi, rafforzando le assunzioni che sostengono lo stato intenzionale alla base di quello stesso stato emozionale.

In questa sede verranno esaminate e approfondite una serie di ricerche che hanno dimostrato come tale meccanismo, alla base del quale troviamo emozioni quali l’ansia, la colpa, la tristezza, possa contribuire al mantenimento dei principali disturbi d’ansia e dell’umore.

Emblematiche appaiono in tal senso le ricerche condotte in questi ultimi anni da Arntz e collaboratori (Engelhard et al. 2001, 2002, 2003) con soggetti affetti da disturbi d’ansia (fobie, sindrome posttraumatica da stress). In questi studi, gli autori hanno dimostrato che i soggetti ansiosi tendono a inferire la presenza di un pericolo a partire dal proprio stato affettivo-emozionale negativo, ovvero dall’ansia: “If I feel anxious, then there must be a danger” (Arntz et al. 1995). Questo tipo di ragionamento emozionale darebbe luogo ad un circolo vizioso, per il quale la credenza di un pericolo induce ansia e l’ansia conferma la credenza di pericolo.

Di grande interesse sono inoltre gli studi condotti con soggetti normali, nei quali lo stato affettivo negativo veniva indotto sperimentalmente. Seguendo tale procedura, Gasper e Clore (1998) e Scott e Cervone (2002) hanno verificato ad esempio che l’induzione di uno stato emozionale negativo influenza nei soggetti la percezione del pericolo, ed in particolare la stima della probabilità

di accadimento di eventi negativi, e gli standard di valutazione delle proprie performances. Ancora, Gangemi, Mancini, e van den Hout (2006) hanno dimostrato che l'induzione di una emozione di colpa attraverso la rievocazione di recenti episodi di colpa, aumenta la percezione del rischio ovvero la stima della probabilità e della gravità di un evento negativo anche non connesso con l'episodio di colpa ricordato, e gli standard di valutazione delle proprie performances preventive. Tale effetto è maggiore nei soggetti che, come gli ossessivi, hanno un elevato senso di colpa di tratto. Infine, nei soggetti in cui viene indotto sperimentalmente uno stato depressivo, lo stato affettivo negativo viene considerato come prova del grande valore della perdita e della irrecuperabilità o insostituibilità del bene perduto, rendendo sempre meno probabile l'accontentarsi di sostituti del bene perduto (Mancini e Frezza, 2006; Romano et al., 2006). L'effetto è l'aumento della percezione di perdita e di irrecuperabilità, con un conseguente ulteriore abbassamento del tono dell'umore. Le implicazioni cliniche degli studi riportati verranno quindi approfondite e discusse.

WORKSHOP ESPERIENZIALI

1. EMOZIONI DI BASE, PSICOPATOLOGIA E INTERVENTO PSICOLOGICO

Antonella Rainone*, Angelo M. Saliani**

In letteratura c'è ampio accordo nel riconoscere la tristezza, la rabbia, il disgusto, la paura e la gioia come emozioni basiche con una loro funzione adattiva. Non sempre però c'è pieno accordo su ciò che le caratterizza e le differenzia e sul criterio che ne definisce la funzionalità/disfunzionalità.

Partendo da esercizi pratici ed esperienziali, in questo workshop proveremo a suggerire una lettura delle emozioni di base coerente con la tradizione della psicologia cognitiva fornendone una descrizione in termini di scopi e credenze.

In quest'ottica, tratteremo le possibili linee di intervento psicologico sulle emozioni basiche, quando diventino disfunzionali.

*Antonella
Rainone*
Psicologa e
psicoterapeuta,
docente presso
il Corso di
Specializzazione
in Psicoterapia
Cognitiva
dell'Associazione
di Psicologia
Cognitiva (APC)
e la Scuola di
Psicoterapia
Cognitiva (SPC)
di Roma. Cultore
della materia
presso la Facoltà
di Psicologia,
Università "La
Sapienza" di
Roma.*

*Angelo M.
Saliani**
Psicologo e
psicoterapeuta,
docente presso
il Corso di
Specializzazione
in Psicoterapia
Cognitiva
dell'Associazione
di Psicologia
Cognitiva (APC)
e la Scuola di
Psicoterapia
Cognitiva (SPC) di
Roma.*

2. EMOZIONI COMPLESSE E LORO TRATTAMENTO

Andrea Gragnani*, Giuseppe Romano**

*Andrea Gragnani**
Psicologo e
Psicoterapeuta,
docente presso
il Corso di
Specializzazione
in Psicoterapia
Cognitiva
dell'Associazione
di Psicologia
Cognitiva (APC)
e la Scuola di
Psicoterapia
Cognitiva (SPC)
di Roma e
presso la Scuola
Psicoterapia
Cognitiva (SPC)
di Grosseto.

Giuseppe
*Romano***
Psicologo e
Psicoterapeuta,
docente presso
il Corso di
Specializzazione
in Psicoterapia
Cognitiva
dell'Associazione
di Psicologia
Cognitiva (APC)
e la Scuola
Psicoterapia
Cognitiva (SPC) di
Roma.

Facendo riferimento ad una distinzione ormai stabile e consolidata, le emozioni vengono spesso suddivise in basiche e complesse (Ekman, Friesen, Ellsworth, 1982; Plutchick, 1984; Izard, 1971). Johnson-Laird e Oatley (1987) definiscono le emozioni come un sistema di segnalazione a più livelli. Il primo più immediato e primitivo, che potremmo appunto definire “di base”, essenzialmente predisposto ad una rapida risposta, coerente con l’adattamento dell’organismo all’ambiente; il secondo, più complesso, di natura valutativa (in riferimento ad attribuzioni di significato su di sé, sul mondo, sugli altri). Nel presente Workshop verranno prese in considerazione le principali emozioni complesse come la colpa, l’invidia, la vergogna, l’imbarazzo, la gelosia, etc. e dopo averne dato una definizione, se ne delinearanno gli ingredienti cognitivi, le funzioni svolte e gli scopi sorvegliati. In ultimo si cercherà di individuare manovre ed interventi per modularne l’intensità nelle circostanze in cui le emozioni vengono vissute, da un individuo, in modo disfunzionale.

3. L'IMAGERY WITH RESCRIPTING

Rosario Capo* e Claudia Perdighe°

Il workshop si propone di descrivere una tecnica usata all'interno della Schema-Focused Therapy (Young): l'Imagery With Rescripting (IWR) (Arntz). Si tratta di una tecnica esperienziale in cui il paziente, partendo dalle sensazioni, dalle emozioni e dai pensieri problematici attuali, rivive in immaginazione gli episodi infantili in cui ha costruito le credenze disfunzionali alla base della sofferenza attuale. Sempre nell'immaginazione si cerca di riscrivere quelle esperienze attraverso il paziente adulto che osserva la scena e che può intervenire e interagire con il bambino che era. Tale procedura nasce dalla constatazione che i pazienti sistematicamente tendono a considerare i contro-esempi delle loro interpretazioni ed aspettative attuali come delle eccezioni, mantenendo intatte le idee fondanti la propria identità personale e le principali aspettative sulla propria esistenza. L'idea è che tali interpretazioni ed aspettative siano più sensibili alla elaborazione del ricordo di episodi prototipici, di solito infantili, in cui il paziente le ha, per così dire messe a fuoco e consolidate. Nel caso dei pazienti ossessivi gli episodi prototipici dovrebbero riguardare esperienze di accuse rabbiose o di responsabilizzazioni cui il paziente non ha potuto sottrarsi, nonostante le sentisse esagerate rispetto alle proprie capacità. Il protocollo consiste nell'aiutare il paziente a rivivere un episodio in tutti i suoi aspetti, soprattutto emotivi e sensoriali, per poi immaginare di inserire nella scena dei cambiamenti che conducono ad un finale diverso da quello reale, ma plausibile e ragionevolmente sereno e positivo. Si ipotizza che immaginare che i fatti avrebbero potuto e dovuto andare in modo diverso attenui l'impressione di essere inevitabilmente, ad esempio, persone disprezzabili e che vi sia un destino anch'esso inevitabile ed assoluto che conduce verso esperienze di disprezzo insuperabili. È anche ragionevole attribuire un ruolo importante alla legittimazione della propria sofferenza.

*Rosario Capo**
Psicologo e
Psicoterapeuta,
docente presso
il Corso di
Specializzazione
in Psicoterapia
Cognitiva
dell'Associazione
di Psicologia
Cognitiva (APC)
e la Scuola di
Psicoterapia
Cognitiva (SPC) di
Roma.

Claudia Perdighe°
Psicologo e
Psicoterapeuta,
docente presso
il Corso di
Specializzazione
in Psicoterapia
Cognitiva
dell'Associazione
di Psicologia
Cognitiva (APC)
e la Scuola di
Psicoterapia
Cognitiva (SPC)
di Roma e
presso la Scuola
Psicoterapia
Cognitiva (SPC)
di Verona.

**III giornata:
domenica 10 giugno 2007**

**SESSIONE PLENARIA:
La dimensione soggettiva
del terapeuta**

- Giorgio Rezzonico
“Stati mentali ed emozioni del terapeuta”
- Saverio Ruberti
“Lo stato mentale del terapeuta come strumento di cambiamento e di cura”
- Mariagrazia Strepparava
“Formare alla psicoterapia: training e cambiamento”

STATI MENTALI ED EMOZIONI DEL TERAPEUTA

Giorgio Rezzonico*

La terapia cognitivo comportamentale e la terapia cognitiva standard hanno mostrato scarsa attenzione alla dimensione soggettiva del terapeuta. In tale ottica il focus è centrato sui problemi del paziente e sull'applicazione di strategie e tecniche adeguate ad affrontare e risolvere il problema. Più recentemente è entrata nel campo di indagine anche la relazione terapeuta-paziente intesa come strumento atto a favorire la comunicazione e quindi la risoluzione del problema. L'ottica costruttivista, nella considerazione della centralità nella relazione terapeuta-paziente, ha spostato il focus sulla dimensione soggettiva del terapeuta nella consapevolezza che non esiste un problema "oggettivo" del paziente ma che è il terapeuta che descrive se stesso mentre sta descrivendo o intervenendo sul "problema" del paziente.

Vengono pertanto presentati i principi e i metodi dell'indagine sulla Dimensione Soggettiva del Terapeuta e verranno discussi a titolo esemplificativo alcuni risultati frutto di due indagini sull'argomento. La prima concerne l'analisi delle risposte a un questionario su tale tema compilato da psicoterapeuti di differente orientamento. La seconda espone alcuni risultati del lavoro di valutazione della dimensione soggettiva di un terapeuta impegnato nella conduzione psicoterapeutica di un gruppo di "pazienti difficili".

*Giorgio
Rezzonico*
Professore
Ordinario di
Psicologia Clinica
e Direttore
della Scuola di
Specializzazione
in Psichiatria
della Facoltà
Medica, Università
di Milano Bicocca.
Past president
SITCC, Direttore
delle scuole di
Psicoterapia
Cognitiva di
Como e Torino.
Presidente
dell'ASCo,
del comitato
scientifico del
progetto Il Volo, e
dell'Associazione
Panda Onlus.*

LO STATO MENTALE DEL TERAPEUTA COME STRUMENTO DI CAMBIAMENTO E CURA

Saverio Ruberti*

Saverio Ruberti
Psichiatra,
direttore
dell'unità'
operativa di
psichiatria n.°
40 del presidio
ospedaliero
"Bassini"
di Cinisello
Balsamo- Azienda
Ospedaliera "San
Gerardo" di
Monza. E' socio di
didatta SITCC .*

La terapia cognitiva è andata sempre più valorizzando il lavoro sulle capacità metacognitive dei pazienti, soprattutto quelli gravi e difficili, come momento centrale della modificazione delle attitudini personali e relazionali più disorganizzate e rischiose.

Nei pazienti più impegnativi, il superamento dei modelli operativi e degli schemi affettivo/cognitivi maggiormente legati alla sofferenza emotiva, non sembra particolarmente connesso alla messa in discussione razionale - nella terapia - delle convinzioni personali più disfunzionali.

Appare piuttosto correlato alla sperimentazione di assetti relazionali che favoriscano nel paziente i processi di integrazione delle svariate emozioni e rappresentazioni generatrici di disagio e dolore, e consentano l'assunzione di maggior fiducia nelle possibilità di comunicazione, comprensione reciproca e sintonia con gli altri.

In tale prospettiva, il contatto con lo stato mentale integrato di un terapeuta capace di sensibilità emotiva non costituisce solo la cornice più adeguata nella quale sviluppare l'intervento terapeutico. Piuttosto, può rappresentare di per sé un potente strumento di cambiamento.

Spesso, nel racconto di pazienti migliorati, i passaggi da loro considerati cruciali nel percorso fatto sono ricordati in mosse relazionali della cui portata il terapeuta non si è nemmeno reso conto nel momento in cui le ha compiute, ma che sono state generate spontaneamente da una solida attitudine alla cura.

Così, per il terapeuta stesso, l'essere in grado di assumere uno stato mentale protetto da interferenze personali disturbanti, capace di

cogliere, integrare e comunicare senza “difendersi” i momenti di disagio prodotti dalle eventuali difficoltà relazionali insorte con il paziente, appare un elemento di importanza centrale nella competenza professionale, tale da meritare un’attenzione formativa particolare e, presumibilmente, un lavoro su di sé che non può esaurirsi nei soli primi anni di formazione.

E’ evidente che per questa via viene recuperata e meglio compresa tutta la riflessione (da decenni presente anche in ambito cognitivista) sull’importanza tecnica del grado di autenticità, spontaneità e benessere del terapeuta.

Il contributo vuole anche rappresentare uno stimolo perché quella riflessione non sia dispersa.

