

**Rassegna di Psicoterapie.
Ipnosi. Medicina
Psicosomatica.
Psicopatologia Forense.**



**Periodico quadrimestrale a carattere scientifico
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "LA SAPIENZA"**

**VOLUME 8 – N. 1
Gennaio - Aprile 2003**

Periodico quadrimestrale a carattere scientifico di proprietà della UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI ROMA "LA SAPIENZA"

Insegnamento di Psicopatologia Forense
(Dipartimento di Scienze Psichiatriche e
Medicina Psicologica), Università di Roma
"La Sapienza" .

Direttore responsabile:
Vincenzo Mastronardi

Direzione Scientifica onoraria:
**Franco Granone e Antonio Maria
Lapenta**

Capo Redattore:
Maria Tosello

Direttore Organizzativo:
Matteo Villanova

**Gli elaborati vanno inviati al Prof.
Vincenzo Mastronardi** Dipartimento di
Scienze Psichiatriche e Medicina
Psicologica, Università "La Sapienza", P.le
Aldo Moro, 5 - 00185 Roma - Fax:
06/49912268

Comitato Redazionale:
**M. Calderaro, G. Cims, A. Bormioli, F.
Donvito, V. Ferrante, E. Foppiani, F.
Marascio, G. Maurizio, A. Pacciolla, C.
Bairati Papi, G. Saladini, G. Tirone**

Tutti i diritti sono riservati: Nessuna parte
di questa pubblicazione può essere
riprodotta, trasmessa e memorizzata in
qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo.
Per quanto non espressamente richiamato
valgono le norme delle Leggi sulla Stampa
e le norme internazionali sul Copyright.

Stampa: Tipografia Centro Copie Cervialto
- Via Monte Cervialto, 17 - 00139 Roma
**Registrazione al Tribunale Civile di
Roma n° 00325/96 (28.06.1996)**

Comitato Consultivo:

G. ABRAHAM (Ginevra)
P. ARBARELLO (Roma)
D. AKSTEIN (Rio de Janeiro),
L. ANCONA (Roma),
T. BANDINI (Genova),
M. BIONDI (Roma)
F. BRUNO (Roma),
C. COLUCCI D'AMATO (Napoli),
V. E. COSMI (Roma),
G. DE BENEDITTIS (Milano),
D. DE CARO (Roma),
F. DE FAZIO (Modena),
M. C. DEL RE (Roma),
S. DE RISIO (Roma),
N.M. DI LUCA (Roma),
G. DONINI (Roma),
A. ERMENTINI (Milano),
U. FORNARI (Torino),
L. FRATI (Roma),
L. FRIGHI (Roma),
V. GHEORGHIU (Giessen),
M. A. GRAVITZ (Washington),
V. HUDOLIN (Zagabria),
F. INTRONA (Padova)
W. KRETSCHMER (Tübingen),
C. LORIEDO (Roma),
P. MASSACCI (Roma),
V. MASTRONARDI (Roma),
M. MORCELLINI (Roma),
G.C. NIVOLI (Sassari)
G. B. PALERMO (Milwaukee),
A. PETIZIOL (Roma),
P. PINELLI (Milano),
V. RAPISARDA (Catania),
L. RAVIZZA (Torino),
G. G. ROVERA (Torino),
N. RUDAS (Cagliari),
E. TORRE (Torino),
H. WALLNÖFER (Vienna),
J. C. WATKINS (Missoula),
L. WOLLMAN (New York),
J. K. ZEIG (Phoenix).

SOMMARIO

- M.V. Bossolasco IMMUNITARIA
IPNOSI E FUNZIONALITA' IMMUNITARIA.....pag.7

- M. Capobianco
“L’INTEGRAZIONE” IN IPNOSITERAPIA: un caso di disturbo del Comportamento alimentare.....pag.13

- F. Beggiato, D. Mazzuto con la Consulenza di V. Mastronardi e M. Villanova
METODOLOGIA DI PREVENZIONE DEL DISAGIO INFANTILE IN CONTESTI EDUCATIVI.....pag.39

- **RECENSIONI**
A. Pacciolla, M. Mezzani
“METAFORA E PSICOLOGIA” Ed. Laurus Robuffo. Roma 2002 Vincenzo mastronardi.....pag.63

- **Norme di pubblicazione per gli Autori.....pag.65**

IPNOSI E FUNZIONALITA' IMMUNITARIA

M.V. Bossolasco

biologa specialista in Microbiologia e in Igiene, psicologa
psicoterapeuta

Summary

Stress, especially when intense or prolonged, carries as an immunosuppressive effect. Some experimental studies and two meta-analytic reviews are examined to verify if hypnosis, considered as a psychosomatic event, through a positive modulation of immunological system, acts as an antagonist of stress in psychoneuroimmunological (PNEI) perspective.

Experimental data support a similar hypothesis only partially, and many difficulties in structuration of protocols don't allow univocal conclusions. Available evidence shows that there are limits to the effectiveness of hypnosis to moderate immune system reactivity, but also suggests that responses to hypnosis are not easily reducible to static experimental protocols as they depending on interior context and on power of mental representation which are different in individual people.

Parole chiave

Ipnosi, terapia immaginativa, stress, immunomodulazione, interazione mente-corpo, psiconeuroendocrinoimmunologia

Key words

Hypnosis, imagery, stress, immunomodulation, mind-body interaction, psychoneuroendocrinoimmunology

Introduzione

Negli ultimi vent'anni numerose ricerche hanno evidenziato lo stretto legame che unisce mente e corpo attraverso il circuito d'integrazione psiconeuroendocrinoimmunologico (PNEI). Il cervello, le ghiandole endocrine, il midollo osseo, la milza ed i linfonodi fanno parte di una rete di comunicazione multidirezionale, in cui i neuropeptidi operano come vettori di informazioni ormonali, metaboliche ed emotive (Pert, 1997). Quest'acquisizione ha consentito la trasformazione radicale del consueto modo frammentato di concepire l'essere umano, a vantaggio di una visione realmente unitaria, una visione olistica in cui la psiche, in altre parole il pensiero, la coscienza e le emozioni, diventano elementi fluidi e dinamici direttamente implicati in ogni processo nervoso, endocrino ed immunitario.

L'ipnosi può essere interpretata all'interno di questa nuova cornice di riferimento, come fenomeno psicosomatico, con le sue specifiche modalità d'azione, in cui può avvenire il superamento del limite psiche-materia organica, con predominio assai spesso della psiche sul soma e un'influenza del più profondo inconscio biologico da parte di forze psichiche di tipo suggestivo (Granone, 1986). Lungi dall'essere risposta esclusivamente psichica, l'ipnosi è anche risposta somatica viscerale organica, in cui corpo e mente interagiscono, aiutandosi e compensandosi a vicenda, è un insieme di fenomeni neurologici, biochimici, elettrici, psicologici, sociali." (Guantieri, 1975).

Nella prospettiva psicosomatica, l'idea che lo stato mentale e quello emotivo possano, attraverso il sistema immunitario, influenzare l'insorgenza e/o il decorso di una malattia organica, ha affascinato intere generazioni di studiosi e ha prodotto numerosi studi sperimentali volti ad indagare un'eventuale relazione causale tra stress e funzionalità immunitaria (Bottaccioli, 1985; Biondi, 1993; Biondi e Marino, 1999).

I dati sperimentali mostrano che condizioni di stress psicologico possono produrre alterazioni nella funzionalità immunitaria, anche se ogni individuo risponde agli eventi stressanti in relazione al suo substrato emozionale, alla sua personalità e allo stato psichico di base. Le patologie in cui si riconosce il ruolo patogenetico dello stress sono sempre più numerose, e l'allontanamento da situazioni stressanti, quando è possibile, è ritenuto necessario supporto alle specifiche terapie, anche nella convinzione che gli interventi comportamentali possano avere conseguenze positive per la funzione immunitaria.

Nel corso degli ultimi anni non pochi ricercatori hanno studiato l'influenza sulla funzionalità immunitaria, dell'ipnosi e delle tecniche ad essa collegate, e le hanno impiegate a scopo psicoterapeutico, secondo l'assunto teorico che, così come lo stress, attraverso il circuito d'integrazione PNEI, deprime la funzionalità immunitaria, è verosimile che, in determinati soggetti, si possano utilizzare gli stessi canali per ottenere benefiche modificazioni, suscitando in ipnosi immagini particolari tali da creare monoideismi suggestivi, etero- ed autoindotti, fortemente plastici e influenzanti le condizioni organiche."(Granone, 1985)

Quest' intuizione del Prof. Granone è stata confermata sperimentalmente da numerosi studi, per mezzo dei quali è stato dimostrato che, in trance ipnotica, particolari e mirate suggestioni possono mobilitare le cellule immunitarie, gruppo cellulare di pronto intervento per sradicare infezioni o degenerazioni patologiche, e che è possibile creare immaginariamente neuropeptidi utili sotto l'aspetto terapeutico.

Tra i primi impieghi della terapia immaginativa per potenziare il sistema immunitario, si annoverano gli interventi condotti da Simonton e

Simonton (1980), costituiti da un programma psicoterapeutico per pazienti oncologici che impiegava tecniche, spesso molto suggestive ed efficaci, di rilassamento e di visualizzazione in immaginazione delle proprie cellule immunitarie impegnate nella lotta contro le cellule neoplastiche che si concludeva con la distruzione di queste ultime. Sempre negli anni '80, anche Spiegel e collaboratori hanno istruito donne con neoplasia mammaria metastatica a praticare forme di rilassamento e di autoipnosi (1989).

Molti altri studi sperimentali hanno messo in evidenza che l'immaginazione e il rilassamento svolgono un'azione di facilitazione dell'immunità, modificando l'effetto immunosoppressivo esercitato dagli eventi stressanti., tuttavia questi risultati non sempre sono presenti e soprattutto non sono univocamente interpretabili, come risulta anche dagli studi meta-analitici di Van Rood e collaboratori (1993) e di Miller e Cohen (2001). Numerose sono tuttora le questioni aperte: per esempio, non è facile quantificare il contributo dell'ipnosi nell'ambito dei trattamenti riportati in letteratura dal momento che gli approcci utilizzati sono piuttosto eterogenei, spaziando dalle tecniche di rilassamento e di immaginazione, all'impiego del *biofeedback*, dell'ipnosi, all'uso di paradigmi di condizionamento.

Non esiste nessuna misura standard globale della funzione immunitaria e i parametri indicatori della funzionalità immunitaria non sono individuabili in modo univoco, benchè alcune variazioni siano più evidenti di altre, e più persistenti nel tempo. Alcuni ricercatori ricorrono al conteggio dei vari sottogruppi di leucociti del sangue, con la difficoltà che deriva dal fatto che essi sono interdipendenti, con le variazioni in uno che producono effetti a cascata sugli altri. Altri studiosi, invece, dosano specifici mediatori, come alcune citochine; altri ancora hanno suggerito che, in generale, determinazioni funzionali forniscono un indicatore più realistico della funzione immune rispetto alle misurazioni quantitative (Kiecolt-Glaser e Glaser , 1992).

Inoltre, non sempre si procede con l'opportuna randomizzazione nella costituzione dei gruppi sperimentale e di controllo, accorgimento metodologico importante proprio perché molti dei parametri immunologici non hanno valori "normali". Infine, dall'esame delle varie sperimentazioni, risulta che la raccolta dei campioni da analizzare non sempre avviene nello stesso momento per il gruppo sperimentale e quello di controllo, né il disegno sperimentale prevede regolarmente l'inserimento dei *follow-up* o, quando questo è effettuato, non sempre sono riportate le determinazioni immunologiche.

In sintesi, sembra che l'influenza dell'ipnosi sulla funzionalità immunitaria sia nel complesso modesta, anche se a giudizio degli Autori degli studi meta-analitici sarebbe prematuro concludere che il sistema immunitario non è influenzato dagli interventi psicologici. Piuttosto, i risultati permettono di ricavare alcune indicazioni metodologiche per una corretta sperimentazione e

pongono problemi concettuali e di metodo, che devono essere risolti prima di giungere a conclusioni definitive. Emerge la necessità di usare appropriati campioni clinici, di specificare la tipologia della tecnica impiegata e dei parametri immunologici individuati come indicatori, di effettuare i prelievi per le determinazioni in tempi non casuali e di seguire disegni sperimentali più rigorosi che prevedano i *follow-up*, con relativa determinazione dei parametri indici della funzionalità immunitaria.

D'altra parte, la valutazione dell'efficacia dell'ipnosi nel modulare il sistema immunitario non sempre è agevole, e le difficoltà nei confronti di un'interpretazione univoca potrebbero persistere perché costringere lo studio dell'efficacia di un intervento ipnotico all'interno di protocolli strutturati secondo criteri che non considerano l'individualità dei soggetti, può risultare fuorviante. L'ipnosi, in quanto fenomeno psicosomatico, risente infatti dell'esistenza di variabili nella strutturazione psichica, che differiscono da individuo ad individuo e che inevitabilmente si riflettono sull'ipnotizzabilità, come è stato messo in evidenza dagli studi che valutano l'influenza che viene esercitata

dalla struttura dell'immaginazione usata (Dilts e coll., 1990) e dalla capacità di costruire immagini chiare associate a forti sentimenti (Green e Green, 1977; Gawler, 1998).

Conclusioni

La sperimentazione volta ad indagare l'efficacia immunomodulatoria dell'ipnosi ha prodotto risultati discordi e non univocamente interpretabili. Al momento non è facile stabilire se l'ipnosi possieda in assoluto efficacia immunomodulatoria, ma è ipotizzabile che il suo impatto sulla funzionalità immunitaria dipenda dalla qualità del pensiero dei soggetti sperimentali. Come afferma Tirone, "La rappresentazione mentale, l'immagine mentale, il pensiero, sono una forza. Il pensare nervoso, incerto, superficiale, agitato, distratto, senza chiarezza, che scivola da un contenuto all'altro, è un pensiero povero di energia realizzatrice. Il pensiero deve invece essere affermativo, deciso, chiaro nella sua finalità." (Tirone, 1999) e, analogamente emerge che "Non tutti gli individui sono dotati di un'immaginazione coinvolgente, sono capaci di lasciarsi coinvolgere e assorbire dalla propria fantasia o immaginazione, così da arrivare a fare sogni a occhi aperti e a sviluppare delle immagini molto vivide." (Pacciolla, 1994).

I risultanti contrastanti, allora, non sarebbero una prova del limite dell'ipnosi, e della sua scarsa ed imprevedibile efficacia in senso immunomodulatorio, ma piuttosto la dimostrazione dell'originalità con cui ogni individuo realizza il monoideismo plastico. E' verosimile che l'influenza sulla funzionalità immunitaria sia maggiore proprio negli individui in cui il monoideismo plastico si manifesta nel modo migliore sia sotto l'aspetto qualitativo che quantitativo.

Bibliografia

- M. BIONDI – Psicoimmunologia e psicosomatica – Atti IX Congresso Nazionale Società italiana Medicina Psicosomatica, Torino, 1983
- M. BIONDI, V. MARINO – Stress e sistema immunitario: una rassegna di 43 studi sperimentali di psicoimmunologia condotti nell'uomo tra il 1992 e il 1998 – *Medicina Psicosomatica*, 1999, 44: 35-51
- F. BOTTACCIOLI – Psiconeuroendocrinoimmunologia – Edizioni Red, Como, 1995
- R. DILTS, T. HALLBOM, S. SMITH – Beliefs: Pathways to health and well-being. Metamorphous Press, Portland, Oregon, 1990
- L. GAWLER – The creative power of imagery: specific techniques for people affected by cancer – *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 1998, 14: 31-40
- F. GRANONE – Eccezionali possibilità umane, in particolari condizioni psichiche – *Rassegna di Ipnosi*, 1985, 12: 43-59
- F. GRANONE – Cosa è l'ipnosi; come si instaura; a che serve; con quali modalità psiconeurofisiologiche agisce – *Rassegna di Psicoterapie*, 1986, 13: 111-124
- E. GREEN, A. GREEN – Beyond Biofeedback – Delta, New York, 1977
- G. GUANTIERI – L'IPNOSI – RIZZOLI, MILANO, 1975**
- J.K. KIECOLT-GLASER, R. GLASER – Psychoneuroimmunology: Can Psychological Interventions Modulate Immunity? – *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992, 60(4): 569-575
- A. PACCIOLLA – Ipnosi, benessere psicofisico e risorse mentali – Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo, 1994
- C. PERT – The molecules of emotions: Why you feel the way you feel – Scriber, New York, 1997
- O.C. SIMONTON, S. MATTHEWS-SIMONTON, T.F. SPARKS – Psychological intervention in the treatment of cancer – *Psychosomatics*, 1980, 21: 226-233
- O.C. SIMONTON, S. MATTHEWS-SIMONTON, J. CREIGHTON – Getting well again – New York Bantam Books, 1980

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

D. SPIEGEL, J.R. Bloom, H. KRAEMER, E. GOTTHEIL – Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer – *Lancet*, 1989, 2: 888-901

G. TIRONE – Ipnositerapia, tecniche di liberazione – Xenia Edizioni, Milano, 1999

Y.R. VAN ROOD, M. BOGAARDS, E. GOULNY, H.C. VAN HOUWELINGEN – The effects of stress and relaxation on the “in vitro” immune response in man: a meta-analytic study – *Journal of Behavioral Medicine*, 1993, 16(2): 163-181

Riassunto

Lo stress, soprattutto se intenso o prolungato, esercita un effetto immunodepressivo. Sono esaminati alcuni studi sperimentali e due studi meta-analitici per verificare l'ipotesi che l'ipnosi, considerata come evento psicosomatico, agisca come antagonista nei confronti dello stress attraverso una modulazione positiva del sistema immunitario, nella prospettiva psiconeuroendocrinoimmunologica (PNEI).

