



CSTG-Newsletter n.47 maggio 10

della learning community del Centro Studi di Terapia della Gestalt

Sommario

<i>Edit</i>	1
<i>Topic</i>	2
<i>Thesis</i>	7
<i>Scuola e dintorni</i>	9
<i>Sistema Qualità</i>	10
<i>Eventi</i>	10
<i>Segnalazioni</i>	12
<i>Biblio</i>	12
<i>Perls's pearls</i>	12
<i>Risonanze</i>	13
<i>Visti e letti</i>	13
<i>Da giornali e riviste</i>	13
<i>Dibattito aperto</i>	16
<i>Trips and dreams</i>	17
<i>Fatti della vita</i>	20
<i>Poesis</i>	22
<i>Witz e Giochi</i>	23



Caretto, Lucchini e Fea alla Sormani

Edit

Con il numero di maggio, la nostra Newsletter compie tre anni.



Un traguardo che conferma la vitalità di questa iniziativa che si alimenta del contributo di molti nel condividere materiale di vario tipo – tra cui articoli, sintesi di tesi, citazioni, letture, commenti su spettacoli e mostre di arte, viaggi ed esperienze personali,

progetti di ricerca e proposte di lavoro clinico – a beneficio della nostra *Learning Community*.

E' un'espressione di stupore quella che accompagna i colleghi a cui comunico l'esistenza di questo "fenomeno": il fatto cioè che ogni mese riesca ad uscire una nuova creatura con 20 pagine in mancanza di un apparato editoriale proporzionato. Ma il segreto è appunto il suo cuore "autopoietico": quella spinta vitale per la quale ogni curatore di rubrica riesce ad attrarre quel materiale che mensilmente può offrire alla condivisione di tutti.

Certo, c'è da parte mia un occhio all'insieme del numero che si configura nell'*edit*, nonché la scelta del *topic* da privilegiare ogni volta. Oltre che alla scelta delle immagini per le quali mi aspetterei un maggiore contributo da parte di alcuni. Ma il merito va in particolare a Cristina Tegon che con tatto e intelligenza sa "dare forma" al materiale raccolto. Importanti sono ancora i contributi di Silvia Ronzani nel reperire articoli, di Elena Manenti nell'aggiornarci sulle convenzioni e sul tema della Narrazione, di Laura Bianchi su citazioni (puntualmente riportate anche in lingua originale) di Perls, di Fabio Rizzo sulle "risonanze" tra temi di letteratura e filosofia con la Gestalt, di Margherita Fratti ed altri su recensioni di film, di Massimo Habib su echi poetici, di Sara Bergomi su eventi che la Scuola propone, di Chiara Fusi sul tema del Sistema di Qualità e di quanti saltuariamente inviano del materiale. A loro un ringraziamento particolare da parte di tutti coloro che accolgono con piacere questo modesto dono mensile che ci auguriamo sia di lettura piacevole oltre che utile.

Come *topic* ho pensato di accogliere un contributo di Paolo Migone su: **La diagnosi come mappa del viaggio della psicoterapia** tratto dalla sua relazione magistrale in occasione del recente Congresso della FIAP. Un contributo di grande interesse che mette a confronto i diversi sistemi diagnostici utilizzati nelle nostre discipline e sui quali è in corso un accanito e legittimo dibattito che vede, su sponde contrapposte, coloro che optano per sistemi descrittivi a quelli che sottolineano il "processo" sotteso dai sintomi e che degli stessi può favorire la comprensione. Per motivi di spazio il testo integrale corredato di una ampia bibliografia è reperibile sul sito della Scuola (www.psicoterapia.it/cstg menù Forum, area riservata allievi (documentazione), articoli).

Una più approfondita conoscenza personale di Paolo Migone, in occasione del Congresso, unita alla stima per la prestigiosa rivista che da tempo dirige mi ha portato, concordemente con Donatella De Marinis, a decidere l'acquisto dell'intero archivio **completo di Psicoterapia e Scienze Umane** (<http://www.psicoterapiaescienzeumane.it>). Rivista iniziata nel 1967 e della quale sono attualmente disponibili 125 numeri. Di seguito viene riportato l'indirizzo web sul quale poter consultare l'indice generale degli articoli comparsi in questi anni. Rispondendo ad una esplicita richiesta di Paolo "Quello però che per noi è importante è che questo archivio fosse conservato bene, in un posto sicuro, cioè che



non vada mai disperso in futuro, perché ha un certo valore" siamo intenzionati a custodire questo importante archivio a vantaggio di tutti, ma nella massima cura affinché venga adeguatamente custodito.

- il **Congresso della FIAP su "Il nostro mare affettivo: la psicoterapia come viaggio"** è stato decisamente interessante. Vi hanno dato contributi stimolanti sia le due relazioni magistrali di Umberto Galimberti (con il quale si è avviato un simpatico contatto personale grazie anche al fatto che Giuliana Ratti è stata una sua allieva ai tempi del ... liceo) che quelle dei rappresentanti delle Associazioni nazionali dei diversi orientamenti nella psicoterapia in Italia. Non avrei mai pensato di salire su una nave di Costa Crociere in vita mia ma ... al di là del discutibile gusto kitch degli ambienti, è stato comunque piacevole il contesto "galleggiante" ed il ritrovarsi al mattino in una città di mare sempre diversa. Ricorderò con piacere anche gli esercizi di bioenergetica sul ponte della nave (undicesimo piano ...) con tutto il mare attorno.

- Come sintesi di alcuni momenti significativi del Congresso verrà riportato un resoconto di Valentina e Mariella - che ringrazio a nome di tutti - in *Trips and dreams*.

- Si è concluso positivamente, con tanto di esame, il **master in Gioco d'azzardo patologico**. In maggio partiranno i due Moduli (n. XIII nella sede di Siena) e il primo nella sede di Milano. Il Progetto è stato presentato recentemente anche in Puglia a circa 80 operatori interessati ad ospitare il progetto, in prospettiva, anche in questa regione.

- Si è svolta anche con successo **la presentazione del libro di Caretti e La Barbera: Addictions presso la Biblioteca Sormani di Milano**. Hanno partecipato anche Alfio Lucchini, presidente di FederserD e Maurizio Fea, responsabile del servizio di assistenza ai giocatori tramite il sito www.giocaresponsabile.it.

- Come Visiting Professor avremo quest'anno un'occasione per affrontare il tema dell'approccio interculturale da cui attualmente la psicoterapia ed il counseling non possono prescindere

- Nella rubrica **Fatti della vita** ospiteremo questa volta un articolo interessante inviatoci da P., un caro amico della Periegesi (l'annuale viaggio in Grecia). Si tratta di uno scritto del famoso campione del mondo di ciclismo Armstrong, colpito da una grave forma di tumore e che, con grinta davvero ammirevole, è riuscito a sconfiggere. Superato questo terribile male è riuscito a dare alla sua vita una "seconda chance" coronata, nel suo caso, da molte vittorie. P. lancia, a partire da questo stimolo, una rete di solidarietà per coloro che si trovano a lottare su questo fronte e che ho ritenuto di accogliere in queste pagine.

- Le foto si riferiscono, ovviamente, ai luoghi toccati dalla crociera-congresso. Manca Barcellona perché - dovendomi preparare alla relazione su *Psicoterapia e percorso iniziatico* - non sono sceso dalla nave. Questo può la nevrosi (e, mi auguro, la passione per questo tema ...)!

Grazie e buona lettura

Riccardo Zerbetto



Migone, Francesetti, Zerbetto

Topic

LA DIAGNOSI COME MAPPA DEL VIAGGIO DELLA PSICOTERAPIA Paolo Migone

La metafora del viaggio è molto usata in psicoterapia, nel senso che la psicoterapia può essere raffigurata anche come un percorso, un'esplorazione dentro a noi stessi, al cui termine ritorniamo a casa arricchiti di esperienze e diversi da quelli che eravamo prima, possibilmente "guariti". Il mito del pellegrinaggio è un tipico esempio: allo scopo di ottenere una grazia o di essere miracolato il pellegrino percorre distanze anche lunghissime (sappiamo tra l'altro che il faticoso viaggio che intraprende può far parte del segreto meccanismo della guarigione, anzi forse ne è l'essenza, perché viaggiando conosce posti nuovi e gente nuova, fa esperienze "correttive", ecc.). E in un viaggio ci serviamo di mappe: nella psicoterapia una di queste mappe può essere la diagnosi. La diagnosi in psicoterapia però è sempre stata oggetto di accesi dibattiti, ne è prova anche questa sessione in cui scuole diverse si confrontano sui rispettivi modi di concepire la diagnosi.

Cosa è la diagnosi? La risposta è facile. La diagnosi (*dia-gnosk*, "conoscere attraverso") è un modo di vedere il paziente secondo la griglia di un determinato sistema diagnostico, per cui la questione si sposta sul tipo di sistema diagnostico utilizzato. Infatti non ve ne è uno solo, ve ne sono tanti.

Prenderò quindi in rassegna le caratteristiche principali dei più conosciuti metodi diagnostici di cui disponiamo e alcuni dei problemi metodologici connessi, ma prima voglio raccontare brevemente una battuta sulla



definizione di diagnosi che mi torna in mente adesso e che tanti anni fa disse Bob Spitzer (che era il capo della *Task Force* del DSM-III), riportandola da una vignetta del quotidiano *New York Post* del 1 agosto 1966 e che io volli mettere in epigrafe a un mio articolo di risposta al dibattito sulla diagnosi e sul rapporto tra psichiatria e psicoanalisi che avevo stimolato quando – al mio ritorno dagli Stati Uniti – avevo presentato in anteprima in Italia il DSM-III sul n. 4/1983 di *Psicoterapia e Scienze Umane*: «Allora l'*équipe* diagnostica si fece avanti e si mise a diagnosticare l'intera faccenda: "Équipe diagnostica? Ascoltami bene... 'Agnostico' significa 'uno che non sa', e 'di' è un prefisso che vuol dire 'due volte'. Quindi l'*équipe* diagnostica sa appena due volte quello che sa un qualunque agnostico, giusto?"» (Spitzer, Williams & Skodol, 1980, p. 151; Migone, 1985, p. 74). Vediamo adesso i più noti sistemi diagnostici.

Il DSM-IV

Il più conosciuto sistema diagnostico è il *Diagnostic and Statistical Manual (DSM) of Mental Disorders* proposto dalla *American Psychiatric Association (APA)*, oggi alla quarta edizione (DSM-IV), e nel maggio 2013 avremo il DSM-V, tanto atteso perché cercherà di risolvere alcuni dei difetti delle ultime due edizioni (anzi quattro se si includono le revisioni: DSM-III del 1980, DSM-III-R del 1987, DSM-IV del 1994 e DSM-IV-TR del 2000). Questi manuali, che hanno sposato l'approccio categoriale (invece che dimensionale) e quello politetico (invece che monotetico), notoriamente hanno poca validità, anche se hanno innalzato l'attendibilità, e il DSM-V introdurrà o amplierà alcuni aspetti dimensionali. Ritengo sia utile a questo punto spendere alcune parole sulle dicotomie validità/attendibilità, categorie/dimensioni e politetico/monotetico, perché possono non essere chiare a tutti, così risulta più chiara la struttura di questi sistemi diagnostici a partire dal DSM-III del 1980 (per un approfondimento sugli aspetti teorici e metodologici della diagnosi, con una storia della costruzione del DSM-III e del DSM-IV, rimando a Migone, 1983b, 1985, 1987, 1992-99, 1995a cap. 12, 1995b; de Girolamo & Migone, 1995).

Il concetto di "validità" (*validity*) è molto diverso da quello di "attendibilità" (*reliability*). Esistono molti tipi di validità (ad esempio "di facciata", "descrittiva", "di costruito", "predittiva", "di contenuto", "procedurale", "concorrente", "divergente", "di criterio", "concettuale", ecc.); una delle più importanti è la "validità di costruito" (*construct validity*) che rappresenta l'insieme delle evidenze che supportano un modello teorico utile a spiegare l'eziologia o la patofisiologia di un disturbo. L'attendibilità (o affidabilità) invece si riferisce meramente al grado con cui operatori diversi concordano sulle diagnosi fatte indipendentemente (cioè alla cieca) l'uno dall'altro sugli stessi pazienti (nei test, l'attendibilità si riferisce anche al grado con cui si ottiene lo stesso risultato se il test viene ripetuto, ovviamente se nel frattempo non intervengono fattori che modificano il soggetto studiato); una diagnosi quindi può essere molto attendibile ma sbagliata, cioè non valida.

Per fare un esempio, come osservò Feinstein (1985), due osservatori che nel descrivere la pioggia si

riferiscono ad essa giudicandola neve, pur essendo tra loro in accordo (manifestando quindi una elevata "inter-attendibilità"), cionondimeno non possono essere considerati dei credibili meteorologi! L'attendibilità può essere misurata con un "coefficiente di accordo" (il cosiddetto "indice K", che esprime il rapporto tra la concordanza osservata e quella casuale tra osservatori diversi): ad esempio nelle "prove sul campo" (*field trials*) per il DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1980, pp. 467-472) è emerso che, mentre questo coefficiente nella schizofrenia era pari a 0.81, esso era invece abbastanza basso nei disturbi di personalità (cioè nell'Asse II), in cui variava da 0.26 a 0.87 a seconda dei singoli disturbi, con una media dello 0.64 (il che significa che in media solo il 64% dei clinici si sono trovati d'accordo sulle diagnosi date, all'insaputa l'uno dell'altro, agli stessi pazienti). Il DSM-III quindi ha alzato molto l'attendibilità delle diagnosi, se si pensa che precedentemente era bassissima: per fare un solo esempio, gli stessi pazienti venivano diagnosticati schizofrenici in misura dieci volte maggiore negli Stati Uniti rispetto all'Europa.

Per quanto riguarda invece la dicotomia categorie/dimensioni, il DSM-III e il DSM-IV hanno sposato un modello "categoriale" e non "dimensionale" delle malattie mentali. Secondo il modello categoriale, lo stato di malattia sarebbe qualitativamente diverso e separato dallo stato di non malattia, e ogni disturbo (ogni "categoria" diagnostica) sarebbe nettamente separato e diverso dall'altro (con "terre di nessuno" tra una diagnosi e l'altra). Secondo l'approccio dimensionale invece i disturbi mentali vengono considerati come variazioni quantitative lungo *continuum* relativi ad esempio alla personalità, alla cognizione, all'umore, ecc. Già la tradizione ippocratica concepiva un *continuum* tra la salute e la malattia lungo determinate dimensioni, e fu la rivale scuola platonica a postulare che le malattie potessero essere catalogate in tipi ideali e distinti l'uno dall'altro. Si può dire che il modello dimensionale sia più corretto perché più rispondente alla realtà (la natura è quasi sempre "dimensionale"), mentre il modello categoriale è astratto, concependo le malattie come "prototipi" difficilmente osservabili nella realtà clinica (dei quali però si può misurare la distanza dal caso in esame). Quello che è certo è che il modello categoriale è più pratico (si pensi solo alle esigenze statistiche, oltre che alla comodità per il clinico il quale può più facilmente "etichettare" un paziente con una certa diagnosi), mentre quello dimensionale è molto complesso e più adatto per la ricerca (per un panorama sui modelli dimensionali della personalità, alcuni dei quali appunto sono molto complessi, vedi Migone, 2008c). Inoltre si può argomentare che non tutta la realtà clinica è dimensionale: se è vero che un paziente può essere più o meno depresso o più o meno ansioso, non si può certo dire che una donna sia "più o meno incinta", ma o è incinta o non è incinta, quindi in questo caso si deve adottare una logica categoriale.