FORMARE ALLA PSICOTERAPIA: TRAINING E CAMBIAMENTO

Mariagrazia Strepparava*

*Mariagrazia
Strepparava*
Professore
Associato di
Psicologia Clinica,
psicoterapeuta,
componente del
direttivo SITCC,
responsabile
della sezione di
Psicologia Clinica
del Multimedia
Health
Communication
Laboratory
- DIMS - Facoltà
di Medicina
e Chirurgia,
Università
Milano-Bicocca.*

La ricerca in psicoterapia è un campo in espansione che collega tra loro gruppi di ricerca in tutto il mondo e che costituisce una sorta di base comune tra ricercatori che fanno riferimento a modelli anche assai differenti tra loro. La maggior parte sono ricerche sugli esiti (outcome research) oppure ricerche sul processo psicoterapeutico (process research). Entrambi i tipi hanno però per oggetto i pazienti - nel senso di valutazione dell'efficacia degli interventi - oppure la relazione terapeuta-paziente e le variabili intervenienti fra le condizioni iniziali del problema clinico e l'esito finale dell'intervento. Molto più rare sono le ricerche che hanno per oggetto i terapeuti stessi (Garfield, 1997). Si tratta di lavori sulla formazione del clinico psicoterapeuta che si sono sviluppati soprattutto negli ultimi 15 anni - anche se qualche lavoro era stato pubblicati alla fine degli anni '50 (Holt, Luborsky, 1958) e poco dopo (Garfield et al, 1963). La considerazione che vi è solo una bassa correlazione tra l'esperienza del terapeuta e la sua efficacia clinica (Beutler, et al. 1994) è paradossale, ma tale paradosso risulta più comprensibile quando si osservi come nella maggior parte dei casi è mal definito il concetto di esperienza del terapeuta, che non può semplicemente essere ridotta - come è stato per lo più fatto - al tempo che intercorre tra il conseguimento dell'abilitazione e il momento della valutazione, ma deve essere identificata con un complesso di abilità e capacità tra loro interrelate e per questa complessità non semplici da studiare. Solo in tempi più recenti il concetto di expertise è stato maggiormente articolato; questo ha permesso la realizzazione di ricerche maggiormente mirate. Tra queste, alcune hanno avuto per oggetto la valutazione dell'acquisizione delle specifiche competenze del terapeuta e del

loro adeguato utilizzo nella pratica clinica (Manring et al., 2003), oltre lo stress percepito dagli psicoterapeuti e le diverse strategie di coping utilizzate per gestire le difficoltà incontrate, sia nei terapeuti in formazione che nei terapeuti ormai ampiamente inseriti nell'attività professionale (Kuyken et al., 2003). Un altro tema oggetto di indagine è il senso di autoefficacia professionale soggettivamente percepito (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Tra queste molte dimensioni di competenza che costituiscono la cassetta degli attrezzi del clinico, poca attenzione è stata invece dedicata allo studio del cambiamento delle aspettative e della rappresentazione della propria professione, sia nei terapeuti formati che nei terapeuti in formazione. Si tratta invece di un aspetto importante perché le modifiche cui è sottoposta la rappresentazione soggettiva che i trainee hanno rispetto alla professione, alla figura del terapeuta e alla relazione con il paziente dall'inizio alla fine del loro percorso formativo, costituisce un significativo fattore di cambiamento (Beutler L., 1997).

Quando ci si muova in un orizzonte concettuale che faccia riferimento al cognitismo costruttivista, la dimensione delle rappresentazioni di sé, dell'altro e della propria attività costituisce un fattore centrale che interviene a condizionare nell'individuo assetti mentali, emotivi, relazionali e di azione. La decostruzione e la successiva ricostruzione dei propri schemi di pensiero costituisce un aspetto fondamentale nel processo di cambiamento (Meier, 2006, Bara, 2007). Il rapporto tra l'immagine professionale di sé e della propria attività prima e dopo un percorso esperienziale, l'interconnessione tra queste rappresentazioni e altre rappresentazioni del sé (amabilità, autoefficacia, autostima, sicurezza e così via) costituiscono gli elementi alla base di una dinamica centrale nello sviluppo professionale. I cambiamenti che su questi piani avvengono (in un ambito così personale come è la formazione dello psicoterapeuta, per il quale lui stesso e la propria capacità di relazione sono uno degli strumenti principali di lavoro) costituiscono il processo che porta a strutturare la propria identità professionale al termine dei quattro anni di formazione.

Per studiare l'autorappresentazione di sé come terapeuta e la rappresentazione del processo terapeutico è stato messo a punto uno strumento autosomministrato - il Therapist Changing Profile - TCP (Strepparava, Rezzonico, 2005). E' un' intervista semistrutturata il cui obiettivo è valutare la percezione dei trainee di cosa significhi "essere un terapeuta". Lo strumento è organizzato in diverse sezioni, tra le quali è compresa la richiesta di indicare le

difficoltà soggettivamente avvertite - o immaginate - nella pratica clinica, la propria rappresentazione di un terapeuta - quali sono le caratteristiche ideali, quali emozioni lo studente immagina che si possano provare in seduta, oltre a specifiche domande sui momenti di debolezza, risorse personali e valutazione del grado di difficoltà/fatica sulle diverse tipologie di casi clinici. Obiettivo è, appunto, valutare il cambiamento degli indici relativi alla rappresentazione soggettiva della professione di psicoterapeuta all'inizio e alla fine dei quattro anni.

Sui primi dati raccolti emergono interessanti differenze tra gli studenti del primo anno a seconda della loro formazione iniziale (medicina o psicologia), ad esempio relativamente agli aspetti più difficili della professione: mentre per gli psicologi sono gli aspetti teorico-conoscitivi, i medici indicano come maggiormente difficile - e maggiormente spaventante - la gestione/regolazione delle proprie e altrui emozioni. Per tutti gli studenti del primo anno il rischio di troppo coinvolgimento e l'insicurezza sono i limiti percepiti come più rilevanti. Tra i punti di forza l'empatia è un aspetto che tutti si attribuiscono, mentre la capacità di ascolto è indicata come un punto di forza prevalentemente dagli studenti con una formazione precedente psicologica, meno dai medici.

Al momento il confronto tra primo e quarto anno è relativo a pochi soggetti. Tra i cambiamenti rilevati emerge una diminuzione degli atteggiamenti normativi verso i pazienti e delle aspettative nei loro confronti più centrate sulla riduzione dei sintomi, che è molto più elevata al primo anno e si riduce notevolmente al quarto. Ugualmente cambia la richiesta relativa alle capacità di "fare bene" (gestire meglio le situazioni problematiche): in generale una richiesta di maggior controllo come output della terapia si riduce dal primo al quarto anno, quando viene acquisito un atteggiamento più morbido di comprensione e tolleranza per quanto riguarda le aspettative del terapeuta verso il paziente. Altri risultati su un campione più ampio saranno a breve disponibili.

**Il giornata:
sabato 9 giugno 2007**

**TAVOLA ROTONDA:
La dimensione soggettiva
del terapeuta**

- Francesca Brach Papa
“La dimensione soggettiva del terapeuta nell’approccio sistemico-relazionale”
- Luca Canestri, Mario Reda
“Implicazioni emozionali del terapeuta nel processo psicoterapeutico”
- Furio Lambruschi
“Il corpo del bambino e il corpo del terapeuta”
- Francesco Maiullari
“L’ottica psicoanalitica”

LA DIMENSIONE SOGGETTIVA DEL TERAPEUTA NELL'APPROCCIO SISTEMICO-RELAZIONALE

Francesca Brach Papa*

Negli ultimi dieci anni si è assistito ad una riflessione teorica sul tema anche da parte di un approccio, come quello sistemico, che avendo esplicitato il rilievo delle valenze emozionali, ha riportato la soggettività al centro della scena precedentemente dominata dai processi di organizzazione sistemica.

Il tema delle emozioni, non solo dei pazienti ma anche dei terapeuti, diventa così un terreno fertile non solo di riflessione all'interno dei singoli approcci, ma anche di confronto tra orientamenti psicoterapeutici differenti.

La seconda cibernetica ha riconosciuto l'influenza reciproca tra "sistema che osserva" e "sistema osservato" in grado di determinare sia la struttura che la strategia di tale complessa relazione.

Intorno a tale gioco di influenzamento le emozioni sprigionano una forza vincolante l'organizzazione di due o più sistemi umani interconnessi.

La variegata fenomenologia emozionale delle interazioni intra-sistemiche e inter-sistemiche diventa così una "qualità emergente" dei sistemi stessi. Se l'attivazione emotiva dei membri della famiglia è un fattore di trasformazione in TE, l'attivazione emotiva del/dei terapeuti informa, connette, è uno strumento per rivelare aspetti fino a quel momento latenti, sotterranei.

Il processo terapeutico sembra consistere in un gioco combinatorio-creativo, e dunque in un processo dinamico, tra i vari elementi della relazione terapeutica; ma le informazioni non vengono veramente riconosciute, né producono cambiamento se non sono provviste di un imprinting affettivo.

*Francesca
Brach Papa*
Psicologa,
Psicoterapeuta
Cognitivista
e Sistemico-
Relazionale.
Dirigente ASL
2 Torino, Co-
Trainer Scuola
di Formazione
in Psicoterapia
Cognitiva, SITCC,
Torino.*

Le emozioni dei/del terapeuta sono indicatori della relazione di questi col paziente in quanto costituiscono dei segnali di come il terapeuta stesso partecipi attraverso i propri sistemi di valutazione alla costruzione del processo interattivo con i membri della famiglia.

In questo senso le emozioni del terapeuta diventano, oltre che un oggetto dell'autoosservazione, uno strumento per la terapia stessa, la presa d'atto che la propria esperienza emotiva gli permette di riflettere su come egli contribuisce a descrivere e a costruire la relazione con i diversi membri della famiglia e, in un processo ricorsivo, di come i componenti la famiglia costruiscono il rapporto con i/ col terapeuta.

IMPLICAZIONI EMOZIONALI DEL TERAPEUTA NEL PROCESSO PSICOTERAPEUTICO

Luca Canestri*, S. Donati Della Lunga**, M.F. Pilleri,
Mario A. Reda***

Nella prospettiva post-razionalista l'atteggiamento del terapeuta nel setting clinico ha come presupposto una reciprocità affettiva in cui vengano rispettate le caratteristiche individuali.

In terapia instaurare un rapporto di reciprocità significa riuscire a condividere l'emotività disturbata del paziente attraverso una reciproca comprensione e coinvolgimento, cosicché paziente e terapeuta si pongano in uno stato di comunicazione affettiva che consente la modulazione dello scompenso emotivo in corso.

In questa prospettiva il terapeuta si pone in una situazione di condivisione emotiva modulando i processi di integrazione tra le componenti sensoriali, emozionali e rappresentative.

La vicinanza emotiva con il paziente porta il terapeuta a condividere emozioni che non lo colpiscono semplicemente perché abnormi o disregolate, ma anche e soprattutto per le implicazioni emotive che si sovrappongono alla esperienza quotidiana del terapeuta.

Nella relazione verranno discussi i processi di sintonizzazione emozionale durante le sedute di psicoterapia con particolare attenzione a quelli del terapeuta.

*Luca Canestri**
Medico specialista
in Psicologia
Clinica, professore
a contratto
presso la Sezione
di Scienze del
Comportamento,
Università degli
Studi di Siena.

S. Donati
*Della Lunga***
Dottoranda di
ricerca presso
la Sezione di
Scienze del
Comportamento,
Università degli
Studi di Siena.

*Mario A. Reda****
Professore
Ordinario presso
la Sezione di
Scienze del
Comportamento,
Università degli
Studi di Siena.
Didatta SITCC.

IL CORPO DEL BAMBINO E IL CORPO DEL TERAPEUTA

Furio Lambruschi*

*Furio
Lambruschi*
Psicologo
Psicoterapeuta,
Scuola Bolognese
di Psicoterapia
Cognitiva, AUSL
Cesena, Università
di Siena, Didatta
SITCC.*

Il lavoro terapeutico con il bambino e la sua famiglia tende a sollecitare nell'universo mentale del terapeuta (e dell'équipe curante) complesse e intense perturbazioni emotivo-affettive a cui si accompagnano altrettanto complessi e intensi, talora imprevedibili, agiti sul piano procedurale.

L'incontro con la sofferenza del bambino, nella sua condizione di profonda vulnerabilità, dipendenza e particolari bisogni di protezione, rappresenta per il terapeuta uno straordinario banco di prova, utile ad evidenziare in forma particolarmente marcata gli schemi cognitivo-interpersonali dotati di maggiore centralità nella sua organizzazione conoscitiva, le sue specifiche modalità di regolazione affettiva, le caratteristiche del suo stato mentale riguardo alla sua storia d'attaccamento e alle relative capacità di integrazione tra i vari sistemi di memoria.

Ciò ripropone il problema fondamentale della consapevolezza e della "cura" dell'organizzazione del sé del terapeuta (delle sue premesse culturali, teoriche, ma soprattutto dei suoi vincoli emozionali), per come questa va ad incontrare la sofferenza del bambino e dei suoi genitori.

Su questo piano, le categorie della teoria dell'attaccamento offrono al terapeuta interessanti possibilità di lettura e di analisi del proprio repertorio comportamentale ed emotivo, che nella relazione col bambino prendono la forma vivida e immediata di schemi affettivo-motori, taciti modelli procedurali e corporei, ancor prima che reazioni e interazioni basate su schemi di conoscenza dichiarativa.