I dati sperimentali confermano quest'ipotesi solo parzialmente, e molte difficoltà nella strutturazione dei protocolli non consentono conclusioni univoche. L'efficacia dell'ipnosi nel modulare la reattività immunitaria, valutata sperimentalmente, presenta alcuni limiti, e le risposte all'ipnosi non sono facilmente riducibili a statici protocolli, ma dipendono dal contesto interno e dalla forza della rappresentazione mentale, ovvero dalla qualità del pensiero e della sua energia realizzatrice, che variano notoriamente da un individuo all'altro.

Indirizzo per la corrispondenza

Dott.ssa Maria Vittoria Bossolasco

Via Garzigliana 8 – 10127 Torino

ITALIA

Tel. +39 011 6630502

E-mail: mavibo@tiscalinet.it

**I. “L’integrazione” in Ipnositerapia:
un caso di disturbo del comportamento alimentare**

Massimo Capobianco*

Abstract:

This work, that transversally refers to cognitive-interpersonal theory, to self-psychology and to hypnosistherapy, lingers particularly over the process/concept of integration, whom deficiency is led back to the presence of multiple and not integrated representatives patterns of the self, of the self-other and of the self-environment, starting off a process that we can define as “functional dissociation”. The specific instance describes hypnotic procedures that are oriented at the integration of internal working models - and, more generally, of personal knowledge system - through the examination of a case concerning an eating disorder (bulimia).

Key words:

integration; organization of personal knowledge; internal working models; cognitive-evolutionary approach; hypnosistherapy; eating disorder.

Parole chiave:

integrazione; organizzazione della conoscenza personale; modelli operativi interni; approccio cognitivo-evolutivo; ipnositerapia; disturbo del comportamento alimentare.

*Il sé che non ha potuto raggiungere una coesione
 presenterà una dipendenza a vari gradi dagli
 oggetti-sé che utilizzerà come sostituti di
 strutture psichiche che non possiede*
C.G. Jung

* Psicologo, Psicoterapeuta, Ipnositerapeuta C.I.I.S.

INDICE

Introduzione

I.1 La centralità del Sé e dei processi di autorganizzazione

I.2 Dal concetto di dissociazione/disaggregazione al processo di integrazione, un possibile *continuum*

II. UN CASO DI DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

II.1 Il caso della signora Loretta Manuela (nome fittizio): il primo colloquio e l'anamnesi

II.2 L'organizzazione cognitivo-emotiva: una sintesi

II.3 La procedura per integrare gli schemi cognitivi interpersonali

II.4 Dalle prime sedute alla definizione del sistema di conoscenza personale del paziente

III. L'evoluzione del caso, il termine della terapia e la nascita di una nuova vita

III.1 L'evoluzione della terapia

III.2 Dalla gravidanza alla tecnica ipnotica per il parto

III.3 Riflessioni conclusive

Introduzione

Chi solitamente lavora nel settore clinico mette in opera una teoria ed una modalità d'intervento per affrontare quel complesso universo rappresentato dalla malattia mentale. Nella prassi avviene che il terapeuta ricorra, oltre che ad interventi ed a modelli specifici del proprio indirizzo di riferimento, a concetti e tecniche ascrivibili ad altri orientamenti che, con diversa terminologia, si rapportano agli stessi fenomeni.

A livello operativo ne conseguono, implicitamente, metodologie che potremmo definire specifiche ed altre più generali: basti pensare, ad esempio, all'utilizzo del *rapport*, del colloquio, agli strumenti base per definire l'*assessment*, eccetera.

Ora, in questo lavoro, che si riferisce in maniera trasversale alla teoria cognitivo - interpersonale, alla psicologia del sé ed all'ipnositerapia, ci soffermeremo in particolare sul concetto/processo di integrazione (della coscienza/memoria o, nella terminologia di V.F. Guidano, della conoscenza personale) che, a parere di chi scrive, seppure a volte non definito, è presente tacitamente, e costituisce un aspetto centrale, in ogni caso clinico.

In termini generali, un intervento finalizzato alla predetta integrazione può essere inteso come aspecifico, volto quindi ad equilibrare tale 'funzione': l'attitudine della struttura d'insieme ad assimilare/organizzare i dati (attivando capacità) senza distorcerli e senza segregarli dal contesto, dando debito conto, attraverso suoi rimaneggiamenti, dei nuovi apporti; ciò rappresenta senza dubbio una caratteristica individuale di fondamentale importanza con la quale ci si deve confrontare in ogni terapia.

Inoltre saranno definite, nello specifico, procedure ipnotiche finalizzate all'integrazione dei modelli operativi interni (MOI) positivi e negativi (e delle correlate 'emozioni negative e positive') che emergono durante il trattamento, permettendo, al contempo, di fronteggiare l'aggressività che ne deriva; il tutto attraverso l'esame di un caso clinico di disturbo del comportamento alimentare (bulimia).

Ci siamo altresì proposti, non certo senza una buona dose di ambizione, di specificare l'importanza di lavorare sul processo d'integrazione della conoscenza personale nel percorso terapeutico, ambito ove l'ipnosi rappresenta un efficace strumento sia d'indagine che d'intervento, per estendere il novero dei processi che focalizzano l'interesse dei terapeuti (ad es.: il rafforzamento dell'Io, la coesione del Sé, l'individuazione, l'identità stabile, etc).

In ogni caso, parafrasando le parole di G. Liotti (1993), comunque sia perseguita ed ottenuta, la correzione di una 'visione di sé' all'interno della terapia sembra essere il passo fondamentale per la rinuncia consapevole, da

parte del paziente, ad utilizzare processi mentali disfunzionali (dissociativi/disaggreganti) come difesa di fronte all'attesa di rifiuti affettivi o d'indisponibilità di altri significativi.

I.1 La centralità del Sé e dei processi di autorganizzazione

«Tutte le più recenti teorie cognitive e neuropsicologiche della conoscenza considerano la coscienza come un processo sequenziale, che integra continuamente, nel confronto con la percezione del momento, una molteplicità di processi percettivi e di memoria operanti in parallelo a livello pre-conscio» (Liotti, op.cit., pag. 53).

Il modello proposizionale del sé costituisce l'elemento essenziale in questo passaggio dal molteplice (parallelo e non cosciente) all'unitario (sequenziale e cosciente) che caratterizza continuamente l'operato mentale umano.

Secondo Bowlby il comportamento di attaccamento è mediato da sistemi comportamentali che hanno un'organizzazione di tipo cibernetico e incorporano modelli rappresentativi dell'ambiente e del Sé. Pertanto per conoscere il Sé è necessario considerare il processo di autorganizzazione; la capacità di autoriferimento riflessivo intesa come modalità di rendere coerente il fluire continuo dell'esperienza immediata: «lo strutturarsi dei contorni del Sé ed il significato personale sono processi a tal punto interconnessi da poter essere considerati, per così dire, come i due lati della stessa moneta» (Guidano, 1992, pag.33).

Nella psicologia cognitivista, una delle idee centrali consiste nel fatto che l'attività della mente organizza continuamente informazioni elementari, molteplici ed in maniera automatica, sintetizzandole in 'unità rappresentative' che guidano il comportamento e possono acquisire in vario modo le qualità della coscienza e della narrazione. Al vertice di quest'organizzazione c'è la conoscenza del Sé.

Nella prospettiva cognitivo-evoluzionista, è di gran lunga più interessante studiare i modi in cui alcune attività mentali non riescono ad acquisire la qualità della coscienza anche laddove sarebbe importante che ciò avvenisse, piuttosto che indagare come un contenuto mentale cosciente possa essere rimosso nell'inconscio per difesa dall'angoscia. L'importanza della trasformazione di attività mentali non coscienti in attività coscienti sta soprattutto nel loro divenire comunicabili attraverso il linguaggio, e dunque modulabili e condivisibili in una dimensione intersoggettiva (Liotti, 2001, pag.4).

I.2 Dal concetto di dissociazione/disaggregazione al processo di integrazione, un possibile *continuum*

Liotti, nell'opera *la discontinuità della coscienza*, espone un'efficace e precisa disamina dei concetti di dissociazione e di disaggregazione partendo da P. Janet, che utilizzò il termine (*désagrégation*) disaggregazione come sinonimo di dissociazione, sostenendo che la vita mentale è composta da esperienze frammentarie continuamente integrate nella costruzione della coscienza del sé, e che tale processo di integrazione possa essere disturbato da opposte tendenze alla disaggregazione.

Ora, l'idea dell'attività costruttiva e integrativa è quella che ha sostituito la tesi semplicistica dell'associazione meccanica per somiglianza e contiguità (cara alla tesi positivista) come processo base della memoria e/o della conoscenza in generale; quest'impostazione incentrata sull'attività integrativa, che confronta e sintetizza cognitivamente le esperienze, è alla base dell'esigenza di ridurre la molteplicità.

Per di più tale termine rimanda ad una visione cognitivista dell'attività mentale incentrata su un meccanismo d'esclusione selettiva delle informazioni dalla elaborazione cosciente, diverso dai concetti di repressione e di rimozione, che rimandano invece ad una visione pulsionale-energetica dei rapporti fra conoscenza esplicita e tacita.

In sostanza, anche in questo lavoro, si sostiene che non solo a seconda della risposta alle interazioni con le figure significative possano essere presenti tendenze alla dissociazione, processo differente dai meccanismi di difesa psicoanalitici - tesi che Liotti utilizza brillantemente per definire, e comprendere in termini di esclusione della coscienza, i disturbi di personalità multipla (DPM), le forme di depersonalizzazione, di amnesia, eccetera -, ma si inverte la prospettiva, considerando un concetto sovraordinato, quello della facoltà integratrice della memoria e della coscienza.

In sostanza la carenza di integrazione viene ricondotta alla presenza di modelli rappresentativi multipli e non integrati (del sé, del rapporto sé-altro, sé-ambiente); processo che possiamo definire, con molta approssimazione, di 'dissociazione funzionale'.

Per una maggiore precisazione in merito al dibattito, rimarchiamo che lo stesso Bowlby aveva suggerito che la dissociazione fra conoscenza semantica ed episodica andava compresa nell'ambito delle dinamiche intersoggettive, piuttosto che in quello dei meccanismi di difesa; impostazione che l'ortodossia psicoanalitica non accolse, rifiutando di studiare la psicopatologia in chiave di

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

dissociazione fra diversi sistemi mnestici. E furono invece i cognitivisti a riconoscerne appieno il valore.

La possibilità suggerita da Bowlby era che i ricordi episodici negativi nell'interazione con i genitori venissero tagliati fuori dalla coscienza, in quanto questa era occupata da conoscenze semantiche idealizzate dei genitori stessi.

L'interdizione del ricordo era dovuto più a pressioni interpersonali che dalla necessità della coscienza di proteggersi dall'angoscia generata da pulsioni inaccettabili.

II. Un caso di Disturbo del Comportamento Alimentare

*Ciò che hai ereditato dai padri,
riconquistalo se vuoi possederlo*
S. Freud

II.1 Il caso della signora Loretta Manuela (nome fittizio): il primo colloquio e l'anamnesi

Durante il primo colloquio, la signora Loretta afferma di essere affetta da depressione ansiosa relativa alla perdita del padre, avvenuta due anni prima; di avere un rapporto disregolato (dimagrimenti ed abbuffate) con il cibo; di non dormire durante la notte; di evitare contatti interpersonali e di vivere una situazione disastrosa al lavoro.

Ritiene che le cause di tali problematiche siano da ricondursi «al non aver accettato la morte del padre, ma solo la malattia». Si è rivolta ad uno psichiatra presso una casa di cura, sottoponendosi ad una terapia che includeva antidepressivi e ansiolitici, ma ritiene di non star bene. Riporta disturbi intestinali, senso di gonfiore alle gambe, stati d'affaticamento, amenorrea, un senso di obnubilamento dovuto dai farmaci, aumento di prolattina. Ha preso contatto con uno psicologo che l'ha sottoposta, per diverse sedute, alla somministrazione di tests, interrompendo per 'senso d'inutilità'.

Riferisce che i suoi problemi sarebbero risolti se «tutto ritornasse come prima» e vale a dire: assenza di crisi di pianto, rapporto adeguato con il cibo, accettazione di sé stessa («non mi vedo bene e pertanto faccio ginnastica»), risoluzione dei contrasti e della rabbia verso il datore di lavoro.

La signora ha 33 anni, è alta 1,68 e pesa 62 kg, è sposata da 10 anni ed ha una figlia di 9 anni, lavora come assistente di poltrona in uno studio dentistico, mentre il marito è un operaio in una piccola impresa.

Il suo primo ricordo è circoscritto all'età di 5 anni circa: si trovava al mare ed era entrata in acqua scendendo da una sedia; al momento della

riemersione, non riusciva a ritrovare le 'gambe' della seggiola e veniva aiutata del genitore («mio padre mi ha salvato»).

Per quanto riguarda il periodo scolastico, relativo alla scuola materna, rammenta che non ci voleva andare, nonostante una suora l'aspettasse; alle elementari l'ambiente era piacevole e caldo, a differenza della sua casa che era fredda per l'assenza di riscaldamento: ha bei ricordi di questi momenti.

La madre, infermiera in una casa di cura, apprezzava i suoi modi tranquilli, soprattutto rispetto a quelli della sorella; il padre, che faceva il camionista, valorizzava l'obbedienza di Manuela: «era severo-autoritario e poco presente in casa». Alle scuole medie riferisce di aver vissuto un brutto periodo poiché veniva presa in giro da due compagni per il suo aspetto da "grassottella", a volte soffriva di allergie e le si gonfiavano i piedi, il rendimento scolastico era buono. La comunicazione con la madre era (leggermente) migliore rispetto a quella intrattenuta con il padre ("con lui non c'era dialogo"). Il rapporto tra i suoi genitori e Maria, la sorella di Manuela, era ancora più difficile. La madre manifestava irritabilità precipuamente nei confronti di quest'ultima, considerata 'ribelle'. Desiderava che le figlie rimanessero in casa quando il padre telefonava da fuori, e pretendeva assoluto silenzio nelle occasioni in cui riposava dai viaggi. Il clima familiare muta, in negativo, quando la sorella, più grande di sette anni, si sposa incinta all'età di diciotto anni.

La paziente veniva lodata per i risultati scolastici e ricompensata con regali. Dopo un anno di matrimonio, sua sorella si separa e ritorna nel nucleo d'origine: «con lei, anche se ci volevamo bene, non c'era affiatamento, spesso litigavamo». Ricorda di aver migliorato l'aspetto fisico nel periodo della scuola media «per evitare le prese in giro»; successivamente ritiene di essersi corretta e per lo sviluppo e per aver frequentato regolarmente una palestra.

Verso i 16 anni segue una dieta dimagrendo per circa 18 mesi. Ha svolto diversi lavori: commessa, impiegata presso uno studio legale; ora, da circa 13 anni, è assistente di poltrona in uno studio dentistico.

All'età di 22 anni si sposa e con il marito si stabilisce in un appartamento non distante da quello della madre. L'anno successivo ha una bimba, Samanta, e definisce buona la vita coniugale.

Nel 1997 il padre si ammala di tumore ad un polmone e viene ricoverato, si sottopone alla chemioterapia ed inizia un duro periodo per tutta la famiglia. «Era una sofferenza vederlo in quello stato, sembrava che non sapesse ma, secondo me, sapeva; ho inventato di tutto per non dirgli le cose come stavano, poi è diventato meno insistente».

