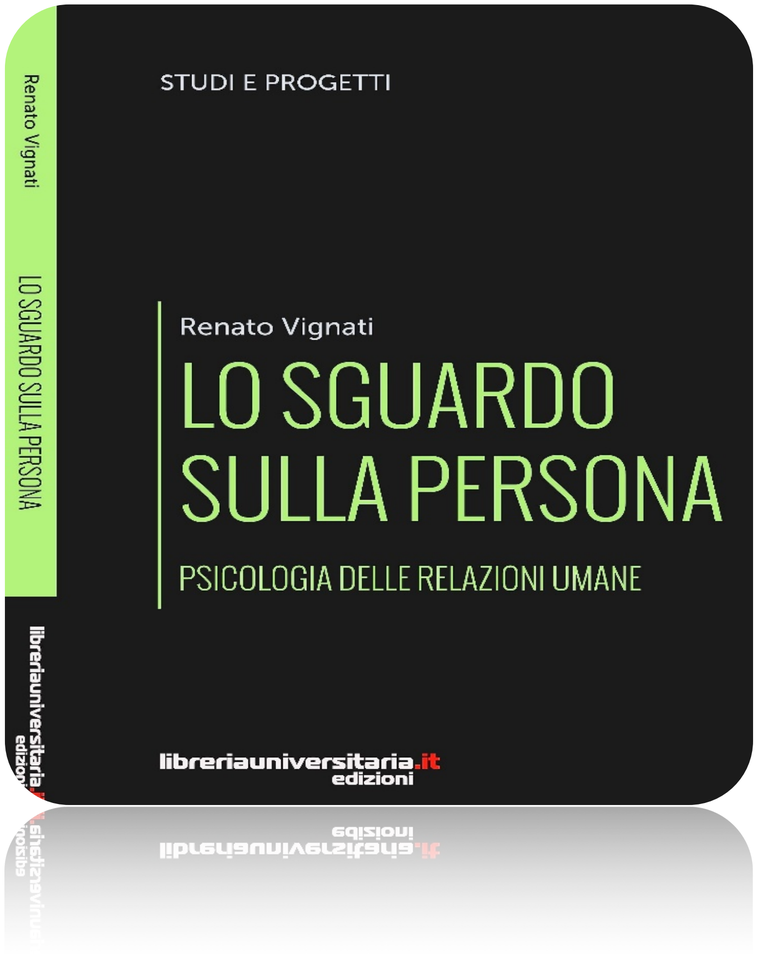
MODELLI OPERATIVI NELLE APPLICAZIONI CLINICHE IN PSICOLOGIA I

DOCENTE
PROF.SSA Maria Grazia Pierluca

PROGRAMMA DEL CORSO

1. Basi storiche e concettuali della Psicologia clinica nell'ottica del Servizio sociale (presentazione generale del corso e degli argomenti trattati)
2. I modelli dell'intervento clinico: il modello dell'Approccio Centrato sulla Persona (*un modo di essere* di Rogers, p. 123)
3. Le dinamiche relazionali ed emozionali del processo di aiuto (vedi cap. VII di Vignati)
4. La musicoterapia come strumento di comunicazione non verbale
5. Le condizioni fondamentali di una relazione di aiuto (3 condizioni di Rogers, vedi cap.II Vignati e Rogers “Un modo di essere”)
6. Aiutare con l'ascolto attivo: storie della clinica (storia di Dibs, cap II)
7. Il colloquio di aiuto (12 barriere nella comunicazione da evitare, cap. VII Vignati)
8. Problematiche principali legate allo sviluppo, al disagio psichico dell'adolescente e ai disturbi dell'età adulta (qui si può consultare un manuale di Psicologia clinica)
9. Le forme dell'abuso sui minori (storia di Genie, patologia delle cure, Vignati cap.III)
10. La malattia mentale, la devianza, lo stigma sociale e le istituzioni totali (storie di Maya e Ruth, cap. IV Vignati)
11. La solitudine di Ellen West (cap. VI di Vignati e Rogers, p. 171)

Testi di riferimento



Renato Vignati *Lo sguardo sulla persona. Psicologia delle relazioni umane*, Libreriauniversitaria, Padova, 2019.

Testi di riferimento

Carl R. Rogers
***Un modo di essere*.**
Giunti, 2012

La «relazione di aiuto»

(Vignati, cap. I: *Lo sguardo sulla fragilità umana*, pp. 11-34)

Genie: una storia che «nasce dal silenzio»

(Vignati, cap. III: *Lo sguardo abusante*, pp. 85-111)

(Vignati, cap. II: *Lo sguardo si prende cura della persona*, pp. 35-83)

Il suo nome è Dibs.
Lui non parla.
Lui non gioca.
E' solo…
è alla ricerca di sé

Il disagio e la solitudine di Ellen West

(Vignati, cap. VI: *Lo sguardo sulla solitudine*, pp. 167-183)

“Normalità e follia nella famiglia”

(Ronald Laing ,1964)

La storia di Maya

mistificare è illudere?

(Vignati, cap. IV: *Lo sguardo mistificatore*, pp. 131-134)

“Normalità e follia nella famiglia”

(**Ronald Laing** ,1964)

«La pazzia delle calze rosse»

La storia di

(Vignati, cap. IV: *Lo sguardo mistificatore*, pp. 113-141)

AMBITO DI STUDIO E D'INTERVENTO
IL RAPPORTO TRA L'INDIVIDUO E LA COLLETTIVITÀ

Il principale ambito di studio e d'intervento è il rapporto tra l'individuo e la collettività, intesa come quell'insieme di relazioni, situazioni e organizzazioni sociali con cui la persona entra in contatto al lavoro, a scuola e in generale nella sua esistenza pubblica.

Secondo la psicologia di comunità il nostro benessere interiore è fortemente condizionato dalla qualità dei rapporti sociali che instauriamo. In altre parole: quanto più la comunità che circonda un individuo è organizzata secondo dinamiche positive e accoglienti, tanto più la vita interiore di quella persona sarà solida e "sana". Questa visione sociologica della psicologia fa sì che si affermi una logica progressista, che vede la realizzazione di una comunità giusta e costruttiva come uno strumento per promuovere il benessere psicologico. Dal punto di vista della formazione, allo Psicologo di comunità sono richieste competenze in sociologia, antropologia e scienze dell'organizzazione. Gli ambiti professionali più tipici sono i contesti educativi, istituzionali e organizzativi.

Lo Psicologo di Comunità si prende cura di un contesto sociale e delle persone che ne fanno parte, promuovendone lo sviluppo di relazioni armoniche e le risorse interne. Questa doppia attenzione, verso il collettivo e l'individuale, fa sì che il suo intervento possa essere indirizzato sia alla comunità in sé sia alla singola persona che ne fa parte.

1-Basi storiche e concettuali della Psicologia clinica nell'ottica del Servizio Sociale

Etimologia e filogenesi del termine

Psico-logos – klinikòs

Psico: rintraccia l'oggetto dell'indagine

Psiche = mente, comportamenti, processi cognitivi. Si può delineare un modello applicativo, non operativo, proprio, vedi la psicoterapia , oppure assumerne il modello medico snaturandone la specificità.

Logos:indica l'impianto conoscitivo che si può impiegare e di cui la scienza si può dotare

Ha bisogno del linguaggio

Senza il logos non è possibile indagare la psiche, è un oggetto di indagine che è il prodotto di linguaggio socialmente e culturalmente connotato.

Kliniké= dal greco «che si fa presso il letto»,osservazione medica pratica

Excursus storico

La collocazione storica circa la genesi della psicologia clinica è il XVII e XVIII secolo, periodo in cui il modello operativo medico mostra la sua forza operativa, “vincendo”, contro il modello operativo sciamanico (fino a quel momento vigente), la sfida in termini di efficacia del proprio operato sull’organismo. Infatti il modello medico è in questo periodo che inizia a “vincere” una tenzone storica, prima ancora che operativa e metodologica.

È questo il periodo in cui nascono i primi spazi, siti, edifici, in cui l’organismo, prelevato dai luoghi in cui vive, è inserito e “messo da parte”: nascono i nosocomi (dall’etimo greco la parola ‘nosocomio’ deriva da *νοσο* che sta per ‘malattia’ e *ψομιο* che si riferisce alla “cura”; quindi *“dove si raccolgono e si curano gli ammalati”*). Sono costruiti, infatti, grandi edifici intorno alla metà del 1700 tra gli USA e l’Europa che consentono di recludere le unità anatomo-funzionali (il “corpo” appunto). I ruoli che, corrispondendo a quelli che oggi chiameremmo “medici”, offrono un contributo operativo e clinico a ciò che, per la prima volta nella storia, viene denotato - e al contempo osservato - come “organismo”, in quanto se ne riconosce un’**organizzazione a se stante (diversamente dal modello sciamanico, per cui l’individuo nella sua componente fisica, è considerato in relazione ad altro, come ad esempio un’entità esterna ad esso, spirituale o terrena che sia, che lo condiziona e/o lo influenza**). E’ per rendere più efficace il sapere che si sviluppa dalla conoscenza dell’organismo, che le persone sono prelevate dal loro tessuto sociale e inserite in questi edifici (per ragioni che non siano di tipo detentivo, ossia per violazione di una norma definita dal Diritto).

L’osservazione empirica (sul percetto) diretta e compiuta in siti appropriati (anzi costruiti proprio su esigenze operative piuttosto che di ospitalità), consente al medico di poter asserire che, grazie all’isolamento di quanti avevano contratto il flagello entro strutture quali i nosocomi, diminuiva il contagio.

Il processo di conoscenza genera un sapere, prima non disponibile, rispetto al quale il medico opera, riducendo l’incertezza dei quadri clinici connessi ai grandi flagelli (questo procedere caratterizza sia flagelli, quali la lebbra e il colera, oltre che la peste). Facendo ricorso ad una suggestione storica, possiamo pensare che l’ultimo grande flagello sia celebrato dalla Madonna della Salute a Venezia dove, nel 1630, più di mezzo secolo dopo la terribile pestilenza del 1575-77, il morbo si abbatte nuovamente sulla comunità veneziana. Il doge farà voto di erigere una chiesa intitolata alla Salute, chiedendo l'intercessione della Vergine Maria per porre fine alla pestilenza.

Da quel momento in poi nascono, e diventano operativi, i nosocomi.

Sarà **Pinel (Jonquières, 20 aprile 1745 – Parigi, 25 ottobre 1826),** medico e direttore de l'Hopital de Paris, a chiedersi come giustificare il nosocomio e la proposta di applicazioni di tutta una serie di interventi provenienti dalla filiera conoscenza-sapere sull'organismo, per quei casi in cui non era riscontrabile - per le conoscenze di allora - la patologia a livello organico; e dunque in virtù di quale riferimento conoscitivo, visto che, quello disponibile, considerava oggetto di indagine soltanto ciò che era (è) percepibile nell'anatomia, così come nella funzionalità delle sue componenti, dell'organismo dell'individuo internato. Non trovando un fondamento di tipo organico (ossia anatomico e funzionale), rispetto alle conoscenze (anatomiche e funzionali) di cui si disponeva allora, **Pinel compie un'operazione che, ancora oggi, risulta centrale per le sorti della psicologia (clinica): mutua la parola (il lessico) *psiche*, che fino a quel momento albergava solo nei trattati di filosofia o nella letteratura storico-poetica, e la inserisce in un campo di operazioni di carattere sanitario/medico (dunque fa ricorso ad un termine che fino ad allora apparteneva al piano lessicale).**

Al cospetto della piattaforma organica (che si stava delineando in modo sempre più preciso), egli ipotizza l'esistenza di una **piattaforma psichica** (che si attesta in termini puramente ipotetici), come se assumesse connotati chiaramente percepibili. Questa operazione, completamente infondata in termini conoscitivi, diviene possibile grazie al sapere derivante dalla conoscenza dell'organismo. **Pinel definisce dunque il primo costrutto squisitamente psicologico, svincolato dall'aderenza ad una piattaforma organica (dunque denotabile in quanto sensorialmente percepibile)**. È questo il momento storico in cui nasce (in termini di genesi) la psicologia clinica, in quanto supporto al modello medico, per giustificare/autorizzare operazioni che, non potendo desumere legittimità da un intervento sulla "piattaforma organica", a fronte di un'ipotizzata "piattaforma psichica", trovano la legittimità nel loro impiego, pur essendo operazioni di carattere sanitario/medico.

Nasce così una disciplina che offre legittimazione alle operazioni di carattere sanitario/medico, che, risulta nella propria genesi, incastonata in esso, ma come supporto, e, per di più, sotto una precisa richiesta di carattere operativo.

La nascente psicologia (clinica) offre legittimazione, ad attività che altrimenti non avrebbero il fondamento conoscitivo, in quanto la conoscenza della psiche (come costrutto teorico), è generata in quel preciso istante storico (il *kairos* della conoscenza), e le operazioni sanitarie/mediche non si sarebbero potute giustificare in virtù delle conoscenze di cui si disponeva.

Questo con la conseguenza che la **psiche diventa, nei fatti (e dunque nelle affermazioni) e non nella conoscenza, un dato "percettivo",** inserito in una conoscenza che si fonda (anche) sul dato empirico (sensorialmente rilevabile).

Della psiche dunque si continuerà a non sapere alcunché, ma si innescherà un intricato complesso di procedimenti operativi, molto diffuso ancora oggi, in cui la psiche, attraverso un passaggio squisitamente retorico, da ipotesi conoscitiva, quale quella delineata da Pinel, viene resa sapere come fosse una "cosa", un fatto dato, certo ed esterno (indipendente, autonomo) a quel processo di conoscenza che, soltanto ed esclusivamente, lo può generare (come costrutto teorico).

2-I modelli dell'intervento clinico

Quale visione della persona

Lungo i secoli i paradigmi della salute hanno subito numerosi mutamenti. Uno dei primi, che contribuì nell'ambito della cultura occidentale a ricodificare le opinioni riguardo la salute, regolamentare la professione medica e trasformare la medicina in una scienza basata sull'osservazione è stato Ippocrate.

Ippocrate (460 a.C. circa – 370 a. C.), chiamato anche "il padre della medicina"nella sua pratica di medico, non si soffermava solo sulla malattia del paziente, ma esaminava anche diversi aspetti della sua vita in generale, come la struttura corporea, alimentazione, elementi psicologici, relazionali interpersonali ecc.

Ciò che caratterizzava l'illustre studioso era la sua idea di valutare **l'individuo in modo globale** piuttosto che parziale, teoria più che mai attuale nella contemporaneità.

2-I modelli dell'intervento clinico

Il modello biomedico

Il modello biomedico è caratterizzato dal paradigma causa-effetto. Non a caso è definito bio-medico, perché segue il processo organico della malattia, cercando di individuarne la causa per poi intervenire con una terapia efficace. La concezione biomedica della salute è stata ampiamente influenzata dal concetto meccanicistico della natura promosso da Isaac Newton (1642-1726). Secondo essa, il corpo umano era considerato come una macchina biologica, soggetta alle leggi matematiche e chimiche.

La buona salute era considerata come assenza di disturbi o interferenze nel funzionamento biologico del corpo, affiancata dall'assenza di dolore o di una disfunzione. Il modello biomedico, di cui tracce ne abbiamo ancora oggi, presuppone che la malattia sia fuori controllo del soggetto che la sperimenta, che sia un "guasto" dovuto agli agenti patogeni che innescano i processi somatici, separati da quelli psicosociali, e che siano gli unici responsabili della genesi della malattia. La diagnosi e il relativo trattamento, invece, sono compito dei medici esperti in materia, capaci di fare un'analisi dei difetti biofisici e di prescrivere un'adeguata terapia.

Il punto di forza del modello biomedico, soprattutto grazie all'attuale sviluppo delle scienze e al progresso in campo della diagnostica strumentale, è quello di riuscire a dare una diagnosi clinica ben precisa. Il punto debole, invece, è legato alla difficoltà di formulare una diagnosi clinica là dove la malattia non sia legata ad un danno anatomico strutturale o funzionale, ma alla presenza di problematiche di carattere psico-sociale.

2-I modelli dell'intervento clinico

Modello "biopsicosociale"

L'introduzione del modello "biopsicosociale" (BPS), risale al 1946, quando l'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS), nella sua costituzione, adottò una nuova definizione di salute, secondo la quale essa: "è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto di assenza di malattia o infermità.

Il mondo psichiatrico, solo nel 1977, si accorge di questa breve citazione della costituzione dell'OMS e la accetta definitivamente come un paradigma di riferimento nell'approccio alla persona.

Il modello "biopsicosociale" impiega sistematicamente i fattori biologici, psicologici e sociali, incluse le loro complesse interazioni, nella comprensione della salute psicofisica e nella scelta dell'intervento terapeutico. Le più recenti normative e le guide internazionali prevedono lo sviluppo di approcci integrati nelle situazioni complesse, sia per assicurare la qualità degli interventi, sia per perseguire la loro efficienza operativa. Inoltre, diversi professionisti della salute, considerano il modello BPS come una guida nell'approccio terapeutico. La stessa Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) ha promosso questo modello all'interno della ricerca d'interventi sanitari e socioassistenziali complessi. L'esempio più significativo riguarda l'impiego del modello nella classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute, per strutturare le linee guida cliniche sia per gli adulti sia per i bambini ed adolescenti (Organizzazione Mondiale di Sanità [OMS], 2001), (Organizzazione Mondiale di Sanità [OMS], 2007).

2-I modelli dell'intervento clinico

Oltre il modello biopsicosociale:il modello integrato

Esaminando l'applicazione dello stesso fuori dal contesto puramente ospedaliero, (ad esempio in una comunità terapeutica per pazienti psichiatrici o tossicodipendenti, o infetti dal virus HIV) ci si accorge che i modelli biomedico e "biopsicosociale", non solo "convivono" ma si integrano perfettamente. Gli operatori, avendo come obiettivo primario la cura della salute del paziente (chiamato anche utente), da anni adottano i due modelli parallelamente, a seconda delle problematiche di salute che egli presenta. Ad esempio, il sospetto che un utente abbia la cirrosi epatica, dovuta all'uso di sostanze, richiede una specifica diagnosi di tipo biomedico; ma se lo stesso paziente soffre anche di depressione, poiché rifiutato dalla famiglia, è prassi ormai consolidata ricorrere al modello BPS, sia nella fase di formulazione della diagnosi, che di scelta della terapia.

L’esperienza di lavoro con gli utenti ci porta, però, alla convinzione che tale positiva ed utile convivenza dei due modelli non sia sempre sufficiente. L’uomo non è una riduttiva somma degli organi che lo compongono, funzionanti o non, una mente sana o malata, ma una realtà etica. Per questo motivo i moderni approcci alla malattia trattano il paziente come una Persona con tutta la sua complessità e totalità, dove accanto alla dimensione biologica, psicologica e sociale sono presenti anche altre dinamiche che incidono significativamente sul benessere o malessere della persona. Per integrare ulteriormente il modello BPS, è necessario includere altre due fondamentali dimensioni: **culturale ed esistenziale.**

2-I modelli dell’intervento clinico

La dimensione culturale

In tema di salute e malattia è importante considerare l'impatto che la cultura ha sulla percezione del benessere soggettivo delle persone.
La cultura è stata definita come l'insieme degli atteggiamenti, dei valori, delle credenze e dei comportamenti condivisi da un gruppo di persone. Della cultura fanno parte anche la lingua, le tradizioni, la storia del proprio paese, la religione e tutto ciò ha un enorme influsso sull’identità della persona e sulla sua sensibilità.
La domanda che nasce spontanea è: “cosa c’entra la cultura con la salute o la malattia?” Innanzitutto la cultura è una dimensione che, accanto a quella biologica, psicologica e sociale, non può essere dimenticata, perché fa parte dell’essere Persona. Misurando i livelli di benessere psicologico, questi variano tra le culture a seconda del modo in cui le persone usano le emozioni positive e negative.Ed Yong sostiene che diverse culture forniscono alle persone modi differenti per interpretare le esperienze e le emozioni. I giudizi riguardanti i livelli di felicità e di soddisfazione per la vita di ciascuno, a loro volta, potrebbero influire sulla salute generale della persona (Yong, 2009). Recentemente è emersa una nuova area di ricerca, chiamata neuroscienze culturali, dove si indagano le variazioni culturali nei processi psicologici, neurali e genomici. Innumerevoli risultati confermano un stretto legame tra l’evoluzione socioculturale e i processi mentali della persona. E’ rilevante e significativo considerare la dimensione culturale parte fondamentale del modello integrale.