L'OTTICA PSICOANALITICA

Franco Maiullari*

Appunti...
del Centro
Terapia
Cognitiva

La dimensione soggettiva del terapeuta può essere intesa come un fattore che precede la terapia ma anche come un fattore strettamente inerente alla terapia stessa. Entrambi, comunque, parlando di un contesto psicoterapeutico individuale, entrano in gioco come elementi contro-transferali che contribuiscono a definire la bontà e gli esiti della relazione terapeutica. La coppia creativa terapeuta-paziente trova così nelle emozioni e negli affetti di transfert e contro-transfert l'alimento che fornisce energia ai contenuti, in qualsiasi forma e con qualsiasi tecnica questi vengano attualizzati.

Franco Maiullari
Medico,
neuropsichiatra
infantile e
psicoterapeuta
adleriano.
Dal 1985 è
responsabile del
Servizio medico
psicologico di
Locarno (Canton
Ticino, Svizzera)
per bambini e
adolescenti e del
relativo Ospedale
di giorno.*

Convegno
MENTE E CORPO

Sessione poster

VALUTAZIONE DELL'AMUSIA RECETTIVA IN PAZIENTI CON LESIONI CEREBROVASCOLARI

Nicoletta Alossa*, Lorys Castelli°, Paolo Cerrato*,
Paola Perozzo*, Giovanni Bosco*, Alessandra Lentini*,
Mario Andrioletti#, Giuliano Geminiani°.

* Dipartimento
di Neuroscienze,
Università di
Torino

° Dipartimento
di Psicologia,
Università di
Torino

Mario Andrioletti#
Musicologo

I disturbi nell'elaborazione musicale non sono rari, dal momento che lesioni vascolari spesso invadono il territorio silviano, dove sembra siano allocate le principali aree implicate nell'elaborazione della musica.

L'obiettivo del presente lavoro è la valutazione di uno strumento in grado di rilevare, in ambito clinico, le diverse sfaccettature dell'amusia recettiva in seguito a lesioni cerebrovascolari.

Sono stati indagati 15 pazienti con lesioni cerebrovascolari unilaterali (6 con lesione sinistra-LHD, 9 con lesione destra-RHD) e 15 soggetti di controllo, mediante la somministrazione di un test sulla conoscenza prelesionale della musica e una batteria musicale, relativa alle seguenti componenti delle funzioni musicali recettive: memoria uditiva musicale, elaborazione dell'altezza, discriminazione dell'intervallo e del profilo (versante melodico), elaborazione del ritmo e del metro (versante temporale).

Tale batteria è in grado di coprire sia i meccanismi percettivi locali, sia quelli globali. Questi meccanismi sottendono le principali strategie cognitive utilizzate nell'elaborazione delle informazioni musicali melodiche e temporali: i meccanismi locali si occupano della discriminazione dell'intervallo e del ritmo, mentre i meccanismi percettivi globali si occupano dell'elaborazione del profilo e del metro.

I risultati ottenuti indicano che i 2 gruppi di pazienti con lesioni cerebrovascolari (LHD e RHD) hanno una minor formazione musicale rispetto ai soggetti di controllo.

I pazienti vascolari hanno avuto prestazioni peggiori rispetto al gruppo di controllo in ogni sottotest della batteria musicale. È emersa una differenza significativa tra i 3 gruppi per quanto riguarda i compiti di discriminazione dell'altezza ($X^2=8.300$; $p<0.05$) ed elaborazione del ritmo ($X^2=9.162$; $p<0.05$); in particolare, nel confronto con i controlli, i pazienti LHD hanno avuto prestazioni significativamente peggiori sia nel test di elaborazione dell'altezza ($p<0.05$) sia in quello di elaborazione del ritmo ($p<0.05$); mentre i soggetti RHD hanno avuto un performance significativamente peggiore esclusivamente nel test di discriminazione dell'altezza ($p<0.05$).

A livello generale, lo studio mette in evidenza come l'amusia recettiva rappresenti un disturbo frequentemente riscontrabile in soggetti con lesioni cerebrovascolari.

BIBLIOGRAFIA

Basso A (1993), Amusia. In Boller F, Grafman J editors. *Elsevier Science Publishers BV*. Handbook of Neuropsychology. Vol 8; 14: 391-409.

Della Bella S, Peretz I (1999): *Music agnosias: selective impairments of music recognition after brain damage*. Journal of New Music Research; 28, num 3: 209-216.

Di Pietro M, Laganaro M, Leeman B, Schnider A (2004): *Receptive amusia: temporal auditory processing deficit in a professional musician following a left temporo-parietal lesion*. Neuropsychologia; 42 (7): 868-77.

Peretz I (1990): *Processing of local and global musical information by unilateral brain-damaged patients*. Brain; 113: 1185-1205.

Schuppert M, Münte TF, Wieringa BM, Altenmüller E (2000): *Receptive amusia: evidence for cross-hemispheric neural networks underlying music processing strategies*. Brain, 2000; 123: 546-559.

L'ASSESSMENT CLINICO DELLA COMUNICAZIONE EXTRA- E PARALINGUISTICA IN PAZIENTI CON TRAUMA CRANICO

Romina Angeleri, Francesca M. Bosco, Marina Zettin,
Livia Colle, Katuscia Sacco & Bruno G. Bara*

*Centro di Scienza
Cognitiva
Dipartimento
di Psicologia
Università degli
Studi di Torino.
Centro Puzzle
Torino
Psicologi,
Ricercatori.
Bruno G. Bara*
Professore
Ordinario*

L'abilità comunicativa paralinguistica ed extralinguistica di soggetti con trauma cranio-encefalico chiuso (CHI) è stata oggetto di poche ricerche in letteratura (Bara et al., 2001).

Il presente studio è volto a indagare sia la capacità di comprensione che di produzione degli aspetti extralinguistici e paralinguistici in pazienti con CHI.

Per la comunicazione extralinguistica - realizzata tramite gesti e movimenti corporei - abbiamo indagato la capacità dei soggetti di comprendere atti comunicativi standard, inganni e ironie. In base agli assunti della teoria della Pragmatica Cognitiva (Airenti et al., 1993) ci aspettiamo che i pazienti mostrino difficoltà nella comprensione e nella produzione di inganni e ironie, ma non negli atti comunicativi standard.

Per gli aspetti paralinguistici - come ad esempio prosodia e l'intonazione - ipotizziamo che i pazienti mostrino una compromissione sia nella comprensione che nella produzione di tali aspetti.

Il protocollo utilizzato è stato somministrato a 21 soggetti con CHI e a 33 soggetti sani di controllo, ed è composto da 44 scene videoregistrate e da interazioni in vivo con l'esaminatore.

Nei compiti in comprensione i soggetti devono comprendere lo scambio comunicativo rappresentato nelle scene; in produzione rispondere con un adeguato atto comunicativo agli stimoli proposti

nelle scene o dall'esaminatore. I risultati confermano le nostre ipotesi: i pazienti con CHI non hanno difficoltà nella comprensione e produzione di atti comunicativi standard mentre hanno difficoltà nel comprendere e produrre inganni extralinguistici (T Test: $t = 2.4$; $.02 < p < .03$) e nella comprensione e produzione di aspetti paralinguistici (T Test: $2.07 < t < 2.1$; $.04 < p < .05$). Contrariamente alle nostre aspettative non emergono differenze significative nella comprensione e nella produzione di ironie.

ASPETTI PSICOLOGICI ED IMMAGINE CORPOREA NELLE PATOLOGIE INVALIDANTI

Matteo Vicentini, Alessandra Barbieri, Ambra Mazzola,
Luca Pievani, Nicoletta Rota, Stefano Panzeri.

*Centro
Liberamente
Studio di
Psicologia, Villa di
Serio (BG).
Psicologi*

“La corporeità è teatro e memoria della storia dell’essere umano, la corporeità vissuta, le emozioni che la accompagnano si compenetrano all’evoluzione della struttura mentale” (Cesa Bianchi 2005). La corporeità assume un ruolo centrale nel corso di malattie croniche in cui parte integrante della propria vita diventano terapie mediche, controlli clinici, limitazioni alla propria libertà d’azione. “Ogni forma di malattia genera nella persona la percezione di una rottura del senso di stabilità della propria esperienza” (Strepparava 2005). L’identità personale infatti è basata sulla narrativa personale, sul modo in cui si descrive ed interpreta gli eventi a partire da una percezione di fondo di sé, da un proprio nucleo emotivo e dai propri stati interni. In molte malattie croniche si hanno modificazioni a carico del fisico ma la reazione soggettiva a questi cambiamenti può essere differente e appare connaturata al ruolo che il corpo e l’immagine corporea ricoprono. Premesso quanto detto, l’obiettivo del nostro studio si incentra sull’esplorazione della relazione tra differenti tipologie di patologia invalidante e l’immagine corporea. Il campione è costituito da 20 soggetti adulti di controllo e da 40 soggetti adulti affetti da patologie croniche; 20 pazienti dializzati, e 20 pazienti oncologici. La valutazione della presenza di indici depressivi e d’ansia è stata effettuata tramite il BDI (Ed. OS, 2006) e lo Stay (Ed. OS, 1989). La valutazione dell’immagine corporea è stata effettuata attraverso il Body Uneasiness Test (Cuzzolaro et. al, 2000) che fornisce cinque indici clinici: la paura morbosa del peso,

le preoccupazioni eccessive per l'aspetto fisico, comportamenti di evitamento collegati all'immagine corporea, controllo compulsivo dell'aspetto fisico, depersonalizzazione e vissuti di distacco ed estraneità rispetto al proprio corpo. E' stato inserito anche un questionario per la misura della qualità di vita relativa alla salute il SF-36 (Apollone et. al,1997) per un'indagine multidimensionale che tiene conto della dimensione fisica, mentale e sociale. Dalle considerazioni preliminari e dalle differenze emerse tra i gruppi si osserva come la malattia impatti in maniera significativa il ruolo dell'immagine corporea. La nostra indagine della relazione intercorrente tra tipo di patologia ed immagine corporea lascia aperte questioni e riflessioni riguardo a ciò che concorre a costituirla.

BIBLIOGRAFIA:

Bara B., a cura di, (2006), *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, ed. Bollati Boringhieri, Torino.

Cesa Binchi M., (2005), *Climaterio e invecchiamento: corporeità ed emotività*, Bollettino di medicina psicosociale e comportamentale, psicoterapia, promozione della salute, ed intervento psicosociale.

Pasquini M. (2007), *Depression in cancer patients: a critical review*, Biomed Central, articolo in pubmed.

Strepparava M.G. et al.(2003), *La qualità di vita nel malato in dialisi*, Giornale di tecniche nefrologiche, Wighting Editore.

Strepparava M.G. et al.(2005), *Aspetti psicologici nei pazienti diabetici di tipo I e nei loro familiari: il ruolo dello psicologo nella promozione del benessere*, Bollettino di medicina psicosociale e comportamentale, psicoterapia, promozione della salute, ed intervento psicosociale.

UNO STUDIO SULLA CORPOREITÀ IN SOGGETTI TOSSICODIPENDENTI

Luca Pievani, Alessandra Barbieri, Nicoletta Rota,
Stefano Panzeri, Ambra Mazzola, Matteo Vicentini.

*Centro
Liberamente
Studio di
Psicologia, Villa di
Serio (BG).
Psicologi*

Scopi: Oggetto di questa ricerca è l'interazione tra l'immagine corporea e il soggetto tossicodipendente in una condizione precoce di astinenza.

Queste due aree cliniche sembrano avere numerosi punti di contatto e sono state oggetto di approfondimenti (Gainotti, M. Amann; Valacca, G., 1999). Infatti le alterazioni dell'immagine corporea potrebbero associarsi all'abuso di sostanze stupefacenti, ovvero a tentativi di manipolazione del proprio corpo attraverso un tentativo di automedicazione dell'ansia, di allontanamento dei ricordi traumatici o di attenuazione dei sintomi dissociativi (Ross et al, 1992).

A sua volta la condizione di dipendenza da sostanze stupefacenti potrebbe peggiorare e mantenere nel tempo le alterazioni dell'immagine corporea.

Un problema specifico di questa area di studio è costituito dalle difficoltà di definizione del concetto di immagine corporea.

“L'immagine del corpo è la sintesi vivente delle nostre esperienze emozionali, rappresenta in ogni momento la memoria inconscia di tutto il vissuto relazionale” (Dolto, F. 2001).

Procedura: Il campione è costituito da 30 soggetti adulti di controllo e 30 soggetti in comunità con problematiche a lungo termine di tossicodipendenza in fase iniziale di recupero.

La valutazione della presenza di indici depressivi e d'ansia è stata effettuata tramite due inventari, il Beck Depression Inventory (BDI, Ed. OS 2006) e lo Stay (Ed. OS 1989).

La valutazione dell'immagine corporea è stata effettuata

attraverso il Body Uneasiness Test (BUT, Cuzzolaro et. Al., 2000) che fornisce cinque indici clinici: la paura morbosa dell'aumento di peso, le preoccupazioni eccessive per il proprio aspetto fisico, comportamenti di evitamento collegati all'immagine corporea, controllo compulsivo dell'aspetto fisico, depersonalizzazione e vissuti di distacco ed estraneità rispetto al proprio corpo.

E' stato inserito anche un questionario per la misura della qualità di vita relativa alla salute il SF-36 (Apollone et. al., 1997) per un'indagine multidimensionale che tiene conto della dimensione fisica, mentale e sociale.

Conclusioni : dalle considerazioni preliminari le differenze emerse tra i due gruppi mettono in evidenza quanto la tossicomania rappresenti uno stato di malessere dove si fondono e si esprimono per il tramite della corporeità, percezioni e rappresentazioni individuali di disagio e malessere.

BIBLIOGRAFIA:

Benaglio, AM. (2003), *Adolescenza e corpo: dal corpo malato al corpo attaccato*, Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, anno XXVI, n° 4.

Dolto, F. (2001), *L'immagine inconscia del corpo*, Bompiani.

