psicoterapeuti in-formazione

Semestrale a cura degli studenti della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva se dell'Associazione di Psicologia Cognitiva

Numero 15, giugno 2015 **ISSN 2035-2328**

CONTENUTI

Stefania Cicchiello	*La depressione perinatale materna e paterna*	pp. 3-36
Federica Petroni	*Il lutto nella cinematografia*	pp. 37-49
Filomena Ielpo	*La genitorialità come momento di riorganizzazione della narrativa personale*	pp. 50-85

CASI CLINICI

Francesca Lasorsa	*Samir: un disturbo depressivo persistente*	pp. 86-100

psicoterapeuti
in-formazione

Responsabile: Claudia Perdighe

COMITATO DI REDAZIONE

GRUPPO ETA' EVOLUTIVA E SCUOLA:
Carla Boselli, Alessandra Ciolfi, Simona Cirillo, Elisa De Matteis, Lina Pagliuca, Katia Tenore

GRUPPO DISTURBI D'ANSIA E DELL'UMORE:
Carla Boselli, Simona Cirillo, Martina Migliore, Alessandra Salvini, Rosamaria Sepe, Katia Tenore

GRUPPO DISTURBI DI PERSONALITÀ:
Ludovica Bedeschi, Brigida De Camillis, Anna Maria Di Filetto, Marta Lepore, Marianna Pacciolla, Mara Romiti, Rosamaria Sepe, Marzia Toscano

GRUPPO DISTURBI ALIMENTARI:
Nunzia Brusca, Elisa de Matteis,Marzia Toscano, Alessandra Salvini

GRUPPO STRUMENTI E TECNICHE:
Mara Romiti, Katia Tenore.

GRUPPO DISTURBI PSICOTICI:
Nunzia Brusca, Emanuela Cellitti, Brigida De Camillis, Alessandra Ciolfi, Marta Lepore, Lina Pagliuca

Iscrizione ISSN 2035-2328
Psicoterapeuti in formazione è frutto del lavoro di un progetto di studio degli specializzandi delle scuole di formazione APC e SPC. Sede di Roma: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193
Mail: psicoterapeutiinformazione@apc.it
Sito: www.psicoterapeutiinformazione.it

psicoterapeuti in-formazione

2015, NUMERO

La depressione perinatale materna e paterna. Fattori di rischio, aspetti clinici e possibili interventi.

Stefania Cicchiello[1]

[1]Psicologo, Psicoterapeuta, specializzata in Psicoterapia Cognitiva, Roma

Riassunto

L'articolo, prendendo spunto da ricerche scientifiche, evidenzia come la depressione perinatale paterna sia importante quanto quella materna ed esamina l'esistenza di un legame nella sintomatologia depressiva dei padri e delle madri. Nel periodo perinatale gli stati psicologici di entrambi i genitori sono correlati e si influenzano reciprocamente. L'incidenza della depressione perinatale maschile, anche se inferiore rispetto a quella femminile, è comunque elevata e troppo spesso sottostimata. L'interesse per la depressione paterna è aumentato e ha fornito dati importanti soprattutto negli ultimi 10-15 anni.

In questo articolo sono riportati gli aspetti essenziali della depressione perinatale materna e gli attuali studi sulla depressione paterna.

L'articolo, inoltre, affronta il rapporto fra la sessualità e la depressione materna e paterna, rapporto che andrebbe maggiormente approfondito da parte della ricerca scientifica.

Infine, indica delle ipotesi di trattamento della depressione perinatale materna e paterna.

Attualmente sono poco chiare le informazioni sulle modalità di conduzione dello screening sulla depressione perinatale e sulle terapie più indicate per il sostegno psicologico.

L'articolo, per quanto riguarda i trattamenti, segnala le terapie più recenti utilizzate per la prevenzione e la cura della depressione perinatale, tra cui il Programma Home Visiting e il MBCP. In particolare, il programma di MBCP (Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Program), insegnando le abilità necessarie per affrontare il parto e la genitorialità, amplia le strategie di azione per prevenire le situazioni psicopatologiche che si possono verificare nell'uomo e nella donna durante la gravidanza, promuovendo risposte sane allo stress psicologico e fisiologico.

Summary

In the perinatal period, psychological states of both parents are linked and influence each other.

The effect of male perinatal depression, even if lower than the female's one, is, however, high and too often underestimated.

The interest in paternal depression is increased and has given important data, mainly in the last 10-15 years.

Essential aspects of maternal perinatal depression and current studies on paternal depression are reported in this article.

Stefania Cicchiello, *La depressione perinatale materna e paterna* , N. 15, 2015, pp. 3-36.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.iit

The article analyzes the relationship between sexuality and maternal and paternal depression, relationship which should be examined more in depth by scientific research.

Finally, it points out some hypothesis of treatment of maternal and paternal perinatal depression.

Currently , information about management modalities of perinatal screening and about psychological support more recommended therapies are not clear.

As regards the treatments,the article advise about most recent therapies used to prevent and cure perinatal depression, among them Home Visiting programme and parenting program.

In particolar the MBCP (Mindfulness Based Cognitive Program), teaching the necessary abilities to deal with childbirth and parenting widens the strategies of action to prevent psycopatologycal situations which could arise in a man and in a woman during pregnancy, encouranging healthy answers to psycological and physiological stress.

Introduzione

La conferma dello stato di gravidanza determina quasi sempre, sin dall'inizio, sentimenti di gioia, di benessere, di speranza, ma anche nuove preoccupazioni di vario tipo, cause di malessere non facilmente esprimibile da parte della donna.

Nella donna in gravidanza possono emergere ansie per le modificazioni del proprio corpo, le variazioni del tono dell'umore e i momenti di stanchezza. Tutto ciò è imputabile a fattori biologici e ormonali, ma anche ai cambiamenti che la gravidanza induce nella vita di una puerpera. Ella deve fare i conti con le continue trasformazioni del proprio stile di vita, porre attenzione nell'assunzione dei farmaci, modificare le abitudini alimentari, ridurre e/o sospendere l'utilizzo di alcune sostanze (nicotina, alcol, caffeina), mutare il ritmo di vita lavorativo, affrontare una serie di controlli medici, cambiare il proprio ruolo agli occhi di se stessa, del partner e delle persone che la circondano. Il passaggio da donna a madre e, con il proprio compagno di vita, da coppia a genitori, ha delle profonde ripercussioni sulla donna e di conseguenza sul partner e sul sistema familiare. La società odierna stimola la donna sia ad essere sempre efficiente e soddisfatta della scelta di diventare madre, soprattutto se ha deciso di avere un figlio in tarda età; sia d'essere convinta della propria scelta e quindi apparire serena e felice. In realtà, non esiste una donna incinta che non abbia conflitti così come non ci sono coppie che non si sentano sopraffatti da ansie, dubbi e pensieri angosciosi all'idea di diventare genitori. In questa particolare fase della vita sorgono una serie di preoccupazioni e angosce, sulla possibilità che il bambino non nasca sano, sul parto, sulla gestione delle aspettative da parte dell'ambiente, sulla fase post- parto (depressione post- parto, gestione delle emozioni spiacevoli).

E' impensabile, pertanto, non considerare insieme ai fattori biologici inerenti all'ambito medico, anche quelli psicologici.

L'ospedalizzazione del parto, diffusasi nella prima metà del 900', ha fornito alla donna e al bambino una maggior e più efficace assistenza medica. L'esperienza del parto, però, non più vissuta

nell'ambiente familiare, ha spinto la donna ad affrontare una situazione ignota e fortemente ansiogena senza il supporto della famiglia allargata e senza la trasmissione del sapere tramandato da madre in figlia. Sempre più coppie affrontano la prima gravidanza senza aver mai visto e accudito un neonato nell'ambito del proprio sistema familiare. Tutto questo è dovuto alla trasformazione della famiglia.

Pertanto sono proliferati i corsi di preparazione al parto che cercano di dettare le regole di comportamento rinforzando così il senso di inadeguatezza dei genitori. Spesso i medici, più direttamente coinvolti nell'evento e maggiormente a contatto con il dolore stesso, hanno cercato di migliorare le condizioni nelle quali il parto si svolgeva sia attraverso la lotta al dolore (con metodi farmacologici), sia tramite la psico-educazione delle donne, per renderle consapevoli di quanto accadeva ai loro corpi durante la gravidanza e il parto. Ma le emozioni?

Diventare buoni genitori viene sempre più vissuto come "essere competenti", cioè apprendendo conoscenze sulle varie fasi della gravidanza e tralasciando, talvolta, "le sfumature" emotive della maternità e della genitorialità. Il rischio dell'"efficientismo" è dietro l'angolo: pochi figli, ma perfetti. Si rischia quindi di vedere da una parte coppie superefficienti e dall'altra coppie che costantemente non si sentono all'altezza e temono di non essere abbastanza "brave".

L'attesa di un figlio implica sempre la ristrutturazione del rapporto di coppia e una riorganizzazione delle rappresentazione di sé. L'uomo vive un coinvolgimento diverso rispetto alla donna e, secondo l'idea comune, nell'uomo diventa più evidente l'implicazione emotiva soltanto verso il termine della gravidanza. Inoltre, egli sperimenta emozioni differenti da quelle della sua compagna: tenerezza, paura, gioia, ma anche invidia, gelosia e senso di esclusione dalla diade madre-figlio. Se a tutto ciò si aggiunge che la coppia già durante il periodo della gravidanza può andare incontro a cambiamenti nella sfera della sessualità si comprende come essa sia maggiormente vulnerabile nel periodo del puerperio. Tutto ciò non vuol dire che la gravidanza è una "malattia", ma che rappresenta un periodo cruciale nella vita di una donna e di una coppia, in quanto il parto di per sé è un evento altamente stressante e traumatico. In esso sono presenti diversi fattori di rischio (multifattorialità) per lo sviluppo e il manifestarsi di una psicopatologia quale la depressione post parto o il disturbo da stress post-traumatico (PTSD). Esistono oramai strumenti validati che consentono il riconoscimento della depressione post-partum e la possibilità, quindi, di attuare una buona prevenzione, ma nella realtà italiana, spesso, non vi è la preparazione culturale per eseguire di routine la rilevazione di questo disturbo. Frequentemente la depressione nel periodo puerperale è sottovalutata e ignorata in quanto si considerano i sintomi presentati dalla donna come

tipici della condizione di maternità, (alterazione del sonno, calo del desiderio sessuale, stanchezza ecc.).

In questo elaborato cercherò di mettere in evidenza come la depressione perinatale paterna sia importante quanto quella materna e che esiste, prendendo spunto da ricerche scientifiche, un legame fra la sintomatologia depressiva dei padri e quella delle madri. Pertanto se è vero che una sindrome depressiva della madre può indurre uno stato di sofferenza nel padre è anche vero il contrario.

La depressione paterna è stata poco analizzata rispetto a quella materna anche se negli ultimi 10-15 anni l'interesse per questo argomento è aumentato e ha fornito dati importanti. I risultati e le ricerche sulla depressione materna si riferiscono a 20.000 studi contro qualche decina di quelli effettuati per esaminare la depressione paterna. Per quanto riguarda la depressione femminile si sono indagati sia gli aspetti neurobiologici che psicologici e si è stabilito che essa ha un'eziopatogenesi multifattoriale. Pertanto sono coinvolti aspetti biologici, psicologici, socio ambientali. Inoltre le ricerche hanno valutato le cause della depressione, gli effetti che essa produce sulla relazione madre-bambino, le ricadute che ha sullo sviluppo del bambino, il ruolo svolto dallo stile di attaccamento e le terapie più efficaci.

Nello studio dei problemi emotivi perinatali è importante considerare la condizione mentale di entrambi i genitori. Le ricerche hanno ravvisato fra i fattori di rischio che possono incidere sulla depressione materna i conflitti di coppia, l'insoddisfazione coniugale, la manifestazione di una sintomatologia depressiva nel padre. Alla luce di quanto detto è evidente che la questione della depressione post partum andrebbe affrontata in un'ottica diversa da come è stato spesso fatto, considerandola, quindi, un problema diadico e non solo della donna, frutto talvolta di una difficoltà nella relazione di coppia (in particolare conflitti coniugali e disagi sessuali) più che un problema prettamente individuale.

In questo scritto sintetizzerò gli aspetti essenziali della depressione perinatale materna e riporterò gli attuali studi sulla depressione paterna. Mancano, purtroppo, studi specifici, soprattutto in Italia, sulla depressione perinatale paterna e sul trattamento più efficace da seguire in tale ambito. Generalmente la sintomatologia depressiva paterna viene considerata di minore gravità clinica rispetto a quella materna senza dimenticare però che per motivi culturali, di ruolo sessuale e di immagine sociale, gli uomini sono tendenzialmente meno disposti a rivelare le proprie difficoltà psicologiche e invece di chiedere aiuto tendono a contenere il disagio attraverso strategie "esternalizzanti" come: l'abuso di alcol, fumo, droghe relazioni extraconiugali o altri comportamenti disadattivi.

Un altro aspetto a cui accennerò e che andrebbe approfondito da parte della ricerca scientifica è il rapporto fra la sessualità e la depressione materna e paterna. Le informazioni e la psico educazione sui problemi sessuali nella fase pre, intra e post gravidanza solitamente non sono considerate nella cura di routine prenatale e se ciò avviene, il partner spesso non è incluso a partecipare a queste discussioni.

Il tema principale della consultazione sessuale nell'ambito medico riguarda la contraccezione o questioni prettamente organiche, mentre argomenti come la modificazione e la perdita del desiderio sessuale di solito non è discussa e resta un mistero per la maggior parte delle coppie.

Il quadro clinico della depressione post partum e differenziazione con altre forme psicopatologiche.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 2003) ha sottolineato che la depressione si configura come la prima causa di psicopatologia per le donne di età compresa fra i 15 e i 44 anni e la terza causa per gli uomini della medesima fascia d'età.

La depressione post partum è un disturbo dell'umore, paralizzante e storicamente trascurato nell'ambito della sanità. Buona parte delle depressioni post partum non vengono diagnosticate e ciò può influenzare negativamente la relazione madre-figlio e determinare problemi emotivi a lungo termine per il bambino e la madre (Beck C. T., Indman P., 2005; Beck C. T., 2006). La depressione post partum è stata diagnosticata e riconosciuta per la prima volta solo verso il 1960 (Fossey L. et al., 1997).

La prevalenza del disturbo è difficile da stimare poiché non esistono né studi omogenei in questo campo circa le popolazioni considerate, né i metodi di rilevazioni e gli strumenti utilizzati per misurare i sintomi. Una ricerca del 2012 ha confrontato le principali banche dati di 17 paesi suddividendo i paesi a basso e medio reddito dai paesi ad alto reddito. Dallo studio è emersa una prevalenza di disturbi psicologici del 15,6% nel periodo prenatale e del 19,8% nel periodo post natale e la maggiore esposizione delle madri provenienti da popolazioni svantaggiate a livello socio economico (Fischer J. et al., 2012).

In un recente studio italiano (Banti S. et al., 2011) dei ricercatori hanno osservato le future madri nel periodo che va dal terzo mese di gravidanza al 12° mese dopo il parto e hanno riportato un'incidenza della depressione del 2,2% nel periodo della gravidanza e del 6,8% in quello post parto. Generalmente più del 50% dei casi di depressioni post parto non vengono diagnosticati (Morganti G., Castelli P., Pietropaoli E., 2015).

La maggior parte delle ricerche concorda nel considerare la donna maggiormente vulnerabile psicologicamente nel periodo che va dai primi 6 mesi fino ad un anno dopo la nascita e nel ritenere una prevalenza per la depressione maggiore e minore (fra il 5% e il 20%) durante la gravidanza e i primi mesi dopo il parto (O'Hara M. W., Wisner K. L., 2013), con punte del 41% nei paesi a basso reddito (Jesse et al., 2010).

La depressione post partum è un quadro psicopatologico ben definito inseribile all'interno di varie forme psicopatologiche della fase perinatale. Per anni si è dibattuto per stabilire se la depressione post partum fosse da considerare un disturbo specifico oppure assimilabile ad un disturbo depressivo. Generalmente la depressione perinatale indica la presenza di un disturbo dell'umore preoccupante, caratterizzato da più episodi depressivi nel periodo della gravidanza fino ai 12 mesi successivi al parto, mentre la depressione post partum, detta anche depressione post natale, rivela un episodio depressivo che inizia o comunque investe soprattutto il periodo post partum con un picco d'insorgenza fra le 8 e le 12 settimane successive al parto (O'Hara, 1994; O'Hara, 2013). I primi 6 mesi dopo il parto possono rappresentare un momento ad alto rischio per la depressione con un'oscillazione che va dal 13% al 19% di vulnerabilità ad una depressione maggiore (O'Hara M. W., McCabe J. E., 2013) e se non curata, può protrarsi fino a due anni (Affonso et al., 2000). La depressione post partum descritta come "un ladro che ruba la maternità", può talvolta indurre ad azioni tragiche come il suicidio materno o l'infanticidio (Beck C. T., 2008). Nella letteratura scientifica esistono alcuni studi che sottolineano le caratteristiche della depressione materna in entrambi i periodi (pre e post natale) ed evidenziano l'esistenza di differenze. In particolar modo una ricerca del 2011 (Kammerer et al.) ha mostrato che la presenza di spossatezza, di rallentamento psico-motorio e di difficoltà di concentrazione sono tipiche nella depressione pre-natale , mentre l'affaticamento caratterizza soprattutto la depressione dopo la nascita.

Il quadro clinico della depressione in gravidanza è caratterizzato da: disturbi del sonno e dell'appetito, insicurezza, labilità emotiva, senso di colpa, vergogna, pensieri suicidiari (Beck C. T., Indman P., 2005), ma anche scarsa energia, sentimenti di autosvalutazione, fantasie di inadeguatezza, disregolazione emotiva (Ammaniti, 1995).

Il disturbo più frequentemente associato alla depressione è l'ansia che può determinare una sottovalutazione dei sintomi e provocare conseguenze sulla salute materna e sullo sviluppo del bambino. (Farr S. L. et al., 2014). Le ansie possono identificarsi con le più svariate paure quali quella del parto (tocofobia), del ruolo genitoriale, dell'incapacità di prendersi cura del figlio, di avere un figlio anormale, di essere una madre giudicata incapace (Brockington I.; 2004) fino alla

presenza di un vero e proprio disturbo ossessivo - compulsivo e disturbo d'ansia generalizzato (Ross L. E., McLean L. M., 2006). Distinguere l'ansia "pre" da quella "post parto" può essere importante ai fini del trattamento psicologico, in quanto il tema più comune nella fase della gravidanza è la paura della morte del feto soprattutto se la madre presenta un passato di aborti spontanei o problemi d'infertilità mentre dopo la nascita le preoccupazioni maggiormente presenti sono: paura sproporzionata della morte in culla e ansia inerente alle critiche sulla competenza materna (Brockington I. F. et al, 2006).

Nel DSM-IV-TR, il termine "depressione nel post-partum" è stato inserito sotto la denominazione "Mood Disorders with a Post-partum Onset Specifier". In esso ci sono cinque sottotipi di disturbo depressivo maggiore fra cui i "Disturbi della depressione post-partum o associati con il puerperio, non classificati altrove". Nel DSM-V non si riconosce ancora la depressione post-partum come una diagnosi a parte, ma è considerata ancora come un sottotipo della Depressione Maggiore in cui vengono però inseriti i criteri per identificare l'insorgenza della depressione pre-parto. La definizione è quindi di un "episodio depressivo maggiore con un esordio in gravidanza o entro 4 settimane dal parto" ma a differenza del DSM-IV è stata riconosciuta la possibilità di insorgenza pre-natale. Tuttavia, omettendo di distinguere tra esordio "pre-parto" e insorgenza "post-partum", non si sono riscontrate differenze importanti fra varie tipologie di episodi di disturbo dell'umore che potrebbero avere eziologie distinte, profili clinici e diverse risposte al trattamento. Inoltre, limitando la diagnosi al periodo di 4 settimane dopo il parto si escludono molti episodi dell'umore che sono associati al parto e che si presentano dai 6 ai 12 mesi dopo il parto (Sharma V., Mazmanian D., 2014).

La depressione post partum, in base all'intensità e alla durata dei sintomi, va distinta sia dal maternity blues e dalla psicosi puerperale, riconosciuti come aspetti di un continuum di gravità, sia dal disturbo da stress post traumatico.

Il termine maternity blues, o anche baby blues termine coniato da Winnicott, tradotto letteralmente significa "bambino triste". Esso è un disturbo dell'umore di lieve entità di tipo transitorio molto comune nelle sindromi del puerperio che si manifesta nei primi tre - quattro giorni dopo il parto ed è una risposta parafisiologica all'esperienza stressante del parto che non ha effetti a lungo termine, in quanto si protrae per circa 15 giorni (Hara O. et al., 1990; Reck C. et al, 2009) ed è legata alle repentine variazioni ormonali che si verificano qualche giorno dopo il parto: diminuzione del progesterone, degli estrogeni, degli ormoni tiroidei, della corticotropina (CRH) e del cortisolo (Baker et al. 2002; O'Keane V., 2011).

Il *maternity blues* si caratterizza per confusione, smarrimento, ansia (Grussu P., Quatraro R. M., 2013) umore labile, tendenza al pianto, stanchezza, paura, preoccupazione eccessiva, mancanza di concentrazione, difficoltà d'interazione con il neonato, disturbi del sonno e dell'appetito (Beck C. T., 2006; Scrandis et al., 2007).

Essa pur essendo una depressione "transitoria" può essere predittiva, soprattutto se accompagnata a particolari aspetti psicologici, di un successivo sviluppo di depressione postnatale (Fossey L. et al., 1997).

La psicosi puerperale ha esordio improvviso, si manifesta entro le prime due settimane fino a tre mesi dal parto e l'incidenza è di 2-3 casi ogni 1.000 nascite. Esistono dei fattori che ne determinano l'eziopatogenesi quali: una storia familiare di malattia psichiatrica; un passato psichiatrico personale (in particolare una storia di mania); essere una donna primipara; una dipendenza da sostanze; una malattia medica; avere un figlio maschio; essere sottoposti a stress psicosociali, compreso il bisogno di cure mediche intensive per il bambino o la morte di questo (Allwood C. W. et al., 2000). La sintomatologia è tanto grave da dover intervenire con l'ospedalizzazione e si può manifestare con sintomi affettivi che coincidono per alcuni aspetti con il disturbo bipolare.

Essi possono essere: depressione, mania o stati misti, aspetti deliranti tipo allucinazioni, disorganizzazione del comportamento, confusione mentale, disturbi del pensiero e della memoria, rifiuto del cibo. Tutto ciò può portare ad episodi di infanticidio (Trautmann-Villalba P., Hornstein C., 2007).

Studi recenti hanno sottolineato come l'essere primipare rappresenta un fattore di rischio significativo per sperimentare un disturbo psichiatrico e in particolar modo un disturbo bipolare (Munk-Olsen T., 2013).

Il disturbo da stress post traumatico è un disturbo ansioso correlato al parto che ha un'incidenza compresa fra il 1,7% e il 9% e può comparire sei settimane dopo il parto (Beck C. T., 2011, Polacheck I. S., 2012).

Esso è un disturbo alla cui base ritroviamo diversi eventi che possono risultare traumatici: complicanze mediche, "crisi psichiche" durante la gravidanza, molta paura del parto e preoccupazioni anticipatorie del dolore prima del parto, disagio per l'essere spogliate durante il parto, presenza di depressione all'inizio della gravidanza, eventi di vita critici, vulnerabilità ai disturbi psichici, (Söderquist J. et al., 2009; Zaers S. et al., 2009; Banti S. et al., 2011; Polachek I. S. et al., 2012; Furuta M. et al., 2014).

