

link

RIVISTA SCIENTIFICA DI PSICOLOGIA

VOLUME 1/2026/ FASCICOLO 1



SOMMARIO

■ editoriale

5 VITO TUMMINO

■ focus

11 Prevenire la distruttività con la psicoterapia infantile
MARIA POZZI

■ strumenti

20 L'albo illustrato come mediatore immaginativo all'interno della
relazione terapeutica: riflessioni teorico-cliniche del suo utilizzo in
psicoterapia
ISABELLA CARDANI, MARTA RIZZI, GIORGIO REZZONICO

■ ricerche

27 Efficacia percepita dei trattamenti sanitari nei contesti giudiziali e non
LORENZO CAMMARATA, IVAN IACOB, GIOVANNI OTTOBONI

■ sessualità

33 La "morte" simbolica del sé nella pratica erotica
DENISE FEDELE

■ caso clinico

49 L'unità mente-corpo e l'approccio psicosomatico in Ospedale
PAOLA DONDI61 Dal delirio sonoro alla forma-canzone: contenimento, competenze
e trasformazione simbolica nella psicosi
NUNZIO BORRIELLO, ROMEO SIMONETTI

■ esperienze

68 La ri-costruzione del Sé spezzato: la presa in carico psicologica
della persona con lesione spinale nell'esperienza dell'Azienda
Ospedaliera Universitaria di Alessandria
P. VALORIO, A. PEPOLI, S. GIRIBONE, M. FRANSCINI, V.
MANFREDI, R. STERPONE, M. MONACO, C. VERGNANO, S.
MIGLIORE, R. LORUSSO, M. MARCHIONI, L. PERRERO

■ società

77 Quando l'algoritmo incontra l'anima. Intelligenza artificiale e
pratica psicologica: come innovare preservando l'umanità della
cura
FEDELE GUBITOSI

■ cultura

83 Viaggio nel cinema: Intervista a Peter Ciaccio
LUANA FATO

■ recensioni

94 A cura di ELISA FERRO

■ convegni /congressi

96

■ link Art

99 Sotto cieli azzurri: La Strage degli Innocenti
ROSA DE ROSA





RIVISTA SCIENTIFICA DI PSICOLOGIA

Direttore responsabile

Mario Sellini

Redazione

Vito Tummino (Presidente
Federazione Società Scientifiche
di Psicologia, FISP), Caterina
Cannizzaro, Giovanna Colombo, Inna
Demkovich, Rosa De Rosa, Luana
Fato, Denise Fedele, Vittoria Frigerio,
Giorgia Lombardi, Melina Martello,
Viviana Piga, Eleonora Riva, Sara
Scacchetti, Eleysa Yildizdal

Segreteria

Sara Scacchetti

Comitato scientifico

Anita Caruso, Anna Costantini, Isabel
Fernandez, Mara Donatella Fiaschi,
Antonio Loiacono, Francesco Macri
(Segretario nazionale della FISM,
Federazione Italiana delle Società
Medico-Scientifiche), Lorraine
Mangione (Department of Psychology
Antioch University, New England,
USA), Fabio Monticelli, Mario Sellini
(Presidente Società Scientifica Form
AUPI)

Redazione Como

Studio di Psicologia
Via Rusconi 21
22100 Como
e-mail: redazionelink2@gmail.com

Redazione Roma

Sede FormAupi
Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819,
fax 06.68803822

Art director

Andrea Rosso
(andrearossocomo@gmail.com)

Grafica e impaginazione

Phylum Lab/ Como

Amministrazione

Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819, fax 06.68803822
e-mail: formaupi@aupi.it

ISSN 2611-6758

Editore

A.U.P.I. Associazione Unitaria
Psicologi Italiani

Link rivista scientifica di psicologia
Volume n. 1/2026 fascicolo 1.
Redazione e sede legale:
Roma, via Arenula 16, Tel.06.6873819
- Fax 06.68803822.
Service provider: Aruba S.P.A. Ponte
San Pietro (Bergamo). Registrazione
del Tribunale di Roma n. 64 del
17/4/2023. Direttore Responsabile:
Mario Sellini



Rivista della Società Scientifica FormAupi in collaborazione con la FISP - Federazione Italiana Società di Psicologia

Link non è in vendita, viene inviata agli iscritti di FORMAUPI e delle altre
Società scientifiche FISP.

VOLUME 1/2026/ FASCICOLO 1

NORME PER GLI AUTORI

I manoscritti inviati per pubblicazione su **Link** devono essere indirizzati via e-mail a
Vito Tummino (vitummino@gmail.com), responsabile di redazione.

I contributi presentati per la pubblicazione non devono essere già stati pubblicati o
contemporaneamente sottoposti ad altre riviste. Nel caso di contributi di particolare
interesse già editi, la redazione si riserva ogni decisione in merito. La redazione
segnalerà all'autore eventuali modifiche da apportare al testo.

CODICE ETICO

La rivista adotta il Codice Etico secondo le linee guida del COPE.

NORME REDAZIONALI

La Rivista Link è articolata nelle seguenti sezioni:

Focus, Una storia, Esperienze, Società, Strumenti, Recensioni, Una storia clinica,
Sperimentazioni, Riflessioni, Emozioni, Ricerche, Sessualità, Link art.

Per le rassegne e gli articoli di ricerca si raccomanda di non superare le 12 cartelle
dattiloscritte, comprese tabelle, figure e bibliografia.

Gli articoli di ricerca dovranno contenere una precisa, anche se breve, introduzione
al problema trattato, nella quale verranno specificati anche gli scopi della ricerca;
seguiranno sezioni riguardanti metodo e tecniche (in cui saranno chiaramente
indicati disegno della ricerca, campione, strumenti e procedure per la raccolta delle
informazioni, modalità di elaborazione dei dati), risultati, discussione, conclusioni e
bibliografia.

Tutti i contributi saranno corredati da un riassunto in italiano ed uno in lingua inglese,
con un massimo di 200 parole. Anche il titolo del contributo sarà presentato nelle due
lingue.

Tutti i contributi devono essere corredati di 3/5 parole chiave in lingua italiana e
inglese.

BIBLIOGRAFIE

La bibliografia va stesa secondo le norme dell'American Psychological Association.
Essa deve essere in ordine alfabetico. Ecco alcuni esempi:

Beck A.T. & Freeman A. (1990) Cognitive therapy of personality disorders. The Guilford
Press, New York. (trad. it. Terapia cognitiva dei disturbi di personalità, Mediserve,
Milano, 1993).

Costantino G., Malgady R. G., Rogler L. H. & Tsui G. (1988) Discriminant analysis of
clinical outpatients and public school children by TEMAS: A thematic apperception
test for Hispanics and Blacks, *Journal of Personality Assessment*, 52, 670-678.

Crotti N., Di Leo S. & Viterbori P. (1998) Dalla paura al cambiamento, in Crotti N. (ed),
Cancro: percorsi di cura, Meltemi, Roma, 27-49.

Zani B. & Cicognani E. (1999) Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping.
Carocci, Roma.

Una novità rilevante per la Psicologia è rappresentata dal Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) 2025-2030. Questo documento segna un significativo riconoscimento della professione psicologica, che viene integrata negli ambiti della formazione, della prevenzione, della cura e della riabilitazione all'interno del Sistema Sanitario Nazionale.

La formazione per la professione sanitaria, la cui competenza è affidata al Ministero dell'Università e della Ricerca, include la Psicologia generale e clinica nei corsi di studio universitari (formazione pre-laurea) e nei corsi post-laurea. Il piano prevede inoltre l'inserimento dello Psicologo di Assistenza Primaria nelle Case di Comunità e/o nei Distretti Sanitari, a condizione che possieda i requisiti e i titoli formativi previsti dalla normativa vigente, come ad esempio la laurea magistrale e almeno tre anni di esperienza professionale nei vari ambiti della Psicologia della salute e della Comunità.

Le attività di Psicologia di Assistenza Primaria, nell'ottica della One Health, comprendono interventi di prevenzione, diagnosi e trattamento precoce dei disturbi psicologici (art. 1 Legge 56/1989) nelle fasi iniziali o di lieve-media entità. Questi includono consulenze, valutazioni e supporto psicologico per situazioni di sofferenza che non necessitano di trattamento specialistico o di presa in carico multidisciplinare prolungata; supporto a problemi legati all'adattamento nelle diverse fasi del ciclo di vita; assistenza in diagnosi difficili, condizioni croniche o recidive; sostegno all'aderenza alle cure e ai progetti terapeutici; assistenza psicologica domiciliare. Essenziale per il successo di questi interventi è la collaborazione con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, nonché il percorso verso servizi specialistici di secondo livello e servizi sociali e socio-sanitari attraverso specifici protocolli, considerando anche il modello a matrice precedentemente descritto come strumento efficace per l'integrazione e l'inclusione.

Ci aspettiamo che l'approvazione del Piano di salute mentale dia nuovo impulso all'applicazione delle leggi che le Regioni Abruzzo, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Val D'Aosta e Toscana hanno promulgato, ma spesso non attuato per mancanza di finanziamenti, al fine di istituire la Psicologia di Base nella rete dei Servizi sanitari territoriali.

Tuttavia, accanto a notizie promettenti, emergono anche questioni che richiedono una seria riflessione. Il terzo rapporto del Gruppo di Lavoro su equità e salute nelle Regioni, dell'Istituto Superiore di Sanità, evidenzia forti criticità nei Servizi di Salute Mentale in Italia, tra cui gli investimenti pro capite tra i più bassi in Europa, carenze di personale di quasi il 30% rispetto agli standard e disuguaglianze tra il Nord e il Sud del Paese.

Un esempio emblematico si riscontra nell'analisi delle correlazioni condotte sui dati del 2023, che ha mostrato una relazione inversa tra il numero di utenti che ricevono trattamenti con antipsicotici e la

quantità di personale disponibile. In altre parole, all'aumentare del numero di dipendenti, il tasso di utenti trattati con antipsicotici tende a diminuire, poiché vengono forniti un supporto migliore, la possibilità di interventi alternativi, quali interventi psico-sociali, riabilitativi e psicoeducativi, servizi fortemente raccomandati dal recente documento dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) riguardante le politiche necessarie per affrontare le disuguaglianze di accesso all'assistenza e alle cure in ambito di salute mentale.

In questo numero di Link, nella sezione **Focus** ospitiamo un articolo di Maria Pozzi, dal titolo: *Prevenire la distruttività con la psicoterapia infantile*. Il legame critico tra infanzia problematica e mentalità militare viene esplorato dall'autrice, sottolineando come esperienze di abuso e abbandono possano influenzare le scelte e i comportamenti degli adulti. Attraverso casi clinici di bambini traumatizzati, si evidenzia come l'assenza di figure genitoriali supportive possa portare a risposte violente e distruttive, sia a livello individuale che collettivo. Vengono analizzate le esperienze infantili di personalità controverse quali Hitler e Putin, a sostegno della tesi riportata dall'autrice. L'articolo offre una riflessione profonda sulla prevenzione della violenza attraverso la comprensione delle esperienze infantili.

Nella sezione **Strumenti** Isabella Cardani, Marta Rizzi e Giorgio Rezzonico presentano l'articolo *L'albo illustrato come mediatore immaginativo all'interno delle relazioni terapeutiche: riflessioni teorico-cliniche del suo utilizzo in psicoterapia*. Il contributo dimostra come questo strumento, tipicamente associato all'infanzia ma efficace in ogni età, agisca nel modello costruttivista relazionale come un "dispositivo polialfabetico" capace di integrare i livelli corporei, emotivi e cognitivi del paziente. Esplorando l'intreccio tra testo e immagine, gli autori illustrano come la lettura condivisa crei uno spazio terzo e non giudicante, facilitando l'accesso a significati profondi che la sola narrazione verbale faticherebbe a far emergere. L'articolo sottolinea anche la responsabilità etica del clinico nel porsi come osservatore sintonizzato, capace di usare l'albo non come tecnica didattica, ma come perturbatore intenzionale per promuovere una conoscenza di sé autentica e flessibile.

La sezione **Ricerche** ospita un tema di grande attualità: l'efficacia percepita dei trattamenti sanitari nei contesti giudiziari e non. Lorenzo Cammarata, Ivan Iacob e Giovanni Ottoboni si sono occupati di indagare l'impatto del mandato giudiziario sul benessere professionale degli psicologi del Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando come il contesto di intervento influenzi in modo significativo la relazione tra soddisfazione lavorativa e autoefficacia percepita. I risultati mostrano che, nei servizi sanitari, una maggiore percezione di competenza si associa a livelli più elevati di soddisfazione, mentre nei contesti giudiziari tale relazione si inverte. Questa divergenza viene interpretata come effetto della sovrapposizione tra funzione clinica e funzione valutativo-giuridica, che genera tensioni epistemologiche, organizzative ed etiche. L'uso di strutture sanitarie per finalità di regolazione del conflitto familiare produce un disallineamento del mandato professionale, con ricadute negative sul benessere degli operatori e sulla qualità degli interventi a tutela delle famiglie e dei minori.

Nella sezione **Sessualità** pubblichiamo l'articolo di Denise Fedele dal titolo *La "morte" simbolica del sé nella pratica erotica. Un'analisi psicodinamica del BDSM tra Eros, Thanatos e trasformazione del sé*. Il contributo propone un superamento delle letture patologizzanti tradizionali, interpretando le pratiche di sessualità non convenzionale come veri e propri rituali contemporanei di "morte simbolica" dell'Io attraverso una lente psicodinamica e archetipica. Richiamando le figure chiave come Freud,

Jung e Turner, l'analisi illustra come il dolore consensuale e la delega del potere agiscano da dispositivi di regolazione emotiva, permettendo al soggetto di sospendere temporaneamente le difese identitarie per accedere a una riorganizzazione psichica più profonda. Infine, il lavoro restituisce dignità clinica al BDSM, descrivendolo come un linguaggio dell'inconscio e uno spazio relazionale protetto, dove la vulnerabilità radicale e la fiducia negoziata diventano motori di integrazione del Sé e di autentica trasformazione soggettiva.

Nella sezione **Clinica** Paola Dondi si è occupata di indagare l'approccio psicosomatico in ambito ospedaliero a partire dall'esperienza di un Servizio di Psicologia integrato, fondato sul principio dell'unità mente-corpo. Alla luce dei contributi delle neuroscienze affettive, dell'epigenetica e della teoria psicoanalitica, viene delineata una visione della malattia come esperienza al tempo stesso somatica, psichica e relazionale, spesso connotata da una dimensione traumatica che può riattivare aree lacunari del Sé o generare rotture catastrofiche dell'equilibrio mente-corpo. Il contesto ospedaliero, caratterizzato da alta specializzazione e urgenza operativa, rischia una frammentazione della persona; per questo il Servizio di Psicologia assume una funzione di integrazione multidisciplinare, fungendo da "tessuto connettivo" tra paziente, équipe e organizzazione. Attraverso interventi clinici flessibili nei diversi setting di cura, la funzione psicologica favorisce processi di mentalizzazione, riparazione e risignificazione dell'esperienza di malattia, contribuendo all'umanizzazione, alla personalizzazione delle cure e al miglioramento degli esiti clinici.

Nella stessa sezione viene presentato l'articolo *Dal delirio sonoro alla forma-canzone: contenimento, competenze e trasformazione simbolica nella psicosi* nel quale Nunzio Borriello e Romeo Simonetti descrivono il caso di R.I., paziente con diagnosi di schizofrenia caratterizzata da allucinazioni uditive musicali e deliri a contenuto spirituale e identitario. Il contributo illustra un intervento terapeutico di lunga durata che non mira alla soppressione del fenomeno delirante, ma al suo contenimento e alla sua trasformazione simbolica attraverso dispositivi espressivi quali il laboratorio musicale e la scrittura creativa. Le melodie intrusive vengono progressivamente riorganizzate in forme comunicabili, consentendo al paziente di passare da una posizione di passività rispetto all'esperienza psicotica a una posizione di competenza creativa. Alla luce della funzione catartica freudiana e del concetto lacaniano di sintomo, il lavoro mostra come la produzione artistica possa assumere valore strutturante, favorendo una riduzione dell'invasività allucinatoria, un miglioramento della regolazione affettiva e una migliore qualità di vita.

Nella sezione **Esperienze** Patrizia Valorio e colleghi presentano l'articolo *La rico-costruzione del Sé spezzato*, che descrive l'esperienza della SSA Psicologia dell'Unità Spinale dell'AOU AL, illustrando come la lesione midollare imponga una profonda riorganizzazione del Sé e del progetto di vita. Viene presentato un approccio multidisciplinare che integra assessment psicologico, sostegno individuale e familiare, e interventi basati su consapevolezza, compassione e resilienza. Tali strategie favoriscono regolazione emotiva, costruzione di nuovi significati e integrazione della nuova identità psicocorporea, promuovendo continuità identitaria, empowerment e collaborazione con l'équipe riabilitativa. L'articolo rappresenta un modello operativo di riferimento per la psicologia della riabilitazione centrata sulla persona e sulle sue risorse.

Nella sezione **Società** pubblichiamo l'articolo di Fedele Gubitosi dal titolo *Quando l'algoritmo incontra l'anima. Intelligenza artificiale e pratica psicologica: come innovare preservando l'umanità della cura*, con il quale esplora l'integrazione dell'intelligenza artificiale (IA) nella pratica psicologica, un tema di crescente rilevanza. Viene esplorato il futuro della

psicologia, che deve sforzarsi di trovare un giusto equilibrio tra tecnologia e umanità. L'IA può essere un potente alleato, ma solo se utilizzata in modo etico e responsabile. L'incontro tra terapeuta e paziente resta insostituibile; l'IA può insomma supportare, non sostituire, la profondità di questa interazione umana.

Nella sezione **Cultura** Luana Fato intervista Peter Ciaccio, pastore valdese e metodista, analizzando il legame profondo tra fede, spiritualità e cinema, concentrandosi in particolare sui temi universali dell'amore e della morte. Peter Ciaccio propone una riflessione profonda sul cinema inteso come strumento teologico e narrativo capace di far dialogare la spiritualità con la cultura contemporanea. Secondo la sua visione, il cinema nasce storicamente per colmare una frattura tra razionalità ed emozione, offrendo una via di ritrovamento attraverso le storie. Questa esperienza risulta particolarmente potente perché lo spettatore entra in sala senza difese, permettendo al film di agire come una forma di predicazione che tocca le emozioni più profonde. Un elemento centrale di questa comunicazione è il volto umano che, attraverso il primo piano, diventa un luogo assoluto di rivelazione emotiva e di incontro diretto tra le vulnerabilità dell'attore e quelle dello spettatore. Analizzando il tema dell'amore, Ciaccio rifiuta l'idea di un'armonia perfetta e statica, descrivendo invece il legame affettivo come un equilibrio dinamico e spesso faticoso tra due fragilità. In parallelo, il cinema affronta la morte non solo come evento finale, ma come una presenza che dà valore e significato prezioso a ogni istante della vita, trasformando la mortalità da condanna ad accesso alla pienezza dell'esistenza. La memoria gioca un ruolo cruciale in questo processo, agendo come un legame vivo che trasforma l'assenza in una nuova forma di presenza. In conclusione, l'intera esperienza cinematografica si configura come una lezione sul tempo, poiché la capacità di dilatare o comprimere i momenti permette di riconoscere pezzi di eternità all'interno della nostra limitatezza umana.

Nella sezione **Arte**, Rosa De Rosa presenta il contributo *Sotto cieli azzurri: La Strage degli Innocenti*, un tema che attraversa insistentemente tutte le epoche artistiche ed è oggetto di molti altri capolavori. L'autrice sottolinea il valore di questi antichi capolavori come «cronache del presente». Infatti il tema biblico della Strage degli Innocenti ci porta a riflettere «sulle migliaia di “bambini innocenti” uccisi dalle guerre, arruolati per combattere, annientati dalla fame, morti attraversando il mare, accompagnati dalle parole ipocrite di inconfessabili derive di potere. E questo accade oggi, nel ventunesimo secolo, nel silenzio indifferente di buona parte del mondo».

VITO TUMMINO

Nota di Redazione

Da questo numero introduciamo una nuova numerazione per le uscite della rivista.



link
— focus



ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

Prevenire la distruttività con la psicoterapia infantile

How to prevent destructiveness by means of infant psychotherapy

MARIA POZZI*

PAROLE CHIAVE: conflitto, patologia, abuso, aggressività, dolore, spirito militare, guerra

La guerra è una forma legalizzata ed istituzionalizzata di assassinio e violenza. Le sue origini si possono trovare sia in un certo tipo di infanzia in cui abuso, privazione e mancanza di rispetto psico-fisico si sono verificati, sia nelle complesse dinamiche esistenti fra gruppi e nazioni.

“Saddam deve andarsene dal Kuwait. Ha rubato un paese che non è suo. Deve restare in Iraq” (Peter, anni 9)

In questo scritto desidero riflettere sul legame esistente fra un certo tipo di infanzia travagliata, infelice e disturbata e il formarsi della cosiddetta mentalità militare. Sarebbe interessante condurre una ricerca sul tipo di persone che scelgono la carriera militare o che anche solo accettano il pensiero corrente che la guerra sia la soluzione finale per risolvere i conflitti interni e internazionali e per gestire l'aggressività umana, l'avidità, il desiderio di potere. Scopriremmo che tali scelte, o non scelte come nel caso di una passione, hanno origine in una infanzia problematica in cui è mancata, o è stata carente, la presenza di figure genitoriali capaci di favorire uno sviluppo armonico nei propri bambini. Noteremmo che la maggior parte delle persone non ha trovato una soluzione a tali conflitti se non attraverso l'idea che la guerra è una giusta soluzione. È un compito quotidiano difficile il gestire la nostra distruttività/autodistruttività e il far prevalere le forze di vita e il senso di realtà, senza cadere nella disperazione e senza delegare ad altri le nostre capacità operative, decisionali o di gestione dei conflitti. John Bowlby (Barnett and Lee, 1980), psichiatra infantile e psicanalista, intervistato nel giorno del suo ottantesimo compleanno, ci ricorda che se i bisogni infantili di attaccamento emotivo, di dipendenza, di esprimere i propri affetti e di imparare, non sono soddisfatti, il bambino crescerà incapace di pensare e di prendersi cura di sé e degli altri, nonché di gestire i propri sentimenti ed impulsi. Questi verranno o agiti (in azioni criminali e antisociali) o inibiti in rigide difese che gli impediranno di vivere in modo creativo e responsabile.

Casi clinici

Peter, un bimbetto di nove anni, nella prima seduta diagnostica esprimeva con le parole citate all'inizio di questo articolo una delle sue preoccupazioni. Parlava con odio distaccato e fredda determinazione di Saddam Hussein che associava a sua mamma. Peter mi raccontava che odiava sua madre e che si augurava che fumasse molte sigarette perché aveva visto una pubblicità televisiva che diceva “il fumo uccide”. Voleva sua madre morta e la odiava: era cattiva e colpevole di averlo abbandonato a casa col fratellino minore e di essersene andata in un'altra città dell'Inghilterra. Aveva lasciato la loro casa che, nell'inconscio di Peter, era come il loro paese, per andarsene in una città non sua. Questo era per Peter un furto e un'invasione.

Mi era stato detto dalla nonna materna, che aveva i bambini in affido, che la loro

mamma li istigava a rubare nei supermercati e sembra abbia lasciato morire di polmonite il suo ultimo nato di poche settimane.
Per Peter era giusto fare la guerra del Golfo contro il nemico cattivo, ladro e invasore.

Martin, un altro ragazzino di otto anni, pochi giorni dopo la dichiarazione di guerra nel Golfo, appariva particolarmente agitato durante la seduta di psicoterapia individuale. Verbalizzai l'ovvio gioco della guerra che mi stava rappresentando con i suoi giochi. Confermò che era la guerra del Golfo e che si doveva uccidere Saddam perché aveva rubato una terra non sua. Anche qui il tema del furto era in primo piano e la soluzione appariva cruda, senza mediazioni o riflessioni. Martin aveva avuto un'infanzia traumatica, con una madre schizofrenica, molto attaccata a lui ma bizzarra nell'allevarlo e un padre molto fragile, malato di cuore, che si era poi risposato, declinando ogni responsabilità sia verso Martin sia verso la sorella di qualche anno maggiore.

Raffaele di sette anni e mezzo, portato da una psicologa che lo vedeva in psicoterapia una volta alla settimana, ritornava in seduta dopo le vacanze estive. Come una furia distruttiva aveva strappato i manifesti sul muro della sala d'attesa, spaccato e scaraventato via i propri giochi e quasi raso al suolo lo studio della psicoterapeuta. Sebbene in questo caso non ci sia alcun riferimento alla guerra, nella seduta ho notato la violenza della furia distruttiva di Raffaele, ancora incapace di tollerare la separazione e l'abbandono della terapeuta perché questo rievoca in lui il rapporto assolutamente carente con i genitori disturbati e mentalmente ammalati. Non è forse la stessa violenza distruttiva che ritroviamo in molti atti delinquenziali giovanili, come pure nei raids bellici in cui case, città e popoli vengono rasi al suolo, violenza riportata dai media durante la guerra del Golfo?

Jonathan di sei anni, di origine ebrea, fu portato in terapia da una collega, perché sin dalla nascita aveva mostrato totale intolleranza per ogni minima frustrazione, cui rispondeva con tremendi scoppi d'ira, terrore ed angoscia. È un bambino costituzionalmente delicato, in una famiglia con una storia di fragilità neurologica, con una madre non molto profonda nel suo modo di pensare ma dedita alle cure del figlio, e un padre affettuoso e disponibile che favorisce la libera espressione degli sfoghi aggressivi del bambino, senza fiatare. Durante la recente guerra del Golfo, Jonathan ha mostrato segni di perdita di contatto con la realtà: era terrorizzato dall'idea che le navi inglesi fossero silurate da Saddam e urlava in preda al panico, se esposto a notizie sulla guerra; pensava che lo avrebbe raggiunto e avrebbe invaso la sua casa di Londra.

Le reazioni così violente e i sentimenti così sfrenati di questi bambini, che comprendiamo molto bene e che inseriamo in un contesto familiare e sociale deficitario o in una fragilità costituzionale mal gestita, anello a sua volta del ciclo della depravazione e della patologia, necessitano di essere adeguatamente contenuti e trasformati dal lento e paziente lavoro psicoterapeutico. In caso contrario, potrebbero trovare sfogo in agiti criminali o in collusione con sistemi accettati e legalizzati, quali la mafia o la guerra.

Il piccolo Adolf

L'infanzia di Hitler, sul quale abbiamo molte ricerche storiche, studi biografici, l'autobiografia *Mein Kampf*, nonché analisi psicologiche, è particolarmente interessante per la continuità ed il legame con l'età adulta. Alice Miller, psicoanalista svizzera, la analizza in modo accattivante (1980) basandosi sulle biografie, fatti storici documentati ed altro. Prendo spunto dal suo lavoro per la mia analisi. Incertezze riguardo gli antenati di Adolf Hitler risalgono alla terza generazione; è ormai dimostrato che il nonno paterno fosse ebreo e che Alois, padre di Adolfo, fosse il figlio di una cuoca, da cui fu separato all'età di cinque anni. I figli di Alois pagarono le conseguenze delle ansie ed incertezze del padre sulle sue origini. Alois aveva tentato di disfarsi del suo passato, non attraverso un adeguato processo di lutto, ma creandosi una carriera nei ranghi statali che gli avevano dato uno status, una divisa e la possibilità di 'assumere un'aria pomposa'. Sappiamo che Alois era cresciuto con un padre adottivo che lo legava ad un albero

Martin, di otto anni, pochi giorni dopo la dichiarazione di guerra nel Golfo, appariva particolarmente agitato durante la seduta di psicoterapia individuale. Verbalizzai l'ovvio gioco della guerra che mi stava rappresentando con i suoi giochi. Confermò che era la guerra del Golfo e che si doveva uccidere Saddam perché aveva rubato una terra non sua. Martin aveva avuto un'infanzia traumatica, con una madre schizofrenica, e un padre molto fragile, malato di cuore, che si era poi risposato, declinando ogni responsabilità sia verso Martin sia verso la sorella di qualche anno maggiore.

Le reazioni così violente e i sentimenti così sfrenati di questi bambini, che inseriamo in un contesto familiare e sociale deficitario o in una fragilità costituzionale mal gestita, anello a sua volta del ciclo della depravazione e della patologia, necessitano di essere adeguatamente contenuti e trasformati dal lavoro psicoterapeutico. In caso contrario, potrebbero trovare sfogo in agiti criminali o in collusione con sistemi accettati e legalizzati, quali la mafia o la guerra.

e lo frustava fino allo svenimento. Adolf, nato poco dopo la morte per difterite di due fratellini ed una sorellina ancora infante, fu maltrattato dal padre in modo similmente violento ed umiliante. Mai chiamato per nome ma con un fischio come se fosse un cane, era regolarmente frustato a sangue da Alois ubriaco, che scaricava sul piccolo Adolfo e sulla moglie Klara, le proprie frustrazioni, invidie e infelicità, giorno dopo giorno e senza motivo imputabile al comportamento di Adolfo. Klara era entrata nella famiglia di Alois, che chiamava zio Alois, all'età di sedici anni, per prendersi cura della sua prima moglie, morente e dei due suoi figli.

Aveva successivamente sposato Alois, molto più anziano di lei. Pure lei era stata oggetto delle violenze del marito, schiava ossequiosa dei suoi vizi, derubata della possibilità di esprimere i suoi sentimenti di fronte alla morte dei primi tre figli, nonché del quintogenito deceduto quando Adolfo aveva undici anni. Sappiamo che aveva creato un legame molto stretto con Adolfo, ma non aveva potuto difenderlo dalle violenze del padre, diventando così, agli occhi del piccolo, un'alleata del padre. Hitler crebbe in una atmosfera di terrore e violenza da cui si difese reprimendo i suoi sentimenti e reazioni, scindendo la sofferenza e l'odio per il padre e aggrappandosi al proprio orgoglio. La sua immagine interna del padre visto come un crudele dittatore (che, come vedremo in seguito, può essere una caratteristica normale della psiche di ogni bambino piccolo), non solo non fu modificata dalla sua esperienza reale ma fu resa ancora più crudele. A. Miller (1980, pag. 160) sostiene che il modo in cui Hitler aveva assunto il comportamento paterno e l'aveva agito a livello inconscio sul palcoscenico della storia mondiale, indica l'immagine interna che Adolfo aveva di suo padre. Da un lato il dittatore stizzoso e ridicolo, come rappresentato nel suo film da Charlie Chaplin, e come i nemici lo percepivano; dall'altro il Führer eroico, amato ed ammirato dai tedeschi, quella figura di marito e di padre, ammirato, ossequiato e temuto che Klara e Adolfo, almeno quando era molto piccolo, avevano condiviso e idealizzato. Sembra che Hitler avesse agito nelle sue azioni, le due immagini paterne così diverse, spaccate e non integrate: una figura di padre idealizzato al massimo ed una altrettanto denigrata. Queste due immagini continuarono a coesistere, scisse e persecutorie durante tutta la vita di Hitler: di notte quando le angosce infantili inconsce esplodevano, il piccolo Adolf era terrorizzato, viveva stati di persecuzione maniacale e fenomeni di doppia personalità: si svegliava urlando in preda a convulsioni e parlava in modo totalmente confuso ed inintelligibile: "Era lui, era lui, è stato lui", "Là, là nell'angolo", "Chi c'è?" (Rauschning, H., 1940, in A. Miller, 1983 pag.173). Questo ci fa pensare al bambino Hitler terrorizzato, abusato e traumatizzato dal padre. Da vittima impotente di notte, *indossava*, di giorno, l'uniforme del persecutore, despota e padrone, con assoluto controllo e potere di vita e di morte, diventando l'immagine peggiorata del padre. Faceva uccidere i deboli, gli umiliati, gli sconfitti, che rappresentavano la sua infanzia, la piccolezza del suo sé infantile. Aveva mandato a morte anche i malati mentali, quasi a vendicarsi di sua zia Johanna, la zia materna schizofrenica e gobba che aveva vissuto con gli Hitler durante l'infanzia di Adolfo. La sua vita non fu che una ripetizione dei traumi subiti e mai risolti dell'infanzia, a cominciare dall'incertezza delle sue origini, per cui, chi aveva sangue ebreo risalendo fino alla terza generazione, cioè alla generazione del nonno ebreo, doveva morire. Anche il padre, in parte ebreo, ora diventava vittima. Il piccolo Adolfo era chiamato non per nome ma con fischi, veniva umiliato in modo sadico e perverso: i campi di sterminio ripropongono la stessa atmosfera anonima e di disprezzo. Hitler cercò di rompere ogni contatto con il passato: col fratellastro Alois e con la sorella Paula, che costrinse a cambiare nome. Spostando il suo odio dal padre agli ebrei aveva protetto il primo, idealizzandolo e conservando degni sentimenti filiali! La mamma Klara, sofferente di cancro al seno, era stata operata da un dottore ebreo e successivamente morì per complicazioni subentrante a causa dell'errato trattamento postoperatorio (Binion, 1975). Adolfo aveva allora diciotto anni. Risonanze di questa esperienza dolorosa si trovano nell'odio di Hitler per gli ebrei che chiama "un cancro nel seno della Germania". L'angoscia, la sofferenza, l'impotenza dell'adolescente Adolfo, ancora una volta non riconosciute o espresse da lui apertamente, sono inconsciamente rivendicate in modo grandioso, in età adulta nell'eccidio degli ebrei. La vita di Hitler fu dominata da meccanismi inconsci di scissione, proiezione, negazione, compulsione a ripetere e trionfo

che, secondo il pensiero psicoanalitico, sono alla base della mentalità militare e nucleare.

L'infanzia di Putin

Ripenso ad una delle motivazioni di Putin a fare la guerra in Ucraina: distruggere le attività neo-naziste colà annidate dai tempi della Seconda Guerra mondiale. E' questa un'attività eroica che nasconde il desiderio imperialistico di ri-unificare l'URSS tenendo fuori il nemico occidentale NATO? Ripensiamo all'infanzia di Putin che - similmente all'analisi di Alice Miller sull'infanzia di Hitler - è presentata da Mark Galeotti nel libro *We need to talk about Putin - How the West gets him wrong* (Dobbiamo parlare di Putin - Come l'Ovest lo rappresenta in modo errato). Putin vive un'infanzia di povertà e insicurezza, era nato a Leningrado, in una stanza di un appartamento affollato, senza bagno nè acqua calda; diventa ragazzo di strada; presto impara judo e sambo, un'arte militare, forse per proteggersi o per trovare una comunità cui appartenere. Diventa membro di gang, è affascinato da film e programmi televisivi sulle spie; presto si unisce al KGB, diventando poi un capo di grande rilevanza. Oggi è capo di una nazione e utilizza la guerra come strumento di potere.

La prospettiva psicoanalitica

Melanie Klein sosteneva che il conflitto fra gli impulsi di vita e quelli di morte è attivo fin dall'inizio della vita. Quando il piccolo bisognoso piange, in preda ad urgenti sensazioni sgradevoli, mentre attende che i suoi bisogni siano soddisfatti da una figura accudente, si arrabbia prima che impari a tollerare l'assenza del caregiver per un breve tempo. In tale stato di rabbia e persecuzione il neonato percepisce l'altro come frustrante e da eliminare e, fin dall'inizio, fanno parte del suo sviluppo emotivo scissione e proiezione dello sconforto sulla madre, o su altra figura primaria di riferimento.

Più recentemente, **Franco Fornari**, che fu presidente della Società Psicoanalitica Italiana e fondatore del Gruppo Anti H, ha scritto in modo esteso sul fenomeno, cercando di capire i meccanismi inconsci che determinano un fenomeno così distruttivo come la guerra. Essa si basa su quella che lui chiama "l'elaborazione paranoica del lutto", cioè una dinamica psicotica che permette di vivere come necessità etica la criminalità più folle ed omicida, dove l'uccisione diventa criterio di verità. Nei cosiddetti popoli primitivi l'uccisione <<acquista un significato di virtù, in quanto è lotta e punizione verso le parti del sé proiettate» (1970, pag. 60). L'etica militare «ci appare contenere un tipo particolare di etica comprensibile come elaborazione paranoide del lutto.... una vera e propria alienazione morale fondata sull'alimentazione dei propri sentimenti di colpa, messi nel nemico». Le parti aggressive del sé, i propri sentimenti aggressivi di odio, rivalità, crudeltà, la rabbia e i sensi di colpa che impregnano la nostra vita quotidiana, sono proiettati sull'altro. Per "altro" si intende il diverso da noi, anche solo un'altra persona oltre che il diverso, lo straniero, il gruppo sociale o etnico o politico diverso dal nostro, le minoranze razziali etc. L'"altro" è ritenuto responsabile di tutto ciò che di negativo succede e che appartiene anche a noi. Il meccanismo di proiezione evita la presa di coscienza e di responsabilità individuale su cui si basa la capacità di gestire i rapporti umani in modo psicologicamente più evoluto. Questa modalità di autoresponsabilità dei propri sentimenti e azioni, richiede la capacità di tollerare la pena depressiva di fronte alla realtà quotidiana, costellata di incertezze, insoddisfazioni, limiti e situazioni tutt'altro che ideali.

Secondo Fornari, Hitler e i nazisti hanno proiettato sugli ebrei i propri mali e le parti negative del proprio sé, accusandoli di essere il diavolo, la causa della guerra e la disgrazia della Germania (Fornari, 1970, pag. 80). In verità queste erano le accuse fatte a Hitler. Hanna Segal, psicanalista polacca residente a Londra e cofondatrice di organizzazioni psicoanalitiche per la prevenzione dell'uso delle armi e della guerra nucleare, ritiene che stiamo vivendo in uno scenario surreale, in un incubo intollerabile se abbiamo la forza di non negarlo o in uno stato di psicosi, piuttosto che in un mondo sano (Segal, 1988). Freud nel suo saggio Il

Melanie Klein sosteneva che il conflitto fra gli impulsi di vita e quelli di morte è attivo fin dall'inizio della vita. Quando il piccolo bisognoso piange, in preda ad urgenti sensazioni sgradevoli, mentre attende che i suoi bisogni siano soddisfatti da una figura accudente, si arrabbia prima che impari a tollerare l'assenza del caregiver per un breve tempo.

La psicoanalisi ha molto da offrire alla comprensione delle dinamiche psichiche individuali e di gruppo che sottostanno al fenomeno guerra e questo è un elemento di speranza: se riusciremo a renderci conto dei fenomeni psichici potremo essere in grado di modificare lo status quo.

Disagio della Civiltà, sostiene che i gruppi di cooperazione si sono formati non solo per combattere le forze di natura, ma per combattere i pericoli psicologici, fra cui l'aggressività umana. Ritiene che ci si può amare l'un l'altro nella misura in cui c'è un nemico, esterno al gruppo, da odiare.

Studi sul comportamento di gruppo portati avanti al *Tavistock Institute of Human Relations*, rivelano che il gruppo lega e contiene fantasie, ansie e meccanismi psicotici che, se presenti ed agiti da un singolo individuo, lo certificherebbero come pazzo. Conflitti e colpa all'interno del gruppo sono gestiti tramite la loro proiezione sul gruppo esterno. "Guerre e genocidi" si possono spiegare sulla base di questi fenomeni di gruppo, una volta che il meccanismo di scissione e proiezione e le difese maniacali di trionfo, superiorità, paranoia e megalomania, sono messi in atto. I terapeuti sistemici considerano le nazioni come i membri di una grande famiglia ove rivalità, competizione e odio prendono il sopravvento, permettendo alla follia di dilagare nella guerra. Fornari e poi Segal ritengono che la situazione attuale sia diversa e particolarmente drammatica perché per la prima volta l'umanità ha il potere di distruzione totale ed autodistruzione con l'avvento delle armi nucleari. Con l'era nucleare le barriere fra realtà e fantasia sono facilmente eliminate e siamo introdotti nel mondo dello psicotico, dominato dall'impotenza distruttiva. La distruzione atomica elimina la possibilità della sopravvivenza simbolica nei figli, nel lavoro o nella civiltà stessa. Dal terrore che tale possibilità si avveri, l'umanità si difende continuamente, negando la realtà. Anche nel linguaggio usato si è negato, ridotto o 'normalizzato' l'impatto dell'uso delle armi atomiche.

Le bombe sganciate su Hiroshima e Nagasaki erano chiamate "piccolo bimbo", "uomo grasso" e il bombardamento di Hiroshima "è nato un bambino". Oltre la negazione per cui la gente dice: "Non succederà", "non sarà poi così catastrofico" nonostante l'evidenza contraria, aumentano anche le difese di tipo psicotico fra cui la paranoia, la megalomania e la frammentazione di responsabilità. Fornari e Segal ritengono che un altro fenomeno di gruppo consiste nel fatto che proiettiamo anche la nostra sanità nei leader politici, come un bambino che si affida ai genitori per sentirsi sicuro. Purtroppo, quando un gruppo è dominato da ansie e difese psicotiche, come lo sono le nazioni, i leader che si generano sono del medesimo tipo (cioè dominati da ansie e difese psicotiche) e i nostri governi non sono certo più sani di noi (Segal in: *The Nuclear Mentality*, pag. 45). Mi sembra che la psicoanalisi abbia molto da offrire alla comprensione delle dinamiche psichiche individuali e di gruppo che sottostanno al fenomeno guerra e questo è un elemento di speranza: se riusciremo a renderci conto dei fenomeni psichici potremo essere in grado di modificare lo status quo.