Gainotti, M. A. et all. (1999), *Tossicodipendenza e corporeità*, Prospettive sociali e sanitarie n° 7, pag 9-11.

Ross, C.A. et all. (1992), *Dissociative comorbidity in 100 chemically dependent patient*, Hospital and Community Psychiatry 43 (8), pag 840-842.

Rossi, S. et all (2003), *Dalla rappresentazione del sè alla realtà psichica. Studio dell'identità psichica degli alcolisti attraverso strumenti grafico-proiettivi*, Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, anno XXVI n° 4.

GESTIONE DELLO STRESS NELLA VISIONE BIOSISTEMICA

Francesca Panto^{*}, Ivan Bono

*Associazione
Culturale
Rosa Di Jericho.*

Francesca Panto
Counselor
Biosistemico*

Secondo l'approccio biosistemico, il nostro equilibrio psico-corporeo dipende dall'alternanza e reciprocità delle componenti simpatiche e parasimpatiche del sistema nervoso autonomo.

Quando condizioni di stimoli prolungati nel tempo o particolarmente intensi creano disturbo in modo tale che quest'alternanza si perda e venga sostituita dalla scarica "simultanea" di entrambi i sistemi si osserva mancanza di coordinazione a livello psicologico e disagio emozionale.

In particolare, un'inibizione prolungata dell'azione può creare una serie di squilibri psicologici inclusa la soppressione dell'adrenalina ed un anormale innalzamento dei corticosteroidi e della noradrenalina (tutti "ormoni dello stress").

La conseguenza è la creazione dei presupposti per disfunzioni organiche (per es. indebolimento del sistema immunitario, alta pressione sanguigna, difficoltà nella digestione), emotive (alterazioni dello stato dell'umore, irritabilità) o mentali (per es. pensieri negativi, distorsione percettiva, assenza di soluzioni possibili, ecc.).

Questo giustifica i metodi di "attivazione corporea" dell'approccio biosistemico.

Su questi fondamenti teorici è stato sviluppato un corso antistress basato sul movimento, l'espressione vocale, la consapevolezza dei vissuti somatici ed emozionali, volto a ripristinare la curva fisiologica del SNA e disinibire l'azione, l'emozione e il pensiero. Il corso è svolto in piccolo gruppo, con esercizi sia individuali che in coppia, nei quali viene posto un accento particolare sull'aspetto relazionale.

I partecipanti hanno rilevato un miglioramento generale dell'equilibrio psicofisico, capacità di rilassamento, più efficace gestione di situazioni stressanti attraverso una maggior consapevolezza dei propri ritmi e dei segnali corporei ed emozionali.

BIBLIOGRAFIA:

Boadella D. (1987), *Lifestreams: an introduction to Biosynthesis*, Routledge & Kegan, London (Tr. It., Biosintesi, Astrolabio, Roma, 1987)

Bottaccioli, F. (2005), *Psiconeuroendocrinoimmunologia*, RED, Como

Laborit H. (1979), *L'inhibition d'action*, Masson & C., Paris (Tr. it. L'inibizione dell'azione, Il Saggiatore, Milano, 1986)

Liss J. (2004), *L'ascolto profondo*, Meridiana, Molfetta

Liss J., Stupiggia M. (1994), *La terapia biosistemica*, Franco Angeli, Milano

Gellhorn E. (1967), *Principles of autonomic-somatic integration: physiological basis and psychological and clinical implication*, University of Minnesota Free Press, Minneapolis

MEMORIA TOPOGRAFICA: UNO STRUMENTO ECOLOGICO DI VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

Marcella Caglio*, Simona Femia, Luca Latini Corazzini,
Lorys Castelli, Giuliano Geminiani

*Dipartimento
di Psicologia,
Università di
Torino.*

Marcella Caglio
Dottoranda in
Neuroscienze
Sperimentali*

INTRODUZIONE

In base agli studi presenti in letteratura (1,2), la rappresentazione della conoscenza spaziale di ambienti reali ad ampia scala avviene mediante l'utilizzo di strategie route (percorso) e strategie survey (mappa). Nella conoscenza route la prospettiva è centrata sul sé e si basa su una sequenza di direzioni associate a specifici landmark (punti di riferimento). Nella conoscenza survey la rappresentazione è centrata sull'ambiente e si basa sulla formazione di una mappa dell'ambiente da parte dell'osservatore.

Lo scopo del presente studio è stato creare uno strumento di valutazione, applicabile in un contesto clinico, in grado di esaminare le abilità spaziali e l'orientamento topografico. Si è inoltre valutata l'influenza della differenza di genere e di età del campione analizzato.

METODI

60 soggetti equamente differenziati per sesso ed età: comprendente 30 giovani (range 20-30 anni) e 30 anziani (60-80). I partecipanti sono stati selezionati sulla base di 3 criteri: residenza nella città di Torino; frequenza continuativa del centro di Torino; attestazione (scala self-report) di conoscenza del centro di Torino. La batteria di test comprende: 1 test di screening generale delle funzioni cognitive (MMSE); 9 test spaziali per la valutazione della memoria visiva e spaziale (copia e riproduzione della figura complessa di

Rey, test di Oldfield, test di Corsi, test di Corsi supra span, test di orientamento di linee di Benton, test di rotazione mentale 2D-3D, test di visual span, mappa d'Italia); 7 prove topografiche ideate come strumento per valutare l'orientamento route-survey (riconoscimento Landmark, puntamento verso Landmark, stima distanze euclidee, descrizione verbale route, stima del tempo di percorso, disegno mappa, identificazione dei punti di vista).

RISULTATI

In tutti i test riguardanti i processi spaziali, i giovani mostrano una performance migliore rispetto agli anziani confermando i dati presenti in letteratura.

Le prove topografiche, che richiedevano il recupero delle conoscenze topografiche della città di Torino, hanno evidenziato l'assenza di un sostanziale vantaggio dei soggetti giovani su quelli anziani e una preferenza per la strategia survey nei maschi.

I dati raccolti possono essere utilizzati come parametri di confronto per valutare la presenza di una patologia in soggetti giovani/anziani con lesione cerebrale.

BIBLIOGRAFIA:

Aguirre G. K., D'Esposito M. *Brain* 1999; 122:1613-1628

Maguire E. A. et al. *Current Opinion in Neurobiology* 1999; 9: 171-177.

IL “PAZIENTE CONFUSO”: UN MODELLO DESCRITTIVO

Barbara Colla, Ivan De Marco, Elisabetta Lagna

Appunti...
del Centro
Terapia
Cognitiva

Con il presente lavoro si intende proporre un modello descrittivo di una tipologia di soggetti sempre più presente negli studi degli psicoterapeuti, qui identificato come categoria dei “pazienti confusi”.

Sono pazienti che chiedono un incontro per una sensazione generale di malessere prevalentemente fisico caratterizzato da sintomi che ad una prima analisi sembrano appartenere ad un quadro di natura ansiosa, ma che ad un’analisi più approfondita corrispondono a sensazioni non riconducibili ad un tale quadro, sensazioni che i pazienti definiscono con parole come “ingessamento, pietrificazione, paralisi, congelamento”.

Inoltre tali pazienti evidenziano uno stile di vita caratterizzato da due elementi opposti: da una parte un’ottima dimensione professionale dall’altra una dimensione relazionale-affettiva gestita in modo non adeguato che porta inevitabilmente alla nascita di situazioni di vita molto complesse nel loro svolgersi.

Nel trattamento cognitivista che possiamo proporre ai “pazienti confusi” distinguiamo tre fasi: la prima (fase di mappatura) prevede l’accoglimento dei sintomi con l’obiettivo di aiutare i pazienti a (ri)mappare i segnali del corpo e successivamente delle emozioni; la seconda (fase di gestione della confusione) prevede un accompagnamento del paziente rispetto al suo essere “confuso” attraverso un “addestramento” delle capacità autoriflessive (Semerari, 1999) che il paziente possiede ma che non sa utilizzare, per arrivare al concetto di benessere sotto il doppio punto di vista intersichico -intrapichico (Benjamin, 1995; Vigotskij, 1926); infine l’ultima fase della terapia (fase di (ri)costruzione dei

*Centro Clinico
Crocetta, c.so
Galileo Ferrarsi
110, Torino.
Psicologi,
psicoterapeuti*

significati) è dedicata all'accompagnamento nella sperimentazione del nuovo modo di leggere e vivere le relazioni interpersonali e dalla co-costruzione di significato (Veglia, 1999) che potrà cambiare il senso di alcuni episodi caratteristici della storia di vita raccontata in terapia.

BIBLIOGRAFIA:

Benjamin J. (1995), *Likes Subjects Love Objects*, New Haven, Yale.

Semerari A. (1999), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, Cortina, Milano.

Veglia F. (1999), *Storie di vita*, Bollati Boringhieri, Torino

Vigotskij L.S. (1926), [trad it.: *Psicologia Pedagogica*, Erickson, Trento, 2006]

I SOCIAL SKILLS TRAINING

Contaldo Teresa, Martirani Marielena,
Vacchetta Simona

Appunti...
del Centro
Terapia
Cognitiva

Per molte persone uno scadente funzionamento sociale è connesso ad inadeguate abilità che si manifestano nell'impoverimento della qualità della vita.

Aiutare i pazienti a migliorare questo può accrescere il loro funzionamento sociale nella comunità.

I social skills training, o abilità sociali, sono degli specifici comportamenti che le persone utilizzano quando interagiscono con gli altri e che consentono di essere efficaci nel perseguire i propri obiettivi.

Situazioni come sostenere una conversazione casuale, crearsi amicizie, esprimere sentimenti, o ottenere qualcosa dalle altre persone, poi richiedono l'uso di abilità sociali.

Al fine di attivare un gruppo è indispensabile selezionare, attraverso colloqui individuali, gli utenti aventi caratteristiche adeguate al raggiungimento dell'obiettivo.

In questa fase è necessario fornire ai pazienti motivazione e scopo relativo all'importanza dell'imparare l'abilità per acquisire la competenza sociale.

In seguito sarà possibile dare inizio al gruppo; questo è generalmente costituito da un numero esiguo di utenti in quanto ciò è vantaggioso, sia per l'identificazione che per la condivisione.

Questo tipo di intervento, oltre a sviluppare le competenze sociali, permette di lavorare sugli aspetti emotivi e metacognitivi degli utenti ai quali viene rivolto.

*Psicologhe
Specializzande
In Psicoterapia
Cognitiva*

PER UNA DISCUSSIONE DEL CONCETTO DI ALLEANZA TERAPEUTICA

Fabio A.P. Furlani*

*Fabio A.P.
Furlani*
Co-didatta SITCC
Centro Terapia
Como
Professore a
contratto Univ.
degli Studi
Milano-Bicocca
Coordinatore
Amb. Psicologia
Clinica, Az.
Osp. S. Gerardo,
Monza
Medico,
Psicologo Clinico,
Psicoterapeuta*

Il concetto di alleanza terapeutica considerato è quello proposto da Bordin, definito dagli obiettivi (goal), dai compiti (task) e dal legame terapeutico (bond) (Lingiardi, 2002).

Hatcher e Barends (2006) sottolineano l'alleanza come un concetto sopraordinato, che necessita più chiarezza nell'essere distinto dal concetto di tecnica e dove la dimensione bond, legame, va differenziata da quella di relazione terapeutica.

In una ricerca in svolgimento sulle psicoterapie brevi stiamo notando come la rappresentazione dell'alleanza terapeutica sembrerebbe strutturarsi nei pazienti nei primi incontri e rimanere stabile durante la terapia, mentre nei terapeuti sembrerebbe legata all'inizio della terapia alle emozioni provate e in seguito potrebbe essere più dipendente dalla percezione dello stato psicopatologico del paziente che dalla relazione.

Complice di tale differente lettura pensiamo possa essere la conoscenza del costrutto da parte del terapeuta, che quindi "cerca" cosa valutare, e l'approccio più "ingenuo" del paziente, ignaro o poco più.

Immagino la componente bond come parte comune di due cerchi sovrapposti solo in parte, l'uno che rappresenta la relazione, l'altro l'alleanza.

Dal punto di vista cognitivo costruttivista penso che bond possa e debba variare nei differenti momenti terapeutici, e sia anche indicatore dello stile relazionale del paziente e del terapeuta. Si tratta di momenti contraddistinti da un legame stretto di co-costruzione di funzionamenti profondi del paziente insieme al terapeuta, e da esplorazione di nuovi assetti di vita da parte di un paziente più fiducioso, entro la quale anche i concetti di accudimento e

cooperazione assumono sfumature quanto mai personalizzate e sfumate dalla coppia terapeutica.

Dagli approfondimenti svolti mi sembra di poter trovare più vantaggi che svantaggi nell'utilizzo del concetto di alleanza terapeutica come lente trasversale alla terapia.

Utile al giovane terapeuta che può sentirsi più fiducioso con un costruito in più in mente, un po' come scrivere qualcosa partendo da righe già presenti piuttosto che da un foglio bianco; utile al terapeuta esperto che vive il paradigma già mescolato nel DNA del mestiere, per il quale averlo più a livello consapevole può permettere di intuire e percepire nuovi sviluppi della terapia e creative possibilità di sblocchi in momenti di stallo.

BIBLIOGRAFIA:

Hatcher R.L., Barends A.W. (2006). *“How a return to theory could help alliance research”*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 3, 292, 299.