Accenno ora alla dicotomia politetico/monotetico, che si riferisce ai criteri diagnostici, i quali, assieme al sistema multiassiale, sono stati la vera novità dei DSM (riguardo al termine "monotetico", onde evitare confusioni va precisato che non va confuso con



“nomotetico”, termine più noto e che appartiene invece alla dicotomia nomotetico/idiografico, a cui accennerò dopo). Per ogni disturbo mentale viene specificato un numero minimo di criteri diagnostici la cui presenza è necessaria per la diagnosi (ad esempio 5 criteri su 9), e vengono inoltre precisati criteri sia di inclusione che di esclusione. Dal DSM-III in poi è stato adottato un sistema di tipo non “monotetico” ma “politetico”, in cui i pazienti con una determinata diagnosi hanno in comune vari criteri diagnostici tutti di ugual valore ponderale, cioè senza che uno di essi debba per forza essere presente. Al contrario, nel sistema monotetico uno o più criteri diagnostici che devono essere obbligatoriamente presenti per poter fare diagnosi; la polmonite tubercolare, ad esempio, non può essere diagnosticata solo con la febbre, la tosse, un riscontro radiografico, ecc. – che sono criteri diagnostici che posso appartenere anche ad altre malattie – ma necessariamente dal reperto del bacillo di Koch nell’espettorato, senza il quale, secondo un approccio *monotetico*, non è possibile fare diagnosi (e questo ha ripercussioni sulla terapia, perché posso dare l’antibiotico che salva il paziente, mentre se ad esempio la polmonite era virale l’antibiotico è inutile e il paziente può anche morire). Un sistema diagnostico di tipo politetico permette quindi una maggiore flessibilità di impiego nella pratica clinica, riconoscendo l’eterogeneità dei disturbi e facilitando la diagnosi per pazienti che, pur condividendo solo parte del quadro sindromico, hanno in comune alcune caratteristiche fondamentali ritenute di particolare importanza. Il fatto che tutti i sintomi sono uguali, questa sorta di “democrazia” nei criteri diagnostici, discende necessariamente dall’approccio “ateorico” del manuale, infatti il ritenere un criterio più importante di altri potrebbe implicare una teoria sottostante o un legame di causalità, mentre è stata fatta una scelta per così dire di umiltà, di rispetto verso tutte le possibili teorie, di esplicita ignoranza verso la complessità della causa delle malattie mentali e di adesione solo al criterio descrittivo. Il limite del sistema politetico però è rappresentato dalla eccessiva eterogeneità diagnostica che esso consente, e che può addirittura vanificare il senso dell’inclusione di due pazienti nella medesima categoria: ad esempio, come hanno osservato Frances *et al.* (1990), vi sono ben 93 modi differenti di soddisfare i criteri diagnostici per il disturbo borderline di personalità secondo il DSM-III, mentre due pazienti potevano entrambi soddisfare i criteri per il disturbo schizotipico di personalità senza avere in comune nemmeno uno dei criteri politetici richiesti per questa diagnosi. Secondo il DSM-III infatti erano necessari solo 4 criteri su 8 per la diagnosi di disturbo schizotipico, per cui un paziente poteva soddisfare i primi 4 criteri e un altro gli ultimi 4, ed essere entrambi diagnosticati schizotipici – il DSM-III-R e il DSM-IV hanno eliminato questo inconveniente, richiedendo la presenza di almeno 5 criteri su 9 (cioè innalzando la soglia), per cui almeno un criterio deve essere in comune, e questo esempio rende bene l’idea della filosofia del manuale.

L’ICD-10

Un altro importante sistema diagnostico è l’ICD-10, cioè la 10 a edizione dell’*International Classification of*

Diseases (ICD) proposta nel 1992 dall’*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS), che è quello a cui ci si deve adeguare ufficialmente nelle statistiche del sistema sanitario perché è frutto di un accordo internazionale (mentre il DSM-IV è più utilizzato nella ricerca scientifica a causa del ruolo di prestigio che gli Stati Uniti hanno in questo campo, e vi è una certa competizione tra i DSM e gli ICD). Si sta lavorando alla prossima edizione, l’ICD-11, prevista per il 2015, che presenterà tre versioni: una versione succinta per l’uso nella medicina generale (*primary care*), una versione dettagliata per setting specialistici, e una versione avanzata per la ricerca. (Per una discussione dell’ICD-10 e delle sue differenze dal DSM-IV, rimando a Migone, 1996b).



Costa serena

Il PDM

Per citare un altro sistema diagnostico di cui recentemente si è tanto parlato, vi è il *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM Task Force, 2006), prodotto dalla comunità psicoanalitica internazionale nel 2006 e costruito allo scopo di stimolare il dibattito sul DSM-V o affiancarsi ad esso, introducendo alcuni aspetti non solamente descrittivi. Il PDM ha modificato poco le categorie diagnostiche del DSM-IV (ad esempio ha eliminato la diagnosi di borderline, rendendola un livello di gravità di tutti i disturbi di personalità e quindi sposando la concezione di Kernberg e altri [per l’approccio di Kernberg, vedi Migone, 1990, 1991, 1995a cap. 8]), ma ha modificato la struttura degli Assi (mettendo come primo Asse la Personalità [P], come secondo Asse un “profilo del funzionamento Mentale” [M], e come terzo Asse i “Sintomi” con la loro esperienza soggettiva [S]); di particolare interesse è l’Asse M, che contiene 9 “categorie di funzionamenti mentali di base” che vanno valutate. (Per una presentazione del PDM, rimando a Migone, 2006).

Due psicopatologie: “descrittiva” e “strutturale”

Questi tre che ho elencato non sono gli unici sistemi diagnostici (per un panorama storico delle classificazioni delle malattie mentali, dall’antichità ai giorni nostri, rimando a Migone, 1996a, 1999). Sono solo quelli più noti o proposti in modo ufficiale da organizzazioni internazionali della professione. Oltre a questi, vi è una miriade di modelli avanzati da scuole o singoli autori, dai più complessi ai più semplici. Mi viene in mente a questo proposito di aver sentito dire recentemente che un collega italiano molto noto e



autorevole sostiene che per lui esiste solo un sistema diagnostico: quello che divide i pazienti in “molto matti”, “un po’ matti”, e “poco matti”, ed è questo lo schema di riferimento che gli serve di più nella sua pratica clinica. La psicoanalisi, che è uno dei primi approcci psicoterapeutici comparsi sulla scena, ha elaborato moltissimi sistemi diagnostici, dai più complicati ai più semplici a seconda degli autori a partire da Freud. Si può dire che quello che li accomuna tutti è di essere all’opposto dei DSM-III e DSM-IV, cioè di non basarsi solo sull’aspetto descrittivo (anzi, forse di non basarsi affatto sull’aspetto descrittivo, o molto poco) bensì di collegare i sintomi a una teoria sottostante, come peraltro si fa in medicina, cioè presupponendo che si conosca il senso della malattia (giusto o sbagliato che sia, intendo dire che vi è almeno la pretesa, l’ambizione di costruire una scienza). Ovviamente questo vale anche per quasi tutte le altre scuole psicoterapeutiche. In questo senso i DSM-III e DSM-IV, per il fatto di ignorare la teoria, rappresentano una anomalia, ma le varie *Task Force* del DSM sono sempre state ben consapevoli di questo limite. Ignorare la teoria è stata, come si è detto, una scelta precisa, una sfida “eroica” che si è voluta percorrere consapevolmente, partendo da una premessa di ignoranza nei confronti del mistero della malattia mentale e mettendo da parte ogni preconconcetto teorico per vedere se si poteva comunque fare diagnosi valide solo a partire dall’aspetto descrittivo. L’ambizione della psichiatria è comunque quella di arrivare a una eziopatogenesi condivisa da tutti, ma forse ci si arriverà in futuro quando i tempi saranno maturi, e i DSM-III e DSM-IV volevano essere essenzialmente degli *work in progress*, utili soprattutto per la ricerca, non per la clinica (questo viene detto esplicitamente nella introduzione al manuale, e il fatto che in alcuni paesi, anche in Italia, da molti siano stati scambiati per manuali di psichiatria *clinica* è un altro discorso, fa parte degli aspetti sociologici della nostra professione). Nell’accennare ai vari modelli diagnostici abbiamo visto quindi che sono basati su premesse diverse. E per riprendere una parola del titolo di questa sessione, si può dire – come afferma lo psicologo e filosofo Civita (1999, p. 13) – che vi siano due diverse psicopatologie, che si possono definire “descrittiva” e “strutturale”. Quella descrittiva è la psicopatologia dei DSM-III e DSM-IV, come abbiamo visto, poiché prescinde da una struttura sottostante e si basa solo sull’aspetto descrittivo, quasi come se fosse l’unica cosa che conta. Anche alcune scuole psicoterapeutiche seguono questo tipo di psicopatologia, ad esempio quelle prettamente comportamentistiche, o forse anche quelle sistemiche vecchia maniera (si pensi ad esempio al concetto della mente come “scatola nera”). Quasi tutte le scuole di psicoterapia seguono invece una psicopatologia strutturale, cioè viene supposta una struttura sottostante ai sintomi, e questa struttura dipende appunto dalla teoria di riferimento, dai modelli costruiti per descriverla (cioè dalla teoria della mente). La costruzione dei modelli è la vera sfida di una scuola psicoterapeutica: un modello deve essere il più semplice e il più utile possibile.

A scanso di equivoci, va precisato che anche la psichiatria biologica segue una psicopatologia

strutturale, poiché ipotizza strutture biologiche che sottostanno ai sintomi. I farmaci vogliono appunto “colpire”, modificare quelle strutture, infatti – si badi bene – i farmaci non devono seguire la logica dei “sintomi bersaglio”, bensì modificare le strutture sottostanti ai sintomi, ad esempio a livello neurotrasmettitoriale, tanto è vero che uno stesso farmaco può modificare sintomi diversi (si pensi solo agli antidepressivi SSRI [*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*] che possono essere usati per la depressione, la bulimia, il panico, il disturbo ossessivo-compulsivo, ecc. – non entro qui nel merito della efficacia dei farmaci antidepressivi, che alcune importanti ricerche hanno dimostrato che nella depressione sono poco superiori al placebo; vedi Migone, 2005). Anche la psichiatria cosiddetta “descrittiva” di Kraepelin era, a ben vedere, una psicopatologia strutturale, poiché lui credeva nella esistenza di strutture biologiche responsabili dei sintomi (si pensi al concetto di “degenerazione cerebrale”); infatti fu proprio Kraepelin a osservare che sintomi totalmente diversi potevano corrispondere alla stessa “malattia” sottostante, si pensi ai diversi tipi di schizofrenia da lui individuati, o al disturbo bipolare che allora si chiamava psicosi maniaco-depressiva (fu proprio Kraepelin che per primo capì che sintomi opposti come la depressione e la mania [cioè l’euforia] erano due aspetti della stessa malattia, poiché ne osservò l’evoluzione negli stessi pazienti).

La diagnosi come “difesa” del terapeuta

Veniamo ora ad alcune considerazioni più generali sulla funzione della diagnosi, e in particolare ad alcuni accenni del dibattito che vi è stato ad esempio in psicoanalisi, ma che certamente vi è stato in tante altre scuole psicoterapeutiche, magari con parole diverse. Nella psicoanalisi, come è noto, vi è sempre stata una tendenza antidiagnostica (tra i tanti, si veda Szasz, 1961), nel senso che molti autori hanno fatto notare, comprensibilmente, che la diagnosi può essere inutile, o può avere una funzione difensiva o comunque dannosa per la psicoterapia: può essere dettata dall’ansia di non capire o non saper aspettare (può servire insomma, paradossalmente, a “non vedere”), o ci fa inquadrare il paziente in modo schematico o dato una volta per tutte, impedendoci di vedere altri aspetti e soprattutto facendoci scordare che il quadro cambia, per cui una diagnosi può essere vera adesso ma non tra una settimana, un mese o un anno. Sono ben noti alcuni vecchi adagi psicoanalitici secondo cui “l’analista non fa mai diagnosi”, oppure “la diagnosi si fa soltanto ad analisi terminata”, o cose del genere. La mia opinione è che questi discorsi sono fraintendimenti del significato della diagnosi: se noi adottiamo una concezione molto allargata di diagnosi, e cioè, come ho detto prima, come un modo di “vedere”, “capire” o “immaginare” il paziente o il suo problema, allora è impossibile non fare diagnosi altrimenti non *penseremmo* neppure, e chi dice che non fa diagnosi la fa più degli altri solo che non ne è consapevole (per cui fa più danni).

L’aspetto scientifico e l’aspetto filosofico della diagnosi

Occorre distinguere tra due aspetti del problema della diagnosi, che tentativamente possiamo definire



“scientifico” e “filosofico”. L’aspetto scientifico della diagnosi riguarda la valutazione di un paziente, e qui valgono i discorsi fatti prima: si può discutere i modelli che si usano, le scale di valutazione che si scelgono, le interviste strutturate o semi-strutturate che i ricercatori utilizzano, la loro attendibilità e validità, e così via.

L’aspetto filosofico invece riguarda la teoria della conoscenza. Ad esempio: è possibile una conoscenza “oggettiva”? L’osservatore influenza il dato osservato? Se sì, in che misura? E se per definizione il dato osservato è sempre influenzato dall’osservatore, come si fa a saperlo? Infatti, per sapere che il dato osservato non è “oggettivo” in teoria dovremmo avere una idea del dato oggettivo, altrimenti non potremmo dire che non lo è. Inoltre, è possibile controllare o limitare i fattori distortenti dell’osservatore tramite apposite metodologie scientifiche o “controlli”? Oppure: esiste una realtà esterna o è sempre “costruita”? E così via. Queste problematiche sono ben note, risalgono almeno a Kant, e non è possibile approfondirle qui, mi limito a brevi considerazioni.