Il disturbo post traumatico si presenta con pensieri intrusivi, flashback, incubi, disturbi del sonno, ipervigilanza, irritabilità, rabbia, evitamento di tutto quello che è correlato all'evento traumatico.

Anche se riconosciuta come sintomatologia abbastanza presente, purtroppo dallo screening sulle ricerche effettuate su quest'argomento, dal 2002 al 2012, non risultano esserci dei veri e propri interventi sistematici ed estesi per affrontare il PTSD post partum (Borg Cunen N., McNeill J., Murray K., 2014).

I fattori di rischio della depressione post partum

I dati di ricerca più recenti concordano sull'ipotesi multifattoriale dell'insorgenza della depressione post partum. Diversi fattori come quelli biologici, psicologici, ambientali, relazionali sono elementi di rischio.

Tali fattori possono essere considerati sia di rischio sia di protezione.

Conoscere i fattori di rischio e di protezione della depressione post-partum consente di individuare, già nella fase pre-natale, le mamme potenzialmente a rischio e di attuare trattamenti preventivi e di sostegno che se non individuati per tempo possono determinare effetti negativi sulla qualità di vita della donna, del bambino e della relazione di coppia.

Diverse ricerche hanno sottolineato fra i fattori biologici di rischio il ruolo ricoperto dalle modificazioni dei livelli di estradiolo, testosterone, progesterone, corticosteroidi , anemia da deficit di ferro (O'Hara et al., 1991; Baker et al. 2002; Beard et al. 2005; O'Keane V., 2011) e insonnia durante la gravidanza soprattutto se in compresenza con episodi depressivi (Dørheim S. K. et al., 2014), complicazioni mediche (p.e. importante emorragie, gravi disturbi ipertensivi, terapia in unità intensiva ecc.) (Furuta M. et al., 2014).

Gli aspetti psicologici che possono rappresentare fattori di rischi sono tanti.

Alcuni fra i più importanti sono:

- una storia passata di depressione e di ansia (O'Hara, 2009; O'Hara, 2014);
- la presenza di disturbo bipolare (O'Hara, 2009; O'Hara, 2014);
- l'esistenza di problemi psichici o somatici durante la gravidanza (Amaru D., Le Bon O., 2014);
- la tendenza all'autosvalutazione e al percepirsi inadeguate a svolgere la funzione materna (Amaru D., Le Bon O., 2014);
- la gravidanza non programmata o indesiderata (McLennan et al., 2010; Fellenzer J. L., Cibula D. A., 2014);

- la giovane età (Kendall-Tackett K. et al., 2013);
- l'essere vittime di violenza domestica (Kendall-Tackett K. et al., 2013);
- la storia di violenza sessuale (Kendall-Tackett K. et al., 2013);
- l'ansia per una gravidanza tardiva (Zaers S. et al., 2008);
- l'aver avuto un parto pre-termine con un figlio di minor peso alla nascita (Mauri M. e Banti S., 2009);
- la circonferenza cardiaca più piccola e più bassi punteggi di Apgar (Mauri M. e Banti S., 2009);
- l'essere nubile (Fisher J. et al., 2012);
- il non allattare al seno (Beck C. T. et al., 2011);
- l'aver avuto un aborto spontaneo o indotto in passato (Fisher J. et al., 2012);
- il basso senso di autoefficacia (Mohammad K. I. et al., 2011).

Fra le circostanze sociali e ambientali quelle che sono maggiormente emerse dalle ricerche sono:

- svantaggio socioeconomico (O'Hara M. W., 2013);
- bassi livelli d'istruzione (O'Hara M. W., 2013);
- appartenenza ad una minoranza etnica;
- esistenza di eventi di vita stressanti (O'Hara M. W., 2013);
- percezione di scarso supporto sociale, (O'Hara M. W., 2009; Mohammad K. I. et al., 2011; O'Hara M. W. e Wisner K. L., 2014; Amaru D., Le Bon O., 2014; Fellenzer J. L., Cibula D. A., 2014).

Fra i fattori di rischio relazionali, diverse ricerche sottolineano il ruolo giocato dal rapporto madre-figlia (Verkerk et al., 2005; Mohammad K. I. et al., 2011) ma altri studi sottolineano il ruolo importantissimo svolto dall'uomo all'interno della coppia (Currid TJ. 2005; Fisher SD. et al., 2012 Edward KL. et al., 2014).

Poche indagini hanno confrontato la salute psicologica materna e paterna nel periodo postnatale pur mostrando una somiglianza della depressione fra le neomamme e i neopadri (14,9% versus 12,5%) e lo stretto rapporto fra la depressione dei padri con quella delle madri (Mao Q. et al., 2011).

Si è evidenziato nelle ricerche più recenti che vivere con una persona significativa (compagno, marito, convivente) rappresenta un fattore predittore e di rischio per sviluppare o aggravare una depressione post-partum (Amaru D., Le Bon O., 2014; O'Hara M. W., Wisner K. L., 2014).

Alcuni studi, qualche anno fa, sottolineavano tale aspetto rilevando sia come la gelosia coniugale potesse rappresentare per la donna un fattore ossessivo che incideva sulla sua salute psichica in gravidanza (Brockington I.F. et al., 2006), sia come le violenze all'interno della coppia potessero incidere sulla salute della futura madre che poteva diventare maggiormente vulnerabile alla depressione post parto (Patel V. et al., 2002). Negli ultimi anni i ricercatori studiano l'impatto che può avere la qualità della relazione di coppia per lo sviluppo dei sintomi depressivi post-natali. In particolar modo è emerso che le donne che sviluppano alcune settimane dopo il parto sintomi depressivi, hanno spesso alle spalle rapporti conflittuali e scarso sostegno emotivo, vero o percepito, da parte del partner (Dennis C. L., Ross L., 2006; Mao Q. et al., 2011; Wynter K. et al., 2013).

Pertanto il conflitto coniugale rappresenta un rischio importante per lo sviluppo della depressione postnatale sia nelle madri sia nei padri (Hanington L. et al., 2012).

Il partner esplica la sua funzione paterna in modo diretto, nei confronti del nascituro, e in modo indiretto agendo come compagno che aiuta la sua donna ad essere una madre serena (Morganti G., Castelli P., Pietropaoli E., 2015).

E' necessario fornire un supporto ad entrambi i genitori durante il periodo della gravidanza e dopo la nascita creando servizi che rispondono anche alle esigenze degli uomini che svolgono un ruolo primario per la salute mentale della donna (Rowe H. J. et al., 2013).

Tali ricerche ci fanno comprendere come sia importante considerare la figura paterna all'interno dei disturbi depressivi pre e post nascita. E' ormai ampiamente accettato che il periodo perinatale può essere un momento di elevato rischio per problemi di salute mentale nella donna. Tuttavia, vi è stata molta meno ricerca sugli uomini e, mentre i servizi di salute mentale perinatale sono in aumento per le donne, ne esistono pochi per gli uomini. (Currid T.J., 2005).

In passato son state effettuate scarse ricerche sulla depressione perinatale nei padri. Solo negli ultimi dieci anni, soprattutto nei paesi anglosassoni, si è puntata l'attenzione anche su di loro.

La revisione di tutti gli articoli sull'argomento, effettuata da alcuni ricercatori e pubblicata nei primi mesi del 2014 in Australia, ha fatto emergere come la depressione nei padri, dopo la nascita del bambino, sia una realtà sempre più rilevante e spesso associata a una storia di depressione personale e correlata alla presenza di depressione nella partner. Nello studio si è sottolineata l'importanza di effettuare uno screening della depressione negli uomini oltre che nelle donne (Edward K. L. et al., 2014). Simile alla depressione materna quella paterna può avere effetti negativi per l'ambiente familiare (p.e. sulla salute mentale della madre, sul comportamento del

bambino, sulla qualità dell'attaccamento familiare e sullo sviluppo psicologico e fisico del neonato) (Baldoni F., Ceccarelli L., 2010; Fisher S. D. et al., 2012).

La scarsità di screening sulla depressione paterna è dovuta al fatto che di solito i padri non solo vengono coinvolti poco, ma anche perché essi stessi non vogliono essere implicati nell'ambiente materno - infantile e, quindi, non sono disponibili per lo screening della depressione (Fisher S. D., Kopelman R., O'Hara M. W., 2012).

A tal proposito lo studio di Fisher, Kopelman, O'Hara del 2012 ha valutato le caratteristiche psicometriche della Edinburgh Postnatal Depression Scale - Partner Version (EPDS - P) nel rilevare la depressione paterna attraverso la "relazione materna". La EPDS - P ha utilità clinica perché rende possibile lo screening per la depressione paterna senza la presenza del padre. La ricerca ha evidenziato che attraverso la valutazione con la madre, è possibile ottenere una misura affidabile e valida di depressione paterna. Consentendo l'individuazione e il trattamento della depressione paterna in una fase precoce, si riduce il rischio di depressione a lungo termine nei padri.

Un altro aspetto poco studiato o per meglio dire poco considerato nella depressione post partum della donna è il ruolo svolto dall'alterata salute sessuale durante e dopo il parto sulla salute psicologica della donna (Johnson C. E., 2011; Leeman L. M., Rogers R. G., 2012).

La Depressione Perinatale Paterna

Come detto precedentemente, la letteratura sui disturbi depressivi femminile nel periodo prenatale è molto ricca mentre le ricerche sulla depressione perinatale nei padri è stata scarsa fino agli ultimi decenni.

Le ricerche più attuali hanno suggerito che la gravidanza e il parto innescano sintomi depressivi non solo nelle donne ma anche negli uomini (Gawlik S. et al., 2014).

La Depressione Perinatale Paterna (DPP) è la traduzione dal francese di "Depression Périnatale Paternelle". Tale definizione è stata utilizzata per la prima volta nell'ambito della psichiatria e psicologia psicoanalitica (Luca e Bydlowski, 2001).

La DPP deve essere distinta dalla "Sindrome della Couvade" che può colpire l'8%-10% dei padri durante la gravidanza. Tale sindrome è caratterizzata soprattutto da sintomi somatici quali: nausea, gonfiore addominale e comportamenti femminili tipici della gravidanza (Baldoni F., Ceccarelli L., 2010).

In ambito anglosassone si è utilizzato a lungo il nome "Paternal Blues o Baby Blues" per indicare tutta una serie di disturbi affettivi paterni transitori e lievi che possono investire anche la madre nei primi giorni dopo la nascita.

I sintomi della depressione paterna sono più lievi e talvolta poco definiti rispetto alla depressione perinatale materna anche se spesso correlati con la depressione post parto materna (Goodman J. H. , 2004).

L'incidenza della DPP ricade nell'intervallo fra l'8,5% e il 10,4% anche se una stima precisa non c'è ancora. La DPP è riscontrata maggiormente negli Stati Uniti (14,1%) rispetto al resto del mondo, mentre la punta più alta si è registrata in Taiwan (31%). La maggior parte degli studi è stata effettuata nel periodo che va dal terzo mese di gestazione fino al 12° mese dopo la nascita del bambino, periodo considerato di maggiore vulnerabilità anche per la donna e con un picco d'incidenza di circa il 25,6% fra i 3 e i 6 mesi dopo il parto (Paulson e Bazemore, 2010).

In Italia rilevante è stata la ricerca svolta da Currò e colleghi nel 2009 che ha effettuato la misurazione della depressione post parto su un campione di 499 padri e 1122 madri con la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) sottolineando il ruolo che il pediatra può svolgere nel riconoscere la depressione post partum all'interno della coppia effettuando lo screening non soltanto nei confronti della madre, ma anche nei confronti del padre con un semplice strumento (Currò V. et al., 2009). Sono stati intervistati anche i padri utilizzando l'EPDS durante la prima visita del figlio e i genitori che riportavano un alto punteggio, hanno completato per la seconda volta l'EPDS dopo 5 settimane. Inoltre, i genitori che riportavano alti punteggi al test sono stati esaminati da uno psichiatra per confermare la diagnosi di depressione. Dalla ricerca è emerso che alla prima visita il 26,6% delle madri e il 12,6% dei padri ha riportato un alto punteggio all'EPDS mentre, alla seconda visita, il 19,0% delle madri e il 9,1% dei padri, ha riportato un risultato al test che segnalava il rischio della malattia depressiva. Pertanto la Depressione Paterna (PD) è comune nella popolazione media. Utilizzando un semplice strumento standardizzato come l'EPDS, i pediatri sono in grado di rilevare i genitori con più alto rischio di andare incontro a PD (Currò V. et al., 2009).

I sintomi ricorrenti della DP sono: irrequietezza, tristezza, malinconia, impotenza, disperazione, sconforto, umore depresso, perdita d'interessi, preoccupazione costante, calo della libido, insonnia, ansia elevata, crisi di rabbia, ipocondria e somatizzazione.

Sono presenti anche acting out comportamentali come: fughe, relazioni extraconiugali, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di dipendenza, attività fisiche o sessuali compulsive (Baldoni F., Ceccarelli L., 2010). Le preoccupazioni ipocondriache e i disturbi di somatizzazione che sono dovuti al cambiamento del proprio funzionamento e non sono supportati da alterazioni biologiche significative, prendono il nome di "Abnormal Ilness Behaviour" e talvolta, nelle forme

più lievi, può sovrapporsi alla "Sindrome della Couvade" (Baldoni et al., 2001). Tale alterazione affettiva perinatale paterna, che si può manifestare anche nella donna, non va confusa con la depressione perinatale.

I fattori di rischio della depressione perinatale paterna

Gli studi iniziali effettuati in ambito psicoanalitico, hanno sottolineato alcuni fattori di rischio che determinano il manifestarsi della depressione nella figura paterna quali:

- conflitti pre-edipici dovuti a mancata risoluzione dei legami simbiotici con la figura materna rappresentata simbolicamente dalla propria madre (Luca e Bydlowski, 2001);
- riattivazione di conflitti edipici causata dalla nascita del figlio che riguardano i problemi irrisolti con la propria figura paterna per cui si re-instaurano i bisogni infantili di dipendenza che inducono sentimenti di colpa, rabbia e ambivalenza, senso di perdita e di lutto nei confronti del Sé (Luca e Bydlowski, 2001).

La maggior parte degli studi, fin dall'inizio, ha confermato che la presenza di disturbi mentali nella madre rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo della depressione perinatale paterna (Paulson J. F., Bazemore S. D., 2010; Mao Q. et al., 2011; Fisher S. D. et al., 2012; Hanington L. et al., 2012).

La depressione materna è stata identificata come il più forte predittore e fattore di rischio della depressione paterna durante il periodo post-partum (Goodman J. H.,2004).

La maggior parte delle ricerche sulla depressione materna concorda nel riconoscere che gli effetti a lungo termine della depressione perinatale materna determina conseguenze sulla salute mentale della donna, sulla relazione madre-bambino e sul partner e la relazione di coppia (Baldoni F., Ceccarelli L., 2010). Le difficoltà nella coppia determinano, pertanto, un fattore di rischio anche per lo sviluppo della depressione paterna oltre che materna.

Nelle ricerche sui padri sono emersi a tal proposito la presenza di un basso livello di soddisfazione di coppia, di consenso e di coesione coniugale accompagnati ad alti livelli di stress perinatale. Questi aspetti rappresentano dei fattori di rischio per lo sviluppo di ansia e depressione paterna e influenzano l'attaccamento degli uomini ai loro bambini (Buist et al., 2003; Demontigny F. et al., 2013).

Gli studi più recenti e attualmente disponibili sulla DPP hanno messo in evidenza diversi fattori di rischio oltre ai fattori psicosociali e relazionali di coppia che incidono sull'insorgenza della depressione. Fra questi sono da sottolineare un alto livello di percezione di stress, caratteristiche di personalità e fattori socio familiari.

Elevati livelli di stress, in entrambi i sessi, possono essere presenti durante la gravidanza fino a 18 mesi dal parto. La percezione di stress dei padri e delle madri è tanto maggiore quanto più si trovano a contatto con un neonato con un temperamento impegnativo che chiede continuamente attenzione, piange, si alimenta e dorme con difficoltà. Questi aspetti del neonato risultano, però, più stressanti per i padri che per le madri (Perren et al., 2005; Demontigny F. et al., 2013).

Per quanto riguarda i tratti di personalità, alcune ricerche hanno evidenziato nei padri con depressione post natale la presenza di tratti depressivi ansiosi, di un elevato grado di nevroticismo e un basso livello di estroversione (Baldoni F., Ceccarelli L., 2010).

Un altro aspetto importante è l' "autoefficacia". Misurare tale caratteristica potrebbe essere utile per effettuare lo screening delle difficoltà genitoriali, e attuare interventi mirati (Crncec R. et al., 2008). Percepirsi un genitore "poco efficace" e sperimentare un senso d'inutilità e inadeguatezza rappresenta un fattore predittivo per la depressione paterna (Demontigny F. et al., 2013).

I fattori psicosociali correlati a presenza di sintomatologia depressiva paterna sono:

- età giovane (essere ventenni) (Bergström M., 2013) o al contrario avere un'età avanzata o molto avanzata. Gli uomini che aspettano il loro primo bambino in età avanzata o molto avanzata costituiscono un gruppo di persone a più alto rischio nello sviluppare problemi di salute fisici e mentali (Nilsen A. B. et al., 2013);
- un basso livello d'istruzione e uno scarso reddito o comunque preoccupazioni finanziarie e disoccupazione (Nishimura e Ohashi, 2010; Bergström M., 2013; Nilsen A. B. et al., 2013).

Gli ultimi studi stanno confermando che la gravidanza indesiderata è associata ad un maggior rischio di stress e depressione di entrambi i genitori. Spesso la gravidanza non voluta è dovuta a comportamenti rischiosi o situazioni di salute psicologiche già compromesse (McCrory C., McNally S., 2013).

Ulteriori indagini dovrebbero evidenziare se la gravidanza indesiderata sia un fattore di rischio oppure una conseguenza di disagi psicologici nella figura paterna.

Lo scarso sostegno sociale e familiare rappresentano ulteriori aspetti di vulnerabilità nella donna ma anche nell'uomo (Letourneau N. et al., 2011; Letourneau N. et al., 2012).

I padri hanno bisogno di un sostegno formale (da parte di professionisti) e informale (amici e parenti). Gli interventi di sostegno ideale dovrebbero affrontare una serie di temi chiave, tra cui fornire ai padri informazioni sulla PPD e consigli pratici su come affrontare la depressione della partner (Letourneau N. et al., 2012)

Disfunzione sessuale e depressione perinatale genitoriale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) rileva che la soddisfazione sessuale è un elemento importante della qualità della vita. Gli studi dimostrano che ci sono elevati tassi di disfunzione sessuale, durante la gravidanza, più tra le donne (43%) che tra gli uomini (31%). Questo disagio è associato con le caratteristiche demografiche e l'istruzione. La differenza di genere può indicare una maggiore compromissione della salute fisica ed emotiva delle donne in maternità (Maria De Fátima Rezende Francisco et al., 2014).

La gravidanza e il parto rappresentano degli eventi speciali nella vita di una donna perché implicano una serie di cambiamenti fisici, ormonali, psicologici, sociali che possono influenzare la sessualità della donna e la salute del rapporto sessuale all'interno della coppia.

La nascita di un figlio è un momento di intense modifiche, che spesso investono la vita sessuale della coppia, mettendola a dura prova. (Hames C. T., 1980).

La salute sessuale post-partum è una preoccupazione comune che spesso non è discussa con la coppia durante la fase prenatale o nelle cure post-partum e riceve poca attenzione da parte di medici o ricercatori (Leeman L. M. e Rogers R. G., 2012). La diminuzione della frequenza e la trasformazione della qualità dell'attività sessuale causate da mutamenti fisiologici sono riconosciuti da tempo: meno nota è l'influenza che possono avere gli aspetti psicologici.

Le disfunzioni sessuali possono causare gravi problemi di coppia, sino a portare alla rottura del legame affettivo o alla ricerca di una relazione sessuale extraconiugale.

La letteratura scientifica più recente che considera gli effetti della gravidanza e del periodo post-partum sulla salute sessuale della coppia ha considerato una serie di cambiamenti che possono verificarsi nel periodo pre, intra e post partum (Johnson C. E., 2011).

La modificazione della sessualità nella coppia durante e dopo il parto è influenzata dall'interazione fra fattori relazionali coniugali, biomedici, psicologici e sociali (Bogren L. Y., 1991; Morof D. et al., 2003).

Fattori Biomedici	**Fattori Psicologici**	**Fattori Relazionali**
Affaticamento, esaurimento fisico, dispareunia, disturbi dell'orgasmo, mal di schiena, scarsa attrazione fisica nei confronti della donna	Umore depresso, rapporto ambivalente nei confronti del partner, timori di danneggiare il feto, rapporto conflittuale, qualità attività sessuale nel periodo pre-gravidanza	Bassa soddisfazione per il rapporto, atteggiamento ambivalente verso il partner

Alcune ricerche suggeriscono che la percezione della soddisfazione sessuale del partner, più che

i fattori fisici comunemente considerati (p.e. trauma vaginale e allattamento), ha un impatto significativo sulla sessualità della donna.

Fra i fattori psicologici che influenzano la sessualità rientrano: i disturbi mentali (in particolar modo umore depresso), la qualità dell'attività sessuale pre-parto, una relazione negativa o comunque vissuti di ambivalenza nei confronti della gravidanza e del partner, il livello di soddisfazione del rapporto con il partner (Brtnicka H. et al., 2009).

Alcune ricerche hanno evidenziato che la depressione è un importante predittore del calo del desiderio e della soddisfazione sessuale durante la gravidanza e della riduzione della frequenza dei rapporti a 12 settimane dopo il parto . Le donne con sintomi di depressione post-partum riportano significative riduzioni della sessualità durante la gravidanza e dopo il parto. A sei mesi dopo il parto, la qualità del ruolo materno è fortemente legato alla salute sessuale (De Judicibus M. A., McCabe M. P., 2002).

La depressione è un fattore di rischio per la disfunzione sessuale perché provoca disinteresse, apatia, senso di affaticamento e altri sintomi che finiscono per compromettere il desiderio sessuale.

Dall'altro lato lo scarso rendimento sessuale può portare alla depressione e causare conflitti relazionali attivando un circolo vizioso tra disfunzioni sessuali e depressione, che possono diventare causa o conseguenza l'uno dell'altro (Brtnicka H. et al., 2009). La modificazione della sessualità nella fase post-partum è un fenomeno multidimensionale e occorrono altre ricerche più specifiche tendenti ad affrontare i diversi aspetti della sessualità.

I problemi e le disfunzioni sessuali durante la gravidanza sono spesso originati dall'ansia di far male al feto. In particolare, i maschi hanno paura di ferire la donna e quest'ultima ha paura della scarsa soddisfazione del partner. Solo il 12-14% delle coppie nega problemi sessuali dopo il parto (Kendall-Tackett K. et al., 2013).

Ricerche più recenti rilevano nelle madri depresse la relazione esistente fra la depressione perinatale con precedenti storie di aborti spontanei. Queste situazioni sono spesso accompagnate da una compromissione della funzione sessuale. Tra le donne in gravidanza con una storia di aborto spontaneo, la sessualità è compromessa e diversi studi hanno dimostrato che ci può essere una separazione nella coppia, sia interpersonale che sessuale, nel primo anno dopo l'aborto. Si rileva inoltre un'associazione inversa fra depressione e funzionalità sessuale (Francisco M. D. et al., 2014).

Sintetizzando, un po' tutte le ricerche riguardanti la sessualità nel periodo perinatale concordano nel riportare che le madri sperimentano problemi sessuali nel periodo post partum. In particolare,

queste difficoltà sono presenti fra le donne che evidenziano depressione post partum. Sono necessarie, però, ulteriori ricerche longitudinali per comprendere meglio il rapporto fra disfunzioni sessuali e depressione nelle puerpere e per individuare implicazioni per la prevenzione e il trattamento di entrambe le condizioni (Chivers M. L. et al., 2011).