Lingiardi V. (2002). *L'alleanza terapeutica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

LE EMOZIONI DEL FAMILIARE CAREGIVER IN CURE PALLIATIVE

Anna Giardini*, Pietro Ferrari^o, Elisa Enrica Vigone*,
Pietro Preti^o

** Servizio di
Psicologia,
Fondazione
Salvatore
Maugeri, Clinica
del Lavoro e della
Riabilitazione,
IRCCS, Istituto
Scientifico di
Montescano (PV)*

*^o Unità Operativa
di Cure Palliative,
Fondazione
Salvatore
Maugeri, Ospedale
San Martino Medea
(PV)*

** psicologa-
psicoterapeuta
(Giardini),
laureanda
in psicologia
(Vigone) ^o medico
palliativista*

L'approccio psicologico in cure palliative prevede, laddove possibile, l'intervento sul paziente per il sostegno psicologico e il supporto nell'accettazione e nell'adattamento al periodo di criticità che sta vivendo.

Elettivo risulta sempre l'intervento sul familiare caregiver, al quale viene offerto sostegno psicologico, finalizzato all'accettazione della malattia e della prognosi.

Il presente lavoro si inserisce all'interno di un più ampio protocollo di ricerca che prevede la valutazione del familiare caregiver sia con strumenti quantitativi (assessment della fatigue percepita e dello stato di salute) che con strumenti qualitativi (breve intervista strutturata sull'influenza che pregresse esperienze nell'assistenza a familiari in fase terminale possono avere nella gestione del paziente). Scopo di questo lavoro è di illustrare i risultati dell'indagine qualitativa relativa ai primi 20 caregiver intervistati.

Dall'analisi dei dati qualitativi raccolti durante le interviste sono emerse emozioni ricorrenti nei racconti dei caregiver.

Sono frequenti i vissuti di dolore e di tristezza connessi alla sofferenza di una persona cara e molte volte risentono anche di dolorose esperienze pregresse di altri familiari deceduti. Correlata al dolore emerge spesso la paura legata al momento della morte, che con l'avvento della fase di fine vita si presenta come un evento concreto, del quale è inevitabile parlare.

Oltre a queste emozioni primarie di paura e tristezza si possono evidenziare reazioni emozionali più complesse.

A fronte della diagnosi e soprattutto dell'evoluzione della patologia può emergere un forte senso di colpa collegato al non aver dedicato

al familiare tempo ed energie, antepoendogli impegni quotidiani e lavorativi nella convinzione che il tempo si sarebbe trovato successivamente.

Talvolta non è facile per il familiare accettare il decadimento fisico e/o cognitivo che spesso la malattia oncologica in fase terminale comporta: il caregiver mette allora in atto comportamenti di fuga dal dolore con distacco sia fisico che emotivo.

In questo caso il personale infermieristico, i medici e lo psicologo, con la propria quotidiana presenza, svolgono il ruolo di mediazione tra il malato e colui che dovrebbe svolgere il ruolo di caregiver.

La situazione clinica complessa del paziente in fase di fine vita comporta infine il rischio di poliedriche possibilità di evoluzione terminale, più o meno traumatiche sia per chi le vive che per chi le osserva.

Quando tali informazioni, spesso per la prima volta, vengono comunicate dal medico palliativista, il caregiver si trova a vivere un'intensa esperienza di incertezza e di ansia, connesse all'impossibilità di esercitare il controllo su di una situazione che di per sè è comunque caratterizzata dall'inevitabilità.

Il morire bene o il morire male può quindi diventare il perno delle preoccupazioni del familiare, fino al sollievo quando la fine arriva nel sonno o nella non consapevolezza grazie alla sedazione palliativa.

DIFFICOLTÀ DI INTEGRAZIONE CORPO/MENTE IN RAGAZZI AFFETTI DA PUBERTÀ RITARDATA

Maria Lea Madonna*[°], Gilda Ruga[°],
Emanuela De Marco[°], Emanuela Cama[°],
Antonio F. Radicioni[°]

*Maria Lea
Madonna**
*Psicoterapeuta
Multiverso V
Centro, Roma;*

*[°] Dipartimento
di Fisiopatologia
Medica,
Facoltà di
Medicina,
Sapienza
Università di
Roma.
Specialista in
Endocrinologia,
Psicoterapeuta*

Nei ragazzi lo sviluppo puberale normalmente avviene in un intervallo variabile tra i 12-16 anni.

In tale periodo, in un organismo che ha subito un adeguato imprinting nella fase fetale, la nuova cascata neuroendocrina determina cambiamenti corporei sia nella forma esteriore che nella funzione.

Come dice Damasio “ .. via via che il corpo cambia per influenze chimiche e neurali, le rappresentazioni che il cervello ne costruisce si evolvono ..”.

Scopo di questo lavoro è stato quello di descrivere la difficile integrazione corpo-mente in ragazzi affetti da “Pubertà ritardata” diagnosticata ad un’età superiore a 18 anni e proporre un modello d’intervento che tenga conto delle loro problematiche sia endocrine che psicosociali.

Sono stati studiati 9 ragazzi giunti alla nostra osservazione ad un’età compresa tra 19 e 25 anni, in fase di sviluppo puberale iniziale (G2) e con atteggiamenti comportamentali che ne denunciavano un’evidente immaturità psicologica (scarsa autonomia, forte dipendenza dalla madre, scarsa socializzazione). I dati clinico-laboratoristici hanno consentito di porre diagnosi di “pubertà ritardata” e la terapia ormonale attuata ha permesso di raggiungere un buon grado di sviluppo genitale (G4/G5) in un tempo compreso

tra 12 e 18 mesi, con normalizzazione dei parametri endocrini, inizio della masturbazione ed attivazione della spermatogenesi. A fronte di questo buon risultato sul piano organico abbiamo osservato l'insorgenza di uno stato depressivo, con manifestazioni anche di morfofobie corporee in 7/9 pazienti (78%).

Possiamo ipotizzare che la maturazione corporea, non associata ad un'adeguata costruzione/maturazione del sé a seguito di una mancata integrazione/confronto con i coetanei ed un'eccessiva dipendenza dalle figure genitoriali, soprattutto la madre, non ha permesso a questi pazienti un'interazione adeguata tra corpo e cervello.

Alla luce di tale esperienza, considerando che "il sé è uno stato biologico ripetutamente ricostruito"(Damasio), noi proponiamo di associare sempre alla terapia endocrina, un trattamento psicoterapeutico finalizzato a integrare le nuove sensazioni ed i cambiamenti corporei col il proprio sistema di coerenza-organizzazione del sé.

BIBLIOGRAFIA:

Damasio Antonio. 2000. *L'Errore di Cartesio*. Ed Corbaccio, Milano.

Guidano V.F. 1998 *La complessità del sé*. Bollati Boringheri, Torino.

ASPETTI NEUROBIOLOGICI DELL'ATTACCAMENTO

Mariateresa Molo[°], Lorys Castelli^{°#}, Elisa Negro[°],
Paola Perozzo[°], Sergio Vighetti*

*Fondazione Carlo
Molo - C.E.R.N.E.
- Torino*

*# Dipartimento
di Psicologia,
Università di
Torino*

°psicologo

** ingegnere*

I comportamenti di attaccamento e separazione sono da sempre oggetto di interesse da parte della psicologia dell'Io, evolutiva, del profondo e interesse fondamentale della psicoterapia cognitiva. Ma alla quantità di ricerche in tale ambito non corrisponde altrettanto fervore in quello neurobiologico riguardo ai correlati anatomici e ai meccanismi biochimici implicati.

Viene individuato un sistema dell'attaccamento (amigdala, locus coeruleus e bulbo olfattivo) e neuromodulatori correlati.

Studi condotti sui mammiferi (roditori e primati) hanno dimostrato il ruolo fondamentale svolto dalla vasopressina e dall'ossitocina nelle varie forme di attaccamento sociale, da quello parentale ed infantile a quello tra i pari.

Negli esseri umani, i recettori per l'ossitocina sono concentrati in aree coinvolte nei processi di memoria e nel comportamento sociale.

I recettori della vasopressina invece si trovano soprattutto nell'amigdala e nel setto laterale, aree limbiche collegate alle emozioni.

Nei piccoli di ratto i due neuromodulatori (vasopressina ed ossitocina), aumentano il loro livello plasmatico durante il periodo sensibile per l'attaccamento al "caregiver", periodo che corrisponde all'incirca alle prime due settimane post natali (inizio locomozione).

Nello stesso periodo si è osservato un incremento dei livelli di norepinefrina, secreta dal locus coeruleus e un'inibizione funzionale di strutture quali l'amigdala e l'asse ipotalamo-ipofisurrene per la produzione del corticosterone (riposta allo stress). Tale combinazione di eventi fornirebbe una spiegazione del mantenimento del legame di attaccamento dei piccoli di ratto.

Ciò si verifica anche con una madre fonte di stress, in quanto gli apparati deputati all'apprendimento e al discernimento di stimoli avversi sarebbero ancora in uno stadio di immaturità.

Il lavoro presentato intende offrire una panoramica con relativi spunti di riflessione sui meccanismi neurobiologici implicati nei fenomeni dell'attaccamento, in particolare quello materno-infantile, cercando di stabilire dei parallelismi tra varie specie di mammiferi, compresi gli umani.

Verrà inoltre discusso come tali meccanismi possano contribuire a spiegare quadri psicopatologici caratterizzati da legami affettivi con figure d'attaccamento negative a partire dalla prima infanzia.

PSICOSOMATICA E PSICOTERAPIA COGNITIVA: NUOVI SCENARI INTEGRATIVI

Maria Luisa Monticelli*

*Maria Luisa
Monticelli*
Centri di Scienze
Cognitive Atletiche
e d'Interazione
Psicologa
Psicoterapeuta,
Specialista in
Psicoterapia
Cognitiva, Titolare
e Direttrice
dei Centri di
Scienze Cognitive
Atletiche e
d'Interazione [www.
marialuisamonticelli.it](http://www.marialuisamonticelli.it)*

Dal concepimento ai primi due anni di vita l'evoluzione dell'essere umano porta in sé lo stile di attaccamento del nascituro e la matrice per il futuro stile cognitivo e relazionale. Molteplici scompensi psicopatologici si manifestano, fin dall'età evolutiva, a livello sia somatoforme sia psicologico-relazionale.

Questo lavoro sperimentale coniuga il modello teorico della psicoterapia cognitiva con innovativi metodi strategici quali la consapevolezza del simbolismo psicosomatico, il riconoscimento emotivo, le matrici focalizzate all'attivazione dei neuroni specchio, lo sviluppo delle capacità di installazione delle risorse con l'EMDR, la narrazione simbolica guidata, il potenziamento di immagini mentali positive, gli aspetti di mindfulness e di altre tecniche terapeutiche.

Casi clinici in età evolutiva e adulta, sia individuali e sia di coppia, esemplificheranno la complessità metodologica integrativa.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Ainsworth M. D. (1995). *I. Patterns of infant-mother attachment: antecedents and effects on development; II. Attachments across the life span*. Bulletin of New York Academy of Medicine, Vol. 61, 771-791; 791-812.

Bara B. G. (1996). *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino.

- Bowlby J. (1989). *Una base sicura*. Raffaello Cortina, Milano.
- Cornoldi C. (1995). *Metacognizione e apprendimento*. Il Mulino, Bologna.
- Ghezzi D. (2004). *Strategie d'intervento nella terapia di coppia*. Dispense inedite Master in Terapia Sistemico-Relazionale della Coppia per Psicoterapeuti, Milano.
- Guidano V. F. (1988). *La complessità del sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Liotti G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Monticelli M. L. (2000). *Psicoterapia Cognitiva e progetti d'intervento metacognitivi: la complessità di un caso clinico dell'età evolutiva*. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, Milano, Book 6, Vol. 3, No. 1, 55-73.
- Monticelli M. L. (2004). *Simbolismo psicosomatico. Sport, salute e stili di vita*. Collana "Health Promoting Hospitals", Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Aosta.
- Odent M. (1999). *L'amour scientifique. Les mecanismes de l'amour*. Jouvence, Parigi.
- Reda M. A. (1991). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Rezzonico G. (1996). *I. Le emozioni basilari e complesse. II. Il sogno guidato*. Dispense inedite Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Torino.
- Rizzolatti G., Sinigaglia C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Raffaello Cortina, Milano.
- Shapiro F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures*. The Guildford Press, New York.
- Vecchi T., Monticelli M. L., Cornoldi C. (1995). *Visuo-Spatial Working Memory: Structures and Variables Affecting a Capacity Measure*. Neuropsychologia, Elsevier Science Ltd, Great Britain, Vol. 33, No. 11, 1549-1564.
- Veglia F. (1999), a cura di. *Storie di vita. Narrazione e cura in psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino.

IL SENSO DI APPARTENENZA E DI CONDIVISIONE NEI PAZIENTI CON DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Marco Pastorini*, Silvia Violi°, Elena De Bernardis°°

*Marco Pastorini**
Psicologo,
psicoterapeuta,
SITCC Liguria

Silvia Violi°
Laureata in
Psicologia

Elena De
Bernardis°°
Direttore Serv.
di Psicologia,
Ospedale Privato
Accreditato Villa
Maria Luigia,
Monticelli T. (Pr)

PREMESSA

La capacità di sentire di appartenere ad un gruppo sociale e di condividere con un altro essere umano è un elemento dell'identità umana.

Analizzando la letteratura, il fenomeno dell'isolamento sociale sembra essere presente in ugual misura per le diverse classi di disturbi alimentari.

L'isolamento sociale nei pazienti con DCA non solo è presente, ma è un elemento negativo a livello di prognosi. Risulta quindi di particolare interesse l'analisi della variabile "appartenenza e condivisione" in pazienti che presentano un sintomo ad elevata valenza relazionale, valutarne le modificazioni ed il grado di rispondenza agli interventi cognitivo-comportamentali.

MATERIALI E METODI

Gli obiettivi dello studio sono stati: A) Analizzare la relazione tra il senso di appartenenza e condivisione ed il quadro psicopatologico dei pazienti, attraverso la valutazione della correlazione tra le scale del SAC con quelle approfondite da SCL 90 e EDI 2; B) verificare se, e come, la permanenza in comunità influenzasse il senso di appartenenza e condivisione ed il quadro psicopatologico generale dei pazienti.