La funzione della psicoterapia infantile

Nella prima parte di questo articolo abbiamo visto il legame che esiste fra l'infanzia di un individuo e le sue successive scelte o compulsioni di vita nell'età adulta. Sempre a proposito di Hitler, (Miller, 1980, pag. 175) riferisce che il piccolo Adolfo all'età di circa tre anni «elargiva lunghi e appassionati discorsi» da una collinetta indicando che la sua carriera di Fuhrer iniziò presto. Il bambino Hitler imitava in quel modo la figura imponente del padre che ammirava oltre che temere, e probabilmente vedeva se stesso nel pubblico. È un'affermazione che fa paura perché fa riflettere sull'enorme importanza che i primi tre anni di vita hanno nel dar forma agli anni successivi, come ben sanno psicologi ed educatori. Il discorso della psicoterapia si inserisce a questo punto, cioè in un momento della vita dell'individuo in cui l'influenza del lavoro terapeutico può incidere e raddrizzare o limitare certe patologie e favorire una maggior salute mentale. Gli orrori e le pene a livello psichico, come nel caso di bambini particolarmente sensibili e fragili, possono essere attutiti se c'è la capacità e la possibilità di esprimerli con qualcuno in grado di accoglierli, capirli e trasformarli in forma più tollerabile. Per Sylvia Plath (Miller, 1980, pag. 257) il suicidio fu l'unico modo di esprimere il suo vero Sé a spese della vita stessa. Non aveva avuto la possibilità di esprimere i propri sentimenti più dolorosi con nessuno, neppure con la madre, dovendoli così reprimere nell'inconscio. La funzione dello psicoterapeuta è di offrire al paziente la possibilità di rivivere nel transfert, cioè nel rapporto tra terapeuta e paziente, sentimenti e situazioni inconse e di

disagio che generalmente risalgono alla prima infanzia così da poterle integrare, modificate e digerite, nella personalità del paziente favorendo un'esistenza di maggior pienezza e soddisfazione. Nel caso della psicoterapia infantile, è attraverso il gioco, il disegno, o il lavoro con i genitori che si dà al bambino la possibilità di esprimere i fantasmi, le angosce e le paure inconsci. Il mondo interno di tutti i bambini è popolato da figure molto buone o molto cattive, assolutamente buone o assolutamente cattive, senza vie di mezzo. Dal neonato che strilla in preda ai morsi della fame, e che piange se deve aspettare che gli sia porto il seno o il biberon, la mamma e il papà sono visti come una strega o un mostro; con le stesse dinamiche essi vengono visti come un angelo o una fata di doti sublimi se soddisfano repentinamente il bisogno. Questo avviene di fronte a frustrazioni e gratificazioni comuni ed inevitabili nell'infanzia ed è un aspetto del mondo psichico del bambino, aspetto che è generalmente modificato dall'esperienza di contatto con la vita reale in cui il bambino imparerà a tollerare e ad integrare in una figura unica e più benevola le due immagini così antitetiche e separate dei genitori. Ma quando le circostanze esterne sono sfavorevoli e c'è una collusione fra i fantasmi inconsci e la realtà esterna, così che il senso di ciò che è reale è perso o mai raggiunto, ecco che la prognosi per uno sviluppo sano non è favorevole. Mi è facile immaginare che, senza un aiuto adeguato a capire ed integrare gli odi intensi, le rabbie laceranti e i terrori paralizzanti, Peter, di cui ho brevemente parlato all'inizio, potrebbe facilmente diventare un capitano navale o un pilota di aereo che conduce la flotta a combattere una guerra "giusta" per lui, in nome della distruzione inconscia di una madre cattiva, abbandonica, ladra e poi estraniata e che potrà prendere la forma conscia di un paese straniero. Similmente posso immaginare Martin da grande, che dirige un'immaginaria "commissione per le torture" e perpetua atti di crudeltà e sadismo anche sessuali, provando sollievo a poter odiare e rivendicare, infliggendo su altri le esperienze di umiliazione e abiezione subite da piccolo per mano di una mamma malata di mente. È un quadro realista, non pessimista, ed è solo nella misura in cui queste esperienze saranno rivissute in un rapporto terapeutico, modificate dal terapeuta e restituite al paziente, che possiamo avere delle speranze che il livello di consapevolezza cresca e che un giorno potremo scegliere delle personalità meno disturbate per guidare le nazioni. Quando, durante le sedute di terapia, Martin corre a rannicchiarsi dietro una poltrona e guarda terrorizzato la porta da cui si aspetta che entri o dove forse vede la mamma che lo insegue per portarselo via (Martin è in attesa di essere adottato), penso a come sarà il suo futuro se non riusciremo a lavorare a sufficienza su questo suo problema. Forse diventerà lui stesso un inquisitore a caccia di nemici che dovrà stanare ed uccidere, nascosti in bunker militari. A quasi due anni dall'inizio della terapia, Martin si trova di fronte a tre tipi di identificazioni che emergono nel suo gioco: l'identificazione con un aeroplano, purtroppo ancora da guerra, ma che vola in modo non pericoloso e che ritorna alla seduta due volte alla settimana; l'identificazione con un aeroplano che si contorce per evitare di essere attaccato e distrutto dai missili nemici; l'identificazione con un tipo di super-aereo di velocità ultrasonica, che copre enormi distanze con velocità irreali e magiche. Le due ultime possibilità di evasione e di fuga nella magia e nella megalomania, mi sembra abbiano una prognosi più negativa, ma la speranza viene dall'aereo che più realisticamente ritorna regolarmente in seduta ove continua il lavoro terapeutico. Spesso ci si trova con pazienti che deliberatamente usano la violenza per evitare di provare una sofferenza psichica. I fratelli **Frank** e **Elia** di nove e dieci anni, ora adottati, dopo aver trascorso un'infanzia di violenza, abusi sessuali e negligenza, riproducono in seduta la violenza, alla quale in parte furono soggetti nella realtà e che è in parte peggiorata nel loro vissuto psichico (Hitler aveva fatto pagare agli ebrei un prezzo molto più alto di quello che suo padre aveva fatto pagare a lui). Si picchiano a sangue, seduta dopo seduta, e si ammazzerebbero, se non intervenissi a separarli e fermarli. Frank mi ha confessato che fare la lotta lo diverte e lo eccita, se no cos'altro farebbe? Si annoierebbe. È un ragazzino molto disturbato che non tollera di sentirsi solo, triste e separato anche solo fisicamente dal fratello maggiore, cui s'aggrappa tanto dato che nella sua esperienza infantile erano mancate delle figure adulte di fiducia. Se non sarà adeguatamente aiutato a capire e tollerare la sua realtà penosa di abusi, abbandoni, assenze, gelosie, Frank adulto sarà inevitabilmente uno dei tanti che potrà trovare uno sfogo alla violenza,

Frank mi ha confessato che fare la lotta lo diverte e lo eccita, se no cos'altro farebbe? Si annoierebbe. È un ragazzino molto disturbato che non tollera di sentirsi solo, triste e separato anche solo fisicamente dal fratello maggiore, cui s'aggrappa tanto dato che nella sua esperienza infantile erano mancate delle figure adulte di fiducia. Se non sarà adeguatamente aiutato a capire e tollerare la sua realtà penosa di abusi, abbandoni, assenze, gelosie, Frank adulto sarà inevitabilmente uno dei tanti che potrà trovare uno sfogo alla violenza.

Nella Germania nazista coloro che avevano acclamato Hitler avevano avuto esperienze infantili frustranti: figli di una generazione umiliata dalla sconfitta della Prima Guerra mondiale, erano stati oggetto della Schwarze Pädagogik, una pedagogia punitiva e violenta. Si erano quindi formate delle strutture di personalità simile a quella di Hitler, e avevano poi inneggiato a colui che aveva impersonato gli odi e le frustrazioni individuali.

ahimè autorizzato e legalizzato per esempio in guerra, e un piacere stimolante ed eccitante nell'uccidere. In questo quadro allarmante abbiamo poi le vittime: Jonathan, un piccolo tiranno che, per ora, è solo la causa delle gastriti quotidiane del padre, potrebbe identificarsi con un padre troppo debole, con una nave squartata dai missili e dai sottomarini atomici, come nei suoi giochi. Mancano a Jonathan dei limiti fermi e precisi ai suoi sfoghi aggressive, limiti che darebbero un senso di sicurezza psicologica e che poi, una volta interiorizzati, gli permetterebbero di contenere e ridurre i suoi fantasmi. Un caso, questo, opposto agli altri qui citati ma ugualmente preoccupante. Anton Obholzer (1989 The Nuclear Mentality) ed altri che hanno studiato i fenomeni che si verificano quando si è parte di un gruppo o di una istituzione, notano, fra altri meccanismi, la perdita della individualità e responsabilità personale a favore di una leadership gerarchica e spesso autoritaria, anche se mascherata da apparente democraticità. Questo è molto evidente nell'establishment militare che offre la possibilità di assorbire ansie, incertezze e paure di morte, negate in un sistema difensivo basato sulla loro frammentazione, scissione e proiezione. Un bambino pauroso come Frank, ombra di suo fratello, troverebbe un terreno più che congeniale nell'establishment militare.

Un altro caso, in cui purtroppo l'intervento terapeutico non è stato sufficiente perché ostacolato in parte dalla famiglia e in parte da errori di gestione del caso, è quello di **Daniel**, un ragazzo di quindici anni, un artista abile nel disegno e molto sensibile, che aveva subito abusi sessuali da parte di uno zio materno per più di dieci anni. Aveva iniziato la terapia perché pensava di essere una scimmia ed era stato visto regolarmente per due anni da una collega a cui dirà di aver perso ogni dignità umana. Migliorò in fretta. Fu ancora violentato, questa volta da un coetaneo, nel gabinetto della scuola. Dopo qualche tempo era riuscito a superare il trauma ma temeva di rimanere una vittima a vita. Decise di iscriversi ad una scuola militare e a sedici anni si arruolò nell'aviazione militare. Ora sembra un marine e dice che vuole imparare ad usare i fucili, le bombe e le armi più sofisticate. È un ragazzo profondamente buono che non riuscirà a diventare "il duro" che dice di voler essere, e rischia di essere incapsulato in un sistema che lo renderà ancora una volta vittima. Essere sensibile e dolce significa, per lui, essere femmineo e vittima

Conclusioni

Anche senza pensare a situazioni disperate ed estreme, come quelle riferite, spesso sentiamo parlare di persone miti e sensibili che decidono di fare il servizio militare volontario (bisogna ricordare che in Inghilterra non è obbligatorio) ed entrare nella carriera militare. È possibile che queste persone inconsciamente sperino di trovare una soluzione ai propri conflitti. Nella Germania nazista coloro che avevano acclamato Hitler avevano avuto simili esperienze infantili frustranti: figli di una generazione umiliata dalla sconfitta della Prima Guerra mondiale, sono stati oggetto della Schwarze Pädagogik, una pedagogia punitiva e violenta. Si erano quindi formate delle strutture di personalità simile a quella di Hitler, che avevano poi inneggiato a colui che aveva impersonato gli odi e le frustrazioni individuali. E' molto facile e comune accettare uno status quo esistente e cadere nelle dinamiche individuali e di gruppo descritte, perché offrono una soluzione emotivamente più facile e sono basate sulla negazione, fornendo uno sfogo a situazioni inconsce molto diffuse ed universali. Siamo tutti soggetti a frustrazioni, insoddisfazioni, conflitti nel corso della vita. George Bush, una persona apparentemente integrata, presidente di una grande nazione, da piccolo veniva frustato; Saddam che aveva anche promulgato dei programmi culturali "illuminati" per il suo paese, all'età di sette o otto anni fu sottoposto ad una sanguinosa circoncisione. Sono certa che queste esperienze sono state riattivate nei recenti conflitti. Fermarsi e pensare: "Perché la guerra?" è scomodo, e doloroso è il riflettere individualmente e in gruppo sulle proprie responsabilità, senza delegare all'altro quel potere di pensiero decisionale che tutti abbiamo. Ripensando in particolare ai pazienti che ho descritto qui, il lavoro terapeutico con Peter consisterà nell'aiutarlo ad integrare l'odio conscio con l'amore per ora inconscio, per la mamma. Per questi bambini accettare la

loro realtà, anche se dolorosa, e riuscire a elaborare il lutto per i genitori ideali desiderati, che avrebbero dovuto prendersi cura di loro nonché perdonarli per le loro incapacità, malattie e debolezze, mi sembrano degli obiettivi auspicabili ed ottenibili con la psicoterapia infantile. È quella che gli psicanalisti Kleiniani chiamano una modalità depressiva di essere, basata cioè sul riconoscere, anziché sul proiettare, i propri impulsi negativi che sono un attacco all' "altro", al genitore, al gruppo alieno, al nemico. L'accettazione e la convivenza coi propri limiti, creano le fondamenta per un'attitudine basata sulla premura, la sollecitudine, la generosità e la passione per noi stessi e l'altro. Segal, Obholzer, Fornari e gli psicanalisti in genere, risalendo fino a Freud, ritengono che non siamo consapevoli della misura in cui proiettiamo la nostra aggressività ed ostilità sia nella fantasia che nella realtà. E' solo la consapevolezza individuale della nostra aggressività, che permetterà di sviluppare la capacità di preoccuparci per l'altro e di pensare in termini realistici. Robert Hindle, che ha partecipato alla Conferenza Nazionale tenuta a Londra nel 1989 da organizzazioni mediche, di scienziati, psicologi e sociologi preoccupati per l'uso delle armi nucleari (Barnet, 1989, pag. 4), ritiene che il futuro dell'umanità stia nel pensare che il gruppo vincente da salvare, sia non tanto la nazione, quanto l'umanità, la terra, l'universo, in un'era in cui si rischia la distruzione ed autodistruzione totale con le armi nucleari. La psicoterapia ha per ora una funzione prevalentemente curativa e riparativa, ed è raramente usata per scopi preventivi, ma la famiglia, la scuola, gruppi e progetti formativi per bambini hanno un ruolo sociale ed etico molto importante. Il bambino allevato in un'atmosfera di accettazione, di consapevolezza emotiva, di tolleranza e di compassione, e la cui capacità di far fronte agli inevitabili ed essenziali conflitti quotidiani sia indirizzata verso il dialogo, il compromesso e la cooperazione, svilupperà una personalità che saprà tollerare la pena depressiva dell'imperfezione e dell'insuccesso, oltre che gioire di reali conquiste e conseguimenti.

*Psicoanalista psicoterapeuta

BIBLIOGRAFIA

- Barnett L. and Lee, I. (1989), *The nuclear mentality a psychosocial analysis of the arms race*, Pluto press London.
 Binion R, (1978), *Hitler against the Germans*, Elsevier publisher, New York
 Fornari F. (1964), *Psicoanalisi della guerra*, Feltrinelli U.E., Milano.
 Miller A. (1980), *For your own good. Hidden cruelty in child-rearing and the roots of violence*, Faber and Faber, London, 1983.
 Segal H. (1988), *Silence is the real crime in psychoanalysis and the nuclear threat*, New York, Analytic Press, 1988.

How to prevent destructiveness by means of infant psychotherapy

The focus of this paper is on the links between childhood disturbances, deprivation, traumas and abuses and the formation of a military mentality in later life, seen as a compulsive repetition of infantile conflicts.

Case material from psychoanalytic psychotherapy as well as from Hitler's and Putin's childhood biographies is analysed. Psychoanalytic views of the war phenomenon are explored. It appears that the denial of our own destructive impulses and madness, and their projection onto others, are amongst the most common defense mechanisms underlying wars. The functions and application of child psychotherapy in order to increase awareness and self-responsibility give us hope to reduce child pathology and modify increasing aggressiveness.

KEYWORDS: conflict, pathology, abuse, aggressiveness, suffering, military attitude, war

link

■ strumenti

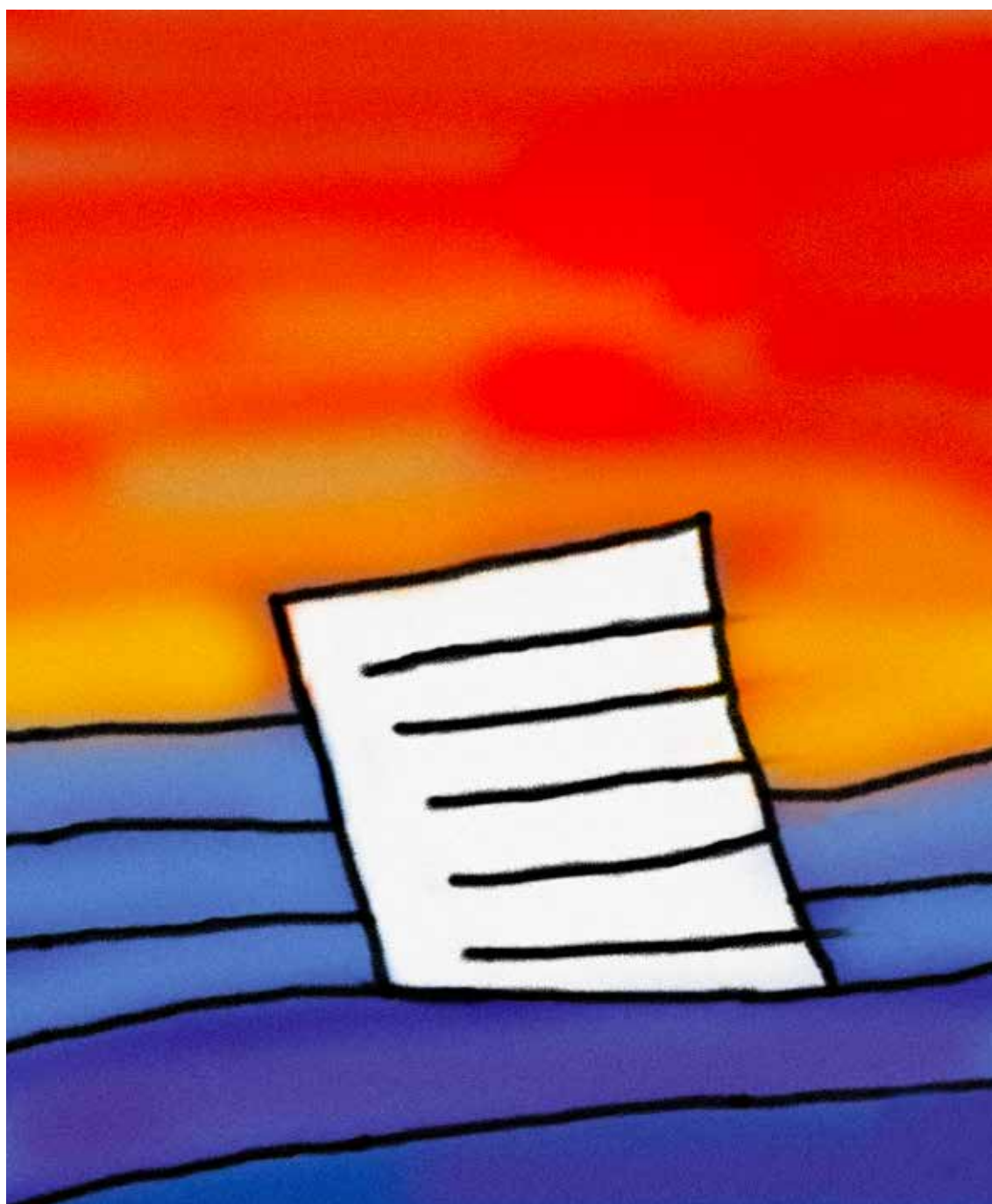


ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

L'albo illustrato come mediatore immaginativo all'interno della relazione terapeutica: riflessioni teorico-cliniche del suo utilizzo in psicoterapia

The picturebook as imaginative mediator within the therapeutic relationship: theoretical and clinical reflections on its use in psychotherapy

ISABELLA CARDANI*, MARTA RIZZI**, GIORGIO REZZONICO***

PAROLE CHIAVE: Albo illustrato; immaginazione; relazione terapeutica; cognitivismo costruttivista relazionale; narrazione clinica

Nel panorama della psicoterapia cognitiva costruttivista relazionale, l'attenzione ai processi di costruzione di significato e alla dimensione relazionale del cambiamento ha favorito l'integrazione di strumenti capaci di facilitare l'accesso all'esperienza emotiva e incarnata del paziente. Il presente contributo propone una riflessione teorico-clinica sull'utilizzo dell'albo illustrato come mediatore narrativo e immaginativo all'interno della relazione terapeutica. Partendo dall'esplorazione delle potenzialità dell'albo illustrato come testo polialfabetico, simbolico e metaforico, l'articolo esplora il ruolo dell'immaginazione come funzione epistemica centrale nel processo terapeutico e descrive le modalità attraverso cui la lettura condivisa dell'albo può favorire la co-costruzione di significati di sé e di sé-in-relazione con l'altro. Vengono inoltre esemplificate le esperienze cliniche del suo utilizzo, sottolineando la necessità di un impiego consapevole e situato, coerente con i principi dell'epistemologia cognitiva costruttivista relazionale.

Introduzione

Nel modello cognitivo costruttivista relazionale, il cambiamento terapeutico non è concepito come la correzione di contenuti cognitivi disfunzionali, ma come una conoscenza e trasformazione dei sistemi di significato personali che prende forma

Nell'incontro con l'altro, all'interno della stanza e della relazione terapeutica, l'albo illustrato rappresenta una chiave di accesso a livelli profondi di conoscenza di sé; può rievocare memorie sensoriali, far riaffiorare ricordi, può permettere di abbattere sovrastrutture e di inerpicarsi in territori inesplorati di significati e sensazioni, agevolando la comunicazione tra le varie parti di sé.

nella relazione terapeutica (Guidano, 1991; Bara, 1999) e attraverso di essa. L'esperienza soggettiva viene considerata un processo dinamico, organizzato secondo una coerenza interna che si costruisce e si rinegozia nel tempo attraverso l'incontro con l'altro significativo. In tale prospettiva, l'attenzione del terapeuta si orienta verso i processi attraverso cui il paziente sente, organizza e narra la propria esperienza nel qui ed ora della seduta (Greenberg & Safran, 1987). Si tratta di diventare consapevoli e promotori attivi di un cambiamento che parte da sé in relazione con l'altro. In questa cornice si inserisce l'albo illustrato, prodotto editoriale, nato per l'infanzia ma, ora, utilizzato per tutte le età: strumento capace di facilitare l'accesso all'esperienza emotiva e corporea che assume, pertanto, un valore clinico rilevante. L'albo illustrato, in questa cornice epistemologica, dove il cambiamento di significati di sé e di sé con l'altro avviene in uno spazio relazionale privo di giudizio, permette di accedere ad un livello profondo ed incarnato di consapevolezza del proprio modo di funzionare e di ampliare la percezione, l'attenzione e la conoscenza sulle proprie differenze individuali.

L'immaginazione è la più alta forma di conoscenza, il primo strumento di accesso al mondo e a tutto ciò che può essere conosciuto ed è il principio su cui si basa la forma letteraria dell'albo illustrato.

Nell'incontro con l'altro, all'interno della stanza e della relazione terapeutica, l'albo illustrato rappresenta quindi una chiave di accesso a livelli profondi di conoscenza di sé; può rievocare memorie sensoriali, far riaffiorare ricordi, può permettere di abbattere sovrastrutture e di inerpicarsi in territori inesplorati di significati e sensazioni, agevolando la comunicazione tra le varie parti di sé. Può permettere di entrare in contatto con la sfera emotiva in modo, alle volte, irruento e brutale e altre, delicato e gentile, agevolando l'intreccio e l'integrazione tra il piano sensoriale/corporeo, quello emotivo e quello cognitivo (Cardani, Rizzi, Rezzonico, 2025). E proprio la relazione narrativa che si instaura attraverso la lettura insieme dell'albo illustrato diventa uno dei momenti di autentica e intensa relazione intersoggettiva paragonabile ad altri momenti vissuti nel qui ed ora della relazione terapeutica che porta il paziente alla consapevolezza del suo modo di funzionare nel mondo.

L'invito ad entrare nelle nostre stanze di terapia diventa un punto di osservazione privilegiato per comprendere come li usiamo con e per i nostri pazienti: come li si sceglie, i titoli che secondo noi non devono mancare nella libreria, il pensiero sul paziente, sul suo momento di vita, sulla possibilità di provare ad aprire la porta ad una narrazione diversa, stando con quello che emerge. Tutto questo nel rispetto della soggettività e conoscenza di ognuno. In altre parole l'albo si pone e propone come "mezzo" che facilita un assetto di cooperazione tra i soggetti presenti nella stanza di terapia, agevolando e permettendo un lavoro di co-costruzione nella ricerca di una conoscenza di sé articolata e profonda, fino ad accedere ad aree non conosciute, significative e che necessitano di essere esplorate, viste, riconosciute o conosciute.

L'albo illustrato come dispositivo narrativo e simbolico

L'albo illustrato si configura come un testo polialfabetico in cui il codice iconico e quello verbale interagiscono nella costruzione di una narrazione aperta e plurivoca. Il significato non è dato una volta per tutte, ma emerge dall'incontro tra il testo e il lettore, rendendo ogni lettura un'esperienza soggettiva e situata (Campagnaro & Dallari, 2013). Come si estrapola anche dall'etimologia del termine latino *albus*, che significa bianco, dà l'idea di rappresentare "un punto di partenza". E lo completa e arricchisce il fatto che sia illustrato, che deriva dal verbo latino *illustrare*, composto dal prefisso *in-*, che significa "dentro" e *lustrare* "illuminare" ovvero rendere chiaro/luminoso all'interno.

Questo carattere simbolico e metaforico rende l'albo illustrato uno strumento particolarmente adatto a veicolare contenuti emotivi complessi, favorendo processi di identificazione, risonanza e inferenza. Le opere di letteratura per l'infanzia si caratterizzano proprio per una molteplicità di "pieghe": non solo con riferimento alla caratterizzazione dei temi, dei personaggi, delle ambientazioni o delle avventure di una storia per l'infanzia o per l'adolescenza, ma soprattutto,

per la presenza di intrecci narrativi nei cui anfratti si celano alcune fra le “pieghe” più suggestive, ovvero quelle dell’anima e della coscienza. Scegliere e offrire una storia in cui vi siano innumerevoli “pieghe” permette al lettore di affinare le capacità di comprendere e di valutare atteggiamenti, comportamenti, intenzioni, cornici valoriali e di fare sue le chiavi che aprono le porte della conoscenza del mondo (Campagnaro, 2017). L’efficacia comunicativa del linguaggio visivo risiede proprio nella capacità delle immagini di farsi carico di significati possibili, alcuni dei quali innescati proprio dagli elementi verbali. Il lettore ha così la possibilità di costruire il proprio testo includendo il non visibile e l’indeterminato. A questo punto gli elementi verbali, ora arricchiti, acquisiscono nuova profondità e ulteriore capacità di significazione creando uno spazio terzo da riempire con le proprie risonanze (Bianchi Mian, Mossa, Pipino, 2024). L’essere umano è un sistema complesso che organizza il suo esperire in modo narrativo, tanto che l’esistenza diventa storia, racconto e significato (Rezzonico, Sonzogno, Pellegrini, 2019).

Il mondo delle immagini dell’albo illustrato è il luogo del “far finta che”, della fantasia, cioè di uno spazio mentale che sia aperto e predisposto alla ricezione e ad evocare immagini anche in assenza di esse. Può essere e diventare uno spazio di libertà espressiva per la costituzione di un immaginario dove può aver luogo una pluralità di sguardi che sottolinea la differenza come valore e l’identificazione di un modo soggettivo ed “unico” di leggere e dare significato a ciò che accade; ciò permette di diventare consapevoli del proprio modo di leggere sé stessi e il mondo. Offrire un albo illustrato significa dare uno strumento di esplorazione al contempo fantastico, fisico e interiore. Inoltre, il dialogo continuo tra testo ed immagine rende più complessa la narrazione fino a problematizzarla: «leggere albi illustrati caratterizzati da un linguaggio iconico connotativo e simbolico [.....] abitua il giovane lettore alla ricerca inquieta, intrepida, permanente sui significati sottesi a una trama, obbligandolo a mettersi in relazione con il mondo, con gli altri, con sé stesso, in una sfida continua» (Campagnaro & Dallari, 2013). Le caratteristiche che deve avere un albo illustrato perché le sue immagini e parole possano farsi portatori di un incontro emotivo, cognitivo e fisico sono molteplici (Tagliaferri, Paladin, 2024) ed è proprio per questo che si prestano ad essere uno strumento di narrazione, immaginazione ed accesso ad emozioni, sensazioni e significati.

Nei silent book, l’assenza di parole amplifica il ruolo dell’immaginazione, affidando al lettore la responsabilità della costruzione narrativa (Lee, 2012).

L’albo illustrato nella relazione terapeutica: immaginazione e costruzione di significato

Nel cognitivismo costruttivista l’immaginazione è considerata una funzione epistemica primaria, attraverso la quale l’individuo organizza l’esperienza e attribuisce senso agli eventi (Guidano, 1999). L’immaginazione consente di esplorare il “come se”, aprendo a possibilità alternative di rappresentazione di sé e del mondo e favorendo una maggiore flessibilità narrativa.

Il linguaggio metaforico, come sottolineato da Bara (1999), permette di accedere a livelli di esperienza non immediatamente verbalizzabili, sostenendo l’integrazione tra dimensione cognitiva, emotiva e corporea. In questa direzione, l’albo illustrato rappresenta un dispositivo clinico capace di facilitare tale integrazione, in particolare nei pazienti con difficoltà di mentalizzazione o regolazione emotiva. Secondo la teoria del doppio codice di Paivio (1971), che presuppone due distinti ma interconnessi sistemi coinvolti nel processo immaginativo, e le recenti acquisizioni relative allo studio delle immagini mentali (Freedbag 2009, Gallese 2011, Rizzolatti & Sinigaglia 2006) le emozioni hanno, rispetto al linguaggio verbale, un rapporto preferenziale con le rappresentazioni iconiche.

Sentimenti ed emozioni sono importanti ai fini della conoscenza e inter-relati a memoria, ragionamento, linguaggio, rappresentandone lo sfondo ineludibile. E all’interno della cornice teorica del costruttivismo ha importanza la dimensione del significato che l’emozione acquisisce nel funzionamento personale e risulta fondamentale andare a scoprire, insieme al paziente, le modalità con cui si è

Il mondo delle immagini dell’albo illustrato può essere e diventare uno spazio di libertà espressiva per la costituzione di un immaginario dove può aver luogo una pluralità di sguardi che sottolinea la differenza come valore e l’identificazione di un modo soggettivo ed “unico” di leggere e dare significato a ciò che accade. Ciò permette di diventare consapevoli del proprio modo di leggere sé stessi e il mondo.

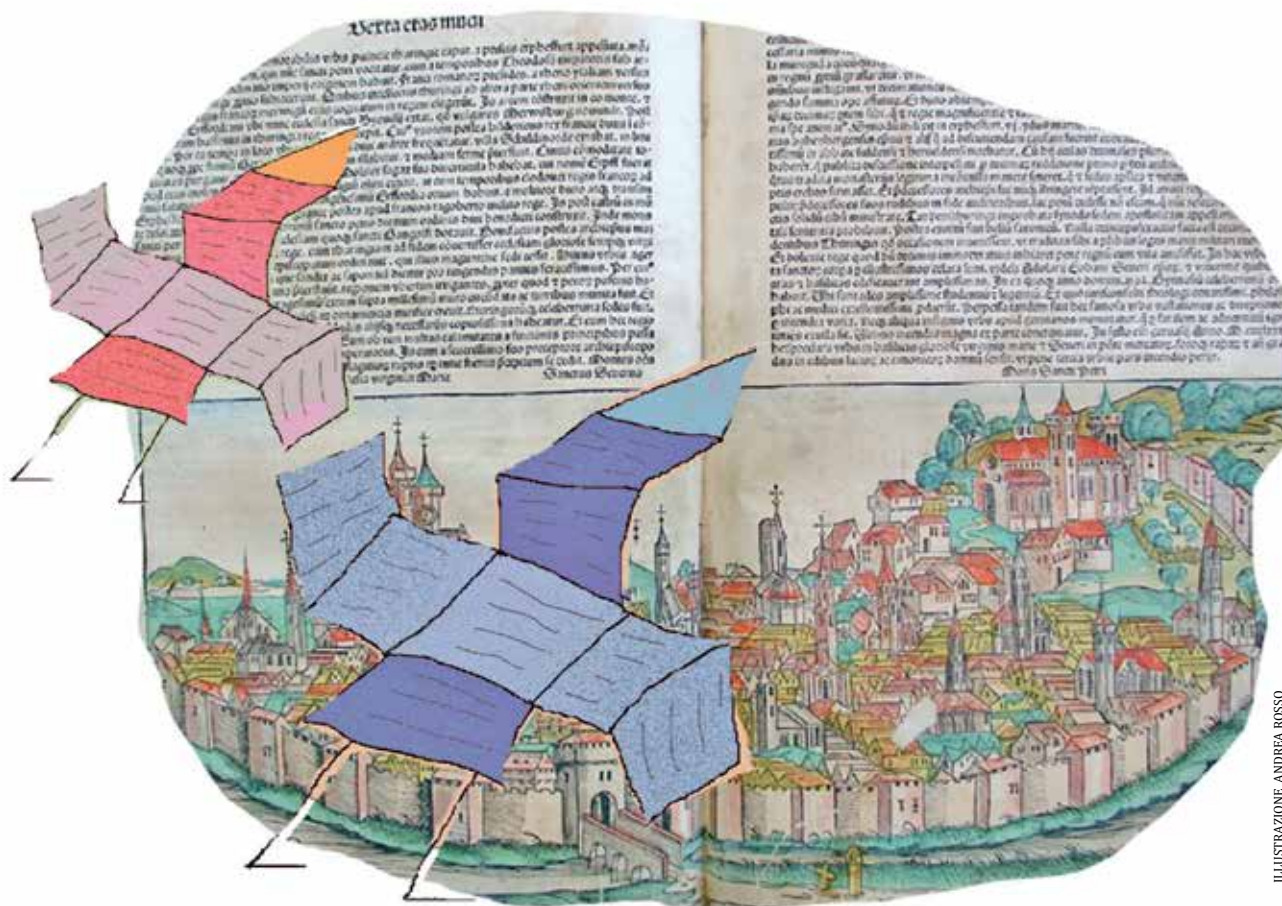


ILLUSTRAZIONE ANDREA RUSSO

strutturato all'interno della propria storia di sviluppo e di come ha imparato ad utilizzare le emozioni, a leggerle a decodificarle, in sostanza ad inserirle all'interno della propria dimensione di significato. Le molteplici modalità attraverso cui si può affrontare il tema delle emozioni in seduta, riveste una grande rilevanza e, permette, nella complessità, di andare ad esplorare il significato che hanno all'interno del funzionamento del paziente.

Inserito all'interno del setting terapeutico, l'albo illustrato diventa un mediatore relazionale che crea uno spazio terzo tra terapeuta e paziente. La lettura condivisa favorisce la sintonizzazione emotiva e l'emergere di vissuti che possono essere esplorati in modo meno minaccioso rispetto al dialogo diretto (Dallari, 2011).

L'albo può funzionare come perturbatore intenzionale, attivando risonanze emotive e nuove connessioni di significato. In linea con la prospettiva costruttivista, il ruolo del terapeuta non è quello di interpretare o guidare il contenuto, ma di sostenere un processo esplorativo, rispettando i tempi e le modalità del paziente (Bara, 2018).

Nel momento in cui la diade terapeutica si trova a condividere la lettura di un albo si sta attuando l'apertura a molteplici traccianti esplorativi utili all'accrescimento di conoscenza sul funzionamento del paziente nel qui e ora, e che possono raccontare del proprio vissuto rispetto a caratteristiche che strutturano lo stare in relazione con l'altro (qui il terapeuta) come le proprie abilità immaginative/ rappresentazionali, la propria postura verso la condivisione empatica (Martoni, Furlani, 2025).

Implicazioni cliniche ed etiche

L'utilizzo dell'albo illustrato richiede una solida alleanza terapeutica e una profonda conoscenza dello strumento da parte del terapeuta. Come sottolineato da Cooper (2005), la responsabilità del clinico risiede nella capacità di monitorare costantemente il processo relazionale e le risonanze emotive attivate. E proprio

la consapevolezza del terapeuta e l'attenzione a quello che succede in terapia, il monitoraggio delle proprie variazioni emotive, somatiche, sensoriali e viscerali, deve avvenire in parallelo all'osservazione costante di ciò che accade al paziente. Il terapeuta utilizza se stesso come strumento di lavoro nella relazione ed ha la responsabilità di far sì che la relazione diventi utile al paziente. Deve essere in grado in ogni momento di riconoscere cosa succede, esserne consapevole e sapere agire nel modo più adeguato alla situazione. Conoscere a fondo il proprio modo di funzionare facilita la possibilità di sentire la risonanza emotiva dell'altro e aiuta a percepire quello che può interferire con un'apertura non giudicante. Un'importante raccomandazione, rispetto sia alla scelta dell'uso dell'albo illustrato, sia all'uso appropriato che poi se ne fa è: «non ceda il/la terapeuta alla tentazione didattica di suggerire soluzioni, abbia invece la pazienza di aspettare che il paziente ritrovi la bussola per aiutarlo a rendere feconda la strada che sceglierà», accettando «il rischio di entrare nel territorio sconosciuto di ciò che non si è mai vissuto prima...atto di fiducia nell'intelligenza fluida del paziente» (Bara, 2018). Questa raccomandazione ha due valenze per il terapeuta: quella di adeguarsi al tempo del paziente, di non anticipare ma solo aiutare il lavoro che il paziente fa; e la seconda riguarda le sue personali emozioni di attesa, di scoperta, di fiducia. Posizione in cui il terapeuta si deve mettere comodo con una conoscenza approfondita di sé e utilizzando tutte le potenzialità degli albi illustrati. Un uso non sufficientemente riflessivo dell'albo può risultare intrusivo o eccessivamente attivante; pertanto, esso va considerato un mezzo clinico e non una tecnica prescrittiva, coerentemente con l'epistemologia costruttivista relazionale.

Conclusioni

L'albo illustrato rappresenta una risorsa clinica coerente con i principi della psicoterapia, e qui l'abbiamo declinato nell'approccio cognitivo costruttivista relazionale, capace di ampliare lo spazio narrativo e immaginativo del paziente. La sua efficacia risiede nella possibilità di sostenere processi di consapevolezza e trasformazione dei significati personali all'interno di una relazione terapeutica autentica e sintonizzata.

Certamente il processo di cambiamento si esprime, come ha sostenuto Bruno Bara, in un incremento della consapevolezza del proprio modo di funzionare con evidente miglioramento delle competenze metacognitive, di mentalizzazione, cognitive ed emotive. Allora l'albo diventa soltanto un mezzo che il terapeuta può usare consapevolmente per arrivare al nocciolo della questione tenendo bene in mente che «...la tecnica, concreta e inesprimibile, è come il riflesso della luna nel secchio: esistente e inafferrabile, vera e illusoria, che, pur aparendovi dentro, rimanda ad altro, fuori dal secchio» (Bara, 1999).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bara, B. G. (1999). Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bara, B. G. (2018). Il terapeuta consapevole. Torino: Bollati Boringhieri.
- Campagnaro, M., & Dallari, M. (2013). Leggere le figure. Roma: Carocci.
- Campagnaro, M. (2017). Il cacciatore di pieghe. Figure e tendenze della letteratura per l'infanzia contemporanea. Lecce: Pensa Multimediale.
- Cardani I., Rizzi M., Rezzonico G., (2025). Gli albi illustrati nella pratica clinica. Milano: Franco Angeli.
- Cooper, M. (2005). Essential research findings in counselling and psychotherapy. London: Sage.
- Dallari, M. (2011). Narrazione e cura. Milano: Bruno Mondadori.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). Emotion in psychotherapy. New York: Guilford Press.
- Guidano, V. F. (1991). Il sé nel suo divenire. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano, V. F. (1999). La complessità del sé. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lee, S. (2012). La trilogia del limite. Mantova: Corraini.

La responsabilità del clinico risiede nella capacità di monitorare costantemente il processo relazionale e le risonanze emotive attivate. E proprio la consapevolezza del terapeuta e l'attenzione a quello che succede in terapia, il monitoraggio delle proprie variazioni emotive, somatiche, sensoriali e viscerali, deve avvenire in parallelo all'osservazione costante di ciò che accade al paziente.

Martoni R., Furlani F.A.P. (2025) "Immaginare come respirare nel dialogo relazionale tra unico e molteplice" in Cardani I., Rizzi M., Rezzonico G., (a cura di) Gli albi illustrati nella pratica clinica". Milano, Franco Angeli Editore.

*Isabella Cardani è psicologa e psicoterapeuta cognitivo costruttivista relazionale. Responsabile SSD Psicologia Clinica della ASST- Lariana. Lavora da anni presso l'Unità Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

**Marta Rizzi è psicologa e psicoterapeuta cognitivo costruttivista relazionale. Lavora con bambini, adolescenti, giovani adulti, genitori e coppie. Responsabile dell'Area di Interesse Terapia Genitoriale dei Laboratori Scientifico Culturali, cotrainer e docente corso di formazione "Albi illustrati e psicoterapia" presso CTC (Centro Terapia Cognitiva).

***Giorgio Rezzonico è specialista in psicologia clinica e FMH in Psichiatria e Psicoterapia. Già ordinario di Psicologia Clinica all'Università di Milano-Bicocca e già direttore dell'Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale di Mendrisio e dei Servizi territoriali annessi. Past President e didatta ITCC.

The picturebook as imaginative mediator within the therapeutic relationship: theoretical and clinical reflections on its use in psychotherapy

Within the framework of relational constructivist cognitive psychotherapy, attention to the processes of meaning-making and to the relational dimension of change has encouraged the integration of tools capable of facilitating access to the patient's emotional and embodied experience. The present contribution offers a theoretical and clinical reflection on the use of the picturebook as a narrative and imaginative mediator within the therapeutic relationship.

Starting from an exploration of the potential of the picturebook as a polysemiotic, symbolic, and metaphorical text, the article examines the role of imagination as a central epistemic function in the therapeutic process and describes how shared reading of the picturebook may foster the co-construction of meanings of the self and of the self-in-relation-to-the-other. Clinical experiences of its use are also illustrated, highlighting the need for a mindful and context-sensitive application, consistent with the principles of relational constructivist cognitive epistemology.

KEYWORDS: picturebook; imagination; therapeutic relationship; relational constructivist cognitive theory; clinical narration

link
■ Ricerche



ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

Efficacia percepita dei trattamenti sanitari nei contesti giudiziali e non

Perceived effectiveness of health care treatments in judicial and non-judicial contexts

LORENZO CAMMARATA*, IVAN IACOB** , GIOVANNI OTTOBONI*

PAROLE CHIAVE: Efficacia percepita, interventi sanitari, conflitti giudiziari, affidamento dei figli, soddisfazione lavorativa

Negli ultimi anni, il crescente coinvolgimento dei professionisti della salute mentale nei procedimenti di separazione e divorzio ha evidenziato la necessità di approfondire le ricadute psicologiche, etiche e organizzative che tali incarichi comportano. L'intervento degli operatori del Servizio Sanitario Nazionale in contesti ad alta conflittualità familiare su mandato dell'autorità giudiziaria, se da un lato espone i professionisti a situazioni caratterizzate da elevata complessità, dall'altro potrebbe generare una pressione istituzionale tale da creare una potenziale sovrapposizione di ruoli tra funzione clinica e funzione valutativo-giuridica.

Tale coinvolgimento, inoltre, solleva interrogativi circa la coerenza epistemologica e deontologica degli interventi richiesti: la genitorialità, oggetto centrale delle valutazioni richieste, non rappresenta un costrutto clinico, bensì giuridico e sociale, la cui interpretazione varia in base al contesto culturale e normativo. Ne deriva una possibile dissonanza tra l'impostazione sanitaria del mandato e la natura socio-giuridica dell'oggetto valutato, con conseguenze sul piano dell'efficacia dell'intervento e del benessere professionale.

In tale prospettiva di dissonanza, il presente studio si propone di esplorare la relazione tra soddisfazione lavorativa e percezione di autoefficacia nei professionisti che operano in contesti giudiziari e non giudiziari, al fine di comprendere in che modo il contesto d'intervento e la natura del mandato influenzino il benessere, la motivazione e la percezione di competenza dell'operatore.

Introduzione

Nel sistema giuridico italiano, i procedimenti di separazione e divorzio sono spesso caratterizzati da elevati livelli di conflittualità, soprattutto quando la decisione sull'affidamento dei figli rappresenta il nucleo centrale della controversia. Secondo i dati più recenti diffusi dall'ISTAT, nel 2023, in Italia, si

sono registrate complessivamente più di 82.000 separazioni (Istituto Nazionale di Statistica [ISTAT], 2024). Dalla stessa rilevazione emerge una diminuzione delle separazioni consensuali e, parallelamente, un incremento dei procedimenti giudiziali, a indicare una crescente difficoltà delle coppie nel raggiungere accordi condivisi. Un andamento analogo si osserva anche nei procedimenti di divorzio, dove la componente contenziosa si mantiene su livelli elevati. In un simile scenario, l'autorità giudiziaria è chiamata ad agire nel rispetto del principio del superiore interesse del minore, promuovendo interventi orientati al cambiamento delle dinamiche relazionali e comunicative del nucleo familiare. Con il Decreto Legislativo n. 150 del 10 ottobre 2022 – noto come Riforma Cartabia – il giudice, oltre al già presente ruolo, ha avuto il mandato di slatentizzare il ruolo trasformativo, volto a favorire percorsi di responsabilizzazione e cooperazione tra le parti. Tale impostazione mira a superare la logica meramente contenziosa, promuovendo una riorganizzazione più funzionale e duratura del sistema familiare (Buffone, 2023).