2-I modelli dell'intervento clinico

La dimensione esistenziale

La seconda dimensione da includere nel modello integrale è la dimensione esistenziale, in cui l'uomo elabora il proprio progetto di vita, basato sui valori, cercando mentre lo realizza il senso e il significato della propria esistenza. La complessità dei contesti sociali e culturali in cui è immerso l'uomo, con la sua storia individuale, trasforma la domanda di senso in un bisogno esistenziale e trasversale, il quale, finché non trova la sua piena soddisfazione, diventa una delle maggiori preoccupazioni dell'essere umano. Secondo la psicologia esistenziale, la domanda di senso è uno dei più importanti fattori legati alla salute mentale e all'agire dell'uomo, perché è presente in ogni sua dimensione: biologica, psicologica, sociale, culturale e spirituale. Per questo motivo la dimensione esistenziale deve far parte del modello integrale.

La percezione significativa di sé e del proprio vissuto favorisce l'equilibrio psichico della persona. Contrariamente, la percezione del vuoto esistenziale, caratterizzato da forti conflitti interiori, problemi di coscienza, carenza di valori e da altre angosce della vita, porta alla nevrosi noogena (in greco noos = spirito) che in casi estremi può spingere la persona verso il suicidio.

Osservando l'attuale prassi clinica e socio-educativa, ci si rende conto che l'approccio integrale è già presente, ma non sempre in modo consapevole e riconosciuto. Molto spesso gli interventi degli operatori socio- sanitari e degli educatori sociali e professionali, si basano su anamnesi ricche e complesse che utilizzano l'intera gamma di indicatori. Queste anamnesi vanno oltre l'approccio BPS, permettendo così l'aumento della probabilità di successo degli interventi sanitari o socio-educativi. Questa prassi fa emergere una visione più completa della salute e della malattia. L'attenzione alla visione integrale dell'uomo ha aperto anche la possibilità di potenziare gli interventi preventivi e di promozione di stili di vita sani.

2-I modelli dell'intervento clinico

I cinque assiomi della comunicazione elaborati da Paul Watzawick

La comunicazione ricopre, secondo tale modello, un ruolo essenziale nella relazione di aiuto, in quanto è impossibile non comunicare perché è attraverso questa azione che si instaurano le relazioni.

1.Non si può non comunicare

Qualsiasi cosa scegliamo di fare o di non fare è comunicazione. Esprimiamo costantemente qualcosa, anche quando cerchiamo di non rivelare niente. Ad esempio, quando non si ha voglia di parlare con qualcuno a un tentativo dell'altro di iniziare una conversazione, ci si limita spesso ad accennare un sorriso: non viene detto nulla, eppure si sta comunicando in modo eloquente.

2. Ogni comunicazione veicola un contenuto e una relazione

Quando diciamo qualcosa a qualcuno, non gli passiamo solo un'informazione ma esprimiamo – attraverso il tono, la postura e la scelta delle parole – in che relazione ci poniamo nei suoi confronti. Ogni volta che ci si rapporta con qualcuno, qualsiasi sia il mezzo utilizzato, bisogna prestare attenzione alla relazione che si veicola, perché potrebbe far risultare controproducente la comunicazione.

2-I modelli dell'intervento clinico

3. La natura della relazione dipende dalla punteggiatura della comunicazione

Prendiamo in considerazione un evento: un'azienda decide di aprire un nuovo stabilimento. Da una parte si potrebbe mettere in risalto il fatto che il nuovo stabilimento aumenterà l'occupazione in quel territorio, dall'altro – assumendo un'ottica ambientalista – ci si potrebbe concentrare sul fatto che costruendo il nuovo stabilimento verrà disboscata una zona che, invece, andrebbe protetta per la sua biodiversità.
Nel contesto delle relazioni di coppia la sequenza della punteggiatura è alla radice di innumerevoli conflitti.Supponiamo una coppia che abbia un problema di cui ciascun coniuge è responsabile al 50%,spiegando le loro frustrazioni ognuno dirà che il proprio comportamento dipende da quello dell'altro e viceversa.
L'evento è lo stesso, ma la prospettiva e gli effetti sono del tutto differenti.

2-I modelli dell'intervento clinico

4. La comunicazione può essere sia analogica che digitale

Watzlawick definisce come "**digitale**" la comunicazione verbale, mentre "**analogica**" quella non verbale. Quando si deve veicolare un'informazione è importante scegliere bene il come: a volte le parole sono indispensabili, altre volte sono di troppo. Perché la comunicazione sai efficace è necessario che questi sistemi coincidano: tutte le componenti devono trasmettere il medesimo messaggio.
L'uso di canali verbali e non verbali è tipico dell'uomo ma non degli animali.L'uomo può disegnare o dare un nome ad un oggetto, l'animale no.
Quando si tratta di emozioni la comunicazione è prevalentemente analogica, non verbale.
La comunicazione analogica non sostiene bugie.

2-I modelli dell'intervento clinico

5. Le interazioni possono essere simmetriche o complementari

La comunicazione simmetrica si verifica quando gli interlocutori hanno una comunicazione alla pari, mentre quella complementare si presenta quando uno dei due si pone su un piano superiore. In questo ultimo caso la persona che si sente superiore (one-up) cercherà di mettere l'altro interlocutore in una posizione subordinata (one-down). Esempio: quando una mamma ordina al figlio di sistemare i giocattoli sta mettendo in risalto che si trova in una posizione di superiorità.

Si evidenziano differenze nella relazione non rispetto ai contenuti:

la relazione può essere one up o one down.

2-I modelli dell'intervento clinico

Il modello sistemico relazionale

Questo modello nasce negli Stati Uniti nella seconda metà degli anni `60, all'interno della psicoanalisi e fa capo alla teoria generale dei sistemi di Von Bertalanffy. I principali promotori di questo paradigma sono stati appunto Von Bertalanffy, Watzlawick, Reid, Bateson e Haley.
Il biologo austriaco L. **Von Bertalanffy** con la "**teoria generale dei sistemi**" propose di descrivere e studiare tutti gli organismi come dei sistemi. Si può definire **sistema** ogni livello di organizzazione formato da parti differenziate che cooperano per formarne un' entità organizzativa con specifiche funzioni, funzioni che non possono essere svolte dalle singole parti autonomamente.
L' elemento strategico diventa la relazione tra gli elementi.
Un gruppo di persone che lavorano, giocano o cantano insieme formano un sistema, che può essere stabile o temporaneo, perché hanno delle relazioni, un' organizzazione che li lega e concorrono a degli scopi comuni.
Se si scompone un sistema nelle sue singole componenti esso perde le sue funzioni e questo accade anche nei sistemi creati dall'uomo: la famiglia, un ufficio, un' azienda, la società.

Il modello sistemico relazionale

I gruppi in cui tale approccio può essere applicato non sono solo quelli lavorativi quindi costituiti da soggetti che già condividono situazioni, condizioni e punti di vista, ma sono anche quelli creati ad hoc da uno psicoterapeuta che include persone le quali in comune avranno esclusivamente un problema (e spesso l'età anagrafica).

Hall e Fagen hanno definito un sistema come un insieme degli oggetti e delle relazioni fra gli oggetti e i loro attributi. Gli oggetti sono i componenti o parti del sistema e gli attributi sono le proprietà degli oggetti e le relazioni rendono compatto il sistema. Quando si parla di sistemi è necessario distinguerli in base al tipo di apertura (o chiusura) con l'ambiente, in sistemi aperti e/o chiusi.

Il modello sistemico relazionale

Il sistema aperto è stato ripreso dalle scienze sociali per riferirsi all'individuo e al suo ambiente di vita, in quanto esso si caratterizza per la circolarità delle informazioni, la retroazione o feed- back, la trasformazione e omeostasi, l'equifinalità.

Nell'ottica sistemico relazionale la conduzione del colloquio richiede tecniche specifiche e un atteggiamento mentale volto a trovare una risposta alla domanda "a quale scopo" e non "perché". Un colloquio in chiave sistemico-relazionale deve caratterizzarsi per la circolarità delle domanda, che consente di ottenere informazioni e non notizie, che vengono supportate anche da quelle date dalla famiglia o dai gruppi primari. L'assistente sociale si deve porre con atteggiamento neutrale, non deve schierarsi e non deve privilegiare alcuna punteggiatura verbale.

Il vivere presente dell'utente e la sua situazione interpersonale sono l'oggetto dell'intervento, **l'obiettivo terapeutico è il cambiamento.**

Il modello sistemico relazionale

La famiglia in quanto sistema

Tutto quello fin qui detto spinge a considerare in modo più formale la famiglia in quanto sistema. Jackson ha proposto un modello simile per l'interazione della famiglia quando ha elaborato il concetto di "omeostasi familiare" (*Jackson, 1957, pp. 79-90*).
Osservò che le famiglie di pazienti psichiatrici manifestavano ripercussioni violente (depressione, attacchi somatici e simili) quando il paziente migliorava, per cui postulò che tali comportamenti e forse anche la malattia del paziente, erano "meccanismi omeostatici" che operavano per restituire al sistema osservato il suo precario equilibrio. Intendendo la famiglia come sistema si possono applicare ad essa gli stessi principi di Totalità, Non Sommatività e Retroazione/Omeostasi che si applicano ai sistemi organici viventi aperti.
Il principio di Totalità applicato al sistema famiglia suggerisce che il comportamento di ogni individuo all'interno della famiglia è in rapporto con il comportamento di tutti gli altri membri (o in dipendenza da esso) (*Watzlawick, Beavin, Jackson, 1971, pp. 108-128*).
Quando un membro della famiglia ha un miglioramento o un peggioramento, questi cambiamenti hanno un effetto sugli altri membri della famiglia, un effetto che inciderà a seconda della loro salute psicologica, sociale o fisica.
Il principio di Non Sommatività suggerisce che l'analisi di una famiglia non è la somma delle analisi dei suoi componenti.

Il modello sistemico relazionale

Molte qualità dei membri sono in realtà proprie del sistema (*Watzlawick, Beavin, Jackson, 1971, pp. 108-128*). Dalle ricerche di Fry (*Fry, 1962, pp. 245-252*), risulta evidente come tra i coniugi ci sia un'interdipendenza che pervade in forme assai sottili il comportamento di ogni coppia. L'autore rileva come i sintomi del paziente sembrano proteggere il coniuge e a sostegno di questa tesi fa notare che l'inizio dei sintomi è tipicamente in correlazione con un cambiamento nella situazione di vita del coniuge.

In ultima analisi, secondo il principio della Retroazione/Omeostasi il sistema familiare reagisce ai dati (azione dei membri della famiglia e circostanze ambientali) e li modifica. Si deve considerare la natura del sistema e dei suoi meccanismi di retroazione come pure la natura dei dati in ingresso (equifinalità). Alcune famiglie riescono ad incassare i colpi di grandi disgrazie e magari a trasformarli in elementi che le rendono anche più unite; altre sembrano incapaci di superare le crisi più insignificanti. Ancor più grave è il caso di quelle famiglie di pazienti schizofrenici che sembrano incapaci di accettare le inevitabili manifestazioni di maturità del loro figlio e che reagiscono a tali "deviazioni" etichettandole malate o cattive (*Watzlawick, Beavin, Jackson, 1971, pp. 108-128*).

Salvador Minuchin

Argentina 1923-Florida 2017

La vita psichica non è un processo prettamente interno, ma si estende ai suoi contesti di appartenenza.
La famiglia è la fondamentale radice identitaria.
L'identità ha bisogno di autonomia e appartenenza
Pensiamo al valore del nome e del cognome:
il nome ci prappresente l'individualità, il cognome l'appartenenza alla famiglia.
Il sistema si sostanzia di sottosistemi e di relazioni tra essi.
I confini dei sottosistemi possono essere diffusi, poco delineati (famiglia invischiata, non protetta) o confini rigidi (solitudine famiglia disimpegnata).

L'APPROCCIO CENTRATO SULLA PERSONA

di Carl Rogers

- Negli anni '40, Carl Rogers propone il modello della **relazione *centrata-sulla-persona***
- L'Approccio Centrato sulla Persona ha le sue basi in una fiducia fondamentale negli esseri umani di sviluppare le proprie capacità e potenzialità (***tendenza formativa o attualizzante***).

Centrato sulla persona

Carl Rogers

- Processo di cambiamento guidato dal cliente : l'esperto in ogni relazione terapeutica deve essere il cliente stesso
- Rottura con le tradizioni comportamentista e psicoanalitica
- La forza direzionale intrinseca : tendenza attualizzante verso la maturazione, il miglioramento,la tutela di sé e l'autodifesa

CHI E' CARL ROGERS

Carl Rogers è stato uno psicologo statunitense, fondatore della corrente cosiddetta "umanistica" nel campo della psicologia.

Carl Rogers è nato nell'Illinois, l'8 gennaio 1902 da una famiglia protestante avente rigidi principi morali.
Rogers maturò l'interesse per la natura e gli animali al punto da iscriversi alla facoltà di Agraria, ma subito dopo scoprì di essere interessato maggiormente agli studi teologici. Qualche anno più tardi, intraprese un viaggio in Cina, con dei colleghi, per partecipare alla conferenza internazionale organizzata dalla Federazione Mondiale degli Studenti Cristiani. Questo incontro diede la possibilità a **Carl Rogers** di operare un confronto non solo culturale ma anche teorico e di pensiero, chiarendo quale fosse il suo reale interesse di studio.
Il suo interesse per le teorie di Otto Rank e per l'Esistenzialismo europeo, portarono nel 1939 alla pubblicazione del suo primo libro The clinical treatment of problem child, grazie al quale ottenne una cattedra di psicologia clinica in Ohio.
Tre anni più tardi pubblicò il libro dal titolo Counseling and Psychotherapy, pilastro al suo innovativo approccio teorico, ovvero la **teoria basata sul cliente.**
Nel 1957 ottenne la Cattedra di Psicologia e Psichiatria presso l'Università del Wisconsin. In questa sede cominciò a sperimentare il suo approccio terapeutico, concretizzando i primi risultati.
Successivamente, decise di abbandonare l'insegnamento per fondare in California il Center for the Study of the Person e l'Institute of Pedace, orientato allo studio e alla soluzione dei conflitti.
Carl Rogers è stato candidato al Premio Nobel per la pace nel gennaio del 1987 e morì qualche giorno dopo, esattamente il 4 febbraio dello stesso anno.

LA PSICOLOGIA UMANISTICA

L’approccio fondato da Rogers viene definitivo
“terapia centrata sul cliente”
un tipo di terapia non direttivo, volto ad accompagnare l’individuo nel conoscersi e autorealizzarsi. Secondo l’autore, ogni essere umano porta con sé valori e risorse che gli consentono di perseguire gli scopi desiderati, essendo naturalmente predisposti a modificarsi e perfezionarsi.
Il suo pensiero fu in netto contrasto con quello psicoanalitico all’epoca vigente: Rogers si contrappose all’idea di Freud secondo cui l’uomo risponde a impulsi irrazionali dettati dall’inconscio.
L’umanità è elemento innato che porta l’uomo ad autoregolarsi e a tendere al proprio benessere mediante il raggiungimento di scopi desiderati: pertanto, secondo Rogers, la finalità della psicoterapia deve essere di potenziamento di tali risorse, favorendo il raggiungimento di scopi e l’autorealizzazione della persona. Per tali motivi la terapia è definita come “centrata sul cliente”: le persone possiedono già in sé la capacità di poter stare bene; la terapia funge da promotore e accompagnatore verso questa finalità.

La psicologia umanistica
in contrapposizione alla psicanalisi freudiana e al comportamentismo

Secondo tale approccio non sono le pulsioni istintuali a motivare il soggetto, ma il bisogno di conoscere, e autorealizzarsi. Rogers sostiene che bisogna superare il pessimismo antropologico Freudiano secondo il quale l'uomo risponde agli impulsi non razionali e guardare come il comportamento è dato da un naturale fluire di stadi. Infatti, il comportamento umano è razionale ed è determinato dagli obiettivi che ognuno si prefigge di raggiungere. Egli fu il primo a considerare la natura umana come una capacità innata volta al raggiungimento e al mantenimento della salute e dell'autoregolazione.

Freud

l'individuo è spinto prevalentemente dagli impulsi irrazionali e inconsci, fondamentalmente un pessimismo antropologico.L'uomo è un essere irrazionale e condizionato dal passato.

Skinner e Watson (comportamentismo)

si prefigura, con il modello del rinforzo, del condizionamento operante, la necessità di sottoporre l'uomo e la società alla programmazione e al controllo totale.

Una visione deterministica e una valutazione dell'uomo come manipolabile.

La terapia centrata sul cliente

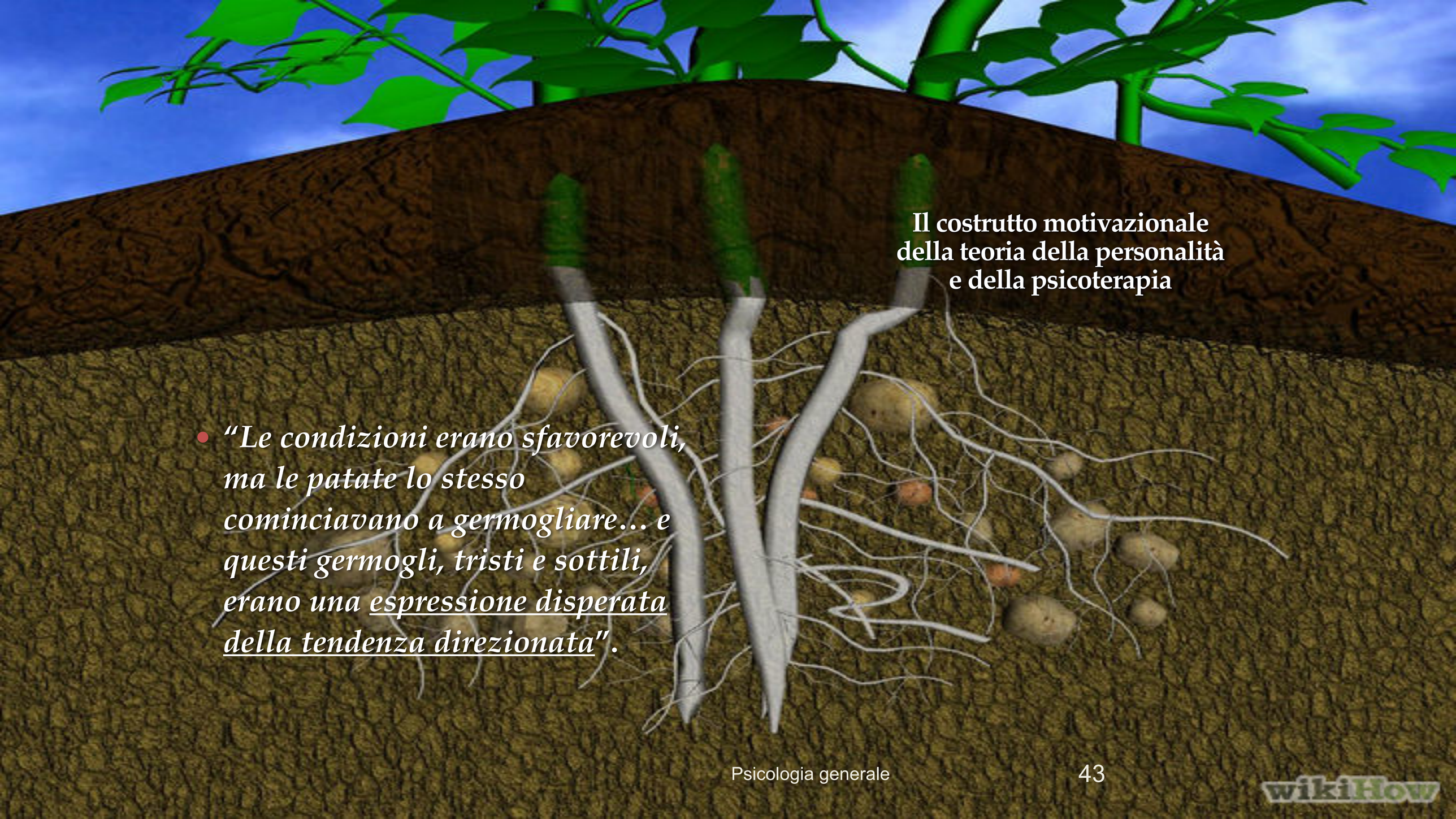
La **terapia centrata sul cliente** è determinata dalla relazione che si instaura tra terapeuta e cliente. Secondo tale approccio lo psicoterapeuta non possiede delle tecniche di intervento protocollari e per questo è libero di interagire con l'individualità del cliente.