La ricerca ha coinvolto 19 ospiti di una Clinica Privata è durata otto mesi con due somministrazioni dei seguenti strumenti:

1. SAC - Questionario sul Senso di Appartenenza e di Condivisione

2. SCL 90 - Symptom checklist-90
3. EDI 2 - Eating Disorder Inventory-2

CONCLUSIONI

In linea generale si può supporre un generico “effetto comunità” che favorisce nei pazienti lo svilupparsi di una rappresentazione mentale più predisposta a condividere le proprie esperienze in un gruppo e, quindi, un maggiore senso di appartenenza ad esso; grazie ai benefici apportati dal trattamento e dalla condivisione del proprio disagio, i valori relativi alle emozioni dolorose si sono abbassati.

Lo sviluppare un maggior senso di appartenenza e condivisione, fa sentire i pazienti meno diversi dagli altri e più propensi a cooperare.

Tale “effetto comunità” provoca una tendenza all’omogeneizzazione dei pazienti, all’appiattimento delle differenze individuali. In questo senso la comunità si configura come una sorta di “Isola Felice”: la percezione relativamente buona del senso di appartenenza e condivisione è solo riferita al contesto comunitario.

Essa rappresenta inoltre una sorta di “Base sicura” per i pazienti: si sentono stimolati ma non stressati dall’ambiente che la struttura propone.

LA NEGAZIONE DI MALATTIA: IL LIMITE TRA LO PSICOLOGICO E L'ORGANICO IN UN CASO DI ICTUS CEREBRALE DESTRO

Paola Perozzo*, Janeth Diaz Triana°, Mario Vignolo§, Michela Campagnuolo§, Luca Servetto§

*Casa di Cura
"La Residenza",
Rodello (CN)*

Paola Perozzo
psicologa, psicote-
rapeuta*

*Janeth Diaz
Triana°
terapista occupa-
zionale*

§ medico fisiatra

La sindrome da eminenza spaziale con anosognosia rappresenta indubbiamente una delle condizioni cliniche più interessanti in ambito neuropsicologico per le sue peculiarità.

L'assenza o, più frequentemente, la scarsa consapevolezza riguardo l'emiplegia conseguente a stroke nell'emisfero cerebrale destro, ha un'evidente eziologia organica che vede nel lobo parietale destro un'area strategica per l'integrazione delle informazioni propriocettive, le quali concorrono a determinare ciò che viene definito schema corporeo.

Dalla rappresentazione spaziale dell'insieme, più o meno coeso, di parti di sé deriva il vissuto soggettivo dell'immagine corporea. Il presente lavoro intende offrire spunti di riflessione sul tema, tanto dibattuto, del rapporto tra l'organico e lo psicologico in tale patologia (Bisiach, 1991) attraverso la discussione di un caso clinico sottoposto a trattamento riabilitativo finalizzato al recupero dell'uso appropriato dell'arto superiore sinistro in assenza di un franco deficit di moto e di senso tale da poterne giustificare la scarsa funzionalità.

Il percorso riabilitativo si è focalizzato sull'aumento dei movimenti oculari di esplorazione spaziale a sinistra, con interessamento del distretto corporeo, e sull'incremento della consapevolezza riguardo l'imprecisione nell'uso dell'arto superiore sinistro durante i movimenti finalizzati.

Al termine del trattamento il caso in questione presentava una significativa riduzione dell'eminattenzione per lo spazio corporeo ed extra-corporeo di sinistra; al contrario, restava deficitaria la consapevolezza riguardo la tendenza alla "disattenzione" nell'uso del braccio sinistro.

Le continue giustificazione offerte dal paziente, posto di fronte all'imprecisione dei gesti, hanno rappresentato e rappresentano in questo genere di pazienti un grosso ostacolo alla riabilitazione ponendo talvolta l'èquipe in uno stato di profonda frustrazione.

I risultati verranno discussi alla luce delle conoscenze anatomiche sul circuito a due vie che dalle aree visive, attraverso il lobo parietale, raggiunge le aree premotorie frontali e delle eventuali implicazioni psicologiche sull'integrità dell'immagine corporea conseguente ad un evento ictale.

BIBLIOGRAFIA:

Bisiach E. Geminiani G. (1991). *Anosognosia related to hemiplegia and hemianopsia*. In G.P. Prigatano and D.L. Schacter (Eds.) *Awareness of deficit after brain injury*. NY: Oxford University Press.

LO STILE DI ORGANIZZAZIONE DI SIGNIFICATO PERSONALE OSSESSIVO NEI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA DI PARKINSON.

Barbara Poletti*
Psicologa

°U.O. Neurologia
e Laboratorio
di Neuroscienze,
'Centro Dino
Ferrari',
IRCCS Istituto
Auxologico
Italiano -
Università degli
Studi di Milano.

*Un'analisi mediante il questionario per
la valutazione del significato personale (QSP)*

Barbara Poletti*, Annalisa Lafronza°, Andrea Ciammola°,
Niccolò Mencacci°, Federica Solca°, Vincenzo Silani°

Premessa. La presenza di sintomi psicologici di tipo ossessivo unitamente alla descrizione di una personalità ossessiva è stata variamente descritta nella Malattia di Parkinson (MdP) (Ogawa, 1981, Del Mol, 1976; Mouren et al., 1983; Menza et al., 1993; Glosser et al., 1995; Menza, 2000; Alegret et al., 2001;), sebbene tale riscontro sembri rimanere irrisolto a causa di evidenze controverse in letteratura (Sharma et al., 2002; Harbishettar et al., 2005). All'interno della cornice teorica del cognitivismo postrazionalista i concetti di 'organizzazione cognitiva' e successivamente di 'organizzazione di significato personale' hanno arricchito il potere delle descrizioni psicologiche cliniche (Guidano e Liotti, 1983; Guidano, 1988, 1992).

Tali pattern di organizzazione dell'esperienza si traducono, nelle più recenti elaborazioni di questo modello teorico, in caratteristici 'stili di personalità' (Arciero, 2002; Picardi et al., 2003). La messa a punto da parte di Picardi et al. (2001; 2003, 2004) del Questionario per la valutazione del Significato Personale (QSP), ha aperto nuove possibilità di indagine nel panorama del postrazionalismo

cognitivista. Tale strumento è stato recentemente somministrato in alcuni pazienti affetti da patologia neurologica (Poletti et al., 2005), sebbene non sia mai stato utilizzato in pazienti affetti da MdP. Obiettivo del presente lavoro era esplorare la presenza di specifici stili di organizzazione di significato personale di tipo ossessivo in Pazienti affetti da MdP all'interno della cornice teorica postrazionalista.

Materiali e Metodi. 15 Pazienti affetti da MdP afferenti all'U. O. di Neurologia dell'IRCCS Istituto Auxologico Italiano, diagnosticati come affetti da MdP probabile o possibile secondo i criteri diagnostici di Gelb et al. (1999), sono stati sottoposti ad una esaustiva valutazione neurologica comprensiva di scale di stadiazione UPDRS, Hoehn e Yahr e Schwab ed England. Ad ogni soggetto sono stati somministrati una serie di strumenti di assessment psicodiagnostico: il Questionario per la valutazione del Significato Personale (QSP), le scale State-Trait Anxiety Inventory - FormaY (STAI) e Beck Depression Inventory (BDI), la Symptom Check List 90 (SCL90) e lo Short-Form Health Survey 36 (SF-36). Sono stati inoltre valutati 15 soggetti affetti da sintomatologia depressiva e privi di qualunque concomitante condizione neurologica e 15 soggetti di controllo.

Risultati. I dati ottenuti ad ogni test sono stati analizzati con tecniche di statistica non parametrica, valutando le differenze tra i gruppi attraverso il test U di Mann-Whitney. Dall'analisi dei dati è emersa una tendenza, non statisticamente significativa, ad utilizzare uno stile ossessivo di significato personale in questo gruppo di pazienti; si è, inoltre, riscontrata una peculiare distribuzione degli stili fobico e depressivo di personalità. I gruppi di pazienti differiscono significativamente dai soggetti di controllo per quanto concerne la presenza di sintomatologia ansioso-depressiva, lo stato generale di salute e la percepita qualità di vita.

Conclusioni. Interessanti differenze qualitative e quantitative sembrano emergere nei vissuti depressivi di pazienti affetti da MdP e pazienti depressi. Per quanto concerne la presenza di uno specifico stile di personalità in pazienti con MdP i nostri dati, sebbene non conclusivi, mostrano una tendenza a gestire la condizione di malattia con specifici pattern emotivo-cognitivi di tipo ossessivo. Concludendo, è possibile affermare che sebbene l'utilizzo del concetto di organizzazione di significato personale risulti utile nella pratica psicoterapica, l'assessment di organizzazioni cognitivo-emotive all'interno della cornice teorica del modello di Guidano in ambito neurologico necessita di ulteriori verifiche sperimentali.

BIBLIOGRAFIA:

Alegert, M., Junuqué, C., Valdeoriola, F., Vendrell, P., Martí, M.J., Tolosa, E. (2001). Obsessive-compulsive symptoms in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 70, 394-396.

Apolone, G., Mosconi, P., Ware, J.E.jr. (a cura di) (1997). *Questionario sullo stato di salute SF-36. Manuale d'uso e guida all'interpretazione dei risultati*. Guerini e Associati, Milano.

Arciero, G. (2002). *Studi e dialoghi sull'identità personale*. Bollati Boringhieri Editore, Torino.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*, Guilford Press, New York, 425.

De Mol, J. (1976). *Psychodynamic aspects of personality of patients with Parkinsonism*. *Acta Psychiatrica Belgica*, 76 (4), 599-616.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9 (1), 13-28.

Fahn, S., Elton, R.L. (1987). UPDRS program members. Unified Parkinson's Disease Rating Scale, in Fahn, S., Marsden, C.D., Goldstein, M., Calne, D.B., (a cura di), *Recent Developments in Parkinson's Disease, vol.2*, Macmillan Healthcare Information, Florham Park, NJ, 153-163, 293-304.

Gelb, D., Olivier, E. & Gilman, S. (1999). *Diagnostic criteria for Parkinson's disease*. *Archives of Neurology*, 56, 33-39.

Glosser, G., Clark, C., Freundlich, B., Kliner-Krenzel, L., Flaherty, P., Stern, M. (1995). *A controlled investigation of current and premorbid personality: characteristics of Parkinson's disease patients*. *Movement Disorders*, 10(2), 201-206.

Guidano, V.F. (1988). *La complessità del Sé*. Bollati Boringhieri Editore, Torino.

Guidano, V.F. (1992). *Il Sé nel suo divenire*. Bollati Boringhieri Editore, Torino.

Guidano, V.F., Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorder*. Guilford Press, New York.

Harbishettar, V., Pal, P.K., Janardhan, Reddy, Y.C., Thennarasu, K. (2005). Is there a relationship between Parkinson's disease and

obsessive-compulsive disorder?. *Parkinsonism&Related disorders*, 11(2), 85-88.

Hoehn, M.M., Yahr, M.D. (1967). Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology*, 17, 427- 442.

Menza, M. (2000). The personality associated with Parkinson's disease. *Current Psychiatry Reports*, 2(5), 421-426.

Menza, M., Golbe L.I., Cody, R.A., Forman, N.E. (1993). Dopamine-related personality traits in Parkinson's disease. *Neurology*, 43, 505-508.

Mouren, P., Poinso, Y., Oppenheim, G., Mouren, A., Nguyen Quang, M. (1993). Personality of the parkinsonian. Clinical and psychometric approach. *Annals of medicine and psychology*, 141(2), 153-167.

Ogawa, T. (1981). Personality characteristics of Parkinson's disease. *Perceptual&motor skills*, 52(2), 375-378.

Picardi, A. (2003). First Steps in the Assessment of Cognitive-Emotional Organisation within the Framework of Guidano's Model of the Self. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 6, 363-365.

Picardi, A., Gaetano, P., Toni, A., Caroppo, E. (2004). Sostegno alla teoria delle "organizzazioni di significato personale" da altre elaborazioni teoriche nell'area della personalità: uno studio di validità convergente del QSP. *Rivista di Psichiatria*, 39, 2, 112-124.

Picardi, A., Mannino, G. (2001). Le "organizzazioni di significato personale": verso una validazione empirica. *Rivista di psichiatria*, 36, 224-233.

Picardi, A., Mannino, G., Arciero, G., Gaetano, P., Pilleri, M.F., Arduini, L., Vistarini, L., Reda, M.A. (2003). Costruzione e validazione del QSP, uno strumento per la valutazione dello stile di personalità secondo la teoria delle "organizzazioni di significato personale". *Rivista di psichiatria*, 38, 13-34.

Poletti, B., Grobberio, M., Raimondi V., Zago, S., Sterzi, R., Silani, V. (2005). Il questionario per la valutazione del significato personale (QSP) nell'approccio post-razionalista al paziente neurologico. *Quaderni di psicoterapia cognitiva* 17, 9(2), 68-85.

Schwab, R.S., England, A.C. (1969). Projection technique for evaluating surgery in Parkinson's disease, in Gillingham, F.J.,

Donaldson, I.M.L., (a cura di). *Third symposium on Parkinson's disease*. Livingstone, Edinburgh, 152-157.

Sharma, P., Gunta, N. (2002). Obsessive-compulsive phenomenon and parkinson's disease. *Journal of Neurology; Neurosurgery and Psychiatry*; 72(3), 420-421.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1989). STAI. *State-Trait Anxiety Inventory - Forma Y*. OS, Firenze.

IO SONO FATTO COSÌ

Il disegno del corpo del bambino: strumento prognostico dell'organizzazione di personalità?