Questi due aspetti del problema della diagnosi (il metodo con cui si valuta un paziente e la questione filosofica della possibilità di conoscerlo “oggettivamente”), sono però intrecciati tra loro, nel senso che il metodo scientifico che utilizziamo per vedere un fenomeno necessariamente ci permette di vedere solo gli aspetti di pertinenza di quel metodo (ad esempio, una TAC cerebrale ci fa vedere la morfologia del cervello ma non ci fa conoscere il vissuto del paziente rispetto a un conflitto lavorativo o sentimentale, un colloquio ci fornisce molte informazioni su un paziente ma non il suo esatto punteggio alla Scala di Hamilton per la Depressione che è ottenibile solo se somministriamo quella scala, una diagnosi psicoanalitica – e poi bisogna vedere di quale scuola – può essere diversa da una diagnosi fatta da un collega cognitivista o sistemico, e così via). Ne consegue che ogni metodo diagnostico produce risultati diversi che a prima vista sono incommensurabili tra di loro. Come è possibile rapportare tra loro i risultati dei tanti e diversi metodi diagnostici – e rispettivi linguaggi – che esistono sul mercato? Come si fa a compiere un viaggio se disponiamo di mappe diverse tra loro? Questo è un problema di non facile soluzione. Posso solo dire che a questo proposito ho trovato convincenti alcune riflessioni del filosofo Agazzi (1974, 2006) sulla epistemologia delle scienze psicologiche. Applicando l’argomentazione di Agazzi al problema della diagnosi, si può dire che anche se all’apparenza ogni metodo diagnostico “costruisce” un diverso paziente, in realtà produce solo un diverso “oggetto scientifico”, un oggetto ideale che è diverso dagli “oggetti scientifici” prodotti da altri metodi diagnostici. Quindi il paziente è sempre lo stesso (la stessa *cosa*, direbbe Agazzi), ma può diventare *oggetto* di metodi diagnostici diversi, quindi un paziente in carne e ossa si trasforma in un “fascio” di *oggetti scientifici* potenzialmente infiniti: ad esempio, il fatto che venga proposta una nuova metodologia diagnostica non significa che si sia scoperto un paziente mai visto prima, significa soltanto che è stato individuato un nuovo “punto di vista” sullo stesso paziente, e i diversi punti di vista o

modelli diagnostici sono destinati a rimanere per sempre, poiché per definizione la realtà è sempre inconoscibile in quanto tale, noi possiamo solo conoscerla attraverso gli “occhi(ali)” che abbiamo e gli strumenti diagnostici che utilizziamo (non posso dilungarmi su questa problematica, e per brevità rimando a Migone, 1998, 2008a).

La dicotomia nomotetico-idiografica

Come si diceva, il problema di come “vedere” il mondo è vecchia come il mondo stesso, ed è ben rappresentata da una delle tante dicotomie della psicologia, forse la principale, la dicotomia nomotetico-idiografica (che è collegata all’altra dicotomia, attribuita a Dilthey, delle “due scienze”, le scienze naturali, *Naturwissenschaften*, e le scienze dello spirito o scienze umane, *Geisteswissenschaften*).

Secondo l’approccio “nomotetico” noi cataloghiamo i dati secondo leggi (*nomos*), quindi categorie (le diagnosi sono categorie), all’interno delle quali facciamo rientrare i pazienti; e se la diagnosi di un paziente non rientra in nessuna di queste categorie noi possiamo collocarla in forme “ibride”, “atipiche”, “miste” o “residue” – le ben note NOS (*not otherwise specified*), in italiano NAS (“non altrimenti specificate”), dei DSM-III e DSM-IV – che sono un po’ un “cestino dei rifiuti” di tutte le altre diagnosi. Questo approccio nomotetico in cui facciamo rientrare i fenomeni in leggi o categorie conosciute è tipico delle scienze naturali e permette di costruire un sistema di conoscenze che ordina il mondo, come una mappa (e si pensi alle antiche carte geografiche, quanti pochi territori contenevano – anche disegnati male – e quanto sono state modificate mano a mano che si scoprivano nuovi territori). L’approccio “idiografico” invece cerca di non utilizzare leggi universali e uguali per tutti, ma di vedere quello che è specifico di un singolo paziente (*idios* significa “unico”, “privato”, “idiosincratico” appunto); cerca cioè di aprirsi alla possibilità di conoscere quello che eventualmente non è incluso in leggi conosciute, perché è possibile che un paziente abbia un aspetto che nessun’altro ha o che non è mai stato visto prima (per cui non disponiamo di leggi in cui farlo rientrare), e allora cerchiamo di avvicinarci a lui a mente libera e senza preconcetti diagnostici, utilizzando magari l’empatia o l’intuizione. Fu Gordon Allport che, a metà del XX secolo in America, si fece difensore di questo approccio all’interno del dibattito sulla personologia (a mio modo di vedere, però, la dicotomia nomotetico-idiografica potrebbe considerarsi superata in quanto basata su una reazione, in un certo senso “romantica”, a una concezione antiquata della scienza, e mi trovo molto d’accordo con la critica che ne fece Holt [1962], che fu allievo di Allport ma poi criticò il maestro).

Mi fermo qui, in questa introduzione al problema della diagnosi come mappa del viaggio della psicoterapia. Mi sono limitato a fornire delle informazioni di base, una griglia che, mi auguro, verrà “riempita” dai relatori di questa sessione, ai quali faccio tanti auguri e dico che... non vorrei essere nei loro panni.

Per approfondimenti di alcune delle cose che o detto, qui necessariamente solo accennate, rimando alla bibliografia indicata qui di seguito, e sarò ben lieto di mandare per e-mail questi articoli a chi me ne farà



richiesta. (per l'articolo completo di bibliografia vedi: www.psicoterapia.it/cstg menù Forum, area riservata allievi (documentazione), articoli).



Ayaccio

Thesis

(Abstract di tesi di specializzazione in psicoterapia e di fine corso di Counseling)

GESTALT E COPPIA

Ipotesi di intervento di sostegno alla relazione di coppia nella terapia della consapevolezza.

Tesi di counseling di Antonio Pompei
relatore Dott. Michele Mozzicato

A partire da me e poi a partire dalla mia coppia.

Lavorare su terapia della gestalt e coppia mi sembra una bella sfida si regge su un "per caso" della preghiera della terapia gestaltica e su una piega del testo Atteggiamento e prassi della Teoria Gestaltica di C. Naranjo.

A partire da me perché quando mi è stato citato il verso "una rosa è una rosa, è una rosa, è una rosa" mi è venuta in mente la Magnolia di viale dei Missaglia a Milano. Grande enorme e matta, fioriva ogni primavera. Troppo irregolare, ha resistito per quanto ha potuto, durante una deserta estate l'hanno abbattuta. Sono un carattere sei controfobico e ogni volta che un capo afferma qualcosa mi porto dentro, raramente la esprimo, la contestazione, l'osservazione che dovrebbe spiazzare.

A partire dalla mia coppia, perché quando parlo di coppia è della mia relazione con Nicoletta che sto parlando. La scuola, il lavoro fatto con la scuola è un lavoro fatto su se stessi e per quanto si riesce e ce lo si concede autentico e sincero. Tutto questo non può non interessare oltre che noi stessi le persone con cui viviamo e certamente il nostro partner. Dal secondo Noceto, per me e per noi, io e Nicoletta, è iniziato tutto un lavoro sulla nostra relazione. Da allora siamo in terapia di coppia e continuiamo a lavorare. L'inizio di questo lavoro è riportato nella tesi come un carteggio, uno scambio epistolare che ha coinciso con l'inizio della terapia.

Il quadro concettuale su cui gioco la riflessione della tesi è questo. La condizione umana implica la nascita e la morte, così come la relazione. Siamo chiamati alla vita e la scelta è fra vivere e sopravvivere, destinati alla morte. La dicotomia è fra essere condannati alla morte o scegliere di morire. Così la relazione è una scelta e non una condanna. La dicotomia non è fra la solitudine o la socialità, ma scegliere la relazione qualunque essa sia, anche lo stare soli, o subire la condanna alla relazione.

In questo che mi sembra sia un aspetto della condizione umana, ritaglierei un ambito più specifico. Leggerei la relazione di coppia come un'opportunità che un individuo offre a se stesso per capire come esso è mentre tende ad essere migliore. In termini gestaltici armonizzare meglio le parti che lo compongono.

A questo punto il tentativo di dare una organizzazione con una aspirazione metodologica e con la precisazione di una ipotesi teorica.

Il senso dell'aspirazione ad una metodologia è sapere che le scelte indicate saranno con difficoltà mantenute fino in fondo. Rappresentano una tensione verso, che aiuterà a tenere sotto controllo quello che si sta facendo. I punti su cui mi soffermo sono tre: il commissario Maigret o della serendipità, i Bonobo nostri cugini prossimi nell'evoluzione ma anche i mandrilli, la scala di Wittgenstein sulla relativizzazione dei percorsi. A questi aggiungo un altro punto legato allo specifico della trattazione, l'insegnamento di Diotimia di Mantinea.

L'ipotesi teorica, anch'essa una aspirazione più che una ipotesi vera e propria individua alcune tematiche ritenute interessanti e su cui si sofferma la riflessione mediante spezzoni delle interviste: la scelta esistenziale, il duale come soggetto, il rispetto della domanda, il contesto, il sesso, l'unicità della scelta, il contratto egualitario, la fusionalità o della funzionalità o dell'incastro funzionale.

Poi ho iniziato a raccogliere delle conversazioni sulla relazione di coppia sulla base di un canovaccio che guidava in qualche modo quello che veniva detto. Dalle prime conversazioni delle riflessioni che poi puntualizzano lo strumento di indagine.

Le riflessioni fatte in questa prima fase mi hanno portato a considerazioni, che hanno guidato il mio lavoro e espresse in questi punti:

- La relazione di coppia può essere indagata ed è possibile fornirsi di categorie interpretative;
- Una sostanziale equivalenza fra la coppia etero ed omosessuale, risolti numerosi aspetti sociali, culturali, di costume, etc.
- Il lavoro sulla coppia è segnato in modo determinante dal suo essere peculiarmente un sistema iper, super complesso
- Questa complessità, enorme, spaventevole, aumenta ulteriormente se si affronta il lavoro sulla coppia in una prospettiva gestaltica, dal punto di vista delle emozioni, così difficili da definire appunto perché complesse
- Il tentativo di darsi delle categorie interpretative sulla coppia può essere perseguito secondo la teoria dei sistemi (Von Bertalanffy), la teoria sistemica relazionale (Bateson) e il metodo di



indagine della complessità (Morin, Varela, Prigogine, Ceruti)

- La coppia è un sistema complesso per la sua indagine va utilizzato il metodo della complessità per cui:
 - va definito un livello del dettaglio né macro né micro, in genere definito dallo scopo della nostra indagine (per il nostro lavoro potrebbe corrispondere alla richiesta)
 - individuare gli elementi di rilievo a livello del dettaglio come variabili di stato del sistema
 - individuare tutte le interconnessioni fra le variabili di stato
 - utilizzare il pensiero laterale: osservare il sistema da tanti punti di vista differenti
 - semplificare lo stato del sistema senza banalizzarlo
- La dinamica della coppia risponde alla dinamica dei sistemi complessi solitamente ricondotta a tre differenti regimi: **ordine, caos, orlo del caos**
- **Ordine:** no buono la relazione si cristallizza in rituali formali e in una funzionalità reciproca fra i componenti che tende alla paralisi e alla fine. (egotismo). Il Sistema ordinato raggiunge un equilibrio stabile e non muta, smette di evolvere e diventa debole, rischia di craccare come può durare una vita ma è già morto.
- **Caos:** no buono la relazione è quasi inesistente attraversata continuamente da novità, non ha una membrana che la definisce (confluenza), muta costantemente forma e contenuto fino a incontrare una catastrofe improvvisa.
- **Orlo del caos:** buono; la relazione ha una membrana permeabile che la individua e ne permette la relazione ambientale, favorisce le interazioni tra le componenti del sistema e le componenti del sistema con l'ambiente. Il sistema è resiliente, capace di resistere alle perturbazioni, ridondante, sopravvive alla perdita di una o di più componenti, auto-organizzante, secondo una procedura dal basso verso l'alto a partire dalle sue componenti interne.

Quello che traspare dalle interviste, dalle molte conversazioni su questo argomento, come dai lavori fatti con clienti, è che la formulazione della dichiarazione d'amore, esplicitare i suoi contenuti, espone il soggetto in una posizione vulnerabile all'altro da sé e all'ambiente. Una scelta ed una pratica faticosa che offre una duplice opportunità alla coppia: portare un po' di chiarezza nelle caratteristiche dell'incontro e fornire degli elementi di riflessione per quando si affronterà la crisi di stabilizzazione della coppia stessa.

E le conclusioni.

Dall'inizio alla fine del lavoro molto tempo è passato. Ho letto e riletto libri, sull'argomento c'è una produzione ampia e che si arricchisce ogni giorno di nuovi titoli. Ho seguito seminari e corsi di orientamento Gestalt o di qualsiasi altro orientamento, rogersiano, psicodinamico.

Posso dire che comunque un percorso c'è stato e che i pioli della mia scala in qualche modo sono stati sudati.

Adesso mi tocca buttarla via, non servirà a nessun altro e forse neanche a me. Le conclusioni comunque, perché in fondo ci sono le conclusioni.

La convinzione che mi ha guidato in questo lavoro, come ho detto in un'altra parte, è che la coppia è una opportunità che il soggetto si dà per raggiungere livelli ulteriori di consapevolezza, in termini gestaltici di armonizzazione del proprio essere. Una opportunità né necessaria, né automatica. La formazione della coppia non avviene con questo scopo, o almeno non è così chiaro che questo è la sua finalità. Possiamo percepire confusamente l'esigenza importante che ci spinge verso la coppia, ma il suo significato più profondo, una consapevolezza almeno sufficiente, è qualcosa che si raggiunge successivamente. Questo sembra passare necessariamente attraverso una crisi perché la semplice funzionalità che si afferma e si impone al momento dell'innamoramento non basta a far durare la coppia. L'incastro funzionale nei termini e nei modi in cui si realizza al momento dell'incontro, non porta molto lontano. Spesso i punti di contatto, in cui è incastrata la relazione, coincidono con gli elementi di similarità e di complementarietà dei due sé, che possono, e a volte è proprio così, coincidere con le disarmonie caratteristiche di ognuno dei due partner. Esaurite le risorse attivate dall'incontro, le gestalt incomplete latenti di ognuno e dello stesso incontro non possono che emergere e porre la condizione di crisi. Questa si presenta come una opportunità, l'ultima per la stessa esperienza, che il duale offre a se stesso, implicitamente ai due sé, di armonizzare le proprie parti e di durare nel tempo. Diversamente è la separazione, la fine della coppia.