La **terapia centrata sul cliente** è particolarmente indicata nei casi in cui non si riesca a entrare in contatto con le proprie esperienze e a riconoscere le proprie emozioni. Si determina in questo modo una sorta di conflitto interiore e inautenticità, che porta la persona a non essere pienamente se stessa nella relazione.
Carl Rogers definisce questo stato **"incongruenza"**, che non permette all'individuo di crescere positivamente o di effettuare le proprie scelte in maniera ottimale.
La **terapia centrata sul cliente** ha come obiettivo l'aprirsi liberamente all'altro in maniera autentica. Inoltre, attraverso tale processo terapeutico è possibile comprendere empaticamente come l'altro costruisce il proprio rapporto con se stesso, gli altri, il mondo.
Questo concetto rappresenta la base dell'epistemologia della **Psicoterapia Centrata sul Cliente** e della sua pratica psicoterapeutica.

La tendenza attualizzante

La tendenza attualizzante, di cui l'organismo è portatore, rappresenta il costrutto motivazionale più importante della teoria, sia per quanto riguarda lo **sviluppo della personalità, sia per l' importanza che esso assume nel processo terapeutico.** Essa imprime selettivamente una direzione costruttiva allo sviluppo verso la differenziazione ,l' integrazione, l' espansione, la piena realizzazione degli aspetti sani e creativi.

Ogni individuo vive in un mondo di esperienze di cui è il centro e all' interno del quale cerca la soddisfazione dei propri bisogni; dall'interazione con il mondo dell' esperienza si costituisce il Sé, che è un'organizzazione dinamica che consente di acquisire i valori ambientali che possono essere in accordo o in disaccordo con la tendenza del proprio organismo ad attualizzarsi secondo le proprie valutazioni. Quanto maggiore è l'incongruenza tra il proprio processo organismico di valutazione e i valori esterni introiettati (acquisiti interiormente), tanto maggiore sarà l' area conflittuale e la difficoltà ad essere pienamente se stessi, mentre l' individuo è tanto più "sano", quanto più il suo Sé è dinamico e capace di sostituire il suo sistema di valutazioni in base al fluire dell' esperienza.



Il costrutto motivazionale della teoria della personalità e della psicoterapia

- *"Le condizioni erano sfavorevoli, ma le patate lo stesso cominciavano a germogliare… e questi germogli, tristi e sottili, erano una espressione disperata della tendenza direzionata".*

…….La tendenza attualizzante

La tendenza attualizzante può essere contrastata o corretta, ma non può essere distrutta senza che si distrugga l'organismo stesso.

Per chiarire questo concetto Rogers racconta la storia di un cesto di patate abbandonate nel seminterrato della sua casa d'infanzia, riportando come, nonostante le circostanze di deprivazione date dall'assenza di luce e acqua, i tuberi riuscissero comunque a germogliare, certo virgulti fragili e pallidi, ma comunque manifestazioni di vita.

I tuberi in questione non avrebbero mai raggiunto il loro potenziale, date le condizioni sfavorevoli, ma tentavano di farlo con tutte le loro forze.
"La vita, anche se non le era possibile fiorire, non rinunciava a se stessa"
Anche in assenza di condizioni positive, abbiamo tutti dentro di noi i germogli della crescita, e la possibilità di migliorarci e attualizzarci come esseri umani.
Un percorso di psicoterapia, in tal senso può essere d'aiuto.
Attraverso l'esperienza di una relazione significativa, congruente e non giudicante con il terapeuta, la persona ha l'opportunità di sperimentare un maggior contatto con i propri bisogni, e di sviluppare flessibilità e fiducia verso il proprio sentire.
La psicoterapia ha lo scopo di liberare la Tendenza Attualizzante nella persona promuovendo il contatto con il suo vero Sè, aiutandola a raggiungere il benessere psicologico.

…….La tendenza attualizzante

La tendenza attualizzante comporta lo sviluppo di tutte le potenzialità dell'organismo?

Chiaramente questo non corrisponde a verità.

L'organismo non tende a sviluppare la sua predisposizione all' autodistruttività,o la capacità di sopportare il dolore.

Solo in circostanze inconsuete o pervertite queste potenzialità diventano attualizzate.

La tendenza attualizzante al contrario è selettiva e direzionata, è una tendenza COSTRUTTIVA.

Tesi sostenuta a livello scientifico.

Se si instaura un clima facilitante libero di scegliere qualunque direzione, ma di fatto selezione i percorsi positivi e costruttivo.

La tendenza è all'opera nell'essere umano.

Rogers p.130…..144.

La relazione deve possedere i seguenti prerequisiti

- **Congruenza**

- **Accettazione incondizionata**

il terapeuta accetta i pensieri e i comportamenti del cliente in maniera incondizionata e per questo ascolta attivamente e senza mettere in atto pregiudizi.

- **Non- direttività**

la relazione che si instaura tra terapeuta e cliente è di tipo paritetica, il terapeuta incita il cliente a utilizzare le sue risorse personali per individuare una soluzione al problema presentato

- **Empatia**

affinché la relazione possa portare a dei risultati è necessario che il terapeuta vesta i panni del cliente e tenti di vedere il mondo con i suoi occhi, abbandonando i propri schemi personali.

LA CONGRUENZA

Carl Rogers a tal proposito dice: “Ho trovato che più posso essere genuino nella relazione, più posso dare aiuto. Questo significa che devo essere cosciente dei miei propri sentimenti, per quanto è possibile, piuttosto che presentare l’apparenza esterna di un atteggiamento, mentre in realtà sento un’altra attitudine a un livello più profondo o inconscio. Essere genuino inoltre include la volontà di essere ed esprimere, col mio comportamento e con le mie parole, i vari sentimenti e modi di essere che esistono in me. È solo in questo modo che la relazione può essere reale, e la realtà sembra essere profondamente importante come prima condizione”.
Questa affermazione mette in luce la distinzione tra la congruenza e l’autenticità in quanto la prima si riferisce alla capacità del terapeuta di essere in contatto e consapevole dei sentimenti, delle emozioni e dei pensieri che esperisce mentre la seconda riguarda la capacità di esprimere, attraverso comportamenti verbali e non verbali adeguati, questi stati interni.
Inizialmente Rogers, difatti, si riferiva a questa condizione con il termine di genuineness, che riconduce al concetto di sincerità, ma si rese poi conto che si poteva essere sinceri parlando e agendo sulla base della rappresentazione cosciente ma che vi poteva essere un errore nella percezione dell’esperienza e quest’ultima poteva quindi non essere autentica.
Se non c’è accordo interno l’efficacia della relazione terapeutica sarà minata, è quindi necessario che il terapeuta sia se stesso e che la sua esperienza interna sia immediatamente simbolizzata.
Il terapeuta deve quindi trovarsi in uno stato di congruenza e di autenticità nella relazione.

……..LA CONGRUENZA

Una delle descrizioni che Rogers ci dà della congruenza è la seguente:
"…Appare essenziale che il terapeuta sia genuino, totale o congruente nella relazione. Ciò significa che è importante per il terapeuta essere quello che è nel suo contatto con il cliente. Se il terapeuta mostra esternamente un sentimento o un atteggiamento, mentre internamente o inconsciamente ne sta esperendo un altro, la probabilità di successo terapeutico diminuirà."
L'espressione della genuinità del terapeuta faciliterà la ricerca della propria realtà nel cliente "Solo fornendo la realtà genuina che è in me, l'altra persona può cercare con successo la realtà che è in lei" e, se il terapeuta non si difende dalla realtà che è in lui, anche il cliente si difenderà meno, "…Maggiore è la congruenza comunicata dell'esperienza, della consapevolezza e del comportamento da parte di un individuo, più la relazione risultante includerà una tendenza verso la comunicazione reciproca con le medesime qualità, verso la comprensione mutuamente accurata della comunicazione, verso un miglioramento dell'adattamento psicologico e un funzionamento migliore di entrambe le parti, e verso una mutua soddisfazione nella relazione."
Se per primo il terapeuta non ha il coraggio di essere se stesso non può pretenderlo dal cliente!
Dopo aver approfondito la condizione di congruenza del terapeuta, passiamo ora ad esaminare quella del cliente. Quest'ultimo deve trovarsi in uno stato di incongruenza, vulnerabilità o ansia al momento della richiesta di consulenza.
L'incongruenza consiste in una "discrepanza fra l'esperienza reale dell'organismo e l'immagine di sé che l'individuo ha quando si rappresenta quell'esperienza".
Quando non c'è coscienza dell'incongruenza il soggetto è più esposto alla disorganizzazione ma se percepita o "subcepita" genera ansia e stati di tensione.

L’accettazione positiva incondizionata: prendersi cura dell’altro in modo non possessivo

LA CONSIDERAZIONE POSITIVA INCONDIZIONATA prescrive un atteggiamento accogliente.
L’apprezzamento di quanto l’altro è e non di quanto dovrebbe essere.Implica un atteggiamento di rispetto profondo, di cura e di fiducia nelle altrui potenzialità in modo non possessivo.
La considerazione positiva crea le premesse per la realizzazione dello stato interiore di CONGRUENZA.
Il malfunzionamento della personalità si può collegare alle frustrazioni e alle carenze dell’amore incondizionato delle figure di riferimento e dal loro inconsapevole linguaggio del rifiuto.
Approfondimento sulle dinamiche familiari.
Si accetta sia l’individuo sia le sue potenzialità.
“L’accettazione più assoluta della persona è il fattore di cambiamento più forte, libera le potenzialità necessarie per capire che proprio così com’è pienamente accettata, può intraprendere processi di cambiamento senza la necessità di erigere barriere difensive.”

Vignati pag.51

EMPATIA

L’EMPATIA

L’**empatia** è un’abilità sociale di fondamentale importanza e rappresenta uno degli strumenti di base di una comunicazione interpersonale efficace e gratificante.

Nelle relazioni interpersonali l’empatia è una delle principali porte d’accesso agli stati d’animo e in generale al mondo dell’altro.

L’EMPATIA

Definizione e significato

Il termine empatia deriva dal greco, en-pathos “sentire dentro”, e consiste nel riconoscere le emozioni **degli altri come se fossero proprie,** calandosi nella realtà altrui per comprenderne punti di vista, pensieri, sentimenti, emozioni.
L’**empatia** è la capacità di “mettersi nei panni dell’altro” percependo, in questo modo, emozioni e pensieri. E’ l’abilità di vedere il mondo come lo vedono gli altri, essere non giudicanti, comprendere i sentimenti altrui mantenendoli però distinti dai propri (Morelli e Poli, 2020).
Si tratta di un’abilità sociale di fondamentale importanza e rappresenta uno degli strumenti di base di una comunicazione interpersonale efficace e gratificante. Nelle relazioni interpersonali l’**empatia** è una delle principali porte d’accesso agli stati d’animo e in generale al mondo dell’altro. Grazie a essa si può non solo afferrare il senso di ciò che asserisce l’interlocutore, ma cogliere anche il significato più recondito psico-emotivo. Questo ci consente di espandere la valenza del messaggio, cogliendo elementi che spesso vanno al di là del contenuto semantico della frase, esplicitandone la metacomunicazione, cioè quella parte veramente significativa del messaggio, espressa dal linguaggio del corpo, che è possibile decodificare proprio grazie all’ascolto empatico.

L'EMPATIA

Cenni storici

Il termine **empatia** era utilizzato nell'antica Grecia per indicare il rapporto emozionale di partecipazione che legava l'autore – cantautore (aedo) al suo pubblico. **Empatia** significava sentirsi dentro l'altro, sperimentare il modo in cui l'altra persona vive un'esperienza.

Il concetto di **empatia** in filosofia è stato introdotto a fine Ottocento da Robert Vischer, studioso di arti figurative, nell'ambito della riflessione estetica, per definire la capacità della fantasia umana di cogliere il valore simbolico della natura. Egli faceva uso del termine Einfühlung che, solo più tardi, è stato tradotto in inglese come empathy.

Agli inizi del Novecento, Lipps introduce la dimensione dell'empatia in psicologia, parlando di partecipazione profonda all'esperienza di un altro essere, introducendo così il tema dell'alterità, che verrà poi ripreso dalla scuola fenomenologica. Per Lipps l'osservazione dei movimenti altrui suscita in noi lo stesso stato d'animo che è alla base del movimento osservato, tuttavia questo stato non viene percepito come una propria esperienza, ma viene proiettato sull'altro e legato al suo movimento (non ci si perde nell'altro); si tratta di **empatia** come partecipazione o imitazione interiore.

L'EMPATIA

Empatia e Sviluppo: la teoria di Martin Hoffman

Il modello elaborato da Hoffman fornisce una descrizione dello sviluppo dell'**empatia** articolata e complessa. Hoffman, infatti, estende la definizione di **empatia** a una serie più ampia di reazioni affettive coerenti con il sentimento provato dall'altro e colloca le prime manifestazioni di **empatia** nei primissimi giorni di vita. Egli, inoltre, non considera l'**empatia** come qualcosa di "unitario", ma l'articola in diverse forme che, man mano che procede lo sviluppo, diventano più mature e sofisticate (Hoffman, 2008).

Hoffman propone un modello a tre componenti: affettiva, cognitiva e motivazionale.

Secondo Hoffman l'**empatia** si manifesta fin dai primi giorni di vita. Questa considerazione riflette la maggiore autonomia e rilevanza attribuita alla dimensione emotiva dell'**empatia**: nelle primissime manifestazioni empatiche, infatti, è la dimensione affettiva ad avere il ruolo di maggior rilevanza, mentre la dimensione cognitiva è pressoché assente.

Procedendo nello sviluppo, la componente cognitiva acquisirà un'importanza crescente e si compenetrerà sempre di più con quella affettiva, permettendo lo sviluppo di forme più evolute di **empatia**.

Oltre alla componente cognitiva e a quella affettiva, secondo Hoffman interviene nell'esperienza empatica un terzo fattore: la componente motivazionale. L'esperienza di empatizzare con una persona che sta soffrendo, infatti, rappresenterebbe una motivazione per mettere in atto comportamenti di aiuto. L'effetto motivante dipende dal fatto che condividere l'emozione dell'altro, soccorrendolo, fa provare a chi aiuta uno stato di benessere; viceversa, la scelta di non confortare l'altro porterebbe con sé un senso di colpa.

L'**empatia**, nella sua forma più matura, si caratterizza quindi come una risposta a un insieme di stimoli comprendenti il comportamento, l'espressività e tutto ciò che si conosce dell'altro. L'acquisizione di questa funzione, dato l'alto livello di complessità dei meccanismi cognitivi implicati, ha un'evoluzione graduale, che trova, in buona parte delle persone, pieno compimento intorno ai 13 anni.

L’EMPATIA

Empatia e intelligenza emotiva

L’intelligenza emotiva è “la capacità di monitorare le proprie e le altrui emozioni, di differenziarle e di usare tali informazioni per guidare il proprio pensiero e le proprie azioni” (Salovey e Mayer, 1990); racchiude al suo interno quelle capacità di consapevolezza e padronanza di sé, motivazione, **empatia** e abilità nella gestione delle relazioni sociali, che qualunque persona può sviluppare e che si rivelano fondamentali per ogni essere umano. L’intelligenza emotiva viene definita come quell’abilità di riconoscimento e comprensione delle emozioni sia in se stessi che negli altri e di utilizzo di tale consapevolezza nella gestione e nel miglioramento del proprio comportamento e delle relazioni con gli altri (Morgese, 2018).
L’autore che resta più influente in tema di intelligenza emotiva è Goleman che, alla base dell’intelligenza emotiva, individua due tipi di competenze, quella personale, ovvero come controlliamo noi stessi e quella sociale, ossia il modo in cui gestiamo le relazioni con l’Altro (**Goleman**, 1995). Quando non si sviluppa l’intelligenza emotiva si corre il rischio di diventare analfabeti emotivi (o analfabeti emozionali), ovvero si diventa incapaci di riconoscere e controllare le proprie emozioni, e si ha difficoltà a riconoscere anche le emozioni altrui, il che rende incapaci di provare **empatia** e compassione. Alti livelli di intelligenza emotiva, invece, ci consentono di essere empatici verso gli altri, capirli e saperci mettere nei loro panni (Morgese, 2018).

L’EMPATIA…CARL ROGERS

“Lo stato di empatia è il percepire lo schema di riferimento interiore di un altro con le componenti emozionali e di significato ad esso pertinenti, come se fossimo una sola personam senza mai perdere di vista il “Come se”.
Significa sentire la ferita o il piacere dell’altro come lui lo sente, e di percepirne le cause come lui le percepisce, ma senza mai dimenticare che è come se io fossi ferito o provassi piacere.Se questa qualità di “come se”manca allora lo stato è quello dell’identificazione”

Rogers pag.146

L’EMPATIA…CARL ROGERS

L’empatia non è uno stato ma un processo, ha molte angolature.

Coinvolge la comunicazione delle vostre percezioni del mondo dell’altro,del quale si osservano con sguardo sereno quegli elementi che l’altro teme di più.

L’essere empatico è un modo di essere complesso, esigente e forte e al tempo stesso sottile e delicato.

Strumenti operativi (pag.151)

Conclusioni derivate da ricerche con questi e altri strumenti operativi

Le conseguenze di un clima empatico (Rogers pag.159)

L’empatia è sicuramente correlata con un risultato positivo.

Dai pazienti schizofrenici agli allievi di una comune scuola, dai clienti di un centro di consulenza per insegnanti, dai nevrotici di ogni paese o nazionalità.

Molti studi affermano questa correlazione tra l’empatia del terapeuta, l’autoesplorazione del paziente e i criteri indipendenti del cambiamento.

1-L’empatia dissolve l’alienazione:spiega le principali scoperte nella terapia degli schizofrenici

Laing:uno dei suoi pazienti si esprime in questo modo:”E’ il più terrificante dei sentimenti rendersi conto che il medico non sa vedere la tua realtà….cominciavo a sentire di essere invisibile e forse di non esserci nemmeno”

2-Il paziente si sente accettato, oggetto di cure, accettato per la persona che è.

La persona percepisce il messaggio di essere una persona degna di fiducia.

L'EMPATIA…CARL ROGERS

….Le conseguenze di un clima empatico (Rogers pag.159)

3- La terza caratteristica di una comprensione empatia è l'accettazione della sua qualità non giudicante.

La vera empatia è sempre libera da ogni qualità diagnostica o giudicante.

Laing "Il senso di identità richiede l'esistenza di un altro da cui uno si sente conosciuto"

4-Le persone cominciano a manifestare e mettere in luce materiali che prima non avevano mai comunicato, scoprendo elementi prima sconosciuti.

Percepire un aspetto nuovo è il primo passo verso il cambiamento del concetto di sé, un sé percepito come rinnovato.

Le conseguenze di un clima empatico sono riscontrabili anche in contesti di gruppo, ad esempio un'aula scolastica.