A. M. Inverso*, B. Martino**, C. Risso***

Il disegno può essere utilizzato dal terapeuta sia come un aiuto nella fase di valutazione e comprensione dell'organizzazione conoscitiva del bambino, sia come parte centrale del processo di cambiamento terapeutico.

Letto in una prospettiva cognitivo-evolutiva, il disegno, diventa strumento d'analisi del sé del bambino e della qualità dei suoi legami affettivi oltre che mezzo di riconoscimento ed espressione di specifici stati interni non adeguatamente riconosciuti.

Attraverso l'elaborato grafico il piccolo paziente può esprimere le proprie emozioni, chiedere aiuto e comunicare qualcosa non esprimibile in altra forma.

E' già nota la rilevanza della dimensione corporea nei legami di attaccamento e come dentro l'esperienza diadica tendano a plasmarsi caratteristiche configurazioni posturali, gestuali, facciali, vocali e così via cui il terapeuta dovrebbe prestare particolare attenzione perché espressione della conoscenza tacita che il bambino ha di sé e del suo caregiver.

Infatti, il disegno della figura umana rappresenta l'espressione del sé, del corpo e dell'ambiente: l'immagine disegnata è legata all'espressione del sé in tutti i suoi aspetti (Machover, 1949).

Questo percorso di studio ha come obiettivo l'analisi di tre variabili relative alla rappresentazione grafica dell'immagine corporea del bambino.

Tali dimensioni utili per la lettura del materiale grafico sono: 1) la collocazione spaziale del corpo rispetto al foglio; 2) le connessioni tra rappresentazione corporea del bambino e altri elementi del disegno; 3) il rapporto della rappresentazione del corpo nelle sue connotazioni intrinseche, in particolare le deformazioni dimensionali o non e le assenze di parti, oltre che la dimensione

*Centro Clinico
Crocetta, Torino*

A.M. Inverso
Neuropsichiatra
infantile,
Psicoterapeuta*

*B. Martino**
Psicologa,
psicoterapeuta,*

*C. Risso***
Psicologa,
Psicoterapeuta.*

corporea stessa, con il sé del bambino. Nello specifico il nostro duplice obiettivo di ricerca è sia quello di analizzare le tre suddette variabili in relazione ai dati diagnostici, sia di verificare se esistano eventuali connessioni, assonanze o discrepanze in relazione al pattern organizzativo che si va strutturando.

BIBLIOGRAFIA

Axia G., Bonichini S. (2000), a cura di, *La valutazione del bambino*, Carocci, Roma.

Lambruschi F. (2004), a cura di, *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*, Bollati Boringhieri, Torino.

Mazzeschi C., Magro T., Coco C. (1998), *I test di maturazione intellettiva e i metodi proiettivi basati sul disegno della persona*, in Lis A. (a cura di) *Tecniche proiettive per l'indagine della personalità*, Il Mulino, Bologna.

Tambelli R., Zavattini G., Mossi P. (1995), *Il senso della famiglia. Le relazioni affettive del bambino nel disegno della famiglia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

INDAGINE SUL RANCORE E LE SUE ESPRESSIONI

Renato Rizzi*

Appunti...
del Centro
Terapia
Cognitiva

PREMESSA

Il rancore, il sentire rielaborato (ri-sentimento) prende avvio dalla convinzione di aver subito torti, offese e dal nutrire voglia di rivendicazione. Darwin (1872) si interessa di tale stato emotivo; mitologia e religioni riportano esempi di rancore e delle sue espressioni; storia e politica mostrano quanto sia diffuso: tuttavia in letteratura non compaiono studi volti ad esaminare il rancore, la sua fenomenologia, le sue ricadute.

*Università degli
Studi "Carlo Bo"
Urbino*

Renato Rizzi
Medico, psicologo,
docente psicologia
dello sviluppo e
gerontologica*

MATERIALI E METODI

E' stata svolta una indagine in Milano, hinterland e in 8 comuni del Basso Salento che ha coinvolto 500 soggetti. cui è stato autosomministrato, previa indagine pilota, un questionario ad hoc, anonimo. Il campione di Milano (M) era rappresentato da 141 soggetti maschi (età media 49.8 +- SD 16.6) e 220 femmine (48.6 +-17.9); il campione del Salento (S) da 52 maschi (43.9 +- 10.3) e 87 femmine (38.9 +- 13.9)

RISULTATI

Il 72% di M e il 77% di S ha provato rancore. Rancore è sentimento per il 55% di M e il 66% di S; emozione/sentimento per il 10%. Il soggetto verso cui si nutre rancore: fratello, genitore, amico, partner, parenti. Non proviene da famiglia "rancorosa" l'87%. Definizione: rabbia, risentimento, odio, rivalsa, invidia, disprezzo, disagio, fastidio. L'80% di chi ha provato rancore prova rimorso. Avere buone ragioni è all'origine del rancore per l'85%.

CONCLUSIONI

Il rancore viene declinato in termini e modalità differenti, coinvolgendo 2/3 del campione esaminato indifferentemente da età, genere, del nord o del sud, scolarità, status sociale. Si può ritenere, quindi, un sentimento collettivo/sociale che abbraccia singoli e gruppi con connotazioni importanti nella vita e nel divenire di generazioni. Il risentimento raccoglie il senso di molte umiliazioni subite (Kancyper, 2003) :l'origine del rancore sembra un tentativo fallito di esprimere le proprie “buone ragioni” che porta a rimuginare, elaborare strategie provocando un senso di insoddisfazione dal sapore rancido (dal latino rancor).

Il rancore potrebbe essere sublimato dal perdono, con importanti riflessi sul benessere (Munoz Sastre, 2003, Rizzi 2006).

BIBLIOGRAFIA:

Darwin C (1872) *The expression of emotion in man and animals*. Trad it. Bollati.Boringhieri Torino (1999)

Kancyper L(2003) *Il risentimento e il rimorso*. Franco Angeli Milano

Munoz Sastre MT et al (2003) *Forgiveness and satisfaction with life*. J. Happiness Studies, 4;323-335

Rizzi R. (2006) *Recessione di sindrome cefalalgica da elaborazione del rancore*. VII Congr SIPSA- Cesena 28-30/09/2006

REAZIONE AGLI EVENTI DI VITA E RIMUGINIO IN UN CASO DI LINFOMA DI HODGKIN

Renato Rizzi*

*Università degli
Studi “Carlo Bo”
Urbino*

Renato Rizzi
Medico oncologo,
psicologo, docente
psicologia
dello sviluppo e
gerontologica*

PREMESSA

Eventi di vita e tumori sono legati in modo indissolubile: un approccio possibile circa insorgenza ed espressione di malattie, quali quelle tumorali, è quello riguardante gli effetti di un evento a prescindere dalle caratteristiche del soggetto (Greene 1958). L'evento più studiato è quello inerente la “perdita” reale o simbolica (Schmale 1958). Il concetto di perdita vissuta, perceived loss, seppur immisurabile, è attualmente utilizzato come il più efficace nella predizione (Rizzi, 2005).

Rispondere, reagire agli eventi stressanti è stato argomento studiato a fondo soprattutto dai cognitivisti (Lazarus 1966, Rahe 1978). La rimuginazione altro non è che una reazione a eventi altamente stressanti (Papageorgiou, 2004): si può distinguere in rumination, rimuginazione su una perdita passata (Nolen Oeksema, 1991), tipica della depressione e in worry, rimuginio generato dalla “apprensione ansiosa” (Barlow 2002).

IL CASO DI “ANTONIETTA”

Viene descritto il caso di una donna di 25 anni che riporta eventi, con perdite reali e simboliche, accaduti nel corso degli ultimi 24 mesi (morte per incidente della migliore amica, scomparsa del cane e dei suoi cuccioli, malattia della madre, maggiore età del fratello con conseguente perdita di auto raffigurazione paramaterna) e diagnosi di linfoma di Hodgkin, cui è stato somministrato il Penn State Worry Questionnaire.

Lo strumento ha evidenziato un alto punteggio con conseguente relazione tra rimuginio ed eventi stressanti, inferenze negative sulla elaborazione dell'evento vissuto e interpretazione negativa delle rievocazioni preesistenti (Ehlers, 2004)

BIBLIOGRAFIA

Greene W.A., Miller G. (1958) *Psychological factors and reticuloendothelial disease*. Psychosom. Med. 18, 284-303

Schmale A.H. (1958) *Relationship of separation and depression to disease*. Psychosom. Med. 20, 259-277

Lazarus R.S. (1966) *Adjustment and personality*. McGraw-Hill, N.Y

Nolen-Hoeksema, S. (1991). *Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes*. J. Abnormal Psychol 100, 569-582

Rahe R.H., Artur R.J. (1978) *Life change and illness studies*. J. Human Stress 4, 3-10

Papageorgiu C., Sigle G.J. (2004) *Rumination and depression*. Cognitive Ther. Res. 3, 243-245

Barlow D.H. (2002) *Anxiety and its disorders*. Guilford, N. Y.

Meyer T.J. et al. (1990) *Development and validation of the PSWQ*. Behav Res and Ther, 28, 487-495

Rizzi R. (2005) *Cancro e psiche*. Edi-ermes, Milano

Ehlers A. et al (2004) *Intrusive reexperiencing*. Memory 12, 403-415

LA SCHIZOFRENIA È ASSOCIATA A MINOR RISCHIO DI CANCRO: AGGIORNAMENTI

Renato Rizzi*

PREMESSA

L'incidenza tra cancro e schizofrenia è oggetto di controversia sostenuta dall'evidenza empirica. Il presente contributo si prefigge di aggiornare e revisionare studi che vanno dal 1949 agli anni '90 (Rizzi 1993) ed arrivano ai nostri giorni (Rizzi, 2005, 2006).

REVISIONE DELLA LETTERATURA

I primi studi riguardano l'incidenza di neoplasie nella popolazione psichiatrica generale e sono divisi in studi che utilizzano il tasso proporzionale (che risulta minore), la prevalenza (che risulta maggiore) e il tasso assoluto (che risulta uguale o maggiore) (Rizzi, 1993, 2005). Altri studi, fino agli anni '90, riguardano l'incidenza di neoplasie tra gli schizofrenici: lavori che utilizzano il tasso proporzionale (minore) e tasso assoluto (uguale o maggiore) e dal 1995 al 2004 con tasso proporzionale (minore).

Dal 2004 al 2006 (Rizzi, 2006) sono stati pubblicati molteplici studi che hanno rilevato una minor incidenza di cancro in popolazioni di schizofrenici in varie parti del mondo, oltre ad essere stati sviluppati studi riguardanti diversi "cofattori".

Negli ultimi tre mesi (dicembre 2006-febbraio 2007) sono comparsi altri studi : uno sulla minor incidenza di cancro prostatico in schizofrenici (Torrey, 2006) e l'altro sulla riduzione di rischio di cancro in relazione a ipotesi genetiche (Levav, 2007)

DISCUSSIONE

Allo stato attuale sono varie le ipotesi che confermerebbero il minor rischio di sviluppare cancro negli schizofrenici. Tra queste

*Università degli
Studi "Carlo Bo"
Urbino*

Renato Rizzi
Medico oncologo,
psicologo, docente
psicologia
dello sviluppo e
gerontologica*

ricordiamo l'ipotesi immunitaria (> negli schizofrenici), l'ipotesi della incomunicabilità psicotica (Scuola di Santa Fè), l'ipotesi genetica (TP p53 antioncogene, cromosomi 6 e 13), l'ipotesi farmacologica (clorpromazina, nuove fenotiazine, risperidone).
Varie teorie ed evidenze fanno della schizofrenia un modello "acancerogeno". Recenti ricerche interdisciplinari permettono di meglio comprendere i meccanismi per cui un "sistema psicobiologico" può fungere da sistema immunocompetente nella genesi, difesa e riduzione del rischio di cancro.

BIBLIOGRAFIA

- Levav I. et al (2007) *Cancer risk among parents and siblings of patients with scizophrenia*. Br. J Psychiatry 190, 156-161
- Rizzi R. (1993) *Incidence of cancer and schizofrenia*. Med. Biol. Environm, 27, 1, 275-281
- Rizzi R. (2005) *Cancro e psiche*. Edi-ermes, Milano
- Rizzi R. (2006) *Rapporto tra schizofrenia e incidenza di tumori*. Atti XIX Congr Naz Snamid La cura della persona Milano 10-12/03/2006
- Torrey EF (2006) *Prostate cancer and schizofrenia*. Urology 68, 1280-1283

IL CORPO IN MENTE, VALUTAZIONE DELLA FORMA CORPOREA IDEALE IN SOGGETTI APPARTENENTI A CONTESTI CULTURALI DIFFERENTI

Piergiuseppe Vinai*, Silvia Cardetti, Gabriella Carpegna,
Noemi Ferrato, Paola Vallauri, Donatella Masante,
Giovanni Ruggiero, Sandra Sassaroli

*Studi Cognitivi
Milano*

*Piergiuseppe
Vinai*
Medico
Psicoterapeuta,
Socio Sitcc,
Codidatta Studi
Cognitivi Milano*

La dispercezione della propria forma corporea, la tendenza ad avere ideali estetici troppo legati alla magrezza ed il perfezionismo rappresentano fattori di rischio per lo sviluppo di molti disturbi alimentari. L'obiettivo della nostra ricerca è di studiare se vi siano differenze significative nella valutazione di questi elementi, in gruppi di adolescenti residenti in contesti culturali molto lontani: Asia, Nord Europa, Italia ed Africa.

MATERIALI E METODI

Sono stati studiati utilizzando le figure di Stroop e Falloon un gruppo di adolescenti di sesso femminile in Italia, Svezia, Mali e Mongolia (n= 80 per ciascun campione) chiedendo loro di individuare: la forma corporea ideale, i soggetti accettabilmente magri, i soggetti accettabilmente grassi, quelli troppo grassi e quelli troppo magri.