Nella prassi, tuttavia, tale funzione trasformativa viene demandata ai servizi territoriali socio-sanitari, spostando il baricentro dell'intervento dal piano giuridico a quello sanitario (Amoretti & Lalumera, 2018). In particolare, nonostante l'art. 473-bis.10 del Codice di Procedura Civile indichi la mediazione familiare come percorso preferenziale – probabilmente con l'intento di consolidare prassi operative (D'Aietti, 2018) – l'art. 473-bis.27 c.p.c. attribuisce ai servizi sociali e sanitari il compito di valutare le capacità genitoriali e di promuovere un cambiamento nelle dinamiche familiari, estendendo così l'azione del Servizio Sanitario Nazionale a compiti di natura valutativa e comportamentale. Strutture quali le Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza o i Dipartimenti di Salute Mentale, nate per la presa in carico di quadri clinici o di condizioni di vulnerabilità psicopatologica, vengono così coinvolte nella gestione di conflitti familiari che, pur complessi, non configurano necessariamente una condizione patologica (Ribbens McCarthy et al., 2019). Si assiste, di fatto, a una progressiva traslazione del paradigma sanitario nel contesto giuridico, in cui strutture nate per la presa in carico clinica e terapeutica vengono coinvolte in procedure orientate alla risoluzione del conflitto.

Tale slittamento rischia di portare all'applicazione di categorie diagnostiche a comportamenti riconducibili alla fisiologia relazionale di un contesto separativo e di riassetto familiare, con possibili implicazioni etiche, professionali e sociali. Il mandato giudiziario, fondato su logiche di accertamento e valutazione, si innesta su strutture orientate alla cura e alla prevenzione, creando inevitabili tensioni identitarie e professionali negli operatori coinvolti (Festa, 2024).

In questa cornice si inserisce il presente progetto di ricerca volto a monitorare l'efficacia percepita degli interventi trasformativi realizzati in contesti sia giudiziari sia clinici. L'indagine esplorava l'esistenza di una relazione tra soddisfazione lavorativa e percezione di autoefficacia nei professionisti del SSN. Tale confronto consentirà di individuare eventuali differenze legate al contesto d'intervento e di riflettere sull'impatto che la natura del mandato – giudiziario o spontaneo – può esercitare sulla motivazione e sulla percezione di competenza degli operatori.

Metodo e tecniche

Disegno della ricerca

L'indagine è stata realizzata tra il mese di luglio e il mese di ottobre 2025 ed ha coinvolto psicologi operanti presso Strutture afferenti al Sistema Sanitario Nazionale raggiunti tramite la newsletter del sito dell'Associazione Unitaria Psicologi Italiani (AUPI).

Campione

Il campione è composto da 281 psicologi operanti presso Strutture afferenti al Sistema Sanitario Nazionale, di cui l'86.5% donne (n = 243) e il 13.5% uomini (n = 38), con un'età compresa tra 32 e 69 anni ed una media di 52 anni (deviazione standard 8).

Secondo i dati recenti diffusi dall'ISTAT, nel 2023, in Italia, si sono registrate complessivamente più di 82.000 separazioni. Dalla stessa rilevazione emerge una diminuzione delle separazioni consensuali e, parallelamente, un incremento dei procedimenti giudiziali, a indicare una crescente difficoltà delle coppie nel raggiungere accordi condivisi. Un andamento analogo si osserva anche nei procedimenti di divorzio. In un simile scenario, l'autorità giudiziaria è chiamata ad agire nel rispetto del principio del superiore interesse del minore, promuovendo interventi orientati al cambiamento delle dinamiche relazionali e comunicative del nucleo familiare.

Il JSS è un questionario sviluppato con l'obiettivo di misurare il grado di soddisfazione lavorativa percepita dagli operatori nei diversi contesti professionali. La versione standard, utilizzata per chi opera in contesti esclusivamente sanitari, è composta da 36 item con risposta su scala Likert a sei punti, da "totalmente in disaccordo" a "totalmente d'accordo".

Strumenti e procedure per la raccolta dei dati, modalità di elaborazione dei dati

Gli strumenti impiegati nella presente indagine sono due scale autosomministrate: il JSS - Job Satisfaction Survey - (Spector, 1994) e la Scala di autoefficacia percepita nella gestione di problemi complessi (Farnese et. al., 2007).

Il JSS è un questionario sviluppato con l'obiettivo di misurare il grado di soddisfazione lavorativa percepita dagli operatori nei diversi contesti professionali. La versione standard, utilizzata per chi opera in contesti esclusivamente sanitari è composta da 36 item con risposta su scala Likert a sei punti, da "totalmente in disaccordo" a "totalmente d'accordo".

Al fine di rilevare possibili differenze tra i contesti di intervento, SSN e giuridico, la scala originario JSS è stata adattata al nuovo ambito.

Partendo dalla versione originaria, la versione proposta per chi opera con provvedimenti giuridici è stata adattata modificando la forma degli item rendendola compatibile con il lavoro con incarichi giuridici, rimuovendo 9 items (i.e., items numero 2, 19, 21, 22, 25, 28, 29, 30, 33) per impossibilità a renderli conformi al contesto giuridico ed aggiungendo 3 nuovi item.

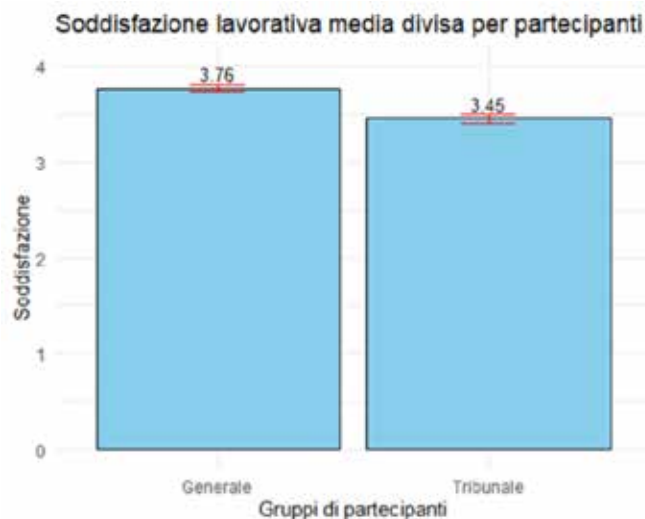
La Scala di autoefficacia percepita nella gestione di problemi complessi è stata utilizzata per valutare la fiducia del soggetto nella propria capacità di affrontare e risolvere situazioni lavorative complesse. Lo strumento comprende 24 item valutati su scala Likert a cinque punti (da "per nulla capace" a "del tutto capace") e indaga tre aree principali: la gestione dei problemi interpersonali, la gestione delle emozioni e la gestione dei compiti. La scala consente di ottenere un indice complessivo di autoefficacia percepita, utile per analizzare la relazione tra percezione di competenza e benessere lavorativo.

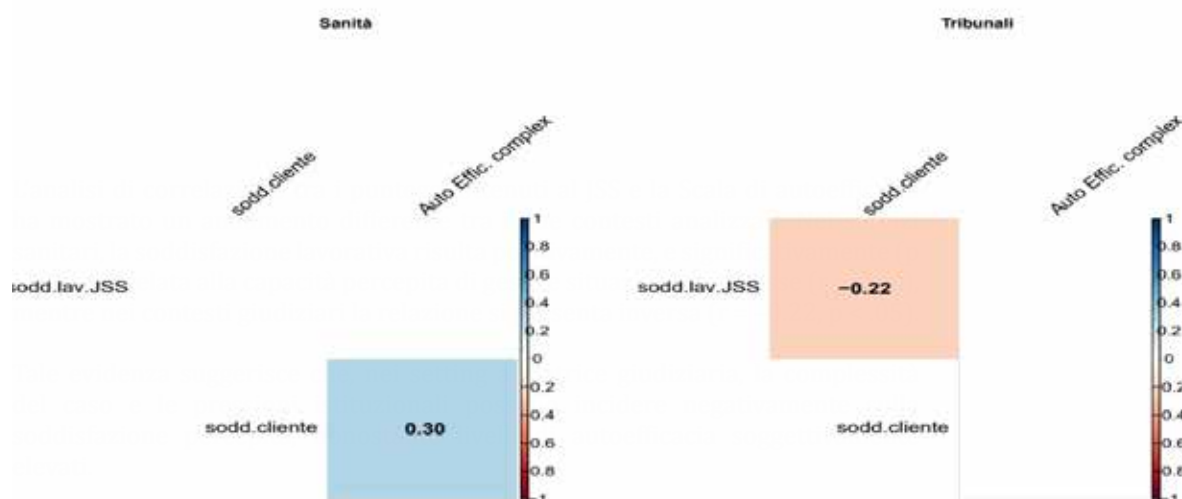
Le risposte ai questionari sono state elaborate mediante analisi descrittive e inferenziali parametriche. Le analisi sono state svolte mediante il software R e sono state: analisi della varianza (ANOVA) per campioni indipendenti tra il gruppo di partecipanti che hanno risposto al JSS operando solo per il SSN, e coloro che hanno indicato di operare anche per il tribunale, sebbene attivi dentro il SSN. Inoltre, sono state svolte analisi di correlazione tra i punteggi ottenuti tra il JSS e quelli della Scala di autoefficacia percepita nella gestione di problemi complessi per ognuno dei due gruppi.

Risultati

Il numero dei professionisti che indicavano di svolgere o avere incarichi per il tribunale è stato di 98, coloro che hanno indicato di operare esclusivamente in contesti sanitari sono stati 136.

Il confronto tra campioni ha evidenziato una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi ($F(1, 232) = 31.22, p < .001$), indicando che il contesto lavorativo incide in modo significativo sui livelli di soddisfazione percepita.





Discussione e conclusioni

L'indagine condotta sui professionisti del Servizio Sanitario Nazionale che operano in contesti sia giudiziari sia clinici mette in luce quanto il tema della soddisfazione lavorativa e dell'autoefficacia percepita sia oggi cruciale per il benessere degli operatori e per la qualità complessiva degli interventi realizzati. I dati emersi mostrano come il contesto operativo influenzi significativamente la percezione di soddisfazione lavorativa. Gli psicologi che svolgono incarichi per il tribunale riportano livelli di soddisfazione inferiori rispetto a coloro che lavorano esclusivamente in ambito sanitario. Questo risultato suggerisce che la complessità del mandato giudiziario, unita alle pressioni istituzionali e alla natura vincolante dell'intervento, possa generare un vissuto di minore gratificazione professionale, che richiede di agire entro un sistema di regole e obiettivi estraneo alla cultura sanitaria e alla sua finalità terapeutica.

Interessante è anche il diverso andamento della correlazione tra soddisfazione e senso di autoefficacia nei due contesti: nei servizi sanitari, una maggiore fiducia nelle proprie capacità di gestire situazioni complesse si associa a un incremento del benessere lavorativo; nei contesti giudiziari, invece, la relazione si inverte. Tale dato può essere interpretato considerando che, in ambito forense, la percezione di elevata competenza può coincidere con un maggior carico di responsabilità, di esposizione e di stress decisionale o si scontra contro richieste e condizioni non favorevoli ai modelli lavorativi di chi, di fatto, lavora prevalentemente a contatto con pubblico nel SSN, ovvero per chi lavora a favore del pubblico. In questo senso, una maggiore percezione di efficacia non necessariamente si traduce in una maggiore soddisfazione, poiché nei contesti giudiziari l'esito dell'intervento dipende da fattori esterni — istituzionali e procedurali — che possono limitare la possibilità di incidere realmente sul cambiamento o di percepire il proprio contributo come pienamente efficace.

Questa condizione potrebbe essere il prodotto della traslazione impropria che il paradigma sanitario subisce quando entra in un contesto che non gli è ontologicamente affine. Il sistema giudiziario, con le sue finalità regolative e decisionali, utilizza i servizi sanitari come strumenti di indagine e intervento trasformativo, ma senza ridefinirne il perimetro epistemologico. Ne deriva un cortocircuito professionale e istituzionale: il clinico si trova a operare non più in funzione della cura, ma della prova; non più in un'ottica relazionale, ma valutativa; non più in libertà metodologica, ma sotto vincolo normativo, con effetti sul benessere individuale e sulla qualità dell'intervento offerto alle famiglie.

I risultati della ricerca mostrano come la percezione di efficacia dei trattamenti tenda a ridursi nei contesti giudiziari rispetto a quelli non giudiziari. Tale dato, più che suggerire una carenza strutturale, sembra riflettere la complessità dei vincoli che caratterizzano l'intervento psicologico e sanitario in ambito forense, dove la dimensione relazionale e terapeutica è inevitabilmente influenzata dalla presenza del mandato legale e dalle finalità valutative che lo accompagnano.

In questi contesti, il trattamento tende a essere investito di significati ulteriori rispetto a quelli propriamente clinici, trasformandosi in uno spazio in cui il

soggetto è chiamato non solo a elaborare vissuti, ma anche a rispondere a richieste di controllo, di adeguamento o di dimostrazione. Tale trasformazione, pur comprensibile in relazione agli obiettivi giudiziari, può incidere sulla qualità percepita del processo terapeutico, generando un senso di minore soddisfazione sia per l'operatore che per l'utente.

In sintesi, la soddisfazione lavorativa e l'autoefficacia percepita rappresentano due indicatori essenziali del benessere professionale, strettamente connessi alla chiarezza del mandato e al grado di autonomia operativa riconosciuto. Garantire ai professionisti della salute mentale condizioni di lavoro che valorizzino la loro competenza e ne sostengano la motivazione significa, in ultima analisi, tutelare la qualità degli interventi a beneficio delle famiglie e dei minori coinvolti nei procedimenti giudiziari.

* Dipartimento di Psicologia "R. Canestrari", Università di Bologna

** Associazione Unitaria Psicologi Italiani

BIBLIOGRAFIA

- Amoretti, M. C., & Lalumera, E. (2018). Il criterio del "danno" nella definizione di disturbo mentale del DSM. Alcune riflessioni epistemologiche. *Rivista internazionale di Filosofia e Psicologia*, vol. 9, n. 2, 2018, 139-150. <https://doi.org/10.4453/rifp.2018.0015>
- Buffone, G. (2023, 8 febbraio). Le nuove norme processuali in materia di persone, minorenni e famiglia (D.Lgs. n. 149/2022): prime letture sintetiche. <https://www.giustiziainsieme.it/it/riforma-cartabia-civile/2646>
- D'Aiotti, G. (2018, novembre 30). Il giudice, le separazioni, i divorzi ed i figli: Il processo come occasione per un'evoluzione dei rapporti interpersonali nell'interesse dei minori. [Relazione]. Forum Ondif Lombardia, Bormio. <https://www.osservatoriofamiglia.it/contenuti/17507892/gianfranco-daposaletti-il-giudice-le-separazioni-i-divorzi-e.html>
- Farnese, M. L., Avallone, F., Pepe, S., & Porcelli, R. (2007). Scala di autoefficacia percepita nella gestione dei problemi complessi. A. Grimaldi (a cura di). *Bisogni, valori e autoefficacia nella scelta del lavoro*. Roma: ISFOL Editore.
- Festa, G. M. (2024). La valutazione psicodiagnostica con i test in ambito forense. In G. M. Festa & G. Janiri (Eds.), *La valutazione psicologica e psichiatrica in ambito forense* (pp. 4-23). Giunti Editore, Firenze. ISBN: 9788809974982
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). (2024, 22 novembre). Matrimoni, unioni civili, separazioni e divorzi - Dati 2023. Roma: ISTAT. <https://www.istat.it/it/archivio/296203>
- Ribbens McCarthy, J., Gillies, V., & Hooper, C.-A. (2019). "Family Troubles" and "Troubling Families": Opening Up Fertile Ground. *Journal of Family Issues*, 40(16), 2207-2224. <https://doi.org/10.1177/0192513X19870047>
- Spector Paul, E. (1994). *Job Satisfaction Survey*. Tampa, FL: Department of Psychology, University of South Florida. <https://paulspector.com/assessments/pauls-no-cost-assessments/job-satisfaction-survey-jss/job-satisfaction-survey-translations/>

Perceived effectiveness of health care treatments in judicial and non-judicial contexts

In recent years, the increasing involvement of mental health professionals in separation and divorce proceedings has highlighted the need to examine the psychological, ethical, and organizational implications associated with such assignments. The participation of National Health Service professionals in high-conflict family contexts, under judicial mandate, exposes practitioners to situations of considerable complexity while simultaneously generating institutional pressures that may blur the boundaries between clinical and evaluative-judicial functions. Moreover, this involvement raises questions about the epistemological and ethical coherence of the interventions required. Parenting - the central construct of these evaluations - is not a clinical concept, but rather a legal and social one, whose interpretation varies according to cultural and normative contexts. This generates a potential dissonance between the health-based framework of the mandate and the socio-legal nature of the object of evaluation, with implications for both the effectiveness of the intervention and the professionals' well-being.

From this perspective of dissonance, the present study aims to explore the relationship between job satisfaction and perceived self-efficacy among professionals working in judicial and non-judicial contexts, to understand how the intervention context and the nature of the mandate influence practitioners' well-being, motivation, and perceived competence.

KEYWORDS: Perceived effectiveness, health care interventions, judicial conflicts, child custody, job satisfaction

link — sessualità



ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

La “morte” simbolica del sé nella pratica erotica Un’analisi psicodinamica del BDSM tra Eros, Thanatos e trasformazione del sé

The symbolic annihilation of the self in sexual practices A psychodynamic analysis of BDSM between Eros, Thanatos and self transformation

DENISE FEDELE*

Parole chiave: BDSM; Eros; Thanatos; morte simbolica; psicodinamica; trasformazione del Sé; rituale; comunità; kinky; clinica sessuale.

Il presente articolo esamina il BDSM (Bondage/Discipline, Dominance/ Submission, Sadism/Masochism) come esperienza psicocorporea e simbolica di dissoluzione e rinascita del Sé, indagando il legame profondo tra Eros e Thanatos nelle dinamiche erotiche contemporanee. Superando le tradizionali letture patologizzanti della sessualità non convenzionale, propone una prospettiva psicodinamica che interpreta le pratiche BDSM come rituali di “morte simbolica” dell’Io. In questo contesto, il dolore erotico, la fiducia radicale e il consenso negoziato diventano strumenti di conoscenza, trasformazione e riorganizzazione psichica.

L’analisi esplora la funzione psicologica delle dinamiche di potere e della resa controllata, mostrando come la pratica del BDSM faciliti i processi di integrazione identitaria e aumenti la consapevolezza corporea. La sezione clinica discute le implicazioni terapeutiche di tali esperienze, proponendo una lettura del BDSM come pratica di regolazione emotiva, elaborazione simbolica e integrazione del Sé corporea e inconscia. Nel suo complesso, restituisce al BDSM una dignità simbolica e psicologica, riconoscendolo come linguaggio dell’inconscio, rito di attraversamento e spazio relazionale capace di generare catarsi, intimità e trasformazione.

Introduzione

Il legame tra Eros e Thanatos, tra erotismo e annullamento, costituisce una delle tensioni più profonde e antiche dell’esperienza umana. Fin dall’antichità, nelle tradizioni religiose, mitiche e artistiche, estasi e sofferenza sono state

rappresentate come vie privilegiate per entrare in contatto con il sacro, con l'inconscio collettivo e con le dimensioni più profonde del Sé. In questa prospettiva, il BDSM (Bondage, Discipline, Dominanza, Sottomissione, Sadismo e Masochismo) può essere osservato non solo come un insieme di pratiche erotiche, ma come un terreno simbolico e rituale in cui queste polarità vengono vissute, esplorate e integrate.

Spostando l'attenzione dalla mera dimensione sessuale, il BDSM può essere interpretato come un dispositivo relazionale e simbolico che permette agli individui di confrontarsi con i propri limiti, le proprie paure e i desideri più intimi, offrendo al contempo una possibilità di trasformazione psichica. Le dinamiche di dominio e sottomissione, così come il dolore consensuale, assumono la valenza di un linguaggio corporeo attraverso il quale il soggetto sperimenta vulnerabilità, potere, resa e fiducia reciproca. In questo contesto, l'esperienza erotica si intreccia strettamente con l'esperienza simbolica della "morte dell'Io", intesa non come fine definitiva, ma come sospensione temporanea dell'identità ordinaria, apertura alla trasformazione e riconnessione con parti più profonde del Sé.

Introducendo la dialettica tra Eros e Thanatos, Freud (1920) osserva come la vita psichica sia costantemente attraversata da due forze opposte: una che unisce e crea, e una che dissolve e ritorna all'inorganico. Piacere e dolore, tenerezza e violenza, non sono poli inconciliabili, ma aspetti della stessa energia vitale.

Le pratiche BDSM, se osservate da una prospettiva psicodinamica e fenomenologica, possono essere comprese come tentativi di rappresentare e ritualizzare questa tensione: non più come perversioni, ma come linguaggi simbolici del corpo che consentono all'individuo di attraversare esperienze di vulnerabilità e potere, controllo e resa, fino a sperimentare una forma di "morte simbolica" e trasformazione del Sé.

Il fenomeno del BDSM rappresenta una delle forme più complesse e fraintese della sessualità umana. Sebbene le pratiche erotiche connesse al dolore o al potere esistano da secoli, la loro definizione come sottocultura e identità relazionale è un processo recente, radicato nel XX secolo e intrecciato con la storia culturale, psicologica e politica della sessualità occidentale. Le ricerche contemporanee evidenziano infatti come il BDSM non sia una devianza, bensì una manifestazione multifattoriale che integra dimensioni biologiche, psicologiche, sociali e simboliche (De Neef et al., 2019).

In questa cornice, il BDSM emerge come teatro psichico dell'ambivalenza, dove il soggetto sperimenta la sospensione dell'identità ordinaria e accede a una dimensione regressiva, archetipica e trasformativa. Tali pratiche incarnano una ricerca di trascendenza attraverso il corpo, un viaggio iniziatico che traduce in forma erotica temi fondamentali dell'inconscio: perdita, sottomissione, fusione e rinascita. In questo senso, il BDSM può essere letto come una forma contemporanea di martirio estetico (Corradino & Guarracino, 2025), dove la messa in scena del dolore e della resa diventa veicolo di liberazione del Sé profondo.

L'obiettivo di questo lavoro è proporre una lettura psicodinamica del BDSM come rito contemporaneo di "morte simbolica" dell'Io, analizzandone le funzioni trasformative e le implicazioni cliniche alla luce delle teorie pulsionali, archetipiche e rituali, mostrando come queste pratiche possano rappresentare una forma di integrazione del Sé attraverso la corporeità, l'esperienza emozionale e la dimensione relazionale.

Le pratiche di dominio, sottomissione e dolore consensuale possono essere comprese come linguaggi corporei attraverso cui l'individuo affronta il proprio desiderio di fusione e di dissoluzione. Ogni forma di erotismo porta in sé una tensione verso la perdita: di controllo, di confini, di identità.

In questo senso, l'esperienza erotica è sempre anche un incontro simbolico con la morte — intesa non come fine, ma come dissoluzione temporanea dell'Io e apertura a qualcosa di più grande.

Le dinamiche di dominio e sottomissione, così come il dolore consensuale, assumono la valenza di un linguaggio corporeo attraverso il quale il soggetto sperimenta vulnerabilità, potere, resa e fiducia reciproca. In questo contesto, l'esperienza erotica si intreccia strettamente con l'esperienza simbolica della "morte dell'Io", intesa non come fine definitiva, ma come sospensione temporanea dell'identità ordinaria, apertura alla trasformazione e riconnessione con parti più profonde del Sé.

Quadro teorico

La dialettica Freudiana: Eros e Thanatos

Nel saggio *Al di là del principio di piacere* (1920), Freud introduce una svolta concettuale decisiva per la comprensione della vita psichica: il "principio

Jung approfondisce il tema della trasformazione psichica attraverso l'elaborazione del simbolismo del Sé, concetto cardine della sua psicologia analitica. Una delle dimensioni centrali di questo percorso consiste nella "morte" dell'Io, intesa non come annientamento dell'identità, ma come dissoluzione temporanea delle sue pretese di controllo, autonomia e coerenza.

di piacere", ossia la tendenza dell'apparato psichico a evitare il dispiacere e a cercare il piacere, così com'è non basta più a spiegare il comportamento umano. Osserva infatti tre fenomeni che confermano questa ipotesi: la coazione a ripetere nelle nevrosi traumatiche, il gioco del rocchetto (Fort/Da) nel bambino e il comportamento autolesivo o autodistruttivo in molti soggetti.

In particolare, il gioco del rocchetto permette al bambino di trasformare una situazione passiva, la perdita della madre quando si allontana, in una situazione attiva, controllabile.

In altre parole il bambino lancia il rocchetto lontano da sé, simulando il Fort (che significa "allontanamento") ossia l'esperienza di perdita. Successivamente attraverso il filo che ha in mano tira nuovamente il rocchetto vicino a sé, cosicché nel Da (ossia il "ritorno") egli mette in scena il recupero dell'oggetto amato.

Grazie al gioco, il bambino può ripetere l'esperienza traumatica della separazione, attribuirle un ordine e mantenere un ruolo attivo. Questa attivazione volontaria della mancanza, inoltre si allaccia a ciò che Freud definisce come coazione a ripetere:

«Esiste un impulso psichico che spinge l'individuo a tornare verso esperienze di tensione, perdita o dolore, anche se non generano piacere. (Freud 1920)».

Teorizza quindi che l'essere umano sembra ritornare compulsivamente a esperienze spiacevoli o dolorose.

È in questo contesto che egli formula la dialettica tra Eros e Thanatos: due pulsioni fondamentali, complementari e inseparabili. Eros rappresenta la tendenza alla vita, alla conservazione e alla sintesi psichica, sostenendo l'unione, il legame affettivo e la complessità organizzativa dell'apparato mentale. Thanatos, al contrario, designa la pulsione di morte, una forza orientata alla riduzione della tensione, alla dissoluzione delle strutture psichiche e al ritorno a uno stato inorganico.

Queste due pulsioni non agiscono isolate, ma sono costantemente intrecciate: ogni investimento libidico contiene una componente distruttiva, e ogni moto distruttivo è accompagnato da elementi libidici che lo rendono pensabile, rappresentabile o addirittura erotizzabile. Il masochismo, in questa prospettiva, è una manifestazione paradigmatica dell'intreccio originario tra amore e distruttività, perché nel dolore erogeno si condensano sia la tendenza alla dissoluzione (Thanatos) sia la possibilità di trasformazione e ricomposizione del Sé attraverso l'eccitazione e il legame (Eros).

Jung

In *Aion* (1951), Jung approfondisce il tema della trasformazione psichica attraverso l'elaborazione del simbolismo del Sé, concetto cardine della sua psicologia analitica. Una delle dimensioni centrali di questo percorso consiste nella "morte" dell'Io, intesa non come annientamento dell'identità, ma come dissoluzione temporanea delle sue pretese di controllo, autonomia e coerenza. Jung identifica questa esperienza con quelle fasi del processo di individuazione in cui l'Io è costretto a confrontarsi con l'irruzione dell'inconscio, spesso attraverso immagini archetipiche che mettono in crisi le strutture abituali della coscienza. La "morte" simbolica rappresenta, in questa prospettiva, un passaggio necessario affinché l'Io possa riconoscere la propria relatività rispetto al Sé, istanza psichica più ampia e complessa che integra conscio e inconscio, personale e collettivo. La dissoluzione dell'Io non è quindi un evento distruttivo, ma un processo trasformativo: esso permette il superamento delle difese identitarie obsolete e apre a una riorganizzazione più profonda e autentica della personalità. In particolare, Jung sottolinea come l'incontro con l'Ombra, l'Anima/Animus e le figure archetipiche del ciclo vita-morte, attivi una dinamica di regressione e rinascita che segue una logica rituale: l'Io deve "morire" per poter essere reintegrato in una totalità psichica più vasta e vitale attraverso un viaggio iniziatico, che produce un senso di ampliamento dell'identità e della capacità simbolica, consentendo al soggetto di accedere a nuove forme di significato, desiderio e coerenza interna.

L'interpretazione junghiana della morte dell'Io si distingue così per la sua valenza evolutiva: non si tratta di annullare la coscienza, ma di trasformarla attraverso un temporaneo abbandono delle sue rigidità. In questo senso, la "morte" simbolica diventa una condizione necessaria per la rinascita psicologica, per una più profonda integrazione delle polarità interne e per l'avvicinamento graduale al Sé, nucleo simbolico della totalità psichica.

Turner

In *The Ritual Process* (1969), Turner sviluppa una teoria antropologica del rito che offre una chiave interpretativa fondamentale per comprendere le esperienze trasformative umane, collocate tra ordine sociale e sospensione temporanea delle norme. Al centro della sua analisi vi è il concetto di liminalità, la fase intermedia del rito di passaggio in cui il soggetto si trova simbolicamente "fra e betwixt", ovvero separato dalle strutture ordinarie ma non ancora reintegrato in un nuovo stato. Durante questa fase, l'individuo sperimenta una condizione di indeterminatezza, vulnerabilità e potenzialità, poiché le categorie identitarie abituali vengono sospese e la coscienza è esposta a forze trasformative che sfuggono al controllo dell'Io. Turner sottolinea come tale fase elimini temporaneamente le gerarchie e favorisca una forma di *communitas*, un legame profondo, immediato e paritario tra i partecipanti, fondato sulla condivisione dell'esperienza liminale.

La liminalità turneriana non è un mero momento transitorio, ma un dispositivo simbolico di riorganizzazione psichica e sociale: è nel vuoto creato dalla sospensione delle norme che diventa possibile la metamorfosi. L'individuo, disancorato dalle consuetudini e dalle identità ordinarie, entra in contatto con dimensioni più arcaiche, corporee e relazionali, attraverso cui può emergere una nuova configurazione del Sé. Turner interpreta questo processo come un movimento di "antistruttura", in cui la dissoluzione temporanea delle forme stabili permette la nascita di una nuova struttura psichica più flessibile e consapevole. La trasformazione rituale è quindi un passaggio obbligato: il soggetto deve attraversare la perdita simbolica del proprio stato precedente per poter accedere a una forma rinnovata di identità. La forza di questo modello risiede nella sua capacità di spiegare come pratiche altamente codificate, che includono elementi di rischio, vulnerabilità, inversione di ruoli o controllo corporeo, possano assumere una valenza profondamente generativa sul piano psicologico e relazionale.

Baumeister

In *Masochism and the Self* (1989), Baumeister propone una delle interpretazioni psicologiche più influenti e innovative del masochismo, spostando l'attenzione dalla dimensione clinico-patologica a una lettura centrata sulla dinamica del Sé e sui processi di autoregolazione psichica. L'autore sostiene che il masochismo non debba essere compreso come un disturbo, bensì come una strategia simbolica attraverso cui l'individuo affronta momenti di sovraccarico identitario, tensione emotiva o eccessiva autoconsapevolezza. Secondo Baumeister, la sofferenza masochistica rappresenta un mezzo per sospendere temporaneamente il peso dell'autocontrollo e delle responsabilità che definiscono il Sé nella vita quotidiana. Il dolore, la sottomissione e la perdita di agency diventano così strumenti che consentono al soggetto di disinvestire dall'Io cosciente e dalle sue richieste, entrando in uno stato di "ridotta identità" che offre un sollievo momentaneo dalla pressione psicologica.

Baumeister interpreta questa dinamica come un processo in due fasi: dissoluzione e ricostruzione del Sé. Nella prima fase, la persona masochista riduce la complessità della propria esperienza soggettiva tramite l'induzione ritualizzata del dolore, dell'umiliazione o della restrizione comportamentale. Questo collasso controllato dell'identità non ha una funzione distruttiva, bensì liberatoria: permette al soggetto di sospendere la ruminazione, il senso di responsabilità e l'iper-riflessività, sostituendoli con uno stato di attenzione focalizzata e di presenza corporea immediata. Nella seconda fase, la ricostruzione del Sé avviene grazie al ritorno graduale alla normalità dopo l'esperienza masochistica: il

Al centro dell'analisi di Turner c'è il concetto di liminalità, la fase intermedia del rito di passaggio in cui il soggetto si trova simbolicamente "fra e betwixt", ovvero separato dalle strutture ordinarie ma non ancora reintegrato in un nuovo stato. Durante questa fase, l'individuo sperimenta una condizione di indeterminatezza, vulnerabilità e potenzialità, poiché le categorie identitarie abituali vengono sospese e la coscienza è esposta a forze trasformative che sfuggono al controllo dell'Io.

*Baumeister
propone una delle
interpretazioni
psicologiche
più influenti e
innovative del
masochismo,
spostando
l'attenzione dalla
dimensione clinico-
patologica a una
lettura centrata
sulla dinamica del
Sé e sui processi di
autoregolazione
psichica.*

*Corradino &
Guarracino
esplorano il martirio
non come evento
storico o religioso,
ma come metafora
antropologica e
dispositivo estetico
attraverso il quale il
soggetto attraversa
una soglia di
intensità capace
di sospendere le
coordinate ordinarie
della percezione,
dell'identità e della
rappresentazione di
sé.*

soggetto percepisce un senso di rinnovata stabilità, chiarezza interna e maggiore capacità di affrontare le richieste del mondo esterno. La temporanea sospensione dell'Io, prodotta dal dolore e dalla resa, si configura dunque come una forma di rigenerazione psicologica.

Una delle intuizioni più rilevanti di Baumeister riguarda il ruolo del controllo: il masochismo non è la perdita di controllo, ma una forma paradossale di esercizio del controllo su ciò che viene percepito come incontrollabile. Nel rituale masochistico, la persona sceglie volontariamente di assumere una posizione di vulnerabilità, regolando attentamente intensità, contesto e limiti, e creando così uno spazio in cui la perdita momentanea dell'Io è al servizio di un progetto identitario più ampio. Baumeister sottolinea come questa sospensione delle funzioni dell'Io permetta al soggetto di recuperare un senso di coesione interna, offrendo un modello interpretativo che integra dimensione corporea, simbolica e autoregolativa, ricollocando il masochismo all'interno delle pratiche di gestione del Sé, interpretandolo come una forma sofisticata di coping psicologico e trasformazione identitaria. La sofferenza diventa uno strumento di rinascita, un processo di "reset" mentale che apre la possibilità a una ricomposizione più stabile e funzionale dell'esperienza soggettiva. Questa prospettiva, lontana dalla patologizzazione, mette in luce come il masochismo — e, più in generale, le pratiche erotiche intense — possano assumere una funzione di riequilibrio emotivo e di riorganizzazione del Sé, offrendo un contributo teorico fondamentale per la comprensione psicodinamica contemporanea delle pratiche BDSM e delle loro potenzialità trasformative.

Corradino & Guarracino

Nel volume *L'estasi del martirio: Metamorfosi del piacere e del dolore nell'esperienza estetica* (2025), Corradino e Guarracino propongono una riflessione radicale sulla funzione simbolica del dolore e sul ruolo trasformativo del corpo nell'esperienza estetica contemporanea. Gli autori esplorano il martirio non come evento storico o religioso, ma come metafora antropologica e dispositivo estetico attraverso il quale il soggetto attraversa una soglia di intensità capace di sospendere le coordinate ordinarie della percezione, dell'identità e della rappresentazione di sé. In questa prospettiva, il dolore non viene concepito come semplice negazione del piacere, ma come forma di trascendenza immanente, un'esperienza liminale che porta il soggetto oltre i confini abituali dell'Io, consentendo l'accesso a uno stato ampliato della coscienza. Le manifestazioni corporee del martirio — l'esposizione, la vulnerabilità, l'estremo, la resistenza — vengono rilette come pratiche di rivelazione: il corpo, ferito o messo alla prova, diventa un medium attraverso cui l'interiorità si manifesta e si trasforma.

Corradino e Guarracino sottolineano che l'estasi del martirio opera come processo estetico di rottura e riconfigurazione. Il martire, nell'interpretazione degli autori, non è colui che semplicemente subisce, ma colui che attraversa il dolore come spazio liminale, in cui la materia del corpo è sospesa tra distruzione e rivelazione. La sofferenza diventa un linguaggio, un atto performativo che consente al soggetto di accedere a forme alterate di presenza, di consapevolezza e di significato. In questo senso, il corpo martiriale non è un corpo negato, ma un corpo intensificato: un corpo che, proprio attraverso la prova estrema, riacquista profondità simbolica e potenza espressiva.

La dimensione trascendentale evocata dagli autori non rimanda a un'idea di spiritualità religiosa quanto a una trascendenza estatico-corporea, in cui il soggetto sperimenta una temporanea dissoluzione del proprio assetto identitario per poi ricostruirlo in una forma ampliata. L'estasi, intesa come fuoriuscita da sé, diviene un atto di riappropriazione dell'esperienza incarnata, nella quale la ferita non è solo perdita ma anche soglia, apertura, possibilità di generare nuove modalità di essere.

È in questa tensione tra vulnerabilità e potenza, sofferenza e rivelazione, che la lettura di Corradino e Guarracino offre un contributo decisivo alle teorie della corporeità contemporanea: il dolore corporeo può divenire un atto estetico e simbolico capace di trasformare il Sé, rendendo visibile ciò che abitualmente rimane nell'ombra della psiche.

Storia e sviluppo del BDSM: dalle origini culturali alle interpretazioni contemporanee

Le radici rituali e culturali del BDSM

Le pratiche oggi identificate come BDSM affondano le loro radici in contesti antichi e rituali, dove dolore, sottomissione e disciplina avevano significati sacri, iniziatici o estetici. Nelle culture tribali, i riti di passaggio e le cerimonie di iniziazione spesso prevedevano prove fisiche e simboliche che comportavano dolore o umiliazione controllata, finalizzate alla trasformazione dell'identità individuale e al consolidamento dei legami comunitari (Turner, 1969).

Anche nella storia occidentale il dolore e la sottomissione hanno avuto valenze simboliche e spirituali. Flagellazioni rituali, penitenze religiose o rappresentazioni letterarie e artistiche illustravano come il dolore potesse essere strumento di purificazione, estasi o metamorfosi dell'individuo, anticipando alcuni principi del BDSM contemporaneo, come la ritualizzazione, la liminalità e la negoziazione del limite.

Le prime interpretazioni medico-psichiatriche

Nel XIX secolo, il dibattito sul sadomasochismo si spostò dal campo morale a quello medico. Krafft-Ebing, in *Psychopathia Sexualis* (1886), introdusse i termini "sadismo" e "masochismo", ispirandosi rispettivamente al Marchese de Sade e a Leopold von Sacher-Masoch, classificandoli come perversioni sessuali. La visione positivista e moralista dell'epoca interpretava tali pratiche come deviazione o regressione pulsionale, riflesso di aggressività o autolesività non integrata.

Freud, pur inserendosi in questo filone, compì un passo innovativo in *Al di là del principio di piacere* (1920), concependo il sadismo e il masochismo come manifestazioni della dialettica tra Eros e Thanatos. In questa prospettiva, dolore e piacere non erano più aberrazioni, ma espressioni universali della tensione tra amore e distruzione, fusione e annullamento, piacere e sofferenza.

Dal sintomo al simbolo: psicoanalisi e antropologia

Nel XX secolo, il focus scientifico si spostò dal comportamento al significato simbolico ed esperienziale del BDSM. Jung (1951) interpretò il dolore e la sottomissione come strumenti di incontro con l'Ombra, la parte oscura e distruttiva della psiche, essenziale per la maturazione e l'individuazione. Baumeister (1989) descrisse il masochismo come sospensione dell'Io: un modo per "spegnere" temporaneamente il controllo razionale e accedere a stati di coscienza trasformativi, legati a liberazione emotiva, consapevolezza corporea e autenticità.

Turner (1969) introdusse il concetto di liminalità: applicando questa lettura al BDSM, la scena erotica diventa un rito liminale contemporaneo, in cui i ruoli di dominante e submissiva, le regole, le safeword e la negoziazione dei limiti creano uno spazio protetto di sospensione dell'identità ordinaria e di esplorazione della vulnerabilità.

In questa prospettiva, il BDSM si configura come rituale simbolico e psicocorporeo, una pratica di trasformazione, introspezione e connessione intersoggettiva.

La nascita della sottocultura BDSM e la rivoluzione sessuale

Tra gli anni '50 e '80 del Novecento, il BDSM cominciò a emergere come sottocultura, in particolare nei contesti LGBTQIA+ e nella comunità leather statunitense. Qui le pratiche vennero codificate, ritualizzate e rese visibili, ponendo al centro consenso, sicurezza e identità. La rivoluzione sessuale e i movimenti per i diritti civili aprirono la strada a una comprensione più ampia e laica del desiderio, spostando l'attenzione dalla devianza alla costruzione identitaria e alla libertà sessuale. Langdridge e Barker (2007), nel volume *Safe*,

Tra gli anni '50 e '80 del Novecento, il BDSM cominciò a emergere come sottocultura, in particolare nei contesti LGBTQIA+ e nella comunità leather statunitense. Qui le pratiche vennero codificate, ritualizzate e rese visibili, ponendo al centro consenso, sicurezza e identità. La rivoluzione sessuale e i movimenti per i diritti civili aprirono la strada a una comprensione più ampia e laica del desiderio, spostando l'attenzione dalla devianza alla costruzione identitaria e alla libertà sessuale.

Langdridge e Barker (2007) definirono le pratiche BDSM come forme di erotismo responsabile, fondate sui tre principi fondamentali: sicurezza (Safe), lucidità mentale (Sane) e consenso pienamente informato (Consensual). Questo approccio ridefinì radicalmente l'etica del BDSM: il potere non è imposto, ma co-creato; la vulnerabilità non è esposizione al rischio, ma strumento di fiducia e connessione; il dolore non è punizione, ma linguaggio simbolico e mezzo di trasformazione personale.

Sane and Consensual, definirono le pratiche BDSM come forme di erotismo responsabile, fondate sui tre principi fondamentali: sicurezza (Safe), lucidità mentale (Sane) e consenso pienamente informato (Consensual).

Questo approccio ridefinì radicalmente l'etica del BDSM: il potere non è imposto, ma co-creato; la vulnerabilità non è esposizione al rischio, ma strumento di fiducia e connessione; il dolore non è punizione, ma linguaggio simbolico e mezzo di trasformazione personale.

Prospettive scientifiche contemporanee

Studi empirici recenti confermano la complessità e la funzionalità del BDSM. Gli studi empirici di Cross e Matheson (2006) mostrano che i praticanti BDSM non presentano livelli superiori di psicopatologia rispetto alla popolazione generale. Le pratiche BDSM sono descritte come forme relazionali basate su fiducia, negoziazione e intimità emotiva.

Gli autori hanno proposto un modello empirico articolato in quattro prospettive interpretative del sadomasochismo:

la *prospettiva patologica* rappresenta il primo approccio storico e più tradizionale, secondo il quale le pratiche BDSM vengono considerate deviazioni o espressioni di disturbi psicologici. Tuttavia, gli stessi autori sottolineano come tale visione risulti riduttiva e inadeguata a cogliere la varietà e la ricchezza di queste esperienze, spesso stigmatizzate dalla società. In contrapposizione, la *prospettiva relazionale* interpreta il BDSM come un contesto all'interno del quale la comunicazione e la fiducia tra i partner possono rafforzarsi in maniera significativa ed evidenzia come la negoziazione dei limiti, il consenso esplicito e l'attenzione reciproca contribuiscano a costruire intimità emotiva e sicurezza psicologica. La *prospettiva ludica* propone invece di leggere il BDSM come una forma di gioco simbolico e creativo, in cui il dolore e il piacere si alternano all'interno di regole concordate, trasformando l'esperienza corporea in un laboratorio di esplorazione dei confini del sé e delle dinamiche interpersonali. Infine, la *prospettiva spirituale* suggerisce che le esperienze estreme del corpo possano assumere una valenza trascendente, offrendo momenti di intensa connessione con sé stessi e con l'altro, aprendo uno spazio di riflessione sulla relazione tra corporeità, alterità e significati profondi legati alla trasformazione personale.