Terapia della depressione perinatale paterna

I disturbi depressivi perinatali dei padri sono stati poco studiati rispetto a quelli materni. Anche se negli ultimi anni l'interesse è stato crescente, infatti, soltanto ora le ricerche incominciano a fornire dei dati rilevanti.

Gli aspetti terapeutici e ancor di più, quelli preventivi, sono stati purtroppo completamente tralasciati dalla ricerca.

Dagli studi finora attuati è possibile trarre delle considerazioni circa la prevenzione e la terapia.

I disturbi depressivi paterni solitamente si inseriscono all'interno di una crisi nella relazione di coppia, basso consenso e scarsa coesione coniugale, accompagnati da disturbi mentali nella partner (Buist et al., 2003; Goodman J. H., 2004; Paulson J. F., Bazemore S. D., 2010; Baldoni F., Ceccarelli L., 2010; Mao Q. et al., 2011; Fisher S. D. et al., 2012; Hanington L. et al., 2012; Demontigny F. et al., 2013).

I professionisti del settore (ginecologi, ostetriche, infermieri e pediatri) che sono maggiormente a contatto con la coppia dovrebbero essere più preparati a riconoscere ed effettuare uno screening della depressione nel periodo pre e post natale non soltanto nei confronti della madre, ma anche del padre.

Essi dovrebbero individuare i segnali di disturbi affettivi riferendosi a quanto sperimentato in Italia da una ricerca del 2009 (Currò V. et al., 2009) che ha utilizzato la somministrazione dell'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale).

I sintomi della depressione paterna sono tendenzialmente più lievi rispetto a quelli sperimentati nella depressione post partum materna e con aspetti maggiormente esternalizzanti (dipendenze, relazioni extraconiugali o altri comportamenti disadattivi), pertanto possono indurre a una sottovalutazione della problematica. Essi possono mascherarsi come una forma di sofferenza affettiva tipica di questa fase di cambiamento.

Qualora il padre dovesse presentare una sintomatologia più marcata occorrerebbe effettuare una psicoterapia cognitivo-comportamentale finalizzata a ridurre la sintomatologia ansiosa e depressiva.

Le indagini svolte finora nell'ambito della depressione perinatale tendono a condividere l'idea che i disturbi depressivi paterni peggiorino in caso di scarso sostegno sociale e familiare e incidono

sullo stato di salute psicofisico della donna (Letourneau N. et al., 2011; Letourneau N. et al., 2012).

E' importante, perciò, riconoscere la figura del padre, sin dall'inizio gravidanza, coinvolgendolo nell'attività materna favorendo il suo ruolo di supporto nei confronti della donna e ascoltando le sue difficoltà (Baldoni F., Ceccarelli L., 2010). Gli interventi di sostegno dovrebbero fornire ai padri informazioni sulla depressione paterna e consigli pratici su come affrontare la depressione della partner (Letourneau N. et al., 2012).

Altri aspetti emersi dagli studi sulla DPP sono:

- la presenza di elevati livelli di stress, soprattutto quando il neonato presenta un temperamento difficile (Perren et al., 2005; Demontigny F. et al., 2013);
- basso grado di estroversione;
- tratti di personalità ansiosi e depressivi (Baldoni F., Ceccarelli L., 2010);
- scarso livello di autoefficacia (Crncec R. et al., 2008).

A tal proposito si potrebbe utilizzare un programma Mindfulness. Uno studio del 2010 ha applicato un percorso di Mindfulness anche per il padre (Larissa G., Duncan and Nancy Bardacke, 2010).

Terapia della depressione perinatale materna

La terapia cognitivo-comportamentale risulta efficace per la depressione e, rispetto agli approcci farmacologici, ha riportato effetti simili sui sintomi dei depressi cronici (Stefan G., Hofmann et al., 2013).

Per affrontare la depressione perinatale sono stati sviluppati diversi approcci, ma quelli specifici e sistematizzati sono limitati o assenti, né si avverte l'esigenza di migliorare le metodologie (Robert T. et al., 2011).

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e in particolar modo la CBT modificata, rappresenta un trattamento possibile e accettabile per le donne con depressione perinatale. Le donne che soffrono di tale problematica manifestano scarso impegno e adesione nei confronti della terapia specifica per la depressione. Buoni esiti si sono misurati soprattutto con programmi di CBT modificati per coinvolgere il target di riferimento e affrontare le specifiche sfide del periodo perinatale (O'Mahen H. et al., 2013). Tuttavia, tali adattamenti devono essere fatti in modo sistematico e sottoposti a studio empirico per evitare di minare elementi d'intervento che sono fondamentali per l'efficacia.

Fra i programmi di intervento utilizzati per la depressione post partum, oltre all'intervento cognitivo comportamentale individuale o di gruppo (Milgrom J. et al., 2003) esiste l'"Home

Cognitive Behavioral Therapy (IH-CBT)" : un programma d'intervento elettivo per i bambini e le loro madri.

Originariamente utilizzato negli Stati Uniti (circa 500.000 madri e bambini) per le famiglie problematiche o a rischio di abuso o di abbandono dei bambini, si è ampliato fino a comprendere molteplici approcci (Boller e Strong, 2010). Anche se cambiano i formati e le tecniche utilizzate, di solito, i programmi di Home Visiting hanno in comune i seguenti elementi:

l'iscrizione al programma nei primi anni di vita del bambino o nel periodo prenatale;

l'impegno precoce delle madri nel ruolo genitoriale;

il rafforzamento dei fattori protettivi individuali e familiari;

la mitigazione dei fattori di rischio per promuovere lo sviluppo normativo;

i frequenti contatti tra gli operatori domiciliari e le famiglie;

la durata del programma esteso fino a 3 anni per garantire agli operatori di essere presenti durante le transizioni di sviluppo in cui emergono i nuovi bisogni dei bambini e della famiglia;

il team di lavoro affronta con le madri questioni come lo stress, il coping, la salute, il funzionamento sociale ed educativo. Rafforzando il funzionamento in questi settori, le madri sono più disponibili per i loro bambini, e maggiormente in grado di soddisfarne le esigenze.

Studi clinici suggeriscono che le visite domiciliari da solo non forniscono un beneficio apprezzabile nel diminuire sintomi depressivi materni (Duggan, Fuddy, Burrell et al., 2004), o se c'è la riduzione dei sintomi essa è di breve durata (Landsverk et al., 2002).

Ammendola et al. (2007) hanno sistematizzato la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) adattandola all'Home Visiting al fine di ottimizzare la sua efficacia per madri depresse che ricevono visite domiciliari.

E' stata utilizzata la terapia cognitiva comportamentale perché è un approccio che:

è compatibile con i diversi programmi di Home Visiting;

ha una solida base di evidenza di efficacia;

è flessibile e perciò una versione adattata potrebbe essere utilizzata e facilmente diffusa nei programmi di "Home Visiting".

IH-CBT combina i principi e le tecniche di CBT di base con una serie di procedure e strategie che promuovono l'impegno, rendono i contenuti adattabili alle esigenze delle madri nelle visite domiciliari, promuovono in modo esplicito il rapporto di collaborazione tra il terapeuta e gli operatori domiciliari al fine di coordinare e integrare i servizi (Robert T. et al., 2013).

Uno dei primi studi empirici sull'efficacia della IH-CBT è stato compiuto da Ammendola et al.

(2011) e ha mostrato, alla fine del trattamento, l'attenuazione della depressione nel 46,9% delle madri e la remissione totale dei sintomi nel 32,8%.

Un esempio di trattamento riportato da uno studio del 2013, successivo a quello di Ammendola et al., prevedeva quindici sessioni a cadenza settimanale della durata di sessanta minuti più una sessione di richiamo un mese dopo la terapia.

L'obiettivo primario della cura era la riduzione della depressione, ma in essa nel trattamento erano inclusi: attivazione comportamentale, individuazione dei pensieri e degli schemi automatici, ristrutturazione del pensiero e prevenzione delle ricadute.

Sono stati compiuti adeguamenti importanti per la IH-CBT nel gestire il setting, per il contesto di lavoro, per la popolazione di riferimento, per massimizzare i risultati in situazioni in cui la privacy può essere inesistente e gli ambienti domestici non sono dei migliori.

Fornire un trattamento in casa comporta anche dei vantaggi quali:

- osservare l'ambiente domestico;
- andare incontro a mamme socialmente isolate;
- aiutare le genitrici a gestire lo stress nel proprio ambiente reale;
- supportare le donne nella sfida genitoriale.

Anche in Italia esistono programmi di Home Visiting incentrati sulla genitorialità e tendenti a dare sostegno alle famiglie a rischio (Ammaniti et al., 2006; Riva-Crugnola, 2012).

La letteratura sull'efficacia della CBT prodotta dal 1991 al 2011 suggerisce la validità della terapia cognitivo comportamentale nel trattamento della depressione post partum, ma rivela che solo pochi studi si sono concentrati sulla sua efficacia nella prevenzione della depressione post partum (PPD) in donne a rischio. Le indagini sono poche e presentano difetti metodologici (Nardi B. et al., 2012).

Interventi basati sulla Mindfulness nella depressione perinatale materna e paterna

Negli ultimi anni, diversi studi pilota hanno fornito elementi che indicano il beneficio degli interventi basati sulla Mindfulness durante la gravidanza. Anche se non sono ancora ben chiari i meccanismi psicologici che sono alla base degli interventi clinici basati sulla Mindfulness, maggiormente evidenti sono i vantaggi clinici fra cui la riduzione dei livelli di stress, di depressione e il potenziamento delle emozioni positive (Chiesa A., et al., 2014).

Da qualche tempo esistono ricerche che indicano come la terapia cognitiva basata sulla Mindfulness può ridurre sia l'ansia, sia i sintomi di comorbilità nelle madri in attesa. E' statisticamente e clinicamente dimostrato che avvengono miglioramenti dell'ansia, della

preoccupazione, della depressione, dell'auto- compassione e della consapevolezza (Goodman J. H. et al., 2014).

La Mindfulness si potrebbe utilizzare per la prevenzione della depressione post partum sia nel periodo di gestazione, sia subito dopo perché a causa dei possibili rischi di esposizione ai farmaci psicotropi, è necessario avvalersi di approcci non farmacologici.

Il termine Mindfulness deriva dalla parola Sati e si riferisce a uno stato caratterizzato da "presenza mentale" e al verbo Serati che significa "ricordare". Jon Kabat Zinn definisce la Mindfulness come il "processo del prestare attenzione in modo particolare: intenzionalmente, in maniera non giudicante allo scorrere dell'esperienza nel presente, momento dopo momento" (Kabat Zinn, 2003). Si può definire Mindfulness "la consapevolezza momento per momento, della propria esperienza senza alcun giudizio" (Daphne M., Davis et al., 2012).

Il termine "Mindfulness" è stato usato per riferirsi allo stato psicologico di consapevolezza e alle pratiche che la promuovono, ai modi di elaborazione delle informazioni e ad un tratto caratteriale.

L'allenamento alla Mindfulness consente l'incremento della coscienza delle proprie intenzioni, emozioni, pensieri, parole e azioni e delle conseguenze che esse possono avere su di sé e sugli altri (Rainone, A., 2012). La consapevolezza trae origine da un'antica pratica buddista e la Mindfulness è composta da cinque tipologie di consapevolezza: "agire con consapevolezza", "osservare", "descrivere", "non-reagire all'esperienza interiore" e "non giudicare l'esperienza interiore" (Baer et al., 2006).

Diverse discipline e pratiche possono coltivare la consapevolezza, come lo Yoga, il Tai chi e Qigong, ma la maggior parte della letteratura si è concentrata sulla consapevolezza che si sviluppa attraverso la meditazione Mindfulness. Ciò è dovuto molto probabilmente all'incontro con la Terapia Cognitivo Comportamentale, avvenuto dal 1990 in poi, che ha consentito di mettere a punto dei veri e propri programmi d'intervento.

Da alcuni anni sono stati sviluppati diversi interventi "Basati sulla Mindfulness" come la "Spiritual Self Focus Schema Therapy" basata sulla Schema Therapy e le pratiche di consapevolezza, la Terapia Comportamentale costruita sull'Accettazione, impiegata per i disturbi d'ansia generalizzata (Acceptance and Commitment Therapy), la Dialectical Behavior Therapy della Linehan, l'Allenamento alla Consapevolezza del mangiare, l'Allenamento al Benessere, la Cura del neonato basata sulla Mindfulness (Rainone A., 2012).

La Mindfulness potrebbe essere utilizzata anche nella prevenzione della depressione perinatale paterna consentendo di fare un intervento con entrambi i genitori.

Nell'ambito della depressione post partum esistono due ricerche che hanno ottenuto buoni risultati ricorrendo a dei programmi basati sulla Mindfulness per l'accompagnamento al parto e la promozione della genitorialità (Duncan L., Bardacke N., 2009; Duncan L., Bardacke N. et al., 2012).

L'acquisizione della coscienza del proprio ruolo è stata descritta come una competenza chiave della genitorialità. Promuovere la consapevolezza nel contesto della genitorialità quotidiana e formare il padre e la madre sono le strade migliori per incrementare l'efficacia degli interventi della coppia sul figlio.

Tuttavia, l'evidenza scientifica sul ruolo della consapevolezza nella genitorialità è ancora scarsa e un programma vero e proprio a tal proposito non è stato ancora sviluppato. Proporre un modello di "genitorialità consapevole" può avere nuove implicazioni per la comprensione delle relazioni genitori-figli sani e per migliorare gli interventi preventivi focalizzati sulla famiglia (Duncan L., Bardacke N., 2009).

Pratiche di Mindfulness sono state impiegate con successo:

- negli interventi con le coppie sposate o conviventi in difficoltà per migliorare il funzionamento del rapporto;
- nel trattamento di genitori sostenuti dal metadone per ridurre il rischio di abusi sui minori;
- nei programmi per caregiver di persone con disabilità multiple;
- negli aiuti a genitori con bambini autistici.

I risultati conseguiti hanno suggerito che interventi basati sulla Mindfulness possono essere rivolti anche alle donne in gravidanza e ai loro partner per migliorare la capacità di affrontare lo stress derivante dalla transizione evolutiva alla genitorialità.

In un primo studio, Larissa G. Duncan et al. hanno ipotizzato che la coppia, sviluppando la "consapevolezza", impara a comprendere e ad accettare le esigenze del proprio bambino creando un ambiente più soddisfacente nel rapporto genitori-figlio. I genitori che imparano le pratiche di mindfulness sviluppano relazioni di qualità superiore con i loro figli, evitano comportamenti automatici, bisogni edonistici, sono meno propensi ad attivare atteggiamenti ostili e rabbiosi nelle relazioni familiari (Duncan L., Bardacke N., 2009).

Il modello di genitorialità consapevole basata sulla Mindfulness mira a cinque dimensioni che riguardano il rapporto genitori figli sintetizzati nella tabella sottostante:

- ascolto attento;
- accettazione non giudicante di sé e del bambino;

- consapevolezza emotiva di sé e del bambino;
- auto-regolazione del rapporto genitoriale;
- compassione per sé e per il bambino.

Sotto si possono vedere le dimensioni della pratica genitoriale consapevole (MSFP) nelle interazioni genitoriali

Dimensioni "mindful"	Comportamenti genitoriali da promuovere	Comportamenti genitoriali da ridurre
Ascoltare con attenzione	corretto discernimento dei comportamenti del bambino; percezione precisa della comunicazione verbale del piccolo; ascolto attivo e comunicazione efficace;	ridotto utilizzo e minore influenza delle proprie "costruzioni" cognitive e delle proprie attese.
Attenzione non giudicante di sé e del figlio	distinzione e sano equilibrio fra obiettivi centrati su di sé, sul figlio e sulla relazione; senso di auto-efficacia genitoriale; apprezzamento per i tratti del bambino;	diminuzione delle preoccupazioni auto dirette; minori aspettative irrealistiche nei confronti del figlio.
Consapevolezza emotiva di sé e del bambino	riconoscimento ed etichettamento delle proprie emozioni; risposte alle esigenze e alle emozioni del bambino; maggiore precisione nelle attribuzioni delle responsabilità;	minore distacco dalle emozioni del bambino; meno educazione indotta da emozioni negative (p.e. la rabbia, la delusione, la vergogna).
Autoregolazione nella relazione genitoriale	identificazione delle reazioni cognitivo-affettive automatiche; regolazione delle emozioni nel contesto "genitorialità"; svolgimento del ruolo genitoriale in conformità con gli obiettivi e i valori;	riduzione della disciplina impartita in modalità "automatica"; minor "dipendenza" dalle emozioni del bambino.
Compassione per sé e per il bambino	maggiore compassione per le difficoltà del figlio; più compassione per i propri sforzi genitoriali;	minima influenza dei sentimenti negativi nella relazione genitore-figlio; minore autocritica quando gli obiettivi genitoriali non sono raggiunti.

Tratto e adattato da Larissa G., Duncan J., Douglas Coatsworth e Mark T. Greenberg, 2009.

Un secondo studio sempre condotto da Larissa G. Duncan et al. nel 2011 ha applicato un programma basato sulla Mindfulness per il Parto e la Genitorialità: il "Mindfulness-Based Childbirth and Parenting" (MBCP).

Secondo la Stress e Coping Theory (Lazarus e Folkman, 1984), non tutti hanno la stessa esperienza di fronte ad un evento stressante. Alcuni individui lo valutano pericoloso o dannoso, altri possono considerare lo stesso evento come una sfida. La valutazione dello stress di un evento, come

la transizione alla genitorialità, se è giudicato come una sfida anziché una minaccia la coppia può sperimentare sensazioni più positive (p.e. eccitazione) e, di conseguenza, impegnarsi in comportamenti adattivi. Per una donna incinta, la pratica della consapevolezza può portare a strategie di coping più proattive e adattive, alla sperimentazione di emozioni più positive, alla riduzione delle risposte allo stress che possono essere dannose per il proprio benessere e per lo sviluppo del feto.

Il programma MBCP (Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Program), come il programma di MBSR, suggerisce tecniche di meditazione di consapevolezza quale approccio di autoregolazione per la salute e il benessere fisico ed emotivo.

Il programma MBCP è un adattamento del programma di riduzione dello stress (MBSR) fondato da Jon Kabat-Zinn, destinato sia ad aiutare i partecipanti a "essere nel momento presente" sia a consentire ai genitori di vivere la cura del figlio con consapevolezza, gentilezza e connessione (Duncan L., Bardacke N., 2012).

Lo studio pilota di Duncan L. e Bardacke N. del 2012 ha proposto un programma di MBCP che necessita di ulteriori approfondimenti futuri. Esso ha consentito, però, di ampliare le strategie d'intervento nell'ambito della depressione perinatale non solo nei confronti della madre ma anche dei padri.

Il programma MBCP è costituito da un incontro alla settimana di tre ore per nove settimane. Prevede un ritiro nel weekend fra il sesto e il settimo incontro e una riunione alla quarta e alla dodicesima settimana con le donne che hanno partorito. I partecipanti, durante il periodo del corso, sono invitati a impegnarsi a casa nella pratica della meditazione utilizzando registrazioni guidate per trenta minuti al giorno, sei giorni a settimana. L'insegnamento della Mindfulness è integrato con informazioni circa i processi psicologici della gravidanza, del travaglio, del parto, dell'allattamento al seno, del post-parto e delle esigenze del neonato. Inoltre, nel percorso si presentano una serie di pratiche per gestire il dolore e accettare le sensazioni corporee particolarmente intense. I partecipanti sono incoraggiati a capire come la "non reattività", la concentrazione e la calma praticate con la meditazione possono essere utilizzate per permettere alle sensazioni spiacevoli di emergere per poi sparire naturalmente. Al partner vengono insegnate le pratiche di gestione del dolore insieme alla propria donna cosicché sviluppa una comprensione empatica nei confronti di essa durante il dolore del parto.

Nel corso, oltre ad insegnare la pratica della consapevolezza, si cerca di incoraggiare il senso di condivisione tra genitori "in attesa" per ridurre il potenziale impatto dell'isolamento sociale sulla

salute mentale dell'unigenito, nel periodo post parto. Il lavoro in gruppo permette alle coppie di sentire che gli elementi di stress possono essere condivisi con gli altri.

I risultati di questo studio pilota sembrano essere promettenti. Si sono avuti effetti nella riduzione dell'ansia rispetto la gravidanza, nell'aumento della consapevolezza e nella manifestazione di emozioni positive. I risultati quantitativi e qualitativi indicano che le donne incinte, partecipanti al programma, utilizzano la consapevolezza più frequentemente per affrontare gli aspetti stressanti della gravidanza e della vita familiare nella fase post parto, riportando strategie di cooping più adatte a gestire lo stress (Duncan L., Bardacke N., 2012).

Conclusioni

Nell'elaborato ho analizzato le ultime ricerche condotte nell'ambito della depressione perinatale e sono giunta alla conclusione che la sintomatologia depressiva del periodo perinatale è dovuta a cause multifattoriali.

Nello studio dei disturbi del periodo perinatale occorre tener conto della condizione psicologica di entrambi i genitori. E' importante, per la prevenzione della depressione materna e per proteggere la relazione madre- bambino, riconoscere il ruolo ricoperto dal padre sin dall'inizio della gravidanza e cercare di coinvolgerlo sia durante il periodo di gestazione della donna, sia in quello successivo al parto. La depressione perinatale paterna è stata poco studiata rispetto a quella materna anche se negli ultimi anni l'interesse sull'argomento è aumentato.

L'analisi effettuata della letteratura scientifica mi consente di fare alcune considerazioni e riflessioni sullo sviluppo della ricerca in tale ambito e sull'atteggiamento assunto dai maschi nella società attuale.

La transizione alla paternità rappresenta per l'uomo, così come per la donna, un periodo di vulnerabilità psicologica da non sottovalutare. L'incidenza della depressione perinatale maschile anche se inferiore rispetto a quella femminile è comunque elevata e troppo spesso sottostimata.

Un altro aspetto importante emerso è che nel periodo perinatale gli stati psicologici delle madri e dei padri non solo sono correlati, ma si influenzano reciprocamente. I disturbi depressivi, ansiosi e comportamentali del padre possono incidere e favorire una reazione depressiva nella donna, condizionando lo sviluppo psicologico e fisico del nascituro.

La maggior parte delle ricerche condotte sul trattamento della depressione perinatale paterna non ha ancora indagato l'efficacia delle psicoterapie e dei trattamenti antidepressivi. Pertanto, attualmente, non sono ancora chiare le informazioni sulle modalità di conduzione dello screening sulla depressione perinatale e sulle terapie più indicate per il sostegno psicologico.

L'analisi delle ultime ricerche suggerisce di considerare i problemi coniugali nella fase pre e post parto, nei programmi di screening dell'intervento sulla depressione perinatale maschile e femminile. Nella realtà, spesso, tale indagine non avviene , ignorando così, che una buona sessualità all'interno della coppia, durante la gravidanza e il periodo post partum, può promuovere più benessere e intimità.

Sarebbe auspicabile fornire alla coppia un counseling sessuale nella gravidanza e nel periodo post parto. Alcune ricerche hanno mostrato che la depressione è un importante predittore del calo del desiderio sessuale e lo influenza psicologicamente.

I medici dovrebbero cercare di impegnarsi in una discussione aperta con la coppia e fornire informazioni preventive sulle modificazioni previste nell'ambito della salute sessuale. Occorrerebbe promuovere, durante la gravidanza e nel periodo post partum, la realizzazione di studi per chiarire ulteriormente la comprensione della funzione sessuale nell'ambito della depressione perinatale.

Negli ultimi anni si stanno diffondendo, per quanto riguarda i trattamenti, terapie sulla prevenzione e sulla cura della depressione perinatale, tra cui il Programma Home Visiting e il MBCP.