Conseguenze del clima empatico anche sulle dinamiche della personalità

L'EMPATIA

Empatia e Psicopatologia

I disturbi di personalità del cluster B, caratterizzati da tratti di drammaticità e impulsività, comportano una alterazione delle relazioni interpersonali e una disregolazione emotiva, che può almeno in parte essere ricondotta ad un deficit a livello empatico. Nello specifico:

- **Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP)**

Gli elementi distintivi del disturbo narcisistico di personalità riguardano fondamentalmente tre temi: idea grandiosa di sè, costante bisogno di ammirazione e mancanza di **empatia**.
Facendo riferimento a quest'ultima caratteristica, si può affermare che spesso i pazienti affetti da narcisismo non siano in grado di mettersi nei panni degli altri e di riconoscere che anche loro abbiano desideri, sentimenti e necessità. Da questo deriva la convinzione dei narcisisti che le proprie esigenze vengano prima di tutto e che il loro modo di vedere le cose sia l'unico universalmente giusto;

- **Disturbo Istrionico di Personalità (DIP)**

La persona affetta da disturbo istrionico di personalità è caratterizzata da un'emotività eccessiva e da ricerca di attenzione. In particolare il paziente manifesta disagio nei contesti in cui non è al centro dell'attenzione, un comportamento seduttivo e/o provocante, emotività esageratamente inappropriata, instabile e superficiale, uso dell'aspetto fisico come mezzo per attirare l'attenzione su di sè, eloquio di tipo impressionistico, alta suggestionabilità, tendenza a considerare le relazioni più intime di quanto non siano realmente. Sicuramente uno degli aspetti su cui si sviluppa il trattamento di questi pazienti è quello di aumentare le abilità sociali, incluso il senso di **empatia**, evitando atteggiamenti troppo seducenti o provocanti.

L'EMPATIA

……Empatia e Psicopatologia

- **Disturbo Borderline di Personalità (DBP)**

Il disturbo borderline di personalità è una condizione caratterizzata da pattern a lungo termine di instabilità emotiva, interpersonale e comportamentale. Le serie difficoltà manifestate nelle relazioni interpersonali potrebbero essere dovute, almeno in parte, a difficoltà nella sfera empatica e dei processi della **teoria della mente**. Una nuova ricerca dell'Università della Georgia indica che questo potrebbe collegarsi ad una scarsa attività cerebrale in regioni importanti per l'**empatia** nei pazienti con tale disturbo.
Altri recenti studi (Guttman and Laporte, 2000; Lynch et al., 2006), invece, evidenziano che nel disturbo borderline vi sarebbe una risonanza esagerata e iperaffettiva con lo stato mentale dell'altro, determinata da una dissociazione tra le componenti affettive e cognitive dell'**empatia**.

- **Disturbo Antisociale di Personalità (DAP)**

La persona affetta da disturbo antisociale di personalità è caratterizzata principalmente da inosservanza e violazione dei diritti degli altri, che si manifestano in un soggetto maggiorenne, almeno dall'età di 15 anni. L'infanzia è di solito costellata da piccoli furti, menzogne e scontri; l'adolescenza da episodi di abuso di sostanze e, raggiunta l'età adulta, vi è manifesta incapacità ad assumersi responsabilità, conservare un'occupazione e mantenere una relazione affettiva in maniera stabile. Il modo di rapportarsi agli altri è drasticamente connotato dalla superficialità e dalla mancanza di rispetto per i sentimenti e le preoccupazioni di chi li circonda, in genere si possono definire poco empatici e poco sensibili ai sentimenti o ai diritti altrui.

L’EMPATIA

Empatia e professioni di aiuto

Le professioni in ambito sanitario sono caratterizzate, più di altre, da un costante coinvolgimento interpersonale e da un contatto con la sofferenza umana. La partecipazione emotiva è inevitabile e, se essa può arrecare soddisfazione e senso di efficacia personale, è in alcuni casi fonte di forte stress e rischio di burnout (Morelli e Poli, 2020).

Un elemento chiave per la buona riuscita del trattamento del paziente è l’empatia manifestata dalla figura curante, che aumenta la compliance del paziente e la sua fiducia nella terapia, migliora la prognosi di malattia e la soddisfazione della persona in cura.

L’evoluzione scientifica rischia però di portare verso una medicina sempre più distaccata dal paziente, col rischio di tornare ad un approccio medico centrato esclusivamente sulla malattia; è necessario invece recuperare una prospettiva più umanistica e individualizzata della malattia, ma soprattutto della persona portatrice di sofferenza, che abbia dunque come oggetto dell’attenzione la persona nella sua interezza (Giordano, 2021).

Dopo il momento dell’ascolto viene il momento delle parole, quelle che comunicano al paziente empatia e accettazione.

L’EMPATIA

…….Empatia e professioni di aiuto

L’empatia, pur essendo un punto di forza, può talvolta diventare rischiosa, specie in in quelle situazioni in cui si ha a che fare con le situazioni più emotivamente angoscianti.

Ad esempio la crisi sanitaria legata all’emergenza Covid-19 ha messo in luce proprio questo rischio. La rapidità di diffusione dell’epidemia, la scarsità di risorse e di luoghi di cura attrezzati, la gestione di turni stressanti, la carenza di personale ed il continuo confronto con situazioni di estrema sofferenza hanno aumentato in maniera esponenziale i rischi dello sviluppo di sindromi da burnout (Morelli e Poli, 2020).

L’approccio ideale per le figure sanitarie dovrebbe quindi essere quello di un’empatia clinica, che include la capacità di distinguere il sé dall’altro in maniera tale da non essere coinvolti dalle poro sofferenze e angosce. Questo protegge a lungo termine da esaurimento e depersonalizzazione e aiuta a prevenire il burnout.

L’EMPATIA

L’empatia “non ha avuto una vita facile” ma ha costituito un oggetto di notevole interesse proprio nel settore delle relazione di aiuto.

L’individuazione dei **neurons mirror** nel campo delle neuroscienze rappresenta un correlato scientifico dell’empatia, ci permette di entrare nei meccanismi neurofisiologici dell’intersoggetività.
La reciprocità che ci lega ai nostri simili è una condizione naturale,prelinguistica e preconcettuale.

La scoperta dei neuroni specchio proietta una nuova luce su alcune delle principali teorie come quella dell’attaccamento di John Bowlby,la teoria del rispecchiamento materno di Winnicott o il riconoscimento delle emozioni facciali universali di Paul Ekman.

La scoperta dei neuroni specchio è una conferma scientifica delle intuizioni, delle esperienze e delle ricerche di Carl Rogers

L’EMPATIA e Neuroni Specchio

Il gruppo di Giacomo Rizzolatti e Vittorio Gallese ha formulato la teoria dei neuroni specchio, secondo cui l’**empatia** nasce da un processo di simulazione incarnata che precede l’elaborazione cognitiva.

A livello neurobiologico, la comprensione della mente e dei vissuti dell’altro è sostenuta da una particolare classe di neuroni, definiti neuroni specchio: partecipare come testimoni ad azioni, sensazioni ed emozioni di altri individui attiva le stesse aree cerebrali di norma coinvolte nello svolgimento in prima persona delle stesse azioni e nella percezione delle stesse sensazioni ed emozioni.

Alla base dell’**empatia** ci sarebbe un processo di ‘simulazione incarnata’, vale a dire un meccanismo di natura essenzialmente motoria, molto antico dal punto di vista dell’evoluzione umana, caratterizzato da neuroni che agirebbero immediatamente prima di ogni elaborazione più propriamente cognitiva.

Ecco come lo descrive l’autore:

“Percepire un’azione – e comprenderne il significato – equivale a simularla internamente. Ciò consente all’osservatore di utilizzare le proprie risorse per penetrare il mondo dell’altro mediante un processo di modellizzazione che ha i connotati di un meccanismo non conscio, automatico e prelinguistico di simulazione motoria. […] Quando vedo qualcuno esprimere col proprio volto una data emozione e questa percezione mi induce a comprendere il significato emotivo di quell’espressione, non conseguo questa comprensione necessariamente o esclusivamente grazie a un argomento per analogia. L’emozione dell’altro è costituita dall’osservatore e compresa grazie a un meccanismo di simulazione che produce nell’osservatore uno stato corporeo condiviso con l’attore di quella espressione. È per l’appunto la condivisione dello stesso stato corporeo tra osservatore e osservato a consentire questa forma diretta di comprensione, che potremmo definire empatica” (Gallese, Migone e Eagle, 2006).

I neuroni specchio:Giacomo Rizzolati

L'importanza dei neuroni specchio deriva dal fatto che essi spiegano scientificamente qualcosa che intuitivamente si è sempre saputo**: e cioè che guardando si impara**. Una banalità? Niente affatto. Proviamo a entrare dentro il cervello, che, come ormai tutti sanno, è costituito da neuroni che si attivano (*sparano*, in termini tecnici) per svolgere qualsivoglia funzione. Nel momento in cui vediamo qualcosa, elaboriamo un pensiero, memorizziamo un dato, compiamo un movimento, un certo circuito neuronale entra in funzione, e se potessimo vederlo (come lo vedono gli scienziati attraverso esami di *imaging* cerebrale) vedremmo una frenetica attività elettrica e chimica in aree specifiche del cervello, come un fuoco di artificio.

R**izzolatti ha scoperto che, nelle aree deputate ai movimenti, le aree motorie, la medesima attività neuronale si verifica sia in chi compie un gesto, per esempio afferra un bicchiere, sia in chi lo guarda.**

Per questo nell'osservatore si parla di neuroni specchio. Dunque, a livello cerebrale, se ti guardo bere è in qualche modo come se bevessi anch'io, e se ti guardo guidare, è come se guidassi anch'io, e dunque non solo imparo quello che tu fai, **ma capisco anche le tue intenzioni**.

I neuroni specchio:Giacomo Rizzolati

"I neuroni specchio si trovano nelle aree motorie, e descrivono l'azione altrui nel cervello di chi guarda in termini motori " …. "Fino a non molti anni fa, si riteneva che il sistema motorio producesse solo movimenti. Noi, partendo da un approccio etologico, senza convinzioni a priori sulla funzione delle aree motorie, abbiamo scoperto che molti neuroni del sistema motorio rispondono a stimoli visivi. Se vedo una persona che afferra una bottiglia, colgo subito il suo gesto perché è già neurologicamente programmata in me la maniera in cui afferrarla. Si verifica una comprensione istantanea dell'altro, senza bisogno di mettere in gioco processi cognitivi superiori. In seguito abbiamo visto che la stessa cosa capita per le emozioni. Per esempio il disgusto. Somministrando a una persona uno stimolo olfattivo sgradevole, come l'odore delle uova marce, si attivano determinate parti del cervello. Una di queste è l'insula, un'area corticale che interviene negli stati emozionali. La sorpresa è stata che, se osservo qualcuno disgustato, si attiva in me esattamente la stessa zona dell'insula. Questo ci consente di uscire da un concetto mentalistico e freddo, riportando tutto al corpo. I**o ti capisco perché sei simile a me.**

Non deduco, ma *sento*. C'è un legame intimo, naturale e profondo tra gli esseri umani. **Il processo non è logico ma intuitivo".**

I neuroni specchio:Giacomo Rizzolati

I neuroni specchio sono anche alla base dell'**empatia**, cioè della capacità di rapportarsi agli altri, di comprenderli, di solidarizzare con le loro sofferenze e le loro gioie.
"In ogni azione, oltre ciò che si fa, conta l'intenzione, il *perché* la si fa" dice Rizzolatti. *Prendo il bicchiere*, è l'azione. *Come* lo prendo è fondamentale per capire l'intenzione. Se per bere, per brindare, o per scagliarlo contro il mio interlocutore, per esempio. E sono i neuroni specchio che ci rivelano l'intenzione in tempo reale, per cui siamo pronti a coprirci la faccia se chi ci sta dinanzi ha intenzioni aggressive. Oggi si ritiene che chi soffre di autismo, ed è cioè incapace di comprendere le azioni degli altri e di rapportarsi agli altri, abbia in realtà una carenza di neuroni specchio, e questo apre la porta alla speranza di trovare qualche forma di terapia farmacologica."
Empatia significa dunque entrare nei panni degli altri perché il nostro cervello si sintonizza con quello di chi ci sta intorno. Ma non necessariamente con quello di tutti coloro che ci stanno intorno. Si può, come Hitler, essere empatici con gli animali, e mandare gli ebrei nelle camere a gas. Essere generosi con i poveri - purché bianchi di pelle - e mettere i neri in schiavitù. Trattare con riguardo i propri concittadini, e uccidere barbaramente gli stranieri. Essere un marito e un padre esemplare, e violentare altre donne. Dunque i neuroni specchio funzionano a intermittenza?

L’EMPATIA e Neuroni Specchio

Il ruolo sociale dell’empatia

L’empatia è un meccanismo mediante il quale l’osservatore esperisce lo stato mentale, e in particolare quello emotivo, di un altro individuo. L’empatia non è né ‘buona’, né ‘cattiva’, e non porta necessariamente a essere buoni, com’è spesso scritto nella stampa popolare. Basti un esempio: psicopatici condannati per sadismo riconoscono perfettamente lo stato emotivo delle altre persone.
Tuttavia, l’empatia è un meccanismo fondamentale per la sopravvivenza degli individui e del gruppo sociale. La madre ha l’istinto di fare crescere i suoi figli e di proteggerli. Per fare questo deve ‘capire’ in senso empatico (esperire) che cosa occorra al suo bambino sin dalla nascita, in una fase quindi prelinguistica del suo sviluppo. Lo stesso vale per la vita sociale. Un gruppo sociale per sopravvivere ha bisogno di essere coeso, di proteggersi dall’ambiente e di difendersi dai nemici. Quindi il riconoscimento esperienziale di un’emozione negativa nell’altro è fondamentale per aiutare la persona in difficoltà, come pure per la sopravvivenza del gruppo.
Vi è un altro aspetto sociale ancora più importante che si basa sull’empatia: riconoscere che l’altro è come te.

L’EMPATIA e Neuroni Specchio

Ma che cosa succede se il meccanismo mirror che ci permette di considerare gli altri uomini simili a noi viene soppresso mediante meccanismi culturali?

Non abbiamo dati sperimentali in proposito, ma un esempio storico, anche se ipotetico, potrebbe essere di aiuto: quello della Germania nazista. Come è possibile che una nazione di grande civiltà, che ha prodotto geni universali come i poeti Johann Wolfgang von Goethe o Johann Christoph Schiller, i musicisti Ludwig van Beethoven o Johannes Brahms e alcuni dei maggiori scienziati del mondo abbia potuto accettare la discriminazione prima, e il massacro poi, di un gruppo di suoi cittadini, perché ebrei?

La Germania aveva perso la guerra e i suoi cittadini avevano la convinzione che questo fosse un fatto ingiusto e illogico, quasi impossibile perché la Germania rappresentava, come asserito già da Georg Wilhelm Hegel cento anni prima, l’apice della civiltà. Come era possibile che la Germania avesse perso? A parte le condizioni socioeconomiche in cui si trovava dopo le sanzioni stabilite dal Trattato di Versailles che favorivano spinte nazionaliste, fu l’abile propaganda di Joseph Paul Goebbels a convincere i tedeschi che la sconfitta non era dovuta alla Germania come tale, ma a una minoranza di Untermenschen, gli ebrei, sparsi tra i tedeschi ariani. A questo punto le conseguenze sono logiche.

Se gli ebrei non sono umani, ma ‘subumani’, se non sono ‘come noi’, non vi è alcun motivo etico che impedisca l’Olocausto, se questo è necessario per riuscire ad avere la rivincita di una guerra persa ingiustamente.

La storia dunque suggerisce che, in determinate circostanze, l’empatia può sparire o essere sostituita da processi logici, generando orrori come quelli avvenuti nel secolo scorso.

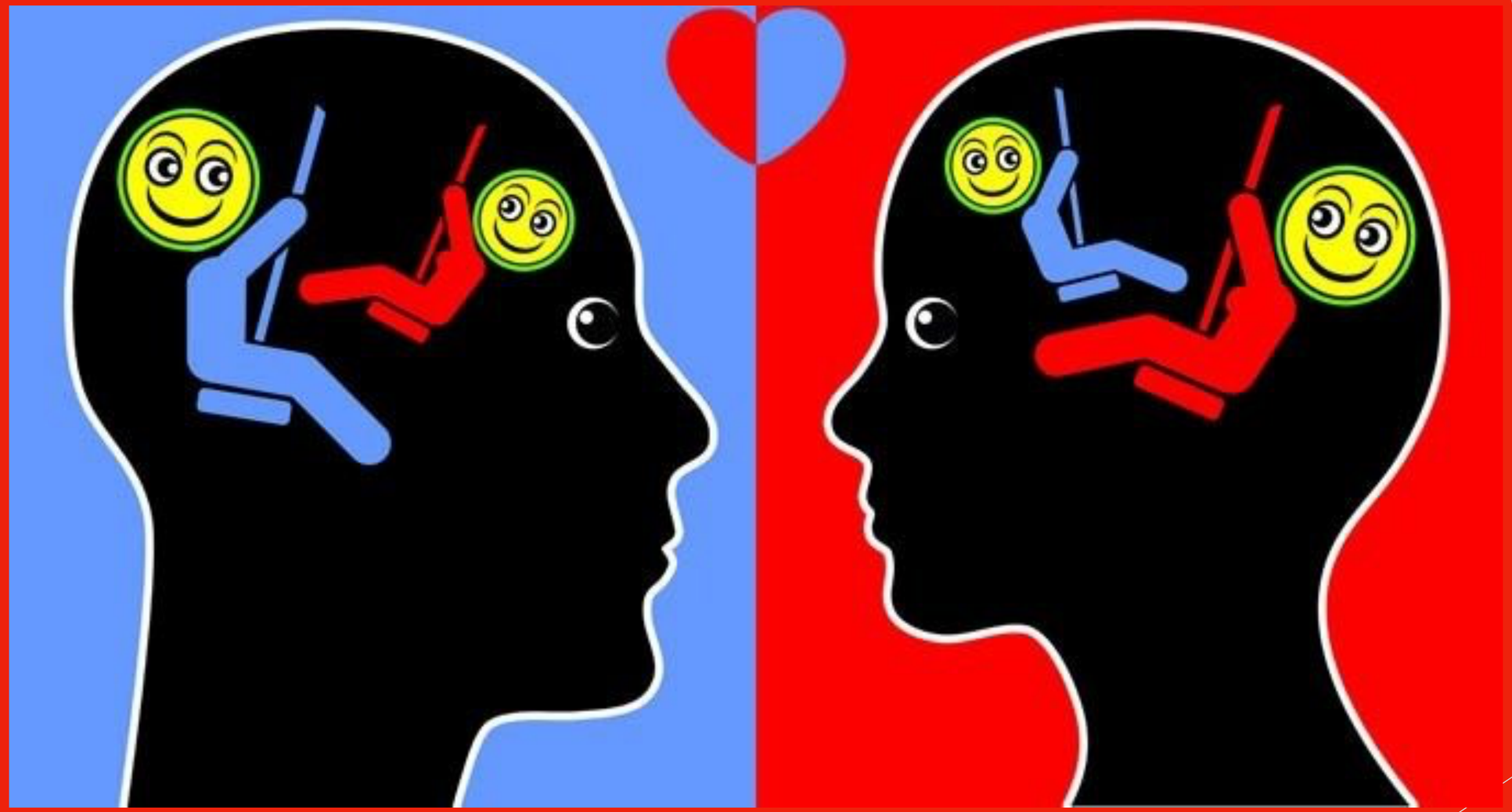
L’EMPATIA e Neuroni Specchio

Questo aspetto dell’empatia è stato meravigliosamente espresso da William Shakespeare nel monologo di Shylock del Mercante di Venezia:
“ma un ebreo non ha occhi? Un ebreo non ha mani, organi, misure, sensi, affetti, passioni, non mangia lo stesso cibo, non viene ferito con le stesse armi, non è soggetto agli stessi disastri, non guarisce allo stesso modo, non sente caldo o freddo nelle stesse estati e inverni allo stesso modo di un cristiano? Se ci ferite, noi non sanguiniamo? Se ci solleticate, noi non ridiamo? Se ci avvelenate, noi non moriamo? (III, 1).
Sono questi aspetti che empaticamente, attraverso il meccanismo mirror, riconosciamo negli altri e che ci costringono ad accettare che gli altri sono come noi. **Il legame è biologico, non culturale.**
I processi biologici sono però influenzati dalle credenze delle società in cui viviamo, e il meccanismo mirror, in particolare, può essere modulato da fattori culturali, quali i legami affettivi tra individui o ideologie collettive.
In uno studio sulla possibilità di modulare l’empatia, alcuni volontari hanno partecipato a un gioco in cui due di essi si comportavano onestamente, mentre due baravano. Successivamente, soggetti di entrambi i sessi, che avevano osservato il comportamento dei quattro giocatori, sono stati studiati in un esperimento in cui vedevano gli stessi quattro giocatori ricevere stimoli dolorosi. Tutti i soggetti hanno mostrato un’attivazione dei centri empatici (misurata con fMRI) durante la stimolazione dolorosa dei giocatori, ma l’entità dell’attivazione è stata molto ridotta nel caso dei bari rispetto a quella degli onesti. Interessante è che questo effetto ha raggiunto la significatività solo nei maschi, mentre le femmine sono state apparentemente più prone a perdonare il baro (Singer, Seymour, O’Doherty et al. 2006).