Queste dimensioni, osservate empiricamente, confermano come il BDSM rappresenti una pratica complessa e multifattoriale, con potenziali implicazioni positive per la crescita personale e la qualità delle relazioni interpersonali, che attraversa i confini tra limite e libertà.

Altri autori, che tentarono di superare le dicotomie patologico/normale, come De Neef e colleghi (2019), proposero un modello biopsicosociale integrato in cui il BDSM si configura come una combinazione di fattori biologici, psicologici e culturali. Dal punto di vista biologico, gli autori evidenziano come le pratiche BDSM attivino risposte neurofisiologiche complesse: variazioni nel sistema dopaminergico, modulazioni dell'asse dello stress e della percezione del dolore, nonché l'attivazione di meccanismi di attaccamento attraverso neuropeptidi come ossitocina e vasopressina. Tali risposte suggeriscono che l'esperienza erotico-sadomasochistica possa produrre stati alterati di coscienza, intensificazione sensoriale e benessere psicofisico, guidati dall'interazione tra eccitazione sessuale, attivazione corporea e regolazione neurobiologica.

La dimensione psicologica del modello mette in luce come il BDSM possa rispondere a funzioni intrapsichiche specifiche: gestione dell'identità, incremento del senso di agency, riduzione dell'iper-controllo, esplorazione simbolica di vulnerabilità e potere, elaborazione di emozioni complesse e ricerca di stati di trascendenza soggettiva. De Neef e colleghi sottolineano che molti praticanti riportano benefici psicologici quali maggiore consapevolezza corporea, riduzione dell'ansia, miglioramento della regolazione emotiva e rafforzamento del legame con il partner grazie ai rituali di negoziazione e aftercare. All'interno di questo quadro, il BDSM viene interpretato come una pratica capace di produrre stati psicologici complessi — spesso descritti come “flow”, “subspace” o “domspace” — che operano come zone liminali di trasformazione dell'esperienza del Sé.

Sul piano socio-culturale, gli autori evidenziano come il BDSM non possa essere compreso al di fuori dei contesti simbolici e delle norme culturali che lo rendono possibile. Elementi quali la disponibilità di spazi comunitari (fisici e online), la diffusione della cultura del consenso, la crescente visibilità mediatica e le narrative identitarie fornite dalle comunità BDSM contribuiscono alla costruzione di significati condivisi e alla formazione di ruoli, rituali e codici che strutturano l'esperienza. Il BDSM viene così riconosciuto come una pratica culturale complessa, regolata da norme interne — come il principio SSC (Safe, Sane and Consensual) o RACK (Risk-Aware Consensual Kink) — che definiscono confini, etica e modalità partecipative.

L'originalità del modello proposto da De Neef e colleghi risiede nella capacità di integrare queste tre dimensioni in una prospettiva unitaria. Il BDSM non viene ridotto a un singolo fattore esplicativo, ma emerge come fenomeno multistratificato in cui biologia, psiche e cultura interagiscono nel modellare motivazioni, significati e impatti soggettivi dell'esperienza. Tale approccio consente di riconoscere il BDSM come pratica complessa, regolata, intenzionale e dotata di potenziali funzioni adattive, offrendo una cornice teorica avanzata che si presta a collegamenti con la psicodinamica, l'antropologia del rito e i modelli clinici contemporanei focalizzati sulla regolazione emozionale e sulla costruzione identitaria.

Larva e Rantala (2024) offrono una *prospettiva evoluzionistica* sull'analisi delle dinamiche di dominanza e sottomissione, suggerendo che tali comportamenti possano rappresentare strategie adattive piuttosto che semplici manifestazioni culturali o individuali. Secondo gli autori, in contesti sicuri e consensuali, l'alternanza tra ruoli dominanti e sottomessi favorisce lo sviluppo di fiducia reciproca e cooperazione tra gli individui, funzionando come un meccanismo attraverso cui si testano i limiti personali e si negoziano le relazioni di potere in maniera controllata. Queste interazioni possono, inoltre, contribuire alla gestione del rischio, poiché permettono di simulare esperienze di vulnerabilità e controllo senza compromettere la sicurezza fisica o psicologica, offrendo un terreno sicuro per l'esplorazione di emozioni intense e conflittuali. Dal punto di vista evolutivo, tali dinamiche potrebbero essere state selezionate per la loro capacità di rafforzare legami sociali, favorire la cooperazione all'interno di gruppi e migliorare la capacità di adattamento, evidenziando come il comportamento umano legato al potere e alla sottomissione possa avere radici profonde nella psicologia evolutiva.

Le pratiche BDSM consentono di simulare situazioni di rischio in un contesto sicuro, generano risposte neuroendocrine simili a quelle dei rituali sociali e dei comportamenti affiliativi. Da questa prospettiva, il BDSM appare come un comportamento sessuale complesso e adattivo, in cui la dimensione ludica e rituale funge da strumento di esplorazione identitaria e coesione relazionale.

L'autore Kao infine osserva come, negli ultimi vent'anni, il BDSM ha subito un processo di globalizzazione culturale, sostenuto dall'espansione di Internet e dalle piattaforme digitali. La diffusione online delle pratiche BDSM avrebbe favorito l'emergere di comunità transnazionali e narrative auto-rappresentative, sottraendole al monopolio dei discorsi patologizzanti.

Parallelamente, la pop culture — dal cinema alla letteratura erotica — ha contribuito a una maggiore visibilità, ma anche a semplificazioni e distorsioni, che talvolta riducono il BDSM a un'estetica della trasgressione, oscurandone la complessità simbolica e relazionale. Oggi il BDSM è concepito come rito postmoderno di autenticità, libertà e consapevolezza corporea.

Il BDSM: tra Libido, Dissoluzione del Sé, Fiducia e Trasformazione

BDSM: dove la libido incontra la pulsione di morte

La Dialettica Freudiana illustrata precedentemente, è particolarmente evidente nelle pratiche BDSM, in cui piacere e dolore, controllo e resa, eros e sofferenza si intrecciano in modo rituale e simbolico. Qui, il corpo e la psiche non subiscono la pulsione di morte in maniera distruttiva: la sofferenza fisica o psicologica diventa un mezzo di comunicazione del desiderio e di esplorazione dei limiti personali.

De Neef e colleghi sottolineano che molti praticanti riportano benefici psicologici quali maggiore consapevolezza corporea, riduzione dell'ansia, miglioramento della regolazione emotiva e rafforzamento del legame con il partner grazie ai rituali di negoziazione e aftercare.

All'interno di questo quadro, il BDSM viene interpretato come una pratica capace di produrre stati psicologici complessi — spesso descritti come “flow”, “subspace” o “domspace” — che operano come zone liminali di trasformazione dell'esperienza del Sé.

Sul piano socio-culturale, gli autori evidenziano come il BDSM non possa essere compreso al di fuori dei contesti simbolici e delle norme culturali che lo rendono possibile.

Applicando la prospettiva junghiana illustrata nell'Aion, al BDSM, la sottomissione, la dominazione, la resa o l'esperienza del dolore possono essere letti come esperienze incarnate di morte e rinascita. La ritualizzazione dei ruoli, dei limiti e del potere consente al soggetto di accedere a uno spazio liminale in cui l'Io ordinario si sospende. Questo spazio, protetto dal consenso, dalle regole della scena e dal rispetto reciproco, permette di affrontare e simbolicamente "morire" ai propri schemi abituali.

Il BDSM, osservato attraverso questa lente, si configura come un rito contemporaneo di trasformazione: la pulsione di morte viene mediata da Eros, attraverso la fiducia, il consenso e il legame relazionale. Il dolore, in questo contesto, non è più un segno di disfunzione, ma diventa strumento di catarsi e reintegrazione. Il soggetto attraversa l'angoscia della perdita di controllo, la sospensione dell'Io e la vulnerabilità, per poi riemergere con un senso di potenza, autenticità e connessione più profonda con il proprio corpo e desiderio. Questa lettura si riallaccia alle teorie post-freudiane sul BDSM, secondo cui le pratiche di dominazione e sottomissione non sono manifestazioni patologiche, ma esperienze liminali in cui la tensione tra Eros e Thanatos diventa esperienza incarnata (Cross & Matheson, 2006; Langdridge & Barker, 2007). La "morte simbolica del Sé" rappresenta una regressione controllata al servizio della vita psichica.

Il "gioco con la morte" erotica non implica desiderio di annientamento reale, ma ricerca di intensità, catarsi e contatto con la dimensione più profonda dell'esistenza.

La morte simbolica e la trasformazione del Sé nel pensiero Junghiano

Applicando la prospettiva junghiana illustrata nell'Aion al BDSM, la sottomissione, la dominazione, la resa o l'esperienza del dolore possono essere letti come esperienze incarnate di morte e rinascita. La ritualizzazione dei ruoli, dei limiti e del potere consente al soggetto di accedere a uno spazio liminale in cui l'Io ordinario si sospende. Questo spazio, protetto dal consenso, dalle regole della scena e dal rispetto reciproco, permette di affrontare e simbolicamente "morire" ai propri schemi abituali. In questo contesto, la sofferenza non è distruttiva: diventa strumento di integrazione dell'Ombra, un veicolo attraverso cui aspetti negati della personalità — aggressività, fragilità, desiderio di fusione — possono emergere e riconciliarsi con la coscienza.

Jung evidenzia che l'incontro con l'Ombra è fondamentale per la totalità psichica:

«L'incontro con l'Ombra è il primo passo verso la totalità psichica» (Jung, 1951).

La perdita di controllo e l'abbandono ai ruoli ritualizzati offrono al soggetto l'opportunità di confrontarsi con aspetti profondi e inconsci del sé, in un processo che ricorda la discesa nel buio della "nigredo" (disgregazione simbolica del sé) junghiana. Il corpo diventa il teatro in cui avviene la trasformazione psichica: ciò che era nascosto o negato nella vita quotidiana prende forma, viene simbolicamente esperito e integrato.

La dinamica di dominazione e sottomissione, inoltre, rappresenta la drammatizzazione degli opposti archetipici: potere e vulnerabilità, controllo e resa, eros e thanatos. Nel contesto rituale della scena BDSM, queste polarità trovano equilibrio e permettono al soggetto di attraversare la morte simbolica senza subire disintegrazione. La fase di aftercare (Corradino, A. C., & Guarracino, 2025) — cura post-scena — simboleggia la reintegrazione e la rinascita: l'individuo emerge trasformato, con un senso più coeso del sé, in cui gli opposti interiori si sono riconciliati.

Turner e la liminalità nel BDSM

La scena erotica, in base al concetto di liminalità di Turner, può essere interpretata come un rito liminale contemporaneo, dotato di codici, simboli e regole che separano la pratica dalla vita quotidiana. All'interno di questo spazio, il dolore e il piacere assumono significati diversi, diventano strumenti di trasformazione identitaria, attraverso cui i partecipanti sospendono temporaneamente il loro Io abituale per esplorare vulnerabilità, potere, resa e controllo. La presenza della safe word funge da confine protettivo, garantendo la sicurezza psichica ed emotiva e delimitando il perimetro dell'esperienza rituale.

Durante la sessione BDSM, i ruoli sociali e personali vengono temporaneamente sospesi o invertiti: il corpo diventa linguaggio, il potere viene esplicitato e negoziato, e le dinamiche ordinarie si trasformano in un laboratorio simbolico di esplorazione del Sé. Turner definisce questo momento come "anti-structure",

uno spazio protetto in cui le regole quotidiane sono sospese e l'individuo può confrontarsi con parti di sé normalmente represses o nascoste. In questa fase liminale, il soggetto attraversa una soglia simbolica: la "morte" dell'Io quotidiano apre la possibilità a una rinascita del Sé più autentico e integrato.

Un concetto centrale di Turner è la *communitas* (Turner, 2017), la sensazione di unione e reciprocità che emerge tra i partecipanti durante la liminalità. Nel BDSM, questa dimensione si manifesta nella fiducia profonda tra chi domina e chi si sottomette: una connessione che va oltre la corporeità, diventando esperienza simbolica e condivisa. Attraverso la ritualizzazione del potere, del dolore e della resa, i partecipanti co-costruiscono un significato e una trasformazione reciproca, testimoniando e sostenendo la metamorfosi dell'altro.

La fase di cura post sessione corrisponderebbe quindi al ritorno alla struttura. In quel momento, infatti la vulnerabilità diventa connessione, il dolore si trasforma in apprendimento e rinascita, e l'identità ricomposta emerge più coesa e consapevole.

L'individuo, secondo Turner, in questo modo, reintegrerebbe l'esperienza liminale nella vita quotidiana consolidando la trasformazione e rafforzando il legame relazionale

Baumeister e la dissoluzione dell'Io nel masochismo erotico

Baumeister (1989), in *Masochism and the Self*, propone una lettura del masochismo lontana dalla patologizzazione classica, descrivendolo come esperienza di sospensione temporanea dell'identità. Secondo l'autore, attraverso la sottomissione e il dolore controllato, l'individuo interrompe temporaneamente la tensione autoreferenziale dell'Io, liberandosi dalle pressioni sociali, dal senso di responsabilità e dal controllo razionale. In questa sospensione, il Sé può emergere più autentico, e la coscienza si alleggerisce, creando uno spazio di libertà esperienziale che assomiglia a un rito di rigenerazione psicologica.

Il masochismo erotico, a differenza del masochismo morale, non cerca il dolore fine a sé stesso, ma lo utilizza come strumento di trascendenza: il piacere nasce dalla perdita del controllo e dalla sospensione dell'Io, permettendo di sperimentare una condizione di "non-essere" simile alla quiete psichica descritta da Freud come Thanatos. Baumeister osserva:

«Masochism represents a strategy for escaping from self-awareness. Through submission, the individual achieves relief from the burdens of responsibility, guilt, and self-control».

(“Il masochismo rappresenta una strategia per sfuggire alla consapevolezza di sé. Attraverso la sottomissione, l'individuo ottiene sollievo dal peso della responsabilità, della colpa e dell'autocontrollo.”)

Nel contesto BDSM, questa dinamica non implica regressione patologica, ma una sospensione rituale e consensuale dell'identità narrativa. La scena masochistica diventa un laboratorio psichico, in cui il dolore, la vulnerabilità e la perdita di controllo sono mediati da regole precise e fiducia reciproca. L'atto di abbandonarsi al dolore o alla sottomissione permette al soggetto di attraversare una "morte simbolica dell'Io", sperimentando la propria fragilità senza essere annientato e favorendo la rinascita di un Sé più coeso.

L'estetica del dolore e la trascendenza del corpo nel BDSM

Corradino e Guarracino, in *L'estasi del martirio* (2025), esplorano la relazione tra dolore e trascendenza, evidenziando come il corpo possa diventare luogo di rivelazione, estasi e trasformazione. Nel contesto della scena BDSM, il corpo si trasforma in teatro simbolico, in cui dolore, vincolo e resa diventano strumenti di metamorfosi. Il piacere masochistico non è distruttivo: come nel martirio estetico descritto dagli autori, esso produce trasformazione e rinnovamento interiore. La performance erotica si configura come un atto creativo, in cui l'individuo si confronta con i propri limiti, li attraversa e li trasforma in esperienza di bellezza, estasi e consapevolezza.

Nel contesto della scena BDSM, il corpo si trasforma in teatro simbolico, in cui dolore, vincolo e resa diventano strumenti di metamorfosi. Il piacere masochistico non è distruttivo: esso produce trasformazione e rinnovamento interiore. La performance erotica si configura come un atto creativo, in cui l'individuo si confronta con i propri limiti, li attraversa e li trasforma in esperienza di bellezza, estasi e consapevolezza. Il BDSM, in questa chiave, assume una dimensione estetica e spirituale.

L'acronimo SSC (Safe, Sane and Consensual) rappresenta la cornice teorica e pratica che guida le interazioni sadomasochistiche contemporanee. Questa cornice SSC evidenzia come il BDSM possa essere interpretato come pratica simbolica e relazionale, in cui potere, vulnerabilità e desiderio diventano strumenti di comunicazione. La scena BDSM non è mera trasgressione: è un laboratorio di autenticità, in cui il soggetto può sperimentare la perdita del controllo e al contempo la certezza della sicurezza, vivendo un paradosso fondamentale della trasformazione erotica del Sé: perdere sé stessi restando protetti.

Il BDSM, in questa chiave, assume una dimensione estetica e spirituale: la sofferenza ritualizzata diventa linguaggio dell'essere, attraverso cui il corpo comunica emozioni profonde come paura, desiderio, fiducia, vergogna o abbandono. La pratica erotica si avvicina così all'esperienza mistica, in cui la sospensione dell'Io e la fusione con l'altro consentono una forma di trascendenza del Sé. Come sottolineano Corradino e Guarracino: "Il martirio non è più sacrificio, ma metamorfosi: l'estasi del dolore si fa figura del divenire." (Corradino & Guarracino, 2025, p. 112)

La scena BDSM diventa un rito performativo, in cui il corpo è veicolo di significato e strumento di trasformazione. La vulnerabilità, accettata e condivisa, non è segno di debolezza, ma forma di potenza: attraverso il dolore e la resa, il soggetto sperimenta una forma di autogenerazione, un'integrazione tra corpo, mente e desiderio. Questo processo ricorda la "petite mort" (Thomas Hardy, 1891) della tradizione erotica francese: un momento di annullamento e rinascita, in cui l'estasi fisica e simbolica si intrecciano, restituendo senso e profondità all'esperienza corporea.

Il BDSM come pratica identitaria, relazionale e trasformativa

Langdridge e Barker (2007), nel volume *Safe, Sane and Consensual: Contemporary Perspectives on Sadomasochism*, propongono una lettura moderna e complessa del BDSM, oltrepassando la tradizionale interpretazione patologica e considerandolo un linguaggio simbolico e corporeo, un insieme di pratiche che permettono ai partecipanti di esplorare, comunicare e negoziare il desiderio, il potere, la vulnerabilità e la fiducia reciproca, superando l'interpretazione del sadomasochismo come disturbo o comportamento autodistruttivo. Studi empirici come quelli di Cross e Matheson (2006) e le ricerche qualitative di Langdridge e Barker hanno mostrato che i praticanti BDSM non presentano livelli superiori di psicopatologia rispetto alla popolazione generale. Al contrario, molti riferiscono "un maggiore senso di benessere, intimità e autenticità relazionale", dimostrando come la pratica erotica possa diventare veicolo di autorealizzazione e connessione profonda con l'altro.

Baumeister (1989) descrive l'esperienza masochistica come una sospensione temporanea dell'identità, un momento in cui l'Io si disattiva e il soggetto può liberarsi dalle pressioni costanti del controllo e della responsabilità. In questa chiave, il masochismo non è fuga, ma pratica meditativa e corpo-centrica, una modalità di esplorazione del Sé autentico attraverso il dolore, la resa e l'abbandono consapevole.

Langdridge e Barker ampliano questa prospettiva, sottolineando la dimensione etica e intersoggettiva del BDSM. L'acronimo SSC — «Safe, Sane and Consensual» — rappresenta la cornice teorica e pratica che guida le interazioni sadomasochistiche contemporanee:

- *Safe* (Sicurezza): le pratiche sono pianificate e condotte con attenzione ai rischi fisici, psicologici ed emotivi, garantendo protezione e responsabilità reciproca.
- *Sane* (Sanità mentale/Sensatezza): i partecipanti agiscono in condizioni di lucidità mentale, evitando impulsività, coercizione o alterazioni dello stato di coscienza.
- *Consensual* (Consensualità): la partecipazione è sempre libera, negoziata e rispettosa dei limiti individuali, rendendo il rapporto un'esperienza condivisa e autentica.

Questa cornice SSC evidenzia come il BDSM possa essere interpretato come pratica simbolica e relazionale, in cui potere, vulnerabilità e desiderio diventano strumenti di comunicazione. La scena BDSM non è mera trasgressione: è un laboratorio di autenticità, in cui il soggetto può sperimentare la perdita del controllo e al contempo la certezza della sicurezza, vivendo un paradosso fondamentale della trasformazione erotica del Sé: perdere sé stessi restando protetti.

Dal punto di vista teorico, il modello SSC si collega alla psicologia del Sé e alle teorie dell'intersoggettività: la scena BDSM diventa un contesto in cui il soggetto esplora la relazione tra identità personale e relazione con l'altro. Le pratiche

ritualizzate permettono di negoziare simbolicamente il potere, sperimentare la fusione emotiva e attraversare stati di liminalità (Turner) integrando sicurezza, fiducia e comunicazione.

Un elemento innovativo del lavoro di Langdridge e Barker riguarda la dimensione comunitaria e identitaria del BDSM. La scena non è solo esperienza individuale, ma spazio di costruzione del Sé e dell'altro attraverso il riconoscimento reciproco, la negoziazione dei ruoli e la condivisione di pratiche simboliche.

La dimensione estetica e trasformativa del BDSM emerge nel modo in cui dolore, dominio e resa diventano linguaggio simbolico. La scena è rituale contemporaneo, in cui il corpo e le emozioni diventano strumenti di esplorazione e metamorfosi: il dolore si trasforma in veicolo di contatto, fiducia, piacere e consapevolezza corporea. In questa prospettiva, la pratica erotica consente di abitare il proprio corpo e la relazione con l'altro in maniera integrata, trasformando tensioni piacere e dolore in esperienze psicologicamente significative.

Sezione clinica

La tradizione clinica ha a lungo interpretato il BDSM in chiave patologica; tuttavia, le ricerche contemporanee propongono una lettura fenomenologica, centrata sull'esperienza soggettiva e sul significato simbolico delle pratiche (Langdridge & Barker, 2007).

Dal punto di vista clinico, il modello SSC fornisce indicazioni importanti: il BDSM deve essere interpretato come linguaggio del Sé attraverso cui il soggetto esplora desideri, limiti e potenzialità trasformative. La comprensione empatica e priva di giudizio da parte del terapeuta diventa essenziale per cogliere il valore simbolico, relazionale e catartico di queste esperienze, che possono rappresentare spazi di guarigione, reintegrazione emotiva e sperimentazione identitaria.

In sintesi, il contributo di Langdridge e Barker (2007) mette in luce tre dimensioni fondamentali per comprendere il BDSM contemporaneo:

- Etica e consenso: pratiche basate sulla responsabilità relazionale, sostituendo la logica del dominio patologico con quella della cura e della negoziazione.
- Funzione trasformativa: il BDSM come rito liminale in cui il soggetto attraversa una "morte simbolica" per rinascere a una nuova identità integrata e consapevole.
- Dimensione comunitaria e intersoggettiva: costruzione del Sé e dell'altro attraverso la relazione, la negoziazione simbolica e la condivisione di esperienze corporee ed emotive.

Questa prospettiva contemporanea restituisce al fenomeno dignità simbolica, valore etico e rilevanza clinica, evidenziando il suo potenziale generativo e trasformativo sia sul piano individuale sia relazionale.

Dal punto di vista psicodinamico, il BDSM può attivare processi di autoregolazione affettiva: il dolore e la sottomissione consensuale generano rilascio di endorfine e ossitocina, favorendo stati di rilassamento, connessione e benessere. La scena diventa un contenitore di emozioni intense, permettendo la rielaborazione di vissuti traumatici o di esperienze di controllo eccessivo (Cross & Matheson, 2006). La cosiddetta "morte simbolica" vissuta nel contesto BDSM non indica frammentazione, ma un passo verso l'integrazione: il corpo diventa luogo di verità e vulnerabilità, fondamento per una nuova unità psichica. In terapia, questa comprensione permette di utilizzare il corpo come spazio di memoria, elaborazione e rinascita.

Il BDSM può essere interpretato anche come un rituale di cura, in cui il dolore diventa mezzo per accedere a nuove consapevolezze. Ruoli di potere e sottomissione negoziati in un contesto di profonda fiducia, offrono uno spazio protetto per vivere emozioni arcaiche — paura, dipendenza, desiderio di contenimento — e trasformarle simbolicamente. Turner (1969) descrive dinamiche analoghe nei riti liminali, un'unione intensa e paritaria che trova nel BDSM un'espressione contemporanea.

Le ricerche neuroscientifiche e psicologiche confermano che il dolore consensuale produce effetti fisiologici e psicologici positivi, supportando la regolazione emotiva e la connessione interpersonale. In chiave psicodinamica,

Il BDSM può attivare processi di autoregolazione affettiva: il dolore e la sottomissione consensuale generano rilascio di endorfine e ossitocina, favorendo stati di rilassamento, connessione e benessere. La scena diventa un contenitore di emozioni intense, permettendo la rielaborazione di vissuti traumatici o di esperienze di controllo eccessivo. La cosiddetta "morte simbolica" vissuta nel contesto BDSM non indica frammentazione, ma un passo verso l'integrazione: il corpo diventa luogo di verità e vulnerabilità, fondamento per una nuova unità psichica. In terapia, questa comprensione permette di utilizzare il corpo come spazio di memoria, elaborazione e rinascita.

Dal punto di vista clinico, comprendere il BDSM come linguaggio simbolico ed esperienziale implica superare letture moralistiche o patologizzanti, riconoscendo il diritto di ogni individuo a vivere la propria sessualità come esperienza di conoscenza, trasformazione e libertà. Il BDSM diventa così spazio terapeutico e laboratoriale, trasformando la scena erotica in occasione di crescita psichica, catarsi e integrazione del Sé.

la messa in scena di dominanza e sottomissione consente la rappresentazione simbolica di pulsioni aggressive o autodistruttive, trasformando esperienze potenzialmente traumatiche in processi di consapevolezza controllata (Freud, 1920; Baumeister, 1989). Il dolore diventa attivo e ritualizzato, mentre la perdita di controllo si traduce in libertà regolata, generando catarsi erotica e integrazione psicosomatica.

Un elemento centrale del BDSM è la costruzione di fiducia: consenso, comunicazione dei limiti, safe words e cura post-scenica creano una cornice di contenimento psichico, simile al concetto winnicottiano di holding (Winnicott, D. W. 1989), che permette al Sé di esplorare la vulnerabilità senza frammentarsi. La relazione tra i partner, basata su comunicazione e accudimento, incarna un attaccamento consapevole in cui il limite è protezione e soglia di trasformazione (Langdridge & Barker, 2007; Ortmann & Sprott, 2013).

Clinicamente, il BDSM può assumere funzione di reintegrazione del trauma: la presenza del consenso e della consapevolezza trasforma il dolore da evento subito a esperienza scelta, permettendo al soggetto di riappropriarsi del corpo, della volontà e della capacità di agency (Baumeister, 1989; Corradino & Guarracino, 2025). La pratica diventa spazio simbolico per l'integrazione di vulnerabilità, desiderio e controllo, promuovendo consapevolezza corporea, intimità e regolazione emotiva (Cross & Matheson, 2006; De Neef et al., 2019).

In ambito terapeutico, l'approccio kink-aware implica sospendere giudizi moralistici, riconoscere il valore trasformativo dell'esperienza e comprendere il consenso come dispositivo di sicurezza e autoriconoscimento (Andrieu, Lahuerta & Luy, 2019; Barker, 2014). Fenomeni come il ritiro nel subspace (Pitagora, 2017), ossia il raggiungimento di stato di rilassamento profondo e alterazione percettiva in cui sono immersi alcuni sottomessi durante la sessione BDSM, illustrano la possibilità di una "morte simbolica" transitoria favorevole alla rielaborazione emotiva e alla connessione relazionale.

In sintesi, il BDSM, se vissuto in contesti sicuri e consensuali, si configura come dispositivo catartico e trasformativo: integra pulsioni profonde, regola emozioni intense e offre una possibilità di reintegrazione psichica, corporea e relazionale. La comprensione clinica richiede dunque una prospettiva fenomenologica e simbolica, che riconosca l'erotismo come spazio di esplorazione, crescita e rinascita del Sé.

Conclusioni

La "morte simbolica" del sé nelle pratiche erotiche BDSM rappresenta un'esperienza profondamente trasformativa, in cui il dolore, la resa e la vulnerabilità si trasformano in strumenti di conoscenza e auto-esplorazione. Laddove la tradizione clinica tendeva a leggere il BDSM come manifestazione patologica, un'analisi fenomenologica e simbolica ne riconosce la valenza evolutiva e psicologica: le pratiche erotiche diventano rituali in cui l'individuo attraversa confini dell'identità, confrontandosi con l'ombra, con il desiderio di fusione e con i propri limiti interiori, per poi emergere trasformato.

In questa dinamica, il corpo non è mero oggetto di piacere o dolore, né teatro di trasgressione fine a sé stessa, ma diviene un rito vivente, un laboratorio esperienziale in cui eros e thanatos coesistono e dialogano. La dimensione simbolica del BDSM consente la dissoluzione temporanea dell'Io, offrendo spazio alla rielaborazione di emozioni profonde, alla gestione del trauma e alla riconciliazione con parti di sé spesso negate o rimosse. L'esperienza corporea diventa così linguaggio di ciò che la psiche non riesce a esprimere verbalmente: il dolore e il piacere si intrecciano, producendo catarsi, regolazione emotiva e integrazione psicosomatica (Baumeister, 1989; Cross & Matheson, 2006).

La "morte simbolica" non implica distruzione, ma rinascita: attraversare i confini dell'identità permette di confrontarsi con la vulnerabilità e di sperimentare la fiducia nell'altro. Nella relazione BDSM, la negoziazione dei ruoli di potere, l'uso del consenso e la cura post-scenica (aftercare) creano una cornice sicura, un vero spazio di contenimento psicologico, emotivo e fisico, in cui la resa non annulla il Sé, ma lo rigenera. Questo contesto relazionale, fondato su comunicazione, responsabilità e rispetto dei limiti, rende possibile un'esperienza di fusione e di

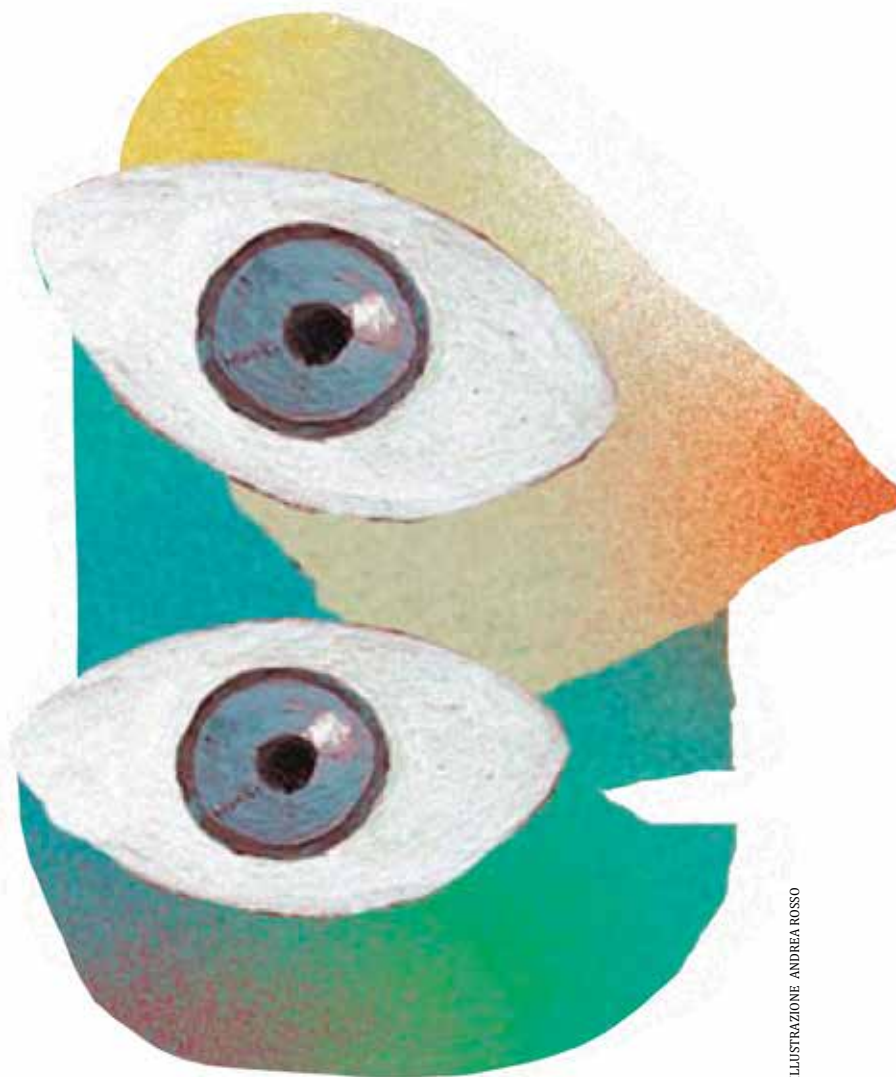


ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

rinnovamento del Sé, simile alle dinamiche osservate nei riti liminali descritti da Turner (1969) e nei processi di individuazione junghiani.

Il valore simbolico del BDSM si manifesta anche nella capacità di trasformare esperienze traumatiche o di perdita di controllo in processi di autoriconoscimento e agency. La “morte erotica” diventa quindi una metafora del percorso di crescita psicologica: lasciando temporaneamente andare l’Io, l’individuo può rinascere in un Sé più integrato, capace di autenticità e connessione con l’altro (Corradino & Guarracino, 2025; Pitagora, 2017).

Dal punto di vista clinico, comprendere il BDSM come linguaggio simbolico ed esperienziale implica superare letture moralistiche o patologizzanti, riconoscendo il diritto di ogni individuo a vivere la propria sessualità come esperienza di conoscenza, trasformazione e libertà. Il BDSM diventa così spazio terapeutico e laboratoriale, trasformando la scena erotica in occasione di crescita psichica, catarsi e integrazione del Sé. La dimensione estetica e rituale della pratica, unita alla consapevolezza del consenso, contribuisce a ridefinire il piacere, il limite e il controllo, rivelando come eros e thanatos possano coesistere generando esperienza di vita e significato.

In sintesi, il BDSM si configura come moderno rito di iniziazione psichica: dissolve temporaneamente l’Io, permette l’incontro con l’Ombra, favorisce la regolazione emotiva e la connessione relazionale, e conduce verso un Sé più autentico, integrato e consapevole. Riconoscere il valore simbolico, relazionale e trasformativo del BDSM significa quindi valorizzare la sessualità come pratica di conoscenza, autonomia e rinascita, restituendo dignità psicologica e clinica a un fenomeno che troppo a lungo è stato frainteso o stigmatizzato.

* Psicologa, Consulente sessuale, Esperta in Educazione Sessuo-Affettiva. Como, Paderno Dugnano.

BIBLIOGRAFIA

- Andrieu, B., Lahuerta, C., & Luy, A. (2019). Consenting to constraint: BDSM therapy after the DSM-5. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(2), e1–e14.
- Baumeister, R. F. (1989). *Masochism and the Self*. Psychology Press.
- Barker, M., Iantaffi, A., & Gupta, C. (2014). Kinky clients, kinky counselling?: The challenges and potentials of BDSM. In *Feeling Queer or Queer Feelings?* (pp. 106–124). Routledge.
- Corradino, A. C., & Guarracino, S. (Eds.). (2025). *L'estasi del martirio: Metamorfosi del piacere e del dolore nell'esperienza estetica*. Milano: Mimesis.
- Cross, P. A., & Matheson, K. (2006). Understanding sadomasochism: An empirical examination of four perspectives. *Journal of Homosexuality*, 50(2–3), 133–166.
- De Neef, N., Coppens, V., Huys, W., & Morrens, M. (2019). Bondage-discipline, dominance-submission and sadomasochism (BDSM) from an integrative biopsychosocial perspective: A systematic review. *Sexual Medicine*, 7(2), 129–144.
- Freud, S. (1920). *Al di là del principio di piacere*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Hoff, G., & Sprott, R. A. (2009). Therapy experiences of clients with BDSM sexualities: Listening to a stigmatized sexuality. *Electronic Journal of Human Sexuality*, 12(9), 30–41.
- Jung, C. G. (1951). *Aion: Ricerche sul simbolismo del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kao, Y. C. (2013). The rise of BDSM (sub)culture and its (dis) content: A literature review. *Sexuality Research in China*, 34(2), 160–180.
- Langdridge, D., & Barker, M. (Eds.). (2007). *Safe, Sane and Consensual: Contemporary Perspectives on Sadomasochism*. Palgrave Macmillan.
- Larva, M. A., & Rantala, M. J. (2024). An evolutionary psychological approach toward BDSM interest and behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 53(6), 2253–2267.
- Lindemann, D. (2011). BDSM as therapy?. *Sexualities*, 14(2), 151–172.
- Monteiro Pascoal, P., Cardoso, D., & Henriques, R. (2015). Sexual satisfaction and distress in sexual functioning in a sample of the BDSM community: A comparison study between BDSM and non-BDSM contexts. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(4), 1052–1061.
- Pitagora, D. (2017). No pain, no gain? Therapeutic and relational benefits of subspace in BDSM contexts. *Journal of Positive Sexuality*, 3(3), 44–54.
- Turner, V. W. (2017). Liminality and communitas. In *Ritual* (pp. 169–187). Routledge.
- Turner, V. (1969). *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Chicago: Aldine Publishing.
- Winnicott, D. W. (1989). Holding and interpretation: Fragment of an analysis (No. 115). Grove Press.

The symbolic annihilation of the self in sexual practices. A psychodynamic analysis of BDSM between Eros, Thanatos and self transformation

The article analyses BDSM (Bondage/Discipline, Dominance/Submission, Sadism/Masochism) as a profound psychological and bodily experience connected with a symbolic dissolution and rebirth of the Self, by investigating the bond between Eros and Thanatos in contemporary erotic behaviours. It adopts a psychodynamic perspective which goes beyond the traditional interpretations of non conventional sexuality as pathologic.

KEYWORDS: BDSM; Eros; Thanatos; symbolic annihilation; psychodynamics; Self transformation; ritual; communitas; kinky; sexual clinic.

link
— caso clinico



ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

Unità mentecorpo e relazioni di cura in Ospedale

Per una clinica psicologica dell'integrazione

The Mind-Body Unit and the Psychosomatic Approach in the Hospital

PAOLA DONDI*

PAROLE CHIAVE: Approccio psicosomatico, Vissuto di malattia, Trauma, Setting multidisciplinare, Funzione psicologica.

Il presente contributo descrive un paradigma di lavoro ad orientamento psicosomatico all'interno delle Istituzioni sanitarie. Negli ospedali moderni, soprattutto in quelli di III livello di intensità, la visione biopsicosociale della cura, l'approccio multi-inter-disciplinare e la cultura dell'umanizzazione sono ampiamente riconosciuti. Parimenti la rapida evoluzione delle tecnologie, l'impatto della digitalizzazione e dell'intelligenza artificiale che si legano all'iper-specializzazione annunciano rischi per il futuro che potrebbero legarsi alla progressiva sostituzione della relazione terapeutica con strumenti digitali e il ruolo della tecnologia nel modificare il modo in cui gli individui affrontano la sofferenza psichica nell'istituzione ospedaliera. Ad esempio una cura sempre più centrata sul sintomo e sull'organo malato che non sulla persona e l'assimilazione dell'umano alla macchina con le possibili conseguenze sulla gestione del bisogno, del pensiero, sul desiderio ed il senso della vita. L'esperienza clinica insegna che quando una persona si ammala, si ammala nella sua totalità e che l'accoglimento delle dimensioni traumatiche evocate debbono essere accolte in un campo intersoggettivo (Baldoni F.2010). I percorsi psicologici quando stabilmente accreditati, nelle Istituzioni sanitarie contribuiscono a favorire quell'approccio globale alla persona che Michel Balint in maniera lungimirante aveva espresso nella storica definizione concettuale di Overall Diagnosis(Balint M.2014).

Introduzione

I percorsi psicologici, quando stabilmente accreditati, nelle Istituzioni sanitarie contribuiscono a favorire quell'approccio globale alla persona che Michel Balint in maniera lungimirante aveva espresso nella storica definizione concettuale di Overall Diagnosis(Balint M.2014). Ancora oggi, nonostante i cambiamenti in essere, prevale una visione culturale fondamentalmente impregnata sulla scissionarietà che può ostacolare l'accoglimento del vissuto individuale e la visione unitaria della persona che necessita cure. L'approccio di intervento

che andrò a descrivere, intrinsecamente multidisciplinare, nelle sue prime applicazioni, nasce in ambito ospedaliero dove gli psicologi, negli ultimi 40 anni, sono stati orientati specificamente al lavoro di supporto alla malattia somatica. Possiamo intenderlo come prospettiva trattamentale idonea ad accogliere la complessità dei bisogni bio-psico-sociali e le nuove richieste di cura del cittadino valorizzandolo quale soggetto al centro dei percorsi di continuità ospedale - territorio. Ciò mostra coerenza con le Linee di indirizzo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che insistono su di un concetto di salute come benessere globale (One Health), che include i valori e gli standard di promozione della salute nella struttura organizzativa e nella cultura dell'ospedale a beneficio non solo dei pazienti e dei loro familiari ma anche del personale (Linea guida per l'implementazione del Piano d'azione congiunto One Health (OH JPA) 2022-2026. OMS). Le esperienze cliniche poste in essere nelle aziende sanitarie che includono la presenza integrata di un Servizio di Psicologia, all'interno degli ospedali, indicano in tale scelta un fattore cruciale per il superamento di molte situazioni di interesse clinico, relazionale ed organizzativo. La psicologia in ospedale accoglie la prospettiva multi/interprofessionale per rispondere a bisogni sempre più complessi ed in continua trasformazione dell'istituzione e dei pazienti ed una visione integrativa della clinica con l'organizzazione, il benessere organizzativo, la formazione del personale e la ricerca ("Linee di Indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di organizzazione dell'area Psicologia Clinica e di Comunità", (2021) Regione Emilia Romagna; Documento di Consenso Italiano sulla Psicologia Ospedaliera" "Italian Statement on Hospital Psychology"; 2013).

La questione mentecorpo in ambito ospedaliero : evoluzione epistemologica

La letteratura psicologica, psicobiologica , neuroscientifica e la ricerca in ambito epigenetico dimostra come il corpo fisico è il luogo in cui si inscrivono sia la natura intesa come genetica, sia la cultura ampiamente intesa come ambiente relazionale ed intersoggettivo(Schore A.N.2019) .Il funzionamento della mente esplorata attraverso il contributo delle Neuroscienze affettive costituisce una prospettiva che tende a colmare quel salto dalla mente al corpo, che Freud poneva alle origini dell'accadere psichico (Freud S.1970). La ricerca in corso sull'epigenetica consente di comprendere come l'espressione del patrimonio genetico possa essere modificata attraverso le influenze ambientali. Nelle interazioni primarie tra il bambino e le figure di accudimento, queste ultime, forniscono esperienze che modellano il suo potenziale genetico e che agendo come regolatori psicobiologici attraverso gli ormoni influenzano direttamente la trascrizione genica (Mucci C. 2018). Durante i periodi critici dell'evoluzione, attraverso processi psico-neuro-endocrini, si creano effetti permanenti a livello genomico che influiscono sullo sviluppo dei circuiti cerebrali (Shore 2019). La continuità dello sviluppo implica per tanto cambiamenti progressivi in risposta all'interazione degli stimoli biologici ed ambientali. È possibile affermare che la vita stessa è una negoziazione continua tra natura e cultura che rende conto, su un continuum, della condizione di salute o malattia della persona. *L'attualità di tale prospettiva culturale intreccia considerazioni cliniche, meta-psicologiche ed il contributo delle neuroscienze affettive e riconosce nell'unità mentecorpo il fondamento dell'esistenza di ogni essere umano.* I fenomeni clinici debbono essere accolti, confrontati ed integrati con il mondo interno di percezioni, emozioni e pensieri che l'individuo vive nell'esperienza di malattia e che interessano simultaneamente il corpo e la mente. L'articolazione del fenomeno malattia è la risultante dell'integrazione tra l'organizzazione biologica, gli stati psichici e l'istituzione sanitaria con i suoi diversi percorsi. Quando una persona entra in ospedale in condizioni di emergenza può oggi essere trattata con strumenti, farmaci, tecnologie sofisticate che intervengono sul soma sospendendo temporaneamente la coscienza, operando trasformazioni, giungendo a sostituire organi e/o modificare funzioni a scopo salvifico. Tutto ciò è qualcosa di impensabile, si tratta di esperienze che non sono esplorabili con il solo uso della coscienza in quanto gli aspetti senso-percettivi corporei, elicitati da qualunque evento mutativo e traumatico, sono sempre in stretto rapporto ad eventi di natura emozionale. Essi traggono la loro origine nell'inscindibile ed inestricabile intreccio tra psichico e somatico. Se tale intreccio non viene riconosciuto ,si

È possibile affermare che la vita stessa è una negoziazione continua tra natura e cultura che rende conto, su un continuum, della condizione di salute o malattia della persona. L'attualità di tale prospettiva culturale intreccia considerazioni cliniche, meta-psicologiche ed il contributo delle neuroscienze affettive e riconosce nell'unità mentecorpo il fondamento dell'esistenza di ogni essere umano.