La crisi offre l'opportunità del passaggio ulteriore necessario, supera la funzionalità della coppia per una sua strumentalità al servizio della genitalità e della attuazione di sé, dei due partner infine per quello che essi sono nella realtà. Genitalità ed attuazione di sé che diventano generatività, la via della generazione della saggia Diotimia di Mantinea.

"La natura mortale cerca, per quanto può, di divenire eterna e immortale. E può riuscirvi solo per questa via, la via della generazione, perché essa lascia sempre dietro di sé un altro essere nuovo in luogo del vecchio". (Platone-Simposio)

E qui si richiede una specificazione ulteriore. La generatività non è banalmente fare figli. *La più stupida delle mamme è sempre incinta (detto popolare anonimo)*. Ci sono coppie molto prolifiche e poco produttive. La produttività della coppia, come degli individui, è quella che lascia dietro di sé un mondo, magari di poco, migliore di quello che ha trovato. Come farlo, dove farlo, quando farlo è tutto da inventare con la creatività della coppia.

La crisi nella coppia è come una lunga gestazione, il suo superamento è un atto creativo e generativo poiché fa nascere un mondo nuovo.



Scuola e dintorni

(a cura di Rosi Tocco: segreteria@cstg.it)

→ IL CSTG organizza il Venerdì 28-Sabato 29 maggio

INTRODUZIONE ALLA CLINICA TRANSCULTURALE



In un contesto sociale che diventa sempre più multi-etnico e multiculturale cambia, soprattutto nei servizi pubblici (Consultori familiari, Centri di psicologia per il bambino e l'adolescente, Unità di neuropsichiatria infantile, Servizi di tutela per i minori dei Comuni ecc) l'utenza e sono sempre più numerosi gli/le utenti immigrati/e che provengono dai più diversi paesi. La formazione di base degli psicoterapeuti va implementata in modo da dare agli allievi le competenze necessarie in campo transculturale che li metta in grado di stabilire una relazione terapeutica efficace con persone e con famiglie che vengono da altri paesi anche molto lontani, e sono portatrici di rappresentazioni diverse da quelle proprie della cultura europea e occidentale della salute e della malattia, delle relazioni familiari dello statuto della donna, dell'uomo, dei bambini, di chi è una persona ecc. Si propone un primo approccio che consenta agli allievi di avere informazioni di base sull'approccio etnopsicoanalitico francese (Dévereux- Nathan- Moro). Metodologia di lavoro: si intende utilizzare una metodologia interattiva in cui si alterneranno in ogni giornata input teorici con esercitazioni e discussione di casi

Conduce: Dott.ssa Maria Luisa Cattaneo

Maria Luisa Cattaneo, psicologa e psicoterapeuta, Analista Transazionale clinico e P.T.S.T.A in campo clinico, specializzata in clinica transculturale presso l'Università Paris XIII (Bobigny- Parigi) con la dott.ssa M. Rose Moro. Responsabile dei Servizi di clinica transculturale per le famiglie migranti e i loro bambini attivati dalla Cooperativa Crinali a Milano e provincia in

collaborazione con le istituzioni pubbliche (ASL, Comuni, Regione Lombardia)

Venerdì 28-Sabato 29 Maggio 2010
ore 9.30-13.30 14.30-18.30

SpazioTempo Via Manzotti 10/A Milano
Costo: euro 100 (per i Soci CSTG euro 80)
compreso ingresso gratuito alla Giornata della Ricerca CSTG del 30 maggio
Info: Tel. 02-29408785 segreteria@cstg.it

→ IL CSTG organizza domenica 39 maggio

IV GIORNATA DELLA RICERCA CSTG "Psicoterapia della Gestalt e Interculturalità: origini, attualità, sperimentazione "

SpazioTempo, Via Manzotti 10/a Milano

MATTINA ore 9.30-13.00

Il Viaggio come momento del contatto *Marco Goglio*

Elementi di transculturalità gestaltica *Luisella Imparato*

Le origini della P.d. Gestalt nel dopoguerra americano e l'apertura alle culture "altre" *Sara Bergomi*

**Gestalt e impegno politico internazionale:
difendere le culture minacciate, il caso del Tibet** *Riccardo Zerbetto*

**Lavorare con le culture migranti
nell'emergenza: l'opera del NAGA** *Andrea Fianco*

Gestalt e "micro-culture altre": il caso delle tifoserie calcistiche *Filippo Petrogalli*

Tavola Rotonda- Dibattito Aperto:

"Elementi della teoria della Gestalt in un'ottica di lavoro transculturale "

POMERIGGIO

"Il modello integrativo: trauma, dissociazione, alessitimia, impulsività e disregolazione affettiva" *Adriano Schimmenti* - Psicologo, Docente, Assistant Professor in Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione presso la Facoltà di Psicologia e Scienze dell'Educazione dell'Università Kore di Enna, dove insegna "Tecniche del Colloquio" e "Psicologia Dinamica II: Metodi e Applicazioni" all'interno del Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche, e "Psicologia dei processi di socializzazione nei contesti multiculturali" all'interno della Laurea Specialistica in Psicologia Clinica.



Discussione tesi e casi clinici

Ingresso gratuito

→ Ricordiamo che il 16 maggio si terrà una **giornata dedicata al counseling**, presso SPAZIOTEMPO via Manzotti 10/a Milano dalle 9.30 alle 18.30

La mattina sarà dedicata ad interventi relativi agli sviluppi di una professione che sta cercando di emergere con le proprie caratteristiche e con i propri confini.

La presenza di Anna Barracco, Consigliere dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia è il segno tangibile di quanto sia importante per la Scuola questo momento di confronto.

Per tale ragione si chiede la partecipazione di voi counselor e futuri counselor sia come pubblico interessato all'argomento che come soggetti che desiderino presentare il proprio lavoro alla platea presente.

Vi invitiamo quindi a presentare tesi e casi. Non necessariamente nuovi, anche chi è già diplomato ma non ha presentato al pubblico la propria tesi o il proprio caso è sollecitato a presentarlo in questo consesso.

Vi preghiamo quindi di comunicare alla Segreteria il vostro nominativo con il titolo della tesi o del caso in modo tale da potere costruire una scaletta delle presentazioni.

Per chi volesse partecipare alla giornata anche solo come spettatore, **deve inviare la sua adesione** tramite l'invio di una mail. Coloro i quali si fossero già iscritti sono invitati a rimandare conferma poiché per un problema al server non è stato possibile reperire tutte le mail.



Kitch Costa Serena

Sistema Qualità

Cari Allievi e cari tutti dello staff CSTG,

il 4 e 5 di marzo scorsi abbiamo avuto la seconda **verifica triennale** per la rivalutazione della nostra certificazione di Qualità.

La normativa di è evoluta da "ISO 9001:2000" a "**ISO 9001:2008**", quindi la nostra rivalutazione come Centro Studi di terapia della Gestalt ha ricevuto, da parte della valutatrice, la Dott.sa Gurizzan, un'accurata valutazione dei processi alla luce delle nuove regolamentazioni strutturali, proprie della ISO 9001:2008.

Con enorme soddisfazione anche questa seconda rivalutazione è stata **valutata positivamente** per tutti i processi relativi ai corsi di Psicoterapia e Counseling. Ecco alcuni stralci dal rapporto di verifica: *"Il sistema è stato aggiornato in conformità dei dettami dell'edizione 2008 della norma. Il riesame della direzione si basa su dati sia quantitativi che qualitativi da cui scaturisce il piano di miglioramento. La soddisfazione dell'allievo, rilevata su diverse componenti, (docente, tutor, organizzazione, strumenti, corso) si mantiene molto buona ed allineata alle aspettative della direzione. Il monitoraggio dei corsi è effettuato in modo conforme alle procedure di riferimento e viene conservato in modo coerente con le prescrizioni della privacy."*

Voglio cogliere l'occasione di questo breve scritto per **ringraziare tutti coloro che hanno collaborato** assieme a me alla buona riuscita di questo ennesimo traguardo della scuola: lo staff, tutor e assistenti alla didattica, ma anche tutti gli allievi che si prestano con diligenza alla compilazione delle schede che vengono loro richieste. In particolare ringrazio la mia diretta collaboratrice, Antje, per la precisione del suo prezioso, quanto noioso, lavoro di spoglio delle centinaia e centinaia di schede di feed-back; ma ringrazio molto anche il mio mentore-consulente Claudio Pompei! Al prossimo anno!

Chiunque avesse qualche nota da riferirmi inerente la Qualità può farlo scrivendomi a:

emozionarti@gmail.com

Chiara Fusi – referente per la Qualità CSTG

Eventi

→ Conferenza:

LA PERSONA, UN SISTEMA ENERGETICO APERTO

Dialogo fra counseling, psicoterapia e medicine naturali

Alberto Cericola Naturopata - Counselor
Gianluca Vischi Psicologo - Psicoterapeuta

Giovedì 13 Maggio 2010
Spazio Sirin – Via Vela, 15 - MILANO

Serata patrocinata da Assocounseling



Ingresso libero con posti limitati.

Per partecipare è necessaria la prenotazione allo 02 4232070 o inviare mail info@gammamapimedical.it

→ Studio Associato Metafora presenta:



Lunedì 24 maggio ore 21
Presentazione del libro
" **L'amore difficile. Relazioni al tempo dell'insicurezza** "

A cura della Dott.ssa **Marina Valcarenghi**, psicoterapeuta e psicoanalista, è docente di Psicologia clinica e di Psicologia degli aggregati sociali e presidente della scuola di specialità in Psicoterapia LI.S.T.A. di Milano.

Negli ultimi vent'anni, il modo di vivere l'amore in Occidente è cambiato in modo radicale: per la prima volta nella storia sono possibili relazioni eterosessuali e omosessuali fondate sulla parità. Eppure l'amore è ancora difficile, e alle nuove possibilità si accompagnano nuovi disagi.

Ingresso Libero su prenotazione :
studio.metafora@agora.it
Tel 02/29522329 Via Vitruvio, 4 20124 Milano.

**→ Workshop con Leslie S. Greenberg
La Terapia Focalizzata sulle Emozioni:
Il Potere Trasformativo dell’Affettività**

organizzato da :
Scuola di Psicoterapia Cognitiva ad indirizzo Costruttivista

Firenze 25 maggio 2010 ore 10-19
sede: Scuola di Sanità Militare
via Venezia 5 Firenze
CESIPc S.r.l. Sede di Firenze
Via Cavour, 64 50129 Firenze
Tel. 055 291338; Fax: 055 290712
Sito Web: www.cesipc.it
Email: cesipc@cesipc.it

→ Corso di aggiornamento in "Riflessologia plantare"

Il corso, presentato nel numero di aprile di questa newsletter, avrà uno sconto del 10% per i soci CSTG. Per ulteriori informazioni
Tel. 333.8394803, e-mail: molly.rossin@cites.it

→AIPS Associazione Italiana Psicologi Scolastici

offre 30 borse di studio del valore di 1.000 euro ciascuna a psicologi che intendono frequentare Master in Psicologia Scolastica, nella Regione Lombardia e nella Regione Lazio. Per potere usufruire della borsa di studio i master devono avere le seguenti caratteristiche:

- . La sede di svolgimento del master deve essere nella Regione Lombardia o nella Regione Lazio.
- . Il periodo d'inizio del master deve essere compreso tra il primo gennaio 2010 e il 30 giugno 2010.
- . La durata complessiva del master deve essere non inferiore ad un anno.

. Il master deve essere riconosciuto e accreditato dall'Associazione Italiana Psicologi Scolastici (AIP)

Per richiedere il regolamento completo:

info@psicologiscolastici.it
www.psicologiscolastici.it



via Borgogna, 3 Milano

Cinema e autobiografia

a cura di Emanuela Mancino

martedì 18 maggio ore 20,30-23,00

L'immagine (s)fuggente

Il film come forma di uno sguardo ininterrotto

martedì 25 maggio ore 20.30-23,00

Il piacere del testo

L'idea, nel suo momento giusto

martedì 8 giugno ore 20,30-23,00

La forza dell'evidenza

O dell'impossibilità di un'autobiografia anonima

mercoledì 16giugno ore 20,30-23,00

Profezie di incontro

Immagini e parole per espugnare e difendere la solitudine



patio



Segnalazioni

Giorgio Piccinino , Dianora Casalegno
Amore limpido
La felicità nella vita di coppia
pp.387 Prezzo: € 16,50 Edizioni Erickson

da: www.psiconline.it

Alain de Botton
L'importanza di essere amati
2010, Collana: Le Fenici tascabili
Pagine: 314 Prezzo: € 10.00 Editore: Guanda

Vignali Eugenio, Muraro Stefania, Mantovani Alberto
I quattro passi. Per creare una relazione felice nella coppia, in famiglia e nel lavoro
2010, Collana: Salute, benessere e psiche
Pagine: 158 Prezzo: € 11.90 Ed: Il Punto d'Incontro

Menarini Raffaele, Marra Federica
L' inconscio della creazione
2010, Collana: La dialettica
Pagine: 312 Prezzo: € 31.00 Editore: Studium

Legrenzi Paolo
La fantasia. I nostri mondi paralleli
2010, Collana: Farsi un'idea
Pagine: 127 Prezzo: € 9.80 Editore: Il Mulino

Goldstein Noah J., Martin Steve J., Cialdini Robert B.
Cinquanta segreti della scienza della persuasione
2010, Collana: Tea pratica
Pagine: 245 Prezzo: € 10.00 Editore: TEA

Arace Angelica
Psicologia della prima infanzia
2010, Collana: Manuali
Pagine: 260 Prezzo: € 19.00 Ed: Mondadori Università

Galasso Raffaele; Sciacca Patrizia
Capire gli altri con la PNL. I metaprogrammi per comunicare con piu' efficacia
2010, Collana: Trend
Pagine: 128 Prezzo: € 16.00 Editore: Franco Angeli

da: www.edizioni-borla.it

Emilio Rodrigue'
Freud
Il secolo della Psicoanalisi
.Pagine: 592 Euro: 25

Alberto Eiquer
Mai io senza te
Pagine: 240 Euro: 24

Andrea Scherini
Essere uomo, essere donna
Pagine: 208 Euro: 25

Nicola Peluffo
La relazione psicobiologica madre-feto
Pagine: 136 Euro: 16

A cura di
G. Crocetti, C. Vianello, G. Pallaoro
Il benessere bambino
Pagine: 240 Euro: 27

Biblio

(pubblicazioni, tesi e documentazione)
(a cura di Giusi Carrera: giusi.carrera@gmail.com)

Tesi di counseling al CSTG

Gianfranco Fantoni, *L'io, la fame, l'aggressività diario di una rinascita*, 2002-2004 (Autobiografie)

Laura Bartolini, *Dalla parte di chi vende*, 2002-2004 (Counseling aziendale)

Margherita Fratantonio, *Tesi su sogni personali*, 2002-2004 (Autobiografie)

Monica Tosoni, *Autoregolazione organismica*, 2002-2004 (Teoria della Gestalt)

Paola Brunelli, *Modulazione naturopatica*, 2002-2004 (Medicina naturale)

Regina Ferrario, *Diagnosi: "cancro", malattia che coinvolge il corpo e la psiche*, 2002-2004 (Medicina)

Tiziana Viganò, *Emozioni, stress, malattie: psiconeuroimmunoendocrinologia e approccio gestaltico*, 2002-2004 (Medicina naturale)

Laura Bianchi, *Il Counseling aziendale*, 2002-2004 (Counseling aziendale)

Chiara Fusi, *"Health-counseling" linguaggio e potenzialità del counseling*, 2002-2004 (Teoria del Counseling)

Gabriella Agliati, *A riveder le stelle... io, la mia fame, la mia aggressività*, 2003-2005 (Autobiografie)



Perls's pearls

Citazioni da Perls e non solo
(a cura di Laura Bianchi laurabm@libero.it)

"Quando viene a crearsi un confine, esso è sentito insieme come contatto e come isolamento. Ma quando c'è confluenza e non confine, non esiste di solito né contatto né isolamento."