Il programma di MBCP (Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Program), insegnando le abilità necessarie per affrontare il parto e la genitorialità, amplia le strategie di azione per prevenire le situazioni psicopatologiche che si possono verificare durante la gravidanza sia nell'uomo sia nella donna, promuovendo risposte sane allo stress psicologico e fisiologico.

Anche se sono stati compiuti notevoli progressi in termini di aumento di sensibilizzazione del mondo medico e dell'opinione pubblica, rimangono ancora lacune di fondamentale importanza nella comprensione della depressione perinatale. Ad esempio, c'è ancora molto da imparare circa la patogenesi di fondo, l'impatto a lungo termine della depressione perinatale, il modo migliore per trattare la depressione post partum sia nel padre che nella madre e la sessualità nel periodo pre e post parto.

Alla luce di quanto detto sinora vorrei evidenziare, partendo da alcune considerazioni personali, la necessità di ampliare e approfondire al più presto le suddette problematiche.

Tutti sappiamo che il rapporto di coppia è alla base della sanità familiare e della società civile. Vale dunque la pena di considerare i mali che l'affliggono e i possibili rimedi perché essa possa essere più unita e serena e soprattutto perché dia alle generazioni future uno sviluppo di vita migliore e più consono alle loro aspettative. Molto spesso la società induce a bisogni fittizi, trovando terreno fertile in molti genitori che non riescono a distinguere le necessità reali e

conducono i figli nella trappola in cui sono caduti essi stessi. Da questo pericolo non è esente nessuna famiglia a qualunque ceto sociale essa appartenga.

Il rapporto tra genitori e figli è diventato, nel tempo, più complesso perché sono profondamente mutate le esigenze, i ritmi di vita, il lavoro e la stessa procreazione.

Il crescente senso di incertezza, di ansiosa inquietudine, di paura latente determinata dalla amara e dolorosa constatazione che la vita è tormentata dalla violenza, dalla malattia, dalla criminalità, dal terrore, dalla corruzione, dall'odio, dalla povertà, dalla disoccupazione ecc. spinge la coppia a riflettere su una probabile gravidanza. In alcuni padri, inoltre, nel momento in cui devono affrontare il problema perinatale e la depressione post parto femminile, affiora ancora l'atteggiamento maschilista al di sotto della tenue scorza "progressista" e "democratica" dell'uomo nuovo.

E' grave quando atteggiamenti conservatori, rivelanti la sopravvivenza di pregiudizi, di profondi e ancestrali convincimenti, sono presenti anche negli uomini che svolgono la professione medica o seguono le coppie a vario titolo. Ebbene, il maschio non può sottrarsi al suo ruolo, come uomo, compagno di vita, padre e cittadino. E' necessario che si assuma le proprie responsabilità in tema di gravidanza e di nascita senza caricare la donna di tutto il fardello delle questioni e delle preoccupazioni che una tale fase della vita inevitabilmente comporta.

La ricerca scientifica, da parte sua, può offrire gli strumenti indispensabili, non solo per allargare la conoscenza ma anche per migliorare e gestire il rapporto all'interno della coppia e di essa con i figli, se viene applicata e consigliata dalle persone che assistono la donna e l'uomo durante l'esperienza della gravidanza.

Le indagini scientifiche effettuate, se utilizzate, diventano una forza reale, dando origine a un processo che incide positivamente e profondamente sulle condizioni di vita, sul destino dell'essere umano, della sua famiglia e di conseguenza sulla società.

Infatti, gli studi scientifici del nostro tempo sono rivolti non soltanto a elaborare una conoscenza fine a se stessa della realtà, ma sono impiegati direttamente sia nella soluzione dei problemi che da sempre affliggono l'uomo, sia nello sviluppo costante della società civile.

Bibliografia

Affonso DD., De AK., Horowitz JA., Mayberry L. J.(2000). An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. Journal of Psychosomatic Research. 49(3):207-16.

Allwood CW., Berk M., Bodemer W. (2000). An investigation into puerperal psychoses in black women admitted to Baragwaneth Hospital. South Africa Medical Journal. 90(5):518-20.

Altshuler LL., Cohen LS., Moline ML., Kahn DA., Carpenter D., Docherty JP. (2001) The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of depression in women. Postgraduate Medicine. (Spec No):1-107.

Amaru D., Le Bon O. (2014). Postpartum depression: correlations and predictive factors. Revue Médicale de Bruxelles. 35(1):10-6.

Ammaniti M, Candelori C., PolaM.,Tambelli R. (1995). Maternità e gravidanza .Studio delle rappresentazioni materne. Raffaello Cortina, Milano.

Ammaniti M., Sergi G., Speranza A. M., Tambelli R., Muscetta S., Lucarelli L., Vismara L., Odorisio F., Cimino S. (2006). A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. Infant Mental Health Journal. (27):70-90.

Ammerman RT., Putnam FW., Altaye M., Stevens J., Teeters AR., Van Ginkel JB.(2013). A clinical trial of in-home CBT for depressed mothers in home visitation. Behaviour Therapy. 44(3): 359–372.

Baker J.,Mancuso M., Montenegro M., Lyons., B.A. (2002). Treating postpartum depression. Physiacian Assistant. 26(10):37-44.

Baldoni F., Ceccarelli L. (2010). La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca empirica e clinica. Infanzia e adolescenza. 9(2):79-92.

Baunti S., Mauri M.,Oppo A., Borri C., Rambelli C., Ramacciotti D., Montagnani Ms., camilleri V., Cortopassi S., Rucci P., Cassano GB., (2011). From Third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, Incidence, recurrence and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research e screening unit study. Comprehensive Psychiatry. 52(4):343-51.

Beard JL., Hendricks MK., Perez EM., Murray-Kolb LE., Berg A., Vernon-Feagans L., Irlam J., Isaacs W., Sive A., Tomlinson M. (2005). Maternal iron deficiency anemia affects postpartum emotions and cognition. The Journal of Nutrition. 135(2):267-72.

Beck CT. (2006). Postpartum depression: it isn't Just the blues. The American Journal of Nursery. 106(5):40-50.

Beck CT. (2008). State of the Science on postpartum depression: what nurse researchers have cintributed -part 2. MCN. The American Journal of Maternal Child Nursery. 33(3): 151-6.

Beck CT., Gable RK., Sakala C., Declercq ER. Posttraumatic stress disorder in new mothers: results from a two-stage U.S. national survey. Birth. 38(3):216-27.

Beck CT., Indman P. (2005). The many faces of postpartum depression. Journal of Obstetric Gynaecological and Neonatal Nursery. 34(5):569-76.

Bergström M. (2014). Depressive symptoms in new first-time fathers: associations with age, sociodemographic characteristics, and antenatal psychological well-being. Birth. 40(1):32-8.

Bogren LY. (2001) Changes in sexuality in women and men during pregnancy. Archive of Sexual Behaviour. 20 (1): 35-45.

Boller K, Strong DA. (2010). Home visiting: Looking back and moving forward. Sito Zero to Three. (http://main.zerotothree.org). 30(6):4–9.

Borg Cunen N., McNeill J., Murray K1. (2014). A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress. Midwifery. 30(2):170-84.

Brockington IF., Macdonald E., Wainscott G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. Archives of Women's Mental Health. 9(5):253-63.

Brtnicka H., Weiss P., Zverina J. (2009). Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. Bratislavské Lekàrske Listy. 110(7):427-31.

Buist A., Morse CA., Durkin S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. Journal of Obstetric Gynaecological and Neonatal Nursery. 32(2):172-80.

Chiesa A., Anselmi R, Serretti A. (2014). Psychological mechanisms of mindfulness-based interventions: what do we know? Holistic Nursing Practice. 28(2):124-48.

Chiesa A., Mandelli L, Serretti A. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy versus psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment: a preliminary analysis. Journal of the Alternative and Complementary Medicine. 18(8):756-60.

Chivers ML., Pittini R., Grigoriadis S., Villegas L., Ross LE. (2011). The relationship between sexual functioning and depressive symptomatology in postpartum women: a pilot study. Journal of sex research. 8(3):792-9.

Crncec R., Barnett B., Matthey S. (2008). Development of an instrument to assess perceived self-efficacy in the parents of infants. Research in Nursing & Health. 31(5):442-53.

Currid TJ. (2005). Psychological issues surrounding paternal perinatal mental health. Nursing Times. 101(5):40-2.

Currò V., De Rosa E., Maulucci S., Maulucci ML., Silvestri MT., Zambrano A., Regine V. (2009). The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postnatal depression symptoms at well child visit. Italian Journal of Pediatry. 28;35(1):32.

Davis D.M, Hayes J.A. (2012). What Are the Benefits of Mindfulness? A Practice Review of Psychotherapy-Related Research. Journal Psychotherapy. (Vol. 48, No. 2).

De Judicibus MA., Mc Cabe MP. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. Journal of sex research. 39(2):94-103.

Demontigny F., Girard ME., Lacharité C., Dubeau D., Devault A. (2013). Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. Journal of Affective Disorders. 150(1):44-9.

Dennis CL. (2004). Treatment of postpartum depression, part 2: a critical review of nonbiological interventions. The Journal of Clinical Psychiatry. 65(9):1252-65.

Dennis CL., Ross L.. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. Journal of Advanced Nursery. 56(6):588-99.

Dennis CL., Stewart DE. (2004). Treatment of postpartum depression, part 1: a critical review of biological interventions. The Journal of Clinical Psychiatry. 65(9):1242-51.

Dørheim SK., Bjorvatn B., Eberhard-Gran M. (2014). Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study. PLoS One Journal. 14;9(4):e94674.

Duggan A., Fuddy L., Burrell L., Higman SM., McFarlane E., Windham A., Sia C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program to prevent child abuse: impact in reducing parental risk factors. Child Abuse and Neglect. 28(6):623-43.

Duncan LG, Bardacke N., 2010. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period. Journal of Child and Family Studies. 19(2):190-202.

Duncan LG., Coatsworth JD., Greenberg MT. (2009). A Model of Mindful Parenting: Implications for Parent–Child Relationships and Prevention Research. Clinical Child and Family Psychological Review. 12(3): 255–270.

Edward KL1, Castle D, Mills C, Davis L, Casey J.(2014). An Integrative Review of Paternal Depression. American Journal of Men's Health. Maggio 2014 (in fase di stampa).

Farr SL., Dietz PM., O'Hara MW., Burley K., Ko JY. (2014). Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women. Journal of Women's Health. 23(2):120-8.

Fellenzer JL., Cibula DA. (2014). Intendedness of Pregnancy and Other Predictive Factors for Symptoms of Prenatal Depression in a Population-Based Study. Maternal and Child Health Journal. Maggio 2014 (in fase di stampa).

Fisher J., Cabral de Mello M., Patel V., Rahman a., Tran T., Holton S., Holmes W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. Bulletin of the World Health Organisation. 90(2): 139G-149G.

Fisher SD1, Kopelman R, O'Hara MW. (2012). Partner report of paternal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale-Partner. Archives of Women's Mental Health. 15(4):283-8.

Fossey L1, Papiernik E, Bydlowski M. (1997). Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression? Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. 18(1):17-21.

Francisco MD., Mattar R., Bortoletti FF., Nakamura MU. (2014). Sexuality and depression among pregnant women with recurrent spontaneous abortion. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Maggio 2014 (in fase di stampa).

Furuta M1, Sandall J, Cooper D, Bick D. (2014). The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6-8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit. BMC Pregnancy Childbirth. 7 (14):133.

Gawlik S., Muller M., Hoffmann L., Dienes A., Wallwiener M., Sohn C., Schlehe B., Reck C. (2014). Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. Archives of Women's Mental Health. 17(1):49-56.

Goodman JH., Guarino A., Chenausky K., Klein L., Prager J., Petersen R., Forget A., Freeman M. (2014). CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. Archives of Women's Mental Health. Maggio 2014 (in fase di stampa).

Goodman JH., Santangelo G. (2011). Group treatment for postpartum depression: a systematic review. Archives of Women's Mental Health. 14(4):277-93.

Goodman JK. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. Journal of Advanced Nursery. 45(1):26-35.

Grussu P, Quatraro RM. (2013). Maternity blues in Italian primipara women: symptoms and mood states in the first fifteen days after childbirth. Health Care for Women International. 34(7):556-76.

Hames C. T., (1980). Sexual needs and interests of postpartum couples. Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursery.

Hanington L., Heron J., Stein A., Ramchandani P. (2012). Parental depression and child outcomes--is marital conflict the missing link? Child: Care, Health and Development. 38(4):520-9.

Hipp LE., Kane Low L., van Anders SM. (2012). Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. Journal of sex research. 9(9):2330-41

Hofmann SG., Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioural Therapy: A Review of Meta-analyses. Cognitive Therapy and Research. 36(5):427-440.

Hou Y., Hu P., Zhang Y., Lu Q., Wang D., Yin L., Chen Y., Zou X. (2014). Cognitive behavioural therapy in combination with systemic family therapy improves mild to moderate postpartum depression. Revista Brasileira de Psiquiatria. 36(1):47-52.

Hughes A., Williams M.,Bardacke N., Duncan L.G., Dimidjian S., Goodman S.H. (2009). Mindfulness approaches to childbirth and parenting. Britsh Journal of Midwifery. 17(10): 630–635.

Jesse DE1, Blanchard A, Bunch S, Dolbier C, Hodgson J, Swanson MS (2010). A pilot study to reduce risk for ante partum depression among women in a public health prenatal clinic. Issues Mental Health Nursery. 31(5):355-64.

Johnson CE. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum. Journal of Sexual Medicine. 8(5):1267-84.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice. (10):144–156.

Kammerer M., Marks MN., Pinard C., Taylor A., von Castelberg B., Künzli H., Glover V.(2009). Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in pregnancy and post partum. Archives of Women's Mental Health. 12(3):135-41.

Kendall-Tackett K1, Cong Z, Hale TW. (2013). Depression, sleep quality, and maternal well-being in postpartum women with a history of sexual assault: a comparison of breastfeeding, mixed-feeding, and formula-feeding mothers. Breastfeeding Medicine. 8(1):16-22.

Landsverk J., Carrilio T., Connelly CD., Granger WC., Slymen DJ., Newton RR., Jones C. (2002). Familes San Diego clinical trial: Technical report. San Diego Children's Hospital and Health Center; San Diego: Healthy.

Lazarus RS, Folkman S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

Leeman LM1, Rogers RG. (2012). Sex after childbirth: postpartum sexual function. Obstetrics and Gynecology. 119(3):647-55

Letourneau N., Duffett-Leger L, Dennis CL, Stewart M, Tryphonopoulos PD. (2011). Identifying the support needs of fathers affected by post-partum depression: a pilot study. Journal of Psychiatric of Mental Health Nursing. 18(1):41-7.

Letourneau N., Tryphonopoulos PD., Duffett-Leger L., Stewart M., Benzies K., Dennis CL., Joschko J.(2012). Support intervention needs and preferences of fathers affected by postpartum depression. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing. 26(1):69-80.

Luca D. Bydlowski M., (2001). Dépression paternelle et périnatalité. Le CarnetPsy. (67):28-33.

Mao Q., Zhu LX., Su XY. (2011) A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers. Journal of Clinical Nursing. 20(5-6):645-52.

Mauri M. , Banti S . (2003). Post-partum depression. Journal of Psychopatology. Vol. 9, June, Issue 2.

Mc Lennan A., Wilson D., Taylor A., (1996). The self reported prevalence of postnatal depression. Austrialian and New Zealand Journal of Obstretic and Gynecology. 36 (13):313-320.

McCrory C., McNally S. (2011). The effect of pregnancy intention on maternal prenatal behaviours and parent and child health: results of an irish cohort study. Paediatric and Perinatal Epidemiology. 27(2):208-15.

Mohammad K.I, Gamble J., Creedy DK. (2011). Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. Midwifery. 27(6):e238-45.

Morganti G., Castelli P., Pietrapaoli E. (2015). Depressione Post-Partum: diagnosi e trattamento. Giornata di studio organizzata dal Centro Clinico De Sanctis e dalla SIPSI e patrocinato dalla APC di Roma il 17/01/2015.

Morof D, Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. (2003). Postnatal depression and sexual health after childbirth. Obstetrics and Gynecology. 102 (6): 1318-1325.

Munk-Olsen T., Jones I., Laursen TM. (2014). Birth order and postpartum psychiatric disorders. Bipolar Disorder. 16(3):300-7.

Nardi B1, Laurenzi S, Di Nicolò M, Bellantuono C. (2012). Is the cognitive-behavioural therapy an effective strategy also in the prevention of post partum depression? a critical review. Rivista di Psichiatria. 47(3):205-13.

Nemeroff CB. (2008). Understanding the pathophysiology of postpartum depression: implications for the development of novel treatments. Neuron. 59(2):185-6.

Nilsen AB., Waldenström U., Rasmussen S., Hjelmstedt A., Schytt E. (2013). Characteristics of first-time fathers of advanced age: a Norwegian population-based study. BMC Pregnancy Childbirth. 30;13:29.

Nishimura A. e Ohashi K, (2010). Risk factors of paternal depression in the early postnatal period in Japan. Nursing and Health Science. 12(2):170-176.

O'Hara M. W., McCabe J. E., 2013. Postpartum depression: current status and future directions. Annual Review of Clinical Psychology. 9:379-407.

O'Hara MW, Wisner KL. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. Best Practice e Resea Clinical Obstetrics e Gynaecology. 28(1):3-12.

O'Hara MW. (2009). Postpartum depression: what we know. Journal of Clinical Psychology. 65(12):1258-69.

O'Hara MW., Schlechte JA., Lewis DA., Varner MW. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. Journal of Abnormal Psychology. 100(1):63-73.

O'Hara MW., Zekoski EM., Philipps LH., Wright EJ. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. Journal of Abnormal Psychology. 99(1):3-15.

O'Keane V., Lightman S., Patrick K., Marsh M.,Papadopoulos AS., Pawlby S., Seneviratne G., Taylor A., Moore R. (2011). Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum 'blues'. Journal of Neuroendocrinology. 23(11):1149-55.

O'Mahen H1, Himle JA, Fedock G, Henshaw E, Flynn H. (2013). A pilot randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for perinatal depression adapted for women with low incomes. Depress Anxiety. 30(7):679-87.

O'Malley D1, Smith V. (2013). Altered sexual health after childbirth: part 1. Practicing Midwife. 16(1):30-2.

O'Malley D1, Smith V.(2013). Altered sexual health after childbirth: Part 2. Practicing Midwife. 16(2):27-9.

Patel V., Rodrigues M., DeSouza N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. The American Journal of Psychiatry. 159(1):43-7.

Paulson JF., Bazemore SD. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. JAMA. 303(19):1961-9.

Perez-Blasco J1, Viguer P, Rodrigo MF. (2013). Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breast-feeding mothers: results of a pilot study. Archives of Women's Mental Health. 16(3):227-36.

Perren S., von Wyl A., Bürgin D., Simoni H., von Klitzing K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: associations with parental psychopathology and child difficulty. Journal of Psychosomatic of Obstetric Gynaecology. 26(3):173-83.

Polachek IS., Harari LH, Baum M, Strous RD. (2012). Postpartum post-traumatic stress disorder symptoms: the uninvited birth companion. The Israel of Medical Association Journal. 14(6):347-53.

Rainone, A., (2012). La Mindfulness. Il non fare, l'accettare e il fare consapevole. Cognitivismo Clinico. 9 (2:)135-150.

Reck C., Stehle E., Reinig K., Mundt C.(2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. Journal of Affective Disorders. 113(1-2):77-87.

Riva-Crugnola C.,(2012). La relazione genitore- bambino.Tra adeguatezza erischio. Il Mulino, Milano.

Robert T. Ammerman, Frank W. Putnam, Nicole R. Bosse, Angelique R. Teeters, and Judith B. Van Ginkel. (2010). Maternal Depression in Home Visitation: A Systematic Review. Aggression and Violent Behaviour. 15(3): 191–200.

Ross LE., McLean LM. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. Journal of Clinical Psychiatry. 67(8):1285-98.

Rowe HJ., Holton S., Fisher JR. (2013). Postpartum emotional support: a qualitative study of women's and men's anticipated needs and preferred sources. Austrialian Journal of Primary Health. 19(1):46-52.

Scrandis DA., Sheikh TM., Niazi R., Tonelli LH., Postolache TT. (2007). Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. The Scientific World Journal. 22 (7):1670-82.

Sharma V, Mazmanian D. (2014). The DSM-5 peripartum specifier: prospects and pitfalls. Archives of Women's Mental Health. 17(2):171-3.

Söderquist J., Wijma B., Thorbert G., Wijma K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. BJOG: international journal of obstetric and gynaecology. 116(5):672-80.

Trautmann-Villalba P., Hornstein C. (2007). Children murdered by their mothers in the postpartum period. Nervenarzt. 78(11):1290-5.

Verkerk GJ., Denollet J., Van Heck GL., Van Son MJ., Pop VJ. (2005). Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study. Psychosomatic Medicine. 67(4):632-7.

Wynter K.,Rowe H.,Fisher J. (2013). Interaction between perceprions of relantionship quality and postnatal depressive symptoms in Austrialian, primiparous women and their partners. Austrialian Journal of Primary Health. Maggio 2014 (in fase di stampa).

Zaers S., Waschke M., Ehlert U. (2008). Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. 29(1):61-71.

Stefania Cicchiello

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva

Sede: Roma, training R. Lorenzini , G. Gardner e

e-mail: s.cicchiello@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

Il lutto nella cinematografia

Federica Petroni[1]

[1] Psicoterapeuta, Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma

Riassunto

Il dolore per la perdita di una persona cara è un'esperienza molto comune che, primo o poi, impatta il vissuto di ciascun essere umano nel corso della propria vita. Questo lavoro ha lo scopo di presentare i processi psicologi che sottendono l'elaborazione del lutto, focalizzando l'attenzione sulle fasi che portano alla risoluzione dello stesso basate sulla teoria formulata da J. Bowlby. Partendo da questa traccia, si è voluto analizzare quattro film che portano in evidenza il lutto come processo di ricostruzione di sè. Seguendo una lettura di tipo post-razionalista, analizzeremo il profilo psicologico dei protagonisti di queste storie ipotizzando che gli stessi affrontino il lutto secondo modalità tipiche della propria organizzazione di significato personale.

Parole chiave: lutto, attaccamento, lutto nella cinematografia, cognitivismo post-razionalista, Solaris, Caos Calmo, Vertigo, Film Blu.

Summary

The pain of losing a loved one is a very common experience that, sooner or later, impacts the experience of each human being in the course of his life.

This work aims to present the psychologist processes which underlie the elaboration of the mourning, focusing on the steps leading to the resolution of the same,

based on the theory formulated by J. Bowlby. Starting on this trace, it was decided to analyze four films that carry out the mourning as a process of reconstruction of itself. Following a post-rationalist type vision, we're going to analyze the psychological profile of the protagonists of these stories, assuming that they address the mourning in a typical manner of the organization of personal meaning.

Key words: mourning, attachment, mourning in cinematography , post-rationalist cognitivism, Solaris, Vertigo, Caos Calmo, Three Colors: Blue.

Introduzione

L'intento di questo lavoro è dare una lettura in chiave post-razionalista dell'elaborazione del lutto nella cinematografia.

Federica Petroni, *Il lutto nella cinematografia* , N. 15, 2015, pp. 37-49

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.iit

Prima di trattare l'argomento centrale della tesi descriveremo le teorie psicologiche che negli anni si sono occupate del cordoglio, soffermandoci in particolare sulle quattro fasi che tipicamente accompagnano il processo del lutto, basandoci soprattutto sulle teorie formulate da J.Bowlby, con la Teoria dell'Attaccamento, e da C.M.Parkes, all'interno della Teoria della Transizione psico-sociale.

Particolare attenzione sarà rivolta ad alcuni aspetti indicativi di patologia, come la presenza di rabbia e di sentimenti ostili verso il defunto che vengono dagli autori spiegati e integrati nel processo di elaborazione del lutto.