Il genitore è stato sottoposto anche a terapie private, interrotte per l'elevato costo. Vengono, comunque, consultati rinomati oncologi in tutta

Italia; la paziente rappresenta che pensava fosse un momento transitorio e non “un precipitare”.

Un medico consiglia alla famiglia di ricoverare, nella fase terminale, il genitore in una clinica ove decede nel 1999: il tutto per Manuela sembra “impossibile”. Ricorda che nel 1998 diminuisce di peso senza rendersene conto, mantenendo, a differenza di oggi, vari rapporti sociali. Dopo la morte del padre ne prende coscienza ed inizia a sottoporsi a vari esami medici, si reca altresì da uno psicologo e, poi, da uno psichiatra, abbandonando i trattamenti.

Rammenta le festività, successive alla perdita, come periodi negativi in cui riemerge l'assenza; situazioni ove sono frequenti i disturbi del comportamento alimentare (e non solo): abbuffate, vomito, percezione di ingrassare, malessere fisico e conseguente senso di disistima.

II.2 L'organizzazione cognitivo-emotiva: una sintesi

Dopo alcuni incontri (definizione del problema, anamnesi etc.) viene delineata una ‘sintesi’, ovvero le caratteristiche del sistema conoscitivo del paziente, di seguito riassunta utilizzando lo schema proposto da Cionini (1991), integrato dalla prospettiva cognitivo-evolutivo-processuale (Liotti, 2001; Guidano, 1992). Ovviamente si tratta di una iniziale ipotesi di lavoro, soggetta a continue rivisitazioni durante il corso della terapia.

- *Definizione del problema*

Il soggetto presenta un Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA) e, nello specifico, bulimia nervosa con abbuffate e condotte di eliminazioni autoindotte, caratterizzate da anomalia nella quantità di cibo assunta; polarizzazioni ideative sul cibo, con la presenza di sintomi ossessivo-compulsivi relativi al rapporto con gli alimenti. Il tono dell'umore è correlato allo schema sé-genitore (perdita della figura); è evidente una chiusura nei porre in essere rapporti personali; si manifesta peraltro un disturbo del ritmo circadiano del sonno non altrimenti specificato (il sonno viene interrotto da un risveglio durante la notte di circa 45 minuti).

- *Struttura dell'organizzazione cognitiva e storia di vita*

L'immagine di sé si riassume nella dimensione *sono amabile* ma, al contempo, si percepisce *rifiutata dall'altro* (precipuaemente a livello di condivisione delle proprie emozioni), dunque incentrata sulla coesistenza di rappresentazioni opposte di sé e di sé-altro.

L'organizzazione/disorganizzazione della conoscenza di sé del paziente è correlata alla ‘struttura semantica della delusione’ (Liotti, 2001, pag.107). Il rapporto ‘idealizzato’ con la figura paterna, non viene bilanciato dagli altri rapporti familiari, anzi la paziente ritiene, implicitamente, di essere stata delusa dalla reazione della sorella e della madre rispetto alla morte del

padre. Per di più vi è una difficoltà nella coesistenza e della regolazione delle emozioni e delle rappresentazioni non integrate; a riguardo si riportano le seguenti affermazioni: «dovevo stare più vicino a mio padre e gli avrei voluto dire ‘ti voglio bene’; ho provato un senso di fastidio/stanchezza nel prestargli cura ed ero stremata dalla malattia».

Quanto proposto in questo paragrafo deve intendersi in termini di ‘assi dimensionali’: polarità entro le quale si svolgono dialetticamente i processi mentali. Nel DCA il livello di organizzazione assume la caratteristica di costruzione, più o meno compiuta, di significato centrata sulla delusione.

- *Meccanismi di scompensazione ed organizzazione della conoscenza personale*

Se si considerano i processi di attaccamento come nucleo della costruzione degli schemi cognitivo-interpersonali, modelli apparentemente inconciliabili, come quello di O. Kernberg¹, che considera il conflitto e la mancata integrazione di rappresentazioni positive e negative del sé come nucleo del disturbo, e quello di M. Linehan, che considera il deficit di regolazione delle emozioni, appaiono entrambi dotati di senso. Deficit di regolazione delle emozioni e deficit metacognitivi da una parte e, dall’altra, rappresentazioni non integrate di sé-con l’altro appaiono due facce della stessa medaglia nella prospettiva della disorganizzazione dell’attaccamento (Liotti, op.cit.).

Il meccanismo di scompensazione, che ha determinato l’insorgere del disturbo del comportamento alimentare nella signora Loretta, è riconducibile alla morte del padre (evento scatenante). L’organizzazione della conoscenza personale è caratterizzata da una difficoltà a costruire il rapporto sé-altro che si palesa come incentrato sulla non ‘condivisibilità’ (non accettazione) e, più in generale, rimanda alla costruzione di sé fondata sulla dimensione *non amata dall’altro* (cfr. Lorenzini, Sassaroli, 1992). La criticità delle capacità di autointegrazione del paziente è riconducibile ad un sé vago e oscillante (Guidano, 1992).

La perdita della figura di attaccamento ha determinato l’insorgere di processi psicofisiologici innescati dalla privazione di una persona amata, indicando la reciproca interconnessione tra la percezione della perdita ed emozioni quali tristezza, rabbia e disperazione. Pertanto, la riorganizzazione del senso di continuità, che segue la perdita, risente, in gran parte, dalla flessibilità

¹ L’autore ritiene, ad esempio, che ‘il sistema di internalizzazione’ sia composto da: un’immagine dell’oggetto, un’immagine del sé e da una colorazione affettiva. Queste parti sono la materia di cui è costituita l’esperienza e, in definitiva, la struttura psichica.

e dalla generatività con cui il soggetto è in grado di modificare la valutazione sia della relazione sia della reciprocità emotiva che la caratterizzava. E, nel caso specifico, da luogo ad atteggiamenti emotivi che risultano disadattivi, come ad esempio, l'incapacità di investire adeguatamente nelle relazioni affettive (marito, madre, amici); reazioni che possono assumere le forme più svariate, che vanno da modalità inadeguate di reattività psicosomatica fino ai quadri clinici conclamati.

In definitiva, la signora Loretta presenta uno schema del sé dove: da un lato, cerca di aderire a standard di perfezione ricavati in conformità ad una immagine di sé attendibile e consistente; dall'altro, il non esporsi (non manifestare direttamente le emozioni o le opinioni) consente di recuperare un senso più definito di individualità e di demarcazione dagli altri.

II.3 La procedura per integrare gli schemi cognitivi interpersonali

Lo svolgimento della terapia ha seguito una modalità di intervento riconducibile al modello cognitivo-interpersonale, che ha costituito il riferimento teorico e di intervento, unitamente all'utilizzo dell'ipnosi, sia per rievocare materiale utile ai fini dell'*assessment* e sia per 'rimodulare' i processi (deficit di regolazione) emozionali ed integrativi, attraverso l'elaborazione e il mantenimento di un significato personale coerente (differenziazione sé-altri), inteso sia in termini di Io che di Me² (Guidano, 1992).

Inizialmente si sono alternate sedute prettamente cognitive ed altre ipnotiche, per poi assumere, man mano che la terapia evolveva, una sorta di suddivisione in due parti all'interno del medesimo incontro.

Ai fini del presente lavoro, ci soffermeremo in particolare sull'utilizzo dell'ipnosi: approccio usato in maniera prevalente nel trattamento della signora Loretta.

Definita la 'sintesi' (cfr. paragrafo precedente), il paziente presentava 'un deficit' di integrazione delle 'credenze positive e negative' (per utilizzare una terminologia che rimanda a M. Rokeach), ascrivibile agli schemi di interazione con la figura paterna (schema nucleare o regione centrale). Evidente appariva la difficoltà a rievocare adeguate scene emotive connesse al genitore.

All'uopo è stata definita una procedura (in parte mutuata da metodiche di M.H. Erickson, rielaborate e variate rispetto alle finalità) tendente a:

² Per Guidano (1992, pag. 14): «la coscienza del sé appare come un processo ontologico in cui l'abilità ad operare una distinzione tra l'esperienza immediata e la valutazione che se ne trae attraverso l'interazione con gli altri è contrassegnata dalla possibilità di riferire l' "Io" che esperisce al "Me" che valuta».

- ri-costruire/rievocare scene positive;
- recuperare/rievocare scene negative senza il vissuto emotivo ('contatto' tramite distanziamento cognitivo);
- integrare i vari aspetti ricorrendo al 'senso di chiusura formale', attraverso uno schema che consiste nel costruire una situazione di 'osservazione privilegiata' come, ad esempio, trovarsi al cinema (utilizzando quindi capacità metacognitive e, specificamente, una sorta di 'autoriflessione inconsapevole') e poter osservare, da una prospettiva decentrata, la interrelazione degli eventi avendone una 'maggior conoscenza' attraverso una visione globale.

Altra tecnica, parimenti incentrata sui processi integrativi, è consistita nel far immaginare alla paziente, in stato di ipnosi, di sfogliare un libro di foto che rimandano a situazioni pregresse positive, per passare, poi, a situazioni correlate a momenti negativi, senza esperirne le emozioni: ricordare gli episodi con distanziamento emotivo, costruendo una visione 'comprensiva', d'insieme.

Tale impostazione, basata anche su aspetti regressivi, può comprendere la presenza di una figura infantile (bambina/o) che viene coinvolta, consentendo pertanto di rapportarsi con le figure significative anche in maniere vicaria. Se si utilizza la figura vicaria si dovrà ripercorrere, poi, a ritroso il 'tragitto', sottolineando il passaggio della bambina/o verso l'età adulta: si ri-orienta la prospettiva temporale al qui ed ora.

Ritroviamo delle analogie con la tecnica di Guidano (1992, pag.100), non basata sull'ipnosi, laddove utilizzando un 'linguaggio cinematografico', che per la sua immediatezza semplifica la comprensione, interviene sui pazienti facendoli 'zummare' dentro e fuori scene prototipiche. Tale strategia è finalizzata alla riorganizzazione del significato personale tramite un cambiamento nella valutazione dell' 'Io' da parte del 'Me'; detto in altre parole, si tende a cogliere la differenziazione tra l'esperire e lo spiegare, tra il guardarsi dal punto di vista soggettivo ed oggettivo: il riorganizzare l'esperienza personale a livello più o meno profondo.

Per le problematiche più direttamente connesse con il disturbo del comportamento alimentare, non si è ricorso a prescrizioni, ma a metafore incentrate sul naturale principio del nutrimento. Ad esempio sono state usate espressioni quali: la terra riceve il seme, lo accoglie, lo protegge, gli dà nutrimento; la pianta che ne deriva, crescendo, e superando le intemperie, diviene solida, sviluppando rami e foglie rigogliose, fino ad accogliere altri esseri; trae nutrimento e dalle radici e dalle foglie, supera il corso delle stagioni e beneficia del sole, della pioggia, della neve per crescere e cambiare, rimanendo sé stessa.

Un albero dal quale, poi, sono nate altre piantine, un albero che maestoso attraversa il tempo, etc.

E' opportuno precisare che un intervento, a parere di chi scrive, s'incentra su uno schema di base che è la struttura portante di una terapia. Ed è l'organizzazione della conoscenza personale il nucleo dell'intervento al quale procedure e tecniche si vanno a adattare: in sostanza, si cerca di trasmettere non tanto il valore delle tecniche ma di un approccio comprensivo anche di tecniche da inglobare nell'intervento globale. Esse offrono una valida assistenza per la strutturazione e la comunicazione di alcuni messaggi terapeutici, ma non dovrebbero essere confuse con questi.

II. 4 Dalle prime sedute alla definizione del sistema di conoscenza personale del paziente

Le sedute (per un numero totale di 53) si sono svolte con frequenza settimanale per 1 anno, con incontri quindicinali per i successivi 5 mesi, mentre le ultime 4 sedute sono state mensili.

Nella fase dell'*assessment* sono state eseguite due sedute di sogno da svegli guidati (*rêve éveillé dirigé*); in particolare è stata eseguita 'la ricerca delle figure familiari nella grotta e la visita di un castello'³, ove è emersa la rievocazione della morte del padre ed una scena in cui quest'ultimo restava solo nella camera mortuaria e lei provava un 'senso di fastidio', simile a quello che avvertiva in ufficio, al primo impatto, con le persone; situazioni che comunque riusciva a fronteggiare.

³ Si tratta di rielaborazioni del *rêve* della Grotta – incentrato sui rapporti con le figure significative – modificato nella seguente procedura: «immagini ora di trovarsi di fronte ad una grotta in montagna, all'interno di essa, in qualche punto, ci sono i suoi parenti che lei vuole ritrovare; in mano ha una torcia per rischiarare, se serve, il suo cammino. Mi dica pure cosa vede? Cosa stanno facendo i suoi parenti?». L'altro *rêve*, del Castello, descrive l'organizzazione cognitivo – emotiva, in particolare i rapporti tra i vari sistemi di conoscenza implicita ed esplicita, nonché il sistema di valori del soggetto (usando la terminologia psicoanalitica: il super-io, che corrisponde ai piani nobili, l'Io al piano terra e l'Es alle segrete ed ai piani bassi). La prescrizione è la seguente: «Immagini di uscire da un bosco, è una bella giornata; in questo bosco è andata a fare una gita, gli alberi si fanno più radi e si intravede una radura e sullo sfondo un castello con delle torri. Il ponte levatoio è abbassato ed è in ottima condizione. Lei sente il desiderio di visitarlo e si avvia. Mi dica tutte le immagini che le vengono in mente?».

Durante il primo mese di terapia la signora Loretta ha un attacco di bulimia con vomito e riferisce di sentirsi, alla fine delle crisi, veramente 'abbattuta': incomincia inoltre a parlare di 'rituali notturni'. Nello specifico, la paziente ogni notte si sveglia alle ore 03.00, si alza dal letto per recarsi in cucina e si prepara del latte caldo con biscotti, per poi tornare, dopo circa 45 minuti, a dormire. Tale rituale viene definito come «un momento forte per compiere qualcosa di lasciato in sospeso». La signora Loretta afferma che avrebbe voluto dire al padre «ti voglio bene», ed è rammaricata per non essersi presa «tempi differenti al lavoro» per stare vicino al genitore ammalato. Verso la madre invece era riuscita, ora, a manifestare il suo affetto.

E' soddisfatta del proprio matrimonio e di sua figlia, alla quale, a suo dire, avrebbe potuto dedicare più tempo per 'godersela di più'. Le sue vecchie amicizie sono percepite con un senso di fastidio, per il fatto che quando il padre stava male, insieme a loro andava a ballare e non riusciva poi a dormire. Verso la settima seduta nuovamente ha un episodio di bulimia, ed a riguardo riferisce: «sembra che quando sto meglio, voglio comunque stare peggio ad ogni costo. Ero sola e la sera mi sono arresa, ho lottato contro di me e sapevo che poi mio marito si sarebbe reso conto, ho mangiato molti dolci: biscotti, merendine, cioccolato, marmellata, caffè e latte molto zuccherato, etc». Incomincia a rievocare sogni dove il padre è solo e triste.

III. L'evoluzione del caso, il termine della terapia e la nascita di una nuova vita

*Nessun uomo può stare senza spiegarsi
quanto gli succede e, se un giorno arrivasse a
non potersi spiegare più nulla, direbbe allora di essere matto,
e questa sarebbe per lui l'ultima spiegazione possibile.*
Dostoevskij

III.1 L'evoluzione della terapia

A seguito delle sedute cognitive-ipnotiche, tese ad integrare i significati personali, incomincia a formarsi nel soggetto una oscillazione dinamica, una maggiore flessibilità: si instaura un processo discontinuo nel suo ascendere a livelli di ordinamento dell'esperienza via via più strutturati ed integrati. La paziente si auto-rappresenta come più tranquilla e serena («sto meglio mentalmente»), ma con «una certa frenesia nel dover le cose», asserisce di ritrovare il piacere nello svolgere le piccole (quotidiane) incombenze e, soprattutto, di aver pensato al padre positivamente, in momenti belli. Il fatto

che alcune persone glielo hanno ricordato, questa volta non le ha dato fastidio, anzi con piacere ne ha parlato, senza farsi prendere dallo sconforto ed ha sognato “qualche cosa di carino in merito”.

Durante gli incontri, man mano che la terapia evolve, alterna difficoltà e momenti di maggior equilibrio, contenuti però da un *timing* più adeguato.

Tecnicamente le suggestioni (i vari messaggi ristrutturanti) sono state ‘trasmesse’ a livello implicito, ricorrendo ad una comunicazione diretta all’emisfero destro tramite l’utilizzo della P.N.L. e della metafora.