"Wherever and whenever a boundary comes into existence, it is felt as contact and as isolation. Usually neither contact nor isolation exist, as there is a confluence but no boundary."

Da *Ego, Hunger, Aggression* (trad. it.: *L'io, la fame, l'aggressività*)

Risonanze

(a cura di Fabio Rizzo: rizzo.f@fastwebnet.it)

I più pericolosi dei nostri pregiudizi regnano in noi contro noi stessi. Dissiparli è creatività.

H. Von Hofmannsthal, *Il libro degli amici*, p. 57
(Bompiani, 1988)

La vita non è qualcosa a cui si possa dare una risposta oggi. Bisogna godere del processo dell'attesa, del processo del divenire ciò che si è. Non c'è niente di più delizioso che seminare dei fiori senza sapere che specie di fiore crescerà.

M. Erickson, *Ipnoterapia*, p. 11 (*Astrolabio*, 1982)

L'aforisma di Von Hofmannsthal si compone di due sintetiche frasi, aventi la particolarità di presentarsi rispettivamente come la diagnosi di un disturbo psicologico e il suo relativo rimedio. Pur se forse in maniera poco evidente, il pensiero espresso da Erickson le richiama implicitamente entrambe, offrendo alla nostra attenzione un contenuto che chiarifica un aspetto della prima ed esemplifica efficacemente una possibile modalità di attuazione della seconda.



Plaza Mayor

Visti e letti

PSICOTERAPIA E SCIENZE UMANE

Rivista trimestrale fondata nel 1967 dal Gruppo Milanese per lo Sviluppo della Psicoterapia - Centro Studi di Psicologia Clinica di Milano, attivo dal 1960.

Psicoterapia e Scienze Umane prosegue in continuità storica e formale le attività iniziate nel 1960 dal Gruppo milanese per lo sviluppo della psicoterapia - Centro Studi di Psicoterapia Clinica di Milano. Il gruppo si costituisce in maniera informale nel 1960, sulla base della collana "Biblioteca di Psichiatria e di Psicologia Clinica" fondata da Pier Francesco Galli, in

collaborazione con Gaetano Benedetti, presso l'editore Feltrinelli di Milano.

Indice anno per anno:

<http://www.psicoterapiaescienzeumane.it/default.htm#indici>

Indice completo:

<http://www.psicoterapiaescienzeumane.it/IndiceGeneralePSU.htm>

Da giornali e riviste

(a cura di Silvia Ronzani: ronzani.s@tiscali.it)

IL CIBO SPAZZATURA CREA DIPENDENZA

Da www.opsonline.it

Publicato da Edoardo Capuano

Sarà capitato sicuramente a tutti, magari al termine di una giornata lavorativa molto faticosa oppure in un momento di forte ansia, di cedere all'irresistibile tentazione di divorare qualsiasi "schifezza" che ci capiti a tiro. Molto spesso è proprio la nostra mente che ci spinge a rimpinzarci di vere e proprie bombe caloriche grondanti grassi e zuccheri.

Ed è proprio dai nostri meccanismi cerebrali che si scatena una sorta di frenesia divoratrice che può essere del tutto paragonata a ciò che succede a chi soffre di altre forme di dipendenza, quali ad esempio il fumo o la droga. Questa è la conclusione a cui è giunta la ricerca statunitense recentemente pubblicata dalla nota rivista di settore *Nature Neuroscience* e condotta dai ricercatori Paul Johnson e Paul Kenny nell'Istituto Scripps di Jupiter, in Florida.

Nello specifico, gli studiosi hanno osservato e testato il fenomeno di dipendenza dal cosiddetto "junk food" su dei ratti da laboratorio introducendo nella loro alimentazione usuale, composta per lo più da cibi leggeri e sani, dei gustosi snack a base di salsicce, bacon, dolci vari e cioccolato. Pare proprio che gli animali abbiano accettato di buon grado questa piacevole variazione della loro dieta con una conseguente assunzione di eccessive calorie ed un crescente aumento di peso.

La ricerca ha messo in evidenza il fatto che, dopo un breve lasso di tempo, i ratti non erano più in grado di avvertire il senso di sazietà e continuavano dunque ad ingerire alimenti grassi anche quando non era indispensabile. Tutto ciò pare sia indotto dalla modificazione dei cosiddetti "circuiti di ricompensa" ovvero le aree del cervello che regolano la produzione della dopamina (sostanza chimica che attiva dei recettori specifici e trasmette gli impulsi dell'appagamento). Normalmente questi circuiti cerebrali vengono sollecitati e si attivano prontamente ogniqualvolta si stia vivendo una situazione positiva; dunque l'affievolimento dei suddetti meccanismi riscontrato nei ratti alimentati con i cibi spazzatura



pare del tutto assimilabile a ciò che accade nella dipendenza da fumo e droga.

Per ripristinare una condizione di assoluta normalità nei circuiti di ricompensa degli animali sono trascorse ben due settimane dalla sospensione degli snack ipercalorici. La Coldiretti ha commentato questi risultati fornendo delle percentuali sull'alimentazione scorretta dei bambini italiani alquanto preoccupanti: ben il 41% consuma giornalmente bevande ricche di zucchero e privilegia i cibi grassi anziché la frutta e la verdura. Se si correggessero le abitudini alimentari seguendo una sana dieta mediterranea non si soffrirebbe di vere e proprie crisi d'astinenza da junk food.

Fonte: <http://www.ecplanet.com/node/1338>

PER COMBATTERE L'ASMA INFANTILE? UN PRANZO IN FAMIGLIA

I RISULTATI DI UNA RICERCA AMERICANA

(DIRE - Notiziario Sanita') Roma, 9 apr. - Non solo farmaci.

L'asma dei bambini si può combattere persino con i pranzi in famiglia, che migliorano la respirazione e combattono l'ansia dei malati. Lo dice una ricerca dell'Università dell'Illinois. La dottoressa Fiese e gli altri studiosi hanno preso in esame 63 bambini asmatici, d'età compresa tra i 9 ed i 12 anni. Prima, gli scienziati hanno indagato sulla salute fisica e l'equilibrio emotivo dei soggetti, poi hanno esaminato delle videoregistrazioni di pranzi in famiglia. La squadra dell'Università dell'Illinois ha così notato come il cattivo funzionamento dei polmoni (e quindi la gravità dell'asma) è legato all'ansia da separazione. Inoltre, i pasti insieme alla famiglia combattono entrambi i mali, riducendo l'ansia e mitigando gli attacchi d'asma.

Spiega la dottoressa Fiese: "Sentimenti di preoccupazione dei bambini sono risultati strettamente correlati alle modalità di interazione al pasto. I piccoli con ansia da separazione tendono a non comunicare, a tenersi un po' in disparte: il caos e la disorganizzazione ai pasti peggiora le cose, creando in loro ulteriori ansie. Se invece i pranzi familiari hanno regole costanti, assegnano ruoli a ciascuno (chi porta l'acqua in tavola, chi aiuta ad apparecchiare, chi sparcchia) e fanno sì che i bimbi siano coinvolti, i piccoli asmatici riescono a gestire meglio le loro emozioni, sono più tranquilli. E i sintomi dell'asma diminuiscono".

25 MINUTI DI ESERCIZIO AL GIORNO CONTRO LA DEPRESSIONE

I RISULTATI DI UNO STUDIO AMERICANO

(DIRE - Notiziario Sanita') Roma, 13 apr. - Esercizio fisico per guarire dalla depressione. Secondo uno studio americano della Methodist University di Dallas, in Texas, 25 minuti di attività fisica intensa al giorno per sei volte alla settimana servono ad alleviare i sintomi della depressione migliorando il proprio senso di benessere e il proprio ottimismo. Un esercizio di intensità media ed elevata, infatti, influenzerebbe il rilascio di alcuni neurotrasmettitori del cervello, allo stesso modo di alcuni farmaci antidepressivi.

Analizzando numerosi studi condotti in passato su pazienti depressi, i ricercatori guidati da Jasper Smits sono giunti alla conclusione che un'attività intensa portata avanti per 75-150 minuti alla settimana, ovvero 25 minuti al giorno al massimo, è utile ad abbattere lo stress e la rabbia e a migliorare l'umore dei pazienti che soffrono di disturbi d'ansia o depressione.

Secondo gli studiosi l'esercizio fisico può anche alleviare i sintomi come la paura di aver paura e alcune sensazioni corporee come l'accelerazione del battito cardiaco e il respiro affannoso.

Inoltre, un miglioramento del tono dell'umore, anche se lieve, spingerebbe i soggetti a dedicarsi più spesso allo sport e all'esercizio migliorando ancor di più il proprio benessere e innescando una sorta di reazione a catena "positiva" contro il cosiddetto mal d'anima.

MENO CALORIE, ECCO L'ELISIR DI LUNGA VITA

"SI ABBASSANO DRASTICAMENTE I FATTORI DI RISCHI CARDIOVASCOLARI"

(DIRE - Notiziario Sanita') Roma, 16 apr. - Mangiare meno, è questo il segreto. Ridurre l'apporto calorico vale quasi come un elisir di lunga vita. Il perché è spiegato su Science da un articolo frutto di una collaborazione tra Istituto Superiore di Sanità e Washington University School of Medicine di St. Louis negli Stati Uniti.

"L'obiettivo di questi studi - ha spiegato Enrico Garaci, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità - è quello di comprendere i meccanismi metabolici e le basi molecolari che regolano l'invecchiamento e la loro correlazione con l'insorgenza delle malattie, in particolare quelle cardiovascolari, tumorali e neurodegenerative, per fare in modo che all'aumentare della vita media corrisponda un aumento anche della sua qualità".

"La popolazione - ha proseguito Garaci - continua a invecchiare ma non in salute. La speranza di vita alla nascita in Italia, oggi, è di circa 80 anni. La speranza di vita in salute, però, è solo di 50 anni: ciò significa che per almeno 30 anni siamo soggetti a malattie di vario genere e questo comporta anche un costo sanitario enorme. La sfida è quella di ridurre in pochi anni il gap tra speranza di vita e speranza di vita in salute".

Lo studio, che ha come primo firmatario Luigi Fontana, direttore del reparto di Nutrizione e invecchiamento dell'Iss, illustra come tagliare l'apporto calorico dal 10 al 50% diminuisca l'attività delle vie di segnalazione intracellulare e di alcune importanti vie metaboliche. Ciò si traduce in un aumento considerevole della vita e in una riduzione dell'insorgenza della maggior parte delle patologie associate all'invecchiamento. Effetti analoghi si ottengono in animali da esperimento in cui sono state modificate geneticamente o farmacologicamente queste stesse vie di segnale cellulare, simulando uno stato di restrizione calorica. "Sono meccanismi ancestrali - ha spiegato Fontana - che si sono conservati dal lievito all'uomo per proteggere i nostri geni durante periodi di carestia e permettere la trasmissione del migliore patrimonio



genetico da una generazione all'altra quando ritorna l'abbondanza di cibo".

Sulla scia dei risultati ottenuti dalla restrizione calorica negli animali, un gruppo di 50 volontari per sette anni ha ridotto volontariamente l'apporto calorico del 25-30% e i risultati sono stati spettacolari: tutti i fattori di rischio cardiovascolari sono migliorati drasticamente, le arterie carotidi sono pulite e il loro cuore è più giovane di circa 15 anni. "Il rischio di sviluppare un infarto cardiaco, un ictus cerebrale o una scompenso cardiaco - dice Fontana - è bassissimo, praticamente nullo". E anche i fattori metabolici associati a un aumentato rischio di cancro sono diminuiti.

UN PREMIO COME CURA PER I BAMBINI «IPERATTIVI»

Le ricompense potrebbero avere un effetto quasi «farmacologico» purché immediate

Emanuela Di Pasqua

Il corriere della Sera 19 aprile 2010

Talvolta vale più un riconoscimento che una pillola, o per lo meno valgono tanto quanto: nei bambini affetti da deficit di attenzione e disordini di concentrazione pare infatti che un incentivo possa avere gli stessi benefici effetti di un farmaco. È essenziale però che il premio sia immediato, in modo che il bimbo possa focalizzare il nesso causa-effetto.

LO STUDIO – Lo sostiene uno studio degli esperti della Nottingham University pubblicato su *Biological Psychiatry*, in cui i ricercatori hanno misurato l'attività cerebrale durante il gioco di un gruppo di bambini affetti da ADHD (Attention Deficit Hiperactivity Disorder), più comunemente nota come sindrome da iperattività. Nel videogame i piccoli volontari dovevano cacciare gli alieni di alcuni colori ed evitare gli alieni di altre tinte, mentre la loro attività cerebrale veniva monitorata attraverso un elettroencefalogramma. L'attività ludica era stata studiata appositamente per verificare il tasso di resistenza alla tentazione impulsiva di catturare l'alieno sbagliato. Il gioco è stato poi proposto in due varianti, di cui una prevedeva un ammontare di premi e penalità cinque volte superiore all'altra. E in quest'ultima variante il premio attribuito ai giovani giocatori è risultato avere la stessa efficacia del Ritalin, uno dei più comuni farmaci utilizzati per mitigare la sindrome da iperattività, normalizzando le stesse aree del cervello. Secondo il professor Chris Hollis, che ha guidato la ricerca, una giusta e congrua gratificazione può esercitare un'influenza sulla capacità di concentrarsi e di ponderare le decisioni pari a quella esercitata da alcune pillole, anche se chiaramente i risultati migliori si possono ottenere attraverso una combinazione di incentivi e medicinali.