Saranno poi descritte le condizioni che complicano il normale compimento di tale processo e le conseguenti possibili tipologie di lutto patologico.

Nella seconda parte, seguendo l'approccio sistemico processuale, verranno analizzati quattro film che trattano del lutto da diverse prospettive attraverso stile, tecniche e approcci completamente diversi (un film di fantascienza, un thriller, un film drammatico francese e uno italiano).

Verrà abbozzata un'ipotesi sull'organizzazione di personalità dei personaggi e il loro modo di affrontare la perdita della persona amata. Ma il fil rouge che lega queste quattro storie sarà sottolineare l'importanza di giungere alla definizione di una propria nuova identità come meccanismo fondamentale per la completa elaborazione del lutto.

Teorie psicologiche del lutto

Il lavoro del lutto: la teoria di S. Freud

Il tema del lutto viene affrontato per la prima volta in psicologia da S.Freud nell'articolo intitolato Lutto e melanconia, pubblicato nel 1917 sulla rivista Internazionale Zeitschitschrift für ärztliche Psychoanalyse.

"La prova della realtà ha mostrato che l'oggetto amato non esiste più, e esige che tutta la libido sia sottratta ai suoi legami con quell'oggetto. Tale richiesta fa sorgere una comprensibile opposizione: infatti, tutti avranno osservato che le persone non abbandonano mai volentieri una posizione libidica, neppure quando sentono già il richiamo di un sostituto. Questa opposizione può essere così intensa che ci troviamo di fronte a un rigetto della realtà e ad una stretta adesione all'oggetto attraverso il mezzo costituito dalla psicosi allucinatoria del desiderio. Di solito ha la meglio il rispetto per la realtà, tuttavia, i suoi ordini non vengono eseguiti immediatamente, ma solo un po' alla volta, con grande dispendio di tempo e di energia, e nel frattempo viene prolungata psichicamente l'esistenza dell'oggetto perduto. Tutti i ricordi e le aspettative in cui la libido era legata all'oggetto, vengono evocati individualmente e subiscono una ipercarica, perché si compie il

distacco della libido rispetto ad esso. La verità, comunque è che una volta completato il lavoro del lutto, l'Io ritorna libero e perde l'inibizione."

Questa definizione influenzerà tutta la letteratura psicologica clinica e teorica riguardante il lutto, innanzitutto nella terminologia: infatti, nonostante la sua connotazione sociale sopra descritta, la parola "lutto" sarà utilizzata dagli psicologi per descrivere i processi psicologici che intervengono in seguito alla morte di una persona cara.

Un altro aspetto che sarà condiviso dalle diverse formulazioni teoriche riguarda la natura dei processi che intervengono nel lutto, ovvero l'effetto, almeno in qualche misura, di ritirare l'investimento affettivo dalla persona perduta, aprendo così la possibilità di stabilire un nuovo rapporto con un'altra persona.

Dopo Freud, la psicologia clinica continua ad occuparsi di questo tema, ma si focalizza sul paziente adulto malato, in particolare sul paziente depresso, come unico punto di partenza, con inevitabili problemi di generalizzazione e con una focalizzazione sulle varianti patologiche (in Lutto e Melanconia Freud avanza l'ipotesi che isteria e melanconia siano manifestazioni di lutto patologico che seguono a una perdita più o meno recente) piuttosto che sullo studio del processo normale del lutto. Inoltre sono pochi gli psicoanalisti (Melanie Klein) che, nel cercare le radici infantili della depressione, concettualizzano tali esperienze in termini di perdita o di minaccia di perdita, e di lutto subito nell'infanzia, parlando piuttosto di esperienze infelici nei primi anni di vita del paziente.

Anche perché viene rifiutato il concetto di lutto per bambini in tenera età, in quanto avrebbero un Io troppo poco sviluppato per reggere il peso del lavoro di elaborazione del lutto, con il ritiro della libido dall'oggetto.

Sotto questo aspetto il concetto di lutto viene circoscritto esclusivamente a quello di lutto "sano", mentre i processi difensivi patologici non sono considerati una variante, ma un'alternativa al lutto stesso (René Spitz, Anna Freud).

Teoria dell'attaccamento: la formulazione della teoria del lutto di J. Bowlby.

La prima sistematica formulazione dei processi psicologici che intervengono nell'elaborazione del lutto si deve a John Bowlby e alla sua teoria dell'attaccamento.

Egli, di formazione psicoanalitica, ma aperto ai contributi dell'etologia e delle teorie cognitive, negli anni '50 del secolo scorso, presso la Tavistock Clinic di Londra, compie delle ricerche sulle condizioni psichiche dei bambini lontani dalla famiglia arrivando alla formulazione della "teoria dell'attaccamento".

L'originalità di questa teoria consiste nel riconoscimento della centralità che il comportamento di attaccamento, in quanto classe di comportamenti dotata di dinamica propria e distinta da quella di nutrizione e sessuale, occupa nella vita degli esseri umani così come degli animali.

Questo comportamento, caratteristico di molte specie nel corso della loro evoluzione, avrebbe il ruolo di garantire la sopravvivenza dell'individuo difendendolo dai diversi pericoli come il freddo, la fame e i predatori. Lo sviluppo sano di questo comportamento porterebbe allo sviluppo di legami affettivi di attaccamento e accudimento, all'inizio tra genitore e bambino, poi tra adulto e adulto. Le forme di comportamento e i legami a cui esse portano sarebbero presenti e attivi per tutto il corso della vita, quindi non limitate all'infanzia.

Lo scopo del comportamento di attaccamento sarebbe quello di mantenere un certo grado di vicinanza o di comunicazione con la figura (o le figure) privilegiata di attaccamento. Il formarsi (innamoramento), il persistere (voler bene), il rompersi (perdita) e il rinnovarsi (ricongiungimento) dei rapporti di attaccamento generano molte intense emozioni: la persistenza di un legame senza alcun pericolo di perdita genera sicurezza, il rinnovamento genera gioia, il pericolo di perdita genera angoscia, la perdita genera sofferenza. Sotto questo aspetto Bowlby associa la psicologia e la psicopatologia dei legami affettivi alla psicologia e alla psicopatologia delle emozioni.

Le esperienze vissute con le figure di attaccamento nell'infanzia, nella fanciullezza e nell'adolescenza sono ritenute da Bowlby fondamentali nel determinare il corso che assumerà lo sviluppo del comportamento di attaccamento e il modello in cui finirà per organizzarsi.

Poiché lo scopo di un comportamento di attaccamento è mantenere un legame affettivo, qualsiasi situazione che sembra mettere in pericolo tale legame suscita un'azione destinata a proteggerlo; maggiore è il pericolo della perdita, più intenso e multiforme è il tipo di azione suscitata per impedirla. In tali circostanze vengono attivate tutte le più potenti forme di comportamento di attaccamento (aggrapparsi, piangere e gridare, eventualmente anche una rabbiosa coercizione). E' la fase della protesta, in cui lo stress fisiologico è acuto, la sofferenza emotiva intensa.

Se tutta questa attività raggiunge il suo scopo, il legame è recuperato, le varie attività cessano, e viene alleviato lo stato di sofferenza e di stress. Se invece lo sforzo per recuperare il legame non ha buon esito, prima o poi i tentativi vengono meno, senza tuttavia, di solito, cessare del tutto; al contrario l'osservazione mostra che tali tentativi vengono rinnovati: magari a intervalli sempre più lunghi vengono nuovamente sperimentati il dolore e forse un impulso alla ricerca della persona perduta. In questo caso la condizione dell'organismo è di stress cronico, e viene assunta come dolore cronico. A intervalli, tanto lo stress quanto la sofferenza possono riacutizzarsi.

Alla luce di queste osservazioni Bowlby vede nei processi del lutto una gamma molto ampia di processi psicologici innescati dalla perdita della figura di attaccamento. A prescindere dall'esito finale, tali processi possono portare, nel tempo, ad un recupero più o meno completo della capacità di stabilire e mantenere legami affettivi, come ad un diverso grado di menomazione di tale funzione.

Così come il comportamento di attaccamento si sviluppa sin dalla più tenera età, parallelamente si sviluppa una capacità embrionale di elaborazione del lutto, almeno a partire dai sedici mesi. Come afferma Robertson (1965) a proposito dei bambini tra i diciotto e i ventiquattro mesi: "il bambino non conosce la morte ma solo l'assenza, e se l'unica persona che potrebbe soddisfare il suo bisogno imperioso è assente, potrebbe anche essere morta, tanto schiacciante è il senso di perdita che opprime il bambino". Sotto questo aspetto sono illuminanti le ricerche effettuate su come i bambini, tra i dodici mesi e i tre anni, reagiscono quando sono allontanati dalla figura di attaccamento e collocati in un luogo sconosciuto con persone sconosciute: durante tutta la prima settimana con alti e bassi protestano nella speranza di richiamare la figura di attaccamento, con strilli, buttandosi da tutte le parti, dirigendo l'attenzione verso segnali che possano anticipare il ritorno.

Quando svanisce la speranza, non cessa il desiderio, ma subentra la disperazione, i bambini diventano apatici e si chiudono in se stessi in una disperazione interrotta solo da un lamento monotono e intermittente. Il fatto che i bambini piccoli, dopo la fase della protesta, siano meno espliciti nel loro modo di comunicare e che gli adulti desiderino che i bambini non debbano soffrire, ha portato alla falsa convinzione che il dolore dei bambini fosse di breve durata.

Dopo la protesta e la disperazione, quando la lontananza dalla figura di attaccamento supera almeno la settimana, si verifica la fase del distacco, nella quale, con una durata che diminuisce più aumenta l'età del bambino e minori sono i giorni della lontananza, quando la figura di attaccamento ricompare il bambino la ignora, causando una profonda delusione e incomprensione nell'adulto.

Tipicamente succede che la figura di attaccamento, spesso la madre, viene ignorata mentre il padre è accolto con una moderata affettuosità.

L'analisi del modello di attaccamento che una persona colpita da lutto ha sviluppato in base alle esperienze vissute dalla prima infanzia in poi è un utile predittore del rischio che l'elaborazione del lutto segua un percorso patologico.

Le fasi del processo di elaborazione del lutto.

Bowlby individua quattro fasi che caratterizzano in maniera universale, come sembrerebbe dimostrato dalle ricerche etnologiche, il percorso psicologico che l'essere umano si trova ad affrontare dopo un lutto.

Prima di passare in rassegna le diverse fasi, è importante precisare che le stesse non seguono un percorso rigidamente lineare, in quanto normalmente accade che, in determinate circostanze, una fase superata si possa ripresentare oppure, come avviene nella varietà di lutti patologici, ci si possa fissare solo su una di queste fasi.

Un'altra precisazione importante da fare è che le fonti sulle quali questa teoria si basa si riferiscono soprattutto alle ricerche svolte su vedove e su genitori di bambini terminali; per altri tipi di perdite mancano dati altrettanto sistematici, ma quelli disponibili confermano la teoria qui sotto esposta.

Fase dello stordimento

Non appena il soggetto viene a conoscenza dell'evento, si verifica la fase dello stordimento che è caratterizzata dal rifiuto della notizia. Questa fase di incredulità e irrealtà normalmente dura da alcune ore fino a una settimana. Spesso è più accentuata quanto più la morte era inaspettata. La persona ha riconosciuto intellettualmente l'evento, ma sotto l'aspetto emotivo lo rifiuta. Frasi raccolte dalle vedove indicative di questa fase sono: "ero come in un sogno", "non sembrava una cosa vera".

Questa fase è caratterizzata da una calma innaturale che può essere interrotta da scoppi intensi di dolore o rabbia. La persona può continuare a vivere la vita di tutti i giorni ma è tesa e apprensiva. In accordo con Freud, B. Raphael (1982) spiega questa fase come una reazione dell'Io volta a difendere il soggetto da una notizia per lui travolgente; il periodo di stordimento servirebbe a raccogliere le energie necessarie per far fronte con gradualità all'evento.

In questa fase capita spesso che parole come "morte" non si vogliano sentire, come se non parlandone l'evento potesse essere reversibile e la sola pronuncia potesse renderlo reale.

Un fattore che risulta da tutte le evidenze avere un ruolo importante, in questo primo momento, nel rendere familiare la realtà della morte è la possibilità di vedere e toccare il cadavere, di avere del tempo per un ultimo saluto in privato; se si è assistito al decesso, il riconoscimento del cambiamento di stato è ancor più facilitato. Sfortunatamente avviene che per ragioni di tipo medico-legale questa possibilità è, se non negata, molto limitata, frustrando la sua funzione adattiva.

Molto spesso la scusa con la quale si evita la vista del cadavere è il timore di rimanere impressionati e traumatizzati da esso, ma è stato rilevato che spesso le fantasie del possibile aspetto

del cadavere sono molto più spaventose della realtà, soprattutto quando gli adulti hanno mantenuto stili di pensiero magici e primitivi tipici dell'infanzia.

L'impossibilità di porgere l'ultimo saluto, come in casi particolari in cui il cadavere è disperso o irriconoscibile, è fonte di complicazioni nel processo di elaborazione del lutto.

Fase di ricerca e struggimento per la figura perduta.

La realtà della morte non può essere a lungo negata, spesso essa viene riconosciuta in occasione dell'organizzazione e della partecipazione al funerale, momento che inoltre, come sopra descritto, sancisce il decesso come evento pubblico. Questa seconda fase, che dura alcuni mesi ma che si può prolungare anche per anni, è caratterizzata dal riconoscimento della perdita della figura di attaccamento. È presente un conseguente sentimento di forte ansia e smarrimento da una parte, dall'altra parte un comportamento di ricerca della persona perduta, lo stesso che è stato riconosciuto dalle ricerche di Lorenz (1957) in varie specie di animali, con un connesso sentimento di rabbia per l'inevitabile frustrazione di tale tentativo.

Il primo aspetto, la condizione di ansia e smarrimento per la separazione dalla figura di attaccamento, è rappresentativo della reazione di allarme che si attiva nella persona che si sente in una situazione di pericolo. In questa fase si ha tipicamente la comparsa improvvisa di scoppi di pianto, in particolare quando il soggetto parla del defunto. Il significato adattivo di questo pianto è paragonato alla funzione che esso svolge nel bambino, ovvero quella di richiamare la madre, quindi avrebbe una funzione di cercare la persona perduta o comunque di chiedere aiuto. La stessa espressione tipica del lutto è descritta da Darwin (1982) come un mix tra il pianto dei bambini e la repressione dello stesso.

La richiesta di aiuto che la persona comunica attraverso il suo comportamento richiama naturalmente il soccorso della figura del consolatore. Il compito del consolatore è sempre molto difficile e spesso molto frustrante, in quanto la persona chiede aiuto, ma tutto quello che vuole è solo riavere indietro la persona amata. Da questo punto di vista il consolatore deve riconoscere la sua impotenza. Infatti, se con le migliori intenzioni forza attivamente la persona a rendersi conto che non potrà più riavere il proprio caro e la invita a "guardare in faccia la realtà", in questa fase che dal punto di vista emozionale non è ancora matura, rischia solo di essere allontanato in malo modo.

La presenza del desiderio di ricongiungersi con la persona scomparsa e il conseguente comportamento di ricerca, sono ben descritti da Parkes (1996). Egli evidenzia come il

comportamento di ricerca sia chiaramente evidenziabile dal confronto con il tipico comportamento di chi ha perso un oggetto e sta cercando di ritrovarlo:

- un moto incessante e un continuo scrutare l'ambiente;
- il pensiero fisso sulla persona perduta;
- lo sviluppo di una situazione percettiva centrata sulla persona perduta, cioè di una disposizione a percepire e a notare qualsiasi stimolo che ne suggerirebbe la presenza, ignorando tutti quelli che non servirebbero a tale scopo;
- l'attenzione diretta verso quelle zone dell'ambiente in cui sembra più probabile ritrovare la persona perduta;
- il chiamare la persona perduta.

Parkes descrive il caso di una madre che, avendo perso il figlio, continuava a muoversi nelle zone della casa in cui egli sostava più frequentemente. Il suo udito era focalizzato solo su quei rumori che potevano annunciare un suo ritorno e quando si verificavano diceva: "John, sei tu?"

Inoltre le vedove intervistate mostravano tutte un'irrequietezza motoria, quasi un'incapacità a restare sedute, movimenti apparentemente senza scopo, un'accelerazione nell'eloquio soprattutto quando parlavano del defunto.

Altri comportamenti tipici sono quello di sentire il bisogno di andare nei posti che frequentava il defunto, oppure di credere di riconoscerlo tra la folla, o essere convinti di aver sentito un suo rumore in casa.

La frustrazione in questa ricerca genera rabbia che si può manifestare in diversi modi: può essere diretta contro se stessi, contro altri, o contro il defunto. Prima delle ricerche di Bowlby e Parkes, la rabbia era comunemente interpretata come indicatore di lutto patologico. In base alla spiegazione qui descritta è invece una componente normale. Quando il soggetto non riconosce la natura di questo sentimento, perché lo considera irrazionale, è comune che la rabbia sia diretta o verso se stessi o verso altri ritenuti responsabili del decesso, come ad esempio medici incapaci, o verso Dio. Soprattutto può non riconoscere la possibilità di provare rabbia verso la persona defunta per il semplice fatto di essere stato abbandonato da lei ("perché mi hai abbandonato?") o perché, in un primo ricordo idealizzante, non riconosce la presenza anche di aspetti negativi nella relazione.

Questo sentimento di rabbia o di colpa, quando la rabbia è rivolta contro se stessi, se non viene poi elaborato e resta fortemente alimentato, rischia di produrre vendette pericolose per il soggetto stesso e per gli altri verso cui è diretto.

In alcune circostanze può essere più difficile riconoscere che il ritorno è impossibile, come quando il corpo è disperso, oppure quando il defunto era solito essere assente per lunghi periodi. In questo caso spesso deve passare un periodo più lungo, rispetto ai soliti periodi di assenza, per riconoscere che non tornerà più.

Nei momenti in cui la speranza di un ricongiungimento diventa vana, la persona in lutto può oscillare tra il desiderio di conservare tutti i ricordi del defunto o di disfarsene, di parlare di lui o di evitare ciò.

Nonostante lo stato di struggimento e ricerca sia molto forte, non è presente tutto il tempo: in alcuni momenti la persona riesce a dirigere i suoi pensieri verso altre cose, alterna lo spasmo del lutto alle altre necessità della vita, come dormire, mangiare, prendersi cura dei figli.

Questa oscillazione ha recentemente attratto l'attenzione degli studiosi che l'hanno chiamata "processo duale del lutto". È possibile che nell'elaborazione del lutto la vita sembri procedere normalmente, ma con una diversa qualità: i comportamenti sono guidati dall'abitudine piuttosto che dal desiderio. In un'elaborazione normale del lutto quest'oscillazione è destinata a tendere gradualmente sempre più verso le attività quotidiane.

Fase di disorganizzazione

"Credo di cominciare a capire perché il dolore per una perdita assomiglia tanto a una sospensione. Ciò deriva dalla frustrazione di tanti impulsi che erano abituali. Pensiero dopo pensiero, sentimento dopo sentimento, azione dopo azione, H. ne era stato l'oggetto. Ora il loro bersaglio non c'è più. Io continuo, seguendo l'abitudine, a mettere frecce al mio arco; poi mi ricordo, e devo riporre l'arco. Sono tante le vie che conducono ad H. Mi avvio su una di esse: ma ora incontro un confine invalicabile. Una volta c'erano tante strade; oggi sono tanti vicoli ciechi." Così scrive C.S. Lewis (1961) in un diario tenuto dopo la morte della moglie H.

Quando, dopo tanti tentativi di opposizione, il soggetto si rende conto che il proprio caro non potrà ritornare, si apre la terza fase: la disorganizzazione, così chiamata da Bowlby in quanto comporta una radicale revisione di se stessi e della situazione. Il vecchio modello di organizzazione della propria vita non funziona più in quanto aveva come colonna portante la persona deceduta. In questa fase è facile che la persona di senta depressa e apatica, che ritenga che la vita non abbia scopi e che si tenga ritirata da amici e parenti. L'attraversamento di questa fase con una connessa sensazione di disorganizzazione della propria vita ha, secondo Bowlby, una funzione adattiva che consiste nel lavoro di smontaggio del vecchio modello di vita per permettere una successiva ricostruzione creativa di un nuovo modello più adattivo.

Per quanto riguarda la ridefinizione di se stessi, è importante analizzare l'importanza del ruolo assunto attraverso la relazione con il defunto. Sotto questo aspetto la persona può subire una profonda mutilazione dell'immagine di sé. Ad esempio, per una donna, perdere il ruolo di madre stravolge l'immagine di se stessa in misura variabile rispetto a quanto questo aspetto è ritenuto fondante dell'immagine di sé.

Una considerazione importante da fare è che questa fase non è esclusiva del lutto, ma si presenta in altre situazioni della vita, quando avvengono degli eventi che implicano una radicale riorganizzazione. Un esempio può essere un evento come il divorzio o un accadimento fisico come l'amputazione di un arto. Questa fase è chiamata dagli studiosi "transizione psico-sociale" (PST) e si considera che richieda inevitabilmente tempo e fatica. Il modello di vita che ciascuno si costruisce, una base per il pensiero e il comportamento, non è normalmente rigido, ma flessibile e aperto ad un continuo processo di aggiustamento in base alle esperienze che provengono dal mondo reale.

Ma quando il mondo reale si stravolge, allora il modello non è in grado di far fronte al radicale cambiamento di assunzioni riguardo il mondo, che funzionavano automaticamente e ora diventano obsolete, e non può far altro che opporvisi in quanto non può integrarlo. In questa situazione diventa inevitabile l'abbandono del vecchio modello e la costruzione di un nuovo modello.

Fase di riorganizzazione

Quando il soggetto è sufficientemente forte per sostenere la pesante fase di riorganizzazione, può iniziare a costruire il proprio nuovo modello di vita. Ma allo stesso tempo, quando si perde il proprio partner ad esempio, la nuova organizzazione rischia di avere anche un effetto secondario di tensione e di solitudine a cui molto spesso si va incontro perchè non si riesce o si nega la possibilità di costruirsi una nuova relazione affettiva. La solitudine diventa quindi il problema con cui queste persone si trovano a fare i conti quotidianamente.

La fase di riorganizzazione, che è il risultato di un processo di allentamento del legame preesistente con il defunto, non comporta l'annullamento di qualsiasi rapporto con esso, ma una nuova definizione dello stesso. La nuova definizione di questo legame passa attraverso un processo, che può essere condiviso con altri, nel quale il soggetto rivive intensamente tutti i ricordi dei momenti vissuti con la persona defunta. I ricordi possono generare un senso di amara frustrazione per ciò che si è perso.

Poiché ogni relazione umana è caratterizzata da ambiguità, accanto ai sentimenti positivi è certo che esistano anche sentimenti negativi. Più la relazione era stata conflittuale, maggiore deve essere

stata l'ambivalenza. In questo caso è più probabile che la persona in lutto non si riconosca il diritto di provare quei sentimenti negativi e riconosca solo quelli positivi. Succede così che, accanto ad un ricordo distorto e idealizzante, si presenti un forte senso di colpa nel soggetto in lutto. Una idealizzazione iniziale del defunto è assolutamente normale, ma un sano processo di elaborazione porterà il soggetto a esternare anche gli aspetti negativi accanto a quelli positivi per arrivare a costruire un ricordo del defunto completo e conforme alla realtà.

La persona inizierà a parlare del defunto sempre più spesso al passato, e sempre meno con intensi scoppi di pianto. Il nuovo legame che si crea con il defunto, ha come aspetto principale il ricordo e il mantenimento, sotto forma di testamento spirituale, dei valori e degli obiettivi che erano stati elaborati con lui e che ora possono essere mantenuti e sviluppati in sua memoria.