Nella relazione emotiva con la madre il bambino incontra una fitta rete di scambi corporei e sensoriali, crea le prime proto-rappresentazioni dando loro una collocazione spazio-temporale ed organizzando intorno ad esse il proprio mondo interno. È nell'inconscio non rimosso che si depositano le esperienze relazionali precoci con l'oggetto primario che restano dissociate dalla memoria esplicita autobiografica e si mantengono invece nella memoria implicita pre-verbale.

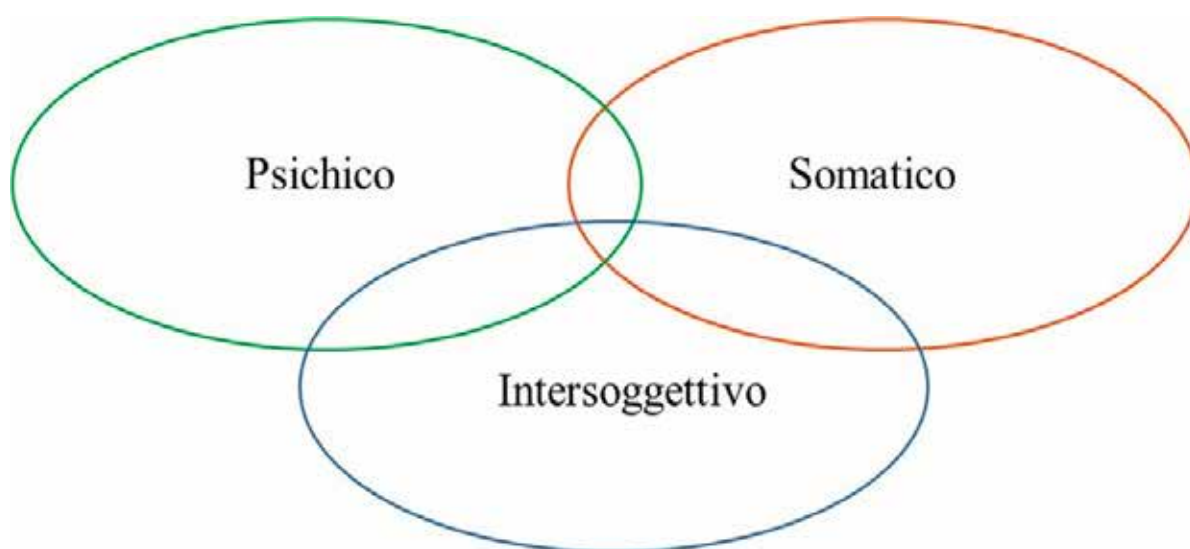
acuisce, nel vissuto del paziente una dolorosa frammentazione (trauma) che può risultare ostativa i processi di riparazione-integrazione (Dondi P.2023). Approfondimenti nello studio della natura dell'inconscio non rimosso, nell'accezione più ampia di inconscio strutturale, ci consentono di riconoscere nell'incontro con il paziente tematiche dolorose relative a fasi precoci del suo funzionamento globale, nelle quali è impossibile distinguere il somatico dal mentale e nelle quali sono propriamente le esperienze affettive che connotano i primi sviluppi della vita psichica (Matte Blanco I.1981). La natura dell'inconscio non rimosso è intrinsecamente relazionale (Mancia M. 2004, Siegel D.J.1999). Nella relazione emotiva con la madre il bambino incontra una fitta rete di scambi corporei e sensoriali, crea le prime proto-rappresentazioni dando loro una collocazione spazio-temporale ed organizzando intorno ad esse il proprio mondo interno. È nell'inconscio non rimosso che si depositano le esperienze relazionali precoci con l'oggetto primario che restano dissociate dalla memoria esplicita autobiografica e si mantengono invece nella memoria implicita pre-verbale. I contributi psicobiologici sottolineano che tali esperienze non possono essere sottoposte al meccanismo della rimozione, poiché le strutture ippocampali dedicate alla conservazione della memoria autobiografica ed esplicita non maturano prima dei due anni di vita (Siegel D.J.1999). Non sono suscettibili di ricordo cosciente, in quanto non verbalizzate e verbalizzabili; costituiscono pertanto la struttura portante di un inconscio precoce non rimosso, che condiziona la vita affettiva, emozionale e cognitiva. Il concetto di inconscio non rimosso conferma le intuizioni di Mancia, che comprende nel concetto di implicito le zone profonde affettive non verbali o sub simboliche (Mancia M. 2004, Bucci W 2001). Tali aree sono regolate soprattutto dal sistema limbico e dall'amigdala, lateralizzate come funzioni specifiche soprattutto a destra. Le più recenti ricerche sul trauma infantile, in particolare la definizione di trauma complesso, hanno indicato come l'inconscio non rimosso costituisca un nucleo originario e precoce segnato da memorie somatiche (Mucci C.). Queste memorie somatiche rimangono vive e fondanti quelle matrici relazionali sé-altro, che vanno a costituire l'immagine del sé, l'autostima, le capacità socio-relazionali e che sono preposte alla capacità auto-regolatoria affettiva. *Il campo intersoggettivo umano riveste un ruolo fondativo nei processi di identificazione e tale rilievo apre alla necessità di valorizzarlo all'interno delle relazioni di cura.* In particolare ciò permette allo Psicologo che opera in ambito ospedaliero di riconoscere che è attraverso il sistema duale paziente-terapeuta, nell'ambito del quale si ricodifica la relazione duale caregiver-bambino (accolta all'interno di un campo di cura), che si può ottenere la riparazione o il recupero di un funzionamento più efficace. In questa area di intreccio, che non è esclusiva delle prime fasi della vita ma resta latente nel corso dell'esistenza, si può cogliere una richiesta di connessione che non trova le parole per esprimere un bisogno. Tale area pre-verbale, "lacunare" indica un'esigenza vitale, che il paziente non riesce a tradurre in un linguaggio condiviso (Scoppola L. 2011). Luigi Scoppola sottolinea che la maturazione del Sé (processo di integrazione) anche se ha seguito uno sviluppo naturale, lascia qua e là delle aree del Sé più fragili, incomplete e prive di relazioni conoscitive del tipo "sensazione-percezione-emozione-pensiero". Ciononostante le funzioni dell'Io, relative alle parti sane del Sé, vanno incontro ad integrazione, adeguamento e funzionamento. Le aree di sofferenza lacunare del Sé rappresentano l'esperienza dolorosa del neonato quando vive una dimensione sensoriale, che si connota di stati affettivi legati alla separazione e alla solitudine abbandonica, loneliness. (Model A.H. 1993). Poiché le aree lacunari non possono andare incontro ad un'elaborazione e rimangono depositate nelle memorie somatiche/ implicite (Mancia M.2004, 2006, Scoppola L.2011), esse non sono identificabili attraverso le parole del paziente, ma soltanto attraverso il così detto "linguaggio privato" (lamento, pianto, attività muscolare, attivazione neurosensoriale, etc) che deve essere riconosciuto nell'incontro. Queste aree condizionano il mancato passaggio dal linguaggio concreto del corpo al linguaggio simbolico e astratto. Sul tema della natura inconscia della mente arcaica dobbiamo ad Eugenio Gaddini la definizione di Organizzazione Mentale di Base (OMB) che tratteggia come, l'organizzazione in divenire della mente infantile ove le arcaiche esperienze frammentarie, i nuclei senso-motori isolati e gli apprendimenti legati all'esperienza sensoriale, realizzano un ordinamento gruppale (Gaddini E. 1989).

È la mente di cui l'individuo dispone fino al costituirsi di un Sé separato, che si organizza intorno al sesto mese di vita e apprende per imitazione il funzionamento corporeo: *i modelli mentali si costituiscono con modalità parallele a quelle del funzionamento biologico*. L'integrazione delle prime esperienze relazionali del neonato si realizza attraverso processi di gruppalizzazione, di ordinamento ed individuazione gerarchica che sono caratteristici del sé primitivo). La principale fonte di attivazione dei processi di regolazione del Sé è insita nella relazione con l'ambiente e le sue modificazioni. Edelmann sottolinea che il neonato non pensa la propria esperienza, la vive come questa accade nella sua realtà percettiva attraverso le prime esperienze sensoriali di contatto (Edelmann G. M.1995). L'integrazione di queste attraverso il funzionamento delle mappe neurali in percepiti, che vengono acquisiti nella memoria, costituisce una base primitiva di funzionamento che resta iscritta nella mente ed è soggetta ad una ritrascrizione continua (Modell A.H. 1993). Risulta più chiaro come distinguere mente e corpo all'interno del vissuto di malattia reintroduca una dimensione dualistica e scissionale. Al contempo si riconosce la centralità del ruolo che le relazioni e le comunicazioni poste in essere con il personale sanitario può avere sui processi di regolazione psicobiologica.

La malattia si presenta come una dimensione concreta in sé e rappresenta il segno, e non il simbolo di stati di disagio conflittualizzato relativi ai desideri e alle fantasie inconscie. È segno di un'alterazione degli equilibri esistenti tra i tre sistemi fondamentali costitutivi dell'essere: psichico, somatico e intersoggettivo.

L'esperienza di malattia e il vissuto

Il lavoro psicologico in ospedale ha una specifica peculiarità: permette di avvicinarsi agli stati di sofferenza arcaica del sé che si riattivano a fronte dell'esperienze di discontinuità mentecorpo quale fenomeno naturale negli stati di grave malattia e nelle esperienze di trasformazione del soma (Scoppola L.1984). Può dare luogo alla riattivazione di penose condizioni dolorose quali esperienza di solitudine, sensazione di separazione, vuoto abbandono, inadeguatezza al fronteggiamento, annientamento. Si delineano *tre principali dimensioni* di approccio alla valutazione del malato: 1) la dimensione biologica dell'individuo nelle proprie condizioni anatomo-funzionali; 2) la dimensione patologica in termini di relazione al proprio Sé; 3) la dimensione che la persona scopre nel rapporto sia con l'ambiente fisico nel quale si trova collocato, che con l'ambiente sociale con il quale tiene una serie di relazioni sia diadiche che gruppal. In quest'ultimo ambiente si considerano le relazioni con i familiari-con il lavoro e con la struttura di ricovero.



alle strutture della mente. Poiché non è possibile la cura di una malattia se non si identifica una diagnosi, il percorso terapeutico è implicito alla sua

Il riconoscimento al malato della libertà di pensare sé stesso e descrivere la propria condizione personale si ritiene debba essere al centro di qualsivoglia intervento psicologico-clinico. Il riconoscimento del suo bisogno, prima ancora del suo desiderio deve essere tenuto in conto nella gestione dei rapporti esistenti tra il personale sanitario e il malato in quanto indica lo stato della realtà del vissuto portato.

organizzazione, si evidenzia l'impossibilità di curare la malattia come entità in sé, se non in rapporto all'intera personalità del malato. Gli anni di lavoro in ospedale e l'incontro con persone in condizioni emergenziali mi hanno permesso di evidenziare che le rappresentazioni del Pz. che vive stati di sofferenza globale legata a gravi alterazioni dello stato di salute siano prevalentemente organizzate sul disagio concreto svincolato da elementi a contenuto simbolico (Dondi P.2007). È un incontro con elementi che talvolta non sono completamente esplorabili con il solo uso della parola e richiede una condivisione molto profonda. L'esperienza di malattia è spesso legata alla sensazione di "mutamento" del proprio esistere con l'impressione di avere dentro di sé una realtà diversa da quella propria. La relazione con il mondo esterno si trasforma, muta il rapporto con le persone e gli oggetti, il progetto quotidiano di vita cambia, si sospende o si annulla inducendo il malato ad ansietà, dubbi e delusioni e ad una situazione di incerto riconoscimento della propria identità. Dunque il riconoscimento al malato della libertà di pensare sé stesso e descrivere la propria condizione personale si ritiene debba essere al centro di qualsivoglia intervento psicologico-clinico. Il riconoscimento del suo bisogno, prima ancora del suo desiderio deve essere tenuto in conto nella gestione dei rapporti esistenti tra il personale sanitario ed il malato in quanto indica lo stato della realtà del vissuto portato. Un'analisi più approfondita permette poi di identificare "caratteristiche strutturali del vissuto di malattia", riferibili a particolari alterazioni del vissuto spazio-temporale in relazione al corpo e al rapporto con la realtà circostante. Nell'esperienza di malattia lo spazio corporeo, distinto da quello situato all'esterno del corpo, è quello nel quale è localizzato il processo morboso. All'interno del proprio Sé la rappresentazione dello spazio corporeo è di diversa grandezza a seconda del tipo e della gravità della malattia: se questa ha connotazioni cliniche di circoscrivibilità, potrà essere vissuta come definibile in un determinato spazio del corpo e talora essere fantasticata come fuori dal corpo stesso. In questa situazione il corpo può essere vissuto come divisibile in parti e non omogeneo (Scoppola L.1984). Ad esempio, la frattura di una falange viene rappresentata all'interno del Sé come distinta da tutto il corpo ovvero non tutto è fratturato: solo una piccola frazione lo è con concrete possibilità di recupero funzionale. Se la frattura per svariati motivi si complica e dà luogo ad una sepsi generalizzata, la malattia può a livello fantasmatico occupare tutto lo spazio corporeo e dunque malato e corpo sono vissuti come un tutto indivisibile: corpo e malattia sono un'unica realtà. L'altra dimensione da considerare nell'esperienza di malattia riguarda il tempo; riprendendo l'esempio della frattura, questa può essere rappresentata, all'interno di sé come evento definito da un inizio ed una fine. Non ugualmente in altre circostanze per le quali sia stato considerato uno spazio temporale non definibile ed omogeneo, che verrà considerato "infinito" (Matte Blanco 1975). Sappiamo che la vita necessita di una prospettiva temporale definibile attraverso la presenza di limiti. Quando l'esperienza di malattia viene vissuta nel non-limite temporale diviene carica di angoscia di morte imminente. È esperienza frequente nell'incontro con persone in condizioni di malattia grave osservare che la rappresentazione del tempo si fa infinita ("Non ne esco fuori", "Quando finirà?", "Quando guarirò?") fino a bloccare il processo d'infuturazione.

Trauma, malattia e situazioni traumatiche

In Ospedale giungono le più diverse situazioni di sofferenza con gradienti di gravità differenti che possono dare luogo a transiti brevi fino a percorsi di lungodegenza. Si tratta di persone che vivono l'esperienza traumatica per l'insorgere di una malattia, il riaccutizzarsi della patologia o in relazione ad eventi esterni di vita emergenziali quali perdite improvvise, violenze, incidenti stradali, domestici, sul lavoro o collettivi. È disponibile una congrua letteratura di ambito psicologico che in questi ultimi decenni ha esplorato il funzionamento della mente e le dimensioni che entrano in causa durante le esperienze traumatiche ed i fattori estremi ai quali sono sottoposti durante emergenze non soltanto gli individui ma anche gli operatori sanitari addetti alla cura (Correale A. 2007). I quadri sono molteplici: dalla condizione di cronicità (dove la dimensione di angoscia è principalmente saturata dalla percezione di un danno vissuto come inemendabile), alla condizione di acuzie (con perdita dell'autoregolazione e

angoscia di morte incombente), alla condizione traumatica da evento esterno e shock relato alla rottura dell'involucro corporeo e/o psichico (caduta del senso di continuità dell'essere, frammentazione), (Dondi P. 2007). A fronte del trauma la condizione di sospensione quasi totale dell'attività psichica è conseguente al dilagamento nell'Io di tali processi che garantiscono appunto la coesione del sé. Il carattere di diffusibilità del trauma è tale che da istantaneo e circoscritto diventa totale senza confini di tempo e di spazio e rimanda a fasi precoci della strutturazione del sé ove prevalevano relazioni simmetriche che impediscono l'uso della funzione simbolica (Scoppola L. 2005). Ricordiamo che etimologicamente, trauma, significa "forare la pelle, rompere l'involucro corporeo". Il trauma dunque è caratterizzato dall'invasività, subitanità ed imprevedibilità e da un effetto posteriore visibile e repentino come segno della rottura dell'equilibrio nelle funzioni dell'Io individuabile nell'impotenza di fronte ad un accumulo di eccitamenti. L'evento traumatico determina un input emotivo di tale intensità da disintegrare la capacità di fare propria la contingente esperienza affettiva e di poterla elaborare. In questi casi la persona appare disarticolata nel pensiero talvolta automatizza e/o disorientata e confusa: la morte si presentifica nell'esperienza di vita. Potremmo definire il trauma come un'onda anomala che sfocia in un'angoscia invivibile di perdita totale. Quando la percezione di impossibilità di fronteggiamento è tale da non consentire di riconoscersi vitale il senso di morte può invadere la persona: tale sovvertimento ostacola la strutturazione del pensiero logico-deduttivo ed interrompe questa funzione (Scoppola L. 2005). In alcuni casi entra in gioco la dissociazione, che, come afferma Bromberg, è una funzione normale della mente ed esclude dal campo della coscienza stati di sofferenza che sarebbero intollerabili legati sia a realtà esterne sia interne (Bromberg F. M 2007). E' un meccanismo di sbarramento che mette al riparo la coscienza ordinaria dall'inondazione di stimoli dolorosi con lo scopo di proteggere l'Io. L'alterazione temporanea dello stato di coscienza ordinario tramite l'inibizione d'informazioni intollerabili e sopraffacenti consente la costruzione di una realtà parallela più favorevole nella quale il malato trova rifugio. Il sollievo ottenuto dal ritiro temporaneo in questo rifugio non è patologico e può essere messo al servizio dell'Io. Nell'esperienza clinica ospedaliera si riconoscono due prevalenti assetti psicologici nell'area traumatica legata all'esperienza di malattia: il trauma relativo all'insorgere e alla diagnosi di malattia che riattiva le aree lacunari e il trauma esplosivo-catastrofico con esiti somatici, cognitivi e funzionali conseguente all'impatto con eventi esterni.

Il carattere di diffusibilità del trauma è tale che da istantaneo e circoscritto diventa totale senza confini di tempo e di spazio e rimanda a fasi precoci della strutturazione del sé ove prevalevano relazioni simmetriche che impediscono l'uso della funzione simbolica

Trauma da riattualizzazione della sofferenza lacunare

La si ritrova nel vissuto del paziente come percezione di mancanza, assenza, risonanza di uno spazio mentale vuoto ad *un bisogno che non ha trovato risposta*, a una dissintonia, a una disconnessione. Come già evidenziato, non esiste un

Incontro del traumatismo in ospedale e quale traumatismo?

Trauma esplosivo catastrofico	Trauma conseguente alla presenza di aree lacunari del Sé
- Incidenti stradali - Politraumi - Violenze - Comunicazioni di cattive notizie - Etc..	- Sintomi psicosomatici - Psicosomatosi - Malattia somatica - Malattia somatica cronica

Figura 2: Incontro del traumatismo in ospedale

Al terapeuta è richiesta la capacità di poter regredire e di oscillare tra i vari livelli di strutturazione dei contenuti del vissuto del malato in un intreccio comunicativo-regolativo definito da Shore “sistema emotivo sincronizzato”.

individuo che nel corso delle primissime esperienze di vita post-natale non sia andato incontro al costituirsi di alcune aree di sofferenza lacunare del Sé in quanto legata alla naturale evoluzione del processo di maturazione ed integrazione del Sé. È correlata alla modulazione relazionale intersoggettiva nel rapporto del bambino con l'ambiente primario, cioè all'esperienza di situazioni abbandoniche e di solitudine, di frustrazione per la *mancata sintonizzazione del caregiver nella soddisfazione dei bisogni* (Gaddini E. 1989). I segni di queste sofferenze primitive sono depositati nelle memorie implicite corporee. In molti casi grazie alla molteplicità delle relazioni intersoggettive, lo sviluppo dell'Io ha riparato queste sofferenze, se limitate nel tempo e nello spazio mentale, e si sono costituite barriere difensive. Rientrano in questa configurazione i sintomi psicosomatici, i veri e propri disturbi psicosomatici, la malattia somatica acuta e ad andamento cronico.

Il trauma catastrofico esplosivo

Le persone che vanno incontro a questo tipo di trauma si trovano ad un confronto tra una condizione già integrata e preesistente al trauma ed una condizione di esplosione che ha creato scompaginamenti e disarticolazioni del Sé. Pensiamo ad es. agli incidenti stradali, sul lavoro o domestici, ai gravi politraumi con perdita dell'integrità somatica e talvolta perdita di familiari coinvolti. Tale trauma colpisce l'Io in una modalità estesa, induce frammentazione, disarticolazione, congelamento temporale e può estendersi per contiguità verso le aree lacunari del Sé. L'imprevedibilità assoluta dell'evento attiva sentimenti d'inadeguatezza a far fronte all'elaborazione che ha causato un lutto o una perdita/ danneggiamento di organi o funzioni apparentemente inelaborabile. Il trauma lascia un'assenza con i derivati della perdita. Possono presentare escursioni ed alterazioni emotivo-affettive con oscillazioni bipolari che talvolta esprimono il tentativo dell'Io di ridarsi energia vitale per poi cadere nell'inadeguatezza. La memoria di ciò che un tempo è esistito nell'esperienza reale della persona tende a mantenersi come incancellabile traccia ma è proprio l'incancellabilità di tale memoria che la rende sempre vivida (Scoppola L. 2005). In corso di trattamento psicologico l'esperienza di perdita e vuoto incontra l'esperienza viva del terapeuta che riapre il confronto con la qualità di esperienze vissute dal paziente prima del trauma. Gli affetti ripetitivi (ripetizione e ritrascrizione) nella relazione funzionano da motori dei ricordi e consentono, con estrema gradualità, di esplorare le memorie stratificate sia esplicite che implicite e a consentire un lenimento del dolore. Ciò comporta un intenso coinvolgimento nella coppia terapeutica e al terapeuta è richiesta la capacità di poter regredire e di oscillare tra i vari livelli di strutturazione dei contenuti del vissuto del malato in un intreccio comunicativo-regolativo definito da Shore sistema emotivo sincronizzato (Schore A.N.2019). Tale comunicazione implicita sincronizzata a due (interazione dinamica tra emisferi destri) e la regolazione affettiva è centrale nella riparazione delle gravi alterazioni del Sé (Schore A. N 2008,2019).

Servizio di Psicologia: tra rotture traumatiche e possibili riparazioni

Condizione necessaria per l'esercizio della funzione psicologica nei setting ospedalieri è la presenza di un contenitore stabile (setting allargato) nell'ambito del quale il S. di Psicologia rappresenta non soltanto il luogo fisico della sua collocazione ma anche un luogo mentale. Svolge quella che Ballerini e Berti Ceroni hanno definito la funzione di “porto”, ovvero lo stazionamento, il ristoro e il riapprovvigionamento delle energie mentali dei professionisti (Ballerini A., Berti Ceroni G. 1986). Il S. di Psicologia Ospedaliera rappresenta un limite strutturante, un'interfaccia tra la clinica e l'organizzazione (Dondi P. 2021). Tale limite è alla base della possibilità di lavorare nell'ospedale generale codificato sul paradigma medico causale, iper-specialistico e sempre più tecnologico mediato. La messa in atto della funzione psicologica in ospedale implica un governo continuo dei rapporti tra l'atto terapeutico e l'organizzazione e promuove il superamento dell'impostazione “duale” rendendo esplicita la visione del gruppo di lavoro come agente di trasformazione dell'organizzazione stessa. Tale paradigma è applicabile quando è consolidata una cultura in ambito psicosomatico ed è presente un costante dialogo con i diversi specialisti coinvolti

nei percorsi di cura appartenenti ai numerosi e diversi campi multidisciplinari (Carli R, R. M Paniccia 2003). Per tanto si sottolinea che lo psicologo non può lavorare da solo. La complessa costruzione di sintonizzazione ambientale chiama in causa, quale condizione necessaria, la multidisciplinarietà e include non solo pazienti ed operatori ma quando necessario, anche familiari-caregiver. Tale complessualità rappresenta le fondamenta di un modello riparativo, all'interno del quale le relazioni intersoggettive connettendo l'intervento biologico con il "clima affettivo" e relazionale intorno alla persona, rendendolo più sintonico ai suoi bisogni, favoriscono la ripresa dei processi di autoregolazione. E' tale clima, ovvero la risultante del l'integrazione dei diversi livelli di cura elaborata nella mente del terapeuta, introiettato dal paziente, ciò che gli consente una ri-significazione più sostenibile del disagio (Dondi P. 2023). Rappresenta il tessuto connettivo nell'ambito del quale può avvenire il lenimento e la riparazione.

L'impatto traumatico della malattia: tra "regressione" e disorganizzazione progressiva

Ritengo che la clinica psicologica in ambito ospedaliero debba riconoscere la distinzione tra sofferenza mentale primitiva, disorganizzazione progressiva e disarticolazione psicotica (Lingiardi V, McWilliams N, 2019). Come già sottolineato l'esperienza di malattia somatica ripropone all'individuo esperienze di estrema precarietà che sono state presenti all'inizio della vita (in tutti gli essere umani) in una pressoché indistinguibilità tra somatico e psichico. La persona malata, con il suo vissuto traumatico, può scivolare verso modalità di funzionamento mentale primitive fino alla comparsa di sintomi di panico organismico (differente dall'attacco di panico), che vanno riconosciuti come espressione della condizione di malattia (compatibili con D. Adattamento) e non una psicopatologia (Lingiardi V, Mc Williams 2020, Scoppola L. 1984). Il malato si trova già in una condizione comunemente chiamata "regressione", ma che in realtà è di limitazione, riduzione del suo spazio di movimento, sospensione delle sue routine di vita e affidamento di se stesso ad altri. È solitamente un quadro limitato nel tempo a partire dal quale c'è la possibilità di una riorganizzazione, ad esempio quando le cure ospedaliere nella loro oggettività e ripetizione fungono da rassicurazione e contenimento delle angosce. Pertanto, più che non lavorare su questa condizione oggettiva di dipendenza, funzionale alla cura, si tratta di lavorare per evitare al malato il rischio di scivolare verso una disorganizzazione progressiva (Lecours S. 2007). La disorganizzazione può annunciarsi a fronte di eventi intercorrenti negativi come la protrazione del ricovero, le complicanze, l'aggravamento e la perdita della capacità di infuturazione. Ciò attiva per l'effetto cerniera e sull'asse sensazione-percezione-emozione-pensiero, esperienze penose di solitudine e di separatezza di fronte alle quali la mente può arrestarsi.

Unità mantecorpo nei diversi setting

Per aiutare il malato che affronta diverse e complesse condizioni di malattia che possono compromettere il processo di mentalizzazione, va riconsiderato nella pratica clinica il ruolo del preconcio nella relazione terapeutica (Bolognini S. 2019). Il Preconcio comprende quegli elementi della psiche che possono giungere alla coscienza, ai quali il terapeuta può accedere poiché non sono andati incontro a censura, essendo più in contatto con il principio di realtà. Il preconcio è una struttura che ha uno spessore ricco di contenuti rappresentativi, è flessibile e permeabile alla circolazione delle rappresentazioni tra conscio e inconscio, il suo funzionamento ha permanenza e regolarità (Freud S. 1899). Il processo terapeutico è legato alla possibilità di mettere a disposizione dell'altro le proprie rappresentazioni più solide ed articolate legate a significati relazionali, non impoverite dall'esperienza di malattia. Si effettua ciò che è stato definito dalla Scuola di Parigi il "prestito" del preconcio, movimento che può avvenire nell'hic et nunc dell'incontro e nell'ambito di un rapporto terapeutico che ha un tempo

L'esperienza di malattia somatica ripropone all'individuo esperienze di estrema precarietà che sono state presenti all'inizio della vita (in tutti gli essere umani) in una pressoché indistinguibilità tra somatico e psichico. La persona malata, con il suo vissuto traumatico, può scivolare verso modalità di funzionamento mentale primitive fino alla comparsa di sintomi di panico organismico (differente dall'attacco di panico), che vanno riconosciuti come espressione della condizione di malattia

Più il paziente si trova in condizioni gravi, più il terapeuta assume su di sé, attraverso la vicinanza empatica una quota di sofferenza, poiché non sempre è possibile usare la parola come veicolo comunicativo e talvolta è necessario l'ascolto anche del familiare/caregiver.

L'approccio mentecorpo: i fondamentali

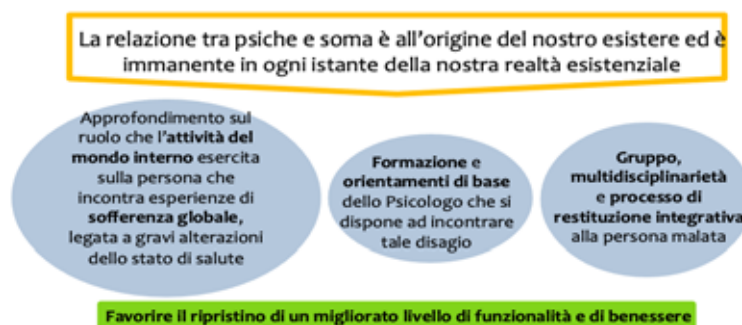


Fig.3 Approccio mentecorpo:i fondamentali

definito (Marty P., De M'Uzan M., David C. 1971). I setting dove gli psicologi si trovano ad operare sono molteplici (letto nella stanza, sala dialitica, ambulatorio, stanza riunioni, acquario/open space come in Terapia Intensiva, palestra riabilitativa, corridoio, ecc. e talvolta in presenza di altri pazienti (Dondi P. 2022). L'intervento psicologico deve essere disposto in modo corrispondente al livello mentale del paziente (grado di mentalizzazione di cui dispone il malato al momento dell'incontro) nelle diverse situazioni contestuali. La corrispondenza è il fondamentale passaggio di un processo trasformativo, momento per momento e favorisce la costruzione-ricostruzione del mondo interno del paziente nell'hic et nunc dell'incontro. Più il paziente si trova in condizioni gravi, più il terapeuta assume su di sé, attraverso la vicinanza empatica una quota di sofferenza, poiché non sempre è possibile usare la parola come veicolo comunicativo e talvolta è necessario l'ascolto anche del familiare/caregiver. Sulla base di una corresponsione di modelli paralleli lo stato somatico corrisponde alla condizione mentale: attraverso le funzioni di handling ed holding il terapeuta lavora sul Sé (mentecorpo) per favorire la graduale integrazione di elementi di pensiero (Gaddini E. 1989). Se il paziente è vigile nel contatto intersoggettivo, lo psicologo può sintonizzarsi intuitivamente con le strutture ritmiche non verbali degli stati interni modificando in modo flessibile, fluido e sincronizzato il proprio comportamento. Il ripetersi degli incontri favorisce una relazione fiduciaria tra paziente e terapeuta, permette l'espressione di esperienze emotivo-relazionali inconscie che possono risuonare con la storia primaria di attaccamento. Il terapeuta è consapevole di come, al di là degli scambi verbali, il paziente comunichi affetti impliciti ed esprima il proprio stile di attaccamento (Shore A.N 2008, Mucci C. 2018). In questo tipo di rapporto si apre la possibilità dell'uso di un linguaggio che va dal somatico al mentale con equivalenza di contenuti.

Punti chiave del trattamento



Fig 4 Punti chiave del trattamento

Verso l'integrazione: le relazioni di cura in uno spazio condiviso

Parlare d'integrazione quando si opera in uno spazio condiviso di cura come in Ospedale richiede di riportare l'attenzione al fatto che il primo luogo dove essa si realizza è la mente del terapeuta: se questo avviene il malato potrà avvertirne l'eventuale assenza. Viceversa se la separazione dei diversi ruoli e la scissione mentecorpo del malato si trova nella mente dello Psicologo il rischio è che Egli possa agirla ancora prima che la persona esponga il proprio disagio. È noto inoltre che l'attività psicologica incontra una certa difficoltà a poter essere descritta all'interno di protocolli e linee guida che richiedono un tipo di codifica descrittiva sintetica quando i contenuti specifici del lavoro psicologico incontrano livelli relazionali profondi quali ad es. stabilire e rendere possibili movimenti di attaccamento. In tali condizioni sono i gesti e i silenzi piuttosto che le azioni e le parole ad entrare a far parte della modulazione relazionale (Scoppola 1984). Allenarsi a trasferire agli operatori sanitari, con cui si lavora, i contenuti, spesso comunicati in termini non verbali e captati tramite l'attivazione del registro sensoriale, diviene parte delle prassi routinarie e di un training clinico esperienziale necessario che include il personale in formazione attraverso il metodo dell'osservazione partecipata (Casonato M., Tampieri T. 1993). Trasferire significa tradurre da un linguaggio all'altro gli aspetti di quella bisognosità che emergono a livello profondo nello stato mentale del paziente. Stern parla di percezione amodale quando descrive il sistema percettivo del neonato che è in grado di trasferire informazioni da un sistema all'altro ovvero riceve un'informazione in una modalità sensoriale e la traduce in un'altra (Stern D.H. 1985). Similmente il clinico filtra tali contenuti e sviluppa un'elaborazione di senso comunicando al personale coinvolto nel percorso di cura soltanto ciò che è utile in quel momento per aiutare il paziente. Questa funzione di restituzione è centrale al lavoro psicologico in Ospedale poiché se la persona malata permane in tale situazione di sospensione si osserva un aumentato rischio di viraggio dalla condizione di regressione a quella di disorganizzazione progressiva. (Lecours S. 2007) Tale intervento include il paziente, se responsivo, o le figure dell'entourage familiare, che esercitano funzioni vicarianti la mente del paziente quando effettuano l'assistenza in ospedale. La funzione psicologica di restituzione è legata a tre dimensioni: multidisciplinarietà, capacità di lavoro in team e campo di cura. La sintonizzazione di questi elementi favorisce continuità interna e contrasta la frammentazione elicitata dalla traumaticità che può riaffacciarsi qualora i livelli di intervento tendano a mantenersi non dialoganti tra loro. Quest'ultima condizione trova corrispettivo clinico nelle oscillazioni negli stati di funzionamento del Sé del paziente. Si giunge ad evidenziare che la posizione/postura terapeutica dello Psicologo è centrata su di una disposizione al contatto relazionale psico-sensorialmente vivido ed empatico e a sintonizzarsi con il dolore e a prenderlo su di sé. Una prospettiva diagnostico-interpretativa non è utilizzabile in questi casi. Quando il paziente è in condizioni evolutive e si possono utilizzare setting ambulatoriali ad intervento breve, il lavoro a sostegno dell'ordinamento e della risignificazione dei vari brani di storia di vita è particolarmente utile a favorire l'integrazione degli elementi di sofferenza somatica nella realtà inscritta nel disagio globale della persona (Bologna M, Fiaschi MD, Gislon MC. 2023). Nell'incontro è l'emozione (evento cerniera), che ha la capacità di riconnettere, nel qui ed ora, l'evento somatico (sintomo) con quello psichico (mondo inconscio). La relazione transferale consente una bonifica del dolore attraverso la strutturazione di uno spazio vivibile, ove il malato sperimenta una condizione di aumentata sicurezza. Le trasformazioni possono avvenire attraverso la presenza degli affetti e il dolore che può emergere si confronta con i diversi sentimenti che sono presenti nella coppia terapeutica in una vicinanza profonda. (Dondi P. 2022)

Conclusioni

Unità mentecorpo, vissuto di malattia, trauma e traumatismo, relazioni di cura in Ospedale rappresentano le parole chiave che hanno orientano, nel presente lavoro, la declinazione della complessità che i percorsi psicologici all'interno delle istituzioni ospedaliere debbono accogliere. La clinica Psicologica in Ospedale

*La clinica
Psicologica
in Ospedale
è una clinica
dell'integrazione.
Mette a disposizione
le proprie
competenze
relazionali di
cura in uno
spazio condiviso e
intende la inter/
multidisciplinarietà
come il luogo fisico
e mentale dove
può avvenire la
riparazione del
dolore legato alla
discontinuità-
rottura dell'unità
mentecorpo a fronte
dell'esperienza di
malattia.*

è una clinica dell'integrazione. Mette a disposizione le proprie competenze relazionali di cura in uno spazio condiviso e intende la inter/multidisciplinarietà come il luogo fisico e mentale dove può avvenire la riparazione del dolore legato alla discontinuità-rottura dell'unità mentecorpo a fronte dell'esperienza di malattia. Quando una persona si ammala, si ammala nella sua totalità. Di contro la rapida evoluzione delle tecnologie e del tecnologismo annuncia il rischio per il futuro di una spinta all'iper-specializzazione che si lega ad una visione più centrata sull'organo o la malattia da curare che non sulla persona. La cultura psicosomatica e la visione dell'unità mentecorpo rappresenta in ambito sanitario una prospettiva non più eludibile che, i Servizi di psicologia Ospedaliera, contribuiscono a sviluppare per il benessere del malato e dei sistemi che se ne prendono cura, valorizzando l'interdisciplinarietà che, prima ancora di essere metodo, rappresenta il riconoscimento dell'intersoggettività umana quale fattore terapeutico.

BIBLIOGRAFIA:

- Baldoni F. (2010) La prospettiva psicosomatica, Il Mulino, Bologna.
- Ballerini A, Berti Ceroni G, (1986) "Interventi combinati e gruppo di lavoro in psichiatria" in Strumenti conoscitivi per la nuova assistenza psichiatrica, a cura di Ammaniti M, Antonucci F, Luoni G, Borla, Città di Castello.
- Balint M. (2014) Medico, paziente e malattia. Giovanni Fioriti Editore.
- Bologna M, Fiaschi MD, Gislon MC (2023). L'intervento a seduta singola. Milano: Mimesis edizioni;
- Bucci W. (2001) Teoria del codice multiplo e attività referenziale. In: Tra mente e corpo, (a cura di) Solano L. Milano: Raffaello Cortina;
- Carli R., R.M Panizza (2003) Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica, ed. Il Mulino, Bologna;
- Correale A. (2007) Area traumatica e campo istituzionale. Roma. Edizioni Borla;
- De Berardinis D, Dondi P, (2020) La psicologia ospedaliera ieri, oggi, domani, LINK – Rivista Scientifica di Psicologia, Roma;
- Documento di Consenso Italiano sulla Psicologia Ospedaliera" "Italian Statement on Hospital Psychology". 2013;
- Dondi P, (2007) Malattia cronica, acuta e situazioni traumatiche. Le diverse implicazioni emotive. In Pronto Soccorso Triage. Ed. Libreria Cortina, Verona;
- Dondi P, (2021) Psicologia Ospedaliera. Nuove frontiere della cura in ambito psicosomatico, LINK – Rivista Scientifica di Psicologia, Roma;
- Dondi P. (2022) Il processo psicoterapeutico nel setting ospedaliero, Atti del XII National Congress of the Research Group in Psychosomatics (GRP);
- Dondi P, (2023) Psicologia Ospedaliera: l'ambito psicosomatico e le nuove frontiere della cura, in "La Psicologia Ospedaliera in Italia, sentieri narrativi della clinica", cura di G. Giacalone e A. Domingo, Mergana Edizioni;
- Dondi P. (2025) L'Unità mentecorpo e l'approccio psicosomatico in Ospedale, Rivista Sperimentale di Freniatria, vol.CXLIX, n 1, 2025;
- Dondi P. (2025) Continuità di cura: l'approccio mentecorpo tra ospedale e territorio. Convegno Giornate di Psicologia nuove rotte da esplorare. Trapani 21/25 maggio 2025;
- Engel G.L. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>;
- Freud S. (1970) Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico. Opere, vol. 6. Bollati Boringhieri. Torino;
- Freud S. (1899) L'Interpretazione dei sogni. Opere, vol. 3, Bollati Boringhieri. Torino;
- Gaddini E. (1989) Scritti 1953-1985, Raffaello Cortina Editore, Milano;
- Gaddini E. (1989) La frustrazione come fattore della crescita normale e patologica. Scritti 1953-1985. Milano: Raffaello Cortina Editore;
- Lecours S. (2007) Supporting interventions and nonsymbolic mental functioning, International Journal of Psychoanalysis; 88: 895-916;
- Linee di Indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di organizzazione dell'area Psicologia Clinica e di Comunità", (2021) Regione Emilia Romagna;
- Linea guida per l'implementazione del Piano d'azione congiunto One Health (OH JPA) 2022-2026, OMS;
- Lingiardi V, McWilliams N, (2019) Manuale Diagnostico Psicodinamico PDM-2. Raffaello Cortina;
- Mancia M. (2004) Sentire le parole. Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert. Bollati Boringhieri, Torino;
- Mancia M. (2006) Implicit Memory and early unexpressed unconscious: their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis). International Journal of Psychoanalysis, 87(1);
- Marty P, De M'Uzan M., David C. (1971) L'indagine psicosomatica, Bollati Boringhieri, Torino;
- Matte Blanco I, (1981) L'inconscio come insieme infinito, Einaudi, Torino;
- Modell A.H. (1993) The private self. London: Harvard University Press;
- Mucci C. (2018.) Corpi Borderline, regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità. Milano: Raffaello Cortina;
- Scoppola L., 1984, Vissuti corporei ed esperienza di malattia. Materiali per una riflessione psicoanalitica, Neurologia Psichiatrica e Scienze Umane, 4 pp 228-256;

Scoppola L. (2003) Spazi condivisi della cura: tra gruppaltà, integrazione somatopsichica e interazione farmacologica, *Rivista di Psicoterapia Psicoanalitica*, anno X, n 1, genn/giugno 2003;
 Scoppola L. (2005) *L'esperienza di essere sé*, Franco Angeli, Milano;
 Scoppola L. (2011) *La parola non trovata*, Franco Angeli, Milano;
 Scoppola L. (2016) *Psicoanalisi e neuroscienze: un dialogo possibile, un dialogo necessario. Alcune riflessioni sul tema mondo interno e vissuto di malattia. Relazione presentata al Convegno "Psicoanalisi, Cinema e Neuroscienze" Napoli, 8 Ottobre 2016;*
 Solano L. (2013) *Tra mente e corpo*. ed. Raffaello Cortina, Milano;
 Schore AN. (2008) *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Roma: Astrolabio Editore;
 Schore AN. (2019) *Psicoterapia con l'emisfero destro*. Milano: Raffaello Cortina Editore;
 Stern D. H (1985) *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino;

The Mind-Body Unit and the Psychosomatic Approach in the Hospital

This paper addresses the psychosomatic issue from the point of view of a Hospital Psychology Service. The epistemological evolution of the mind-body integration, the psychosomatic approach, and the experience of illness, the hospital context will be described. The concept of traumatic experience is understood as a dimension transversal to the pain related to the attack on the mind-body continuity. The work of a Psychology Service integrated into the hospital structure is described, as a physical and mental place capable of overcoming a disciplinary paradigm that distinguishes somatic illnesses from psychic distress, thanks to a multidisciplinary specialist modulation, which represents a real connective tissue that makes processes of repair and pain relief possible.