I neuroni specchio:Giacomo Rizzolati

I neuroni specchio potrebbero essere attivati o disattivati da fattori culturali.

È questa l'ultima frontiera della ricerca di Rizzolatti, che aiuta a comprendere anche i grandi cambiamenti sociali della nostra epoca. Pensiamo per esempio all'atteggiamento verso i soldati, che fino a metà del secolo scorso venivano considerati carne da sacrificiomacello, e di cui oggi si condividono le sofferenze individuali o ai movimenti animalisti, che hanno cambiato la nostra percezione delle sofferenze dei mammiferi e dei pesci (ma forse non ancora di quelle dei rettili o degli insetti..). Le modalità secondo cui questo meccanismo inibitorio o attivatorio da parte della cultura agisca sui neuroni specchio ancora non è stato identificato, ma quando lo sarà potrà portare a una vera e propria rivoluzione nella vita sociale e nelle terapie delle malattie psichiatriche.



Musicoterapia

Arte della comunicazione

"*La **musicoterapia** è l'uso della musica e/o degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia e armonia) da parte di un musicoterapeuta con un utente o un gruppo, in un processo atto a facilitare e favorire la comunicazione, la relazione, l'apprendimento, la motricità, l'espressione, l'organizzazione e altri rilevanti obiettivi terapeutici al fine di soddisfare le necessità fisiche, emozionali, mentali, sociali e cognitive.*

La musicoterapia mira a sviluppare le funzioni potenziali e/o residue dell'individuo in modo tale che questi possa meglio realizzare l'integrazione intra/inter-personale e consequenzialmente possa migliorare la qualità della vita grazie a un processo preventivo, riabilitativo o terapeutico." (Federazione Mondiale di Musicoterapia, 1996).

Perché la musica?

La musica nella sua dimensione a-semantica,non linguistica

Ha capacità evocative,ci ricorda il “paradiso perduto”

Ha capacità regressiva,ci fa rientrare in noi stessi e ritrovare la nostra identità

La cultura popolare
“Canta che ti passa”

La Bibbia

Il giovane Davide suonava l’arpa così divinamente che fu segnalato al re Saul, il quale lo prese subito al suo servizio. Quando Saul era angosciato e in preda all’ansia, Davide andava da lui e suonava con l’arpa brani melodiosi e rasserenanti per calmarlo. I pensieri inquietanti che assillavano Saul svanivano e l’agitazione scompariva. — 1 Samuele 16:16.

Già ai tempi della Bibbia si conosceva l'efficacia delle melodie sull'organismo umano, le vicende di Saul lo dimostrano.Di seguito **altre notizie storiche interessanti, tratte da un testo del 1777.**

"Passo a considerare gli effetti sorprendenti che produceva la musica presso gli Antichi. L'Istoria profana appoggia le testimonianze di quella Sacra col gran numero di fatti del medesimo genere. **Aulio Gellio** ed Ateneo parlano di molte gueriggioni effettuate dalla Musica presso i Tebani, e citano Teofrasto come garante di questi avvenimenti accaduti al suo tempo. **Galeno**, Autore di gran peso in questa materia, riferisce su li effetti de la Musica sul cuore e la circolazione. **Aristotile, Apollonio, Discolo e Capella** riferiscono di salvazioni avvenute dai morsi veleniferi di tarantole e serpenti. **Teofrasto** fra gli altri vien citato come testimonio oculare di questa specie di gueriggioni da Aulio Gellio, il quale possedea un Trattato di questo filosofo che non è pervenuto fino a noi.

Un’altra virtù della Musica degli Antichi era quella di addolcire il rigore de’ suppllizj: ed in ciò facevano mostra della loro umanità, non mai facendo bastonar i loro schiavi, se non al suono de’ flauti; volendo in certo modo rimetter loro una parte della pena. E li nativi Americani hanno a un di presso l’idea medesima della Musica, di cui si servono per lenir la durezza de’ loro travagli. Plutarco racconta di Antigenida che riscaldò in tal maniera lo spirito di Alessandro, suonando il flauto in sua presenza, che quel Principe si tolse subito di tavola, e corse immantinente alle armi. **Timoteo** avea forte influenza sopra lo spirito di questo medesimo Principe, allorché toccando la sua lira, per tal modo infiammò il coraggio del Re in un pranzo che, dato di piglio alla spada, ammazzò uno de’ Convitati. Senonché cambiando Timoteo il suo frigio suono in un altro più dolce, cambiò lo spirito marziale di Alessandro, rimenandolo dal furore dove l’avea trasportato al sentimento del più vivo dolore dell’eccesso eseguito. Il Pittore Teone profittò abilmente della Musica; poiché dovendo portare in pubblico un quadro che rappresentava un Soldato in atteggiamento di lanciarsi sul nemico, riscaldò gli spiriti degli Assistenti con musica guerriera: e quando li credè bastantemente commossi, scuoprì il suo quadro, che fu ammirato da tutta l’Assemblea. Plutarco ancora parla della sedizione sedata da Terpandro colla sua lira a Sparta; e Boezio ricorda una sollevazione egualmente calmata dal musico Damone”.

Le nostre esperienze sonore
I nostri ricordi

…….non solo sonori
La “nostra canzone”

MUSICA
E
NEUROSCIENZE

MUSICO-TERAPIA

MALATTIA

TERAPIA

DEFINIZIONE DI SALUTE OMS

Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità." (OMS, 1948)

MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

MUSICA

BIO → **Fisica del Suono**

PSICO → **Mente,Emozioni**

SOCIALE → **Comunicazione**

La musica alle origini dell'uomo
Filogenetica
Ontogenetica

MUSICA IN PANCIA

MUSICA IN CULLA
Ninna nanna di Brahms

Perché ricorrere alla musicoterapia

Essendo la musica l’origine delle Arti e dei Linguaggi, la musicoterapia può significare “ricerca” del modo di comunicare proprio di ogni persona, prima ancora che la parola nasca

Gli uomini, nella storia e nella preistoria, per questioni di sopravvivenza, hanno trasformato i ritmi/suoni/ rumori del lavoro, in attività musicali. La musicoterapia da valore al canto, alla danza, all’espressione delle emozioni, anche di quelle più terribili, nel tentativo di sopravvivere

Il gridare, sfogare, cantare, picchiare, saltare, fanno parte del “fare musica”, e sono l’espressione nello spazio e nel tempo delle emozioni; l’espressione condivisa è comunicazione

La musica è cullamento, delicatezza, accoglienza, ascolto; I motivi potrebbero essere molteplici.

E’ preferibile affidare al “sentire” interiore del professionista, i motivi per i quali la musicoterapia può essere efficace.

MUSICOTERAPIA PER CHI?

Autismo infantile, disturbi dello spettro autistico, disturbi pervasivi generalizzati dello sviluppo, disarmonie evolutive.

-Disturbi di apprendimento

-ADHD

-ADD

-Problemi e disturbi del linguaggio

-Sindrome di Down

-Sordità

-Bambini prematuri

DIFFICOLTA' NELLA COMUNICAZIONE

Alleanza Terapeutica
Empatia
Accettazione
No problema
Si risorse

Musicoterapia attiva o passiva?

La Comunicazione Circolare

Il musicista, per suonare, forma un corpo / corpo con il suo strumento. Ogni movimento delle dita è consentito dalla coordinazione di tutto il corpo, teso nell'ascolto. Un solo movimento o un attimo di tranquillità, possono essere una conquista. La logica del giudizio (facile /difficile), potrebbe compromettere un solo gesto che avrebbe potuto essere l'inizio di altri gesti, di altri movimenti.Il musicoterapeuta può favorire soltanto in parte il farsi spontaneo di movimenti, gesti, della persona con la quale interagisce.
L'improvvisazione musicale trasforma un movimento, anche casuale, in danza, sostenendo e rendendo presente quanto accade tra il professionista collaboratore e la persona, che diviene protagonista dell'incontro. Ciò che accade genera il senso del "bello". L'ascolto coinvolge più persone, favorendo un dialogo diretto che crea circolarità di attenzione e intenzione. L'improvvisazione musicale ha il ruolo di regia, del condurre una persona, non importa se bambino o adulto, a divenire consapevole dei propri movimenti, gesti, della propria intenzionalità

QUALE SETTING.. con la famiglia

Durante gli incontri di musicoterapia i genitori sono quasi sempre presenti perché vivano, insieme al figlio, ciò che accade. Il vissuto condiviso favorisce la comprensione tra genitore e figlio, offre inoltre elementi importanti di conoscenza anche al musicoterapeuta.

Quando si rende necessario, per la severità (gravità) della situazione, gli incontri sono condotti da due professionisti che giocano professionalità differenti e congruenti. Il musicoterapeuta è affiancato dal professionista collaboratore, che ha competenze pedagogiche, psicomotorie oltre che musicali.

GLI ATTREZZI DEL MESTIERE

La stanza di musicoterapia è bene che sia grande quanto basta per le attività euritmiche e abbastanza raccolta per evitare la dispersione dell'attenzione. Una dimensione fra i quaranta e cinquanta metri quadri si rivela idonea. Il pianoforte a mezza coda è accostato al muro su un lato per permettere lo spazio libero nella stanza. Gli strumenti sono allineati sul pavimento e su scaffali in modo da essere visibili e riposti con ordine. Spesso, dalla direzione dello sguardo, è possibile comprendere l'intenzionalità in una persona che non parla; se uno strumento è a portata di mano, riposto allo stesso posto, non si perde tempo nel cercarlo.
La stanza ha uno spazio centrale libero utile per attività di movimento.

Ogni incontro di musicoterapia dura un'ora (60 minuti).
Il momento dell'accoglienza richiede qualche minuto. L'inizio dell'attività ha un percorso che conduce gradatamente verso un crescendo di attenzione, fino a quando si arriva all'intensità comunicativa che contraddistingue gli incontri di musicoterapia. L'esperienza ha insegnato che è opportuno un decrescendo dell'intensità emotiva o l'articolazione di attività vivaci che consentano di sfogare le emozioni vissute, prima di giungere alla conclusione dell'incontro ed al commiato. Per questo motivo è opportuno che il musicoterapeuta appenda alla parete, in modo ben visibile, un orologio a muro, così, mentre lavora, può regolarsi sullo scorrere "emotivo" del tempo e dosa le attività in modo da non dover interrompere bruscamente.

Basi Teoriche

IL MODELLO *BENENZON*

Propone una concezione della musicoterapia come "*disciplina che utilizza il suono e il movimento per provocare effetti regressivi*".

Il principio sostanziale del metodo (ISO) consiste nel rispecchiamento del paziente da parte dell'operatore e nella apertura di un canale di comunicazione di livello regressivo e di natura squisitamente sonora. Il musicoterapeuta dovrà sfruttare i canali di comunicazione aperti precedentemente, dovrà elaborare un'ipotesi sull'ISO (Identità Sonora) del paziente e tentare una integrazione con la produzione sonora proposta dallo stesso.

LA MUSICOTERAPIA CREATIVA

Paul Nordoff e Clive Robbins, un musicista ed uno psicopedagogista inglesi, hanno imposto un loro metodo rivolto a bambini affetti da disturbi lievi e gravi di apprendimento (inclusa la sindrome di Down), a pazienti affetti da autismo, a pazienti affetti da disabilità psico-fisiche, a pazienti affetti da disturbi dell'udito. Questo metodo, di marcata matrice educativo-pedagogica, prevede una seduta di gruppo in cui si imparano diversi ritmi per aiutare i movimenti del corpo e la coordinazione. La musica "suonata"è collocata al centro dell'esperienza e le risposte musicali costituiscono il materiale principale per l'analisi e per l'interpretazione.

LA MUSICOTERAPIA ANALITICAMENTE ORIENTATA

Consiste in uno sviluppo di quella che inizialmente era chiamata "Musicoterapia Analitica". Il modello, elaborato dalla violinista Mary Priestley negli anni '70, pone le proprie basi nella psicoterapia analitica di stampo Junghiano. Il metodo è da lei definito come segue : “Musicoterapia analitica è il nome che è prevalso dall'uso simbolico, orientato analiticamente, di musica improvvisata dal musicoterapeuta e dal paziente”.
È utilizzata come mezzo creativo per esplorare la vita interiore del paziente in modo da disporre di una via verso la crescita ed una maggiore auto-conoscenza.

LA BMT MUSICOTERAPIA COMPORTAMENTALE

Teorizzata da Clifford Madsen, si è sviluppata particolarmente negli USA ed ancora costituisce negli Stati Uniti il modello principale di intervento musicoterapico. È un metodo che predilige l'uso della musica come rinforzo contingente o come stimolo per aumentare o modificare comportamenti adattivi o eliminare comportamenti distorti. Il Musicoterapeuta Comportamentista utilizza tecniche di sensibilizzazione, desensibilizzazione, condizionamento, rilassamento.

IL METODO GIM

Elaborato da Helen Bonny agli inizi degli anni settanta, utilizza la potenzialità della musica come evocatrice d’immagini e come strumento di esplorazione all'interno della coscienza. Bonny ritiene che la musica possegga la capacità di entrare a fondo nella coscienza per modificare la condizione fisica, emozionale, intellettuale e spirituale. I trattamenti consistono in un'esplorazione di sé centrata sulla musica ed utilizza specifici programmi musicali per stimolare e sostenere l’apertura dinamica di esperienze interiori, offrendo alle persone la possibilità di integrarle.

MUSICOTERAPIA UMANISTICA

GIULIA CREMASCHI

“La musicoterapia non può fare a meno della bellezza, anche e soprattutto quando si occupa dei casi più gravi. La bellezza di cui essa ha bisogno, però, non è quella superficiale, tecnica od esibizionistica, perseguita dall’Ego. Ciò di cui ha bisogno è una bellezza profonda, una bellezza dell’anima, una bellezza radicata nell’essere”

Che ruolo svolge in questo la musica, il suono, il canto? In che modo il loro utilizzo in terapia favorisce questo processo di trasformazione?

La musica e il canto sono le forme più antiche e quindi più profonde di comunicazione. Quando le parole sono ormai insufficienti o impotenti, là dove la disperazione ha chiuso i normali canali di accesso, la musica, attraverso il fenomeno della risonanza fisica ed empatica, può ancora raggiungere l'anima del paziente e risvegliare il suo potenziale d'amore per la vita, che si manifesta in primo luogo come desiderio di relazione. Lo abbiamo visto infinite volte, anche nei casi più gravi, dove la medicina e la psicologia ufficiale si erano arrese impotenti (Cremaschi, 1996).

Quale musica può ottenere questo effetto? Non una musica preconfezionata, magari registrata, da somministrare al paziente come una pillola. Ma una musica che si crea nell'hic et nunc, come canto di un'anima che ne cerca e ne incontra un'altra. Quanto più il terapeuta ha sviluppato qualità di ascolto profondo e di risonanza empatica, quanto più ha portato e praticato queste capacità a livello musicale, tanto più il suo modo di toccare lo strumento o di utilizzare la voce sarà guidato da qualità sottili, che si rivelano nel gioco di timbri, altezze, armonie, nelle sfumature dinamiche ed agogiche, nell'alternarsi di tensioni e distensioni, nel gioco creativo di ritmi, pause, silenzi.

ASPETTI IN COMUNE CON LA PSICOLOGIA UMANISTICA

Carl Rogers
Rispetto congruenza e trasparenza
Approccio centrato sulla persona
Contatto con la nostra esperienza personale
Accettazione incondizionata del cliente
Fiducia nelle risorse della persona
Tre qualità fondamentali del terapeuta:
autenticità,
considerazione positiva incondizionata,
comprensione empatica (sentire il mondo personale del cliente "come se" fosse nostro, senza però mai perdere questa qualità del "come se")
(C. Rogers – La terapia centrata sul cliente).

L’essere umano è il soggetto attivo nella relazione con il mondo, con gli altri, con se stesso: “Essere nel Mondo” (fenomenologia).

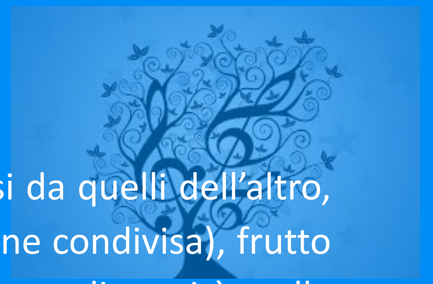
L’essere umano non è divisibile in parti.
L’essere umano va accolto e accettato nella sua soggettività e specificità.

Ogni manifestazione sociale nasce attraverso il dialogo.

L’ascolto empatico (lettura della persona come “corpo vibrante” - Giulia Cremaschi Trovesi e Simona Colpani) è la sorgente per l’accettazione, il non-giudizio (Husserl epokè) origine del dialogo.

Il Dialogo Sonoro

Per Dialogo Sonoro (Scardovelli, 1992) s'intende una precisa tecnica di musicoterapia: due o più persone comunicano tra loro attraverso i suoni prodotti con il proprio corpo, con la voce, con oggetti qualsiasi o con strumenti musicali. La comunicazione avviene attraverso l'improvvisazione, attraverso l'ascolto reciproco e attraverso la reazione di ciascuno ai messaggi dell'altro. Un esempio tipico di dialogo sonoro è quello che avviene tra madre e bambino, prima che il bambino acquisisca l'uso del linguaggio. L'osservazione comune e le ricerche in questo settore mettono in luce come i I. Musica e musicoterapia: una panoramica 33 due partner reagiscano ciascuno ai segnali sonori o vocali dell'altro, improvvisando, imitandosi reciprocamente, reciprocamente influenzandosi. L'improvvisazione é alla base del dialogo sonoro, improvvisare significa lasciarsi andare. Le mani, le dita, il corpo si muovono da soli: gli occhi e le orecchie osservano e ascoltano. Chi improvvisa non può sapere che cosa accadrà nell'attimo successivo, vive nell'incertezza, nel dubbio non può controllare in anticipo, non può prevedere, non può calcolare. Diventa spettatore di se stesso, diventa spettatore di ciò che accade tra sé e gli altri o di ciò che accade tra parti di sé. I suoni rinviano al mondo interno di colui che li emette, parlano, in un linguaggio primordiale, di ciò che é più sconosciuto, più ignorato e pertanto più temuto. Comunicare significa "esistere" come persone nel mondo, cioè in uno spazio fisico e mentale condiviso con altre persone. Al contrario, ad esempio, l'isolamento la frammentazione del Sé, accompagnate da sofferenza, sensazione di perdita, depressione, autodistruzione a differenti livelli si accompagnano a un disturbo temporaneo o durevole nel processo di comunicazione. In questa ottica "La musicoterapia può definirsi come una pratica clinica o riabilitativa focalizzata su taluni aspetti specifici della comunicazione non verbale, cioè gli aspetti ritmici, temporali, energetici " (Scardovelli, 1986).



Nel dialogo sonoro (nella comunicazione non verbale) i gesti dell'uno vengono ripresi da quelli dell'altro, c'è rispecchiamento nella postura, nel tono, nel tempo — ritmo, c'è empatia (emozione condivisa), frutto di ascolto e calibrazione reciproca (attenzione ai segnali dell'altro), c'è produzione di novità nella concatenazione degli scambi, assenza di stereotipie e ripetizione ossessiva; c'è la condivisione di un progetto espressivo (sul versante esterno) e autoesplorativo (sul versante interno). L'idea che l'ascolto empatico, non giudicante, accettante, contenga in sé una valenza di aiuto, è stata avanzata e sostenuta teoricamente da Carl Rogers, uno dei fondatori della così detta psicologia umanistica insieme a Rollo May, Maslow ed altri. Un contesto di ascolto empatico è di per sé facilitante (Scardovelli, 1992), cioè in grado di riavviare una comunicazione produttiva. La comunicazione produttiva, all'interno di una relazione sufficientemente durevole, è idonea a fornire una "base sicura" e a riattivare il comportamento esplorativo e autoesplorativo. Si parte dal presupposto che ogni persona, come ogni organismo, abbia in sé tutte le risorse necessarie per l'adattamento all'ambiente, compresa la risoluzione dei propri problemi e conflitti interni.