FARMACI PER IPERATTIVI – Oggi tra i farmaci più comuni per la cura pediatrica dell'iperattività c'è il metilfenidato, erede del litio. In tutti i casi i medicinali di questo tipo sono sempre stati dibattuti, soprattutto in considerazione dell'età dei giovani pazienti. La scoperta di un premio che possa funzionare

UNA SINDROME SEMPRE PIÙ DIFFUSA – Saranno gli stimoli crescenti a cui vengono sottoposti sempre più i giovanissimi, sarà che viviamo in una società multitasking e poco rispettosa dei tempi umani, in tutti

i casi da anni si registra una crescita galoppante dell'Adhd nei bimbi. In Inghilterra sono il 5 per cento dei bambini e altrove le percentuali sono simili. Bimbi iperattivi, propensi a commettere gesti impulsivi e pericolosi, che hanno una scarsa concentrazione e si muovono in continuazione: tendono ad avere un'attenzione effimera e saltellante e a prendere decisioni precipitose, con effetti prevedibili anche sul percorso scolastico. Ma a volte, specie nei casi meno gravi, basta un premio, dato dalla persona giusta nel modo giusto. Senza disturbare gli psicofarmaci.

SORRIDERE ALLUNGA LA VITA, DI SETTE ANNI STUDIO AMERICANO BASATO SULLE FOTO DEI GIOCATORI DI BASEBALL

(DIRE - Notiziario Sanita') Roma, 13 apr. - Sorridere allunga la vita. Circa di sette anni. Lo afferma uno studio della Wayne university del Michigan basato sulle foto di alcuni giocatori di baseball. I ricercatori hanno studiato 230 foto di giocatori dal registro del 1952, classificando le espressioni da 'molto sorridente' a 'molto serio'.

Dopo la classificazione hanno confrontato le espressioni con le età di morte dei giocatori. Dei 184 deceduti, quelli classificati come 'molto seri' avevano vissuto in media 72,9 anni, quelli come 'parzialmente sorridenti' 75 mentre quelli più sorridenti avevano avuto una vita media di 79,9 anni.

BIMBI IN OSPEDALE, "SE LA LETTURA 'BATTE' LA MALATTIA"

CASTELBIANCO: "APRE AD UNA VISIONE DEL FUTURO, CERTO MIGLIORE"

(DIRE - Notiziario Sanita') Roma, 13 apr. - La vita in ospedale può essere lunga e deprimente per tutti, ma se i pazienti sono bambini, la gestione della malattia potrebbe essere ancor più complicata. Per i piccoli pazienti ricoverati nei reparti di pediatria, la Provincia di Livorno ha realizzato il progetto "Lecture in ospedale", per offrire ai bambini degenti, che si trovano temporaneamente in una condizione di disagio fisico e psicologico, un'occasione non solo di arricchimento culturale, ma anche una forma di sostegno morale e di svago che possa distogliere la loro attenzione dalla malattia. "I bambini in ospedale possono maggiormente essere stimolati in attività che permettano loro di uscire mentalmente dall'ospedale stesso, ma anche dalle cure e dalla malattia - spiega Federico Bianchi di Castelbianco, psicoterapeuta dell'età evolutiva e direttore dell'Istituto di Ortofonia (Ido) di Roma - e non solo per aiutarli a passare il tempo, ma per aiutare il bambino ad avere meno danni dal vissuto di una malattia che, come è stato più volte dimostrato, altera l'umore, il rendimento e la partecipazione dei piccoli ai risultati terapeutici".

Castelbianco, dunque, plaude all'iniziativa, anche perché in passato, insieme a Magda Di Renzo e Michele Capurso, aveva già affrontato il tema con la pubblicazione del libro "Ti racconto il mio ospedale. Esprimere e comprendere il vissuto della malattia", edito dalle Edizioni Magi. "La lettura e l'utilizzo dei libri - prosegue l'esperto - come strumento di



'allontanamento' dalla malattia non ha solo una funzione distraente, bensì apre il bambino alla partecipazione a un mondo fantasioso e ricco di immaginazione, che sicuramente è più bello del mondo reale che in quel momento vivono". E aggiunge: "La prerogativa fondamentale è che la lettura apre ad una visione del futuro: proietta cioè in un tempo e in uno spazio che verranno, consentendo ai bambini di essere ottimisti e di allargare l'immaginazione, così da rendere meno amara la vita in ospedale".

Lo psicoterapeuta sottolinea poi l'importanza della presenza dei genitori durante le attività di svago all'interno dei reparti pediatrici: "Aver previsto la partecipazione dei familiari nelle attività del bambino degente - chiarisce - è un grande aiuto per tutti, in quanto non solo si viene a ricreare una situazione conosciuta alla quale il bambino si può abbandonare con serenità, ma per di più consente ai familiari di essere partecipi in un'attività insieme al bambino, che esula dal comportamento ripetitivo che spesso i parenti attuano nelle situazioni di assistenza al malato".

L'ALZHEIMER CANCELLA I RICORDI, MA NON LE EMOZIONI

STUDIO AMERICANO: I PAZIENTI RICORDANO I SENTIMENTI

(DIRE) Roma, 16 apr. - I fatti vanno via lievemente, ma non le emozioni. Quelle restano anche nei pazienti affetti da Morbo di Alzheimer. È il risultato di uno studio pubblicato dai ricercatori della University of Iowa.

La ricerca, condotta su cinque soggetti affetti da un disturbo neurologico raro - caratterizzato da una forma di amnesia che rappresenta il primo segnale dell'insorgere del morbo di Alzheimer -, ha dimostrato che i pazienti, dopo aver visto alcuni film, ne scordavano presto la trama ma continuavano a sperimentare, per diverso tempo, le emozioni che questi avevano suscitato in loro.



Bastioni di Ayaccio

Dibattito aperto

ATTENTI A INTERNET, CI FA PERDERE LA CONCENTRAZIONE E LA MEMORIA

L'allarme di Nicholas Carr contro la dittatura della Rete. Il suo saggio divide l'America

denuncia il «collettivismo tecnologico» e i rischi legati alle alterazioni del cervello

Attenti a Internet, ci fa perdere la concentrazione e la memoria

«Basta prendere Internet e le tecnologie digitali a scatola chiusa. Offrono opportunità straordinarie di accesso a nuove informazioni, ma hanno un costo sociale e culturale troppo alto: insieme alla lettura, trasformano il nostro modo di analizzare le cose, i meccanismi dell'apprendimento. Passando dalla pagina di carta allo schermo perdiamo la capacità di concentrazione, sviluppiamo un modo di ragionare più superficiale, diventiamo dei pancake people, come dice il commediografo Richard Foreman: larghi e sottili come una frittella perché, saltando continuamente da un pezzo d'informazione all'altra grazie ai link, arriviamo ovunque vogliamo, ma al tempo stesso perdiamo spessore perché non abbiamo più tempo per riflettere, contemplare. Soffermarsi a sviluppare un'analisi profonda sta diventando una cosa innaturale».

Nicholas Carr è la bestia nera dei fan della Rete «senza se e senza ma» e dell'industria delle tecnologie digitali. Due anni fa un suo saggio, pubblicato dalla rivista «The Atlantic» col provocatorio titolo «Google ci sta rendendo stupidi?», fu il primo sasso gettato nello stagno della Internet culture. Carr, uno studioso che ha lavorato nella consulenza aziendale e ha diretto a lungo la «Harvard Business Review», fu bollato dal popolo del web come un nemico della tecnologia.

«In realtà — racconta oggi dalla sua casa in Colorado dove si è ritirato a scrivere libri—fin dagli anni Ottanta sono sempre stato un consumatore febbrile delle tecnologie digitali a cominciare dal Mac Plus, il mio primo personal computer. Sono sempre stato un tecnofilo, non un tecnofobo. Ma il mio entusiasmo si è man mano attenuato con la scoperta che, oltre ai vantaggi che sono sotto gli occhi di tutti, la Rete ci porta anche svantaggi assai meno evidenti e proprio per questo più pericolosi. Anche perché gli effetti saranno profondi e permanenti ».

Jaron Lanier, il genio dell'intelligenza artificiale che in un recente libro-manifesto ha messo in guardia dal «collettivismo» di Internet che uccide la creatività individuale, in Rete è stato bollato come un traditore. Sarà più difficile trattare nello stesso modo The Shallows («Superficialità: Quello che internet sta facendo alla nostra mente») il suo nuovo libro che già fa discutere quando mancano ancora più di due mesi alla pubblicazione negli Usa. Il perché lo spiega lo stesso Carr: «Quello sull'«Atlantic» era un saggio



scritto sulla base della mia esperienza personale, una riflessione su come la cultura digitale ha cambiato il mio comportamento. Negli ultimi due anni mi sono sforzato di andare oltre il personale, esaminando le evidenze scientifiche e sociali di come Internet—e anche rivoluzioni precedenti come quella dell'alfabeto — hanno cambiato la storia intellettuale dell'umanità. E di come le nuove tecnologie influenzano la struttura del nostro cervello perfino a livello cellulare».

Nel dibattito promosso dalla «Edge Foundation» su questi temi, lei ha citato il caso della «Cushing Academy », una scuola d'élite che forma le classi dirigenti del Massachusetts fin dai tempi della Guerra di Secessione, dalla cui biblioteca sono improvvisamente scomparsi tutti i libri: sostituiti da computer per fare ricerche. Che ruolo sta giocando la scuola in questa rivoluzione?

«La scuola dovrebbe insegnare a usare con saggezza le nuove tecnologie. In realtà, però, gli educatori e perfino i bibliotecari si stanno abituando all'idea che tutta l'informazione e il materiale di studio possano essere distribuiti agli studenti in forma digitale. Dal punto di vista economico ha certamente senso: costa meno. Ma limitarsi a riempire le stanze di sistemi elettronici è miope. Come ci insegna McLuhan, il mezzo conta, e parecchio. Senza libri non solo è più difficile concentrarsi, ma si è spinti a cercare di volta in volta su Internet le nozioni fin qui apprese e archiviate nella nostra memoria profonda. La perdita della memoria di lungo periodo è il rischio più grosso: è un argomento al quale ho dedicato un intero capitolo».

Il cofondatore di «Wikipedia», Larry Sanger, ammette i rischi di distrazione ma l'accusa di essere troppo pessimista, di non avere fiducia nella capacità dell'uomo di gestire con raziocinio le nuove possibilità offerte da tecnologie che rappresentano, comunque, un grande progresso per l'umanità. L'esercizio della libertà, dice Sanger, richiede responsabilità, capacità di mettere a fuoco i problemi e di risolverli. Anche nell'universo digitale «I fautori della libertà totale di acquistare e portare armi ragionano nello stesso modo quando dicono: le armi non uccidono gli uomini, sono gli uomini che uccidono altri uomini. Non voglio fare polemiche e vorrei che Larry avesse ragione: io non sono un determinista tecnologico. Purtroppo l'esperienza ci dice che la sua è una visione un po' naïve: quando una nuova tecnologia diventa di uso comune, tende a cambiare le nostre abitudini, il modo in cui lavoriamo, il modo in cui socializziamo ed educiamo i nostri figli. E ciò avviene lungo percorsi che in gran parte sfuggono al nostro controllo. È successo in passato con l'alfabeto o l'introduzione della stampa. Succede, a maggior ragione, oggi con Internet. La gente tende a non esercitare le possibilità di controllo, magari perché le interruzioni, le distrazioni che trova in rete, le portano pezzi di informazione interessante, o anche solo divertente»
Oggi, poi, non c'è solo l'uomo più o meno capace di plasmare il suo futuro: pesano anche gli interessi delle grandi corporation delle tecnologie digitali. Riecco Google...«A far fare soldi alle società della Rete è il nostro moto perpetuo da un sito all'altro, da una

pagina web all'altra. Sono i nostri clic compulsivi a far crescere gli incassi pubblicitari. L'ultima cosa che può desiderare una società come Google è che diventiamo più riflessivi, che ci soffermiamo di più su una singola fonte d'informazione ».

Curioso. A sostenere la tesi della libertà assoluta della Rete, senza regole né percorsi educativi, sono soprattutto i progressisti. Con argomenti che, almeno negli Stati Uniti, a volte ricordano quelli usati dai libertari conservatori sulle armi, contro i vincoli in campo ambientale o le regole di educazione alimentare che avrebbero potuto evitare le epidemie di obesità e diabete. Nemmeno Google suscita, per ora, grandi diffidenze. Perché?

«Perché la contro cultura della sinistra Usa, contrarissima ai grandi calcolatori Ibm fino ai roghi di schede perforate degli anni '60, ha poi scoperto nel personal computer — uno strumento individuale sottratto al controllo delle corporation e dei governi— uno strumento di libertà. Ed effettivamente era così, è stato così a lungo. Ma negli ultimi anni molto è cambiato: dal crowdsourcing che significa lavoro e idee gratuite per molte società che operano in Rete, alle reti sociali come Facebook che si comportano come latifondisti dell'Ottocento: affittano gratuitamente pezzetti di terra per poi guadagnare sulla sua coltivazione. È ora di cominciare a riflettere».

Fonte: <http://www.corriere.it/>



Palma de Mayorca

Trips and dreams.