KEY WORDS: Mind-Body Unit, Psychosomatic Approach, Illness Experience, Trauma, Multidisciplinary Setting, Psychological Function.



ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

Dal delirio sonoro alla forma-canzone: contenimento, competenze e trasformazione simbolica nella psicosi

From sonic delusion to song form: containment, skills and symbolic transformation in psychosis

NUNZIO BORRIELLO*, ROMEO SIMONETTI*

PAROLE CHIAVE: schizofrenia; allucinazioni uditive; musica; scrittura creativa; contenimento; sinthomo

Il contributo presenta il caso clinico di R.I., paziente con diagnosi di schizofrenia caratterizzata da allucinazioni uditive di tipo sonoro-musicale e da un delirio ideativo a contenuto spirituale e identitario. L'intervento terapeutico, di lunga durata, non si è orientato alla soppressione del fenomeno delirante, ma al suo contenimento e alla sua trasformazione simbolica, attraverso la valorizzazione delle competenze soggettive del paziente. Le allucinazioni musicali sono state utilizzate come materiale clinico all'interno di un laboratorio musicale e, successivamente, di un laboratorio di scrittura creativa, permettendo una progressiva organizzazione del vissuto psicotico in forme comunicabili. Il lavoro ha prodotto una riduzione dell'invasività allucinatoria, un miglioramento della regolazione affettiva e una migliore qualità di vita. Il caso viene discusso alla luce della funzione catartica dell'espressione descritta da Freud e del ruolo del linguaggio e del sinthomo nella clinica lacaniana delle psicosi

Esposizione storica

R.I. è un uomo di mezza età con diagnosi di schizofrenia. Fin dall'adolescenza presenta vissuti di estraneità rispetto al corpo, accompagnati da fantasie ricorrenti di trasformazione corporea durante l'eccitazione sessuale. Intorno ai 13-14 anni entra in contatto con un cartone animato giapponese in cui un personaggio maschile si trasforma a piacimento in donna. Tale immagine rimane vivida e fondativa, inaugurando fantasie che il paziente definisce "perversioni", attraverso le quali riferisce di poter raggiungere l'orgasmo solo immaginandosi nel corpo di una donna. Pur identificandosi come uomo eterosessuale, tali fantasie determinano vissuti di inadeguatezza e ostacolano la possibilità di costruire relazioni affettive soddisfacenti.

Parallelamente, la storia evolutiva è segnata da episodi ripetuti di derisione da parte dei pari, che contribuiscono allo sviluppo di vergogna, esclusione e rabbia cronica. Il paziente racconta soprannomi denigratori, prese in giro telefoniche e scherni legati all'aspetto fisico. La relazione familiare è caratterizzata da distanza emotiva e svalutazione: il padre, descritto come ridicolizzante e autoritario,

e la madre, vissuta come fragile e talvolta irraggiungibile, concorrono alla costituzione di un'immagine di sé insufficiente. Nonostante ciò, R.I. consegue la laurea in Economia con il massimo dei voti. Tuttavia fatica a inserirsi nel mondo del lavoro.

Un episodio vissuto come traumatico, avvenuto poco dopo il diploma, segna profondamente il suo percorso: viene escluso da una possibilità lavorativa e definito “non degno” e “mentecatto”. Il paziente conserva ricordi vividi dell’evento, accompagnati da fantasie di vendetta.

La comparsa delle allucinazioni uditive inizia nella tarda adolescenza, con melodie intrusive percepite come presenti durante l'intera giornata. Nel tempo si struttura un quadro psicotico complesso, con allucinazioni musicali, idee deliranti a contenuto religioso, vissuti persecutori e tematiche missionarie legate alla legalità ambientale. Durante una crisi territoriale relativa allo smaltimento dei rifiuti, il paziente partecipa attivamente alle manifestazioni. In un episodio decisivo interpreta la comparsa di un arcobaleno come segno divino, elaborando un disegno ricco di simboli religiosi, animali e riferimenti territoriali, vissuto come missione personale.



L'immagine è sempre presente nei racconti del paziente: nel 2024, abbiamo chiesto al paziente di trascrivere una propria lettura dell'immagine. Da questa nasce un elaborato con 10 punti qui riportati integralmente senza alcuna modifica.

LA SANTISSIMA TRINITA':

PADRE rappresentato dal sole, occhio dell'anima, o terzo occhio, che abbiamo tutti al centro della nostra fronte del volto del territorio fuoriuscito dall'immagine);

FIGLIO rappresentato dall' omino che riassume l'immagine e che

*Il disegno, così
come il paziente
lo racconta, non è
per me un oggetto
da interpretare
in senso stretto,
ma un dispositivo
che gli permette
di sostenersi, di
non cadere. È
una costruzione
attraverso cui R.I.
tenta di collocarsi
in un mondo
percepito come
ostile e caotico,
trasformando la
frammentazione in
una forma. In questo
senso, il mio lavoro
non si orienta alla
demolizione del
delirio, ma al suo
accompagnamento:
sostenere il paziente
nel dare forma alla
propria invenzione
soggettiva,
affinché essa possa
funzionare come
punto di tenuta nel
suo rapporto con il
reale.*

ricorda il cristo crocifisso;

SPIRITO SANTO rappresentato dal Leone.

- LA FORMA DEL LAGO REALE DI BOSCOREALE:

Forma assolutamente perfetta con la predisposizione degli alberi reali che formano un arcobaleno adamantino a intervalli di 3 spigoli triangolari;

- LA CIRCONFERENZA:

È costituita da triangoli perfettamente contrapposti coi loro gemelli, a ricordare ancora l'unione sessuale di spiriti maschili e femminili gemelli, questi portano alla rinascita del territorio simboleggiata dalla fenice che rinasce dal lago. Da notare la tripla funzione delle ali della fenice che incredibilmente è fuoriuscita dallo sviluppo grafico, (l'ala destra penetra l'albero col cuore azzurro, quello del popolo vesuviano che avverte la rinascita del territorio, l'ala destra che guida i raggi solari di Dio che colorano l'albero reale viola, a simboleggiare che la sfortuna sparirà, e il taglio, sempre dell'ala destra, dell'albero rosso, sogno di vagina rossa dell'autore. Inoltre l'occhio su cui posa la corona del popolo vesuviano è ulteriore simbolo biblico di Dio.

- I LAGHI:

Possono essere visti anche come vagine che seguono la fase sessuale, in ordine, masturbante, alle spalle del leone, penetrativa, sotto al leone, e partorienti, davanti al leone

- GLI ALBERI:

Possono essere visti ancora come atto sessuale penetrativo di chi fotte il sistema col gioco di sfottò subliminale infantile.

- IL PODIO DI BOSCOREALE:

Ospita gli spiriti puri, a grandezza equilibrata, sul gradino più alto, quello di Torre Annunziata, degli edifici vincenti per l'appunto; gli spiriti piccoli, sugli edifici preesistenti di secondo livello, dei piccoli borghesi, che si dimenano tra i vincenti e i perdenti, questi sono al gradino più basso del podio, i padroni delle lobby delle discariche e degli inceneritori, disprezzati, a parere dell'autore, dalle loro donne per la loro condotta morale, e che servono dell'elemosina clientelare professionale tramite i politici provoloni come lo è stato qualcuno a Terzigno, per l'appunto, come da rebus ivi formatosi.

- IL CARTELLO STRADALE BIANCO:

Ha uno spazio che può ospitare tanto la firma di chi regala una copia dell'immagine, ma tanto ancora, se non riempito, la firma di Dio che è di luce e che non possiamo vedere.

- L'IMMAGINE

Sembra un editto di prato verde o meglio ancora di prato bianco per chi effettua il gioco di sfottò di protesta. Simbolo di gioco e di vittoria, che si avvicina mano a mano che si intensifica il gioco di sfottò infantile che ha tristemente vissuto l'autore nell'ambiente malfamato della sua infanzia. (Capa di bomba, funcetiello e pesciolino, le fenici, che si contrappongono ai provoloni cecati della sub-economia emergenziale mondiale).

- LA MIA PATOLOGIA:

Ha permesso in maniera decisiva lo sviluppo dell'immagine;

- IL CERCHIO:

Simboleggia, in generale, a livello internazionale, il divino e il suo regno dei cieli, la perfezione assoluta. In spirito questo territorio, coi suoi laghi virtuali rotondi, è il riflesso di questo luogo metafisico.

- BERLUSCONI:

Ha il simbolo del biscione, che è fuoriuscito sotto al leone, a descrivere la sub-economia emergenziale mondiale.

Leggendo l'elaborato del paziente, si evidenzia come il grafico prodotto da R.I. rappresenti uno dei punti più alti del suo lavoro di soggettivazione: non un semplice precipitato delirante, ma la costruzione di una scena simbolica attraverso la quale il paziente tenta di dare un nome all'innominabile della

propria esperienza. La densità dei rimandi teologici, erotici e territoriali mostra come, nel suo funzionamento psicotico, il soggetto lavori incessantemente per produrre un ordine, un luogo in cui inscrivere ciò che altrimenti resterebbe puro reale. In una prospettiva lacaniana, questo materiale assume la consistenza di un *sinthomo*: non un errore da correggere, ma una soluzione singolare, una creazione che gli consente di annodare il proprio rapporto con il corpo, con la voce e con l'Altro.

Il disegno, così come il paziente lo racconta, non è per me un oggetto da interpretare in senso stretto, ma un dispositivo che gli permette di sostenersi, di non cadere. È una costruzione attraverso cui R.I. tenta di collocarsi in un mondo percepito come ostile e caotico, trasformando la frammentazione in una forma. In questo senso, il mio lavoro non si orienta alla demolizione del delirio, ma al suo accompagnamento: sostenere il paziente nel dare forma alla propria invenzione soggettiva, affinché essa possa funzionare come punto di tenuta nel suo rapporto con il reale.

Processo terapeutico e articolazione del trattamento

La presa in carico inizia nel 2007 su richiesta della madre, la quale segnala comportamenti aggressivi del figlio e difficoltà nella convivenza. Il paziente viene seguito in psicoterapia individuale e trattato farmacologicamente dal Centro di Salute Mentale locale. Nel 2010 decidiamo di utilizzare il materiale allucinatorio sonoro per un lavoro di trasformazione simbolica.

Nel corso degli anni la relazione terapeutica si è ampliata, includendo momenti di sostegno nelle difficoltà quotidiane, in assenza di una rete familiare stabile e con la madre progressivamente più fragile. Il setting ha così assunto anche una funzione di monitoraggio e contenimento dell'angoscia. Il percorso può essere articolato in tre fasi sovrapposte nel tempo.

Fase 1 – Stabilizzazione e contenimento iniziale

Il focus è la gestione del rischio e la stabilizzazione psicotica. Il paziente viene incoraggiato a descrivere l'esperienza allucinatoria e delirante senza essere disconfermato. Il setting funge da contenitore stabile, offrendo un luogo dove collocare l'esperienza psicotica entro uno scambio relazionale non minaccioso. Le allucinazioni vengono nominate e osservate, senza ancora un'elaborazione strutturale.

Fase 2 – Introduzione del dispositivo musicale e narrazione amorosa

Con il secondo terapeuta-musico si avvia un laboratorio musicale orientato clinicamente. R.I. porta melodie canticchiate o sognate, vissute come intrusive e invalidanti. Il terapeuta trascrive queste melodie, conferendo loro struttura metrica e musicale. Su tali basi si compongono canzoni, inizialmente riorganizzate dal terapeuta, con testi co-costruiti.

I primi brani, circa quindici, ruotano attorno a una storia amorosa idealizzata: una giovane donna che il paziente dice di aver "visto avvolta da un alone di luce" durante una funzione religiosa, senza mai parlarle. Questo tema diventa un nucleo narrativo fondamentale, offrendo al paziente una modalità simbolica per esprimere desideri, frustrazioni e vissuti di inadeguatezza.

Fase 3 – Autonomia creativa e riorganizzazione simbolica

Successivamente il lavoro si orienta verso l'autonomia del paziente nella produzione musicale. Gli vengono insegnati gli accordi di base, tecniche di respirazione e uso della voce. R.I. inizia a suonare e cantare le proprie composizioni, riducendo la dipendenza dal terapeuta.

Si apre anche un laboratorio di scrittura creativa. Il paziente produce circa cento testi, intrecciando autobiografia, persecuzione, missione e trasformazione corporea. Il processo di scrittura permette il passaggio da un reale allucinatorio invasivo a una rappresentazione simbolica condivisibile. R.I. riferisce una significativa riduzione dell'invasività delle melodie una volta trasformate in opere musicali.

*Il caso permette di interrogare il rapporto tra delirio, allucinazione e creazione artistica. Come nel caso Schreber, il delirio appare come tentativo di guarigione, non solo come patologia. La musica e la scrittura diventano strumenti di legame e trasformazione del reale psicotico, senza imporre una realtà correttiva. La teoria lacaniana del *sinthomo* risulta centrale: la produzione artistica diventa un supporto strutturale, una modalità singolare attraverso cui il soggetto annoda ciò che altrimenti resterebbe disgiunto.*

Il contenimento del delirio può avvenire non eliminandolo, ma trasformandolo simbolicamente. Le allucinazioni musicali, assunte come punto di partenza, diventano opere, testi, canzoni. Il paziente passa da una posizione di passività a una di competenza creativa, con riduzione dell'invasività allucinatoria e miglioramento della qualità di vita.

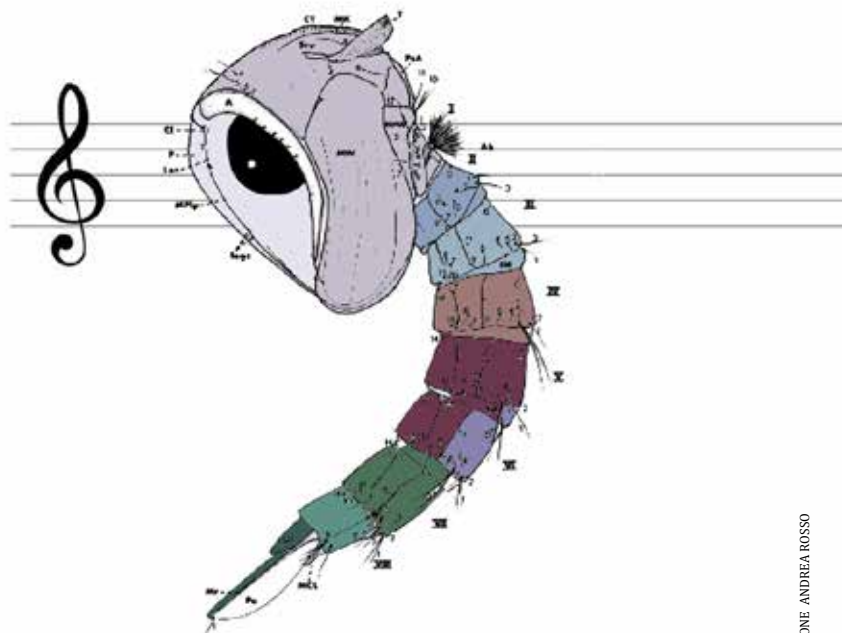


ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

Comprensione del processo clinico

1. Cosa viene contenuto e trasformato?

L'allucinazione musicale passa da esperienza intrusiva e incontrollabile a materiale trasformabile. Melodie caotiche diventano canzoni strutturate. In termini freudiani l'eccitazione viene legata e resa rappresentabile. Il suono invasivo trova legame simbolico attraverso un *sinthomo* musicale capace di annodare i registri psichici.

2. Perché il lavoro musicale migliora la qualità di vita?

La canzone introduce un "tempo altro": il tempo della creazione sostituisce il tempo dell'invasione allucinatoria. L'attività artistica produce competenza, autostima e una diversa relazione con i terapeuti, non più visti solo come contenitori del sintomo ma come co-autori di un'opera.

3. Qual è la funzione del delirio di missione?

Il delirio missionario rappresenta un tentativo di ricostruzione di senso e identità. Il disegno dell'arcobaleno e i simboli associati costituiscono organizzatori psichici.

4. In che modo il dispositivo tocca il corpo?

Il corpo, inizialmente vissuto come inadatto, trova una nuova possibilità di presenza attraverso la voce, il ritmo e il canto. L'esperienza corporea non è più persecutoria ma creativa.

Discussione teorico-clinica

Il caso permette di interrogare il rapporto tra delirio, allucinazione e creazione artistica. Come nel caso Schreber, il delirio appare come tentativo di guarigione, non solo come patologia. La musica e la scrittura diventano strumenti di legame e trasformazione del reale psicotico, senza imporre una realtà correttiva.

La teoria lacaniana del *sinthomo* risulta centrale: la produzione artistica diventa un supporto strutturale, una modalità singolare attraverso cui il soggetto annoda ciò che altrimenti resterebbe disgiunto.

Conclusioni

Il caso di R.I. mostra come il contenimento del delirio possa avvenire non eliminandolo, ma trasformandolo simbolicamente. Le allucinazioni musicali,

assunte come punto di partenza, diventano opere, testi, canzoni. Il paziente passa da una posizione di passività a una di competenza creativa, con riduzione dell'invasività allucinatoria e miglioramento della qualità di vita.

La presenza di due terapeuti con funzioni diverse ma integrate ha consentito la tenuta di un setting articolato e complesso, capace di sostenere il percorso lungo vent'anni.

Il caso non pretende di essere generalizzabile, ma indica una direzione clinica feconda: assumere il delirio come materiale, non come errore.

* Psicologi Psicoterapeuti

BIBLIOGRAFIA

Benedetti, G. (1987). *La psicoterapia delle psicosi*. Milano: Raffaello Cortina.

Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann.

Freud, S. (1908). *Il poeta e la fantasia*. In *Opere*. Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1911). Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (Caso Schreber). In *Opere*. Torino: Boringhieri.

Lacan, J. (1955–1956). *Il Seminario, Libro III: Le psicosi*. Torino: Einaudi.

Lacan, J. (1975–1976). *Il Seminario, Libro XXIII: Il sinthomo*. Torino: Einaudi.

McNiff, S. (2004). *Art Heals: How Creativity Cures the Soul*. Boston: Shambhala.

From sonic delusion to song form: containment, skills and symbolic transformation in psychosis

This paper presents the clinical case of R.I., a patient diagnosed with schizophrenia characterized by sonic-musical auditory hallucinations and spiritual delusions. The therapeutic intervention did not focus on suppressing delusional phenomena but aimed at strengthening their containment and symbolic transformation through the enhancement of the patient's specific skills. Auditory hallucinations were used as clinical material within a music laboratory and later a creative writing workshop, enabling the organization of psychotic experience into communicable forms. The intervention led to reduced hallucinatory intrusiveness, improved affect regulation and quality of life. The case is discussed through Freudian catharsis and Lacanian concepts of language and sinthome in psychosis.

KAYWORDS: schizophrenia; auditory hallucinations; music; creative writing; containment; sinthome

link ■ esperienze



ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

La ri-co-costruzione del Sé spezzato: la presa in carico psicologica della persona con lesione spinale nell'esperienza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Alessandria

The reorganization of the injured Self: psychological care of the patient with spinal cord injury at the Psychology Ward of Alessandria University Hospital

PATRIZIA VALORIO*, ANTONIO PEPOLI*, SIMONA GIRIBONE*, MONICA FRANSCHINI*, VALENTINA MANFREDI*, ROSSELLA STERPONE*, MELANIA MONACO*, CARLOTTA VERGNANO*, STEFANIA MIGLIORE*, °LORUSSO RITA, °MARCHIONI MANUELA, °PERRERO LUCA

PAROLE CHIAVE: lesione midollare; resilienza; compassione; psicologia della riabilitazione; AOUAL

La lesione midollare rappresenta una condizione complessa che determina una frattura improvvisa e irreversibile dell'integrità psicofisica dell'individuo. Essa impone una profonda riorganizzazione del Sé e del proprio progetto di vita. L'esperienza psicologica del trauma, della perdita di autonomia e del cambiamento corporeo richiede una presa in carico tempestiva, globale e multidisciplinare. L'articolo descrive l'attività della SSA Psicologia presso l'Unità Spinale dell'AOUAL che prevede una consulenza dedicata e continuativa, e integra, oltre a uno spazio di assessment psicologico delle risorse e dei bisogni della persona mielolesa, modelli di intervento basati sulla consapevolezza, sulla compassione e sulla resilienza. Questi approcci favoriscono la rielaborazione dell'evento critico, la validazione e regolazione emotiva e l'integrazione della nuova identità psicocorporea, promuovendo processi di accompagnamento e consolidamento delle risorse personali e relazionali, e della continuità identitaria nel percorso di storia di vita.

Introduzione

La lesione midollare (SCI) rappresenta un evento drammatico nel percorso di vita della persona e di chi la circonda, in quanto determina una rottura improvvisa dell'integrità fisica e psicologica e conseguenze profonde a livello esistenziale e relazionale. L'evento traumatico irrompe nella continuità biografica

Il danno midollare implica un trauma identitario che investe la percezione del corpo, il senso di continuità del Sé e la capacità di progettare il futuro. La brusca discontinuità tra “corpo di prima” e “corpo di adesso” può generare vissuti di estraneità, vergogna, lutto, stigma, con un impatto diretto sull’immagine corporea e sull’autostima. La ridefinizione dei confini del Sé corporeo, delle competenze percepite e dei ruoli sociali diventa così un compito evolutivo centrale del periodo post-lesione, strettamente intrecciato con gli esiti psicologici e funzionali della riabilitazione

interrompendo bruscamente script di vita consolidati (ruoli, abitudini, appartenenze) e impone un riassetto rapido di significati, priorità e aspettative, oltre a profondi cambiamenti duraturi in molti ambiti della vita (G. Gorla, 2010). A seconda del livello e della completezza della SCI, le comorbidità mediche oltre la paralisi possono includere deficit sensitivi sottolesionali, dolore neuropatico, spasticità, vescica e intestino neurogeni, ipotensione ortostatica neurogena, bradicardia, apnee notturne ostruttive, osteopenia e osteoporosi e sindrome metabolica.

Sul versante soggettivo il paziente quindi si può confrontare con una perdita di controllo pervasiva e con l’esperienza di vulnerabilità, spesso accompagnate da reazioni emotive intense che, nelle diverse fasi riabilitative, possono ostacolare la compliance ai programmi.

Il danno midollare implica un trauma identitario che investe la percezione del corpo, il senso di continuità del Sé e la capacità di progettare il futuro. La brusca discontinuità tra “corpo di prima” e “corpo di adesso” può generare vissuti di estraneità, vergogna, lutto, stigma, con un impatto diretto sull’immagine corporea e sull’autostima (Monden et al. 2021). La ridefinizione dei confini del Sé corporeo, delle competenze percepite e dei ruoli sociali diventa così un compito evolutivo centrale del periodo post-lesione, strettamente intrecciato con gli esiti psicologici e funzionali della riabilitazione (Budd, 2022).

In tale cornice, il modello bio-psico-sociale costituisce il riferimento teorico e operativo per un approccio realmente globale alla cura. Esso invita ad abbandonare una visione riduzionistica centrata esclusivamente sul deficit organico per abbracciare la complessità dell’esperienza della persona, includendo dimensioni fisiche, psicologiche, relazionali e ambientali (Engel, 1977). In questa prospettiva, la riabilitazione efficace non coincide con la sola *restitutio ad integrum* funzionale, spesso impossibile — ma con la ricostruzione del significato personale e della coerenza interna dell’esperienza di sé, cioè con la possibilità di ritrovare continuità e agency nonostante la discontinuità dell’evento lesivo (Monden et al., 2021).

Ne discende che l’intervento psicologico non è accessorio, bensì una componente essenziale e trasversale del percorso di cura: ha l’obiettivo di accompagnare la rielaborazione del trauma, facilitare la regolazione emotiva nelle fasi di shock e adattamento, sostenere l’integrazione del corpo cambiato nella rappresentazione di sé e promuovere processi di ri-progettazione esistenziale coerenti e realistici (Massone A., Arescaldino GL, 2025). In termini operativi, ciò significa creare spazi protetti per dare un nome all’esperienza, validare le reazioni emotive acute, individuare e potenziare risorse personali e sociali, e favorire l’alleanza terapeutica con l’équipe multiprofessionale. In continuità con il modello bio-psico-sociale, il lavoro clinico mira a tradurre il principio della centralità della persona in prassi quotidiana, con interventi graduati e personalizzati che sostengano la continuità narrativa del Sé e la compliance riabilitativa lungo tutto il decorso assistenziale.

Il ruolo istituzionale e clinico dello psicologo nell’équipe multidisciplinare

Nell’organizzazione degli ambiti del lavoro clinico della SSA Psicologia dell’UOAL di Alessandria, lo psicologo, pur mantenendo autonomia e appartenenza alla Struttura di Psicologia, è funzionalmente integrato all’équipe della SC Unità Spinale del Dipartimento Riabilitativo dell’UOAL. Ciò fin dall’apertura della SC Neuroriabilitazione, con posti letto dedicati anche a pazienti con cod. 28, nel 2008, e a seguito della progettazione di un percorso strutturato e condiviso che prevede l’intervento dello psicologo lungo l’intero percorso riabilitativo della persona con lesione midollare, coordinato e integrato con le altre professioni sanitarie operanti nell’Unità Spinale.

Per garantire appropriatezza di progettazione e di prassi clinica circa la presa in carico psicologica, si è rivelato fondamentale il confronto da parte della nostra struttura aziendale di Psicologia con le altre realtà psicologiche dedicate alle Unità spinali sul territorio nazionale; ciò ha portato alla stesura congiunta, ultimata nel 2012, delle Linee Guida dello Psicologo in unità spinale (S.I.P.Le.S – Società Italiana Psicologia Lesione Spinale)

Obiettivi e cornice operativa

In linea con le indicazioni della letteratura e delle LG suddette, la Psicologia ha impostato negli anni la presa in carico della persona con lesione midollare sottolineando quindi i seguenti aspetti:

- Presa in carico globale e continuativa: assessment, intervento e follow-up psicologico sia nella fase iniziale di ingresso al nuovo contesto riabilitativo, con compiti di diagnosi psicologica e di supporto alle modalità adattative, facilitando la comprensione dei bisogni della persona e della collaborazione al suo progetto individualizzato, sia in prossimità del delicato ma prezioso momento prognostico, in relazione alla co-costruzione di una consapevolezza via via emergente e di conseguenza di una più aderente modalità di compliance rispetto alle proposte di ridefinizione delle proprie autonomie e progettualità, fino alla importante fase di preparazione alla dimissione dal reparto e ritorno alla vita quotidiana.
- Integrazione interdisciplinare: partecipazione attiva alle riunioni d'équipe e alla pianificazione condivisa degli obiettivi riabilitativi motori, psicologici, e sociali (partecipazione settimanale ai focus group sul progetto riabilitativo individuale, e presenza alle riunioni in equipe coi familiari).
- Centralità della persona e della famiglia; validazione dei bisogni emotivi, relazionali e di significato del paziente e dei caregiver, promuovendo alleanza terapeutica, decisioni informate e partecipazione attiva al proprio percorso di cura.
- Documentazione e indicatori: uso di scale standardizzate (es. strumenti di screening di ansia/depressione, modalità di coping e qualità di vita) per guidare la clinica e monitorare gli esiti; registrazione degli interventi in cartella clinica secondo standard condivisi.

Le raccomandazioni dalle LG sopra descritte, assicurano che il contributo psicologico non venga inteso come un supporto generico, ma una vera e propria leva clinica e organizzativa che si integra e potenzia l'efficacia del percorso riabilitativo, migliorando adesione ai trattamenti, autogestione e percezione di autoefficacia della persona, qualità di vita ed esiti psicosociali nel medio-lungo termine.

Interventi psicologici per la promozione della resilienza e dell'autonomia

Così come sopra descritti, gli obiettivi degli interventi psicologici nella nostra struttura sono orientati all'osservazione delle caratteristiche e risorse di adattamento della persona; successivamente ad esposizione di un evento critico quale la mielolesione, allo screening di quadri psicopatologici, e a un lavoro di accompagnamento e integrazione, insieme all'intero team, verso nuovi modi di riconoscimento, espressione e modulazione delle emozioni e dei propri significati, oltre che delle proprie funzionalità, con il fine di trovare nuove strategie di fronteggiamento dei bisogni in questa nuova condizione di vita (Huston et al, 2011).

La resilienza è definita come la capacità di mantenere un buon funzionamento psicologico, sociale e relazionale nonostante l'impatto di eventi traumatici, avversità o stress prolungati (Bonanno et al., 2012). Essa non coincide con la mera "resistenza" allo stress, ma rappresenta un processo dinamico e trasformativo, in cui l'individuo è in grado di integrare l'esperienza di perdita e vulnerabilità in un nuovo equilibrio di significato. Tale processo implica un'attiva riorganizzazione delle risorse cognitive, emotive e sociali, che consente alla persona di adattarsi, apprendere e persino crescere attraverso l'esperienza del trauma (Giannantonio, 2009).

La resilienza è definita come la capacità di mantenere un buon funzionamento psicologico, sociale e relazionale nonostante l'impatto di eventi traumatici, avversità o stress prolungati. Essa non coincide con la mera "resistenza" allo stress, ma rappresenta un processo dinamico e trasformativo, in cui l'individuo è in grado di integrare l'esperienza di perdita e vulnerabilità in un nuovo equilibrio di significato. Tale processo implica un'attiva riorganizzazione delle risorse cognitive, emotive e sociali, che consente alla persona di adattarsi, apprendere e persino crescere attraverso l'esperienza del trauma.

Nel caso della lesione midollare, la resilienza si manifesta come la capacità di ricostruire un senso di efficacia personale, ridefinire obiettivi realistici e reinvestire nella propria vita quotidiana. Si tratta di un lavoro di accompagnamento psicologico dell'esperienza da evento di frattura a opportunità di riorganizzazione del Sé: un passaggio dal "perché a me?" al "come posso vivere adesso?". Tale passaggio è favorito da fattori protettivi quali il supporto sociale, la speranza realistica, il senso di coerenza e l'autocompassione, che si dimostrano predittori di adattamento positivo dopo traumi fisici gravi.

Nel caso della lesione midollare, la resilienza si manifesta come la capacità di ricostruire un senso di efficacia personale, ridefinire obiettivi realistici e reinvestire nella propria vita quotidiana, pur in presenza di limiti fisici e cambiamenti identitari significativi (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Si tratta di un lavoro di accompagnamento psicologico dell'esperienza da evento di frattura a opportunità di riorganizzazione del Sé: un passaggio dal "perché a me?" al "come posso vivere adesso?". Tale passaggio è favorito da fattori protettivi quali il supporto sociale, la speranza realistica, il senso di coerenza e l'autocompassione, che si dimostrano predittori di adattamento positivo dopo traumi fisici gravi (Brazeau & Davis, 2018).

Presso l'AOU AL gli interventi psicologici in riabilitazione, come già sottolineato, sono di fatto orientati alla promozione di consapevolezza e resilienza e si articolano in tre livelli principali, strettamente interconnessi:

– *Con la persona.* Mediante l'osservazione clinica, i colloqui e le scale psicometriche lo psicologo delinea il profilo emotivo-cognitivo e psicosociale della persona, includendo: storia di vita, attribuzione di significato alla condizione insorta, rappresentazione del nuovo rapporto col proprio corpo, in termini funzionali e di autocura; pattern di coping; risorse personali e ambientali; fattori di rischio (psicopatologia pregressa, eventi avversi, presenza di rete di supporto). Questa fase di osservazione psicologica, che può evolversi in momenti diversi del percorso, orienta il progetto individuale, con riletture periodiche con la persona, al fine di aiutarla nel suo percorso verso modalità di fronteggiamento e adattamento alla nuova condizione. I colloqui psicologici rappresentano il nucleo centrale della presa in carico. Attraverso l'ascolto clinico e l'alleanza terapeutica, lo psicologo favorisce la stabilizzazione nelle prime fasi successive ad un evento critico e il consolidamento delle competenze di coping. Si lavora sul riconoscimento e la validazione delle emozioni, sulla costruzione di nuovi significati legati all'esperienza di perdita e sulla definizione di obiettivi funzionali di adattamento. Accanto al setting individuale, sono attivati gruppi psicoeducativi e di incremento alle fasi di consapevolezza, riorientamento alla risorsa e al coping che rappresentano un potente fattore di resilienza sociale. La condivisione di esperienze simili, il clima di non giudizio e self compassion, consentono di ridurre la percezione di isolamento, rafforzare l'identità sociale e favorire processi di rispecchiamento e appartenenza, fiducia, ottimismo (Gilbert, 2010; Kennedy, 2009; K. Neff & Germer, 2018).

– *Con i familiari.* I familiari rappresentano una componente fondamentale del percorso riabilitativo. Gli interventi di counseling e psicoeducazione mirano a sostenere la famiglia nella gestione dei vissuti emotivi più frequenti — colpa, paura, iper-controllo, impotenza — e ad accompagnarla nella progressiva accettazione della nuova condizione (Gorla, 2010). Cruciale è promuovere la percezione di cooperazione e la comunicazione funzionale con l'équipe, facilitando gli scambi tra operatori e famiglia così da prevenire dinamiche conflittuali e promuovere ruoli assistenziali sostenibili (Jeyathevan et al., 2019). Inoltre, la presenza di caregiver formati e supportati si associa a migliori outcome, sia psicologici che funzionali, del paziente (Bøgdal et al., 2021).

– *Con gli operatori di cura.* La complessità dell'evento, delle componenti e degli aspetti riabilitativi e dei tempi del percorso di cura delle persone mielose comporta una profonda sfida per gli operatori con un ingaggio importante in termini di motivazione, comunicazione e relazione. Se non sostenuto, tale carico assistenziale ed emotivo per gli operatori sanitari può trasformarsi in stress empatico, fatica da compassione e burnout. Lo psicologo, in qualità di facilitatore relazionale, affianca l'équipe, oltre ai momenti di focus multidisciplinare sugli obiettivi riabilitativi del percorso, con spazi di riflessione condivisa sul funzionamento adattivo della persona e può promuovere momenti di lettura integrata dei significati delle traiettorie di cura, e la qualità del clima di lavoro con la persona e la sua famiglia. Possono essere previste inoltre attività di supervisione organizzativa esterne, percorsi di formazione su temi quali la comunicazione e la relazione, e le soft skills, oltre a percorsi di team building che rappresentano opportunità per la coesione e il benessere del gruppo, riducendo l'incidenza di conflitti, turn-over e distress emotivo tra i professionisti (Dijkers &



ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

Il lavoro teorico clinico nella nostra realtà si è sviluppato integrando gli spunti del modello cognitivo comportamentale Coping Effectiveness Training (CET) di Paul Kennedy. Tale modello mira a potenziare la flessibilità cognitiva e comportamentale nella gestione delle difficoltà quotidiane della persona con lesione spinale, attraverso l'incremento della consapevolezza delle proprie risorse, il favorire la tolleranza alla frustrazione e la capacità di auto-regolazione; lo sviluppo delle competenze di problem solving adattivo, e la promozione della fiducia nel percorso riabilitativo e nell'équipe.

Faotto, 2012). Lo psicologo presente negli spazi di confronto con l'équipe aiuta a favorire l'integrazione dei punti di vista diversi e complementari sulla persona, con la possibilità di leggere anche vissuti emotivi complessi legati alla cura di pazienti ad alta intensità assistenziale, migliorando la percezione di cooperazione nel gruppo, e le possibili dinamiche di compassion fatigue.

Il lavoro teorico clinico nella nostra realtà si è sviluppato integrando gli spunti del modello cognitivo comportamentale *Coping Effectiveness Training* (CET) di Paul Kennedy, illustre clinico e accademico in ambito di psicologia della lesione spinale, referee stesso del lavoro di studio e produzione italiana delle LG, nel 2012.

Tale modello mira a potenziare la flessibilità cognitiva e comportamentale nella gestione delle difficoltà quotidiane della persona con lesione spinale, attraverso l'incremento della consapevolezza delle proprie risorse, il favorire la tolleranza alla frustrazione e la capacità di auto-regolazione; lo sviluppo delle competenze di problem solving adattivo, e la promozione della fiducia nel percorso riabilitativo e nell'équipe (Kennedy et al., 2003).

L'applicazione clinica del lavoro nella nostra realtà è stata inoltre integrata alla luce della cornice cognitivista evoluzionistica, col fine di facilitare la ricostruzione di un Sé, con maggior grado di coerenza e flessibilità, capace di integrare la vulnerabilità senza identificarsi con essa. La resilienza, in questa prospettiva, non è un tratto stabile ma un processo evolutivo, continuamente sostenuto dalla rete relazionale in cui la persona è immersa (Liotti, 2009).

L'approccio basato sulla consapevolezza e compassione

Negli ultimi anni, l'esperienza psicologica clinica presso l'AOU AL ha integrato, inoltre, interventi mente/corpo, basati sulla mindfulness e la compassione (Mindfulness e Compassion-Based Interventions) (CBI) come ulteriori strumenti per la psicologia della riabilitazione, al fine di attivare il sistema calmante, accogliere e modulare il carico emotivo connesso agli esiti della lesione, ampliare le risorse autoregolatrici e facilitare l'integrazione del corpo cambiato all'interno della rappresentazione di Sé, favorendone un'accettazione benevola e orientata all'attenzione delle risorse e relazioni già nel qui ed ora (Hearn & Cross, 2020).

Interventi terapeutici basati sulla resilienza si sono rivelati utili. Le cornici teoriche coinvolgono due aspetti fondamentali delle abilità di fronteggiamento: il pensiero basato sul percorso e il pensiero basato sull'agency. Il primo si riferisce alla convinzione di una persona nella propria capacità di creare "percorsi" per raggiungere i propri obiettivi in base ai propri valori personali, insieme a piani alternativi e flessibili. Il pensiero basato sull'agency si riferisce alla fiducia e proattività di una persona nell'agire e raggiungere l'obiettivo desiderato.

L'introduzione di questi approcci è stata guidata da evidenze crescenti sulla loro fattibilità e utilità clinica in condizioni croniche complesse, unitamente alla necessità di strumenti che agiscano su vergogna, autocritica e dominanza del sistema 'minaccia', frequentemente riscontrate anche nelle persone con disabilità (Gilbert, 2010; Kabat Zinn 2003; Neff e Germer, 2018, Quale e Schanke, 2010). La compassione è una sensibilità alla sofferenza propria e altrui, accompagnata dall'impegno a prevenirla o alleviarla, un atteggiamento intenzionale che integra componenti motivazionali, attenzionali ed emozionali, e che può essere appreso e allenato attraverso pratiche strutturate. La compassione non è mera "gentilezza", ma regolazione pro-sociale che bilancia il sistema di minaccia con i sistemi di ricerca risorse e appagamento/sicurezza (Austin et al 2021; Gilbert 2010; Neff e Germer, 2018).

Evidenze e indicazioni cliniche

Interventi a base mindfulness e compassion, come riportato in alcuni studi, sono associati a riduzioni di ansia, depressione e distress generale in popolazioni con malattie croniche e dolore persistente, con buoni tassi di adesione e elevata soddisfazione percepita dai partecipanti. (Austin et al 2021). In ambito riabilitativo, tali interventi sono particolarmente indicati quando sono presenti autocritica pervasiva, vergogna/colpa corporea, iper-attivazione minaccia e difficoltà nella regolazione emotiva legata al dolore (incluso quello neuropatico) e alla perdita di autonomia funzionale.

Applicati al contesto riabilitativo, tali interventi possono contribuire a:

1. Riduzione del disagio psicologico: miglioramento del tono dell'umore e attenuazione di emozioni basate sulla minaccia (paura, rabbia, vergogna), con maggiore disponibilità all'apprendimento riabilitativo.
2. Accettazione del corpo cambiato: l'allenamento all'auto-gentilezza facilita una maggiore benevolenza per il proprio corpo e la gratitudine per le funzioni residue, favorendo un'immagine corporea più integrata.
3. Regolazione emotiva: acquisizione di strategie auto-calmanti (respiro, imagery compassionevole, tono caldo della voce interna) utili durante picchi di dolore o momenti di frustrazione funzionale.
4. Riduzione dell'isolamento: l'accento su umanità comune e condivisione delle difficoltà può ridurre la solitudine e favorire connessione interpersonale e supporto tra pari.

Nella nostra pratica psicologica in ambito riabilitativo negli ultimi anni sono stati implementati interventi psicologici a base mindfulness e compassion, (Gilbert, 2010; Kabat-Zinn, 2003; K. D. Neff, 2023), che consistono in moduli individuali e/o di gruppo, con tematiche quali:

- Psicoeducazione sulle emozioni e le risorse di coping nelle diverse fasi riabilitative
- Pratiche a base mindfulness e compassion con lo scopo di sostenere nel qui ed ora, consapevolezza, accettazione, benevolenza, senso di umanità condivisa.
- Compiti nella settimana orientati all'osservazione degli eventi e all'esercizio delle pratiche apprese, per validare nuove competenze di osservazione e autoregolazione e un linguaggio volto non alla critica ma all'individuazione delle risorse.

Conclusioni e prospettive future

L'attività clinica che la SSA Psicologia dedica all'Unità Spinale dell'AOU di Alessandria rappresenta una disciplina autonoma, ma integrata in modalità fortemente multidisciplinare, con obiettivi, strumenti e metodologie definite, e non può essere ridotta a un generico "supporto emotivo". Il focus è un lavoro di accompagnamento al "ri-co-costruirsi" dell'identità personale e corporea dopo

il trauma, attraverso l'attivazione di risorse di consapevolezza, compassione e resilienza.

La lesione del midollo spinale è una condizione permanente che richiede adattamenti quotidiani e duraturi sia per la persona con lesione del midollo spinale che per coloro che se ne prendono cura [G. Gorla, 2010]. Vivere con una lesione del midollo spinale è complesso, e lo stigma e il pregiudizio sono solo alcune delle numerose conseguenze psicosociali durature che una persona potrebbe sperimentare [Monden, 2021]. Lavorare ad una visione costruttiva e proattiva della disabilità è possibile.

Interventi terapeutici basati sulla resilienza si sono rivelati utili. Le cornici teoriche coinvolgono due aspetti fondamentali delle abilità di fronteggiamento: il pensiero basato sul percorso e il pensiero basato sull'agency (Kennedy, 2003, Budd 2021). Il primo si riferisce alla convinzione di una persona nella propria capacità di creare "percorsi" per raggiungere i propri obiettivi in base ai propri valori personali, insieme a piani alternativi e flessibili. Il pensiero basato sull'agency si riferisce alla fiducia e proattività di una persona nell'agire e raggiungere l'obiettivo desiderato.

Studi di Tedeschi e colleghi (2004) evidenziano una crescita post-traumatica nelle personalità aperte all'esperienza e all'estroversione, con stili di elaborazione cognitivi flessibili, e in un ambiente sociale, supportivo e favorevole alla ricostruzione delle narrazioni personali.

Tutto ciò ci sostiene ulteriormente nel continuare a promuovere una progettualità di lavoro psicologico dedicato sia alle dimensioni individuali e familiari di fronteggiamento delle fasi degli eventi critici, sia alla sempre maggiore attenzione all'umanizzazione e arricchimento degli ambienti fisici e relazionali di cura, uniti a una sempre maggiore attenzione alla misurazione degli interventi per favorire appropriatezza.

A partire anche da quelle che possono essere le sfide attuali rispetto a una popolazione complessa e vulnerabile, per aspetti quali l'invecchiamento, le comorbilità, le barriere culturali, le tecnologie che avanzano, e un sistema sanitario sotto pressione (Massone, Arescaldino, 2025), continuiamo a credere che l'obiettivo ultimo sia consolidare un modello integrato di cura che promuova la centralità della persona e l'empowerment delle sue risorse individuali, familiari e sociali.