Compito dell'ascoltatore–facilitatore è allora quello di assumere temporaneamente e provvisoriamente il punto di vista dell'altro, e conseguentemente sintonizzarsi sulla sua emozione, senza identificarsi, cioè mantenendo costantemente in atto il processo del «come se» io fossi l'altro. Il facilitatore rogersiano assume temporaneamente i punti di vista del cliente, e temporaneamente apprende a guardare il mondo attraverso i suoi occhi. In tal modo giunge a provare emozioni simili, cioè a empatizzare di fronte ai fatti che gli vengono raccontati, in tal modo apprende a partecipare e a condividere il suo progetto espressivo ed autoesplorativo, in tal modo, tende ad evitare qualsiasi intervento sul contenuto: non esprime giudizi, valutazioni, consigli, interpretazioni, sulla base di una qualche teoria esterna rispetto al rapporto.

IL CORPO VIBRANTE

Le onde sonore avvolgono, coinvolgono, compenetrano tutto quello che incontrano, fenomeno della risonanza. Il nostro corpo è “Corpo vibrante” dall’inizio della vita, dal concepimento.
La ricezione delle onde sonore (percezione, ascolto) e la produzione (voce) dipendono dalla relazione che ciascuno di noi vive con il mondo esterno, con i propri simili, con se stesso.

Il corpo vibrante è, nel contempo, una “Partitura vivente”.
Il musicoterapeuta, nel suo percorso formativo, impara a leggere la partitura vivente.

La risonanza, al pari della forza di gravità, ci coinvolge in ogni momento. Il “Corpo Vibran strumenti musicali, vibra nel ricevere e nel produrre suoni. La cosa è così spontanea da es ovvia, scontata, sottovalutata, perfino ignorata.

Il musicoterapeuta si forma per imparare a cogliere quello che un corpo dice attravers mediante il movimento, la gestualità, la qualità della voce.

LA PARTITURA VIVENTE

Ogni persona è una Partitura Vivente.

“Vedo qualcuno battere un piede rabbiosamente; mi viene in mente come io stessa ho battuto il piede con rabbia; nello stesso tempo mi si rappresenta la rabbia che mi aveva allora colto, per cui dico a me stessa: l’altro è ora arrabbiato come lo sono stata io"

Ogni nostro movimento, gesto, produzione della voce, si realizza mentre il tempo passa. Ogni nostro movimento, gesto o suono della voce si svolge in un “prima e dopo”. Questo “prima e dopo” è ritmo. Ogni ritmo ha un ordine, chiamato tempo, e porta in sé una musica.

Il musicoterapeuta ha il compito di trovare questa musica.
La strada più diretta per rispecchiare, valorizzare un gesto, è il canto. Il musicoterapeuta può anche scegliere fra gli utensili della musica per coinvolgere, generare gioia partecipativa. Gli strumenti musicali sono i manufatti utili in musicoterapia. E’ indispensabile saperli utilizzare con arte, tecnica, abilità, consapevolezza delle proprie conoscenze, competenza nell’osservare la risposta dell’altra persona per creare un dialogo che può essere non verbale e/o verbale.

IL RITMO

Il ritmo precede la nascita, il feto è vicino all'aorta addominale della mamma, il cuore d
è la fonte della relazione anche dopo la nascita.Il ritmo è scorrere di presenza assenza,
non nutrimento, ritmo di suzione.

L'alternarsi di"silenzio - suono – silenzio" è ciò che chiamiamo ritmo. Se il suono non f
interrotto dal silenzio non ci sarebbe l'attesa del suo ritorno sulla Terra non può esserc
assoluto.
Stravinskj:"le pause sono il capolavoro della musica".
La campanella sottovuoto ha dimostrato che la trasmissione delle onde sonore avvien
presenza dell'aria. Suono è onda vibratoria che si espande nell'aria coinvolgendo tutto
incontra. Le onde sonore sono ciò che ci fa essere dentro al mondo, in ogni momento,
nostra insaputa.
Il bambino è ritmo e voce, le parole non contano conta il tono.
Giochi ritmici, filastrocche,rime…..

LA VOCE

Tutti sappiamo che le parole sono formate da consonanti e vocali.

Canto e parola non possono essere separati.

Ogni parola ha valore linguistico perché il suo significato è dentro ai timbri sonori, melodia, ritmo, accento che la compongono. Ogni parola è riconoscibile per la sua metrica (ritmo/accento) che determina la melodia, la cantabilità della parola stessa. Modificare l’accento, in una parola, a maggior motivo frantumarla in piccoli pezzetti, vuol dire renderla irriconoscibile, perfino ridicola.

Come Fare?

MATCHING, PACING, LEADING

Matching significa combaciare; Pacing sta per andare al passo; Leading, condurre.
I primi due costituiscono il "*Ricalco*", che è uno dei punti centrali della tecnica, in quanto permette il crearsi dell'empatia e della risonanza emotiva, e permette al facilitato di aprirsi e fidarsi.

Tramite il Matching e il Pacing si viene a creare un "*Rapport*", ovvero quella base sicura su cui il soggetto può muoversi e uscire dai suoi blocchi.
Con il Leading il terapeuta ha la possibilità di introdurre nella relazione degli elementi di novità. Con questo lavoro creativo di variazioni e diversità, si favorisce il processo di differenziazione e stimolo, e si aiuta il facilitato ad uscire da blocchi, paure, stereotipie ecc.

Il dialogo sonoro può essere introdotto in qualsiasi ambito educativo e riabilitativo ed è utilizzabile con tutte le fasce d'età. Consente di scaricare tensioni e paure e di contattare le proprie risorse interne che sono presenti anche nelle situazioni più gravi e nei casi più compromessi.

LEGGERE SCRIVERE FAR DI CONTO

Il gioco dell’imitazione è nel linguaggio verbale.
I procedimenti che conducono le popolazioni dell’antichità alla conquista della scrittura passano attraverso le arti, prima fra tutte la musica.
Il ritmo è all’origine dell’ordine della numerazione.
Il Corpo Vibrante è il protagonista di questi percorsi.

Il Corpo Vibrante è il percorso che ha portato alla numerazione, all’alfabeto, alla notazione musicale.

Imparare ad imparare

Leggere Scrivere

Alla base c’è la parola
Consonanti e vocali sono i timbri della parola
La parola nasce come intonazione della voce,come canto
Ogni parola ha in sé la sua metrica, cioè ritmo e accenti
Ogni parola è successione melodica e ritmica:
Ritmo-Accenti-Suoni(Altezza,intensità,durata,timbro)-Melodia-Silenzio.
Trasformare pratiche di apprendimento in pratiche divertenti: entrano per forza le emozioni.

INTEGRAZIONE SCOLASTICA

Il musicoterapeuta è anche un esperto in pedagogia ed educazione musicale. La preparazione e formazione gli permettono di svolgere nelle classi attività idonee al bambino con handicap inserito ed ai suoi compagni. Il concetto di ascolto riferito genericamente alla musica, è qui inteso come ascolto della persona. Le attività musicali sono gestite in modo da far sperimentare ai bambini "normali" che il compagno con disabilità necessita di attenzioni specifiche. Il bambino inserito sperimenta l'opportunità di interagire con gli altri in un rapporto alla pari, imparando a rispettare gli altri, attraverso se stesso.

Ogni agire va comunque rapportato alla singola realtà. Per realtà si intende:

la problematica del bambino inserito e le esigenze di ogni compagno. I bambini nella norma richiedono attenzioni personalizzate che si manifestano nelle attività musicali nel "fare musica" insieme;

si evidenziano momenti nei quali l'insegnante o le insegnanti presenti hanno l'occasione per conoscere e comprendere i "perché" di atteggiamenti particolari (scarse attenzioni, vociare, parlare non preciso, essere in costante movimento, ricorrere a comportamenti aggressivi ecc.) per intervenire proficuamente attraverso una comunicazione diretta fondata sul "fare musica";

l'agire attento e specifico necessario per il bambino inserito diventa un prezioso momento di attenzione per i compagni;

l'attenzione specifica dedicata ad un compagno per esigenze estemporanee e particolari dimostra al bambino inserito che tutti abbiamo bisogno di attenzioni, che tutti abbiamo esigenze soggettive;

i comportamenti disturbanti, aggressivi, di disimpegno ecc. sono, in realtà, dei segnali di aiuto che il bambino, a sua insaputa, rivela attraverso senza parlare;

la comunicazione non verbale è il tramite per migliorare la relazione adulto - bambino indispensabile per trarre profitto dagli errori che, a questo punto, possono essere letti come spunti di lavoro piuttosto che come note di demerito.

Quale formazione

La legge del 2013
ARTITERAPIE

In Italia, il 14 gennaio 2013, esce la legge n. 4 sulle nuove professioni.
Questa legge mette in chiaro le differenze fra professioni regolamentate e non regolamentate.

LE PROFESSIONI NON REGOLAMENTATE

- Tutte le professioni che non hanno ottenuto il riconoscimento legislativo.
- La figura dell' Arteterapeuta rientra tra le professioni non regolamentate.

Sono ora disciplinate dalla LEGGE 14 GENNAIO 2013 N. 4: «Disposizioni in materia di professioni non organizzate».

In particolare, al professionista che desidera formarsi in musicoterapia (disciplina artistica di vertice all'interno delle Artiterapie) vengono richiesti:

- titoli di studio musicali (laurea triennale);
- EQF 6 (European Qualification Framework).

LA STORIA DI GENIE

Genie: una storia che «nasce dal silenzio»

(Vignati, cap. III: *Lo sguardo abusante*, pp. 85-111)

LA STORIA DI GENIE

https://youtu.be/nVGbL5xVqtI

https://fb.watch/jnZnQFfjRz/

LA STORIA DI GENIE

L’empatia trasmessa dall’ascolto può incoraggiare il bambino a ritrovare una via d’uscita

Consente di recuperare la parola

Le molestie comportano una CATASTROFE EMOTIVA

Sono tradite le esigenze fondamentali di amore, protezione,senso di appartenenza violato proprio da chi rappresentava una garanzia di sicurezza

LA STORIA DI GENIE

ALICE MILLER

Alice Miller, (1923 – 2010)
è stata una psicologa, psicoanalista psicoterapeuta e saggista svizzera.Si è occupata prevalentemente di psicologia dell'età evolutiva e degli esiti negativi che gli abusi psicofisici inflitti ai bambini e alle bambine, in particolare all'interno della famiglia, comportano nella crescita e nell'età adulta.

LA STORIA DI GENIE

Il silenzio si trasforma in una persecuzione psicologica

Come nelle surreali atmosfere dei romanzi Kafkiani

Esercizio del potere=abuso educativo

LA STORIA DI GENIE

LA PEDAGOGIA NERA

L’espressione pedagogia nera fu utilizzata da Katharina Rutschky che intitolò così un libro (1977).
Obiettivo della pedagogia nera era quello di ridurre i bambini alla incondizionata obbedienza e sottomissione agli adulti nella convinzione che la natura “cattiva” del bambino sarebbe stata così adeguatamente corretta. A questa cupa realtà Alice Miller attribuisce non solo la tristezza della condizione di solitudine e deprivazione dei bambini ma anche l’impossibilità per loro, una volta adulti, di rendersi consapevoli di ciò che per loro ha significato quella condizione se non attraverso un lungo lavoro di psicoterapia. In estrema sintesi quell’insieme di pratiche, producono secondo la Miller un danno che non si ferma al bambino vittima di tali pratiche ma che, attraverso di lui, si protrae e trasmette alle generazioni successive.

LA STORIA DI GENIE

Il bambino nasce dipendente dai suoi genitori, in particolare dalla madre. Dipendente non solo per l'aspetto fisico ma anche, e soprattutto, per quello affettivo. Infatti l'amore dei genitori è qualcosa a cui il bambino non può rinunciare ed è disposto a tutto per conservarlo; anche ad annullarsi, se necessario. L'annullamento della forza vitale del bambino corrisponde all'annullamento del suo vero Sé che, impossibilitato a esprimersi già in tenera età, obbligherà il piccolo a dotarsi di un Sé corrispondente alle richieste dei suoi genitori.

In questo modo l'amore dei genitori è assicurato al caro prezzo della repressione della propria forza vitale.

LA STORIA DI GENIE

Non avendo alcuno strumento che gli consentirebbe di ribellarsi a questa violenza - nemmeno un piccolo spazio dentro di sé -, non avendo la legittimazione a esprimere tristezza, rabbia, odio per ciò che gli sta succedendo, cosa che solo un adulto amorevole e realmente interessato ad ascoltare i suoi bisogni potrebbe fornirgli, al bambino non rimane altro che spingere tutti questi sentimenti illegittimi nel più profondo del suo inconscio. Da adulto, il ricordo delle violenze subite continuerà a risiedere nel suo inconscio e ogni qual volta le situazioni della vita rischieranno di rievocarlo, di farlo emergere dal profondo, ecco che l'adulto, incapace di ascoltare il bambino che è stato, lo respingerà sempre più in fondo.

LA STORIA DI GENIE

Quello che il lavoro di Alice Miller evidenzia è il tentativo di spiegare “le radici della violenza” attraverso l’analisi e la ricerca su una pratica diffusa in tutto il mondo: la violenza a danno dei bambini, i traumi, le paure i dolori che ne derivano, la replicazione della violenza da parte di chi a sua volta la subì.

LA STORIA DI GENIE

HITLER

Alice Miller analizza l'infanzia di quello che viene considerato uno dei più crudeli criminali della storia dell'umanità per rispondere a delle questioni fondamentali:
esistono veramente persone che nascono cattive?
Da dove derivano l'odio e l'aggressività umana?
È importante condurre questo tipo di riflessione perché talvolta **si arriva a definire Hitler come "disumano"**, dotato di una spietatezza e di una malignità che non sembrano appartenere né alla natura umana né alla bestialità.

Eppure un simile ragionamento causa un grave errore etico, in quanto comporta il non voler considerare l'odio verso l'altro come un aspetto dell'umanità, che invece è inevitabilmente presente in essa, sebbene spesso sia nascosto o latente.

Il rischio è proprio quello di **deresponsabilizzare l'essere umano in quanto tale**. Conoscere invece da dove deriva l'odio che ha animato Hitler e le tante altre persone che lo hanno sostenuto è un gesto di responsabilità sia individuale che sociale, affinché in futuro certe situazioni non possano più accadere.

LA STORIA DI GENIE

Oggi più che mai è necessario conoscere le origini dell'odio e dell'aggressività umana, sempre pronti a esplodere verso sé stessi e verso gli altri.
L'autrice ha provato a dare una spiegazione sull'origine dell'aggressività umana **individuando nell'infanzia un momento particolarmente delicato**: se si subiscono in questa fase violenze e soprusi, queste possono generare nell'individuo una certa insensibilità e mancanza di empatia nei confronti dell'altro, caratteristiche che **lo possono portare a reiterare quei comportamenti violenti** subiti durante il periodo infantile.

Questa catena invisibile del male trasmessa di generazione in generazione si chiama pedagogia nera, ed è un metodo di correzione e condizionamento precoce diffuso e ancora radicato nella nostra cultura .

LA STORIA DI GENIE

L'ipotesi di Alice Miller è molto interessante dal punto di vista psicoanalitico sul perché quell'indifeso bambino sia poi diventato un crudele criminale: «il bambino un tempo perseguitato diventa lui stesso persecutore» , **rinnegando il proprio dolore e la propria sofferenza e identificandosi con l'aggressore**. I problemi irrisolti di Hitler hanno trovato come unica valvola di sfogo lo scaricare l'aggressività e l'odio verso un capro espiatorio, **trasferendo sulle persone da lui considerate deboli e inferiori tutto l'orrore del suo trauma familiare**.
Secondo l'autrice non c'è però nessun tipo di determinismo: **non tutti gli individui che subiscono violenza da piccoli diventeranno criminali**, ma è probabile invece che tutti i criminali abbiano avuto un'infanzia difficile, contornata da violenze e soprusi, perché nessun individuo nasce cattivo.

E' evidente **l'effetto devastante che può avere un certo tipo di educazione**, improntata all'obbedienza e al subire passivamente le frustrazioni genitoriali irrisolte, sia sul singolo individuo che sull'intera società. **La pedagogia nera soffoca ogni tipo di empatia verso l'altro** e causa una vera e propria difficoltà nell'individuo di comprendere e gestire le emozioni negative. Ci insegna anche l'importanza di **rispettare il bambino nella sua dignità di essere umano**; che è necessario avere attenzione per i suoi bisogni e per i suoi diritti, comprendere i suoi sentimenti, perché è in lui che nascerà l'umanità futura.

LA STORIA DI GENIE

Lo sguardo può incontrare il buio e la notte?
Nel passato gli abusi hanno costituito un miro di silenzio e di omertà

Oggi vediamo l'affermarsi di una cultura protettiva verso l'infanzia,
si amplia la possibilità di intervento

1962 Sindrome del bambino battuto:
riesame di pratiche educative ritenute prima lecite

pag-89

LA STORIA DI GENIE

DIRITTI DEI MINORI

È il 20 novembre del 1989 quando l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite approva la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Dal 1991 la Convenzione è stata ratificata anche dall'Italia e riguarda tutte le persone di minore età. In essa, all'Art. 19, viene fatto riferimento alla tutela del bambino «contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale».
Come afferma l'Autorità Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza (2015) «La situazione italiana per ciò che riguarda la prevenzione, cura e presa in carico del maltrattamento e l'abuso sui minorenni e la relativa organizzazione dei servizi preposti a tali funzioni è attualmente caratterizzata da notevole discontinuità.

LA STORIA DI GENIE

DIRITTI DEI MINORI

Accanto a leggi di buon livello ed alla presenza di buone pratiche per la tutela e l'assistenza dei minorenni, spesso ci si confronta con una situazione caratterizzata dal difetto di misure atte a garantire sufficientemente l'attuazione di tali normative e ad assicurare a tutti i minorenni maltrattati e abusati - e ai loro familiari e a coloro che ne assumono la responsabilità genitoriale -, l'esecuzione delle misure e il lavoro terapeutico e di sostegno necessario per curare le conseguenze psicologiche ed eventualmente psicopatologiche che i traumi e le esperienze sfavorevoli determinano».

I maltrattamenti sui bambini non sono una novità, sono sempre esistiti, la storia ci narra che per molto tempo i bambini, in varie parti del mondo, sono stati considerati più come una proprietà che persone. E in alcuni Paesi è ancora così. Comunque, negli ultimi anni è emersa una maggiore attenzione anche da parte dell'opinione pubblica in merito agli "abusi all'infanzia", tuttavia, l'ampiezza del fenomeno e gli effetti/conseguenze sia nel breve che nel lungo termine tendono ad essere spesso sottovalutati culturalmente.

LA STORIA DI GENIE

GENIE

Malnutrita, isolamento sociale, affettivo, abbandono,
mancanza di cure e deprivazione

Gli studiosi discutono su chi deve condurre il trattamento più idoneo
e non di prendersi cura immediatamente della persona e dei suoi bisogni
affettivi e relazionali urgenti.

pag.90

LA STORIA DI GENIE

Prendersi cura o sviluppare la ricerca scientifica?

Quali progressi?
permanenza dell'oggetto
imitazione differita
Capacità di comunicazione non verbale

pag.93

LA STORIA DI GENIE

Lo sviluppo del linguaggio dipende dalla Genetica o dall'ambiente?

Noam Chomski

LA STORIA DI GENIE

Nell'ambito degli studi sul linguaggio si sono contrapposte nel tempo due posizioni divergenti: la posizione "innatista" e quella cosiddetta "empirista"

La posizione innatista ha trovato in **Noam Chomsky**, famoso linguista e attivista politico, il suo più importante rappresentante. Secondo Chomsky il linguaggio è un'abilità innata, ovvero ogni persona nasce con delle istruzioni, implementate a livello neurale, che permettono di acquisire il linguaggio.
Queste istruzioni formano quella che gli innatisti hanno definito "Grammatica Universale". Pensiamo alle conseguenze che questo tipo di approccio porta con sé: il linguaggio si sviluppa in modo pre-determinato, non è influenzato dalle esperienze e quindi le differenze individuali nelle capacità linguistiche sono minime.