La signora Loretta ritorna su questioni incompiute quali: il non essersi goduta la figlia e il non aver appieno sostenuto il padre durante la malattia per gli orari rigidi e per l’insensibilità del suo datore di lavoro. Infatti, quando accompagnava il padre fuori della regione per cure mediche, il dentista presso il quale lavorava fissava gli appuntamenti nel pomeriggio inoltrato, al momento del suo rientro: il tutto limitava la disponibilità di tempo della paziente. I vari amici della scuola di ballo ancora vengono evitati («non mi facevano dormire e mi allontanavano da mio padre»).

Sul rapporto con i genitori, ritiene di essere stata legata maggiormente al padre, anche se lo riteneva un libertino, e definisce la madre come troppo gelosa; fatto che opprimeva la coppia scatenando continue liti che la ‘stancavano’. Spesso il padre era assente, ma rimarca di averci condiviso diversi momenti veramente belli; andavano a sciare, al mare, e quando rientrava nei fine settimana facevano gite mangiando fuori: «nei giorni di festa si creava un’atmosfera di partecipazione». La madre era gelosa di altre donne ed ogni volta che per questo motivo litigavano, il marito si recava nella casa al mare; in diverse occasioni doveva accompagnare la madre che, da lontano, ‘spiava’ il coniuge per sentirsi, in tal modo, rassicurata («io comunque stavo con mio padre e quando mi sono fidanzata la situazione si è fatta più tranquilla»). Verso la dodicesima seduta la signora Loretta, per la prima volta riesce a ‘condividere’ la tendenza bulimica con il marito, al quale riesce a chiedere aiuto, fatto che le consente di superare completamente la crisi: «non era mai accaduto che lo affrontassi con successo, quando avevo un attacco, prima o poi, lo consumavo». Continua l’evolvere del processo (discontinuo) di strutturazione ed integrazione della conoscenza personale; ora ricorda che, una volta avvenuta la morte del padre, era migliorata fisicamente ma, di contro, c’era stato un malessere di tipo psicologico: correla questa sequenza agli stati (processi) attuali ove emergono evidenti oscillazioni. La paziente evidenzia chiaramente lo strutturarsi di capacità metacognitive⁴.

⁴ Per metacognizione s’intende la capacità dell’individuo di compiere operazioni cognitive euristiche sulle proprie ed altrui condotte psicologiche, nonché la capacità di utilizzare tali conoscenze ai fini strategici per la soluzione

In varie ipnosi rimarca di non potere vedere completamente la parte sinistra dei paesaggi, che le si presentano, in quanto una struttura di ferro “impedisce molto”. Ora riferisce di aver visto al di là, qualcosa di rotondo e dal colore piacevole: sembra che abbia ricostruito un processo senza determinarne il contenuto: la conoscenza semantica viene separata da quella episodica; il tutto viene rispettato dal terapeuta che non indaga ulteriormente. Il ciclo mestruale diviene più regolare, la paziente recupera il piacere e la frequenza dei rapporti sessuali, e migliora le relazioni con tutti i componenti del nucleo familiare (marito, figlia, sorella e madre); di contro evita l’ambiente extrafamiliare e ritiene che uscire con gli amici sia una costrizione, affermando che non ha voglia di parlare con loro in quanto, diversamente dai suoi parenti, non conoscono la situazione. Incomincia peraltro ad esplicitare intolleranza verso il rapporto e le condizioni imposti dal datore di lavoro.

Nelle notti continua a svegliarsi, considerando, al tempo stesso, questo momento un «ritaglio di tempo per stare sola», una necessità di sentire il vuoto e, qui aggiungiamo, il ‘senso di riempimento’ che un inevitabile vuoto richiama.

Durante la terapia non si è voluto lasciare la paziente senza questo bisogno, pertanto le relative suggestioni (indirette) sono state finalizzate a modificare la rigidità del succitato schema per fornire, anche riguardo a quest’esigenza, una maggiore flessibilità. È il caso di rammentare che, a seguito della prima ipnosi, la signora Loretta riesce a dormire per tutta la notte senza interruzioni, credendo addirittura, al momento del risveglio, che l’orologio non funzioni, in quanto è così sorpresa di non essersi svegliata alla solita ora (circa l’una o le due).

La questione era comunque lungi dall’essere risolta; quando non si svegliava di notte la sua giornata era poi caratterizzata da uno stato che definiva di ‘agitazione’ ed emergeva un’ambivalenza di fondo: il desiderato, il dormire ininterrottamente, non era poi apprezzato appieno. Si decise di migliorare la durata del sonno senza togliere direttamente la ‘pausa’. Sono stati utilizzati diverse suggestioni per modificare tale schema e non senza sorprese; ad esempio, in una seduta il messaggio ipnotico era il seguente: «si potrà svegliare un po’ prima del solito (...)», il risultato fu che la paziente si svegliò prima delle 06.30 (ora della preparazione per recarsi al lavoro), ma la frase «un po’ prima del solito» venne letta in relazione al primo risveglio (che avveniva all’incirca alle 03.00) e quindi la signora Loretta incominciò a svegliarsi tra le ore 01.00 e 02.00. In altra seduta la suggestione consisteva «nel dormire almeno cinque ore»; tale comunicazione è stata interpretata letteralmente,

di compiti e per padroneggiare specifici stati mentali fonte di sofferenza soggettiva (Lorenzini, Sassaroli, 2000).

pertanto la paziente, da quel momento, inizia a destarsi alle ore 05.00. Infine, la successiva comunicazione indiretta prescriveva il riaddormentarsi subito dopo essersi svegliata, per poter ritornare a sognare più proficuamente. Il sogno nel frattempo fu definito quale luogo di lavoro, di funzione sovraordinata che tende a sviluppare, mantenere e regolare l'organizzazione dei processi psicologici. La paziente cambia finalmente il proprio comportamento: al momento dei risvegli non percepisce più l'esigenza di alzarsi, ma rimane nel letto per continuare a dormire. Ovviamente la nuova risposta notturna, per essere del tutto compresa, implica il considerare le modificazioni, di pari passo, intervenute in terapia.

Tornando quindi al trattamento più generale, la paziente migliora i rapporti con il marito, la madre e con la sorella e, al contempo, riesce a resistere agli impulsi bulimici. Inizia peraltro a recuperare i momenti sociali: esce per andare a ballare, riprende a frequentare contesti interpersonali.

All'inizio dell'estate si concorda, in concomitanza alle ferie estive, l'interruzione della terapia per il mese di agosto; periodo in cui la paziente, insieme alla sua famiglia, si sarebbe recata al mare.

Nel mese di settembre, alla ripresa degli incontri, Manuela si presenta dichiarando di aver trascorso una stupenda vacanza e di aver incominciato a mangiare senza sale, avendo 'paura' del cibo, definito come «un nemico assoluto». Asserisce di sentirsi meglio fisicamente, «meno gonfia», e di essere dimagrita di circa 5,50 chili, da 63 kg a 57,50.

Ha incominciato a non mangiare frutta, dolci e pane e, di conseguenza, si sono innescate discussioni con il marito e con la madre, preoccupati per il dimagrimento. Percepisce come molto gratificanti i risvegli notturni. Inizia a valutare la possibilità di interrompere il rapporto di lavoro per l'insensibilità, attuale e pregressa, che il datore esplicita nei suoi confronti. Successivamente riferisce di una lite al lavoro, scatenata da datore di lavoro che, in modo invadente, le ha 'appioppato' il termine di anoressica in presenza di un utente dello studio dentistico.

Le sedute continuano con la procedura sopra descritta, finalizzata ad elicitarle le 'capacità di integrazione'; vengono peraltro fornite indicazioni comportamentale come il pesarsi prima di ogni seduta e, per regolarizzare la sua alimentazione, si ricorre a prescrizioni come dover mangiare comunque un po' di ogni pietanza seduta a tavola con la famiglia, aggiungendo piccole quantità di ulteriori cibi (ad es.: una fetta di pane, del condimento diverso, una pasta con la crema al posto di una senza) rispetto alla sua dieta tipo: la manovra si rileva efficace: il peso incrementa normalizzandosi.

La signora Loretta, senza alcun avvertimento (non informa neppure al terapeuta), si licenzia ed afferma di essere, ora, più tranquilla, anche se deve

gestire il periodo di preavviso prima dell'interruzione definitiva della prestazione lavorativa e, al contempo, le conseguenti dinamiche.

Si attualizzano schemi interpersonali agonistici, con l'emergere di varie emozioni: collera-sfida, vergogna-potenza, tristezza-disprezzo, invidia-superiorità. Prevale in questa fase l'elaborazione sia dell'aggressività verso il contesto interpersonale, che degli schemi nucleari che esso attiva: è come se raggiunta una maggiore conoscenza/equilibrio del proprio sistema personale, la paziente finalmente potesse integrare le emozioni positive e negative.

In terapia questo periodo viene definito come una seconda fase in cui ciò che era temuto (la disregolazione del rapporto con il cibo) ora si ripresenta, con la possibilità, questa volta, di porre in essere adeguati meccanismi di fronteggiamento. La gestione delle aspettative di efficacia e di risultato (per usare la terminologia di A. Bandura) diviene centrale: il cambiamento che la paziente 'intravede' costituisce sia la possibilità di maggior riorganizzazione sia d'incombente senso di resa ('cambiamento catastrofico', direbbe W. Bion).

Spesso seguendo l'evoluzione di casi clinici si constata una sorta di passaggio finale: una fase di contestazione-aggressiva anticipa, necessariamente, il riordinamento dell'immagine di sé.

Interrompe definitivamente la dieta con un attacco bulimico ma la tendenza a porre in essere abbuffate prosegue fino alle due settimane successive, che coincidono, proprio, con la fine del rapporto di lavoro.

La paziente riesce ad esplicitare (indice di accresciute capacità metacognitive) la relazione tra lo schema perdita/cibo, vuoto-riempimento e il rapporto sé-padre, fino al conseguente, ed attuale, spostamento dall'interazione verso il rapporto con il datore di lavoro. Tale associazione elicitava una evidente reazione di 'sdegno'.

Evolve ulteriormente l'integrazione delle conoscenze personali, e con le parole della signora Loretta: «la fine del lavoro mi ha fatto uscire dalla gabbia, ora prendo il tempo per me stessa, le giornate scorrono piacevolmente, sono libera mentalmente, scherzo, ironizzo, riesco a spizzicare senza abbuffarmi. Prima o mangiavo tutto o mi controllavo, erano circa 4 anni che andavo a tavola tesa, ora mi sento distesa, assaggio persino il cibo degli altri, sono arrivata a portare fuori dell'orario dei pranzi della pizza a mia madre: era impensabile, sono più padrona di me stessa».

Da quel momento la terapia volge verso livelli di maggiore stabilità, continui miglioramenti vengono raggiunti, e per continuare con le parole della paziente: «ho trovato un senso di pace generale, mi trucco con piacere, sono riposata e rilassata durante il giorno, attendo persino il momento del pranzo come l'occasione per parlare con mia figlia e mio marito, ancora mi dà fastidio il rapportarmi con gli altri ed ho un po' di rabbia verso il mio ex datore di lavoro e se dormissi senza interruzione sarei normale, come tutti».

La coesione e la maggior integrazione conducono la signora Loretta, per un periodo che va dal mese di novembre a gennaio, a porre in essere rapporti intersoggettivi basati sulla reciprocità/cooperazione, che segnalano la possibile coesistenza della molteplicità-discontinuità delle rappresentazioni di sé (Liotti, 1994).

Incominciano ad affiorare molti sogni e le interruzioni notturne si fanno meno frequenti. In sostanza la paziente utilizza il messaggio che «il sogno è il guardiano del sonno; più si sogna e più si può entrare in contatto con le nostre esigenze integrandole», comunicazione indiretta trasmessa, molte sedute prima, ma recepita attualmente dalla paziente. E dall'opera di M.H. Erickson, in merito, troviamo diverse definizioni sull'ipnosi che sottolineano, nell'ottica di una considerazione creativa dell'azione dell'inconscio, lo stato di responsabilità 'accresciuta' (in ipnosi) verso un recupero ed utilizzo di materiale e/o di processi mentali. E. Rossi, inoltre, dialogando con Erickson, così recita: «tu utilizzi meccanismi mentali e limiti naturali per incanalare la responsabilità in modi che al sistema di controllo conscio non sono ancora disponibili» (Erickson, 1985, pag. 103). E citando direttamente Erickson (1984, p. 158): «l'ipnosi è un mezzo per comunicare idee; è un mezzo per chiedere alla persona di accettare un'idea per esaminarla; per scoprirne i significati intrinseci, e poi decidere se agire o no sulla base di quei particolari significati»; e ancora: «l'ipnosi è una tecnica di comunicazione per mezzo della quale rendi disponibile il vasto bagaglio di cose apprese e acquisite, e la cui utilità risiede soprattutto nella forma delle reazioni automatiche. In ipnosi facciamo diretto appello a queste cose apprese che sono state relegate nella zona delle acquisizioni automaticamente disponibili» (M. Erickson, ibidem, p. 116).

Facendo una precisazione teorica, è utile rimarcare che il concetto, sopra richiamato, di 'inconscio creativo' accoglie importanti modifiche, che denotano l'avvicinamento della concezione psicoanalitica e cognitiva dell'inconscio, con un evidente contributo dell'approccio psicodinamico.

In sintesi, l'inconscio non viene più definito un calderone di impulsi rimossi e di meccanismi di difesa, ma una struttura complessa di elaborazione in parallelo, laddove fattori motivazionali e difese possono sì influire sull'accesso alla coscienza ma non come fattori primari di inaccessibilità. Dalle teorie cognitivo-sperimentali, tese a considerare l'uomo come elaboratore di informazioni, emerge che i processi inconsci sono strutturalmente inaccessibili, tranne che per il loro prodotto finito, e che anche eliminando qualunque barriera essi rimangono tali per garantire la funzionalità della coscienza. Infine, la relazione tra coscienza e inconscio non è intrinsecamente conflittuale ma essenzialmente complementare, essendo 'sistemi' che tendono a potenziarsi reciprocamente.

Un problema tuttora aperto è se poi la coscienza possa essere intesa come 'operatore centrale' verso la quale confluiscono i prodotti finiti dell'elaborazione in parallelo.

Diversi studiosi indirizzano la discussione sulla capacità limitata ed adattiva della coscienza rispetto al rapporto con l'ambiente, ma è condiviso che la coscienza possiede caratteristiche che trascendono dal qui ed ora: 'il presente ricordato'. La coscienza negli esseri umani è sorta quando l'individuo ha cominciato a rappresentarsi uno spazio della mente immaginario ed interno, dove 'un organizzatore centrale' (ad esempio: l'io, lo schema del sé, il me, etc.) può compiere delle sequenze lungo una dimensione temporale.

Con Semerari (2000, pag.47) possiamo dire che «la coscienza fonda l'identità organizzando sotto forma di narrazione le conoscenze di sé contenute in memoria». Si rafforza, così, la stretta interdipendenza tra linguaggio e coscienza e si definisce, al contempo, la sua natura dialogica e interpersonale.

Tornando al caso, la paziente riferisce di essere in attesa di un figlio, fatto inaspettatamente positivo per tutta la famiglia. Si regolarizza il suo sonno ed in un'occasione va persino a trovare il suo ex datore di lavoro, riuscendo così a confrontarsi con lui senza evitarlo; per la signora Loretta: «è una grande conquista, anche se è stata istintiva, mi sono sentita di affrontarlo e sono più serena di prima, lui invece ha dimostrato che non è cambiato». Riesce a 'disinvestire' il rapporto con il datore di lavoro, affermando che faceva parte di una brutta, e pregressa, situazione. Le sedute si diradano, alla paziente viene insegnato il rilassamento per gestire alcune difficoltà (senso di fastidio e di formicolio agli arti e alle spalle) che si presentano durante il sonno. A questo punto si concorda di proseguire la terapia dilazionando gli incontri fino al parto, in merito viene richiesto un 'aiuto ipnotico' *ad hoc*.

III.2 Dalla gravidanza alla tecnica ipnotica per il parto

L'attesa del parto viene vissuta adeguatamente dalla signora Loretta, che manifesta comunque apprensione per il fatto di dover affrontare la seconda gravidanza all'età di 35 anni.

Sa che sarà un bambino ed ha deciso, insieme al marito, di chiamarlo Emanuele, come il padre. E' decisa nel voler vivere appieno la gestazione visto che, rispetto alla precedente, il lavoro, in un certo qual modo, glielo aveva impedito. Non vuole farsi addormentare completamente 'per vivere il parto' e considera il ricorrere al cesareo un fatto negativo.

Per il parto in ipnosi sono state seguite le indicazioni descritte da L. Peresson, in *Ipnositerapia - le suggestioni*, e da F. Granone, in *Trattato di Ipnosi*.