Bowlby sostiene che la sensazione di continua presenza del partner, senza il tempestoso alternarsi di speranza e delusione descritto nella fase di ricerca, assume un ruolo di consolazione che ha valore adattivo per garantire il loro senso d'identità, mantenendo i propri sentimenti di attaccamento con il coniuge morto.

Il tempo necessario per elaborare il lutto varia da persona a persona, ma è molto frequente che in occasioni particolari, come nell'anniversario della morte, nelle festività o quando ci si trova a fare qualcosa che l'ultima volta era stata fatta con la persona defunta, il dolore si faccia più vivo.

Modalità di mitigazione del lutto come forme di difesa

Come descriveremo di seguito, riconoscere dal punto di vista emozionale l'irreversibilità della morte comporta l'avvio di un faticosissimo processo di totale rivisitazione del proprio progetto di vita. Per questo motivo abbiamo detto che l'Io attiva una serie di difese volte a favorire la gradualità di questo percorso di consapevolezza.

Questa funzione, ovvero quella di moderare il dolore visto come insopportabile, spiega varie forme di comportamento molto diffuse che sembrerebbero dare molto conforto e quindi mitigare il dolore dei soggetti ma che, se non superate, non risultano essere d'aiuto nel processo di elaborazione del lutto.

Ritrovamento - Una sensazione molto comune prodotta dalla fase di ricerca è quella del ritrovamento, attraverso varie modalità, della persona scomparsa.

Esso è paragonabile ad un fenomeno osservato in molte specie di animali: il comportamento vacuo. Ad esempio Tinbergen (1951) notò che lo spinarello maschio, messo da solo in una vasca, inizia a compiere le classiche sequenze di movimenti a zigzag tipiche del corteggiamento, che si

attivano in presenza di un esemplare di femmina pregna, per poter fecondare le sue uova. Queste forme di comportamento sembrerebbero indotte dall'intenso desiderio non soddisfatto.

Parkes a questo proposito nota la somiglianza con il comportamento riferito da molte vedove. Esse riferiscono di provare una mitigazione del dolore grazie alla sensazione che il marito sia nelle vicinanze, anche se non può essere visto né ascoltato; talvolta riferiscono anche di allucinazioni. Una vedova racconta di come si senta confortata dalla sensazione della presenza del marito, come fonte di protezione da eventuali aggressioni quando è sola in casa. Questo comportamento è simile a quello del bambino che si sente più sicuro quando sa che la madre è nelle vicinanze.

Il fatto che il "ritrovamento" si accompagni alla "ricerca" è dimostrato dalle ricerche di Parkes che rilevano la co-presenza statisticamente rilevante di tre aspetti: senso di continua presenza del marito, nitida memoria visuale dello stesso e preoccupazione nei suoi confronti.

Nonostante il sentimento di ricerca sia legato al sentimento di ritrovamento, gli stessi non coesistono mai ma tipicamente si susseguono reciprocamente. Con il tempo normalmente succede che il dolore immenso della fase di ricerca si affievolisca e lasci il posto ad un mix di sentimenti simultaneamente dolci / amari chiamato "nostalgia".

Sogni - Spesso il defunto è protagonista di sogni che rappresentano felici momenti di interazione, ma accade anche molto frequentemente che nel sogno stesso accada qualcosa che annuncia la realtà: sembrerebbe che anche attraverso il sogno la persona continui a svolgere un lavoro di elaborazione del lutto. Come si può notare da questa testimonianza, anche il desiderio di suicidarsi può essere la manifestazione della ricerca di ricongiungersi col defunto.

Fattori che possono complicare il processo di elaborazione del lutto e lutto patologico.

Fattori di complicazione

Il lutto anticipatorio - Quando la morte segue ad una malattia che si è prolungata per un certo lasso di tempo il processo di elaborazione del lutto si attiva prima del decesso ed è chiamato "lutto anticipatorio". Esso ripercorre gli stessi stadi sopra descritti con alcune peculiarità.

Molte delle ricerche sul lutto anticipatorio sono state condotte su genitori di bambini per i quali è stata fatta una diagnosi di leucemia o di tumore. La prima reazione alla comunicazione della diagnosi è di incredulità e ha molti aspetti tipici della fase di stordimento; la fase che segue è di rifiuto della diagnosi, con l'avvio di un'estenuante catena di visite da diversi specialisti ed accertamenti; essa si accompagna spesso a sentimenti di rabbia ed è assimilabile alla seconda fase di struggimento e ricerca. Ovviamente, come nel lutto, anche qui le varie fasi si presentano e ripresentano con varie intensità, soprattutto per l'alternarsi di sentimenti di sfiducia e nuove

speranze quando il paziente mostra dei segni di miglioramento. È stato infine rilevato in diverse madri che nell'ultima fase della malattia del figlio fosse iniziato da parte loro un processo di allentamento del legame affettivo.

Sotto questi aspetti il lutto anticipatorio avrebbe la funzione adattiva di preparare i soggetti al distacco imminente. Ma un rischio di complicazione del processo di lutto può verificarsi anche in caso di morte attesa: quando il soggetto si è logorato in una impegnativa e lunga assistenza del malato.

Morte improvvisa - Normalmente comunque è la morte improvvisa che è fonte di complicazioni nell'elaborazione del lutto, in particolare se è violenta e coinvolge la responsabilità umana (omicidi, suicidi, incidenti stradali). Dal momento che spesso i soggetti deceduti in quei modi sono giovani o comunque con una ragionevole prospettiva di vita, chi si trova ad elaborare il lutto è totalmente impreparato a ciò.

Inoltre, se il soggetto ha partecipato all'evento che ha causato la morte ed è sopravvissuto, anche in assenza di responsabilità può essere assalito da profondi sensi di colpa per essere rimasto in vita, ma può succedere anche che l'esperienza gli attivi un disturbo da stress post traumatico che blocca l'elaborazione del lutto. L'ampiezza del lutto è correlata al legame con il soggetto deceduto, mentre l'ampiezza del disturbo da stress post traumatico è correlata alla grandezza del rischio di essere colpiti. Quando lutto e disturbo da stress post traumatico compaiono insieme, il secondo ha la priorità.

Suicidio - Il suicidio è un'altra situazione che rende molto più difficile l'elaborazione del lutto di chi rimane, in quanto è tipicamente ritenuto evitabile con conseguenti attribuzioni di responsabilità e sentimenti di colpa. Capita spesso nei bambini l'idea di aver provocato in qualche modo con il proprio comportamento la morte del genitore. Un altro fattore aggravante è la distorsione con la quale spesso la notizia viene data a loro.

La percentuale di figli di genitori suicidi che si suicidano a loro volta ha portato all'idea che vi fosse una trasmissione ereditaria di questa tendenza, ma Bowlby avanza l'ipotesi che, a parte la spiegazione dell'identificazione con il genitore, il fatto che in molte di queste circostanze venga riprodotto il copione del suicidio del genitore, con le stesse modalità e nello stesso luogo, sembrerebbe un disperato tentativo estremo di ricongiungersi in questo modo al genitore, anche dopo molti anni dalla scomparsa.

Forme di lutto patologico

Accanto a varie situazioni in cui il processo di elaborazione del lutto è riuscito in più o meno tempo e più o meno felicemente, esistono alcune situazioni in cui il lutto diventa la causa di malattie di origine fisica o mentale. In questi casi si parla di lutto patologico.

Poiché esistono varie sfumature del lutto patologico, molto spesso è difficile distinguerle dal lutto sano. Molti sentimenti che si presentano nel lutto patologico sono gli stessi descritti nel lutto normale, ma qui diventa significativa l'intensità con cui si presentano che è molto maggiore. Inoltre nel lutto patologico si verifica sempre una compromissione o un peggioramento nella capacità di stabilire e mantenere legami affettivi e spesso è compromessa anche la capacità di riorganizzare in prospettiva la propria esistenza.

Le tipologie più estreme di lutto patologico sono due, una opposta all'altra: l'assenza di lutto e il lutto cronico.

Assenza di lutto

"Subito dopo il secondo anniversario della morte di suo marito, la signora O. venne alla consultazione in stato di depressione psicotica. Prima della crisi era apparsa, almeno ai figli, assai forte di fronte alla perdita subita. Non aveva pianto, non aveva più parlato del marito; però ogni mattina preparava come al solito i suoi vestiti, ogni sera all'ora in cui egli era solito ritornare dal lavoro gli apprestava la cena. I figli dissero di essere stati orgogliosi della forza d'animo che aveva dimostrato; non parlavano mai con lei del padre, perché temevano di farla soffrire ricordandoglielo, data la grande unione che c'era stata tra loro. Dopo la crisi, la signora O. confessò di avere avuto lunghe conversazioni ogni sera con suo marito, senza averne detto mai nulla ai figli. Durante la terapia la signora O. venne incoraggiata a parlare diffusamente del marito e del loro rapporto, mostrando anche fotografie di famiglia, e a esprimere i propri sentimenti in un'atmosfera in cui erano accettati come naturali. In tale situazione riuscì per la prima volta a piangere. All'inizio parlò soprattutto delle buone qualità del marito, di come aveva soddisfatto ogni suo desiderio, l'aveva amata e protetta. Solo in seguito riuscì ad ammettere di essere stata molto dipendente da lui, e tutti i sentimenti di impotenza e di rabbia di fronte a quello che aveva vissuto come un abbandono." (Raphael, 1982)

Nel caso di lutto assente avviene un evitamento dello stesso, una fissazione alla fase dello stordimento. Può essere difficile distinguere la situazione in cui vi è assenza patologica di lutto da quella in cui non c'è alcun lutto, ma esistono alcuni elementi che permettono di facilitare questa distinzione. Innanzitutto tipicamente le persone che evitano l'elaborazione del lutto sono persone autosufficienti, orgogliose della propria indipendenza e del proprio autocontrollo, che considerano il

pianto come una debolezza e non accettano conforto. Apparentemente affrontano il lutto in modo splendido, come se nulla fosse. Spesso sono molto efficienti e indaffarate, evitano con cura di affrontare l'argomento e sono, ad un'osservazione attenta, tese e irritabili. Una reazione possibile può essere una coazione a prendersi cura, in maniera intensa ma spesso eccessiva, degli altri che ritengono aver avuto una vita triste e difficile, piuttosto che affrontare il proprio dolore.

Un altro comportamento possibile è l'eliminazione in modo sconsiderato e precipitoso di tutti gli oggetti che appartenevano al defunto, tranne magari trattenere segretamente un singolo oggetto di ricordo. Possono anche verificarsi stati di depersonalizzazione e senso di irrealtà. È possibile che si verifichino sintomi fisici come mal di testa, insonnia, "brutti sogni", palpitazioni, dolori in genere. Può incrementare l'uso di alcolici. Alcuni eventi possono farli crollare: un anniversario della morte, un'altra perdita, il raggiungimento dell'età a cui morì il proprio caro.

Lutto cronico

La caratteristica del lutto cronico è la presenza continua di un comportamento che sarebbe appropriato nelle prime fasi del lutto.

I comportamenti sembrano essere sempre quelli tipici della fase di struggimento e protesta, con pianto, rabbia, preoccupazione per il defunto spesso molto idealizzato, senza alcun segno di progressione. Sembra che il soggetto abbia acquisito il nuovo ruolo di persona irreversibilmente in lutto. Gorer (1973) rilevò che le persone che soffrivano di lutto cronico spesso erano molto sole e non cercavano aiuto psichiatrico. Lo stesso autore esclude dal lutto cronico quelle persone che, nonostante affermino che è impossibile superare il lutto, conducono una vita ragionevolmente soddisfacente: in questo caso egli sostiene che si comportano così soprattutto per dovere verso la persona deceduta e che il processo del lutto ha fatto normalmente il suo corso.

Un comportamento che si può trovare in persone che soffrono di lutto cronico è la "mummificazione", così chiamata da Gorer per descrivere le situazioni in cui gli oggetti che appartenevano al defunto sono lasciati esattamente come erano prima della morte. Sembrerebbe che questo comportamento indichi la presenza dell'attesa di un ritorno del defunto: "lei metteva le diverse cose in certi suoi posti speciali, e io non ho cambiato niente. Tutto è al posto identico in cui lei lo ha lasciato (…), le cose vanno esattamente come quando c'era lei (…) tutto è normale".

In alcuni casi il lutto cronico può scoppiare in maniera molto intensa all'improvviso anche dopo un mese o due dalla perdita. Anche se le manifestazioni non sono diverse dal lutto sano, è facile che qui l'intensità sia più accentuata. Inoltre Parkes conclude dalle sue ricerche che, se alla fine del primo anno non si verificano segnali di miglioramento, è molto probabile che il lutto si stia

cronicizzando. Anche la presenza di rabbia e risentimento oltre le prime settimane è sintomatica di prognosi sfavorevole.

La perdita della persona amata: una lettura post-razionalista

In questa seconda parte, partendo dalle teorie di Bowlby sull'attaccamento e sull'elaborazione del lutto, effettueremo l'analisi di alcuni film, dando una chiave di lettura post-razionalista al tema della perdita e del lutto della persona amata.

Come descritto nella prima parte, secondo Bowlby la costruzione del senso di sé è sempre connessa alla conoscenza che gli altri hanno di noi: viviamo in un mondo intersoggettivo nel quale possiamo riconoscerci soltanto in rapporto alle relazioni che stabiliamo con gli altri. Il senso di sé, lo specifico "significato personale", si costruisce a partire dai processi di attaccamento (Bowlby 1982,1989) nella prima infanzia, e si articola, nel progredire della vita adulta, in base alle modalità con cui si articolano rapporti interpersonali con figure affettivamente significative.

Secondo l'approccio sistemico processuale, "le relazioni sentimentali significative, acquisiscono la funzione autoreferenziale di confermare, stabilizzare ed eventualmente articolare ulteriormente il pattern di coerenza di significato personale strutturato fino a quel momento" (Guidano, 1992)

I rapporti di coppia, quando percepiti come unici ed esclusivi da un individuo, assumono un ruolo centrale per giungere a poter derivare in essi un senso di individualità ed unicità nel personale sentirsi nel mondo attraverso una "differenziazione attiva fra il proprio senso di soggettività e l'oggettività percepita nella prospettiva dell'altro" (1992).

Secondo Guidano, quindi, i legami affettivi hanno un ruolo chiave nel mantenimento dell'identità personale. La fase di formazione del legame affettivo, in un rapporto di coppia, rappresenta il momento in cui sin dai primi atti di relazione inizia il processo di co-costruzione dell'immagine del partner e dello spazio comune emotivo in cui si svolge l'esperienza immediata. Ognuno riconosce parti di sè e dell'altro in un fluire di stati emotivi che accadono in un ambito globale ed indifferenziato; questi sono gli aspetti immediati del coinvolgimento emotivo che intervengono nel processo di selezione reciproca (Dodet, 1992). Il grado della reciprocità emotiva che si crea appare strettamente correlato alla intensità della interdipendenza emotiva esperita nella relazione (Berscheid, 1983; Berscheid, Gangestad e Kulakowski, 1984; Kelly ed al., 1983); la qualità dipende invece dal tipo di negoziazione per il raggiungimento di un mutuo riconoscimento nel rapporto e quindi dall'insieme di strategie tese ad ottenere una risposta dal partner che sia confermante il proprio senso di sé nell'agire il personale stile affettivo (Guidano; Dodet, 1993).

La coppia si fonda su un processo di reciproca costruzione autoreferenziale dell'immagine dell'altro che possa essere in grado di rendere consistente il sé individuale; la percezione del partner, più che le sue caratteristiche attuali (Stenberg e Barnes, 1985), risulta quindi essere centrale nelle dinamiche di formazione, mantenimento e rottura del rapporto.

Trascorsa la prima fase durante la quale l'esperire immediato prevale nella percezione dell'esistenza e della viabilità del rapporto subentra nella seconda il bisogno di articolare in modo più netto la propria organizzazione di significato nella creazione di una nuova immagine cosciente di sè che tenga conto, in un continuum storico personale, della nuova relazione. Tale processo prende forma nell'atto del raccontarsi l'esperienza condivisa attribuendole così un significato comune che si articolerà in un tema di coppia che nel tempo garantirà la coerenza del sistema stesso andando anche a retroagire sui due sé individuali (Dodet, 1992). Il linguaggio rappresenta lo strumento con cui si giunge ad organizzare l'esperienza fino a renderla "realtà". L'uomo attraverso la capacità creativa del "pensiero narrativo" (Bruner, 1988) nell'atto di costruire storie articola il proprio significato spiegando l'esperienza immediata, quindi nel raccontarle e condividerle crea ambiti di significato comuni che assumono un ruolo fondante la relazione stessa (Dodet, 1992).

Il lutto e la perdita, in questo senso, rappresentano “un’esperienza di interruzione del senso di sé percepito dal soggetto” e “il processo di cordoglio raggiunge un termine solo quando il soggetto è diventato capace di riorganizzare il proprio senso di sé” (Guidano, 1987) .

Il lutto nella cinematografia

Di seguito, analizzeremo 4 film in cui i protagonisti, ognuno a modo suo, affrontano la perdita della persona amata. L’evento-perdita li porta ad un percorso di sofferenza che assume caratteristiche assolutamente soggettive, dipendenti dalla struttura di personalità e dalla rilevanza simbolica della perdita. Vedremo come per i protagonisti dei film esaminati, la morte della figura significativa rappresenti un momento scompensante, che manda in crisi il loro funzionamento psicologico e li costringe ad una profonda ristrutturazione del proprio mondo interno.

Solaris

Che si avverino i loro desideri, che possano crederci e che possano ridere delle loro passioni.
Infatti,ciò che chiamiamo passione in realtà non è energia spirituale,
ma solo attrito tra l’anima e il mondo esterno.
E, soprattutto, che possano credere in se stessi,
e che diventino indifesi come bambini,
perché la debolezza è potenza e la forza è niente.

Quando l'uomo nasce è debole e duttile, quando muore è forte e rigido.

Così come l'albero: mentre cresce è tenero e flessibile, quando è duro e secco,muore.

Rigidità e forza sono compagne delle morte,debolezza e flessibilità esprimono la freschezza dell'esistenza.

Ciò che si è irrigidito non vincerà. (A. Tarkovskij)

Solaris di Tarkovskij (1972) è una splendida interpretazione che ci permette di leggere il profondo legame che intercorre tra i modelli di attaccamento e la relazione affettiva in età adulta. Il processo attraverso il quale viene elaborata la perdita della persona amata corrisponde ad un'occasione per il protagonista di comprensione dei propri vissuti e diventa il nucleo centrale della riorganizzazione della propria identità.

La trama: In un futuro imprecisato la razza umana viene a contatto con Solaris, uno strano pianeta ricoperto da un misterioso oceano gelatinoso dalla natura ancora incomprensibile all'uomo. Dopo tanti anni, però, l'esplorazione e lo studio di questo pianeta sono ad un punto morto: si suppone sia qualcosa di più di semplice materia, che sia cioè un'entità pensante, ma tutto si riduce a delle strane voci che girano da chi è stato nelle sue vicinanze.

Uno psicologo, Chris Kelvin, viene incaricato di andare sulla stazione spaziale che orbita intorno a Solaris e stabilire se è il caso di continuare le ricerche o prendere drastici provvedimenti. Al suo arrivo, però, Chris si accorge subito che nella stazione accadono cose strane: per esempio ci sono molte più persone di quante dovrebbero essercene. Chi sono? Da dove vengono? Perché uno scienziato si è suicidato in circostanze misteriose?

I problemi poi aumentano quando Chris si ritrova nella propria stanza una donna che assomiglia incredibilmente alla moglie morta suicida anni prima: è veramente lei o è un'allucinazione? In entrambi i casi, però, ritrovare una persona amata dopo tanto tempo confonderà Kelvin, rendendogli difficile prendere quelle decisioni drastiche che è venuto a prendere: il potere di Solaris sembra più forte della ragione umana.

Il film si apre con l'inquadratura di alghe e piante acquatiche che si muovono nella corrente. La camera scorre poi alla vegetazione sulla riva, dove scopre le gambe di un uomo e risale in alto fino al suo volto: è Chris Kelvin. Poi di nuovo, l'inquadratura delle alghe, la vegetazione, l'uomo e infine una serie di grandi e antichi tronchi d'albero. Si vede Chris muoversi verso la casa da dove il padre anziano lo chiama. Così inizia Solaris.

Chris Kelvin è uno psicologo a cui viene chiesto di scoprire cosa sta succedendo su Solaris, dove si stanno verificando degli strani episodi di suicidio da parte degli scienziati che stanno facendo ricerche sul pianeta.

In una scena successiva Chris sta per partire per la sua missione sulla stazione in orbita intorno a Solaris e brucia, davanti al padre, le foto della sua infanzia. Lo spessore simbolico di queste sequenze iniziali, racchiudono un antefatto che ritornerà poi nei ricordi di Chris.

Il protagonista, arrivato sul pianeta Solaris, si sveglia la mattina con accanto una donna che ha le sembianze e gli atteggiamenti di sua moglie Hari. Chris si rende conto che non si tratta di un sogno ma allo stesso tempo è consapevole che quella figura non può essere Hari, morta suicida dieci anni prima. Lo psicologo scopre che Solaris ha il potere magico di materializzare traumi, sogni, desideri e timori più reconditi: la parte più intima dell'interiorità. Spaventato da quell'inquietante presenza, Chris convince la moglie-clone ad entrare in un razzo, spedendola in orbita. Quando il protagonista ritrova il clone della moglie scomparsa, infatti, il suo problema di fondo è come sbarazzarsene. Non si materializza tanto il suo desiderio quanto il suo senso di colpa derivato dal suicidio della moglie, tema per lui non elaborato completamente. Nonostante il tentativo di annientamento del clone, la notte successiva si presenta una nuova Hari, inconsapevole degli eventi del giorno prima, ma questa volta Chris riesce a mantenere la calma, accettando la sua presenza e assecondandola; al risveglio però, quando lui abbandona di nascosto la stanza lasciandola sola, lei improvvisamente sfonda a mani nude la porta metallica, raggiungendolo. La ragazza, ricoperta del proprio sangue, sviene, ma le ferite dovute allo sforzo sembrano guarire all'istante. Lei stessa non si è resa conto di nulla, ma confessa la strana impossibilità ad allontanarsi dall'uomo senza venir assalita da un panico incontrollabile. Gli "ospiti", vengono creati dall'entità senziente di Solaris attingendo ai ricordi e ai pensieri più intimi dei terrestri durante il sonno; tali esseri sembrano composti non da atomi bensì da neutrini, resi stabili da un campo magnetico creato dall'oceano del pianeta. Questa struttura dona loro una forza sovrumana e un'eccezionale capacità di guarigione. Questo, unito al loro immancabile ricomparire anche una volta allontanati a forza, li rende di fatto immortali e sembra quindi impossibile liberarsi da queste presenze al contempo misteriose ed inquietanti nate dal profondo della mente.

Ciò che rende Solaris così emozionante è il fatto che ci presenta, potenzialmente, la tragica posizione della moglie di Chris, consapevole di non avere più una sua consistenza, una sua esistenza autonoma. In una scena bellissima i due guardano insieme un video di Chris da piccolo. Riemerge l'immagine di un fuoco, apparso all'inizio del film, della neve, del padre e della madre: una donna con la pelliccia bianca, inquietantemente triste e misteriosa. Cosa può essere intollerabile per Chris da giustificare la rimozione di quei ricordi? La spiegazione arriva attraverso le parole di Hari che si guarda allo specchio e dice: "è strano, io non so, non ricordo niente di me. Se chiudo gli

occhi non riesco a ricordare neanche la mia faccia. Quella donna, con la pelliccia bianca me la ricordo: ecco chi mi odiava". Chris le risponde che è impossibile, perché la madre è morta quando lui era piccolo, quindi molti anni prima che i due innamorati si conoscessero. Hari controbatte dicendo che si ricorda benissimo di essere stata cacciata via da quella donna e di essersene andata per questo motivo.