LA STORIA DI GENIE

Cosa può influenzare lo sviluppo del linguaggio

Naturalmente sia l'empirismo che l'innatismo sono posizioni estreme: oggi si ritiene che esista una predisposizione ad apprendere il linguaggio ma si riconosce anche l'importanza dei fattori ambientali. Esistono infatti significative differenze individuali nell'acquisizione e nell'elaborazione del linguaggio durante tutto l'arco della vita.

Ad esempio, è stato dimostrato che il caregiver, ovvero la figura che si prende cura del bambino, svolge un ruolo importante nello sviluppo del vocabolario attraverso il cosiddetto caregiver speech (cioè il discorso che il caregiver rivolge al bambino).

In uno studio è stato osservato che la quantità di parole conosciute da bambini di 24 mesi era correlata a quanto i genitori parlavano direttamente al bambino. Altri studi hanno dimostrato che il caregiver speech influenza anche la capacità di apprendere le strutture sintattiche in bambini tra i 14 e i 36 mesi!

LA STORIA DI GENIE

Anche lo status socio-economico (SES) influenza le abilità linguistiche: è stato osservato che bambini ad alto SES possiedono un vocabolario più alto rispetto a bambini con SES medio. Questa differenza era dovuta al fatto che le madri stesse dei bambini possedevano diverse abilità linguistiche.

Queste differenze nelle abilità linguistiche vengono mantenute anche nella vita adulta. Inoltre, esse sembrano essere legate non solo a fattori ambientali ed esperienziali, ma anche a fattori innati, come differenze nelle abilità di memoria a breve termine e una certa predisposizione ad apprendere le lingue.

Nell'ambito delle neuroscienze, negli ultimi anni sempre più studi hanno osservato differenze innate in alcune strutture cerebrali. Sembra che queste differenze potrebbero influenzare il successivo sviluppo delle abilità linguistiche.

LA STORIA DI GENIE

FENOMENOLOGIA DELL'ABUSO

DEFINIZIONE DELL'OMS

ABUSO:
Maltrattamento fisico o psicologico

pag.97

LA STORIA DI GENIE

ABUSO SESSUALE
Coinvolgimento di un minore in atti sessuali, con o senza contatto fisico, e in assenza di libero consenso da parte del minore

pag.99

Come si ripercuote in età adulta l'abuso subito durante l'infanzia?

Struttura le relazioni affettive secondo un particolare stile di attaccamento ansioso ed evitante

pag.100

LA STORIA DI GENIE

Sintomi e quadri psicopatologici

patologie psicosomatiche

disturbi del comportamento alimentare

vita relazionale

sviluppo affettivo

immagine del sé

gravi disturbi della personalità (borderline)

pag.105

LA STORIA DI GENIE

Segni gravi

problemi delinquenziali
aggressività
autodistruttivi
sfiducia verso il prossimo

LA STORIA DI GENIE

STATI EMOTIVI

PAURA
COLLERA
ODIO
RABBIA
TRISTEZZA
SENSO DI COLPA O VERGOGNA
FRUSTRAZIONE

LA STORIA DI GENIE

Fattori protettivi e interventi sociali da realizzare

PREVENZIONE PRIMARIA

AZIONE EDUCATIVA A SCUOLA
Promozione d sociale di competenze socio affettive, sessuali e sanitarie
Azioni mirate a sviluppare competenze di autoprotezione

LA STORIA DI GENIE

Fattori protettivi e interventi sociali da realizzare

Modello OMS SKILLS FOR LIFE1992

ABILITA' DI VITA

10 COMPETENZE

LA STORIA DI GENIE

TIPOLOGIE DI INTERVENTO

PSICOTERAPIA INDIVIDUALE

PARTECIPAZIONE A GRUPPI

PSICOTERAPIA FAMILIARE

LA STORIA DI GENIE

RELAZIONE DI AIUTO EFFICACE

Il bambino deve sperimentare l'ascolto empatico e attento in un clima di totale accettazione e considerazione positiva

Aiuto centrato sulla persona

Valorizzazione di ogni potenzialità individuale e attivazione di tutte le risorse familiari e sociali per ricostruire un clima di accettazione.

PLAY terapie
Terapia famigliare

LA STORIA DI GENIE

Appartiene alla comunità la responsabilità di promuovere tutte le iniziative preventive necessarie per impedire tutti i fenomeni di abuso e delle varie forme di violenza, compreso il fenomeno della distorsione delle cure.

Alice Miller

LO SGUARDO MISTIFICATORE

R.VIGNATI CAP.4

COME SI PUO' SOSTENERE LO SGUARDO DI CHI INGANNA?

LA SCHIZOFRENIA

DEFINIZIONE

UNA PSICOPATOLOGIA O UNA PATOLOGIA DELLE RELAZIONI?

QUALE TERAPIA

COME SI MANIFESTA

La **schizofrenia** è un grave disturbo psicotico
Chi ne è affetto diventa del tutto indifferente a ciò che accade, reagisce in modo assurdo o incoerente agli eventi esterni, perde il contatto con la realtà e si isola in un mondo suo proprio, incomprensibile agli altri.

La **schizofrenia** è un disturbo caratterizzato da alterazione del pensiero, della percezione, del comportamento e dell'affettività. **Si manifesta con deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato o catatonico e sintomi negativi**.

Gli individui con schizofrenia spesso mostrano affettività inadeguata, umore disforico (depressione, ansia, rabbia) e alterazione del ritmo sonno/veglia.

Possono verificarsi anche depersonalizzazione, derealizzazione e preoccupazioni somatiche.

RONALD DAVID LAING

“L’io diviso”

https://youtu.be/V5UoLzrR3EY

https://youtu.be/uV1eDXWcXP0 (Nodi lettura)

Ristabilire l'intelligibilità dell'esperienza irrazionale della follia

Negli anni '50 David Laing fa la sua esperienza negli ospedali psichiatrici inglesi.
Vede davanti ai suoi occhi le tracce della follia sui loro volti

Laing vuole r**itrovare la loro natura umana** e rintracciare il contesto entro il quale ha avuto origine la malattia.

Individua e sperimenta nuove forme di trattamento basate sull'ascolto

R.VIGNATI CAP.4 pag.115

Esperienza di Laing del 1955

trattamento rivoluzionario

Dimette tutte le donne in poco tempo ma poi rientrano

Perché?

Le pazienti non dovevano essere studiate in manicomio ma nella famiglia di appartenenza

Direge la sua attenzione su tutti i componenti della famiglia estendendo alla dimensione trigenerazionale

R.VIGNATI CAP.4 pag.116

Cosa intendiamo per MISTIFICAZIONE

Mistificazione deriva dalla discomunicazione

Studio della scuola di psicoterapia di Palo Alto in California

Se una persona non ha raggiunto la sicurezza di esserci nel mondo e poter fronteggiare la vita manifesta una pericolosa insicurezza ontologica:

ISOLAMENTO

IMPLOSIONE
LA REALTÀ E LE PERSONE ASSUMONO ASPETTO PERSECUTORIO

PIETRIFICAZIONE:SPERSONALIZZAZIONE

MISTIFICAZIONE

ATTO DI CHI LA LA PRATICA E STATO DI CHI LA SUBISCE

Mascherare la realtà
mascherare un conflitto nascosto

Negare i sentimenti

negare il diritto di provare i propri sentimenti
NON riconoscere il punto di vista dell'altro

SCHIZOFRENICI
PROBLEMA NELLA PERCEZIONE DI SE' E DELL'ALTRO

R.VIGNATI CAP.4 PAG.121

Confondere nella persona il senso di IDENTITA’

La mistificazione contribuisce a
mantenere lo status quo della famiglia
mantenere i modelli prestabiliti
Impossibilità di mantenere relazione autentiche

L’ipotesi di Jay Haley (1959) la schizofrenia è basata sul controllo nelle relazioni familiari e nella distribuzione gerarchica della quantità di potere detenuta da un membro sull’altro

Esempio ragazzo di 20 anni in seduta
pag.125

BATESON (1956)

Teoria del doppio legame: ciò che viene detto a livello verbale viene smentito dalla comunicazione non verbale.

R.VIGNATI CAP.4 pag.125

SCUOLA DI PALO ALTO
Impossibile non comunicare
lo schizofrenico cerca di non comunicare…
silenzio,assurdità,immobilità,
il ritrarsi sono essi stessi comunicazione.

PARADOSSO PRAGMATICO

FREUD E LE AUTORITA' NAZISTE
casi di comunicazione paradossale

R.VIGNATI CAP.4 pag.127

QUALE FAMIGLIA?

Laing:
famiglia reale o famiglia interiorizzata?

Famiglia
ragnatela.fiore-tomba-prigione-castello

Importante la ricerca su 11 donne di
Laing ed Esterson

R.VIGNATI CAP.4 pag.130

La storia di Maya e di Ruth

Il contributo di Laing nell' analisi esistenziale e di demistificazione compiuto con le famiglie e alla nascita dell'antipsichiatria di Basaglia, dimostra ancora oggi la sua attualità

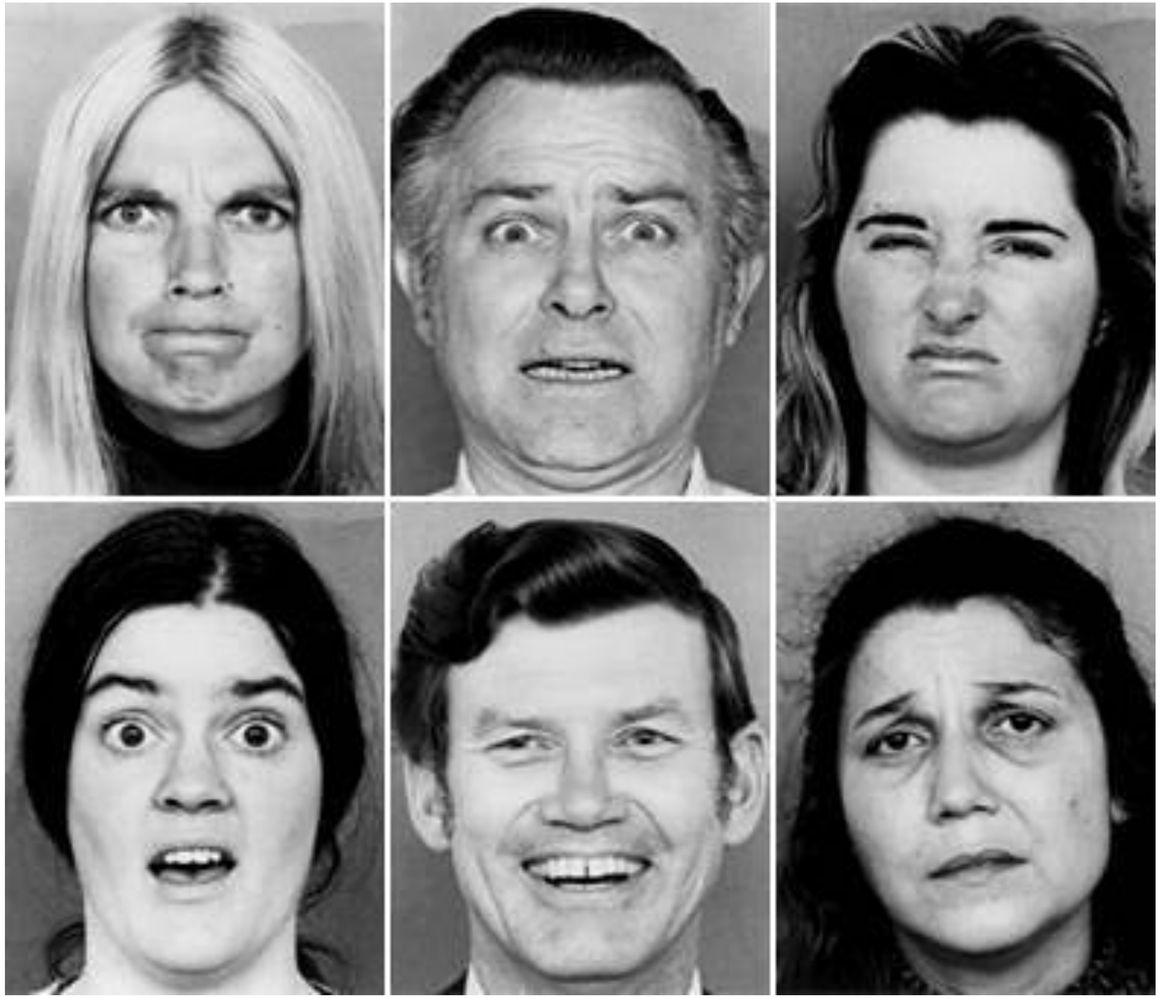
I riferimenti sono a vasto raggio:
psicologia della comunicazione
approccio centrato sulla persona di C.Rogers
Psicologia umanistica esistenziale di De Marchi
modello Sistemico relazionale

Lo sguardo sulle EMOZIONI

La parola emozione deriva dal verbo latino "emovere", che significa rimuovere, trasportare fuori, scuotere.

L'emozione è dunque qualcosa che ci fa scuotere dal nostro stato abituale, che ci fa muovere.

Lo sguardo sulle EMOZIONI



Negli anni ’60, Paul Ekman studiò attraverso il metodo Facial Action Coding System (FACS) i movimenti dei muscoli del viso, identificando 6 emozioni comuni in tutte le culture: **allegria, tristezza, gioia, disgusto, ira, paura e sorpresa.**

In realtà, nel tempo è stato possibile comprendere come ,le sfumature emotive siano molte di più e molto meno definite tra di loro.

Le emozioni possono essere primarie, cioè quelle che dipendono in modo più diretto dai nostri istinti e si manifestano facilmente a livello espressivo, o complesse, che necessitano di maggiore elaborazione a livello mentale e implicano uno scambio di informazioni tra la corteccia e il sistema limbico.

L’esperimento di **Ekman e Friesen** si fonda su una ricerca interculturale, da cui risultò che sia **le espressioni facciali che la loro interpretazione non cambiano da paese in paese**.
Dapprima si recarono in Brasile con foto che ritraevano visi con espressioni di tristezza, rabbia, felicità o disgusto poi in Cile, Argentina e Giappone ottenendo gli stessi risultati: **ovunque andassero le persone del posto sembravano comprendere e usare le stesse espressioni facciali dei nordamericani.**
Pensando che la cosa riguardasse gli abitanti di società moderne e che i risultati potessero essere influenzati dai mass-media **nel 1967 si recarono in Nuova Guinea presso alcue tribù isolate**, dove tv e giornali non erano ancora giunti.
Ancora una volta il risultato confermò la loro ipotesi, **una espressione emozionale all’interno di una specifica popolazione veniva interpretata correttamente e uniformemente all’interno di qualunque altra, e viceversa.**
In altre parole, l’espressione facciale legata alla felicità veniva interpretata come felicità all’interno di tutte le popolazioni analizzate.
Ma se esistono delle espressioni innate, trasversali all’interno di tutta l’umanità, significa che esistono delle emozioni comuni che le generano, e quindi queste possono essere definite come primarie.

L’utilità delle emozioni

Le emozioni sono il risultato della nostra storia evolutiva: inizialmente servivano a massimizzare l’esistenza della specie e aumentare il benessere dell’individuo.
Se le osserviamo in questo senso, quindi, possiamo sottolineare tre processi per cui esse sono essenziali:

- Adattamento: generano risposte appropriate davanti alle sfide ambientali
- Motivazione: entrano in gioco nei processi decisionali
- Comunicazione: l’espressione delle emozioni ci permette di prevedere il comportamento altrui e hanno un valore enorme nei rapporti interpersonali e nell’adattamento all’ambiente sociale

Se osserviamo le emozioni con uno sguardo meno evolutivo e più utile a comprenderle al giorno d’oggi, ci accorgiamo subito di come esse siamo fondamentalmente la base della nostra quotidianità, in quanto **danno senso all’esperienza**. Le emozioni ci orientano nel rapporto con gli altri e nel rapporto con il mondo.

Le emozioni nel cervello

Sappiamo che le emozioni sono molto di più di impulsi cerebrali.
Tuttavia esistono dei correlati neurali che le rendono possibili: l'attività del nostro cervello costituisce la base neurale delle emozioni, anche se per comprendere i motivi per cui le proviamo non è sufficiente osservare l'attivazione cerebrale, ma è necessario indagare più a fondo la storia e i progetti della persona.
Le emozioni si "producono" nel nostro cervello grazie al lavoro dei neurotrasmettitori nella trasmissione delle informazioni tra i neuroni: questo è anche il modo in cui agiscono gli psicofarmaci, aumentando o inibendo la presenza di determinate molecole a livello cerebrale.
I più noti neurotrasmettitori sono:

- Dopamina: emozioni positive, sistema della ricompensa, sensazione di piacere
- Serotonina: benessere, placa ansia e controlla gli impulsi
- Noradrenalina: eccitazione, potenzia livello dell'umore e le risposte fisiche e mentali
- Acetilcolina: memoria e apprendimento
- GABA: inibizione, modula l'aggressività

Le aree cerebrali delle emozioni

Ad oggi si sa che le principali arre cerebrali implicate nell'elaborazione emotiva sono:

- Amigdala: ruolo chiave nell'elaborazione dei segnali sociali dell'emozione (in particolare la paura), nel condizionamento emotivo e nel consolidamento delle memorie emotive
- Corteccia prefrontale: nella parte orbitofrontale, sembra che questa part del cervello costituisca la base per il comportamento socialmente orientato a uno scopo, permettendoci di districarci nelle situazioni sociali.
- Corteccia cingolata anteriore: implicata dell'integrazione delle informazioni viscerali, attentive ed emozionali coinvolte nella regolazione emotiva e in altre forme di controllo top-down.
- Ipotalamo: sembrerebbe parte di un network più ampio coinvolto nel processamento della ricompensa, nella motivazione sessuale e nella rabbia

Ci emozioniamo tutti nello stesso modo?

E' chiaro che le emozioni hanno una fondamentale componente corporea.

Secondo l'ottica fenomenologica, "*l'emozionarsi è il significato incarnato della situazione in corso*" (Liccione, 2011 p. 74). In questo senso possiamo dire che il contesto emotivo dà senso e significato all'esperienza che viviamo in un determinato momento, aprendo nuove possibilità di azione nel mondo.

Non per tutti però, l'emozionarsi è vissuto nello stesso modo. Esiste infatti un continuum dell'emozionarsi, a cui estremi si trovano le modalità inward e outward. Che cosa significa?

Per coloro che si emozionano prevalentemente secondo una modalità *inward*, il senso di stabilità personale è mantenuto prevalentemente attraverso la sintonizzazione sui segnali corporei. La relazione con gli altri e il senso della situazione in corso saranno quindi regolate sulla messa a fuoco dei propri stati interni.

Per le persone che invece hanno una modalità di emozionarsi più tendente al versante *outward*, l'altro (inteso come persona, contesto, valori) costituisce il riferimento per il mantenimento del proprio senso di stabilità personale. Le emozioni prendono forma dal coinvolgimento con l'altro nelle varie situazioni.

Secondo una ricerca condotta nel 2005, i due estremi del continuum sarebbero correlate ad attivazioni neurali differenti: in presenza di stimoli che elicitano paura, i soggetti che si emozionano in modo viscerale mostrano una maggiore attivazione di amigdala, ippocampo e corteccia prefrontale mesiale, mentre in coloro che si situano sul versante *outward* le arre maggiormente attive erano la corteccia del giro fusiforme, la corteccia occipitale e la corteccia prefrontale dorsolaterale.

Lo sguardo sulle EMOZIONI

Ekman ha così identificato 6 emozioni primarie:

Felicità
Sorpresa
Disgusto
Rabbia
Paura
Tristezza

Quindi le dimensioni emozionali principali o ***primarie*** individuate e riconosciute come universali, anche se tra gli studiosi il dibattito è ancora aperto, sono rappresentate da *rabbia, tristezza, paura, gioia, sorpresa, disgusto,* (Ekman, 1984), e anche, ***amore, vergogna***.

Ogni termine indica un'intera *famiglia di emozioni* all'interno della quale esistono sfumature diverse dovute a vari fattori, come una differente intensità, la manifestazione simulata o spontanea, ecc.