* S.S.A. Psicologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria, Italia

° Unità Spinale, SC Neuroriabilitazione, Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria, Italia

BIBLIOGRAFIA

- Austin, J., Drossaert, C. H. C., Schroevers, M. J., Sanderman, R., Kirby, J. N., & Bohlmeijer, E. T. (2021). Compassion-based interventions for people with long-term physical conditions: A mixed methods systematic review. *Psychology & Health*, 36(1), 16–42. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1699090>
- Bøgdal, J., Schmidt, A. M., Nielsen, K. Ø., & Handberg, C. (2021). An Integrated Multidisciplinary Rehabilitation Program Experienced by Patients with Chronic Low Back Pain. *Clinical Medicine & Research*, 19(4), 192–202. <https://doi.org/10.3121/cmr.2021.1602>
- Bonanno, G. A., Kennedy, P., Galatzer-Levy, I. R., Lude, P., & Elfström, M. L. (2012). Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 57(3), 236–247. <https://doi.org/10.1037/a0029256>
- Brazeau, H., & Davis, C. G. (2018). Hope and psychological health and well-being following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 63(2), 258–266. <https://doi.org/10.1037/rep0000209>
- Budd, M. A., Gater, D. R., & Channell, I. (2022). Psychosocial Consequences of Spinal Cord Injury: A Narrative Review. *Journal of Personalized Medicine*, 12(7), 1178. <https://doi.org/10.3390/jpm12071178>
- Dijkers, M. P., & Faotto, R.-M. (2012). Team size in spinal cord injury inpatient rehabilitation and patient participation in therapy sessions: The SCIRehab project. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 35(6), 624–634. <https://doi.org/10.1179/2045772312Y.0000000065>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Giannantonio, M. (2009). *Psicotraumatologia: Fondamenti e strumenti operativi* (Nuova ed. aggiornata). Centro scientifico.

- Gilbert, P. (2010). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges* New Harbinger Publications.
- Gorla, G. (2010). *Il sé spezzato: Psicologia della lesione spinale traumatica*. Ed. Magi.
- Hearn, J. H., & Cross, A. (2020). Mindfulness for pain, depression, anxiety, and quality of life in people with spinal cord injury: A systematic review. *BMC Neurology*, 20(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-1619-5>
- Huston, T., Gassaway, J., Wilson, C., Gordon, S., Koval, J., & Schwebel, A. (2011). Psychology treatment time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 34(2), 196–204. <https://doi.org/10.1179/107902611X12971826988219>
- Jeyathevan, G., Cameron, J. I., Craven, B. C., Munce, S. E. P., & Jaglal, S. B. (2019). Re-building relationships after a spinal cord injury: Experiences of family caregivers and care recipients. *BMC Neurology*, 19(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s12883-019-1347-x>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kennedy, P. (2009). *Coping effectively with spinal cord injuries: A group program Workbook*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195339727.001.0001>
- Kennedy, P., Duff, J., Evans, M., & Beedie, A. (2003). Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(1), 41–52. <https://doi.org/10.1348/014466503762842002>
- Liotti, G. (2009). *Le opere della coscienza: Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista: Vol. Psicologia clinica e psicoterapia*. Raffaello Cortina Editore.
- Massone, A., Arescaldino, G. L. (2025.). *Aspetti psicologici ed etici dopo il danno midollare*. MR - Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa, 57-58–59.
- Monden, K. R., Philippus, A., MacIntyre, B., Welch, A., Sevigny, M., Draganich, C., Agtarap, S., & Morse, L. R. (2021). The impact of stigma on psychosocial outcomes following spinal cord injury: A cross-sectional analysis of stigma-mediated relationships. *Rehabilitation Psychology*, 66(2), 202–212. <https://doi.org/10.1037/rep0000371>
- Neff, K. D. (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual Review of Psychology*, 74(1), 193–218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
- Neff, K., & Germer, C. K. (2018). *The mindful self-compassion workbook: A proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive*. The Guilford Press.
- Quale, A. J., & Schanke, A.-K. (2010). Resilience in the face of coping with a severe physical injury: A study of trajectories of adjustment in a rehabilitation setting. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 12–22. <https://doi.org/10.1037/a0018415>
- Società Italiana di Psicologia della Lesione Spinale, S. I. P. Le. S. (2013). *Linee guida: Lo psicologo in Unità Spinale*. Roma: SIPLeS; 2013.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). «Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence». *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

The reorganization of the injured Self: psychological care of the patient with spinal cord injury at the Psychology Department of Alessandria University Hospital

Spinal cord injury represents a complex condition that causes a sudden and irreversible rupture of an individual's psychophysical integrity. It imposes a profound reorganization of the Self and of one's life project. The psychological experience of trauma, loss of autonomy, and bodily change requires timely, global, and multidisciplinary care. The article describes the activity of the SSA Psychology at the Spinal Unit of the AOU AL, which provides dedicated and continuous consultancy. In addition to a psychological assessment of the resources and needs of the person with a spinal cord injury, it integrates intervention models based on mindfulness, compassion, and resilience. These approaches favor the processing of the critical event, the validation and regulation of emotions, and the integration of a new psycho-corporeal identity, promoting processes of support and consolidation of personal and relational resources, and identity continuity throughout the life story.

KEY WORDS: Spinal Cord Injury (SCI); resilience; compassion; rehabilitation psychology; AOUAL

link ■ società



ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

Quando l'algoritmo incontra l'anima. Intelligenza artificiale e pratica psicologica: come innovare preservando l'umanità della cura

When the algorithm meets the self. The integration of artificial intelligence into psychological practice

Fedele Gubitosi*

PAROLE CHIAVE: intelligenza artificiale, pratica psicologica, relazione terapeutica, etica professionale, digital mental health

L'integrazione dell'intelligenza artificiale nella pratica psicologica rappresenta una frontiera ancora largamente inesplorata che richiede un approccio caratterizzato da apertura critica e rigore deontologico. Il presente contributo esamina le potenzialità e i rischi dell'utilizzo dell'IA in psicologia, proponendo un principio guida: l'intelligenza artificiale può accelerare ciò che non è clinico e supportare ciò che lo è, senza mai sostituire la dimensione relazionale ed empatica che costituisce il nucleo fondante della professione psicologica. Vengono analizzati gli ambiti di applicazione promettenti (gestione amministrativa, assessment, monitoraggio longitudinale, formazione continua) e i fenomeni preoccupanti legati all'uso improprio di chatbot come sostituti dello psicologo, con particolare attenzione ai meccanismi di dipendenza tecnologica e alle implicazioni etiche ed equitative. L'articolo sottolinea l'importanza della conformità normativa (GDPR, AI Act, Legge italiana 132/2025) e della supervisione umana qualificata in ogni fase decisionale, proponendo raccomandazioni per una integrazione responsabile dell'IA nella pratica professionale.

1. Introduzione

L'avvento dell'intelligenza artificiale sta trasformando progressivamente numerosi settori professionali, inclusa la psicologia. Tuttavia, trattandosi di un territorio ancora in gran parte inesplorato, l'integrazione dell'IA nella pratica psicologica merita uno sguardo al contempo curioso e critico, capace di coniugare innovazione e salvaguardia dei valori fondanti della professione.

Una premessa necessaria guida questa riflessione: l'IA non è, non può e non deve diventare un sostituto degli psicologi (Fiske et al., 2019). La relazione terapeutica, l'empatia, la capacità di cogliere le sfumature del non verbale, l'intuizione clinica maturata attraverso esperienza e supervisione, la presenza autentica offerta ai pazienti: tutto questo resta patrimonio esclusivamente umano. L'IA può configurarsi come strumento di supporto, un alleato che permette di dedicare

più tempo ed energia al cuore della professione (Graham et al., 2019).

Il presente contributo si propone di esaminare criticamente le opportunità e i rischi dell'integrazione dell'IA in psicologia, fornendo un quadro di riferimento per una pratica professionale consapevole e responsabile.

2. Un principio guida: accelerare il non-clinico, supportare il clinico

Il principio che dovrebbe orientare l'integrazione dell'IA nella pratica psicologica può essere sintetizzato come segue: l'intelligenza artificiale può accelerare ciò che non è clinico e supportare ciò che lo è, senza mai sostituire il giudizio professionale dello psicologo.

2.1 Automazione delle attività amministrative

Una parte significativa del tempo lavorativo degli psicologi è dedicata ad attività amministrative e burocratiche: redazione di relazioni standardizzate, gestione degli appuntamenti, organizzazione della documentazione, trascrizione di note cliniche. Queste attività, pur necessarie, sottraggono energie preziose al lavoro clinico (Luxton, 2016).

Sistemi di IA potrebbero assistere nella stesura di relazioni standardizzate o trascrivere automaticamente note cliniche, sempre con il pieno controllo dello psicologo. Naturalmente, questo deve avvenire con strumenti che operino in conformità alle normative vigenti e senza mai inviare dati sensibili a server esterni non protetti. Per i colleghi del settore pubblico, dove la richiesta di documentazione è particolarmente gravosa, questo potrebbe significare recuperare ore preziose ogni settimana.

2.2 Supporto all'assessment e al monitoraggio

L'IA può offrire supporto in aspetti più direttamente collegati al lavoro clinico. Nella fase di assessment, sistemi di intelligenza artificiale potrebbero assistere nell'analisi preliminare dei risultati di test psicometrici, segnalando pattern o incongruenze che meritano approfondimento. Non si tratta di delegare la diagnosi, ma di disporre di uno strumento che evidenzia elementi che potrebbero sfuggire a una prima lettura, specialmente sotto pressione o con carico di lavoro elevato. In psicoterapia l'IA potrebbe supportare il monitoraggio longitudinale dei progressi attraverso grafici automatici o applicazioni che permettano ai pazienti di registrare quotidianamente umore ed eventi significativi, evidenziando pattern preziosi tra le sedute (Torous & Hsin, 2018).

2.3 Ottimizzazione dei servizi pubblici

Nel contesto pubblico, l'IA potrebbe ottimizzare le liste d'attesa, supportare il triage e facilitare l'analisi per la programmazione dei servizi. Tuttavia, è necessaria costante vigilanza: la supervisione umana qualificata deve sempre avere l'ultima parola sulle decisioni riguardanti l'accesso alle cure.

2.4 Formazione continua e ricerca bibliografica

Un ambito particolarmente promettente riguarda la formazione continua. L'IA potrebbe offrire simulazioni di casi clinici, fornire feedback su aspetti specifici della comunicazione terapeutica mediante l'analisi di registrazioni di role-playing, creare percorsi di apprendimento personalizzati. La quantità di letteratura scientifica è ormai così vasta che strumenti di IA potrebbero assistere nella ricerca bibliografica, sintetizzando articoli, identificando evidenze rilevanti, suggerendo connessioni tra ambiti diversi (American Psychological Association, 2022). Questo non sostituisce l'esperienza clinica diretta e la supervisione umana ma può costituire un complemento utile.

3. Il fenomeno preoccupante: l'IA come sostituto dello psicologo

Un fenomeno richiede attenzione immediata: sempre più persone, in particolare giovani, stanno cercando nell'intelligenza artificiale un sostituto dello psicologo. Chatbot di IA, app di "terapia virtuale", assistenti digitali che promettono supporto emotivo costante: il mercato è saturo di queste proposte, percepite come alternative valide, se non superiori, al supporto psicologico professionale (Miner et al., 2017).

Un fenomeno richiede attenzione immediata: sempre più persone, in particolare giovani, stanno cercando nell'intelligenza artificiale un sostituto dello psicologo. Chatbot di IA, app di "terapia virtuale", assistenti digitali che promettono supporto emotivo costante: il mercato è saturo di queste proposte, percepite come alternative valide, se non superiori, al supporto psicologico professionale

I rischi associati a questo fenomeno sono considerevoli e meritano analisi approfondita. Ne individuiamo quattro: rischio di mancato accesso a cure appropriate, falsa sensazione di supporto e isolamento sociale, questioni di equità e accessibilità, meccanismi di dipendenza tecnologica, un rischio più sottile legato ai meccanismi psicologici della dipendenza tecnologica.

3.1 Le ragioni del fenomeno

Le motivazioni sono molteplici e comprensibili: disponibilità immediata senza liste d'attesa, assenza del timore del giudizio che può accompagnare i primi contatti con uno psicologo, costo ridotto o nullo, possibilità di accesso in qualsiasi momento. Per una persona immersa nel digitale, rivolgersi a un'app può sembrare naturale quanto ordinare cibo o chiamare un taxi.

3.2 I rischi clinici ed etici

I rischi associati a questo fenomeno sono considerevoli e meritano analisi approfondita.

Rischio di mancato accesso a cure appropriate. Le persone hanno bisogno di interventi professionali reali, non di risposte automatizzate. Un chatbot non può fare diagnosi, non può cogliere i segnali sottili di un rischio suicidario, non può gestire una crisi acuta, non può modificare il suo approccio basandosi sulle microespressioni del volto o sui silenzi carichi di significato (D'Alfonso, 2020). Il rischio è che persone realmente bisognose di cure appropriate ritardino l'accesso ai servizi di salute mentale, illudendosi che un'interazione con l'IA sia sufficiente.

Falsa sensazione di supporto e isolamento sociale. Queste tecnologie possono creare una falsa sensazione di supporto che maschera un progressivo isolamento sociale. La relazione terapeutica ha valore perché è una relazione umana autentica, l'incontro di due persone, dove si sperimenta l'essere visti, compresi, accolti da un altro essere umano. Un algoritmo può simulare empatia ma non può provarla, può generare risposte che sembrano comprensive ma mancano di quella presenza incarnata che è elemento fondamentale del processo di cura.

Questioni di equità e accessibilità. Se si diffonde l'idea che l'IA possa sostituire lo psicologo, si rischia di creare un sistema a due velocità: chi può permetterselo accederà al supporto professionale umano, mentre chi ha meno risorse verrà indirizzato verso soluzioni tecnologiche di seconda scelta. Questo risulterebbe inaccettabile dal punto di vista etico, deontologico e sociale.

Meccanismi di dipendenza tecnologica. Esiste un rischio più sottile legato ai meccanismi psicologici della dipendenza tecnologica. L'IA può innescare dinamiche simili alle dipendenze patologiche: l'illusione di onniscienza (la percezione che la macchina fornisca risposte definitive e complete), la delega inconscia di funzioni cognitive (che avviene in modo graduale e spesso non consapevole), l'evitamento relazionale (sostituendo rapporti umani autentici con interazioni algoritmiche) e la riduzione della complessità (preferendo risposte semplificate che non richiedono lo sforzo del pensiero critico). Questi meccanismi possono condurre all'atrofia delle capacità cognitive autonome e alla riduzione della tolleranza all'incertezza, elementi fondamentali per la crescita psicologica.

3.3 Azioni necessarie per la comunità professionale

Come professionisti, è necessario agire su più fronti:

- **Presidiare il dibattito pubblico**, comunicando con chiarezza quali sono le possibilità reali e i limiti dell'IA in ambito psicologico
- **Lavorare per rendere i servizi di salute mentale più accessibili**, riducendo liste d'attesa e barriere, affinché l'IA non diventi l'unica opzione per chi ha bisogno
- **Collaborare con le istituzioni** per definire standard qualitativi e normativi chiari per le applicazioni di IA in ambito psicologico
- **Educare**: parlare con pazienti, nelle scuole, nelle università, nei contesti aziendali, spiegando cosa significa realmente il lavoro psicologico e perché la dimensione umana della relazione non è un optional ma il cuore pulsante del processo terapeutico

Se non saranno gli psicologi a guidare questo processo, lo faranno altri con logiche che non hanno a cuore il benessere delle persone ma solo il profitto mascherato da efficienza.

4. Responsabilità e limiti nell'uso dell'IA

4.1 Domande fondamentali prima dell'implementazione

Prima di introdurre qualsiasi strumento di IA nella pratica lavorativa, è necessario porsi domande fondamentali:

- È conforme al GDPR e alle normative italiane?
- Esiste validazione scientifica nel contesto psicologico?
- Dispongo delle competenze per interpretare criticamente gli output?
- Esistono protocolli per gestire situazioni critiche?
- Lo strumento presenta bias algoritmici?
- È garantita la supervisione umana in ogni fase decisionale?

4.2 Pratiche da evitare

È fondamentale evidenziare cosa si deve assolutamente evitare:

- **Mai inserire trascrizioni integrali di sedute**, informazioni cliniche dettagliate o dati identificativi in sistemi di IA commerciali non certificati. Questi sistemi non offrono garanzie sufficienti e i dati potrebbero essere conservati, utilizzati per addestrare modelli o diventare accessibili a terzi.
- **Mai affidarsi ciecamente a diagnosi o suggerimenti algoritmici**: la responsabilità diagnostica e terapeutica rimane interamente del professionista. Uno psicologo consapevole non accetta acriticamente le indicazioni di un sistema automatizzato ma le sottopone sempre a vaglio clinico.

4.3 Il contesto normativo italiano ed europeo

Il contesto normativo italiano ed europeo sta evolvendo rapidamente. L'Italia, con la Legge 132/2025, è il primo paese europeo a regolare l'IA con principi di utilizzo antropocentrico, trasparente e sicuro. Inoltre, l'Agenzia per l'Italia Digitale ha pubblicato linee guida specifiche per l'adozione dell'IA nella Pubblica Amministrazione (AgID, 2024). Questi riferimenti costituiscono la cornice entro cui anche gli psicologi devono muoversi, specialmente nei servizi pubblici.

Il Regolamento (UE) 2024/1689 (AI Act) fornisce inoltre un quadro normativo europeo che classifica i sistemi di IA in base al livello di rischio e stabilisce obblighi proporzionati per sviluppatori e utilizzatori.

5. Il compito della comunità professionale

Il compito della comunità professionale è esplorare con mente aperta ma critica le possibilità che l'intelligenza artificiale offre, senza cadere nell'entusiasmo acritico né nel rifiuto aprioristico. È necessario coltivare un atteggiamento di apertura critica: esplorare le possibilità dell'innovazione, mantenendo saldi i valori fondamentali della professione.

Devono essere gli psicologi a guidare questo processo di integrazione, ponendosi le domande giuste, perché l'intelligenza artificiale non è né salvatore né nemesis della psicologia. È uno strumento potente che può essere utilizzato bene o male e la responsabilità ricade sui professionisti. Usata con saggezza e consapevolezza, l'IA potrebbe permettere di essere psicologi migliori, non perché fa cose al posto del professionista, ma perché restituisce lo spazio mentale ed emotivo per dedicarsi pienamente a ciò che solo lo psicologo può fare: incontrare l'altro nella sua unicità, accompagnarlo nel suo percorso di cambiamento, essere testimone autentico della sua sofferenza e della sua crescita.

6. Conclusioni

La psicologia è, prima di tutto, una professione di relazione. L'incontro tra due persone, la possibilità di essere visti nella propria unicità, l'esperienza di sentirsi compresi senza giudizio: questi sono gli elementi trasformativi del lavoro psicologico. L'IA può aiutare a organizzare, analizzare, monitorare, supportare ma non può ascoltare nel senso pieno, non può provare empatia autentica, non può offrire quella presenza incarnata che è il dono più prezioso dello psicologo. Il futuro della psicologia sarà probabilmente un futuro in cui tecnologia e umanità si intrecceranno in modi sempre più stretti. Dipende dai professionisti

L'IA può aiutare a organizzare, analizzare, monitorare, supportare ma non può ascoltare nel senso pieno, non può provare empatia autentica, non può offrire quella presenza incarnata che è il dono più prezioso dello psicologo. Il futuro della psicologia sarà probabilmente un futuro in cui tecnologia e umanità si intrecceranno in modi sempre più stretti.

assicurarsi che questo intreccio preservi e potenzi la dimensione umana della cura psicologica, senza impoverirla. La sfida non è se integrare l'IA nella pratica psicologica, ma come farlo in modo eticamente responsabile, clinicamente fondato e profondamente umano.

* Psicologo psicoterapeuta, Segretario Provinciale AUPI di Benevento (Associazione Unitaria Psicologi Italiani) psicogubitosi@gmail.com

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Agenzia per l'Italia Digitale - AgID (2024). Linee guida sull'intelligenza artificiale nella Pubblica Amministrazione. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri. Disponibile presso: <https://www.agid.gov.it/>
- American Psychological Association (2022). Artificial Intelligence and Psychology: Strategic Plan. Washington, DC: APA. Disponibile presso: <https://www.apa.org/>
- Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (2015). Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. Disponibile presso: <https://www.psy.it/>
- D'Alfonso, S. (2020). AI in mental health. *Current Opinion in Psychology*, 36, 112-117. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.04.005>
- Fiske, A., Henningsen, P., & Buyx, A. (2019). Your robot therapist will see you now: Ethical implications of embodied artificial intelligence in psychiatry, psychology, and psychotherapy. *Journal of Medical Internet Research*, 21(5), e13216. <https://doi.org/10.2196/13216>
- Frasciello, O. (2025). *L'intelligenza artificiale – Tra fantascienza di ieri e realtà di oggi*. Roma: Aracne Editrice.
- Graham, S., Depp, C., Lee, E. E., Nebeker, C., Tu, X., Kim, H. C., & Jeste, D. V. (2019). Artificial intelligence for mental health and mental illnesses: An overview. *Current Psychiatry Reports*, 21(11), 116. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1094-0>
- Legge 23 settembre 2025, n. 132. Disposizioni e deleghe al Governo in materia di intelligenza artificiale. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*.
- Luxton, D. D. (2016). *Artificial Intelligence in Behavioral and Mental Health Care*. San Diego, CA: Academic Press.
- Miner, A. S., Milstein, A., & Hancock, J. T. (2017). Talking to machines about personal mental health problems. *JAMA*, 318(13), 1217-1218. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.14151>
- Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (GDPR). *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*, L 119/1.
- Regolamento (UE) 2024/1689 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 13 giugno 2024 (AI Act). *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*.
- Torous, J., & Hsin, H. (2018). Empowering the digital therapeutic relationship: Virtual clinics for digital health interventions. *NPJ Digital Medicine*, 1, 16. <https://doi.org/10.1038/s41746-018-0028-2>

When the algorithm meets the self. The integration of artificial intelligence into psychological practice

The integration of artificial intelligence (AI) into psychological practice represents a largely unexplored frontier that requires an approach characterized by critical openness and ethical rigor. This contribution examines the potential and risks of AI use in psychology, proposing a guiding principle: artificial intelligence can accelerate what is not clinical and support what is clinical, without ever replacing the relational and empathic dimension that constitutes the founding core of the psychological profession. Promising application areas are analyzed (administrative management, assessment, longitudinal monitoring, continuing education) as well as phenomena related to the improper use of chatbots as substitutes for psychologists, with particular attention to technological addiction mechanisms and ethical and equity implications. The article emphasizes the importance of regulatory compliance (GDPR, AI Act, Italian Law 132/2025) and qualified human supervision at every decision-making stage, proposing recommendations for responsible integration of AI into professional practice.

KEYWORDS: artificial intelligence, psychological practice, therapeutic relationship, professional ethics, digital mental health

link — Cultura



VIAGGIO NEL CINEMA: Intervista a Peter Ciaccio

A JOURNEY THROUGH MOVIES: Talking with Peter Ciaccio

LUANA FATO*

PAROLE CHIAVE: amore, morte, cinema, narrazione, immagini, emozioni, simboli

Pastore valdese e metodista, nato a Belfast nel 1975 da madre nord-irlandese e da padre italiano di confessione cattolica, Peter Ciaccio vive a Trieste, e unisce una solida formazione teologica a una passione coltivata fin da bambino: il cinema. Da anni lavora per mettere in dialogo questi due mondi che, soprattutto in Italia, appaiono spesso distanti: la riflessione religiosa da una parte e la cultura cinematografica dall'altra. Una distanza culturale che Peter evidenzia fin da subito, citando film come *The Whale* di Darren Aronofsky — regista ebreo che mette in scena simbolismi chiaramente riconducibili alla Passione di Cristo, eppure quasi mai discussi dalla critica italiana. Per Peter, questo è un esempio di quanto il cinema possa parlare di spiritualità, dolore, redenzione e sacrificio anche quando non lo dichiara esplicitamente. La sua prospettiva nasce proprio da questa soglia di confine tra sguardo spirituale, attenzione narrativa, e una curiosità autentica per le storie che il cinema decide di raccontare

Abbiamo scelto di intervistarlo perché, per questo numero della rivista, volevamo affrontare un tema complesso e universale: l'amore e la morte, due questioni umane fondamentali che il grande schermo non smette di esplorare, ma che spesso richiedono uno sguardo capace di cogliere ciò che sta sotto la superficie delle immagini.

L'intervista è stata effettuata l'11 novembre 2025, dalle 10:00 alle 12:00, tramite call: Peter si trovava a Trieste, dove svolge il suo incarico di guida spirituale della comunità valdese e metodista cittadina.

Nel corso dell'intervista, abbiamo quindi invitato Peter a guidarci in questo viaggio: dove e come il cinema racconta l'amore? In che modo rappresenta la morte, il lutto, la trasformazione? E cosa può emergere quando questi temi vengono osservati da chi, come lui, si muove tra il linguaggio della teologia e quello delle storie cinematografiche?

A partire da queste premesse, gli abbiamo rivolto alcune domande:

1. Il cinema come "spazio in cui riconoscere le nostre emozioni". Perché il cinema, secondo te, ci permette di parlare di amore e di morte con più libertà che nella vita quotidiana?

Il cinema è, prima di tutto, narrazione. E l'essere umano, senza narrazione, non può esistere. Abbiamo bisogno di storie per capire chi siamo, per dare senso all'esperienza, per affrontare ciò che ci spaventa. Il cinema entra nella storia umana in un momento di grande scissione. Nasce in pieno positivismo, nella Belle Époque, quando la cultura stava separando sempre di più emozione e razionalità. Da quella frattura sono derivate anche le grandi derive tecnologiche e politiche del Novecento: guerre potentissime, società tecnocratiche in cui manca una storia comune, una sorta di 'focolare' intorno al quale interpretare il mondo.

In questo scenario il cinema nasce come uno spazio quasi ricreativo, addirittura stigmatizzato. Ancora oggi andare al cinema è considerato da molti una perdita di tempo, qualcosa di poco produttivo. Eppure è il mezzo narrativo più sofisticato

creato dall'umanità. È capace di farci vedere letteralmente i miracoli – pensiamo a come percepiamo i racconti evangelici quando vengono portati sullo schermo – e lo fa attraverso un lavoro collettivo complessissimo: registi, sceneggiatori, produttori, attori, montatori... Basta cambiare un'inquadratura per cambiare il senso di una scena. Questa complessità permette di parlare a molte persone diverse, con una forza unica.

Il cinema è il luogo delle emozioni. Tutti sappiamo che ci si può commuovere, arrabbiare, avere paura. C'è chi si porta i fazzoletti, quasi prevedendo l'impatto emotivo. Quello che non mettiamo in conto, invece, è che il cinema possa darci anche una lezione, un'ammonizione, perfino una forma di predicazione sulla vita. Nella vita quotidiana ci proteggiamo: se un professore ci fa la ramanzina, lo ignoriamo; se in chiesa il predicatore ci invita a cambiare, spesso restiamo sulla difensiva. Al cinema no. Ci andiamo disarmati, indifesi, e questo rende l'esperienza potentissima.

Non è un caso che molti regimi esercitino una censura durissima sul cinema, spesso anche su dettagli che sembrano insignificanti. La censura capisce perfettamente la forza di questo mezzo, spesso meglio degli spettatori. Il cinema arriva dove altri linguaggi non arrivano.

Un caso che mi colpisce sempre è quello di Christoph Meili, un guardiano notturno svizzero che, dopo aver visto *Schindler's List*, disse che la sua vita non poteva continuare come prima. Decise di denunciare pubblicamente lo smaltimento illecito di documenti bancari relativi ai conti ebraici dell'epoca nazista. Un gesto che, violando il segreto bancario svizzero, gli costò persecuzioni e minacce, fino a portarlo a chiedere asilo politico negli Stati Uniti. È paradossale: nessun tribunale, nessuna commissione, nessuna procedura razionale era riuscita a smuovere ciò che un film è stato capace di cambiare dentro di lui. Anche se il messaggio originario del film non era questo, per quella persona ha significato una trasformazione esistenziale.

Ecco perché il cinema permette di parlare di amore e di morte con più libertà rispetto alla vita quotidiana: perché ci trova senza difese, ci mostra ciò che cerchiamo di non vedere, e ci permette di riconoscere le nostre emozioni lì dove non possiamo più fingere di non sentirle.

2. Nei film che ami, il volto in primo piano spesso dice più della parola. Che cosa può un volto sullo schermo che il linguaggio verbale non riesce a esprimere?

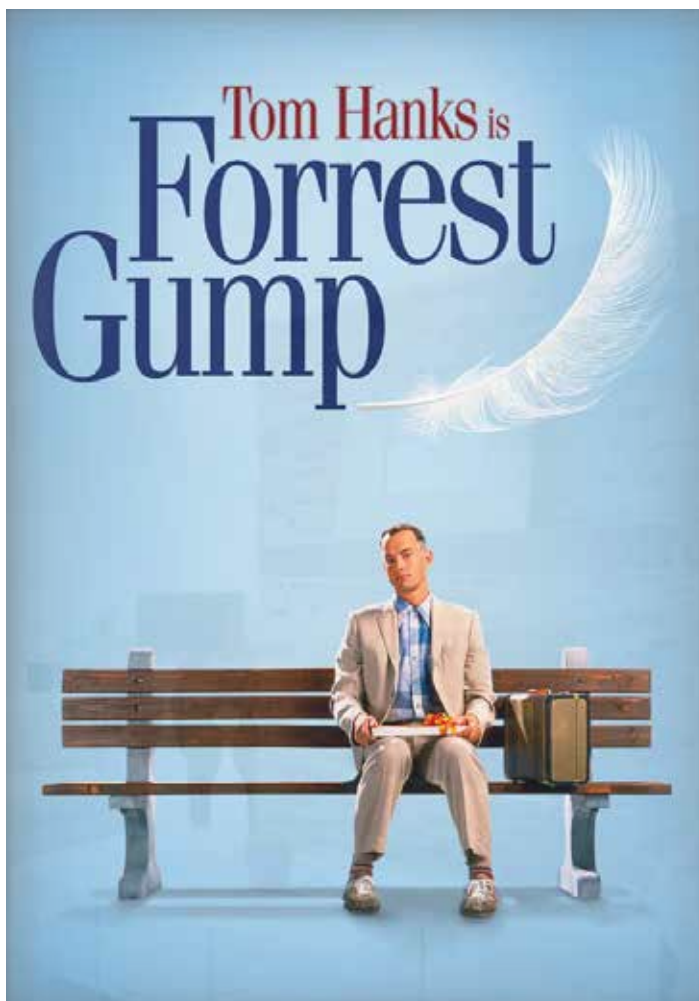
Quando penso al potere del volto sullo schermo, mi vengono subito in mente i film muti. Lì non c'è la parola, non c'è il dialogo che guida, eppure quei volti dicono tutto. Al di là dell'evoluzione del canone di bellezza – che cambia con le epoche – quello che conta non è che un attore sia 'bello', ma che sia interessante, che abbia un volto che parla. È una questione antichissima: i Greci usavano le maschere della commedia, della tragedia, dei vizi e delle virtù. Ogni maschera rappresentava un'emozione. Il volto cinematografico, in fondo, continua quella tradizione: è un luogo dove l'emozione prende forma.

Il volto diventa particolarmente importante nei momenti drammatici. Nelle commedie, spesso è il contesto a fare la differenza: la scena, i tempi comici, le situazioni. Ma nel dramma il volto è assoluto, non ha scampo. È messo davanti allo spettatore in un incontro quasi diretto, e in questa nudità si crea una relazione potentissima.

Un regista che ha usato magistralmente il primo piano è stato Ingmar Bergman: nei suoi film i volti entrano letteralmente l'uno nell'altro, si sfidano, si cercano, si feriscono. È un cinema che scava nelle persone attraverso il loro sguardo.

Naturalmente, tutto ha una decadenza. Dal primo piano bergmaniano arriviamo poi al mondo delle soap opera, dove il primo piano diventa quasi un'orgia visiva, un elemento abusato. Le soap sono dispensatrici di emozioni a basso costo, pensate per essere popolari e quotidiane. Per molte persone rappresentano davvero uno sfogo dalla vita reale. Ma c'è un rischio: invece di essere volti che entrano dentro di te, diventano strumenti per guardare la vita degli altri e non affrontare la propria. È la differenza tra l'empatia e il voyeurismo.

Un cinema che funziona, invece, è quello che ti permette di vivere meglio la tua vita attraverso quella degli altri. E in questo il volto è fondamentale: l'espressività dell'attore, la luce, l'inquadratura, ogni scelta registica può cambiare radicalmen-



te ciò che quel volto comunica. Il volto è il veicolo privilegiato delle emozioni, e il cinema — più di ogni altro linguaggio — sa trasformarlo in una rivelazione.

3. In quali film l'amore è raccontato non come idealizzazione, ma come incontro tra due vulnerabilità?

Quando penso a un film che racconta l'amore non come idealizzazione, ma come incontro tra due fragilità, mi viene subito in mente *Forrest Gump* di Robert Zemeckis. È un film popolare, amatissimo, e al centro c'è una storia d'amore che nasce proprio dalla vulnerabilità dei suoi protagonisti.

Forrest è una persona considerata fragile dalla società: ha una neurodivergenza evidente, un modo di stare al mondo che gli altri interpretano come ingenuità o mancanza. In realtà, alla fine si comprende che Forrest sa molto più di quanto gli altri credano: sopravvive fingendo di non capire, proteggendosi in un certo senso dal cinismo del mondo. Jenny, invece, è l'opposto: appare solare, 'normale', libera. Ma è proprio lei a subire maggiormente la violenza della società. Forrest si disinteressa del giudizio altrui e conquista persino le persone più ostili; Jenny, invece, scivola negli abissi dell'autodistruzione, schiacciata da un dolore che la porta a disprezzarsi, a cercare di annullarsi.

Tra i due c'è un legame quasi infantile, una purezza che resiste al passare del tempo e alle loro traiettorie divergenti. Sono due anime che fanno fatica a incontrarsi davvero, eppure il loro incontro avviene nel momento più fragile di tutti:

quando Jenny rivela a Forrest di essere rimasta incinta dopo la loro unica notte d'amore. È un attimo di verità, un'apertura totale. Poco dopo, però, Jenny muore. La vita reale non concede loro una seconda possibilità, e questo rende la storia ancora più autentica. Due vulnerabilità che si sono amate a modo loro, senza mai riuscire a coincidere del tutto, e che proprio per questo parlano allo spettatore. Quando uscì, nessuno si aspettava il successo di *Forrest Gump*. Era un film lungo, insolito, costruito su un protagonista percepito come 'scemo' e una donna considerata 'sbandata'. Eppure proprio loro, con la loro fragilità, hanno toccato qualcosa di profondo. Quell'amore imperfetto, ferito, non idealizzato, è arrivato al cuore del pubblico perché mostrava ciò che spesso non vogliamo vedere: che l'amore è l'incontro tra due persone che portano ferite diverse, e che a volte si amano proprio attraverso quelle ferite.

4. Nei film che ci stanno più a cuore, l'amore non è mai armonia: che cosa rivela l'amore di noi quando lo viviamo davvero, non quando lo raccontiamo?

Quando dico che l'amore non è mai armonia, intendo che nella vita reale l'amore non è uno stato di pace costante, ma un equilibrio che va ricercato continuamente. Se ci pensiamo, la routine dell'armonia perfetta sarebbe persino noiosa: «non ho bisogno di niente, tutto va bene... che palle!». Come si fa a stare insieme così? L'amore è fatto di aggiustamenti, di tensioni, di micro-crisi. È un continuo ritrovare un punto di incontro, e questo — se lo si guarda onestamente — è anche una scocciatura.

Spesso siamo noi stessi a rompere quell'equilibrio, magari per il gusto del brivido, o per una sorta di hybris: «vediamo se riesco a sistemare tutto dopo», «vediamo se riesco a riportare le cose al loro posto». È come se l'essere umano fosse costruito per non accontentarsi mai davvero, anche quando la relazione funziona. C'è amore, c'è armonia... ma domani? Cosa succede domani?

Per questo, nelle narrazioni e nel cinema, a un certo punto qualcosa deve precipitare. È un elemento fondamentale della storia. Se non c'è conflitto, cosa andiamo a vedere? Anche nelle storie apparentemente più piatte, come quelle del teatro dell'assurdo, il conflitto c'è eccome: è il conflitto dell'incomunicabilità. Anche quando "non succede niente", per non far succedere niente bisogna far andare avanti le cose in un modo assurdo, straniante.

Beckett ha influenzato molto di più il cinema di quanto si pensi: quell'idea che l'esistenza si regga su tensioni, parole mancate, ritmi che scricchiolano, è diventata parte del linguaggio cinematografico moderno. E l'amore, che è una forma intensa di relazione, non sfugge a questa logica.

L'amore vissuto davvero rivela la nostra incapacità di restare fermi, la nostra sete di cambiamento, la nostra vulnerabilità. Non è armonia, è movimento. È questo che i film mettono in scena, ed è questo che riconosciamo come autentico: l'amore reale non è una linea retta, ma un equilibrio che può spezzarsi, trasformarsi, rinascere.»

5. Cosa ci spaventa, oggi, dell'essere davvero visti dall'altro?

Credo che, oggi, ciò che ci spaventa davvero dell'essere visti sia il rischio del giudizio e della reificazione, cioè l'essere trasformati in oggetti. Abbiamo paura che l'altro ci guardi come noi – consapevolmente o meno – guardiamo gli altri: valutandoli, incasellandoli, interpretandoli. Spesso siamo noi stessi a ridurre gli altri a figure, a etichette, a funzioni. E nel momento in cui diventiamo noi l'oggetto dello sguardo, temiamo che l'altro faccia lo stesso con noi.

Mi viene in mente un piccolo episodio. Anni fa vivevo in un paese e c'era una signora che dalla sua finestra guardava spesso dentro casa mia. Non con cattiveria, semplicemente osservava. Un giorno, passando, l'ho salutata: «Buongiorno, signora». Lei ha chiuso immediatamente la finestra e non l'ha più aperta per moltissimo tempo. Come se all'improvviso avesse realizzato: "Ah, quindi lui mi vede". E quel semplice fatto – il rendersi conto di essere vista – l'ha spaventata più dell'atto stesso di osservare.

Questa è una dinamica profondamente umana: guardare ci fa sentire in controllo; essere guardati, invece, ci espone. Ci ricorda che siamo vulnerabili, interpretabili, che l'altro può vederci in modi che non controlliamo. Ed è proprio questa perdita di controllo che ci inquieta di più.

6. In molte narrazioni l'altro funziona come specchio. Perché è così difficile restare se stessi dentro una relazione?

Forse è difficile restare se stessi dentro una relazione perché, in realtà, non sappiamo mai completamente chi siamo. Questa incertezza è uno dei motori principali del conflitto, e quindi della narrazione: siamo costantemente alla ricerca di noi stessi, e spesso abbiamo bisogno dell'altro per capirci. L'altro ci definisce, ci rimanda un'immagine, ci conferma o ci mette in crisi. Da un certo punto di vista questo è naturale: l'essere umano è sociale, non può vivere senza relazioni, e quindi ha bisogno dello sguardo dell'altro per crescere, ma questo meccanismo può avere anche un lato tossico. L'altro, infatti, non sempre ci restituisce un'immagine corretta o benevola: a volte ci vede solo in funzione dei suoi bisogni, delle sue aspettative, delle sue paure. E allora rischiamo di perdere il nostro centro, di



modellare noi stessi attorno a ciò che l'altro vuole da noi, anziché a ciò che siamo davvero.

D'altra parte, l'assenza totale dell'altro è altrettanto distruttiva. Pensiamo a *Robinson Crusoe*: l'uomo solo sull'isola deserta vive un'alienazione estrema. E nella nostra società una delle punizioni più severe è proprio la cella d'isolamento. Essere totalmente soli ci snatura, ci priva di un rispecchiamento necessario.

Eppure anche la compagnia può diventare veleno, quando lo specchio che abbiamo davanti non riflette chi siamo, ma chi l'altro pretende che siamo. È in questa tensione — tra il bisogno dell'altro e il rischio di perderci in lui — che si gioca la difficoltà di restare se stessi dentro una relazione.

7. C'è un film che racconta bene la difficoltà di “restare” in un legame? In che modo lo fa?

Mi vengono in mente due film molto diversi tra loro, ma entrambi capaci di raccontare in profondità la fatica di “restare” in un legame.

Il primo è *La notte* di Michelangelo Antonioni. È la storia di una coppia che attraversa una notte a Milano, passando da un locale all'altro, tra incontri, silenzi e tentativi falliti di comunicare. È interessante notare che il vivere la notte è un fenomeno recente nella storia umana: negli ultimi due secoli, con l'arrivo della luce artificiale, la notte è diventata uno spazio di possibilità, di vagabondaggio, ma anche di smarrimento. In *La notte*, questo vagare notturno porta i protagonisti a un'alba amara, in cui affiora la consapevolezza che forse non ha più senso restare insieme. Non sappiamo cosa succeda dopo, il film non chiude il cerchio: resta la sospensione, la domanda aperta. È anche il film a cui si deve l'etichetta di “incomunicabilità” associata al cinema di Antonioni – personaggi che si svelano allo spettatore, ma non riescono più a parlarsi davvero.

L'altro film è *Here* di Robert Zemeckis, un'opera molto particolare, costruita con un'unica inquadratura fissa, come se uno sguardo immobile osservasse il tempo scorrere davanti a sé. In questo spazio visivo succedono epoche, vite, cambiamenti, fino a quando il film si concentra su una coppia — interpretata, non a caso, dagli stessi attori di *Forrest Gump*. Qui c'è tutta la difficoltà del restare: lei rimane incinta, lui rinuncia alla carriera per la famiglia, e questa scelta genera risentimento, rimpianto, piccoli veleni quotidiani. A tutto questo si aggiungono gli ostacoli esterni, come la malattia: lei sviluppa l'Alzheimer, e lo spettatore sa benissimo che queste due persone si vogliono profondamente bene e non hanno davvero un'alternativa l'uno all'altra. Eppure la vita, con le sue curve improvvise, mette continuamente alla prova quel legame.

Trovo affascinante che *Here* racconti l'intero arco di una relazione – dall'inizio alla fine. Il cinema spesso si ferma a un episodio, a un momento drammatico o romantico, e lascia il resto all'immaginazione. Qui, invece, lo sguardo fisso registra tutto: i sogni mancati, le rinunce, la malattia, l'amore che resiste nonostante tutto. Mi ricorda un artista che aveva immaginato le principesse Disney anni dopo il “vissero felici e contenti”: Biancaneve che stira, il principe azzurro con la pancia... Dettagli ironici, certo, ma rivelatori del fatto che raramente pensiamo a cosa succede davvero dopo.

Questi film ci ricordano che restare in un legame non è un atto romantico, ma un lavoro complesso, fragile, quotidiano — e profondamente umano.

8. Nei film che parlano di morte, spesso la morte è una presenza che attraversa i personaggi. È così anche per noi? Viviamo con la morte accanto senza nominarla?

Nei film si parla molto meno di morte di quanto si parli d'amore. Anche quando la morte è presente visivamente, spesso viene raccontata come una caricatura, quasi come qualcosa di innaturale. Mi viene in mente una barzelletta: una signora muore e tutta la casa è in lutto, tranne il nipote che è davanti alla televisione. Nessuno ha avuto il coraggio di dirgli nulla. Alla fine la madre si avvicina e gli dice: “Devo dirti una cosa: la nonna è morta”. E il bambino risponde: “E chi l'ha ammazzata?”. Perché la morte, nelle narrazioni, è spesso qualcosa che “succede a causa di”, un atto violento, un evento esterno, come se morire fosse contro natura. Pensiamo anche a *Dracula*: se non gli pianti un paletto nel cuore, continua a vivere. La morte diventa qualcosa di artificiale, grottesco. E questo ci fa riflettere meno sulla morte reale.