In sostanza, considerate le acquisite capacità di risposta ipnotica del soggetto, sono state effettuate due sedute incentrate sul parto (L. Peresson suggerisce un numero di sedute che vanno da 2-3 a 7-10, a seconda dell'ipnoretività della gravida). L'intervento è stato finalizzato a fornire non solo capacità di rilassamento, ma per creare (fornire) uno spazio personale della paziente, che desiderava vivere anche in maniera individuale il momento del parto.

A tal fine viene detto alla signora Loretto che persino quando percepirà le voci del personale medico, avrà in ogni modo un suo spazio, rievocabile con tecniche di autoipnosi, ricorrendo alla metafora dell'albero (cfr. par. II.3), nonché alla voce del terapeuta che «l'accompagnerà».

Si ripresenta il sotteso rapporto tra parto/nascita e perdita/recupero dello schema interpersonale sé-altro da sé e, nello specifico, sé-padre.

Per il parto *tout court* è stata usata la procedura - leggermente riadattata - tratta da L. Peresson (1982, pag. 132).

La signora Loretto affronta il parto senza alcun problema riferendo di averlo vissuto con molta calma, a differenza del marito che manifestava ansia, e di essersi rilassata pensando alla sedute svoltesi nello studio e alla voce del terapeuta.

In particolare, ha rievocato la metafora dell'albero, spesso utilizzata quale rappresentazione di continuità e di cambiamento, di superamento dell'«egoismo» per rapportarsi con l'altro in maniera cooperativa e paritetica (ad es.: non c'è niente di più nobile che piantare un albero il quale farà ombra a persone che non si conosceranno mai), come raffigurazione dello svolgersi naturale del ciclo di vita, etc. Inoltre ha sottolineato - mostrando una evidente amnesia circa le suggestioni - che lo stato di rilassamento era stato disturbato dal dover seguire le indicazioni del personale medico («eguirà puntualmente tutte le istruzioni che le verranno date, esattamente come se gliele avessi date io stesso»).

Riferisce, infine, che non ha provato alcun dolore quando le sono stati applicati punti di sutura, a differenza del precedente parto, di essersi alzata presto dal letto e che la montata latte è avvenuta velocemente.

Infine ricorda di aver pensato, quando ha visto il bambino, a una piantina per poi sprofondare in un sonno profondo (un passaggio della suggestione recitava: «quando avrà visto il bambino e la placenta si sarà staccata, lei sprofonderà in un sonno riposante dal quale si sveglierà sentendosi realmente bene ed a posto e ricordandosi molto poco di ciò che le è accaduto»).

La paziente ha partecipato attivamente alla nascita del proprio figlio e, parafrasando Minella, possiamo asserire che nulla di tutto quanto è stato fatto durante la preparazione va perso: tutto si ritrova al momento giusto nel lettino del parto.

III.3 Riflessioni conclusive

Comprendere è inseparabile dall'esistenza umana; corrisponde al processo ontologico di costruire un mondo in grado di render consistente l'esperienza in corso del soggetto ordinante. La comprensione rivolta verso sé stessi significa gestire l'effetto che fa essere sé stessi di fronte alla crescente chiarezza con cui è percepita 'l'irreversibilità della propria vita', ciò comporta l'attivazione di emozioni complesse, che sono elementi essenziali dell'esperienza umana. E l'intersoggettività costituisce la dimensione integrante di quella tensione essenziale con cui cerchiamo continuamente di spiegarci ('Me') il nostro sentirci ('Io') (Guidano, 1992).

Queste riflessioni, delle quale ci siamo appropriati (le poesie appartengono a chi le usa, recita un detto) insieme a considerazioni emerse in sede clinica, ci hanno accompagnato nella presente trattazione.

Nel primo capitolo il ricorso alla teoria cognitivo-evolutiva ha rappresentato il punto di partenza, mentre le impostazioni più recenti, che raccolgono la convergenza dell'approccio processuale (Guidano) e il continuo lavoro di Liotti sulla dimensione interpersonale della coscienza, hanno ripristinato 'antichi legami' con teorie psicoanalitiche (chi scrive si è interessato di psicoanalisi di gruppo e, nello specifico, degli organizzatori psichici gruppali).

L'incontro tra la teoria delle relazioni oggettuali, la psicologia del sé (attraverso autori quali: Bacal H.A, Newman K., Kohut H., Kainer R., Kernberg O.) e gli approcci cognitivo-interpersonali (Liotti G., Guidano, Safran J.D. e Segal Z. ed altri) ha costituito un idoneo contenitore, la cornice teorica, per elaborare e definire il processo d'integrazione (ri-organizzazione) della conoscenza.

L'approccio concettuale d'ogni clinico, per di più, fornisce uno schema complesso che ricomprende: l'impostazione teorica, il modello d'intervento e le singole tecniche; mantenendo una sorta di 'isomorfismo'.

Nel caso affrontato lo schema centrale è riassumibile nel ri-modulare i processi (deficit di regolazione) emozionali ed integrativi, attraverso l'elaborazione e il mantenimento di un significato personale coerente (differenziazione sé-altri), inteso sia in termini di Io che di Me (cfr. parag. II.6, pag.32)

Relativamente all'evolversi della terapia, nel periodo iniziale (intervento di 1° livello ovvero di ristrutturazione della gamma delle emozioni

percepito), sono stati 'trasmessi' al paziente gli strumenti necessari per sviluppare capacità metacognitive. A seguire, l'intervento si è incentrato sull'armonizzazione degli schemi emozionali e delle strutture cognitive (nella terminologia cognitivo-processuale: del *sentirsi* e dello *spiegarsi*).

Abbiamo avuto l'occasione di rilevare, anche nel caso qui discusso, una sequenza (che non è lineare) di questo tipo: acquisizione di capacità cognitive (e/o metacognitive); attualizzazione di emozioni ambivalenti e contrastanti (contestazione/aggressività verso 'l'altro da sé'); integrazione/riordinamento del modo di 'essere nel mondo'; aspetti qui accennati, ma che necessitano d'ulteriori approfondimenti.

Il concetto di integrazione della conoscenza personale ci ha condotto all'attuale dibattito sui processi dissociativi, e sul complementare senso di unità/continuità della coscienza/memoria. Tale impostazione ha permesso l'accostamento di vari modelli relativi ad autorevoli autori (molto differenti e pertanto anch'essi da integrare!).

Da M. Rokeach che suddivide la 'mentalità' in regioni, centrali e periferiche, e in credenze positive e negative; al modello di G.M. Edelman sulla transizione di valori e regole di condotte inconsci a rappresentazioni coscienti; alla teoria di D. Dennett sulla mente che elabora molteplici versioni di quanto sta accadendo, anche se soltanto una di queste acquisisce la qualità della coscienza, non senza la necessità di armonizzare tale riduzione di 'complessità', etc.

E l'ipnosi? Come l'affascinante processo del sogno, essa consente di agire su più piani: dal 'presente ricordato' alla 'memoria del futuro', dal 'proto-sé' (Kohut H.), al 'sé biologico' e al 'sé-sociale'. In definitiva, l'ipnosi permette di ri-dare narrazione e voce alla propria storia e di ri-organizzare la conoscenza personale.

L'intervento, nel caso in parola, ha consentito l'instaurarsi di un sistema di relazione reciproco e paritetico tra paziente e terapeuta, in una sorta di risonanza emozionale/cognitiva, che diventa ri-costruttivo: un valore-guida che sostiene la continuità della coscienza.

Infine, utilizzando un linguaggio volutamente metaforico, possiamo concludere affermando che il ricorso all'ipnosi, incentrato sull'organizzazione della conoscenza personale (definito 'schema centrale dell'intervento'), in termini di vissuto, ha elicitato un processo simile a quello che 'emerge' in un gruppo quando si attiva la 'circolazione fantasmatica'.

Ciò significa considerare le 'comunicazioni' tra le strutture dei partecipanti, soffermarsi sul carattere desoggettivante e, al tempo stesso, sull'efficacia del suo potere di organizzare. Questa concezione mette l'accento sull'effetto scenico, relazionale, permutativo dell'intervento descritto nel presente caso clinico.

Tutte queste proprietà derivano dalla possibilità di agire su più processi: la struttura e la funzione dell'ipnosi consentono infatti di 'assegnare posti', definire relazioni, raffigurare oggetti, regolare le modalità d'integrazione (coesione) del Sé sia in un'ottica intrasoggettiva che intersoggettiva.

Va da sé che, per sua natura, l'ipnositerapia (e la psicoterapia più in generale) sia un processo complesso e multidirezionale che si dispiega simultaneamente lungo più livelli, e il cercare di riferirsi ad un 'metapunto di vista' rispetto al quale rendere omogenei un insieme di elementi variamente connessi, non può che rappresentare un tentativo di evidenziare differenze, che producono tensioni, confronti e persino contraddizioni: componenti costitutivi di ogni forma di conoscenza.

Riassunto:

Il presente lavoro, che si riferisce in maniera trasversale alla teoria cognitivo-interpersonale, alla psicologia del sé ed all'ipnositerapia, si sofferma in particolare sul processo/concetto di integrazione, la cui carenza viene ricondotta alla presenza di modelli rappresentativi multipli e non integrati del sé, del sé-altro e del sé-ambiente, dando luogo ad un processo che possiamo definire di 'dissociazione funzionale'. Nello specifico vengono definite procedure ipnotiche finalizzate all'integrazione dei modelli operativi interni - e, più in generale, del sistema di conoscenza personale - attraverso l'esame di un caso di disturbo del comportamento alimentare (bulimia).

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994).** *D.S.M.-IV*, Washington DC; trad. it. *D.S.M. - IV*. Masson, Milano, 1995.
- Bacal H.A., Newman K.M., (1993).** *Teorie delle relazioni oggettuali e Psicologia del Sé*. Boringhieri, Torino.
- Bandler R., Grinder J. (1983).** *Ipnosi e trasformazione - La programmazione neurolinguistica e la struttura dell'ipnosi*. Astrolabio, Roma.
- Bandler R., Grinder J. (1983).** *La ristrutturazione*. Astrolabio, Roma.
- Bandler R., Grinder J. (1984)** *I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson*. Astrolabio, Roma.
- Bandler R., Grinder J. (1992).** *Ipnosi e trasformazione. La programmazione neurolinguistica e la trasformazione del significato*. Astrolabio, Roma.
- Bandura A. (1996).** *Il senso di Autoefficacia Personale e Collettivo*. In Bandura A. (a cura di). *Il Senso di Autoefficacia*, Erickson, Trento.
- Beck A.T. (1976).** *Cognitive Therapy and Emotional disorders*. International University Press, New York; trad. it. *Principi di Terapia Cognitiva*. Astrolabio, Roma, 1984.
- Bowlby J. (1969).** *Attachment and Loss*. Hogart Press, London; trad. it. *Attaccamento e Perdita*, Boringhieri, Torino, 1989.
- Casula C. (2002).** *Giardinieri, Principesse, Porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale*. FrancoAngeli, Milano.
- Cionini L. (1991).** *Psicoterapia Cognitiva*. NIS, Roma.
- Crittenden P.M. (1994).** *Nuove prospettive sull'attaccamento: teoria e pratica in famiglia ad alto rischio*. Guerini e Associati, Milano.
- Dennett D. (1991).** *Consciousness explained*. little, Brown & Co., London; Trad. it. *Coscienza*, Rizzoli, Milano 1993.
- Desoille R. (1974).** *Teoria e pratica del sogno da svegli guidato*. Astrolabio, Roma.
- Edelman G.M. (1989).** *The remembered present: a biological theory of consciousness*. Basic Books, New York; trad it. *Il presente ricordato: una teoria biologica della coscienza*. Rizzoli, Milano 1991.
- Ellis A. (1962).** *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart, New York; trad. it. *Ragione e Emozione in Psicoterapia*. Astrolabio, Roma 1989.
- Erickson M.H. e Rossi E.(1979).** *Ipnoterapia*. Astrolabio, Roma.

- Erickson M.H. - Rossi E. - Rossi S. (1979).** *Tecniche di suggestione ipnotica.* Astrolabio, Roma.
- Erickson M.H. e Rossi E. (1985).** *L'esperienza dell'ipnosi.* Astrolabio, Roma.
- Granone F. (1989).** *Trattato di Ipnosi.* U.T.E.T., Torino.
- Guidano V.F. e Liotti G. (1979).** *Elementi di psicoterapia comportamentale.* Bulzoni, Roma.
- Guidano V.F. (1992).** *Il Sé nel suo divenire.* Boringhieri, Torino.
- Haley J. (1978).** *Milton H. Erickson - Le nuove vie dell'ipnosi.* Astrolabio, Roma.
- Kainer R. (2000).** *Il crollo del Sé.* Astrolabio, Roma.
- Kanfer F. (1992).** *Formazione e strutturazione del rapporto terapeutico.* In *Terapia del Comportamento*, n.35/36, luglio-dicembre 1992. Bulzoni, Roma.
- Liotti G. (1993).** *Le discontinuità della coscienza.* FrancoAngeli, Milano.
- Liotti G. (1994).** *La dimensione interpersonale della coscienza.* N.I.S., Roma.
- Liotti G. (2001).** *Le opere della coscienza.* Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Lorenzini R. e Sassaroli S. (1992).** *Cattivi pensieri.* NIS, Roma.
- Lorenzini R. e Sassaroli S. (2000).** *La mente prigioniera.* Raffaello Cortina Editore. Milano
- Loriedo C. e Picardi A. (2000).** *Dalla teoria generale dei sistemi alla teoria dell'attaccamento.* FrancoAngeli, Milano.
- Loriedo C, Nardone G., Watzlawick P., Zeig J. (2002).** *Strategie e stratagemmi della psicoterapia.* FrancoAngeli, Milano.
- Mancini F. e Semerari A. (1990).** *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi.* NIS, Roma.
- Mastronardi V. e Villanova M. (1991).** *L'ipnosi clinica da Freud a Bandler e Grinder* (testo del documentario scientifico in v.h.s. durata 40'). In *Rivista Italiana di Ipnosi clinica e Sperimentale*, volume 2, n.2/3, Monastier (Treviso).
- Mastronardi V. (1998).** *Le strategie della comunicazione umana.* FrancoAngeli, Milano.
- Nardone G. (1997).** *Terapia strategica breve.* Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Peresson L. (1980).** *Ipnositerapia. Le tecniche.* Faenza editore, Firenze.
- Peresson L. (1981).** *Ipnositerapia. Le applicazioni.* Faenza editore, Firenze.
- Peresson L. (1982a).** *Ipnositerapia. Le suggestioni.* Faenza editore, Firenze.
- Peresson L. (1982b).** *Ipnositerapia. La casistica.* Faenza editore, Firenze.
- Reda M.A. (1986).** *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia.* N.S.I., Roma.
- Rokeach M. (1960).** *The open and the closed mind.* Basic Books, New York.
- Rosen S. (1983) - a cura di -. Milton H. Erickson - la mia voce ti accompagnerà.** Astrolabio, Roma.
- Rossi E. - Ryan M. - Sharp F.(1984 a cura di).** *Milton H. Erickson - Guarire con l'ipnosi.* Astrolabio, Roma.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

Rossi E. e Ryan M. (1987 a cura di). Milton H. Erickson - *La ristrutturazione della vita*. Astrolabio, Roma.

Sacco G. (1989). *Tecniche della terapia cognitivo comportamentale*. Melusina, Roma.

Safran J.D. e Segal Z. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Basic Books, New York; trad. it. *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*. Feltrinelli, Milano 1993.

Schuyler D. (1992). *Guida pratica alla terapia cognitiva*. Astrolabio, Roma

Semerari A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. N.I.S. Roma.

Semerari A. (1999) – a cura di -. *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Raffaello Cortina Editore. Milano.

Semerari A. (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Editori Laterza, Roma-Bari.

Van Der Hart O. (2003). *Dissociazione, Ptsd, Amnesia post-traumatica, terapia ipnotica*. In Bollettino dicembre 2002 – gennaio 2003 - anno 22, n.1. Centro Italiano di Ipnosi clinica e Sperimentale. Torino.

L'autore: Dr. Massimo Capobianco
Località Sudano n. 2
01039 Vignanello (Viterbo)
e-mail: capma@libero.it

Metodologia di prevenzione del disagio infantile in contesti educativi

F. Beggiano⁵ D. Mazzuto D.⁶

Con la Consulenza di V. Mastronardi e M. Villanova⁷

Riassunto:

Partendo da un Progetto psicopedagogico di “Screening”^{*} condotto su un campione di 167 alunni di cinque anni e di 180 alunni di prima e terza classe della scuola elementare^{**} finalizzato alla evidenziazione precoce di segnali di disagio che ostacolano il normale successo formativo degli studenti e ad una mirata formazione dei docenti sulla metodologia di “Osservazione Psicoscopica del bambino”^{***}, si propone un esempio di esperienza per la prevenzione del disagio infantile in un contesto educativo.