In questo modo, esiste un gruppo di sensazioni con differenti etichette verbali che si riferisce alla rabbia: dal *risentimento* alla *esasperazione* o all'*odio;*

un gruppo che si riferisce alla tristezza, come *disperazione* e *dolore;* e così via per le altre emozioni. Alcune di esse svolgono una funzione vitale per l'individuo e hanno un *valore adattivo* per la specie: *gioia* e *tristezza* sono le caratteristiche emozioni connesse alla presenza o alla perdita delle figure di riferimento; la *paura* e la *rabbia* sono evocate da nemici o avversari o da eventi dell'ambiente circostante; il *disgusto*, pur ricollegandosi al cibo e al rifiuto di sostanze nocive, può avere come oggetto esseri umani e comportamenti avvertiti come sgradevoli.

Charles Darwin, per primo aveva ipotizzato l'universalità delle espressioni basandosi **sulla osservazione delle emozioni nei primati**.
In effetti**, l'espressione delle emozioni avviene tramite l'attivazione di determinati muscoli,** negli animali, così come nell'uomo. Quest'ultimo possiede però una maggiore abilità nel controllo delle **espressioni facciali**, tramite 46 muscoli che risultano il principale vettore di comunicazione emozionale.
Seppure l'uomo possa adottare una particolare espressione facciale volontariamente, esistono **due diversi circuiti nervosi per i muscoli facciali, di cui uno involontario**.
Non solo,ma l'attivazione di una particolare emozione è in grado di attivare anche i circuiti involontari, **per questo motivo è impossibile negare completamente l'espressione di una emozione:** alcuni muscoli si attiveranno comunque, anche se magari solo per un breve istante.
E' nato così lo studio **delle famose"microespressioni"**, espressioni del viso che appaiono in un venticinquesimo di secondo per poi svanire e che, solitamente sono inconsapevoli.
E' interessante notare come esista anche una sorta di **feedback di ritorno**: l'attivazione dei muscoli interessati da una particolare espressione possono **attivare o facilitare uno stato emotivo**, Ekman e Friesen, durante i loro allenamenti nel controllo dei muscoli facciali, dopo una giornata in cui stavano provando delle espressioni di tristezza, si sono accorti di stare davvero male, entrambi.

Lo sguardo sulle EMOZIONI

Le emozioni e l'affettività sono determinanti
nell'intero arco dello sviluppo umano,
nell'apprendimento e nella socializzazione.
La tradizione filosofica mostra una visione dualistica tra corpo e mente
Cartesio "Res cogitans e res extensa
Separazione tra razionalità ed emozione

Necessario integrare ragione e passione

Affermazione di una visione olistica e non dualistica

Vignati pag.186

Lo sguardo sulle EMOZIONI

Le emozioni nell'educazione

Il fattore emozione costituisce l'elemento centrale intorno al quale è possibile organizzare e sviluppare una tipologia di competenze educative comprendenti la conoscenza di sé, la comunicazione e l'ascolto, le capacità relazionali e le abilità di aiuto, le strategie di gestione del disagio e delle conflittualità che si verificano in ambito scolastico.

Le competenze emozionali, concettualmente conseguenti alle ricerche sull'Intelligenza Emotiva realizzate nel campo delle neuroscienze, offrono la possibilità di rilevare e di intervenire nelle situazioni di disagio, disadattamento e handicap, con strumenti psicopedagogici diretti a promuovere il benessere e tutte le potenzialità di crescita individuali e del gruppo.

Lo sguardo sulle EMOZIONI

EDUCARE ALLE EMOZIONI E CON LE EMOZIONI

Come le emozioni influenzano e interferiscono con l'apprendimento?

Le emozioni afflittive o distruttive condizionano la capacità di apprendere e comprendere
alterano la percezione della realtà.

Lo sguardo sulle EMOZIONI

In tutte le attività cerebrali sono coinvolte le **emozioni**, che sono fondamentali e indispensabili anche nei processi di elaborazione, memorizzazione, lettura, scrittura e calcolo. Quello che i bambini provano e sperimentano come emozione durante l'apprendimento viene immagazzinato in memoria insieme alle informazioni che stanno acquisendo. In altre parole, nella rievocazione richiamano tutto quello che è stato messo in memoria, comprese le emozioni.

Se le emozioni sono negative, indeboliscono i processi cognitivi: se un bambino fa fatica mentre apprende, sperimenta un'emozione di paura e tutte le volte che richiamerà alla memoria l'acquisizione di quelle informazioni sarà richiamata alla memoria sia la fatica sia l'emozione della paura. In questo modo si stabilizzerà l'apprendimento e il mantenimento dell'emozione disfunzionale e antagonista al buon funzionamento e alla buona acquisizione delle conoscenze.

Lo sguardo sulle EMOZIONI

Le conseguenze emotive dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento

Quando un bambino con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento inizia la scuola primaria, comincia a confrontare il suo ritmo di apprendimento con quello dei compagni. Ad esempio potrà fare più fatica a scrivere le informazioni o a leggere e fare calcoli con una velocità e un'accuratezza simile a quella dei compagni. Questo può portare ad essere valutato e ad auto-valutarsi in modo negativo indebolendo l'immagine di sé e lo sviluppo intellettivo, sociale, emotivo e familiare .Così si insinuano i primi tasselli per l'instaurarsi di difficoltà emotive, accentuate dal grado d'insoddisfazione rispetto all'ambiente e a sé stessi, oltre che dal disagio e dalla sofferenza esperita in ambito scolastico.

Lo sguardo sulle EMOZIONI

Le conseguenze emotive dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento

Il bambino che sperimenta nuovi insuccessi maturerà un senso d'inadeguatezza, fino ad arrivare all'evitamento e all'isolamento.
Inoltre, il pensiero di non essere all'altezza e la sensazione di inadeguatezza rischiano di generare stati depressivi e, di fronte ai fallimenti che sono vissuti come inevitabili, si rischia di vivere stati di apatia e di rassegnazione.

A loro volta, queste difficoltà potrebbero sfociare in problemi sociali, a seguito dell'isolamento, come, ad esempio, evitare la compagnia di altri compagni che hanno più successo nella scuola, o carenza d'attenzione e pensieri disfunzionali, a causa della sensazione di impotenza, derivata dal non ottenere buoni voti, nonostante uno studio e un impegno elevato nella scuola. In età adolescenziale (e sempre più anche infantile) si presentano anche comportamenti aggressivi davanti alle difficoltà insuperabili, come forma disadattiva di affrontare la frustrazione .

Lo sguardo sulle EMOZIONI

CHE FARE?

Fornire loro uno spazio che accolga il bambino-adolescente e creare un luogo sicuro iprotetto e di ascolto.

Ascoltare significa dare all'altra persona tutta l'attenzione di cui siamo capaci mostrando un autentico interesse per quello che sta raccontando, sospendendo il giudizio e il confronto con quello che potremmo pensare noi e lasciando spazio alle parole che ci vengono dette. Creare un luogo protetto significa anche accogliere quello che i ragazzi ci stanno dicendo con empatia, facendo capire che non verranno valutati, puniti o rifiutati ma ascoltati e compresi.

Trovare le proprie strade per apprendere

Esistono molte modalità di apprendimento e ogni ragazzo ha la sua, favorire la riflessione sul fatto che sono presenti molti strumenti e strategie per apprendere e per affrontare diversi argomenti è fondamentale per capire poi quali sono i più utili e più efficaci in modo da far percepire ai ragazzi le proprie capacità e le proprie risorse.

Lo sguardo sulle EMOZIONI

Gli esiti di numerosi studi hanno confermato che l'i*ntelligenza del cuore* può essere potenziata anche in soggetti meno dotati cognitivamente o in condizioni di diversa abilità, nei quali i problemi di autonomia e di autostima richiedono più attenzione. I programmi di *educazione alle emozioni* assumono di conseguenza valenza preventiva nel regolare l'equilibrio interiore e nel consolidare i fattori di protezione nei confronti delle disarmonie dello sviluppo. Studi sistematici indicano che la mancanza di conoscenza e di comunicazione delle emozioni può evidenziare **l'*alessitimia*,** una patologia clinica (Solano, 2001). Infine, si può ritenere che la dimensione emozionale rappresenti per il futuro della scuola la nuova frontiera.

L'esplorazione dell'immenso *spazio interiore* potrà consentire di valorizzare ogni *diversità* e formare esseri umani completi, in un clima di libera espressione.

Lo sguardo sulle EMOZIONI

ALESSITIMIA

MANCANZA DI PAROLE PER LE EMOZIONI

I soggetti alessitimici, all'apparenza persone incapaci di provare emozioni, in realtà, più che la totale mancanza di emotività, mancano della capacità di esprimere le proprie emozioni: mancano quindi completamente di autoconsapevolezza. Da questa incapacità di riconoscere i propri stati emotivi, inoltre, si arriva a confondere le manifestazioni fisiche che ne derivano fino alla loro somatizzazione.

Le emozioni, infatti, anche se non riconosciute, cercano una via alternativa alla parola per manifestarsi.

Ad oggi vi è il consenso nella letteratura scientifica nel ritenere che **una relazione disfunzionale genitore-figlio possa provocare un arresto evolutivo** a causa del quale le emozioni, scisse da simboli verbali, vengono espresse tramite il corpo.

Lo sguardo sulle EMOZIONI

Le emozioni come fonte di apprendimento

Daniela Lucangeli

Quanto è importante la relazione e l'emozione nell'educare?

Evidenze neuroscientifiche dimostrano come le emozioni abbiano un ruolo molto importante in ambito scolastico e si riflettano sulla qualità dell'apprendimento degli alunni. Infatti, l'intelligenza e l'apprendimento funzionano al meglio quando si è felici. L'insegnante ha un compito non facile in questo senso: il suo ruolo deve essere quello di porsi come mediatore di benessere nell'insegnamento di cose complesse. Oggi vi è molta attenzione sul ruolo delle emozioni dell'ambito educativo.
Si parla infatti di ***Warm Cognition***, concetto sviluppato negli ultimi anni e che si focalizza sul rapporto tra cognizioni ed emozioni.

Se ci si concentra solamente sull'aspetto didattico o cognitivo si rischia di perdere di vista il legame forte tra emozioni e apprendimento, che possiamo far sperimentare proprio nei contesti scolastici ed educativi. Occorre dunque che gli adulti e gli insegnanti per primi si sentano protagonisti del cambiamento che vorremmo vedere tutti nella scuola, che si pongano come differenziali di sviluppo, veri e propri "potenziatori di funzione" pronti non a sostituire o a giudicare, ma ad accompagnare ogni persona in ciò che sta vivendo e di cui ha bisogno in questa particolare finestra evolutiva".

Lo sguardo sulle EMOZIONI

Le emozioni in psicologia

Evento multisistemico di breve durata, coinvolge il piano dell'elaborazione cognitiva e della verbalizzazione dell'esperienza soggettivai comportamenti motori e le risposte fisiologiche.

P**rendersi cura di sé significa non solo prendersi cura del proprio corpo, ma anche delle proprie emozioni** poiché, in virtù della stretta relazione esistente, saperle riconoscere ed esprimere in modo sano contribuisce alla creazione di quel circolo virtuoso del benessere fisico e psicologico che migliora la qualità della vita.

Vignati pag.192 e seguenti

GOLEMAN

Le competenze emozionali

Nel vasto settore della teoria e della ricerca sulle emozioni, un contributo interessante che ha riportato l'attenzione sugli aspetti psicologici e funzionali delle emozioni proviene da Daniel Goleman. Il termine ***intelligenza emotiva,*** usato da Goleman, si riferisce alla "capacità di riconoscere i nostri sentimenti e quelli degli altri, di motivare noi stessi, e di gestire positivamente le nostre emozioni, tanto interiormente, quanto nelle relazioni sociali". Sono abilità complementari ma differenti dall'intelligenza, ossia da quelle capacità meramente cognitive rilevate dal Q.I., che rappresenta l'indice generale delle abilità cognitive possedute dal soggetto.

L'affermarsi di una visione poliedrica e scientificamente fondata delle capacità umane, ha attribuito un peso sempre più decisivo al mondo emozionale, alle motivazioni, all'empatia, alle capacità di autocontrollo e di adattamento. La distinzione più seguita è tra *due diversi tipi di intelligenza*, quella *intellettiva* e quella *emotiva*, ciascuna delle quali rappresenta l'espressione di aree distinte del cervello.

Lo sguardo sulle EMOZIONI

L’intelletto si basa interamente sulle elaborazioni che si verificano nella zona della neocorteccia, ovvero dei livelli superiori del cervello, di più recente evoluzione. In profondità, nelle aree sottocorticali più antiche, sono situati invece i centri emotivi.

L’intelligenza emotiva comporta il funzionamento coordinato di questi centri con quelli intellettuali. Gli antichi centri cerebrali che elaborano l’emozione sono quindi la sede delle abilità necessarie per guidare efficacemente noi stessi e per acquisire attitudine sociale. Le neuroscienze sostengono che questi centri emotivi del cervello apprendono in modo diverso da quelli in cui hanno sede i processi di pensiero.

H. Gardner

Nel 1983, H. Gardner operando la distinzione fra capacità intellettuali ed emotive, ha presentato un nuovo modello di ***intelligenza multipla*** che individua ben sette forme di intelligenza:

abilità verbali, logico- matematiche, spaziali, cinestetiche, musicali, interpersonali e intrapersonali.

In seguito, Gardner ha esteso fino a venti la lista delle varietà di intelligenza.

Lo sguardo sulle EMOZIONI

1. **intelligenza linguistica, verbale** (es. parlare in modo comprensibile e convincente con dovizia di spiegazioni, saper raccontare aneddoti originali);

2. **intelligenza logico-matematica;** (saper interpretare i numeri in modo da impiegarli con abilità nelle diverse situazioni);

3. **intelligenza spaziale** (es. destreggiarsi con i rompicapo e con le carte geografiche);

4. **intelligenza corporeo-cinestetica** (danzare, praticare sport, muoversi e saper maneggiare con abilità gli oggetti);

5. **intelligenza musicale** (ricordare la musica, suonare e comporre);

6. **intelligenza intrapersonale** (conoscere se stessi: avere contatto con i propri sentimenti, con le emozioni e i contenuti non razionali);

7. **intelligenza interpersonale** o sociale (essere sensibili agli stati d'animo, alle motivazioni e alle intenzioni degli altri).

Le emozioni del disagio

Il disagio rilevabile in ambito scolastico può definirsi come uno *stato emotivo,* che non si ricollega necessariamente a disturbi di tipo psicopatologico, linguistici o di ritardo cognitivo. Si riferisce a "*un insieme di comportamenti disfunzionali che non permettono al soggetto di vivere adeguatamente le attività di classe e di apprendere con successo, utilizzando il massimo delle proprie capacità cognitive, affettive e relazionali*". Le manifestazioni disfunzionali comprendono "*scarsa partecipazione, disattenzione, comportamenti prevalenti di rifiuto e di disturbo, cattivo rapporto con i compagni, ma anche assoluta carenza di spirito critico"* (Mancini e Gabrielli, 1998).

…le emozioni del disagio

Il disagio interiore nei bambini può trasformarsi in sintomi psicosomatici come tic, balbuzie, paure, fobie, incubi notturni, enuresi e forme di autoerotismo, oppure attraverso gesti trasgressivi, come bugie e piccoli furti. Sintomo di qualcosa che non va è anche l'irrequietezza psicomotoria protratta o la tendenza all'isolamento, seguita dal senso di inadeguatezza e di delusione. Le dinamiche negative e conflittuali del gruppo-classe, provocano sentimenti di sfiducia, noia, scarso senso di appartenenza e competizione, rapporto inadeguato con l'insegnante. La sofferenza psicologica, come evidenziato dalle ricerche condotte in questo settore, può comportare stress, riconducibile alle basse prestazioni scolastiche, ai problemi di comunicazione, come anche ai comportamenti di aggressività, ai sentimenti di angoscia e insicurezza, paura dell'abbandono, impotenza, senso di colpa.

Sono pertanto numerosi i fattori di rischio diffusi fra i bambini.

…le emozioni del disagio

B*ullismo* o i *disturbi specifici di apprendimento* (ad es. il *deficit di attenzione e iperattività*) o le reazioni di rifiuto della scuola (*fobia scolare*), rendono ancora più visibile l'impotenza degli insegnanti di fronte alla complessità delle problematiche.

Alcuni bambini possono rivelare una particolare vulnerabilità al disadattamento manifestandola attraverso comportamenti di *scarsa tolleranza alle frustrazioni, ridotta inibizione sociale, controllo carente delle pulsioni, limitata socievolezza, minima soddisfazione nelle attività scolastiche, insufficiente frequenza scolastica, instabilità emotiva* (Tarter, 1986). Negli ultimi anni, tutti gli studi realizzati convergono nell'indicare quali sono le difficoltà o incapacità prodotte dalle lacune che si riscontrano nelle competenze sociali o emozionali dei giovani:

chiusura in se stessi, condotte ansiose, fobiche, squilibri alimentari, difficoltà nell'attenzione e nella riflessione, fenomeni di trasgressione, ecc. (Mariani, 2003). Questi comportamenti disfunzionali sono facilmente rintracciabili nella popolazione in età scolastica, distinguendosi come *carenze o apprendimenti inadeguati nella comprensione di sé e degli altri.*

Lo sguardo sulle EMOZIONI

Perché si manifestano emozioni afflittive?

Mancanza di soddisfazione di bisogni fondamentali
Tabella dei bisogni di Maslow
5 livelli

I ragazzi in situazione di svantaggio provano con particolare intensità la mancanza di bisogni psicologici

Necessario far conto sulle risorse e abilità tipiche dell'INTELLIGENZA EMOTIVA

Il QI non misura questa intelligenza, ma si può verificare che un ragazzo con QI basso compensi questa carenza con capacità dell'area emotiva
(Vygotskij compensazione)

Vignati pag.196

Le barriere nella comunicazione

La realizzazione della dimensione emozionale assume, nella comunicazione interpersonale, un ruolo decisivo. Risponde al bisogno di sperimentare contatti affettivi positivi, di accettazione e di riconoscimento. In particolare, nelle interazioni occorre **rilevare dai messaggi verbali e dai segnali non-verbali (tono della voce, espressione mimico-facciali, postura del corpo, i gesti...) quale sentimento prevalente muove la persona e che può motivare la sua azione, intervenendo poi con messaggi non giudicanti che sono centrati sul sentimento, senza creare *barriere nella comunicazione***

LE 'BARRIERE' NELLA COMUNICAZIONE

Thomas Gordon (1974) definisce dodici specifiche barriere che rappresentano degli ostacoli rilevanti nella comunicazione interpersonale

Comandare, dirigere, esigere;

Minacciare, ammonire;

Fare la predica, rimproverare;

Consigliare, offrire soluzioni;

Argomentare, cercare di convincere;

Giudicare, criticare, condannare;

Ridicolizzare,etichettare,usare frasi fatte

Interpretare, diagnosticare;

Fare apprezzamenti,manifestare compiacimento

Rassicurare consolare

Inquisire, sottoporre a interrogatorio;

Cambiare argomento, minimizzare, ridicolizzare

I messaggi di ostacolo alla comunicazione, sono dei *messaggi in seconda persona* o *tu-messaggi* che comportano spesso un alto rischio di pregiudicare le relazioni, perché:

a) Possono far sentire le persone in colpa

b) Essere percepiti come un insulto, un'umiliazione, una critica o un rifiuto

c) Possono comunicare assenza di rispetto

d) Spesso causano comportamenti reattivi e di rivalsa.

e) Possono danneggiare l'autostima di chi li riceve.

f) Possono produrre resistenza, invece di apertura al cambiamento.

g) Possono far sentire l'altro ferito e pieno di rancore.

h) Sono spesso percepiti come punitivi.

VIGNATI pag.220

Lo sguardo sulle EMOZIONI

L'uso di tali *barriere,* soprattutto, non consente di influenzare il bambino per spingerlo a cambiare il comportamento disfunzionale e, in più, rendono il rapporto educativo difficile perché aumenta il non sentirsi compresi e accettati.

E' quindi necessario utilizzare *l'ascolto attivo o empatico* che rappresenta lo *strumento di aiuto* efficace nelle situazioni problematiche.