Poi il cinema, ogni tanto, ci regala opere potentissime. Quest'anno a Venezia hanno presentato *La voce di Hind Rajab*, un film che racconta la storia di una bambina palestinese di cinque anni, bloccata in un'auto piena di colpi in cui tutti gli altri sono morti. La piccola chiama la Mezzaluna Rossa dalla Striscia di Gaza, mentre il centro operativo è in Cisgiordania. Il film crea un doppio dramma: la bambina non può uscire dall'auto, i soccorritori non possono uscire dal loro centro senza autorizzazioni, perché metterebbero a rischio la loro vita. E la sua voce, nel film, è la sua voce vera: la voce di una bambina che lo spettatore sa fin dall'inizio che morirà. È un impatto enorme. Mi sono chiesto se sia etico usare la voce reale di una persona morta. È un po' come se in un film si usasse un cadavere vero. Dal punto di vista cinematografico è un'intuizione straordinaria, perché gli attori interagiscono con una voce che appartiene davvero alla morte. Eticamente? Non lo so. Con una voce d'attrice, però, sarebbe sembrato uno dei tanti film a cui siamo ormai anestetizzati. È interessante vedere come la morte entra nelle narrazioni quando lo fa in modo così diretto.

Nella vita reale, invece, viviamo accanto alla morte senza nominarla. La nostra società ha creato una sorta di presente continuo dove si nasce e si muore "fuori scena". Invecchiare è diventato un problema, e non solo per i limiti fisici che l'età porta – che sono reali – ma perché attribuiamo ai segni dell'invecchiamento un significato tossico. Creme antirughe, ritocchi, la pressione per sembrare sempre giovani... tutto questo comunica che il presente ha valore solo se appartiene ai giovani. È una cultura che, di fatto, celebra la morte prima della morte, invece di celebrare la vita in tutte le sue età.

Il cinema ogni tanto prova a raccontare la morte in modo vero, ma resta un'industria: se un film non vende, non se ne fa un altro. È come nel discorso, molto italiano, dell'artista povero che viene quasi disprezzato mentre altri fanno soldi sulle sue opere. Pensiamo a Van Gogh: celebrato come visionario, ma morto in povertà. La logica commerciale pesa ancora oggi sulle storie che scegliamo di raccontare. Non si fanno film sul Covid, ad esempio: chi andrebbe a vederli? La maggior parte delle persone preferisce sognare il principe, la principessa, l'amore. Sono storie vendibili.

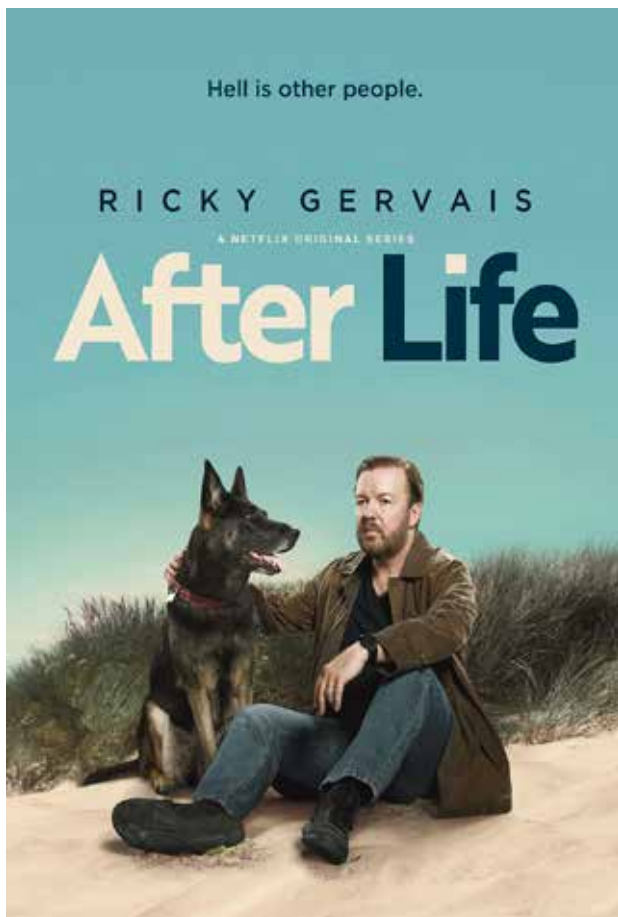
Il rischio, quando si tenta di raccontare la morte, è scivolare nella pornografia del dolore: programmi strappalacrime, spettacolarizzazione del lutto. È difficilissimo trovare un linguaggio che parli davvero della morte senza banalizzarla e senza renderla un prodotto emotivo da consumare. Però è proprio questa difficoltà che rivela quanto poco, nella nostra cultura, riusciamo a convivere con la morte come presenza quotidiana e inevitabile.

9. Che cosa cambia in una storia quando la morte non è il colpo di scena finale, ma una condizione con cui i personaggi convivono?

Ci sono film in cui la morte non arriva come colpo di scena finale, ma come condizione che abita la storia fin dall'inizio. E quando succede, cambia il livello del film: ti rendi conto subito che stai guardando qualcosa di diverso dal solito, qualcosa che ti obbliga a pensare.

Un esempio straordinario è *Vivere* di Akira Kurosawa. Racconta di un impiegato pubblico che scopre di avere una malattia terminale. Questa consapevolezza, invece di paralizzarlo, gli apre la libertà di vivere davvero per la prima volta. È interessante che da questo film sia stato tratto un remake, *Living*, con Bill Nighy,





scritto da Kazuo Ishiguro – lo stesso autore di *Quel che resta del giorno* e *Never Let Me Go*. Tutto deriva da *La morte di Ivan Il'ič* di Tolstoj. In tutte queste opere la morte è la forza che dà significato: i personaggi si rendono conto di quanto la vita sia preziosa proprio perché la morte è lì, dichiarata, inevitabile. Un altro film emblematico è *Il settimo sigillo* di Ingmar Bergman. La morte appare sin dall'inizio: il cavaliere sa di dover morire e, quando la morte arriva, le chiede del tempo, una partita a scacchi. Vuole capire se può ancora dare un senso al proprio passaggio sulla terra. E lo trova nel gesto di salvare una famiglia, assicurando loro un futuro dopo la sua fine. La morte, qui, non è un evento: è un interlocutore, una presenza con cui dialogare.

Penso anche a *Palermo Shooting* di Wim Wenders, dove la morte diventa addirittura un personaggio che insegue un fotografo di moda. A un certo punto la morte gli confessa: «Sono stufo che tutti ce l'abbiano con me. Io sono ciò che dà senso alla vita. Ho bisogno che qualcuno mi faccia buona pubblicità, e chi meglio di te, che sei un fotografo?». E aggiunge: «Ogni fotografia dovrebbe chiamarsi: Morte in azione». È un'idea geniale: la morte come ciò che rende prezioso ogni istante.

Poi c'è *Rumore bianco* di Noah Baumbach, tratto dal romanzo di Don DeLillo. Baumbach è il regista più postmoderno che abbiamo oggi: riesce a raccontare una narrazione che sembra non narrare, pur narrando. Personalmente non amo il postmoderno come concetto, ma i suoi film sono bellissimi. In *Rumore bianco* c'è una nube tossica che costringe tutti alla

quarantena. Un personaggio viene colpito dall'esposizione e i medici gli dicono che morirà. Lui chiede: «Quando?». La risposta è: «Non lo sappiamo, ma morirà». Ed è esattamente ciò che accade a tutti noi, ma per lui diventa una condanna, un marchio. E questo cambia il modo in cui percepisce ogni gesto, ogni relazione. C'è anche un legame interessante con *Barbie*: il film apre una riflessione sulla mortalità ed è paradossale che una visita ginecologica, cioè un evento corporeo reale, diventi più significativa della promessa della vita eterna.

E infine *Il cielo sopra Berlino* di Wim Wenders. Qui gli angeli osservano gli esseri umani, ne percepiscono i pensieri, vedono le loro emozioni, ma non possono viverle. Per questo desiderano la mortalità. Quando uno di loro ottiene il dono di diventare umano, cade a terra, si ferisce, vede il proprio sangue — e invece di spaventarsi è felice. Perché finalmente vede i colori, sente i sapori, prova la fatica, la paura, il desiderio. La mortalità, in questo senso, non è una condanna ma un accesso alla pienezza dell'esistenza.

Quando la morte non è il finale a sorpresa ma una presenza, cambia tutto: obbliga i personaggi – e noi spettatori – a guardare la vita per ciò che è davvero. Limitata, fragile, e proprio per questo immensamente preziosa.

10. Cosa resta di un legame quando la morte lo attraversa? Cosa sopravvive?

C'è una serie televisiva che amo molto e che, secondo me, racconta benissimo cosa resta di un legame quando la morte lo attraversa: *After Life*. Il titolo non va letto come “aldilà”, ma come “la vita dopo”. Il protagonista, interpretato e scritto da un comico, Ricky Gervais, è un uomo non credente devastato dalla morte della moglie, scomparsa per un tumore. Lei era credente, rappresentava la vita, la luce, una direzione. Quando lei muore, lui precipita in un dolore così profondo da desiderare la propria morte. Ma non sa se voler morire sia un atto di coraggio o di vigliaccheria.

Nelle tre stagioni seguiamo la parabola di quest'uomo che cerca di capire quale posto possa avere nella vita adesso che la persona che gli dava senso non c'è più.

E la domanda che lo tormenta – “che cosa resta quando l’altro non c’è più?” – diventa il motore della sua trasformazione. *After Life* non offre risposte facili, ma mostra come un legame continui a vivere nella memoria, nei gesti, nei ricordi che strutturano il quotidiano anche quando la persona non c’è più. La morte non cancella la relazione: la cambia, la costringe a un nuovo equilibrio.

Un altro modo più classico di raccontare ciò che sopravvive alla morte è il mito di *Frankenstein*. È una storia che parla del desiderio umano di sconfiggere la morte, o almeno di negarla. In senso freudiano, negare la morte significa anche negare la vita: perché vita e morte sono inseparabili. Nel romanzo e nelle sue molte trasposizioni vediamo che cosa succede quando si tenta di eludere questo limite. Il risultato è mostruoso non perché la creatura lo sia in sé, ma perché nasce da un atto di rifiuto, dalla volontà di sottrarsi alla finitezza.

Spesso il mostro è rappresentato come immortale, e questa immortalità diventa una condanna. È interessante che uno dei rimproveri più profondi che il mostro rivolge al suo creatore sia proprio questo: «Tu puoi porre fine alle tue miserie, io no». L’immortalità – che dovrebbe essere il trionfo sulla morte – si rivela una tortura. E così il mito ci ricorda che ciò che sopravvive a un legame, dopo la morte, non è un’illusione di eternità, ma la consapevolezza della nostra finitezza, e il modo in cui scegliamo di continuare a vivere con ciò che abbiamo perduto. In entrambe queste narrazioni, moderne e antiche, quello che resta non è la negazione della morte, ma il modo in cui continuiamo a portare con noi ciò che la morte non può portarci via.



11. La psicologia del lutto oggi parla di continuità del legame, non di “lasciare andare”. Il cinema può aiutarci a immaginare nuove forme di presenza, anche nell’assenza?

La psicologia del lutto oggi parla molto della continuità del legame, non più del famoso “lasciare andare” come se il dolore dovesse essere archiviato per poter andare avanti. Ma resta una domanda essenziale: cosa possiamo davvero tenere? Non possiamo trattenere tutto. A un certo punto dobbiamo scegliere cosa portare con noi e cosa lasciare andare.

Il cinema affronta spesso questo nodo, a volte persino attraverso generi lontani, come il thriller o il soprannaturale. Penso a *Il sesto senso* di Shyamalan. Lì c’è un bambino che vede le persone morte, ma sono persone che non riescono a staccarsi dalla vita. In un certo senso sono lo specchio di ciò che accade a noi vivi: restiamo legati, non vogliamo lasciare andare, restiamo in quel limbo dove la persona non c’è più ma non riusciamo a immaginare la nostra vita senza di lei. C’è una scena bellissima in cui lo psicologo chiede al bambino: “Cosa fai quando vedi i morti?”. E lui risponde: “Scappo”. Allora il terapeuta gli propone: “Perché non provi a parlarci?”. Da lì il film cambia: il bambino diventa una sorta di mediatore, di consulente per questi morti che non riescono a compiere il passaggio. Li aiuta ad accettare la separazione, ad abbandonare quel limbo che non è vita ma non è neanche morte. Ed è un’immagine molto potente per descrivere cosa vuol dire vivere il lutto: non espellere il legame, ma trasformarlo.

Raccontare il lutto è estremamente difficile. Molti film scadono nel melodram-



ma proprio quando cercano di toccare questi temi. Il distacco viene reso troppo retorico, troppo carico, quasi subliminale. Eppure, quando il cinema riesce a mostrarci che l'assenza può trasformarsi in una nuova forma di presenza — non sostitutiva, non consolatoria, ma reale — allora ci offre una chiave preziosa per comprendere che anche noi possiamo continuare a vivere senza cancellare ciò che abbiamo perduto.

12. Ci sono film in cui la memoria diventa una forma di legame con ciò o con chi non c'è più. Quale ti sembra lo faccia con verità?

I film che raccontano la memoria come forma di legame autentico con chi non c'è più, sorprendentemente, sono in gran parte film d'animazione. In particolare, quelli della Pixar.

Penso a *Coco*, che parla in modo limpido e coraggioso del legame con la morte. Nel film c'è un'idea potentissima: se i vivi dimenticano, anche i morti svaniscono. Il protagonista è un bambino che vede sua nonna perdere la memoria a causa dell'età, e allo stesso tempo incontra nell'aldilà un defunto che rischia di dissolversi perché nessuno lo ricorda più. La sua "missione" diventa allora far riaffiorare quel ricordo nella mente della nonna. Attraverso il linguaggio dell'avventura — che è accessibile ai più piccoli — il film insegna che ricordare è un atto d'amore, un modo per mantenere vivo chi non c'è più. E i bambini, guardandolo, non si spaventano; anzi, spesso sono i genitori ad apprendere qualcosa.

Anche *Inside Out* parla di memoria come lutto: il lutto per la vita precedente, per la casa lasciata, per ciò che non tornerà. Il trasloco è raccontato come un vero corto circuito emotivo dentro la mente di una bambina. Lei crolla: cade in una forma di depressione, vive ansia da prestazione, percepisce la sofferenza dei genitori e si sente responsabile del loro benessere. Colpisce quanto coraggio ci sia in un film che molti direbbero "non adatto a parlare di certi temi ai bambini". E invece *Inside Out* non inventa nulla: è una rappresentazione fedele, quasi clinica, del modo in cui la memoria emotiva plasma la nostra vita.

In *Soul* il tema è ancora diverso: c'è un musicista che muore e non riesce ad accettarlo perché sente di avere ancora una cosa importante da fare. Parallelamente, c'è un'anima che non vuole nascere, convinta che la vita non faccia per lei. È un gioco di specchi: un vivente che non vuole morire e un non-nato che non vuole vivere. Anche qui la memoria — ciò che abbiamo fatto, ciò che potremmo fare — diventa un legame tra esistenza e significato.

Poi ci sono due finali straordinari, molto diversi tra loro, che lavorano sulla memoria in modo potente.

In *Schindler's List*, dopo aver salvato centinaia di ebrei, Schindler crolla e dice: «Avrei potuto salvare ancora una persona... perché ho tenuto la macchina, la spilla, la cravatta?». È un momento devastante. Il film si chiude con l'immagine dei discendenti dei sopravvissuti che depongono pietre sulla sua tomba: la memoria proiettata nel futuro. Non il ricordo di ciò che è stato, ma il riconoscimento di ciò che continua.

Ne *La zona d'interesse* di Jonathan Glazer, invece, la memoria è mostrata come "visione del futuro". Il comandante del campo di Auschwitz vive una vita borghese, ordinaria, quasi serena. Ma a un certo punto ha un flash: vede ciò che quel luogo diventerà 50 o 80 anni dopo — il museo, le valigie accatastate, i corridoi ripuliti

dagli operatori museali. Per un attimo è costretto a vedere se stesso come sarà ricordato. E ha un conato di vomito, come se la memoria futura gli vomitasse addosso la verità del suo presente. Poi si rialza e torna alla sua vita di prima. È una scena micidiale, perché mostra non la memoria come ricordo, ma la memoria come giudizio: non ciò che ricordi, ma ciò che gli altri ricorderanno di te.

Tutti questi film, in modi diversi, dimostrano che la memoria non è un esercizio di nostalgia. È un legame vivo. È ciò che continua anche quando tutto il resto è perduto.

13. C'è un film che ti ha accompagnato nel pensare l'amore? Perché proprio quello? E uno che ti ha insegnato qualcosa sulla morte, non per la trama, ma per lo sguardo che porta sui personaggi?

È una domanda difficile, ma se dovessi scegliere un film che mi ha accompagnato nel pensare l'amore – e, in un certo senso, anche la morte – sceglierei *Ricomincio da capo* (*Groundhog Day*), diretto da Harold Ramis. È una commedia, sì, ma è anche una delle narrazioni più spirituali e morali del cinema contemporaneo.

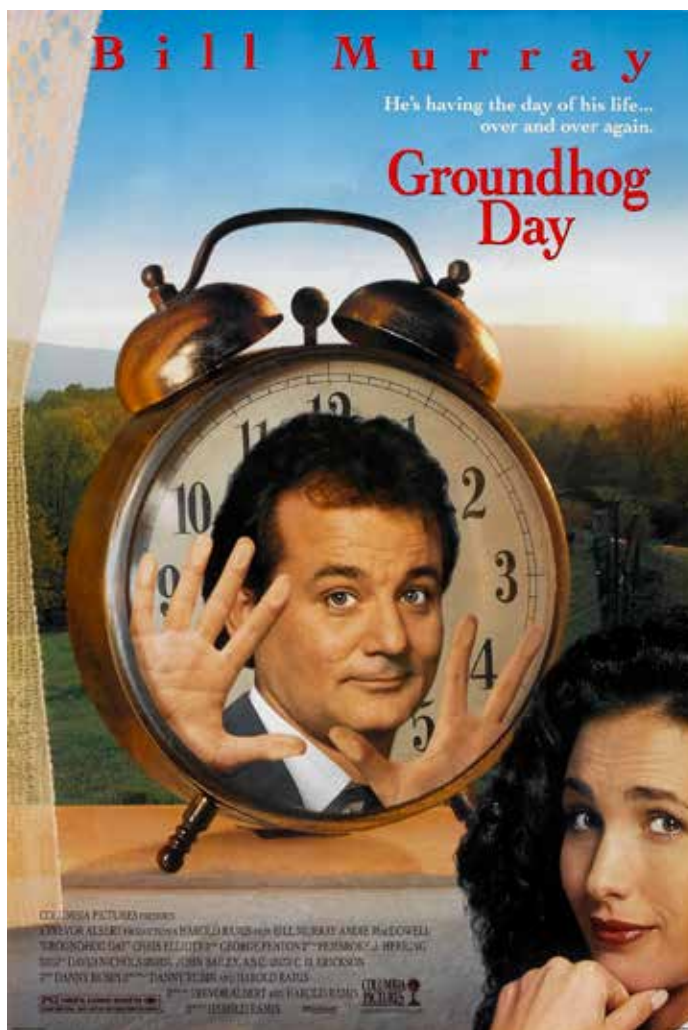
Il protagonista è un uomo sgradevole, un maschio tossico ante litteram: una piccola star televisiva, arrogante, manipolatore, che tratta tutti malissimo. Si ritrova intrappolato nello stesso giorno, il 2 febbraio, condannato a rivivere all'infinito la "Giornata della marmotta". La sua reazione iniziale è coerente con il suo carattere: sfruttare la situazione, manipolare ancora di più, tentare in mille modi di conquistare la collega giornalista come fosse un trofeo. Ma ogni tentativo fallisce, e soprattutto non cambia nulla nella sua vita.

La svolta arriva quando comprende che l'unico modo per spezzare l'incantesimo non è "fare il buono", ma diventare una persona realmente diversa. Non basta comportarsi bene per ottenere ciò che vuole: deve desiderare il bene degli altri, anche degli sconosciuti, anche di chi non gli darà nulla in cambio. Si apre allora una rivoluzione del personaggio: da narcisista chiuso e cinico diventa qualcuno che si prende cura degli altri perché ne riconosce il valore. E quando smette di "usare" la bontà come mezzo per un fine, e inizia a viverla davvero, il 2 febbraio finalmente finisce. Arriva il 3 febbraio. E lui è un uomo nuovo.

È interessante che il fondamento simbolico del film sia *Il canto di Natale* di Dickens. Come Scrooge, il protagonista di *Ricomincio da capo* è costretto a guardare la sua vita da fuori, a contemplare le conseguenze delle sue azioni. Dickens introduce una domanda formidabile: "Questi eventi possono essere cambiati?". Lo spirito del Natale futuro non risponde – resta muto. Ma proprio quel silenzio permette a Scrooge di comprendere che il futuro non è scritto, che la condanna non è inevitabile. Così, anche nel film, il ciclo infinito non è punizione del destino, ma possibilità di conversione.

Ed è qui che *Ricomincio da capo* parla sia dell'amore che della morte. Perché ci insegna che il cambiamento è possibile: che disprezzo, egoismo e odio non sono il nostro destino, e che la morte – come la fine di una versione di noi stessi – può essere l'occasione per una rinascita. È una storia sulla trasformazione morale, sul diventare capaci di amare davvero, e sul fatto che per farlo bisogna morire un po' alla persona che si era prima.

14. Se dovessi dire in una sola frase che cosa il cinema ci insegna sull'amore — e in un'altra che cosa ci insegna sulla morte — quali sarebbero?





Se dovessi dire in una sola frase che cosa il cinema ci insegna sull'amore e sulla morte, direi la stessa cosa per entrambe: **il cinema ci insegna l'importanza del tempo.**

Il cinema è l'unico linguaggio che può dilatare il tempo o comprimerlo, fermarlo o accelerarlo. In *Here*, ad esempio, in due ore vediamo scorrere un'intera vita: il cinema ci permette di guardare avanti, di cogliere in un solo sguardo ciò che nella realtà richiederebbe decenni. Ci fa capire che in un attimo può essere racchiusa un'intera eternità di emozioni. Questo vale per l'amore: ci sono momenti che vorremmo non finissero mai, istanti in cui sentiamo che tutto è pieno, vivo, luminoso. Passano, certo, ma ciò che resta è la memoria dell'eternità che abbiamo vissuto in quell'attimo. Ed è quella memoria che ci nutre.

E vale anche per la morte. Pensa alla depressione: una persona depressa può dire — se riesce a dirlo — di sentirsi "infinitamente infelice". E quando ne esce, si rende conto che non era un'eternità reale, ma in quel momento quello era il suo tempo, la sua verità assoluta. Anche la disperazione, come la speranza, può sfuggire al tempo dell'orologio ed entrare in un altro tipo di tempo, quello dell'esperienza interiore.

Il cinema ci mostra che possiamo vivere l'eternità pur restando dentro il nostro tempo limitato. Ci fa capire che in un attimo possiamo vivere qualcosa di radicale e duraturo. E che la vita non è piatta, non è soltanto routine: la memoria dell'eternità — di quel momento pieno, d'amore o di dolore — ci accompagna nel tempo che resta.

La frase per salutarci è di John Lennon: «La vita è ciò che accade mentre sei occupato a fare altro».

*Psicologa. Specializzata in Lavoro e Organizzazioni presso l'Università degli Studi di Torino, Laurea magistrale in informatica, EMBA conseguito in Università Bocconi - Milano. Collaboratrice di Redazione della rivista Link

A journey through movies: Talking with Peter Ciaccio

Peter Ciaccio is a Waldensian pastor and a Methodist. Born in Belfast in 1975, he is now living in Trieste, where he is the minister of the local community. Together with his firm religious belief and theologic formation, since he was a child he has grown an interest in movies and has worked to connect the two worlds: religious reflection, on one side, and cinematographic culture, on the other. He argues that, very often, critics do not see, or do not want to see, symbols in films, for example, Christ's Passion as in *The Whale* by Darren Aronofsky. He thinks that movies might be about spirituality, grief, suffering, and redemption even if it is not explicitly declared.

KEYWORDS: love, death, cinema, narration, images, emotions, symbols

Link RECENSIONI

Mariannina Amato
La mente nella percezione visiva e nella 3D Therapy®
Grafiché, 2025, Lamezia Terme, 15 euro

ELISA FERRO

L'andamento scorrevole della lettura sottolinea la facilità di comprensione e cattura l'attenzione del lettore su un argomento complesso ma quanto mai attuale nelle neuroscienze.

Il libro presentato in anteprima a Parigi il 26-27 novembre, in occasione di un contributo scientifico al 5°

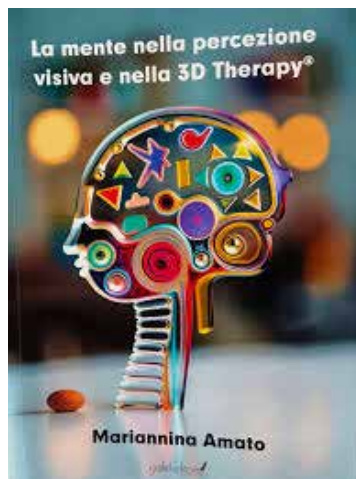
Congresso di Neuroscienze e Psichiatria, descrive come la mente umana processa automaticamente l'esperienza che la persona giornalmente fa, in ogni istante e in diversi contesti di vita, e si addentra nel processo percettivo visivo dell'esperienza attraverso l'*Adaptive Information Process*.

La mente adopera i recettori sensoriali posti sulla retina (processo → bottom-up) deputati alla recezione degli stimoli, li seleziona, segmenta ed analizza in relazione alle regole gestaltiche, per poi farli pervenire nelle alte aree cognitive, deputate al riconoscimento e alla significazione dell'informazione (top-down).

Il processo di elaborazione dell'informazione è posto in relazione alla storia esperienziale personale acquisita e memorizzata sino a quel momento, conferendo unicità di significato all'esperienza vissuta e solo attraverso il processo di consapevolezza personale l'esperienza diventa elemento di crescita e sviluppo della persona. Infatti, ogni informazione esperienziale non solo modifica l'aspetto neurofisiologico di base con nuove connessioni neuronali ma, nello stesso tempo, ri-modella la mente stessa con nuove emissioni di comportamenti congruenti all'ambiente e favorevoli al continuo adattamento del soggetto.

La mente agisce nel contesto ambientale ricercando informazioni adeguate per la propria crescita direzionando lo sguardo e gli alti processi cognitivi, avviando una promozione circolare che adatta la persona al contesto in cui vive.

Questo processo del tutto naturale è ampliato nella



metodologia della 3D Therapy®, che utilizza l'oggetto 3D®, stimolo-evocativo, prodotto dal grafico precedentemente disegnato dal soggetto in seduta terapeutica. Il concetto di base è che l'oggetto 3D® riflette e materializza al soggetto stesso l'emozione disfunzionale (paura, rabbia, vergogna, colpa) e cognizione negativa emersa in psicoterapia ma non ancora consapevolizzata, ed avvia la simulazione incarnata dei neuroni specchio scoperti da Rizzolatti e Gallese, assumendo così anch'esso caratteristiche terapeutiche. L'oggetto 3D® esposto al soggetto, infatti, sollecita lo

sguardo direzionandolo sugli elementi evocati altamente personali, ed attiva il processamento cognitivo della ricerca di possibili altre soluzioni, confronti, riflessioni e modulazione metacognitiva, sino al raggiungimento da parte del soggetto della soluzione alla problematica riportata.

Il contesto teorico di riferimento della 3D Therapy® è umanistico-gestaltico in una visione pluralistica integrata (ASPIC) basata sulla centralità del Sé, sul ruolo fondamentale della relazione del Sé con l'ambiente e la costruzione del processo di consapevolezza. Ad esso si associa la stimolazione oculare bilaterale (EMDR) secondo il protocollo standard della Shapiro, una metodologia che negli ultimi anni ha portato notevoli contributi scientifici in congressi e riviste specializzate, nazionali ed internazionali.

Maria Bologna, Mara Donatella Fiaschi,
Maria Clotilde Gislon

L'Intervento a Seduta Singola
Mimesis/Frontiere della psiche, Milano,
2023 Pagg. 184, 16 Euro

È evidenza che la maggior parte delle psicoterapie si chiuda prematuramente, in modo non concordato, spesso per decisione del paziente;

Link RECENSIONI

una decisione che a volte non è nemmeno comunicata al terapeuta, che si limita a prenderne atto. In molti casi le interruzioni si danno dopo il primo colloquio o dopo pochissimi colloqui. Si potrebbe pensare che il fatto che un paziente non si ripresenti sia dovuto alla scarsa motivazione o alle resistenze e ambivalenze verso la terapia. La ricerca mostra che non sempre è così e che anzi spesso il mancato avvio di una terapia è dovuto proprio allo psicoterapeuta più che al paziente, addirittura nel doppio dei casi. Quando i pazienti decidono di non avviare il trattamento, lo fanno per diverse motivazioni. Una di esse è che sentono di aver tratto beneficio dalla seduta iniziale, tanto da considerare il problema gestibile nella vita quotidiana sotto un'altra prospettiva e di non aver più bisogno di avviare una terapia.

Dunque non solo le interruzioni precoci sono numerose, ma le psicoterapie che non si avviano e si chiudono dopo una singola seduta sono le più frequenti. Per questo si può dire che la lunghezza più comune di una psicoterapia, a prescindere dall'orientamento del terapeuta, dal problema e dal tipo di trattamento, è la seduta singola come evidenziato da Talmon. Le ricerche condotte da Talmon, Rosenbaum e Hoyt hanno dimostrato che il 58% dei pazienti non ritiene necessario proseguire oltre la prima seduta. E questi stessi pazienti, al controllo dopo tre, sei e dodici mesi, dichiarano di aver ottenuto un miglioramento significativo.

Partendo da queste evidenze e dalla esperienza clinica e psicoterapeutica le Autrici, che appartengono a contesti formativi e professionali diversi declinati sia nell'istituzione pubblica che nella stanza della psicoterapia, hanno sviluppato una metodologia dell'intervento singolo utilizzando la cornice teorico-tecnica della integrazione funzionale. Sono state guidate non solo dal dato dell'elevata frequenza di percorsi terapeutici che si fermano alla prima seduta traendone vantaggio, ma



anche dalla necessità di utilizzare al meglio un unico incontro programmato, come è proprio dei contesti consenzuali.

In ogni caso l'obiettivo è rendere efficace ogni seduta transitando dalla prospettiva di avere "solamente un'ora" a quella di avere a disposizione "un'intera ora" e stabilendo un focus per l'incontro, che permetta al paziente di portarsi a casa una nuova comprensione, una nuova ed originale rappresentazione di sé nel rapporto con se stesso e gli altri e di fare un piccolo passo verso un cambiamento che non sarebbe stato in grado di fare da solo.

Le Autrici declinano, attraverso

l'esteso materiale clinico riportato, alcuni principi base che ispirano l'assetto dell'intervento singolo: la ricerca di strumenti il più possibile "su misura" della persona; il principio della essenzialità reso possibile dal lavoro per focus, che orienta la scelta di un obiettivo; la fiducia nella possibilità che il cambiamento accada qui-ora.

I dispositivi tecnici che consentono di utilizzare al meglio anche un unico incontro riguardano la raccolta di informazioni pre-seduta, la restituzione punto a punto della comprensione da parte del terapeuta e l'attenzione ai feed-back del paziente, la valorizzazione dei punti di forza e delle risorse, la possibilità condivisa con il paziente di decidere ulteriori incontri.

Obiettivo di un intervento così orientato è rendere efficace l'occasione di ogni singolo incontro, che sia unico o una tappa di un percorso più lungo, offrendo la possibilità al paziente di fare esperienza qui-ora nella vita quotidiana di un cambiamento. Ogni incontro è concepito come compiuto in sé con l'obiettivo di promuovere una maggiore consapevolezza delle risorse e di sostenere la ricerca e l'apprendimento di strategie funzionali all'affrontamento della situazione problematica.

L'apertura ad un setting flessibile può dunque dar luogo ad un singolo incontro o prevederne eventuali altri, nel momento in cui il paziente si confronti con nuovi ostacoli evolutivi o si ritrovi in una fase motivazionale più avanzata, come nel caso della supervisione dell'autocura o della terapia intermittente life-time.

11th CONVEGNI CONGRESSI

European Mental Health Week 2026

■ from 04 may 2026
to 10 may 2026

psychologists from around the world.
In addition, the ICAP offers the unique
opportunity to demonstrate the societal
significance of applied psychology.

■ from 20 july 2026
to 25 july 2026

20th Annual International Conference on Psychology

Greece Athens

■ from 25 may 2026
to 29 may 2026

XXth conference of the European Association for Research on Adolescence

Netherlands Utrecht

■ from 18 august 2026
to 21 august 2026

17th EAOHP Conference of the The European Academy of Occupational Health Psychology (eaohp)

Finland Helsinki

■ from 15 june 2026
to 17 june 2026

The 36th European Association for Aviation Psychology (EAAP) Conference

Netherlands The Hague

■ from 21 september 2026
to 24 september 2026

31st International Congress of Applied Psychology (ICAP)

Italy Florence

IAAP organizes a world congress of applied psychology which serves as a review of advances in applied psychology and unites several thousand psychologists from all over the world. These congresses serve IAAP's mission of bringing together applied



European Congress of Psychology 2027

The European Congress of Psychology (ECP) aims to promote the dissemination of psychological knowledge, to develop a clear image of psychology and make it accessible, useful and respected.

The ECP is organised every two years by one of EFPA's member associations in coordination with EFPA. Comprehending all areas of psychology across Europe, the ECP provides participants – whether psychologists, students, educators, policy makers, journalists, and others with an interest in psychology – with a unique opportunity to inform themselves about psychology as a science and a profession.

The 20th European Congress of Psychology will be hosted by Serbian Psychological Society, in Belgrade, Serbia

■ 07–10 September 2027

Welcome to Belgrade – Where Ideas and Hearts Meet at the Confluence

With great joy, we invite you to join us in September 2027 for the 20th European Congress of Psychology in Belgrade — one of Europe's oldest and most vibrant cities.

Located in Southeast-Central Europe at the unique confluence of the Danube and Sava rivers, Belgrade has long been a crossroads of cultures, ideas, and experiences — a true melting pot, much like psychology itself as it responds to the vast challenges facing contemporary human society.

ECP 2027 will bring together leading minds in psychology from across Europe – researchers, practitioners, educators and students alike. Your participation is vital to deepening the exchange and making ECP 2027 a truly unique and enlightening experience.

Hosted in the heart of Belgrade's historic and cultural centre, at the University of Belgrade and important nearby cultural venues, the congress offers not only rich academic exchange, but also the warmth of Serbian hospitality, dynamic city life, and a deep cultural legacy.

<https://ecp2027.eu>



Foto 1. Giotto, La Strage degli innocenti, Cappella degli Scrovegni, 1303-1305, Padova.

Sotto cieli azzurri: La Strage degli Innocenti

Under blue skies: The Slaughter of the Innocents

ROSA DE ROSA*

PAROLE CHIAVE: strage, iconografia, dolore, morte

La strage degli Innocenti ordinata da Erode e narrata nel Vangelo di Matteo è uno dei temi iconografici più diffusi nell'arte figurativa di ogni tempo. Fu Giotto, agli inizi del Trecento, il primo a raccontare la storia sacra in modo non convenzionale e non simbolico ma reale e drammatico.

Il tema della *Strage degli Innocenti* ha avuto in Giotto il suo primo "moderno" interprete. Secondo Cennino Cennini ¹ egli «mutò l'arte del dipingere da greca a latina». L'episodio del Vangelo di Matteo ², dipinto da Giotto a Padova nella Cappella degli Scrovegni ³, non si limita infatti alla traduzione pittorica dell'episodio evangelico ma inaugura una modalità "rivoluzionaria" di espressione: tempo, spazio, luce, e forme convergono verso la rappresentazione di sentimenti umani vivi e reali. La strage dipinta da Giotto è quindi un "racconto drammatico" dove il sacro si umanizza, e i personaggi manifestano le proprie emozioni. Così la violenza della strage assume il valore di una denuncia (*foto 1*). Il gesto di Erode, dalla Loggia del suo palazzo, dà l'avvio all'azione: uccidere tutti i bambini di Gerusalemme sperando che tra questi ci sia il piccolo Gesù. La scena si sviluppa su due gruppi opposti di figure: da un lato, la violenza assassina dei soldati, dall'altro il gruppo delle madri, una delle quali difende il corpo del figlio dalla ferocia del soldato, mentre un'altra, affranta dal dolore, stringe al petto il figlio morto; in basso, al centro, in primo piano, i corpi lividi dei bambini già uccisi. Tutta la scena esprime una tensione che rende reali i soggetti dipinti, e gli osservatori partecipi del tragico evento. Violenza, dolore, soprusi, bambini innocenti che muoiono, non sono confinati in quel tempo e in quel luogo ma trasmettono un messaggio etico universale: ogni guerra è una distruzione di civiltà.

Una scena di uguale soggetto, e quasi contemporanea a quella di Giotto, fu scolpita da Giovanni Pisano in uno dei pannelli in marmo del Pergamo di Sant'Andrea a Pistoia ⁴, (*foto 2*). Il pulpito, realizzato in una chiesa di piccole dimensioni, permette al visitatore di vedere più da vicino il bassorilievo con la scena della Strage, cogliendo la chiara intenzione dell'artista di accentuare la drammaticità e il realismo espressivo delle figure. Tra i pieni e i vuoti del marmo emergono i soggetti, affollati in gruppi, in uno spazio che sembra contenerli a



Foto 2. Giovanni Pisano, Pergamo
della chiesa di Sant'Andrea a Pistoia,
1298-1301.



Foto 3. Giovanni Pisano,
La strage degli innocenti
(particolare del Pergamo),
chiesa di Sant'Andrea,
Pistoia

fatica, bloccati nelle loro azioni, tra l'orrore delle madri e i corpi dei bambini uccisi: una continuità narrativa che accentua la drammatica essenzialità dell'evento (foto 3).

Sempre negli stessi anni, a Siena, anche Duccio di Buoninsegna rappresenta sul retro della predella della "Maestà" dell'altare maggiore del Duomo, la Strage degli Innocenti ⁵.

La scena si apre con il loggiato (in alto a destra), dal quale Erode ordina il massacro; procede poi con il gruppo delle madri che piangono i loro figli; in basso a destra si vede il gruppo dei bambini uccisi. Due soldati stanno per trafiggere con la spada i loro nudi corpi indifesi. L'iconografia dell'episodio è la stessa: il potere, il dolore, la morte, ma l'ambiente, le azioni, le espressioni dei volti dei protagonisti e i gesti sono ulteriormente dramatizzati, pur essendo, se confrontati con l'opera di Giotto, desolatamente "vuoti di sentimenti". *La Strage degli Innocenti* di Duccio (foto 4), è infatti un "racconto fotografico" fermato nel tempo reale della società senese del Trecento. La sua visione drammatica, biblica, espone un episodio accaduto nel passato che diventa "racconto" e "storia" di Gesù, ma viene ambientato nella realtà del tempo, la società senese del Trecento. Sul gradino del trono della Maestà c'è scritto (in latino): «Santa Madre di Dio, dona a Siena la pace, conserva a Duccio la vita, perché così ti ha dipinto» (foto 5).



Foto 4. Duccio da Buoninsegna, *La Strage degli innocenti*, (particolare), 1308-1311, Museo dell'Opera del Duomo, Siena



Foto 5. Duccio da Buoninsegna *La Maestà*, 1308-1311, Museo dell'Opera del Duomo, Siena

Il tema della Strage degli Innocenti attraversa insistentemente tutte le epoche artistiche ed è oggetto di molti altri capolavori. Alcuni esempi si trovano nella pagina accanto (*foto 6, 7, 8*).

Impossibile sottrarsi all'idea che questi antichi capolavori siano in realtà «cronache del presente». Il tema biblico della Strage degli Innocenti ci porta infatti a riflettere sulle migliaia di “bambini innocenti” uccisi dalle guerre, arruolati per combattere, annientati dalla fame, morti attraversando il mare, accompagnati dalle parole ipocrite di inconfessabili derive di potere.

E questo accade oggi, nel ventunesimo secolo, nel silenzio indifferente di buona parte del mondo.

* Storica dell'Arte, Docente di Storia dell'Arte.

NOTE

1. Cennino Cennini, pittore e letterato, così scrisse: <<Rimutò l'arte del dipingere di greco in latino, e ridusse al moderno; et ebbe l'arte più compiuta che avessi mai più nessuno>> (Libro dell'arte, 1390 circa).

2. La Strage degli Innocenti è un episodio raccontato nel Vangelo secondo Matteo (2,1-16). Erode, re della Giudea, ordina un massacro di bambini, di età inferiore ai due anni, allo scopo di uccidere il piccolo Gesù 're dei Giudei'.

3. La Cappella degli Scrovegni a Padova è un piccolo edificio a sala unica realizzato da Giotto tra il 1303-1305. Dedicata alla Vergine Maria, la Cappella fu commissionata da Enrico degli Scrovegni, il mercante più ricco di Padova, per espiare i peccati del padre Reginaldo, posto da Dante nell'Inferno,

Foto 6. Guido Reni,
*La strage degli
Innocenti*, 1611,
Bologna, Pinacoteca
Nazionale



Foto 7. Peter Paul
Rubens, *La Strage
degli Innocenti*,
1611-1512, Art
Gallery of Ontario



Foto 8. Beato
Angelico, *La Strage
degli Innocenti*, 1451-
1453

nel girone degli usurai (XVII, 64-75).

Il ciclo pittorico, copre tutte le pareti dell'unica navata, e narra le storie di Maria e di Cristo; la rappresentazione della Strage degli Innocenti è collocata nella fascia mediana della parete destra, ed è una delle scene più intense e drammatiche dell'intero ciclo.

4. Il Pergamo per la chiesa di San Andrea a Pistoia, fu realizzato da Giovanni Pisano tra 1298-1301. Su uno dei pannelli in marmo del pulpito lo scultore rappresentò La strage degli Innocenti.

5. La Maestà per l'altare maggiore del Duomo di Siena è una grande pala d'altare commissionata a Duccio di Buoninsegna nel 1308 e terminata nel 1311. La tavola, dipinta su entrambe le facce, rappresenta sul fronte la Madonna tra angeli e santi; sul retro, diviso in quattordici scomparti, le storie della vita e della passione di Cristo. La tavola comprendeva anche una predella e una cornice superiore con il racconto dell'infanzia di Cristo e della vita di Maria. Queste due ultime parti, nel corso dei secoli, sono state smembrate e oggi si trovano in molti musei del mondo. I lavori iniziati nel 1308 si conclusero nel 1311, anno in cui la grande tavola fu portata in processione dalla bottega del pittore fino all'altare maggiore del Duomo. Rimossa e smembrata nel XVIII secolo fu ricomposta nel secolo successivo, e collocata nel Museo dell'Opera del Duomo, dove oggi si trova. La rappresentazione della Strage degli innocenti faceva parte della predella.

Under blue skies: The Slaughter of the Innocents

The slaughter of the Innocents was ordered by Herod and is narrated in Matthew's Gospel. It is one of the most iconographic themes represented by the figurative arts of all times. Giotto was the first painter who, in the first part of the XIV century, rendered the sacred story in an unconventional and non symbolic manner, expressing its real and dramatic content.

KEYWORDS: slaughter, iconography, suffering, death

link

RIVISTA SCIENTIFICA
DI PSICOLOGIA