Tale progetto é affiancato e supportato dal servizio di *counseling* rivolto ad alunni, insegnanti e genitori .

PAROLE CHIAVE:

Organizzazione sistemica , Processo sinergico integrato , Osservazione Psicoscopica attraverso steps teorico-pratici – Percorso formativo – Percorso metodologico.

⁵Dirigente scolastico, Direzione Didattica secondo Circolo Ciampino (RM)

⁶Insegnante, Psicopedagogista scolastico secondo Circolo Ciampino (RM),
Pedagogista Clinico

^{*}Piano di lavoro di screening: E’ uno strumento capace di valutare il livello raggiunto nelle singole componenti della personalità e nelle singole funzioni che stanno alla base dell’acquisizione curricolare. Tale lavoro consente di ottenere, oltre ad un quadro generale, notizie sulle capacità che potenzialmente possono essere di aiuto ai fini di un’azione educativa volta alla prevenzione delle difficoltà di apprendimento.

⁷ Insegnamento di Psicopatologia Forense – Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica – 1^a Facoltà di Medicina – Università di Roma “La Sapienza”

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

** Anni Scolastici 1999/2000 – 2000/2001 – 2001/2002.

***Osservazione Psicoscopica: Indaga sugli aspetti funzionali dello sviluppo per: elaborare strategie educative più attente alle modalità di apprendimento del soggetto; evidenziare e prevenire disarmonie dello sviluppo.

Esperienza scolastica del secondo Circolo Didattico di Ciampino (RM)

UN'ESPERIENZA DELLA SCUOLA DELL'AUTONOMIA di Flora Beggiato

La scuola dell'**autonomia** didattica, organizzativa e di ricerca è stata protagonista in questi anni di un fervore progettuale che ha mobilitato molte risorse, umane e materiali, producendo interessanti ed originali percorsi di **ricerca-azione** ricchi di implicazioni e potenzialità.

Si sono andate affermando, metodologie di **analisi** dei **bisogni** e del contesto, tecniche di **monitoring**, di **verifica**, di **valutazione** dei percorsi, delle azioni e dei risultati; modelli di **autovalutazione** ed **autoanalisi** utilizzando e costruendo, con l'aiuto di supervisioni esperte o in contesti di rete, indicatori di qualità e di quantità.

Si è diffusa una cultura dell'obiettivo, visibile soprattutto nei documenti di progettazione e di pianificazione di cui si sono dotate le scuole dell'autonomia (POF o Piano dell'Offerta Formativa, Programma annuale) dove sono esplicitati i piani strategici d'azione rispetto gli scopi dichiarati e i risultati attesi.

La scuola dell'autonomia è inoltre caratterizzata da una notevole complessità che occorre leggere, interpretare e governare all'interno di un'**ottica sistemica**. Questa prospettiva permette la costruzione di una rete capillare di *sottosistemi integrati* ed una migliore definizione di **procedure**, **processi**, **obiettivi**, **sinergie**, sia sul versante **didattico- educativo** che in quello **organizzativo-gestionale**.

Il coinvolgimento funzionale delle parti consente anche un'**ottimizzazione** e una **valorizzazione** delle **risorse** umane e materiali che possono essere ricercate anche in un contesto integrato di rete.

All'interno di questo processo, si colloca l'**esperienza** del II° *circolo Didattico di Ciampino* ed in particolare la definizione di alcuni ambiti d'azione progettuali indirizzati verso la **promozione del successo formativo e la ricerca della qualità dei processi di insegnamento- apprendimento**.

Il contesto socio- culturale

Le scelte progettuali ed educative presenti nell'Offerta Formativa devono raggiungere le finalità istituzionali e le strategie di scopo dell'istituzione scolastica in un quadro di *lettura ed interpretazione del contesto* in cui si opera, assumendo e decodificando aspettative e bisogni manifestati sia in maniera esplicita che implicita. In questo senso si è operato nel II Circolo di Ciampino. Nello specifico, dall'incrocio di dati e di esperienze, è emerso un territorio (quello appunto del comune di Ciampino) collocato nella cintura metropolitana di Roma sud, caratterizzato da fenomeni di migrazione con i problemi tipici di un'intensa urbanizzazione e di un consistente incremento demografico (interno ed extracomunitario). Sono presenti fenomeni legati al disagio sociale: alunni con disturbi del comportamento o con difficoltà di apprendimento, che pur non appartenendo alla sfera dell'handicap manifestano situazioni di *borderline*.

Gli interventi concertati in accordo con l'Ente locale, l'ASL, il Servizio Materno Infantile, il Cim, sono risultati importanti ma spesso non tempestivi sul piano dell'azione preventiva.

Bisognava trovare, soprattutto nella scuola, strategie d'azione che andassero ad individuare, in maniera precoce, eventuali disagi e disturbi per approntare strumenti idonei e tempestivi di promozione del successo formativo , ma anche di aiuto nei confronti delle famiglie. A questo scopo è nato il counseling o sportello di ascolto per i genitori che può essere risolutivo in alcuni casi, o diventare il tramite di interventi specialistici in strutture apposite. La particolarità di questo sportello è quella di essere collegato al “ *progetto di screening per il successo formativo* “ e di essere visto per questo, con meno diffidenza da parte dell'utenza.

Il Progetto

L'esperienza per la” *promozione del successo formativo*” nasce in questo contesto circa tre anni fa grazie alle competenze esperte dell'insegnante pedagoga clinico **Dora Mazzuto** che ha elaborato un progetto **psicopedagogico di sceening** degli alunni..

Il progetto si sviluppa come un percorso di **ricerca-azione** , si snoda lungo il triennio 1999/2002 e diventa un asse portante del *Piano dell'offerta formativa dell'Istituto*.

La realizzazione ha inoltre coinvolto in un processo sinergico varie componenti: docenti, alunni, personale ATA, ASL, Consultorio, servizio materno infantile, Ente locale che ha in parte finanziato il progetto,

Il modello di organizzazione sistemico della scuola ha favorito la programmazione e realizzazione di più piani di intervento, e la continua interazione tra i diversi soggetti che hanno collaborato e condiviso l'esperienza

Le *verifiche in itinere e finali*, condotte all'interno del percorso progettuale di ricerca azione, hanno condotto ad una valutazione positiva in termini di ricaduta. Sono migliorate le situazioni di *inserimento /socializzazione/ apprendimento* degli alunni; sono state attivate *strategie opportune di insegnamento* anche grazie alla precoce individuazione di segnali di difficoltà. Il rapporto costante con le famiglie ha permesso, in molti casi, di creare un clima di fiducia e di collaborazione che ha reso possibile interventi mirati senza spreco di tempo e di energie.

Le azioni di *formazione* hanno inoltre creato una sorta di valore aggiunto nella *professionalità dei docenti* che hanno mostrato di essere maggiormente coinvolti nel processo di crescita e di apprendimento degli alunni diventando anche capaci di "leggere" i segnali di un eventuale "problema". In questa maniera si sono create le condizioni per azioni di "prevenzione".

L'organizzazione e la conduzione di laboratori di recupero e potenziamento, con la supervisione esperta dell'insegnante psicopedagogo hanno inoltre permesso un *apprendimento organizzativo* ed un miglioramento dei profili professionali dei docenti.

Il progetto è stato oggetto di varie azioni di *monitoraggio* e di *valutazione* mediante analisi di tipo *qualitativo* e *quantitativo*, sono stati elaborati alcuni *indicatori di qualità* ed eseguite indagini di *customer satisfaction*. Nell'azione *autovalutativa* sono stati individuati gli elementi di forza e di debolezza e questo ha consentito *azioni di miglioramento* e una *standardizzazione* procedurale di alcuni percorsi

L'azione di *screening* ha avuto inizio nell'anno scolastico 1999/2000 ed ha interessato alcune classi ed alcuni "casi particolari". Negli anni successivi il progetto ha preso forma e, nell'anno scolastico 2001/2002, lo screening è stato rivolto a tutti i bambini di 5 anni della scuola materna (circa 167 alunni) e agli alunni delle classi prime e terze della scuola elementare. Sono state organizzate attività di laboratorio con gli alunni ed interventi di aiuto alle famiglie (counseling). Sono state attivate anche azioni mirate di supporto ai docenti e una capillare formazione degli insegnanti della scuola materna.

Per il presente anno scolastico è prevista l'estensione della formazione sulla metodologia dell'osservazione anche agli insegnanti della scuola elementare

Si avrà anche la possibilità di verificare, nel passaggio cruciale alla classe prima elementare, alcuni indici di validità del Modello di osservazione e di intervento utilizzato l'anno precedente, nella scuola materna , per i bambini di 5 anni .

Il “Modello pedagogico clinico” sperimentato all'interno di un percorso di ricerca-azione ha finora complessivamente dato dei risultati positivi in quanto ha permesso di collocare gli interventi di educazione/istruzione in un orizzonte **olistico** producendo sinergie composite ed azioni di prevenzione.

IL MODELLO PEDAGOGICO CLINICO

Di Dora Mazzuto

LO STATO DELL'ARTE

Premessa

Per comprendere l'esperienza ed il modello occorre definire come è stato interpretato il profilo professionale e il ruolo di *Pedagogista clinico* nell'esperienza scolastica.

Il lavoro del Pedagogista clinico è orientato alla individuazione dei bisogni dell'alunno al fine di effettuare scelte educative attente agli stili di apprendimento di ognuno. Risulta importante conoscere le caratteristiche individuali che influiscono sugli apprendimenti e che possono determinare difficoltà e/o disagi . Tale conoscenza deve scaturire da un percorso di osservazione , che non può prescindere dal fatto che tra i vari soggetti esistono differenze non soltanto nel ritmo di crescita, ma anche nelle attitudini , nelle abitudini di vita e nelle facoltà intellettive (infatti si parla di intelligenze multiple)

Ci è sembrato che il modello di “ osservazione psicoscopica “rispondesse meglio di altri , ad una rilevazione minuziosa delle **funzioni** attivate dal soggetto negli apprendimenti, e che offrisse degli strumenti per interventi “ abilitativi- organizzativi “capaci di prevenire disarmonie dello sviluppo.

Intersecando l'esperienza maturata all'interno della scuola in una serie di *best pratics* con i fondamenti logici ed epistemologici dell'osservazione psicoscopica è nato un **modello di osservazione** che si propone di intervenire sulle *funzioni* (prerequisiti) che sono alla base delle azioni di apprendimento.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

L'alunno viene considerato all'interno di un *contesto educativo di relazione* in cui il soggetto in via di sviluppo costruisce progressivamente delle *competenze* ma anche la propria *autonomia* e il senso di *identità*.

Il Modello

Il modello pedagogico-clinico prevede degli *Steps* teorico- pratici.

Si inizia con *l'anamnesi del soggetto* che consta di tre momenti fondamentali:

- a) *osservazione diretta* dei comportamenti spontanei
- b) *osservazione in situazione*,
- c) *Reflecting* ossia colloquio pedagogico clinico.

Si raccoglie la storia del soggetto attraverso l'anamnesi familiare, quella fisiologica, patologica (remota e prossima) e quella psicodinamica.

Un momento osservativo –diagnostico determinante è rappresentato dal *colloquio con i genitori* che viene integrato con i dati ricavati da una scheda questionario compilata dagli stessi.

Si prosegue con la conoscenza del soggetto mediante *osservazioni* relative all'*area dell'autonomia*, all'*area cognitiva*, all'*area affettivo-sociale e psicomotoria*.

Prima di analizzare più da vicino le fasi di osservazione relative a queste quattro aree, occorre aggiungere che tale suddivisione-distinzione viene operata per motivi esplicativi, nella realtà non viene mai persa di vista **'l'unità della persona** “ pur partendo da un concetto di natura stratificata della struttura psichica.

A) AREA DELL' AUTONOMIA E CURA DELLA PERSONA:

Tenendo conto dei fondamenti epistemologici delle maggiori teorie dell'età evolutiva, nella fase di osservazione relativa all'*area dell'autonomia e cura* della persona si valuta:

- la capacità del controllo degli sfinteri e di conseguenza la maturazione psicofisica per rilevare eventuale enuresi primaria e/o secondaria, encopresi diurnae/o notturna;
- la pulizia del viso e del corpo (rupofobia, ablutomania,etc.);
- lo sviluppo dell'alimentazione e dell'abbigliamento;
- cura degli oggetti personali;
- autonomia operativa;
- autonomia nell'attività di vita pratica;
- l'orientamento negli spazi scolastici interni ed esterni.

B) AREA COGNITIVA:

L'indagine relativa all'area cognitiva viene effettuata attraverso:

- reattivo mentale al fine di rilevare le *conoscenze di base* (c. e.), le capacità di *osservazione diretta* (o. d.) e di *ragionamento logico* (r.g.);
- la lettura di immagini per una indagine relativa all'evoluzione dell'espressione e della comunicazione;
- uso di scale evolutive;
- riconoscimento di forme geometriche, segni grafici, strutture ritmiche, suoni, sillabe e sequenze per rilevare l'abilità *espressivo-verbale* e la competenza linguistica;
- reattivi di classificazione e completamento di frasi;
- utilizzazione di scale evolutive per la maturità logico-verbale;
- attività finalizzate alla rilevazione di capacità di percezione e organizzazione spaziale, relazione di ordine;
- ricostruzione di preposizioni corrette per la competenza logico-matematica;
- l'utilizzo di test di mnesi immediata;
- test di memoria visiva;
- Blatt per attenzione e faticabilità;
- ripetizioni di frasi, prove di memoria visiva e auditiva di racconti,;
- memoria di forme geometriche e di linee senza significato.

Dall'osservazione **dell'area cognitiva** si evincono inoltre: la competenza espressivo-comunicazionale nonché eventuali compromissioni che riguardano il linguaggio (alterazioni dell'articolazione, ritardo della parola, afasia, disfasia, disprassia).

C) AREA PSICOMOTORIA:

L'osservazione psicomotoria deve fare emergere e valutare l'espressione motoria, tonica e posturale del soggetto, nonché ogni suo aspetto emotivo e relazionale. Si parte quindi da una analisi degli aspetti funzionali ed emozionali del soggetto, raccogliendo dati in situazioni di gioco o strutturate. L'elaborazione dei dati raccolti consente di effettuare un **bilancio psicomotorio**; tali dati comunque devono essere messi a confronto con i risultati delle altre prove effettuate.

Le prove da somministrare sono adeguate all'evoluzione della motricità funzionale (*funzionalità intesa come potenzialità del soggetto che, come afferma il Piaget, è nel DNA di ogni persona ma non è detto che si manifesti con lo stesso ritmo per tutti*).

che passa dalla fase del **corpo vissuto al corpo percepito** fino alla fase del **corpo rappresentato**.

Le prove del bilancio indagano su:

- scopia della relazione;
- tono e rilassamento;
- motricità globale;
- motricità fine;
- lateralità;
- respirazione;
- spazio;
- temporalità e strutturazione spazio-temporale;
- associazione percettivo-motoria;
- prove grafiche.
- L'indagine viene effettuata attraverso l'utilizzo di test.

Il bilancio psicomotorio, oltre che come verifica **dell'andamento del processo evolutivo** in termini di obiettivi raggiunti nell'evoluzione motoria, permette di osservare il **comportamento generale, eventuali arresti o fragilità** nel consolidamento delle acquisizioni.

E' possibile cogliere la capacità di coordinazione dinamica generale che permette l'osservazione degli automatismi di base e la capacità di concatenamento; si possono cogliere gli aspetti **percettivo-motori** riguardanti i livelli di percezione e conoscenza del proprio corpo, dell'organizzazione spaziale e delle strutture spazio-temporali necessari ad apprendere i meccanismi della lettura e della scrittura.

Il bilancio psicomotorio ci permette, inoltre, di osservare uno stato di *disagio emozionale* che scaturisce dalla incapacità relazionale rispetto a persone, oggetti o ambienti; di evidenziare *reazioni emotive*, di rilevare capacità di *controllo dell'impulsività, stati di inibizione* e tutti quei messaggi che invia attraverso *cinesie e prossemie*.

D) AREA AFFETTIVO-SOCIALE:

L'osservazione parte dal **gioco** che è *soddisfazione di bisogni, motivazione all'azione e soddisfazione di aspirazioni affettive*. Quindi proprio perché non è altro dalla realtà e permette al bambino di inserirsi nella realtà ha una **funzione equilibrante e strutturante**.