In questa scena si condensa, a mio parere, il nucleo fondamentale del film: nella mente di Chris le figure di Hari e della madre sono confuse e in un certo senso sovrapposte. La madre, e il suo rapporto con Chris, di cui non sappiamo nulla, ci viene svelato solo da quelle poche scene, come un flash sui ricordi dell'infanzia. Una donna bella, a tratti seducente, ma inquietante: lo sguardo freddo, la pelliccia bianca che la rende inviolabile, la sigaretta che regge tra le labbra chiuse in un atteggiamento sprezzante. Una madre distanziante, fredda come la neve che invade la scena, che ci trasmette una sensazione di angoscia e di perdita. Ma quello che più ci emoziona è come viene rappresentata qui la persona amata e poi perduta: non per come è veramente ma per come è immaginata dall'altro, in termini autoreferenziali. Nel film, la moglie-clone ha dei vuoti di memoria in quanto sa solo le cose che il marito sa di lei. Lei non è che la rappresentazione di come Chris la vedeva e l' amore che lei prova per lui è espresso dai disperati tentativi di lei di eliminarsi (ingoiando veleno e così via) per togliersi di mezzo poiché capisce che è quello che lui vuole. Il tema di fondo è che è relativamente semplice sbarazzarsi di una persona in carne ed ossa, ma liberarsi di un'immagine, l'immagine che si aveva di quella persona e che sosteneva il proprio senso di sé, è molto più difficile. Questa immagine si appiccica addosso come una sorta di ombra. La donna, clone della moglie, non esiste. È la semplice materializzazione dell'immaginazione di Chris, come a dire che in una relazione l'altro di per sé non conta, quello che conta è come ci fa sentire, quello che conta è quella parte dell'altro che è entrata a far parte della nostra identità.

Ma di tutto il film una scena, la più celebre, riassume l'intero pensiero di Tarkovskij e il senso stesso di Solaris. Definita "la scena della levitazione", sfrutta l'escamotage fantascientifico di un breve momento di microgravità dovuto alle manovre automatiche di riassetto della stazione per riassumere in una scena, fatta solo d'immagini e musica, tutta la riflessione di Tarkovskij. Nella biblioteca della stazione, Chris e Hari si abbracciano stancamente levitando in assenza di gravità, sullo sfondo il quadro Cacciatori nella neve di Bruegel su cui insiste più volte la cinepresa, accostandolo allo spezzone della registrazione video della famiglia di Chris sulla neve e la musica struggente di Johann Sebastian Bach. Una scena fatta di immagini potenti, su tutte quella del quadro di Bruegel. Tantissimi significati di difficile interpretazione, ma godibili anche solo per il loro

impatto estetico, tale da suggestionare lo spettatore. Immagini e musica che però hanno, appunto, un significato che lascia aperte tantissime interpretazioni sull'enigma di Solaris. Tra le più complesse interpretazioni c'è quella di Julia Shpinitskaya, che si concentra sul doppio refrain del pezzo di Bach e del quadro di Bruegel. Il preludio per organo ricorre quattro volte nel film: nei titoli di testa, bianchi su sfondo nero; mentre Chris e Hari guardano il vecchio video di famiglia sulla neve; nella scena della levitazione in biblioteca, appunto; e nel finale. "Bach e Bruegel sono la memoria del passato, ma appartengono anche alla memoria di Chris e corrispondono ai suoi video, una rappresentazione della sua memoria. Tutti i leit-motiv del film — i 'Cacciatori', Bach, la neve e l'acqua che scorre, la madre, la casa — sono paradigmi personali della memoria, i codici per leggere Chris Kelvin, e Solaris li legge di conseguenza". Per la Shpinitskaya, la levitazione sarebbe in Tarkovskij la metafora dell'amore: un amore che si libra fisicamente nell'aria, libero dai vincoli terreni, a suggerirne anzi la componente ultraterrena, dal momento che la possibilità di volare è quanto di più inumano possa sembrarci. Il quadro di Bruegel appare successivamente in una sequenza onirica di Chris, nella quale compare alle spalle della giovane madre sognata dal protagonista. Nel sogno di Chris, madre e figlio si parlano, un dialogo che sembra in realtà un monologo: "Sai mamma, sono molto imbarazzato, non capisco perché…non ricordo affatto la tua faccia…". La madre: "Hai un brutto aspetto…sei felice?" e Chris: "Sai, oggi è assurdo parlare di felicità…..mi sento molto solo". A seguito di questo sogno Chris ha una febbre delirante, durante la quale sogna la casa della sua infanzia e sua madre, confondendola ancora una volta con la figura di Hari, che si prende cura di lui. Una volta guarito, Chris apprende che Hari si è sottoposta volontariamente all'annichilimento, lasciandogli un biglietto nel quale lo prega di accettare la sua decisione, presa per liberare entrambi da un sogno impossibile. E' solo accettando il suo passato nell'amore che prova ancora per Hari che Chris ha ritrovato sé stesso, il suo legame con l'emozione, con i genitori, di cui era completamente privo prima del viaggio. Tramite questa esperienza egli è consapevole dei propri sentimenti, dei propri ricordi e delle proprie colpe e può finalmente superarli. Una sorta di purificazione del senso di colpa che in Chris era rimasto bloccato dopo il suicidio della moglie. Solo con l'annullamento del senso di colpa la donna smette di esistere.

Nell'ultima sequenza del film, Chris ritorna a casa e si inginocchia davanti al padre. Una sorta di riconciliazione con la propria vita e con le proprie radici in cui Tarkovskij concentra la sua interpretazione rispetto all'enigma della vita: la ragione non serve se non comprendiamo il mondo – e l'universo – anche col cuore.

Solaris è un film complesso, difficile, denso di elementi simbolici, soluzioni visive e sonore volte ad esprimere il racconto come un viaggio dentro la coscienza. Scelta ovviamente legata al fatto che i protagonisti vedono materializzarsi le persone del loro inconscio. Il cervello è come il pianeta Solaris, una compresenza di stati e di tempi. Il film è infatti un immenso non-luogo come una mente, in cui si riscontra la presenza rilevante di implicazioni psicologiche e filosofiche dietro l'apparenza della trama. È stato definito come "un film sulla compresenza dei tempi". Un film quindi in cui trionfa il concetto di "durata" di Bergson, per il quale il tempo della psiche è fatto di momenti irripetibili, per cui ogni ricerca del tempo perduto è destinata, in quanto tale, al fallimento o a ri-creare gli avvenimenti stessi. Certi momenti fondamentali dell'esistenza di Chris sembrano essere sempre presenti ma allo stesso tempo sono diversi rispetto a come li avevamo visti in precedenza. Queste semplici soluzioni sono un tentativo di correre dentro all'immagine come dentro a un cervello. I ricordi non appaiono insomma sempre nello stesso modo, come la stessa immagine con il passare del tempo non ci appare più avere il significato che aveva inizialmente. Le inquadrature, gli ambienti e le situazioni sembrano ripetersi spesso. Anche l'epilogo è una ripetizione del prologo. Questo rende impossibile stabilire un confine netto tra ciò che è proiezione della mente e ciò che è realtà. Appunto perché forse è impossibile scindere la visione che abbiamo della realtà dai tormenti della nostra coscienza e dal potere dell'inconscio. Nel film quindi si sovrappongono due dimensioni spazio-temporali, ciascuna con la propria caratterizzazione scenografica, emozionale e simbolica. La dissoluzione del confine tra queste due realtà esplode nell'epilogo di sconvolgente efficacia metaforica.

Al di là delle soluzioni visive e dell'attenzione al significato soggettivo e universale delle immagini, quali sono i punti fondamentali che tocca la riflessione del film? Sono essenziali la complementarietà tra passato e presente, l'attaccamento che ne consegue, l'impossibilità per l'essere umano di sciogliere razionalmente il nodo dell'esistenza e il ruolo importante dell'amore nella vita dell'uomo. Nessun viaggio spaziale potrà mai soddisfare l'individuo e lenire i suoi tormenti esistenziali. In un mondo dominato dalla razionalità e privo di aperture al mistero dell'esistenza l'apparizione di fantasmi così radicati nell'animo umano non può che essere sconvolgente. Chris è l'unico che riesce a comprendere che la salvezza per l'individuo è da ritrovarsi in una nuova prospettiva, un nuovo approccio che tenga conto della crescita interiore. Il film invita a riflettere su un processo emotivo in continua mutazione ma soprattutto ci trasmette il potere di un ricordo e la disperazione di una separazione.

Solaris offre un'analisi estremamente profonda sulla introspezione necessaria a comprendere la condizione umana. Il regista offre una visione assolutamente circolare: il film termina esattamente dove è iniziato. Il casolare di campagna con il paesaggio lacustre e la austera figura del padre di Chris fanno da cornice e da protagonista del finale. La realtà e la memoria si fondono in un qualcosa di straordinariamente palpabile e nello stesso tempo incomprensibile senza la accettazione di una entità superiore, l'oceano di Solaris dove naufraga definitivamente la coscienza del protagonista e in ultima analisi dell' uomo.

La donna che visse due volte

"Da soli si può andare in giro, in due si va sempre da qualche parte."(Madeleine)

"Le emozioni più intense e disgreganti che si possono esperire in un ciclo di vita sono quelle che si producono nel corso della formazione, del mantenimento e della rottura di una relazione." (Guidano, 1988) .

La morte della persona amata, implica un distacco fisico dalla persona e una riorganizzazione di sè stessi perché si deve togliere "quel pezzo" dalla propria vita e rielaborare la propria immagine di sé senza l'altro. In un lutto elaborato senza complicazioni, l'immagine dell'altro, che è entrata a far parte di noi, è un ricordo: non cambia, anzi, spesso è "amplificata, intensificata" e viene assolutizzata (Guidano, 2008).

Nel film La donna che visse due volte (1962) di Alfred Hitchcock, a mio parere, è bene evidente questo processo di assolutizzazione dell'immagine dell'altro dopo la perdita.

La trama. La storia si divide in due parti. La prima parte racconta di Scottie (James Stewart), un poliziotto in pensione a causa della sua fobia per il vuoto. Elster, un suo vecchio amico, lo assume per sorvegliare la moglie Madeleine (Kim Novak) che da un po' di tempo manifesta comportamenti strani che la portano ad imitare le vesti di un'antica antenata morta suicida. Scottie, dopo aver salvato una prima volta la donna da un tentato annegamento ed essersi innamorato di lei, non riesce a salvarla quando, inghiottita dai fantasmi del passato, decide di suicidarsi gettandosi da una torre. Scottie, infatti, frenato dalle vertigini, non è riuscito a salire in cima alla torre e, assalito dai sensi di colpa, fugge. Nella seconda parte, Scottie, sebbene assolto dal tribunale, cade in una profonda depressione. Dopo qualche tempo, ossessionato dal ricordo di Madeleine, Scottie crede di riconoscere in Judy, una scaltra ragazza dai capelli scuri, la diafana e nobile Madeleine e decide di avvicinarla. Judy in realtà è proprio Madeleine. Complice del piano uxoricida di Elster, infatti, Judy si era finta Madeleine ma, innamoratasi davvero di Scottie, decide di tentare l'avventura. Scottie in realtà ama in lei solo la somiglianza con la donna morta e comincia a trasformarla in lei,

facendola vestire, truccare, pettinare come l'altra. Judy, pur consapevole del gioco perverso accetta di lasciarsi trasformare per la seconda volta in Madeleine, per amore. Ma un gioiello antico, indossato per sbaglio, fa scoprire la verità a Scottie che decide di riportare la donna sul luogo del delitto. Salgono insieme in cima alla torre ma qui l'arrivo inaspettato di una suora terrorizza la fragile e disperata Judy che si getta nel vuoto.

"Vertigo", titolo originale e, secondo me, più rappresentativo del senso del film, è la storia di due persone che, ognuna a modo suo, si innamorano dell'immagine dell'altro. Per tutti e due, Madeleine e Scottie, l'immagine prevale sulla realtà.

Nella prima parte del film viene presentata la formazione del legame tra i due. Scottie all'inizio ci appare come un duro, uno scapolo impenitente, uno che domina assolutamente le emozioni e riesce a mantenere il controllo di sé anche di fronte ad un inseguimento molto pericoloso in cima ad un grattacielo. Ma, proprio a seguito di quell'incidente, in cui si ritrova sospeso nel vuoto, sviluppa una sintomatologia acrofobica. Quando viene ingaggiato dall'amico per seguire la moglie Madeleine, Scottie sembra totalmente perdere il controllo di sé e si innamora di Madeleine appena la vede. Un'attivazione emotiva immediata, un colpo di fulmine che trascende la cognizione. Al ristorante vediamo come Scottie guarda per la prima volta la donna: splendida e assente, mantata di verde ("il colore del mistero", secondo Hitchcock). La donna è misteriosa ma allo stesso tempo appare assolutamente fragile e vulnerabile perché "posseduta" dallo spirito di Carlotta Valdes, la donna dipinta nel quadro davanti al quale Madeleine siede per ore. Scottie è assolutamente dominato dall'idea della famme fatale e allo stesso tempo sviluppa nei suoi confronti una sorta di desiderio di protezione che culmina con il buttarsi in acqua per salvarla quando lei tanta il suicidio cercando di annegare. Dopo questo salvataggio i due si innamorano perdutamente. Ma Madeleine, convinta che il suo destino sia legato a quello di Carlotta Valdes, suicidatasi lanciandosi da una torre, tenta nuovamente di togliersi la vita salendo sulla torre. Stavolta Scottie, a causa della sua fobia, non riesce a salire fino in cima alla torre per salvarla. La donna si lancia nel vuoto e muore, lasciando Scottie impietrito.

La prima parte del film, terminata con il suicidio di Madeleine, poteva essere molto più sconvolgente perché, pur essendoci una perdita terribile, l'ideale dell'altro sopravvive proprio a causa di questa perdita. Scottie è solo, stordito, distrutto, non riesce a dimenticarla e vaga per la città in cerca di una donna simile, che assomigli a lei. In ogni donna che vede, gli sembra di scorgere l'immagine della donna perduta fino a quando vede lei: Judy. La ragazza ha il volto di Madeleine, si comporta come Madeleine (infatti, è Madeleine). Nella scena del ristorante, vediamo i

due al primo appuntamento ma Scottie è troppo imbarazzato, ha paura di guardarla in faccia, è come se riconoscesse che la materia dei suoi sogni è per lui ancora più concreta della realtà della donna che ha alle sue spalle. L'inquadratura di Kim Novak di profilo è forse la sequenza chiave di tutto il film, qui cogliamo i dettagli di Judy in tutta la sua tragica tensione. Il volto di Judy ci sempre è mostrato per metà: un soggetto è sempre qualcosa di parziale, un volto, qualcosa di visibile, oltre c'è il vuoto, il nulla. E quel nulla è colmato dalle fantasie di Scottie su di lei. Solo vedendo quello che manca nella realtà, solo così si può scorgere la soggettività che ognuno mette nell'Altro. Ma la donna ancora non corrisponde esattamente alla donna scomparsa: Scottie deve renderla identica. La fa vestire come lei, pettinare come lei, truccare come lei. Finchè Judy diventa Madeleine: l'amore perduto, costruito sul ricordo di una donna che non è mai esistita veramente. E quando Judy entra nella stanza con il vestito di Madeleine, truccata e pettinata come lei, per Scottie è come una fantasia che si avvera. Come se per poterla avere, per poter desiderare di avere con lei un rapporto, per poterla amare ancora, Scottie dovesse trasformandola in quell'immagine assolutizzata nella sua mente. Scottie non è in realtà attratto da lei, ma dall'intero atto della sua ricostruzione. Scottie la vede, attorniata da un alone quasi etereo, si guarda intorno, verifica che le coordinate di quell'immagine ci siano tutte, e a quel punto, quando la realtà aderisce completamente alla sua fantasia, può finalmente baciarla.

Il fascino di questo film, secondo me, risiede proprio nella lettura dell'amore tra i due: ognuno diventa il meccanismo di mantenimento dell'identità dell'altro. Judy ama e vorrebbe essere amata «per quella che sono, per me stessa, dimenticando l'altra e dimenticando il passato». Ma alla fine si rassegna ad aderire a quell'immagine in cui Scottie vuole tramutarla, si lascia trasformare in un'altra per amore, negando se stessa. Scottie invece ama una donna che non esiste.

Scottie non si rassegna alla perdita di Madeleine e cerca a qualsiasi costo di riprodurre quell'immagine pur di tornare ad amare, Judy desidera corrispondere a quell'immagine pur di essere amata: un processo di reciproca costruzione autoreferenziale dell'immagine dell'altro che è in grado di rendere consistente il sè individuale; la percezione dell'altro, più delle sue caratteristiche reali , risulta quindi essere centrale nelle dinamiche della loro relazione. L'identità, nei protagonisti del film dunque, sembra non essere mai una soltanto: l'identità è molteplice e cangiante secondo le persone con cui si interagisce, dialettica e riflessa nello sguardo dell'Altro.

Film Blu

"Adesso so che farò una sola cosa: niente. Non voglio più né proprietà né ricordi. Amici amore o legami : sono tutte trappole." (Julie)

Ma cosa accade se, quando si perde la persona amata, qualcosa ci obbliga a dover rimettere mano a quell'immagine oggettiva ed assoluta che si aveva del partner?

È quello che succede in Film Blu (1993) di Kieslowski.

La trama. Julie (Juliette Binoche), una donna felicemente sposata, perde il marito e la figlia in un incidente d'auto dal quale lei riesce a salvarsi. Il dolore per la perdita è enorme e l'annienta, spingendola a tentare il suicidio senza successo. Julie si rinchiude in un isolamento fisico e mentale, nel tentativo di liberarsi dai suoi dolorosi ricordi e decide di iniziare una nuova vita, lasciandosi deliberatamente alle spalle tutto ciò che la lega al passato. Rifiuta tutto e tutti: le lacrime, il dolore, la compagnia; getta via la partitura che insieme al marito stava componendo per un concerto dedicato all'Europa unita, e si isola in un appartamento di Parigi, lontana dal suo mondo e da tutti gli affetti; rifiuta anche l'aiuto di Olivier, assistente e amico del marito, segretamente innamorato di lei. Nonostante il suo desiderio di confondersi col nulla, il semplice fatto di esistere, la costringe a confrontarsi con la vita e con il suo passato. Il destino, farà però in modo che Julie scopra la verità sul marito: attraverso un servizio alla TV, la donna viene a conoscenza del fatto che il marito aveva un'amante, Sandrine, in attesa di un bambino che l'uomo non conoscerà mai. Con l'aiuto di Olivier, Julie trova la sua musica, riuscendo così a completare il "Concerto per l'Europa" iniziato dal marito, giungendo anche a scegliere il canto per il coro. Il film si chiude con l'immagine di Julie tra le braccia di Olivier mentre sullo sfondo la musica composta dai due inneggia alla vita.

In questa opera Kieslowski spiega magistralmente il processo di elaborazione del lutto in un'ottica di distruzione e annientamento prima e di rinascita e ritorno alla vita poi. Questo film si affaccia sull'interiorità umana con uno sguardo nuovo, di sconfinata compassione; attraverso un uso fortemente semantico di elementi quali la musica e il colore il regista ha saputo cogliere e sondare con grande profondità e raffinatezza l'intimo itinerario di una coscienza che dal desiderio di morte muove verso quello di vita. Si tratta di una delle analisi più profonde e affascinanti dell'interiorità umana che il cinema ci ha regalato.

Il tema conduttore di Film blu è quello della libertà. Attraverso la storia di Julie, personaggio praticamente unico ed incontrastato dell'opera, Kieslowski ci illustra un percorso verso la libertà, ma non tanto una libertà fisica quanto interiore. La perdita della figlia e del marito in un incidente stradale conducono la protagonista ad una sorta di annientamento di se stessa attraverso l'anestesia del sentimento e dell'emozione, passando per l'abbandono e la distruzione di tutto ciò che ricorda il passato. La libertà coincide con il dover chiudere ogni sorta di rapporto con il passato per poter ricominciare da zero, dal nulla. Si tratta di un passaggio necessario dettato dal bisogno estremo di

difendersi dalle proprie ferite laceranti (così come simbolicamente mostrato nella scena in cui Julie si lacera volontariamente le mani). Questo "suicidio simbolico" che apre la vicenda e caratterizza buona parte del film, costituisce il punto di partenza del percorso verso una nuova vita, verso la liberazione dal sentimento di oppressione e solitudine che attanagliano Julie e che le impediscono di vivere e di reagire.

Julie sembra inizialmente negare ciò che è successo nella convinzione che solo liberandosi dai suoi dolorosi ricordi, solo negandosi ogni sentimento che sia amore, odio, dolore, rabbia, o compassione, riuscirà a ritornare a vivere.

Per cinque volte la scena si oscura brevemente, come a voler sottolineare i momenti di svolta nel percorso di elaborazione interiore di Julie e ad evidenziare il ritiro in sé stessa ogni volta che le si chiede di decidere se entrare in relazione con gli altri.

La prima scena quando Julie, seduta sul patio dell'ospedale riceve la visita di una giornalista. In un atteggiamento di totale chiusura verso il mondo, Julie, alla giornalista che le chiede dove si trova lo spartito composto dal marito per il "Concerto per l'Europa", risponde: "Non esiste". In questa scena ci viene anche dato il primo indizio per leggere la personalità di Julie. La giornalista le chiede se era lei a comporre la musica del marito. Julie non risponde. Scopriremo nelle scene successive che è proprio così. Julie componeva la musica del marito. Questo elemento ci permette in qualche modo di entrare nella struttura di personalità di Julie e in ciò che rappresentava per lei la relazione con il marito in uno spirito di abnegazione di se stessa e una difesa ad oltranza dell'immagine del marito come sostegno al senso di sé. Ogni atto di Julie è votato a eliminare il suo trascorso di madre e moglie, convinta che sia meglio continuare a evitare accuratamente le "trappole"che minano la sua libertà.

Un'altra scena chiave quando Julie ritrova nella borsa la caramella della sua bambina: anziché preservare gelosamente il ricordo della sua pargola defunta, la divora nevroticamente, non già per assaporarne il ricordo ma quasi come a cancellarne il ricordo stesso. Come per recuperare il controllo di sé Julie chiama Olivier, che sa essere innamorato segretamente di lei da anni:

-Pronto...Sono Julie. Volevo chiederle... Lei mi ama?

-Sì.

-Da molto?

-Da quando ho cominciato a lavorare con Patrice.

-Lei pensa che io sia meravigliosa?

-Sì.

-Affascinante?

-Sì.

-Pensa a me? Sente nostalgia per me?

-Sì...

-Venga qui, per favore.

-Adesso?

-Sì, adesso.

Ma dopo aver passato la notte con l'uomo, lo liquida la mattina successiva dicendogli: "Sono una donna come tante…non le mancherò" . Julie si nega l'amore, transita attraverso un dolore asciutto ed estremo e si convince che per ricominciare sia necessario annullare le memorie passate e che l'unico mezzo per redimersi dal dolore sia abdicare all'oggetto della sofferenza e controllare il flusso delle emozioni. Quando il ragazzo che aveva assistito all'incidente le riporta la catenina del marito, Julie non la prende e gliela regala e poi scoppia in una risata dissacrante all'ascolto della testimonianza del ragazzo che aveva involontariamente assistito all'agonia del marito ("Stava raccontando una barzelletta"): tutto in lei sembra volto alla contaminazione e alla vaporizzazione della sua esistenza pre-incidente e che la spingerà a distruggere l'opera ultima di suo marito.