RISULTATI

Dai risultati emergono differenze nella valutazione dell'immagine del proprio sesso rispetto a quello maschile ed una maggiore tendenza al perfezionismo riguardo la forma corporea nelle

popolazioni europee. Non vi sono differenze statisticamente significative per quanto riguarda la magrezza ideale nei diversi contesti culturali.

CONCLUSIONI

Nel nostro campione il perfezionismo riguardo alla forma corporea (maggiore rispetto a quello sull'immagine dell'altro sesso) pare giocare un ruolo più significativo rispetto a quello dell'immagine ideale troppo magra nell'insoddisfazione per il proprio aspetto. Questi risultati possono fornire spunti per lo sviluppo di programmi di prevenzione dei disturbi alimentari ed indicazioni sui pensieri disfunzionali utili alla psicoterapia dei pazienti con disturbi alimentari.

ATTACCAMENTO E SICUREZZA GUADAGNATA: UN'IPOTESI SUL RUOLO DELLE FIGURE ALTERNATIVE DI ATTACCAMENTO

Maria Zaccagnino, Rachel Cook*,
Deborah Jacobvitz*, Fabio Veglia

*Dipartimento
di Psicologia
Università degli
Studi di Torino,*

**Department of
Human Ecology
and Family
Science, University
Of Texas, Austin*

*Assegnista
post dottorato
di ricerca,
Dottoranda di
ricerca, Professore
Ordinario,
Professore
Straordinario*

INTRODUZIONE

Il presente lavoro è volto allo studio della “earned security” (“sicurezza guadagnata”) definita (Saunders et al., 2006) come un percorso di sviluppo che conduce dall’insicurezza infantile alla sicurezza in età adulta. In particolare il presente studio propone una nuova cornice concettuale per la comprensione della sicurezza guadagnata, nel tentativo di chiarire sia il suo significato, che i meccanismi che soggiacciono al suo manifestarsi.

Scopo principale riguarda l’indagine di quelle situazioni qualificate nell’infanzia da carenza affettiva, trascuratezza e rifiuto da parte dei genitori ed alla comprensione, in tali contesti, del ruolo che può aver giocato la presenza di “figure alternative di supporto”, ossia di quelle persone, diverse dai genitori, che hanno avuto per il soggetto un’importanza significativa dal punto di vista emotivo, affettivo, relazionale, e/o materiale.

METODO

Il campione è formato da 94 donne del Nord Italia di età compresa tra i 21 ed i 53 anni (media = 33.5 anni; D.S.= 5.58) di ceto sociale medio-alto. Si è utilizzata una versione integrata della Adult Attachment Interview comprendente una parte di approfondimento relativa alle figure alternative di attaccamento (Saunders et

al., 2006); In sostanza si è cercato di comprendere il ruolo che quelle persone con cui il soggetto ha sostenuto di avere avuto un rapporto significativo durante l'infanzia hanno determinato nella modificazione dello "State of Mind" adulto.

RISULTATI

I dati mostrano come coloro i quali hanno avuto alti punteggi sulle scale relative al supporto emotivo da parte di una figura alternativa diversa dai genitori, pur avendo avuto condizioni d'infanzia caratterizzate da mancanza di sostegno, cura, sensibilità e responsabilità parentale, sono, con una elevata percentuale, classificati come "sicuri" nello state of mind relativo all'attaccamento. Ciò si è verificato invece con una esigua percentuale nelle condizioni in cui, a parità di situazione familiare, non si è riscontrata la presenza ed il supporto da parte di figure affettivamente significative per il soggetto. Le differenze tra i due gruppi sono risultate altamente significative.

Tale dato, dunque, porta sostegno all'ipotesi che l'aver sviluppato la capacità di assumere una prospettiva incoerente rispetto alle proprie esperienze infantili negative di attaccamento può essere con una certa percentuale spiegata dall'aver sperimentato durante l'infanzia la vicinanza di una figura che è stata in grado di vicariare emotivamente la mancanza di responsabilità e sensibilità genitoriale.

THE INTERGENERATIONAL TRANSMISSION OF ATTACHMENT DISORGANIZATION: THE ROLE OF F RIGHTENING/ANOMALOUS BEHAVIOR IN MOTHER-TODDLER INTERACTION

Zaccagnino M., Jacobvitz D.*

*Department
Of Psychology,
University Of
Torino, Italy*

**Department Of
Human Ecology
And Family
Science, University
Of Texas, Austin*

*Assegnista Post
Dottorato Di
Ricerca, Professore
Ordinario*

The present research examined the intergenerational transmission of attachment disorganization. Previous studies have shown associations among mothers' unresolved state of mind with respect to loss and trauma, mothers' display of frightening/frightened behaviour with their infants, and infants' display of disorganized behaviour during the strange situation. This study examined the continuity of frightening/frightened maternal behaviour over a 16 month period to further understand how the fear underlying a mothers' unresolved trauma will be transmitted to her child. A new method was developed to assess the quality of mother-toddler interactions during free play, toy clean-up and problem solving tasks.

METHOD

The sample consisted of 110 lower to middle class U.S. mothers and children. During their third trimester of pregnancy, 125 women were recruited from birthing classes and public service announcements on T.V. During this visit, mothers completed the adult attachment interview. When their infants were 8 months

old, frightening maternal behaviour was assessed using a 9-point observational rating scale. At 12 to 15 months, infant attachment quality was assessed using Ainsworth (1978) Strange Situation. Finally, at two years, mother-toddler interactions were videotaped in a laboratory setting. Within each session, dyadic interactions were rated on five 7-point scales -- secure base, hostility, disconnected, blurred boundary, and controlling behavior -- as well as a 9-point frightening/anomalous behavior scale.

RESULTS

Preliminary data demonstrate continuity in frightening caregiving from 8 to 24 months. Moreover, prenatal assessment of mothers' unresolved trauma and the 12/15 month assessment of infant attachment disorganization forecast higher scores on the frightening/anomalous behaviour scale at 24 months. Security of attachment in both the mothers and children forecast higher scores on the secure base scales and lower scores on the other scales.

GLI AUTOMI CELLULARI COME LINGUAGGIO DI PROGRAMMAZIONE PER LA SIMULAZIONE DEL “CORPO”: UNO STUDIO SULL’IDENTIFICAZIONE DI DOMINI COGNITIVI IN ARCHITETTURE SIMIL-BIOLOGICHE GENERATE AL COMPUTER

Luca Zammataro*

*IRCC Candiolo,
Torino*

Luca Zammataro
Medico,
bioinformatico.*

La teoria degli automi, con i suoi pregi ed i suoi limiti, ha messo in evidenza alcuni aspetti interessanti nello studio dei cosiddetti “algoritmi biologicamente ispirati”. Fra questi aspetti si ricordano i concetti di autopoiesi e cognizione proposti da Varela e Maturana, e successivamente contestualizzati dallo studioso Randall Beer, che vedeva nel famoso “Game of Life” di Conway la realizzazione di un dominio cognitivo all’interno di un’organizzazione di automi cellulari.

Il lavoro proposto in questo poster, mira e mettere in luce gli aspetti autopoietici ed organizzativi di compartmentalizzazioni geometriche di segnali, mediante l’uso di automi cellulari bidimensionali, allo scopo di dimostrare come alla spontanea formazione di una “identità corporea”, definita da regole di relazione fra automi cellulari, fa seguito la determinazione di un dominio cognitivo, ovvero della proprietà comune a tutti i sistemi

complessi di “lasciarsi perturbare” dall’ambiente circostante e di incorrere a transitorie perdite di identità, senza condurre l’identità corporea stessa alla distruzione.

Il lavoro mette in evidenza anche l’importanza di definire più livelli di identità, alcuni dei quali dipendenti dalla fusione di identità di minor livello organizzativo.

CONVEGNI, CONGRESSI, CORSI DI FORMAZIONE

novembre 2007/maggio 2008

Forlì, 10 novembre; 15 dicembre 2007; 12 e 26 gennaio 2008

Seminari di aggiornamento:

NUOVI ORIENTAMENTI IN PSICOTERAPIA COGNITIVA

S.B.P.C. s.r.l., Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva,

Sede distaccata di Forlì

Piazzale della Vittoria, 6/7, 47100 Forlì

Per ogni giornata di seminario sono state attivate le procedure di richiesta di crediti ECM.

Per Informazioni:

Ulteriori informazioni sulle giornate di corso sono reperibili sul sito www.sbpc.it

Roma, 6-7 dicembre 2007

Convegno Nazionale:

LA COSCIENZA NELLE SCIENZE COGNITIVE

con il patrocinio del CNR, Dipartimento ICT e l'Università degli Studi di Roma Tre, Facoltà di Lettere e Filosofia, Università di Roma Tre

Via Ostiense 234, 00144 Roma

Per informazioni:

<http://www.consciousness.it/CSC2007/CSC.htm>

Roma, Lunedì 10 dicembre 2007

Corso ECM: DEPRESSIONE E CANCRO

Centro Congresso IFO, Via Fermo Ognibene 25

Ingresso libero previa iscrizione

Per informazioni:

Segreteria Organizzativa:

Dr.ssa Giorgia Vinci 3314634451/ 0644247115

e-mail: www.aippe.net, www.arpci.it

Milano, 19 Gennaio 2008

L'INGRESSO NELLA PSICOSI.

UNA SFIDA PER LA PSICHIATRIA DI COMUNITÀ

giornata di studio con Jim Van Os e Michele Tansella

AIPP, Associazione Italiana Interventi Precoci nelle Psicosi;

Ospedale Niguarda Ca' Granda; Programma 2000

Salone d'Onore - Triennale di Milano

Viale Alemagna, 6

E' stato richiesto l'accreditamento al Programma ECM per medici, psicologi, educatori professionali, infermieri.

Per informazioni:

TMT srl - Divisione Congressi tel. 0258012822; fax 0258028245;

e-mail : congress@tmtworld.it; web site: www.tmtworld.it

Le Gerre, Manno (Svizzera) febbraio 2008 - dicembre 2010

MASTER OF ADVANCED STUDIES

IN COUNSELLING SISTEMICO-COGNITIVISTA

SUPSI, Formazione continua.

Il Master of Advanced Studies (MAS) in Counselling sistemico-cognitivista è un nuovo percorso formativo di livello post-universitario organizzato dalla SUPSI per offrire ai professionisti del territorio una metodologia innovativa per affrontare e superare problematiche relazionali.

Certificato: Master of Advanced Studies SUPSI in Counselling sistemico-cognitivista 60 ECTS

Iscrizioni: Le domande di ammissione devono pervenire alla SUPSI entro il 10 dicembre 2007

Per informazioni: vedi il sito:<http://www.counselling.supsi.ch/>

Varese, 28 marzo 2008

Convegno:

LA CLINICA DELL'ATTACCAMENTO NELL'ADULTO E NEL BAMBINO

Relatori: Emanuela Iacchia, Furio Lambruschi, Giorgio Rezzonico, Saverio Ruberti

Centro Congressi Ville Ponti, P.le Litta 2

Per la giornata sono state attivate le procedure di richiesta di crediti ECM.

Per Informazioni: Segreteria organizzativa:

ScientEmente, Associazione di Psicologia Clinica e Psicoterapia
Cognitiva - via Bagaini, 9 Varese.

Dott.ssa Silvia Rinaldi, Dr.ssa Marina Franzetti,
Dr.ssa Maria Zaccagnino, Dr.ssa Francesca Bellorini,
Dott. Gianluca Chiesa

Tel: 347.2427287, 338.8786703; 348.2287337.

e-mail: scientemente-varese@libero.it

Segreteria scientifica: ASCo, Accademia di Scienze Cognitive,
Largo della Crocetta, 2 Milano

Formia (LT), 10-12 aprile 2008

5° Congresso SISDCA:

**ANORESSIE, BULIMIE, SOVRAPPESO E OBESITÀ:
RIPENSARE INTERSEZIONI E CONFINI.**

Per informazioni:

www.disturbialimentazione.it

Segreteria scientifica: Dr.ssa Patrizia Todisco

Tel. 0302528555-6; 34896946565. e-mail: ptodis@tin.it

Segreteria organizzativa: FASI

tel. 0697605610; www.fasiweb.com

Brescia, Primavera 2008

Convegno: BINGE EATING DISORDER:

“CHI ERA COSTUI?”

Teoria e clinica del disturbo da alimentazione incontrollata

Per informazioni:

Segreteria Scientifica: Dr.ssa Patrizia Todisco

Tel. 0302528555-6; 34896946565. e-mail: ptodis@tin.it

Arcugnano (Vicenza), Maggio 2008 o Settembre 2008

Convegno:

**DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E
AUTOLESIONISMO.**

Interverranno Walter Vandereicken e Claes Laurence

Per informazioni:

Segreteria Scientifica: Dr. Roberto Ostuzzi

Casa di Cura Villa Margherita, Arcugnano. Tel. 0444.997888

Grandate (CO), Maggio o Giugno 2008

Convegno:

**DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E
AUTOLESIONISMO.**

Interverranno : Emanuela Iacchia, Giorgio Rezzonico

Per informazioni:

Centro di Terapia Cognitiva, Como. e-mail: c.terapia@tiscali.it

Siena, 23 o 30 Maggio 2008

Convegno:

**PSICOPATOLOGIA E PSICOTERAPIA
POST-RAZIONALISTA**

Per informazioni:

Segreteria Scientifica: Dott. ssa Pilleri,

Sezione di Scienze del Comportamento, Università degli studi di

Siena. Tel: 0577. 233135; e-mail: reda@unisi.it

Finito di stampare nel mese di Gennaio 2008
da Larioprint - Como