Equilibrante perché è uno strumento per arrivare a desideri altrimenti irrealizzabili, strutturante perché è zona di *carattere propulsivo per lo sviluppo*.

Dai giochi che fa il bambino possiamo quindi osservare come vede e interpreta il mondo, come vorrebbe che fosse, come lo interessa, quali problemi lo affliggono.

La scelta di un gioco è motivata da: *processi, bisogni, problemi, angosce interiori* e l'osservazione fatta anche attraverso l'uso di strumenti ludici (maschere, burattini, corpo, strumenti musicali, voce, oggetti vari) ci permette di cogliere **carenze** o addirittura un **arresto** dello sviluppo.

Il bambino che non ha giocato o non gioca non esercita processi di pensiero .

Tenendo conto di varie teorie evoluzionistiche (di Carl Groos, di Buhler, di Piaget di Winnicot, di Anna Freud, di Melania Klein, di Wigontski), nonché scale evolutive (Bollea, Gessell, etc.) si osservano i soggetti in situazioni diverse di gioco:

di esplorazione , di manipolazione, di esercizio simbolico, di regole.

Per l'osservazione dell'area affettivo-sociale si utilizza il **Reflecting** (counseling pedagogico-clinico) strumento fondamentale del Pedagogista Clinico che deve creare nel soggetto una *condizione di fiducia*.

Esso può essere strutturato o libero. I dati che emergono evidenziano i settori di **funzionamento e/o di disadattamento**, nonché il vissuto del bambino nei confronti dei genitori, dei fratelli, degli insegnanti, dei coetanei.

Il colloquio con i genitori costituisce un altro momento osservativo determinante in quanto fa emergere come essi "*vivono*" il figlio, quali sono le aspettative, cosa temono di conoscere.

E' importante che il colloquio con i genitori sia *costruttivo, contenitivo, non terapeutico* e che i risultati delle osservazioni effettuate vengano discussi e non "consegnati."

Il **graphonage** costituisce una necessaria integrazione al colloquio. Attraverso l'osservazione del *disegno libero, dell'omino, della famiglia, della casa, dell'albero*, tenendo presente l'età cronologica del soggetto, lo sviluppo psicomotorio raggiunto, eventuali *disturbi prattognostici*, si colgono *problemi*,

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

difficoltà, dinamiche familiari, meccanismi di difesa, situazioni emozionali, maturazione psicomotoria, distorsione della rappresentazione corporea, stato dell'affettività, istintività, fantasie, ansie, inibizioni, livello di sviluppo mentale, fantasmi, conflitti.

Il **repertorio semiotico di relazione** scaturisce dall'osservazione che si effettua nei vari contesti citati permettendo di rilevare le *modalità relazionali* dell'alunno con adulti conosciuti e sconosciuti, con i coetanei in situazioni spontanee e ludiche, in situazioni nuove o quotidiane.

In tali situazioni è possibile cogliere i primi *segnali di difficoltà di interazione* che potrebbero poi sfociare in **aggressività, apatia, inadeguatezza, fughe, stereotipie, problemi legati alla sessualità, reazioni abnormi, instabilità, tensioni, scoppi d'ira, mobilità eccessiva, stancabilità, abilità di attenzione, inibizione, egocentrismo, isolamento, fobie, etc.**

RILEVAZIONE – RACCOLTA DATI – VALUTAZIONE E SISTEMATIZZAZIONE –RILEVAZIONE DELLE FUNZIONI – PROFILO ANALITICO INDIVIDUALE – INTERVENTO EDUCATIVO.

Effettuata l'osservazione si predisporre per ciascun soggetto una **scheda per la rilevazione dei dati** relativa alle aree sopracitate. Da tale griglia è possibile evidenziare gli aspetti funzionali e le aree da potenziare, stilando un **profilo analitico individuale**. I dati raccolti permettono di effettuare una rilevazione della situazione a livello di *singolo alunno, di classe, di plesso e di Circolo realizzando grafici relativi alle quattro aree.*

Si ottiene in tal modo un quadro complessivo dal quale è facile leggere i **bisogni dell'alunno, della classe, del Circolo**. Da tale situazione reale si può partire per effettuare **scelte educative** attente agli **stili di apprendimento** di ognuno, per utilizzare al meglio le risorse professionali da coinvolgere nel progetto educativo; si potrà pianificare in maniera più consapevole e puntuale sinergie ed interventi adeguati con l'Ente Locale e i servizi territoriali competenti.

BIBLIOGRAFIA relativa ad “Un’esperienza nella scuola dell’Autonomia”

- Le principali tappe legislative dell’autonomia scolastica sono le seguenti: l’articolo 21 della legge n. 59 del 15/3/1997; il D.lg.v.6 marzo 1998,n. 59; il CCNL e il CCNIL del comparto scuola per il quadriennio 1998-2001; il DPR 275 dell’8/3/1999 o Regolamento dell’Autonomia, C.M. N. 173 del 10 /12/2001 o Programma annuale
- Sulla metodologia della ricerca-azione si veda; Salvatore Sasso “*L’osservazione a scuola*” Anicia, Roma 1992; Fattoretto P., Sonnino R. (a cura di) “*Autonomia: un percorso di ricerca-azione nella scuola*” Franco Angeli, Milano 2000
- Sono numerosi gli studi sul tema valutazione ed autovalutazione del Sistema scolastico. Nel nostro orizzonte culturale di formazione ci riferiamo in particolare ai seguenti testi: Tessaro E. “*La valutazione dei processi formativi*” Armando, Roma 1997; Romei P. “*La qualità nella scuola*” Mc. Graw Hill., Milano 1991; Vertecchi B. “*Valutazione formativa*” Loescher Torino 1976; Margiotta U. “*Valutazione di sistema e analisi d’Istituto*” Cappelli ,Bologna 1990; Dominici G “*Manuale della valutazione scolastica*” Laterza, Bari 1993 ; Mariella Mozzetti (a cura di) “*Valutazione di qualità*” IRREE Lazio , Roma 2002-10-11; Neri S. “*Una scuola di qualità*” l’Educatore 8-9 Fabbri , Milano 1999; Castoldi M. “*Verso una scuola che apprende. Strategie di autoanalisi d’Istituto*” Seam Roma 1995 ; Lastrucci E. “*Autovalutazione d’Istituto*” Anicia Roma 2001. Ed ancora per la teoria del *Learning Organization* Alessandrini G. “*Manuale per l’esperto dei processi formativi*” Carocci Roma 1998; per la gestione della complessità: Romei P “*Autonomia e progettualità* , La scuola come laboratorio di gestione della complessità sociale “La Nuova Italia Firenze 1995

BIBLIOGRAFIA RELATIVA AL MODELLO PEDAGOGICO CLINICO

- Anna Oliveri Ferraris. Il significato del disegno infantile. Bollati Boringhieri 1978
- Bruce a. Bracken Test TRI. Erickson 1999
- Cormon L. – Il disegno della famiglia: test per bambini. Boringhieri 1970
- D. Marcelli – Psicopatologia del bambino. Biblioteca medica Masson 1997
- D. W. Winnicott – Colloqui terapeutici con i bambini .Armando Editori 1971
- De Bartolomeis- Il bambino dai tre anni ai sei anni e la nuova scuola infantile.- La nuova Italia
 - o Editore 1991
- F. Cappelli M.D.C. Farah azione musica. Eitrice La scuola 1990
- Firenze 1968
- Francis Kocher. La rieducazione dei dislessici. Armando editore 1965
- G. Bollea- Le madri non sbagliano mai. Feltrinelli 1999
- G. Mastrangelo. Manuale di neuropsichiatria dell'eta' evolutiva.-Il pensiero scientifico
- G. Pesci – Difficoltà di linguaggio – Bulzoni Editori 1991
- G. Pesci e S. Alberti -Educromo Edizioni Magi 1997
- G. Pesci- Piano educativo individualizzato . Bulzoni editore 1993
- G. Pesci. Come sconfiggere la disgrafia. Bubani editore 1994
- Gioberti-Ravagli- Toscani Comunicazione e linguaggio nell'eta' prescolare. Ed. La scuola 1981
- Jean Le Boulch – Lo sviluppo psicomotorio dalla nascita a sei anni.- Armando editore 1981
- John Bowlby Una base sicura. R. Cortina editore 1988

- K. Koch. Il reattivo dell'albero - OS 1959
- M.L. Folorni. Lo studio psicologico della intelligenza e della motricità. Giunti Barbera 1961
- Marinella Maracrea –Trauma e riparazione Raffaello Cristina Editore 1998
- Max Luscher. Il test dei colori. Casa ed. Astrolabio 1976
- P. Vayer. P. Carbone. Dialoghi con i fanciulli e attività psicomotorie. Armando editore 1981
- Piaget – Il giudizio e il ragionamento nel bambino.- La Nuova Italia – 1958 Firenze
- Piaget.- Lo sviluppo mentale nel bambino. Einaudi Torino 1967
- Valderli Danielski. Favole che aiutano a crescere. Rubbettino editore 1985.

Si allegano esempi di mappe concettuali e grafici utilizzati nel percorso di ricerca-azione.

- Mappe concettuali del percorso di ricerca-azione Screening per il successo formativo attivato da Il Circolo Didattico di Ciampino (*Dal POF Il Circolo Didattico Ciampino a.s. 1999 – 2000 – 2001 – 2002*)

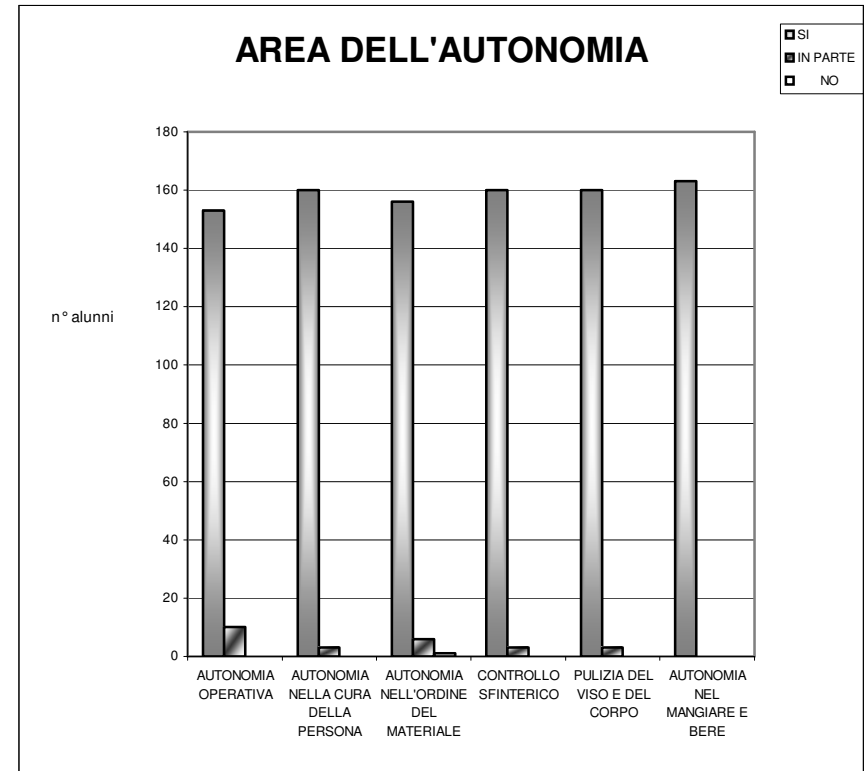
- Mappe concettuali del Modello di analisi/intervento pedagogico/clinico relative alle quattro aree:
Affettivo sociale - Psicomotoria - Autonomia - Cognitiva
(Presentato al seminario di studio “Valutare l’efficacia dell’organizzazione per il successo formativo – Ciampino. SalaConsiliare – giugno 1999.)

- Grafici delle “funzioni attivate” dagli alunni di 5 anni rilevate mediante test nella fase di “screening”.
(a.s. 2001 – 2002)

II CIRCOLO DIDATTICO DI CIAMPINO

RILEVAZIONE QUANTITATIVA SCREENING ALUNNI DI 5 ANNI

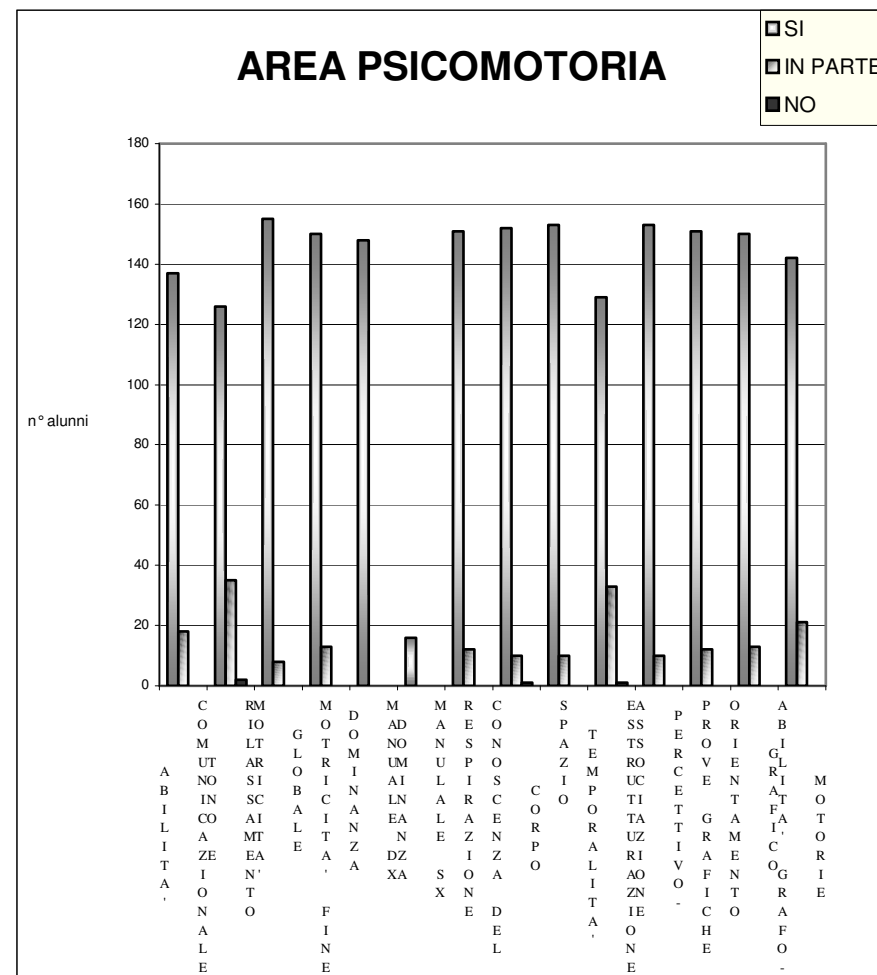
(A.S. 2001 – 2002)



N° bambini 160.

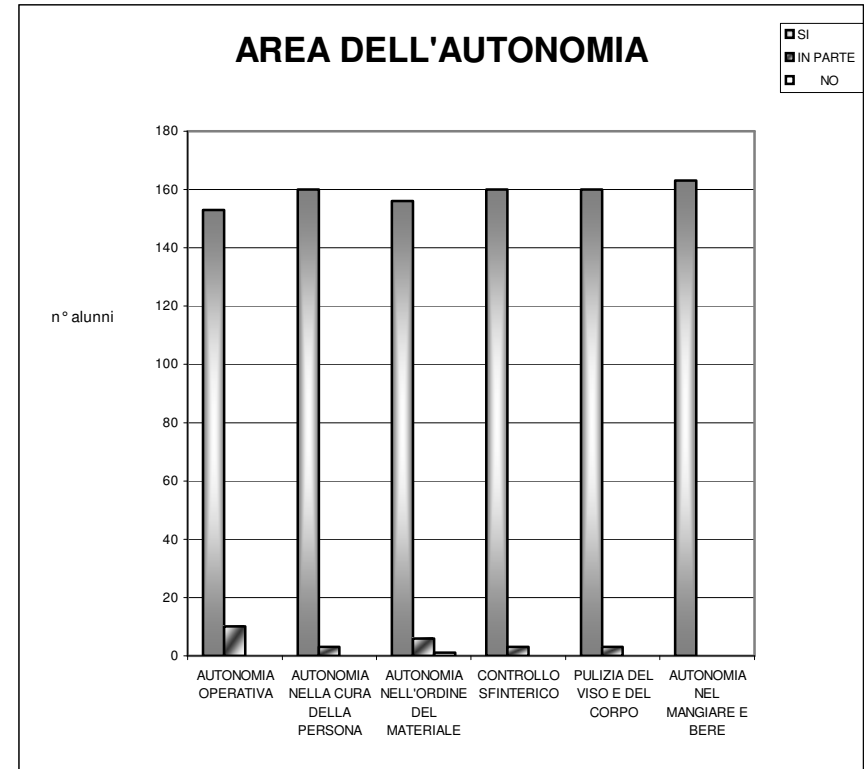
Segnali di disagio: 5 bambini; si evidenziano: mancanza di destrezza, enuresi diurna e notturna, un caso di encopresi diurna.