Note di viaggio dal mondo esterno o interno

Congresso Fiap

16-20 aprile 2010

Appunti di un viaggio

a cura di Valentina Lazzari e Mariella Realmuto

Savona 16 aprile

La metafora del mare ci introduce in un viaggio meraviglioso. La nave, il navigare è la miglior metafora della collaborazione ottenuta con un equilibrio, un ascolto e un'armonia tra due parti. Come in ogni viaggio si prepara qualcosa da portare con sé, ma al ritorno ti accorgi che qualcosa si è modificato. Incontri delle persone, dei saperi, vedi altri stili di vita



che non fanno che arricchire l'esperienza e confermare quel senso di appartenenza al mondo. Ma si torna anche con la consapevolezza di tornare da dove si è partiti, ma con la capacità di vedere quel luogo per la prima volta. E tutto appare diverso. Le azioni socialmente utili, quelle che esprimono funzioni di cura e relazioni di aiuto, insistono su almeno tre dimensioni di ricerca. La prima riguarda il *come*, ovvero la scelta di strumenti, ambiti, criteri, tecniche e metodologie in grado di affrontare una situazione definita "problematica". Ma questo non basta. La seconda si occupa del *chi*, cioè chi sono i soggetti che incontriamo nelle nostre sedute. La terza è attenta al *che cosa*, quindi alla ricerca di senso, alla difficile comprensione dell'orizzonte culturale o, meglio fenomenologico in cui le cose accadono. Come, chi e che cosa. Si oscilla in questa triade, consapevoli di avere afferrato una piccola parte di verità. Le trasformazioni culturali e sociali in atto riconfigurano gli equilibri all'interno della relazione terapeutica. Tutto si gioca su un terreno che ci trascina verso una indefinità valoriale e un'identità di transizione. Le dimensioni emotive e affettive sono fortemente in gioco nel momento in cui avviene un incontro. Ci si è resi conto come la conoscenza nel lavoro sociale non sia una conoscenza astratta, a-contestualizzata, ma una conoscenza che scaturisce in primo luogo dalla risonanza emotiva che la situazione ha in noi, da che cosa quella situazione ci mobilita rispetto alla nostra storia, ai nostri vissuti, ai nostri orientamenti valoriali, ai nostri pregiudizi. Il buon terapeuta è quello che entra in buona relazione con la sua follia. Galimberti infatti ci ricorda che il terapeuta non è uno scienziato, ma un artista che deve modellare la sua opera. Non tutti sono chiamati ad esserlo, le tecniche possono essere trasmesse, l'arte no. Il congresso si apre con una verità di fondo: non è vero che tutte le domande possono convergere su una soluzione definitiva, unica, vera ed efficace. Le nostre sono risposte a mezza voce: provvisorie, ipotetiche e congettuali. Si riesce a nuotare in questo mare che non è altro che una terra liquida, grazie alla quale si continua a riformulare quella domanda che ci permette di conquistare nuovi livelli di consapevolezza.

Barcellona 17 aprile

"Il nostro mare affettivo": il viaggio visto attraverso la dimensione dell'anima e del corpo. I congressi servono per mescolarsi agli altri, con le idee, i pensieri, le emozioni, quindi un senso di precarietà qui maggiormente sottolineato, appunto, da questa dimensione del viaggio. L'esperienza di chi è in viaggio, da sempre, ci introduce ad un tema caro: la psicoterapia. Nata solo nell'ottocento, ci racconta che il viaggio del terapeuta diviene quello di un viandante che non ha meta ma che affronta in modo diverso ogni ostacolo che nel viaggio incontra: esplorandolo con curiosità. Il relativismo deve diventare la forma del nostro modo di pensare e quindi è necessario aprirsi alla "cultura del viandante" e alla "cultura della contaminazione". Ci si muove in confini poco marcati, infatti il mare non è solo vasto, è anche profondo. Gli antichi erano spaventati dalla sua smisuratezza, ed in particolare dall'incapacità di misurarne appunto la profondità. Così, Platone immagina il fondo del mare

in comunicazione permanente con le profondità della terra, dove buchi di diametro diverso consentono la circolazione delle acque (calde e fredde), del fuoco, della stessa lava vulcanica. Proprio grazie a queste vie di comunicazione, all'origine del mondo, si è potuto costituire il mare, a partire dall'acqua che occupa il centro della Terra. Ma è impossibile conoscere l'altezza – dice Platone - di questo oceano senza fondo. Forse questa visione del mettersi per mare sta dentro ad una concezione romantica della navigazione, o dello stesso mare. Certo, la metafora della vita come di un viaggio marino riempie romanzi e poesie da sempre, viaggio che approda infine ad esiti felici. Ma noi ci siamo messi in viaggio?

CORPO & PSICHE

La parola psiche è una parola greca che significa "Respiro" mentre la parola anima significa "Soffio". Il concetto di corpo ci viene dato da Omero, dove il corpo diviene "espressivo del nostro modo di essere al mondo": Corpo Vivente che diviene un'altra cosa rispetto al corpo organico. Omero parla di corpo solo con la parola SOMA, che è il cadavere. Sartre dice che il corpo è l'unico oggetto psichico: è il mio corpo che sta al mondo esprimendo sensazioni che sono espressioni del nostro modo di essere al mondo. Platone diceva che il corpo è il principio di individuazione che procede per numeri e misurazioni da tutti riconoscibili. La filosofia greca nasce come esclusione del corpo dalla psiche perché il corpo non risultava interessante per la costruzione di un sapere universale. La pretesa della psicologia di diventare scientifica, fa rischiare di perdere il suo oggetto perché non si può fare un discorso oggettivo sulla psiche. Ciò significa che la psicologia non deve essere scientifica perché altrimenti perde il suo oggetto: l'individualità. La psicologia è un'arte, si procede come artisti non come scienziati perché non ci può essere nulla di oggettivo, di certo. Tornando al concetto di corpo delle religioni monoteiste il cattolicesimo è una religione fortemente corporea fatta di immagini, del concetto di "Farsi corpo". A partire da S. Agostino nasce la nozione dell'anima come sede dell'interiorità: l'anima è la sede di Dio. La storicità dell'anima nasce da Platone che vuole oggettivarla come sapere universale, viene invece ripresa da S. Agostino come concetto di salvezza, di sede del Divino. Per Platone la struttura della relazione è prima della struttura dell'individuo dal greco PROSOPTIS (persona) = *quello che ho davanti agli occhi* è persona. Cartesio dice che se vogliamo costruire un sapere universale dobbiamo guardare il nostro corpo per categorie fisiche che consentono di avere idee chiare e distinte. La lingua tedesca ha due modi per indicare il corpo:

- ✓ KORPER – corpo cartesiano
- ✓ LIEBE – per indicare il corpo di vita, ma che significa anche amore: la vita fondata sull'amore

La medicina è grande ed ha fatto grandi passi perché elimina il corpo di vita, il soggettivismo. Nel 1700 quella che verrà chiamata Psichiatria si chiamava MORBO SINE MATERIA. Quindi il **concetto di anima**:

- ✓ Platone – Conoscenza oggettiva
- ✓ S. Agostino - Salvezza, sede del divino
- ✓ 1700 – luogo di cura



Nel 1700 nasce la psichiatria e nel 1800 la psicologia; nell'età romantica viene fuori la nozione di inconscio. Infatti l'inconscio è un concetto che viene elaborato da Schelling, Hermann, Schopenhauer. Schopenhauer afferma un grande concetto che Freud riconosce: dentro di noi ci sono due soggettività:

- ✓ La **soggettività della specie** – che ci tiene al mondo per la salvaguardia della specie. Questa soggettività ci fornisce di due funzioni la **SESSUALITÀ** (per la riproduzione) e l'**AGGRESSIVITÀ** (per la salvaguardia della specie). Queste due funzioni sono inconsce e ci dispongono.
- ✓ La **soggettività egoica** – IO che subisce l'economia della specie.

Queste due soggettività sono in conflitto e questo conflitto è percepito fortemente dalla donna, che sente subito l'economia della specie (mestruazioni) e si verifica la problematizzazione tra queste due soggettività (Economia della specie – IO). L'esplicazione delle nostre pulsioni sarebbe quindi la felicità, poi per convivere rinunciamo a un po' di felicità pulsionale per creare sicurezza, ma tra felicità e sicurezza c'è un conflitto: conflitto tra istanza della specie e istanza della società, un gioco tra regole e trasgressioni dove pesa il fatto che l'economia della specie ha un tempo, dopo quel tempo quelle pulsioni smettono di agire. La psiche è storica, essa registra l'accadere del tempo ed è naturalmente in relazione allo spirito del tempo che al giorno d'oggi è regolato dal progresso della tecnica che chiede efficienza e funzionalità. Quindi noi già funzionali alla specie diventiamo funzionali alla tecnica. La quale richiede dei ritmi sempre più serrati (efficienza della razionalità). Oggi infatti le persone vengono in psicoterapia non più per problemi sessuali, ma per la dis-identità scaturita da questo essere funzionali a qualche cosa. Oggi la morale è una regola troppo debole rispetto alla funzionalità in apparati; se si sbaglia nella funzionalità, dagli apparati si viene espulsi. Quando c'è una regola più forte della morale, la morale perde di interesse e la trasgressione diviene legittima.

Ajaccio 19 aprile

Due protagonisti nella giornata di oggi sono Bauman e Galimberti che tentano di dare una possibile lettura del momento che stiamo vivendo. Bauman non poteva coniare metafora migliore della *liquidità* per rendere palpabile il paradosso di una simile società, in cui la rigidità dell'ordine è il prodotto e il sedimento della libertà degli agenti umani. L'analisi di Bauman dove la società è liquida sembrerebbe significare che liquido sia "dove tutto è possibile", invece non è possibile quasi nulla nella nostra società, non è liquida è fortemente cementata. Libertà è diventata revocabilità delle scelte ma una struttura si costruisce sulla irrevocabilità delle scelte. È libera nei costumi sociali. Ma quando c'è una regola più forte dei costumi sessuali, i costumi sessuali puoi lasciarli andare. La regola stretta si va uniformando su "ciò che tu fai" invece di "ciò che tu sei". L'identità coincide più con la funzione, è la funzione che ci qualifica. Il soggetto della storia diventa l'apparato tecnico di appartenenza. Se si viene espulso dagli apparati tecnici/economici sei

espulso dalla società: la tecnica è più feroce di Dio. È nell'elemento sfuggente di un potere che conosce "l'arte del vivere nel labirinto" ma pensa bene di non dividerla, veloce nel disimpegnarsi a livello sovranazionale e abile nel sedurre a livello intrasoggettivo, che si disputa la partita moderna dell'autonomia. Il problema di fondo è che l'attuale "economia politica dell'incertezza" non si limita a rendere poco più che formale il diritto di autoaffermazione: essa mira a rendere da subito il disagio del singolo non cumulabile in una causa comune. In questo modo scongiura la costruzione di alternative a se stessa, spingendo l'autonomia sul binario morto del "fai da te". Chiunque voglia mettere in discussione il nuovo (dis)ordine globale deve partire da quest'impulso a "risolvere biograficamente le contraddizioni sistemiche", denunciandone l'inevitabile esito fallimentare e facendo i conti con le sue cause più profonde. Bauman mostra come sulla scorta delle tecnologie della rete sia stato rivoluzionato il nesso tempo/spazio affermatosi dalla società neolitica in poi. Per certi gruppi e in certe zone del mondo, le distanze spaziali e la resistenza del tempo sono state annullate: in potenza ogni punto dello spazio è rapidamente e ugualmente raggiungibile da ogni altro. In un simile contesto è l'istantaneità, e non più la durata, a orientare le nostre esperienze facendo paradossalmente diminuire la nostra "presa sul presente". La moderna ricerca dell'identità tende così ad assumere le sembianze degradate dello *shopping* ansiogeno, dei *talk-show* senza pudori, dell'ossessione per la cura del corpo, del bisogno di comunità e sicurezza, della paura e della criminalizzazione delle diversità. Un altro intervento di Galimberti chiude il congresso utilizzando un'affermazione storica che sembra ancora di una straordinaria attualità. Possiamo affermare che "Dio è morto". Nel libro "La gaia scienza" (Nietzsche) un folle annuncia ai mercanti "Dio è morto andiamo precipitando in un infinito fondo". Dire che "Dio è morto" significa che esisteva e ora non c'è più, ed esisteva quando "faceva mondo" cioè produceva il senso di quell'epoca. Al giorno d'oggi se tolgo la parola Dio il sociale ha comunque un senso, se tolgo invece la parola soldi e la parola tecnica non lo capisco più. La psicoanalisi, la psicoterapia soffre perché il futuro non è più una promessa ma è diventato una minaccia. Siamo passati da una società della disciplina ad una società dove la performance "spinta", sembra prendere il sopravvento. Una società ingessata, dove non basta più una laurea per lavorare. Dove i posti di lavoro divengono luoghi di competizione e conflitto. Gli impatti generazionali sono cambiati. È finito l'ottimismo di cui era animata la cultura occidentale grazie al cristianesimo. Il cambiamento è dovuto al cambiamento del concetto di tempo. Il tempo ha un senso quando è prospettato come un disegno dove alla fine si realizza ciò che si è prospettato. Il cristianesimo ha cambiato il tempo in storia inserendo la fiducia nel futuro: il passato è negativo, il futuro è speranza e il presente è riscatto. Tutto sembra scivolare tra le mani, e il campo della psicoterapia non riesce ad evolversi allo stesso ritmo della tecnologia. Ogni approccio ha la peculiarità e ogni terapeuta da un contributo quasi unico nello sviluppo del viaggio del cliente. Ma allora come



possiamo conciliare le nostre modalità di intervento in una società dove la tecnologia ha preso il posto delle emozioni? "Sta forse giungendo a compimento il senso espresso dalla nostra cultura che, come dice il nome, è 'occidentale' (da occidente Terra del tramonto), cioè 'serale', avviata a un 'tramonto', a una 'fine'. L'evento occidentale è sempre stato presso la sua fine, ma solo ora comincia a prenderne coscienza. Ma che cosa finisce, oggi che l'Occidente è sulla via di occidentalizzare il mondo e, quindi, di annullare la propria specificità che l'ha reso finora riconoscibile? Finisce la fiducia che l'Occidente aveva riposto nel progressivo dominio da parte dell'uomo sugli enti di natura, oggi divenuti, al pari dell'uomo, materiali della tecnica. Ma la tecnica non ha alcun fine da raggiungere né alcuno scopo da realizzare, non apre scenari di salvezza, non redime, non svela la verità, la tecnica 'funziona' secondo quelle procedure che, pur nel loro rigore e nella loro efficacia, si rivelano incapaci di promuovere un orizzonte di senso. E sulle ceneri della categoria del 'senso', che dell'Occidente è sempre stata l'idea guida, si affacciano le figure del nichilismo, le quali, nel proiettare le loro ombre sulla 'terra della sera', indicano, a ben guardare, la direzione del tramonto. Un tramonto già iscritto nell'alba di quel giorno in cui l'Occidente ha preso a interpretare se stesso come cultura del dominio dell'uomo sulle cose." La notte è l'ambito più evidente dell'apparire: alla scansione del tempo diurno si contrappone la più libera deriva del desiderio, del travestimento, del gioco. La notte, questo è quello che almeno sentono i giovani, aggrega e rende protagonisti mentre il giorno disgrega e rende dipendenti. "Ma la notte per quanto lunga, non è mai interminabile" (Brecht).



Vale e Mari

Fatti della vita

E' NATA LA RETE

COS'È LA RETE?

E' un raggruppamento spontaneo di resistenza alla malattia, in particolare al cancro.

Il **cemento** che costituisce la **RETE** è la resistenza contro la "BESTIA" , che in ogni modo è più forte e, se vuole, vince.

MA RESISTERE è già una Vittoria!

Una Vittoria su se stessi. **E non è poco!**

Si aderisce alla **Rete** compiendo una prima azione: **diffondendo il più possibile** il testo con la dichiarazione di Armstrong, il corridore che dopo aver sconfitto il cancro, ha vinto ben 7 volte (!) il Tour de France.