**II CIRCOLO DIDATTICO DI CIAMPINO
RILEVAZIONE QUANTITATIVA SCREENING ALUNNI
DI 5 ANNI
(A.S. 2001 – 2002)**



N° 160 bambini.
Segnali di disagio: 18 bambini; nella strutturazione spazio-temporale; nella riproduzione di strutture ritmiche con possibili ripercussioni sul piano grafico; nella corretta tonicità muscolare e attitudine al rilassamento (paratonie, sincinesie, ecc.).

II CIRCOLO DIDATTICO DI CIAMPINO RILEVAZIONE QUANTITATIVA SCREENING ALUNNI DI 5 ANNI (A.S. 2001 – 2002)



N° bambini 160.

Segnali di disagio: 5 bambini; si evidenziano: mancanza di destrezza, enuresi diurna e notturna, un caso di encopresi diurna.

**PERCORSO FORMATIVO PER LA PREVENZIONE PRIMARIA
DEL DISAGIO INFANTILE IN CONTESTI EDUCATIVI**

FINALITA' ed OBIETTIVI FORMATIVI

L'azione formativa è finalizzata all'acquisizione di conoscenze (sapere), di abilità (saper fare), di capacità di osservazione e di analisi utilizzando un **modello pedagogico – clinico**.

Il progetto di formazione propone percorsi e strumenti teorico-pratici con i quali si definiscono, in una visione sistemica, i profili analitici rispetto alle **funzioni** attivate dai soggetti (bambini e adolescenti) in situazioni di apprendimento/relazione.

L'obiettivo finale è quello di essere in grado di attivare azioni di “ **prevenzione primaria** “ con interventi psicopedagogici in contesti di tipo sistemico ed ecologico.

A- “IL MODELLO”

Il MODELLO proposto è una **OSSERVAZIONE PSICOSCOPICA** che passa attraverso i seguenti STEP teorico-pratici:

- 1) **ANAMNESI** del soggetto;
- 2) **OSSERVAZIONE** relativa:
all' AREA dell' AUTONOMIA,
all' AREA COGNITIVA,
all' AREA PSICOMOTORIA,
all' AREA AFFETTIVO-SOCIALE.
- 3) **RILEVAZIONE:**
ASPETTI FUNZIONALI,
AREE di POTENZIAMENTO,
DISTURBI e PATOLOGIE.
- 4) **RACCOLTA DATI** (strumenti).
- 5) **VALUTAZIONE e SISTEMATIZZAZIONE:** (strumenti).
- 6) **RILEVAZIONE delle “FUNZIONI”** attivate nelle aree osservate (Prerequisiti delle competenze)
- 7) **PROFILO ANALITICO INDIVIDUALE**
- 8) **SCELTA STRATEGIE DI INTERVENTO EDUCATIVO**

9) **PREVISIONE DELLE RISORSE PROFESSIONALI DA UTILIZZARE E COINVOLGERE .
PIANIFICAZIONE DELLE SINERGIE E DEGLI INTERVENTI**

B- SVILUPPO DEL PERCORSO FORMATIVO

- 1) **ANAMNESI** Familiare
Fisiologica
Patologica prossima e remota
Psicodinamica.
- 2) **OSSERVAZIONE**
- a) **AREA AUTONOMIA:**
- I fondamenti epistemologici delle maggiori teorie dell'età evolutiva (sfera dell'autonomia)
 - Fase operativa: osservazioni su
 - cura della persona
 - cura degli oggetti personali
 - autonomia operativa
 - autonomia nelle attività di vita pratica;
 - Esempi di scale evolutive
 - Studio dei casi
 - Analisi e studio dei disturbi e delle patologie.
- b) **AREA COGNITIVA**
- I fondamenti epistemologici delle maggiori teorie del linguaggio dell'espressione e della comunicazione
 - Disturbi del codice linguistico:
 - classificazioni
 - caratteristiche
 - disturbi specifici
 - aspetti patologici
 - Prove di abilità delle competenze
 - studio di casi
 - test
- c) **AREA PSICOMOTORIA**

- I fondamenti epistemologici delle principali teorie psicomotorie e di accrescimento
- Evoluzione psicomotoria funzionale
- Dal corpo vissuto e percepito al corpo rappresentato
- **Bilancio psicomotorio:**
 - modalità operative
 - modalità di rilevazione dati
- Disturbi e patologie

d) AREA AFFETTIVO SOCIALE

- a) I fondamenti epistemologici delle principali teorie sul valore educativo del gioco e del graphonage
 - funzione educativa del gioco
 - scala evolutiva del gioco
 - funzione sociale del gioco
 - disturbi e patologie
- b) **Colloquio** come strumento di osservazione: tipologie e modalità
- c) **Graphonage:**
 - significato pedagogico del disegno
 - indagine psicopedagogica del graphonage
 - esperienze pratiche di graphonage
- d) **Repertorio semiotico** di relazione
 - fondamenti epistemologici delle principali teorie sulla relazione

- atteggiamenti ,comportamenti,
relazioni in situazioni
diversificate
- relazione affettiva su base
tonematica
- disturbi e patologie

3) PERCORSO METODOLOGICO

- Lezioni frontali d'aula
- Studio di casi
- Esempi di strumenti di osservazione, di analisi, di raccolta dati (griglie, test, prove di abilità, ecc.)
- Esercitazioni simulate
- Esperienze interpersonali in situazione (learning by doing)

Proposta progettuale per uno sportello di ascolto

Sportello di ascolto / consultorio pedagogico-clinico

Lo sportello di ascolto condotto dal pedagogista clinico è il luogo in cui la “*persona*” si reca per “*chiedere un consiglio*”, per “*consultare*” l’esperto preposto al servizio di consulenza. Tale servizio si pone come obiettivo quello di soddisfare il vasto panorama dei bisogni degli **studenti, degli insegnanti e dei genitori**, ripristinando nuovi equilibri e abilità nel vincere ostacoli, disagi psico-fisici e socio-relazionali.

Le tecniche e le metodologie utilizzate, proprie ed esclusive della pedagogia clinica, offrono idonei interventi di aiuto che si concretizzano a favore della persona e dei suoi partner orientandoli sugli eventi educativi e sulla vita sociale.

Lo scopo dello sportello di ascolto è triplice:

1. Comprendere i processi individuali facenti parte della complessità dell’individuo (sia esso studente, genitore, insegnante), compresi stati d’animo, stili di vita, repertori di comportamento e metodi di apprendimento per instaurare una relazione di aiuto;
2. Creare un clima di benessere e di cooperazione all’interno della scuola attraverso la condivisione dei problemi, la chiarezza degli intenti la condivisione del progetto educativo di ciascun alunno;
3. Creare un clima di collaborazione attiva tra scuola-famiglia-studente teso a favorire un coordinamento tra il processo educativo proprio della famiglia e l’iter scolastico.

Interventi di aiuto:

- Allo **studente** (richiesta che può venire da egli stesso o su segnalazione degli insegnanti o dei genitori) si fonda su un primo momento basato sul colloquio cui segue un periodo “diagnostico” e il reflecting (counselling pedagogico-clinico). Il momento diagnostico mira a rilevare le effettive e/o eventuali difficoltà segnalate:

- i. Di apprendimento;
- ii. Comunicative e/o relazionali;
- iii. Espressivo/elocutorie;
- iv. Emozionali e/o comportamentali.

Il reflecting, che coinvolge alunno-genitore-insegnante, mira a ripristinare nel soggetto quell'equilibrio psico-emozionale indispensabile per raggiungere autonomia, conoscenza e coscienza di sé, disponibilità alla relazione, motivazione, acquisizione di abilità e capacità basilari per apprendimenti significativi e autostima.

I risultati del momento diagnostico sono di orientamento per l'intervento educativo. Essi permettono di adottare strategie rivolte ad allentare timore, paure, inibizioni, rassegnazione, rabbie, ansie, per far posto alla fiducia e al coraggio con nuove aspettative, motivazioni ed atteggiamenti.

- All'**insegnante** che può avvalersi dello sportello di ascolto per:
 - i. Suggerimenti metodologico-didattici;
 - ii. Suggerimenti relativi a dinamiche relazionali;
 - iii. Padronanza di test pedagogici tesi a rilevare disagi emozionali e comportamentali degli alunni;
 - iv. Comprensione dei processi individuali di vita;
 - v. Comprensione di comportamenti educativi;
 - vi. Reflecting.

L'azione di consulenza tende:

1. A soddisfare richieste di aiuto individuali e di gruppo;
2. A facilitare la disponibilità alla relazione;

3. Ad attenuare stati di ansia tensioni ed insicurezze.

- Ai **genitori** che possono avvalersi dello sportello di ascolto per:
 - i. Consigli su situazioni di vita personale in cui si presenta un problema che incide sull'educazione dei figli;
 - ii. Problemi di relazione genitori/figlio;
 - iii. Problemi conflittuali, emozionali e comportamentali dei figli;
 - iv. Suggestimenti per l'orientamento scolastico;
 - v. Conflitti con l'istituzione scolastica;
 - vi. Suggestimenti per qualsiasi "disagio" legato all'età del figlio, compreso l'handicap.

L'azione di consulenza mira ad attivare ed ampliare le risorse presenti nei genitori al fine di accrescere la loro capacità educativa.

Il progetto prevede un'azione di monitoraggio con schede di rilevazione.

Per Informazioni: Prof. Vincenzo Mastronardi
iissrem@uniroma1.it

RECENSIONI

Mazzani M., Pacciolla A., *Metafora e Psicologia*, Edizioni Laurus Robuffo, Roma 2002.

Con questo testo si cerca di dare un contributo alla ricerca e alla sperimentazione della psico-neuro-immuno-endocrinologia nelle seguenti direttive.

La prima parte studia il “ *coping* ” definito come “*l’insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali per far fronte a specifiche esigenze esterne ed interne che sono vissute come imposizioni o come superiori alle risorse del soggetto*”. Il soggetto che di fronte ad un ostacolo ha la sensazione di sconfitta fin dalla partenza ha un “ *coping* ” debole e quindi più vulnerabile sia nei confronti di una patologia psichica che fisica. Com’è facile da immaginare un “ *coping* ” debole è correlato con una bassa autostima e con una bassa “ *self-efficacy* ”. Questa predisposizione pre-patologica è correlata anche con una bassa “ *mastery* ” definita come “*la capacità di definire i propri stati di sofferenza psicologica in termini di problemi da risolvere, di individuare le operazioni mentali necessarie per la soluzione dei compiti, nonché la capacità di elaborare ed eseguire strategie adeguate a livelli di complessità crescente di impegno mentale*”.

La seconda parte studia: a) la psicosomatica e la psicogenesi del cancro; b) la psicodinamica delle affezioni cancerose e del decorso della malattia; c) il rapporto medico-paziente e le tecniche terapeutiche.

Questa parte, la più consistente, vede nelle tecniche terapeutiche una delle maggiori sfide della medicina e della psicologia contemporanee. È opinione degli autori che questa è la direzione da approfondire nel futuro della pratica clinica per questo, vengono riportati vari tipi di intervento con relative metodiche e risultati ottenuti ma sembra che l’approccio da privilegiare sia quello cognitivo-comportamentale che integra la ristrutturazione di idee e modelli operativi interni di tipo irrazionale e disfunzionale con le tecniche di visualizzazione (Training Autogeno, ipnosi, meditazione ecc...).

La terza parte presenta alcuni strumenti per la valutazione della qualità della vita e del dolore con un’applicazione clinica ad Udine su 263 pazienti. Le ricerche finora condotte non possono ancora rispondere alla domanda sulla correlazione fra cancro e diagnosi differenziale sull’Asse-II; ossia, il cancro insorge e si sviluppa più facilmente in tutti coloro che hanno un particolare tratto di personalità; per esempio il coping basso; oppure c’è una struttura di personalità particolarmente vulnerabile? Le correlazioni fra la SCID-II e tipologia di *coping* e *mastery* potrebbero avviare delle ricerche utili sia per la prevenzione che per la tipologia di intervento psicoterapico.

Un’altra utile ricerca che in futuro potrebbe essere fatta è quella sulle correlazioni fra specifici meccanismi di difesa e specifici agenti del sistema

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

immunitario tenendo presente la specifica suggestionabilità del soggetto. Naturalmente per ottenere dei risultati apprezzabili sono necessari strumenti di valutazione affidabili delle tre suddette dimensioni, un campione congruo ed una metodologia di ricerca adeguata.

Dalla correlazione fra predisposizione pre-patologica (prima parte: coping) ed eziopatogenesi del cancro (seconda parte) emerge chiara una conclusione: l'intervento per essere efficace dovrà essere necessariamente interdisciplinare e possibilmente cognitivo-comportamentale con un protocollo aperto alla specifica personalità del paziente.

Vincenzo Mastronardi

Norme di Pubblicazione per gli Autori

Chi vuole pubblicare lavori originali sulla “Rassegna di Psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia Forense”, deve inviarli in triplice copia al direttore responsabile: Prof. Vincenzo Mastronardi, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica Università “La Sapienza” P.zza A. Moro, 5 - 00185 Roma – e-mail: iisrcm@uniroma1.it che li sottopone all’esame di un Comitato di Lettura che può accettarli, rifiutarli o accettarli con riserva. Il testo degli articoli dovrà comprendere:

1. - il titolo completo del lavoro
2. - suo riassunto in italiano e “abstract” in inglese, contenenti le ragioni dello studio compiuto, le principali osservazioni, e le conclusioni dell’Autore;
3. - parole chiave in italiano e “key words” in inglese
4. - nome e cognome dell’Autore (o Autori) in prima pagina in alto con asterisco* richiamato a piè di pagina con i suoi titoli e le qualifiche più rilevanti: qualora si tratti di un lavoro di ricerca effettuato presso un istituto universitario o un reparto ospedaliero o altro ente, indicarne la denominazione esatta, con la firma di autorizzazione alla stampa del direttore, completo di numero di telefono e CAP;
5. - la bibliografia: le opere elencate vanno numerate progressivamente secondo l’ordine alfabetico. Di ognuna va indicato il cognome dell’autore e le iniziali del nome, il titolo del libro dell’edizione originale con in parentesi: città e casa editrice. Nel testo la bibliografia va richiamata con il numero corrispondente posto fra parentesi; il nome dell’autore citato va scritto in neretto, seguito dall’anno di pubblicazione (es.: Granone, 1989); se le pubblicazioni citate per uno stesso autore sono più di una, aggiungere la lettera alfabetica che la contraddistingue.

Sono particolarmente graditi **i testi dattiloscritti accompagnati da relativo dischetto con l’indicazione del tipo di programma adottato.**

Si accettano anche volentieri, notiziari, notizie utili, interviste originali, recensioni, condensazioni o traduzioni di articoli o riviste straniere di ipnosi, informazioni su convegni e congressi.

Per la pubblicazione dei lavori originali si chiede un parziale contributo spese simbolico di €. 25,82 a pagina pubblicata a stampa con diritto a n. 100 estratti che seguiranno la pubblicazione stessa. Per informazioni in proposito rivolgersi al Prof. V. Mastronardi o al Direttore Organizzativo Prof. Matteo Villanova (Vedi sopra).

Finito di stampare il
20 maggio 2003
presso il
Centro Copie Legatoria *CERVIALTO*
Via Monte Cervialto, 17 – 00139 Roma

SOMMARIO

- M.V. Bossolasco IMMUNITARIA
IPNOSI E FUNZIONALITA' IMMUNITARIA..... pag.7

- M. Capobianco
**“L’INTEGRAZIONE” IN IPNOSITERAPIA: un caso di disturbo
del Comportamento alimentare.....pag.13**

- F. Beggiato, D. Mazzuto (con la Consulenza di V. Mastronardi e
M. Villanova)
**METODOLOGIA DI PREVENZIONE DEL DISAGIO
INFANTILE IN CONTESTI EDUCATIVI.....pag.39**

- **RECENSIONI**
A. Pacciolla, M. Mezzani
**“METAFORA E PSICOLOGIA” Ed. Laurus Robuffo. Roma
2002 Vincenzo mastronardi.....pag.63**

- **Norme di pubblicazione per gli Autori.....pag.65**