In una conferenza stampa L.A. ebbe a dire:

"IL CANCRO E' LA MIGLIOR COSA CHE MI SIA SUCCESSA NELLA VITA"

La storia di L.A. è veramente esemplare:

« Il 1996 è la stagione in cui, si pensa dovrà esprimere tutte le sue potenzialità [.....]

Passa l'inverno nella splendida villa che ha appena acquistato in Texas, sulle rive del Lago di Austin. E' felice, è ricco; ha appena firmato un contratto per due milioni e mezzo di dollari, per due anni con la società francese Cofidis. Festeggia con sfarzo il suo venticinquesimo compleanno. Qualche giorno dopo una estrema stanchezza lo priva bruscamente delle sue forze. Soffre di un fortissimo mal di testa che non riesce ad attenuare. Tenta di fare un giro in bicicletta, ma, al momento di sedersi in sella nota che il volume di uno dei suoi testicoli è improvvisamente triplicato.

Sputa sangue. Consulta immediatamente il suo medico personale – e amico - dottor Rick Parker, che lo visita e ottiene un appuntamento per l'indomani mattina alle sette da un noto urologo di Austin, il professor Jim Reeves. A mezzogiorno cade la sentenza. Reeves diagnostica un cancro a un testicolo, con metastasi ai polmoni. Bisogna operare d'urgenza. Linda si precipita. Non lascerà suo figlio che un anno dopo, quando la guarigione sarà confermata.

Mercoledì 15 ottobre. L'indomani si effettua l'intervento. Il venerdì, Armstrong lascia l'ospedale e mette ordine nei suoi affari con il suo agente di sempre, Bill Stapelton. Sabato, nuova fonte di angoscia: deve depositare un campione di sperma in un istituto specializzato. C'è il rischio infatti che diventi sterile e lui è fermamente intenzionato a sposarsi e ad avere, prima o poi dei bambini. La domenica è terribile. Lance è di umore nero. Linda [la madre] gli è sempre accanto. Molti amici vengono a trovarlo [.....]. Lunedì, rialza la testa: coraggiosamente, nel corso di una conferenza stampa, annuncia di avere un cancro e conclude con questa frase: **"Quella che affronto oggi è una battaglia per la vita: e ho intenzione di vincerla"**.

Poi si reca alla prima seduta di chemioterapia. Nello stesso giorno, la sua vista cala e i suoi movimenti diventano disordinati. Ulteriori esami rivelano due nuovi tumori al cervello, uno vicino alla zona che presiede alla vista, l'altro nella regione che presiede al



coordinamento. Ancora una volta l'intervento è inevitabile.

In meno di dieci giorni l'esistenza di Lance Armstrong è precipitata. Non si parla più di ciclismo né di Tour de France: è una questione di sopravvivenza. Il corpo medico gli dà una chance su due di guarire. Deve sottoporsi a un protocollo di chemioterapia molto pesante: cinque giorni di trattamento intenso in ospedale, poi due settimane di intervallo per permettere ai globuli rossi di ricostituirsi, il tutto per un periodo di tre mesi. Più che mai, Linda è al suo fianco. Ogni tanto Lance la porta al ristorante. In queste occasioni porta un berretto per nascondere le cicatrici e la calvizie, ma anche per dimostrare a se stesso che pian piano sta ritrovando la sua fisionomia di sempre.

Nella casa di Austin vengono Eddie Merckx, Franc Andreu, ex ciclista, vicino di casa, e Eric Heiden, ex campione olimpico di pattinaggio veloce e ex partecipante al Tour de France, che è diventato un medico di fama. Sono loro che preparano i pasti, passeggiano con Lance, animano la conversazione e lo tengono su di morale.

All'ospedale, stringe amicizia con John Neal *"il malato più coriaceo che il cancro abbia mai incontrato."* Incontra uomini, donne, bambini che tutti, come lui, sono calvi e hanno appena subito interminabili, dolorose sedute di chemioterapia. Prima ancora del suo terzo ciclo decide, con i suoi amici di creare una fondazione per aiutare i malati di cancro: "La gara delle Rose". Il primo progetto che lancia è una corsa ciclistica alla quale partecipano Merckx, Heiden e Indurain. Armstrong si dedica con passione a questa fondazione. E' sempre presente alle sue manifestazioni, e molti campioni del ciclismo internazionale contribuiscono con donazioni e partecipano attivamente al suo funzionamento.

Pian piano, Armstrong riprende gusto al ciclismo. Pedala tutti i giorni, prima su brevi distanze, che poi aumenta progressivamente. Contemporaneamente, si reca regolarmente in palestra. La guarigione è vicina.

Alla fine del 1977, si sente psicologicamente pronto a riprendere la sua carriera di corridore [.....]

Sempre di più, sente la mancanza di attività fisica. E ritrova la gioia di pedalare [.....]

Gli allenamenti si intensificano. Col passar dei giorni, scala i colli sempre più velocemente, riduce la sua sensibilità al freddo e al caldo. Una sera, ritornando da un allenamento più duro degli altri dichiara: **"Sono tornati i bei tempi!"**. I suoi accompagnatori hanno capito. Nella sua mente, Armstrong è ritornato un corridore. Di nuovo ha voglia di immergersi nel plotone. Si sposa con Kristin [.....]

Ritornati a Austin alla fine della stagione, Lance e Kristin decidono di avere un bambino. Ma sono costretti a ricorrere alla fecondazione *in vitro*. Il protocollo medico è gravoso, vincolante, meccanico, lascia poco spazio al romanticismo. Kristin e Lance lo sopportano coscientemente, con molto amore. Il

risultato è positivo! Quando Kristin è incinta, Lance decide di vincere il Tour a tutti i costi. Ritornano in Europa, a Saint Jean Cap Ferrat e consultano i loro amici: Eddy Merckx e Johan Bruyneel, ex corridore belga del Tour, ex maglia gialla, diventato suo direttore sportivo, che nei momenti più difficili si è rivelato un consigliere prezioso. Bruyneel è, come Armstrong, fautore appassionato dell'impostazione scientifica di un corridore di alto livello. Si discute a lungo. Kristin partecipa anche lei alle discussioni [.....] e sa benissimo che cosa vuol dire battersi per la guarigione.

Sul suo computer, Armstrong registra un'infinità di dati: peso, alimentazione, ritmo cardiaco, frequenza della pedalata, durata e intensità dell'allenamento, strade percorse, condizioni climatiche, etc.

E' spinto da una vera frenesia di vincere [.....]

Bruyneel fa installare un computer, sul quale sono consegnati tutti gli elementi: le caratteristiche del percorso, il ritmo cardiaco del corridore e la frequenza della pedalata. Bruyneel sorveglia e consiglia tramite l'auricolare: *"Meno veloce. Siediti sulla sella. Va bene. Continua."* Lance ottiene così il miglio tempo. E' maglia gialla [.....]

Telefona a Kristin, che è ritornata a Austin e le annuncia il suo successo. Entrambi piangono al telefono. Insieme hanno ottenuto la vittoria più bella. Lance ha sconfitto il suo cancro [.....]

Per l'occasione la televisione americana ritrasmette l'avvenimento in diretta. Nell'ospedale dove tanto ha sofferto, malgrado la differenza di orario, tutti sono inchiodati davanti allo schermo. Quando Armstrong taglia il traguardo, esplodono applausi e grida di gioia. L'infermiera che lo aveva curato, LaTryce, non riesce a trattenere le lacrime sotto gli occhi esterrefatti dei malati [.....]

La sera, alla cena che riunisce tutti i membri della squadra, Armstrong prende la parola. Ringrazia ogni partecipante per suo aiuto, riafferma quanto grande è la sua felicità e conclude con queste parole: **"Se la vita vi dà una seconda chance, non lasciatevela scappare e vivetela fino in fondo."** La sera prima Armstrong è venuto a sapere che i chirurghi che lo hanno operato la seconda volta, non gli davano più di tre per cento di probabilità di sopravvivere.

La testimonianza di simpatia più commovente gli giunta nell'ultima tappa, mentre il plotone si avvicinava a Parigi velocità di crociera. All'entrata di Bièvre, villaggio della valle della Chevreuse, sulla destra della strada c'è una casa a due piani in pietra della regione. Non c'è nessuno davanti alla casa, che ricorda quei centri specializzati per i malati di cancro in fase terminale. Le persiane di legno sono socchiuse per proteggere dal sole, salvo una finestra del secondo piano. Lì, nel vano della finestra una donna non più giovane, vestita di bianco – certamente un'infermiera – il volto segnato da notti di veglia, tende un cartello sul quale sta scritto in lettere cubitali: *"Lance, grazie per la speranza che dai."* [.....]



Sette volte Lance Armstrong taglia da vincitore il traguardo parigino [...] »

[vedi Jean-Paul Brouchon, *Les merveilleuses histoires du Tour de France*, préface de Raymond Poulidor, éditions Jacob-Duvernet, 2004]

L'adesione alla **RETE** sarà perfezionata facendo un **dono** (il piacere di donare).

A chi?

Per esempio, alle associazioni che aiutano a lottare contro il cancro.

Nel caso Siena e provincia, si potrebbe versare un obolo alle varie MISERICORDIE (ce n'è tante): Monteroni, Monticano, Castellina Scalo, ecc, che con le loro ambulanze portano gratuitamente i malati da casa all'ospedale e viceversa.

La **RETE** è basata sulla spontaneità e sull'immediatezza.

Nessuna struttura. Nessuna regola. Nessuna burocrazia.

Si parte da soli come in tanti movimenti di resistenza, nati sotto tutte le latitudini e contro qualsiasi nemico.

Si parte **solì** e si arriva in **molti...CORAGGIO!!!**

Infine, la Rete ha bisogno di alcune antenne di informazione. Per il momento ce ne sono due (vedi sotto).

Plinio Palmerini 25 aprile 2010

Per ulteriori informazioni rivolgersi a :

Plinio Palemerini

Villa Fornacelle,

Via Cassia Nord 2

53100 Siena, ITALIA

Tel. 0577/31.87.89

Cell. 349/81.21.305 ; 392/29.47.662

E-mail plinio.palmerini@gmail.com

Vittorio Allocco

Rue Sainte Croix de la Bretonnerie 5

75004 Paris, FRANCE

Cell. 00/346.29.54.93.11

E-mail vittorino_allocco@yahoo.com

Poiesis

l'angolo della poesia e dell'arte

(a cura di Massimo Habib: maxhab@tiscali.it)

DIALOGO DI PRIMAVERA

E adesso?

Non so, è primavera.

Sì, ma i rami non rispondono...

La parola è alle foglie.

Ma le foglie sono mute...

Allora,

Tocca la musica con un dito e...

Guarda il tuo seno che

Sfiora l'aria

E senti l'odore del fiore

Che è troppo lontano da

Vedere...

Allora potrai udire la

Parola sottile delle foglie

Ora nate.

E adesso?

Non so, è primavera.

Massimo Habib

Come le foglie

Al modo delle foglie che nel tempo

fiorito della primavera nascono

e ai raggi del sole rapide crescono,

noi simili a quelle per un attimo

abbiamo diletto del fiore dell'età,

ignorando il bene e il male per dono dei Celesti.

Ma le nere dèe ci stanno a fianco,

l'una con il segno della grave vecchiaia

e l'altra della morte. Fulmineo

precipita il frutto di giovinezza,

come la luce d'un giorno sulla terra.

E quando il suo tempo è dileguato

è meglio la morte che la vita.

Mimnermo

MY BODY IS A CAGE

My body is a cage

That keeps me from dancing with the one I love,

But my mind holds the key.

My body is a cage

That keeps me from dancing with the one I love,

But my mind holds the key.

I'm standing on the stage

Of fear and self-doubt.

It's a hollow play,

But they'll clap anyway

My body is a cage

That keeps me from dancing with the one I love

But my mind holds the key.

Standing next to me.

My mind holds the key.

I'm living in an age

That calls darkness light

Though my language is dead

Still the shapes fill my head.

I'm living in an age

Whose name I don't know

Though the fear keeps me moving

Still my heart beats so slow

My body is a cage

That keeps me from dancing with the one I love

But my mind holds the key.

Standing next to me.



My mind holds the key.

My body is a cage.
We take what we're given,
Just because you've forgotten, that don't mean you're forgiven.

I'm living in an age
Still turning in the night
But when I get to the doorway
There's no one in sight.

I'm living in an age,
Realizing I'm dancing
With the one I love,
But my mind holds the key.

You're still next to me,
My mind holds the key.
Set my spirit free.
Set my spirit free.

IL MIO CORPO E' UNA GABBIA (Traduzione)

Il mio corpo è una gabbia
che mi impedisce di ballare con chi amo
ma la mia mente ha la chiave

Il mio corpo è una gabbia
che mi impedisce di ballare con chi amo
ma la mia mente ha la chiave

Sto in piedi sul palco
della paura e del dubbio
è uno spettacolo dell'orrore
ma comunque applaudiranno

Il mio corpo è una gabbia
che mi impedisce di ballare con chi amo
ma la mente ha le chiavi

sta accanto a me
la mia mente ha le chiavi

Sto vivendo in un'epoca
che chiama l'oscurità "luce"
in cui il mio linguaggio è morto
le sue forme riempiono ancora la mia mente

Sto vivendo in un'epoca
di cui non conosco il nome
in cui la paura mi impedisce di muovermi
il mio cuore batte ancora così lento

Il mio corpo è una gabbia
che mi impedisce di ballare con chi amo
ma la mente ha le chiavi

sta accanto a me
la mia mente ha le chiavi

Il mio corpo è una gabbia
noi prendiamo quello che ci viene dato
solo perchè tu hai dimenticato non significa che noi
siamo stati dimenticati

Sto vivendo in un'epoca
che si gira ancora nella notte
ma quando arrivo alla porta
non c'è nessuno dentro

Sto vivendo in un'epoca
mi sto rendendo conto che sto ballando
con chi amo
ma la mia mente ha la chiave

tu sei ancora accanto a me
la mia mente ha la chiave
libera il mio spirito
libera il mio spirito

Arcade Fire



Witz e Giochi per sorridere un po'

Donne VS Uomini

In cosa si somigliano un uomo e un computer ?
...sembra che pensino e che facciano tutto, ma se non
li programmi, non fanno niente.

Perche tutte le donne guidano male ?
...perche tutti gli istruttori di guida sono uomini !

Come puoi evitare che tuo marito legga le e-mail?
Rinomina la cartella di posta 'manuale d'istruzioni'.

"Mia moglie è terribilmente autoritaria" confida
un signore ad un consulente matrimoniale. "Si
comporta sempre alla stessa maniera: mi fa una
domanda, risponde al posto mio, e infine passa
una mezzora a dimostrarmi che ho torto!"