L'immagine si oscura ancora quando la vicina in piscina le chiede se sta piangendo. Nella sequenza prima, una splendida sequenza, la donna tornata a casa trova sul pavimento dei topini appena nati che si agitano intorno alla madre. L'immagine la terrorizza, tanto da tenerla lontana per giorni dalla stanza dove giacciono i topi. Successivamente Julie si farà prestare il gatto dal vicino di casa per liberarlo nell'appartamento affinchè elimini i topi. A seguito di quell'episodio Julie si ritrova a vivere un'oscillazione di rabbia e colpa. Rabbia perché quell'immagine con i topi e la madre è un confronto eccessivo con la vita, in tutta la sua brutale insignificanza. Colpa per aver annientato quelle vite appena venute al mondo.

Ma questo rappresenta il primo passo di Julie verso il rientro alla vita, consacrato dall'ultimo atto di una ricostruzione di sé: Julie scopre dalla televisione che il marito aveva un'amante. Sembra negare questo pensiero inizialmente ma poi si ritrova a chiedere ad Olivier se il marito aveva davvero una relazione con un'altra. La scena si oscura ancora una volta: Julie scopre che suo marito non era la persona che lei pensava che fosse. La tradiva e aveva un'amante incinta. In quel momento di fronte alla schiacciante verità Julie si trova ad affrontare il tipo di perdita più terribile. Si disintegrano tutte le coordinate della realtà. Ma è da qui che riparte la ricostruzione di sé. La verità la obbliga ad un reframing dell'immagine del marito e, di conseguenza, alla rielaborazione

dell'immagine di sè stessa. Alla luce di questa nuova rivelazione Julie si vede costretta a riaffacciarsi in quel suo mondo che tanto aveva fatto per allontanare e ritornare pian piano alla vita, riappropriandosi finalmente della sua personale identità un tempo confusa e nascosta dietro quella di Patrice.

Questa nuova consapevolezza la renderà finalmente libera. La stessa libertà simboleggiata dal blu che rappresenta la svolta di Julie dalla sofferenza e passività all'agire. Il film allude spesso al colore del suo titolo. Le scene sono dominate dal colore blu: il blu della piscina in cui Julie si tuffa; il blu dei riflessi che si compongono sul viso; il blu di un lampadario, unico oggetto di memoria cui Julie non rinuncia; il blu dello sfondo che chiude il film. La chiave di questo film, dunque, sta proprio nel colore blu del suo titolo, che Kieślowski stesso ha detto non dover essere associato alla libertà intesa come libertà della vita stessa. Il grande lavoro di Kieślowski, non è stato solo quello di offrirci, attraverso il suo film, un ritratto particolareggiato di un animo umano devastato dal dolore, ma, soprattutto, quello di esprimerlo sfruttando al massimo e nella loro completezza le potenzialità che offre il cinema. Attraverso un uso sapiente della fotografia, di soggettive e, soprattutto, di filtri blu, Kieślowski non crea soltanto un film dove la storia ha un forte impatto emotivo, ma un film dove è anche lo stesso impatto visivo a creare emozioni.

L'armonia cromatico-sonora accompagna il cambiamento di ritmo del film, che all'improvviso subisce un accelerazione temporale, la scansione degli eventi diventa affannosa, scompare la ciclicità dei gesti e la sospensione del tempo, i filtri gialli invadono le sequenze per rappresentare la nascita di una nuova soggettività. Il passato di Julie torna, simboleggiato dall'incontro con l'amante del marito, ma per scomparire per sempre. Julie chiama nuovamente Olivier e insieme ricominciano a scrivere lo spartito iniziato da Patrice. Ma stavolta è diverso: Olivier non vuole appropriarsi della musica scritta da lei. Quando lei lo chiama, per dirgli di aver completato l'opera, lui risponde " Non verrò a prendere la partitura, questa musica può essere la mia musica, un po' rozza e pesante forse, ma è la MIA musica…o la sua, ma in questo caso bisognerà dirlo." È come un secondo reframing per Julie: sentirsi accettata per quella che è, non per quello che mostra. Mentre i corpi di Julie e Olivier si uniscono, scorrono le note del concerto per l'Europa unita, insieme ai versi di San Paolo, che danno il senso del percorso interiore compiuto da Julie (che riesce a essere davvero libera grazie a una scelta d'amore) e concludono il film con grande poesia: "Ora perdurano Fede, Speranza e Amore...ma dei tre il più grande è l'Amore", rappresentando il ritorno alla luce di una donna colpita nei suoi affetti, suggerisce la possibilità di svelare il mistero della vita attraverso il mistero dell'amore. Solo accettando le perdite nella consapevolezza di trovare ciò che si è perso a un livello

più alto si può compiere quel processo creativo che porta a superare e a trasformare le proprie ferite. Nella scena finale, bellissima, Julie sta dietro un vetro. E finalmente piange. Rimette insieme le coordinate che le permettono di nuovo di dare senso alla realtà. Il vetro rappresenta il distacco di Julie dal dolore. Mentre le note del coro inneggiano: "Se anche avessi il dono della profezia e della conoscenza...se non avessi l'amore, non sarei nulla". Lacrime liberatorie attraverso le quali la protagonista sembra dire: ora posso vivere il lutto perché non mi tocca più.

Caos calmo

"...Non sto seduto qui tutto il giorno, mi muovo...". (Pietro)

Accettare la perdita come definitiva e arrivare a una propria ridefinizione di sé sembrano essere gli elementi indispensabili affinché il lutto abbia un decorso favorevole: il superstite deve cambiare l'immagine di sé e della sua vita, deve demolire a poco a poco quegli schemi di comportamento che erano indirizzati alla persona morta, deve ridefinire se stesso. Finché non si arriva a questa ridefinizione non si possono fare progetti per il futuro. Quello che si richiede è pertanto anche un atto cognitivo, non solo emotivo: attuare un processo di "presa d'atto", di costruzione di nuovi schemi rappresentativi interni, che ovviamente richiede del tempo.

Questo tempo, può essere soggettivamente impiegato: l'unicità dell'essere umano rende ogni evento straordinario ed unico perché filtrato attraverso gli occhi della propria soggettività, una realtà costruita dalla propria irripetibile individualità.

In Caos calmo (2008) di Antonello Grimaldi, il protagonista, Pietro, impiega quel tempo nell'attesa. Un'attesa che sembra vuota ed immobile: in quell'attesa nulla sembra cambiato, ma tutto è stato rimesso in gioco.

La trama. Pietro (Nanni Moretti) è un manager di successo a cui un giorno, improvvisamente per una caduta in terrazzo, muore la moglie Lara, mentre lui si trova in spiaggia con lo scanzonato fratello Carlo e, sempre accidentalmente, si ritrova a salvare una donna da un possibile annegamento. Quando arriva a casa, la tragedia è avvenuta e lo scopre per voce della figlia di sei anni, Claudia. La ripresa del lavoro, che attraversa una delicata stagione di fusioni e di perdite, gli è difficile, si sente come estraniato, privo di interesse. Accompagna la figlia Claudia al primo giorno di scuola elementare e da lì, tutti i giorni fino a Natale, si siederà sulla panchina di fronte alla scuola ad aspettare.

Caos calmo è dunque la storia dell'elaborazione di un lutto che avviene nello spazio improvvisato dell'attesa. Lo spunto per ritrovare sé stesso, per scoprire la sua identità di uomo e di

padre glielo offre la morte della moglie, forse mai amata, e la mancanza assoluta di dolore, che lui avverte, per la sua perdita.

Dopo la scomparsa della moglie, Pietro accompagna la figlia a scuola e le promette che, all'uscita, sarà ancora lì ad aspettarla. Lì inizia la sua elaborazione: seduto su una panchina, fermo ad osservare. In quest'attesa, dentro giornate apparentemente tutte uguali, Pietro non è però un soggetto passivo, non assistiamo alla sua deriva malinconica; al contrario, sembra più attivo che mai. Organizza tacitamente il suo spazio-panchina come un luogo attivo di incontri, reincontri, sguardi, amicizie, pensieri, decisioni. Sono gli altri ad andare da lui per parlare di affari (i colleghi), di drammi personali (la cognata), di chiarimenti e scoperte (il fratello, la donna dall'annegamento casualmente ritrovata). Un piccolo mondo privato si sposta, si trasferisce dalle abitazioni e dagli uffici al piccolo parco con bar davanti alla scuola, uno spazio che via via Pietro abita e governa e adatta a sé. Si sottrae alle memorie e alle consapevolezze troppo dolorose, ma non evita, non può evitare quello accade, nell'attesa, in lui.

Su quella panchina inizia il suo percorso interiore, la ricostruzione di sè, apparentemente controllata. Pietro sembra escludere qualsiasi emozione che percepisce come contraddittoria, come se il pensiero razionale fosse l'unico modo per comprendere la realtà. Inizia a stilare la lista delle compagnie aeree con cui ha volato, vuole sapere quali sono le finestre della classe della figlia, per poter tenere tutto strettamente sotto controllo, in una ruminazione quasi ossessiva. Ci dà l'idea che questi atteggiamenti ossessivi gli vadano a modulare il senso di colpa che lui avverte affiorare di fronte a quanto accaduto: lui non c'era quando la moglie è caduta e non era accanto a sua figlia in un momento così terribile. Mentre i suoi amici, colleghi e parenti, si alternano accanto a lui sulla panchina, Pietro continua ossessivamente le sue liste: "Le case in cui ho vissuto: Via Bruno Buozzi, 341, Via Chiana 22, Via Valla 37…" .

La cognata, sorella della moglie, (che si scopre essere stata la sua ex fidanzata prima di Lara), gli rivela su quella panchina che Lara stava male e che andava da una maga che le aveva predetto che sarebbe morta senza un uomo accanto. "E certo, io non mi sono mai accorto che mia moglie stava male!! Ci ho vissuto 12 anni ma non me ne sono mai accorto??" risponde sarcasticamente alla cognata. Ma in lui, si inizia a fare spazio l'idea che qualcosa gli è sempre sfuggito. È come se Pietro, in quel momento dovesse fare i conti con il cambiamento dell'immagine di sua moglie e, di riflesso, dovesse a quel punto cambiare l'idea di sé. Nuovamente, inizia a fare la lista de "Le cose che non sapevo di Lara: andava da una maga, perché stava male; aveva parecchi soldi sul conto corrente; raccontava sempre tutto alla sorella…(…) e poi si scriveva mail con un certo

gianni.orzan…che, guarda caso, è quello che scrive le favole che piacciono tanto a nostra figlia..e quindi ora mi metto a leggere che cazzo si scrivevano quei due". Seduto davanti al computer, Pietro si trova di fronte ad un dilemma: invece di leggerle, cancella tutte le mail, perché "non è il dubbio, ma la certezza che fa diventare pazzi" (Musil).

"Non sono sconvolto, non sto male…Carlo, io non sto soffrendo." "Allora perché stai qui?" "Ci sto bene". Così risponde al fratello sulla panchina. Il fratello gli fa notare che la figlia potrebbe risentire di questo atteggiamento di chiusura e negazione delle emozioni, Pietro risponde che Claudia non ha mai momenti di tristezza, è sempre controllata. "Come te" risponde Carlo. "…ma questo è un equilibrio molto fragile". E infatti, nella scena successiva Pietro si reca ad una riunione "sulla perdita e la separazione". Quando la psicologa affronta il tema del lutto, spiega che le emozioni che si provano vengono trasmesse ai figli, specificando che ciò che trasmettiamo non è ciò che ci sforziamo di provare, ma ciò che proviamo veramente. Pietro pensa tra sé: "Se Claudia non soffre è forse perché io non soffro abbastanza.." Il pensiero lo turba così profondamente da farlo svenire. Mentre torna a casa, nuovamente tira giù "l' elenco delle cose che non sono riuscito a guardare: gli incidenti sull'autostrada, il sangue del prelievo di Claudia…e Lara a terra, circondata dalle fette di melone." E poi ancora: "Elenco dei posti dove non tornerò mai più: "sala riunioni di GenitoriInsieme…e poi la villa a Roccamare" . A quel punto si lascia andare ad un pianto disperato. Pietro sembra non reggere l'oscillazione emotiva che gli deriva dal dubbio di non soffrire abbastanza per quella perdita e, di conseguenza, di non essere un buon padre per sua figlia. Cerca di sciogliere il dubbio guardando la figlia in palestra mentre fa ginnastica: "se prima di saltare non mi guarda, sbaglierà l'esercizio; se non mi guarda prima di saltare sarò sempre geloso di Carlo, se prima di saltare non mi guarda allora è vero che non sto facendo niente per lei. " La bambina lo guarda e poi salta.

Pietro tende ad evitare le tensioni, i conflitti, le emozioni. Cancella le mail che potrebbero condurlo sulla possibile pista di un amante della moglie, ma sa essere un buon amico, fedele, sa osservare i dettagli della realtà (il bimbo con sindrome di down che incontra ogni giorno). Ma sembra non porsi domande a cui non sa rispondere: amava la moglie, e lei lo amava?

Tutto sembra rimanere sospeso e toccherà alla piccola Claudia il compito di assolvere il padre dal prolungarsi dell'attesa e dalla colpa di non esserci stato mentre la madre moriva. Sarà lei a lasciarlo andare, a dirgli di non venire più davanti alla scuola perchè i compagni la prendono in giro. Claudia chiude l'attesa di Pietro, fa calare il sipario sul suo lutto che si apre persino ad un

possibile nuovo amore (la bella ragazza che tutti i giorni passa col cane e che da tempo guarda gelosa i suoi incontri).

Caos calmo è un film sull'attesa, sul lutto e sulla rinascita. Sulla sua panchina Pietro non si ferma, non stacca la spina; solo che il suo movimento, il suo caos, si trasferisce completamente all'interno, dentro la sua mente, questo caos calmo, non agitato, fatto di non muoversi. La calma apparente del suo personaggio, questo autocontrollo ad oltranza su cui ci si interroga inevitabilmente, troverà tempi e modi per liberare la piena di un dolore reale più o meno inconsapevolmente represso. Il tempo dell'attesa è un tempo vivo, ricco, e il lavoro del lutto non ha bisogno di grandi maratone o sceneggiate o 'reazioni' qualsivoglia, perchè il processo è già del tutto attivo dentro di noi: il lavoro del lutto è, appunto, un lavoro, non ci lascia molta energia per fare altro.

Il film ci offre, inoltre, un ritratto delle persone e dei loro tentativi di comunicare, il ricordo non è enfatico o idealizzante, ma schiacciato in una sorta di banalità del quotidiano, dell'oggi, che preserva alla memoria solo la sensazione, e l'Altro è qualcuno di cui conosciamo poco o niente. Chi era sua moglie, per Pietro? Nel suo rimuginare ossessivo sulle cose "che non sapevo di lei" , si accorge che sono molte; la donna salvata dall'annegamento scopre, solo in questa occasione, che il marito l'avrebbe lasciata morire. L'Altro è qualcuno che ci vuole uccidere, e non lo sappiamo, o che semplicemente consultava i maghi per conoscere il destino, e della cui completa alterità ci accorgiamo solo casualmente, accidentalmente, o quando lo perdiamo.

Il caos calmo che avvolge il protagonista, la solitudine, la voglia di scoprire una parte di sé ignota e un percorso di nuovi sentimenti per le piccole cose che accadono nel quotidiano, prima ignorate, daranno al protagonista la forza per uscire dal letargo e di riappropriarsi con forza della sua vita.

Conclusioni

Quattro film, quattro personaggi diversi, quattro modi unici di elaborare un lutto.

Ognuno dei protagonisti affronta il processo di ricostruzione di sé in modo assolutamente personale, che abbiamo voluto leggere in una prospettiva post-razionalista tentando di dare spessore e coerenza ai personaggi e cercando di comprenderne le invarianti di significato personale.

Si vengono così a delineare quattro personaggi con organizzazioni di significato personale totalmente diverse:

In Solaris, Chris sembrerebbe aver sviluppato un'organizzazione di tipo depressivo derivante dalla morte della madre durante l'infanzia; i nuclei centrali che emergono dal suo personaggio

sembrano oscillare tra temi narrativi di colpa e solitudine e la necessità di recuperare la vicinanza della madre e della donna perduta per sentirsi amato ed accettato.

Ne La donna che visse due volte, abbiamo ipotizzato che il personaggio di Scottie presenti una personalità di tipo fobico: i suoi temi di base sembrerebbero oscillare tra emozioni di paura (senso di vertigine) e la curiosità per una donna impenetrabile e misteriosa.

In Film Blu, Julie alterna sentimenti di colpa a quelli di rabbia per la perdita della persona amata e sembrerebbe che la messa in discussione dell'immagine del marito sia per lei un'occasione per confermare o disconfermare il proprio valore, coerentemente con un'organizzazione di significato personale di tipo DAP.

Infine, in Caos Calmo, Pietro, nel suo ruminare ossessivo, nel suo voler abdicare ai sentimenti e alle emozioni per lui così intollerabili, sembrerebbe presentare un'organizzazione di significato di tipo ossessivo. Il dubbio sembrerebbe essere l'aspetto centrale su cui si organizza la sua identità.

Ma aldilà di queste ipotesi, con questo lavoro si è voluto immaginare un filo conduttore che lega i personaggi: la perdita della persona amata come momento critico della propria vita, in cui si sgretolano le coordinate della propria soggettiva realtà. La fase del distacco rappresenta per i personaggi il punto di svolta della loro esistenza, un'occasione per guardare dentro di sé, fare i conti con il proprio passato e ridefinire se stessi partendo proprio dalla perdita dell'Altro come perdita di una parte di sé.

Bibliografia

Berscheid, E.(1983), Emotion, in Kelley, Bersceid, Christensen, Harvey, Levinger, McClintock, Peplau e Peterson, Close Relationships, Freeman, San Francisco.

Berscheid, E., Gangestad S.W.e Kulakowski D., (1984) Emotion in close relationships: Implications for relationship counseling. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds), Handbook of counseling psychology. New York: Wiley.

Bowlby, J. (1982). Costruzione e rottura dei legami affettivi. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Bowlby, J. (2000). Attaccamento e perdita, vol.III: la perdita della madre. Torino: Bollati Boringhieri.

Bruner, J.(1988). La mente a più dimensioni. Roma-Bari, Laterza.

Darwin, C. (1982). L'espressione delle emozioni. Torino: Boringhieri.

Dodet, M. (2001). Attaccamento, organizzazione di significato e reciprocità affettiva: una terapia di coppia.

Dodet, M. (2001). Psicoterapia post-razionalista: il modello, la clinica, la formazione – Studi di Psichiatria – Vol.3, N.2.

Freud, S. (1992). Opere 1905 – 1921. Roma: Newton & Compton Editori.

Gorer, G. (1973). Death, Grief and Mourning in Britain. in ANTHONY e KOUPERNIK (1973). The Child in His Family: the Impact of Desease and Death. NewYork-London: Wiley.

Guidano,V.F. (1987). La complessità del sé, Bollati Boringhieri, Torino.

Guidano,V.F. (1992). Il sé nel suo divenire, Bollati Boringhieri, Torino.

Guidano, V.F. e Dodet M., (1983). Terapia Cognitiva Sistemico-Processuale della Coppia, Psicobiettivo, I, 29 – 41, 1993.

Lewis, C.S. (1961). A Grief Observed. London: Faber.

Lorenz, K. (1957). Instinctive Behaviour. New York: International University Press.

Parkes, C.M. (1996). Bereavement (new edition). London: Penguin Books.

Raphael, B. (1982). The anatomy of bereavement. New York: Basic Books.

Robertson, J. (1965). A Guide to the Film "A Two-Year-Old Goes to Hospital". London: Tavistock.

Shpinitskaya, J. (2006). Solaris by A.Tarkovsky: music-visual troping, paradigmatism, cognitive stereoscopy Trans. Revista Transcultural de Música, núm. 10, diciembre, 2006.

Sternberg, R. J., & Barnes, M. (1985). Real and ideal others in romantic relationships: Is four a crowd? Journal of Personality and Social Psychology, 49, 1586-1608.

Tinbergen, N. (1951). The Study of Instinct. London: Oxford University Press.

Zizek, S. (2006). The Pervert's Guide to Cinema.

Federica Petroni
Psicoterapeuta, Roma
Specializzata a Roma 2014, training Gardner-Dodet
e-mail: fifu78@libero.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

psicoterapeuti in-formazione

2015, NUMERO 15

La genitorialità come momento di riorganizzazione della narrativa personale

Filomena Ielpo[1]

[1]Psicoterapeuta, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) - Roma

Riassunto

Questo lavoro intende focalizzarsi sui processi di riorganizzazione della narrativa personale nel momento in cui un uomo ed una donna diventano genitori, processi che in realtà si attivano già quando vi è la scoperta di aspettare un bambino. Verrà esaminato il ruolo delle credenze, degli scopi e delle emozioni e l'intreccio tra fattori psicologici, sociali e culturali nel processo di transizione genitoriale. La nascita di un figlio è un evento complesso e corrisponde ad una crisi cui entrano in gioco fattori individuali, come la capacità di rielaborare la propria storia relazionale infantile, la gestione di nuovi aspetti emotivi e delle proprie credenze richiedendo notevoli capacità di adattamento psicologico e di riorganizzazione delle capacità interpersonali e di coppia. Inoltre la possibilità di considerare il sistema relazionale genitori-bambino come un "microsistema" inserito in una rete più ampia di contesti, ha permesso di analizzare l'influenza delle variabili sociali e culturali sulla genitorialità. La psicologia del senso comune e le credenze socialmente condivise mettono facilmente sotto accusa i genitori, offuscando il buon senso e talvolta alimentando vissuti di inadeguatezza con la credenza di non essere all'altezza del ruolo educativo. Alla luce della complessità delle caratteristiche personali, relazionali e contestuali che influenzano il modo in cui questa fase del ciclo vitale sarà affrontata dal genitore, non sorprende che un cambiamento di questo tipo possa generare delle manifestazioni psicopatologiche. Un intervento di tipo cognitivista potrebbe consentire un supporto delle figure genitoriali e favorire l'acquisizione di una maggiore consapevolezza partendo da una riflessione sulla propria storia personale fino a giungere alla revisione delle proprie credenze disfunzionali.

Parole chiave: Genitorialità, maternità e paternità, reciprocità emotiva, narrativa condivisa, transizione, significato personale, credenze, stereotipi, fattori sociali e culturali, attacamento, nascita di un figlio, sviluppo affettivo, parent training.

Summary

This work will focus on the reorganization of personal narrative when a man and a woman become parents, actually processes activated as soon as there is the discovery of bearing a child. It will examine the role of beliefs, goals and emotions and the interplay between psychological, social and cultural variables in the process of transition parenting. The birth of a child is a complex event and it corresponds to a crisis which occur individual factors, such as the ability to rework their relational child history, the management of new emotional experiences and beliefs requiring a significant ability to psychological adjustment and

Filomena Ielpo, *La genitorialità come momento di riorganizzazione della narrativa personale, N. 15, 2015, pp. 50-85*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.iit

reorganization of interpersonal skills and torque. Furthermore, the possibility to consider the parent-child relational system as a "microsystem" placed in a larger network of contexts, has allowed to analyze the influence of the social and cultural variables on parenting. The psychology of common sense and socially shared beliefs easily put on trial the parents, sometimes obfuscating common sense and fostering feelings of inadequacy with the belief that it is not up to the educational role. Given the complexity of personal characteristics, contextual and relational that influence the way in which this phase of the life cycle will be addressed by the parent, it's not surprising that a similar change can generate psychopathological manifestations. A cognitive intervention could allow a paarental figures support and promote greater awareness starting from a reflection on personal history until the revision of their dysfunctional beliefs.

Key words: Parenting, maternity and paternity, emotional reciprocity, shared narrative, transition, personal meaning, beliefs, stereotypes, social and cultural factors, attachment, birth of a child, emotional development, parent training.

Introduzione

La mia attenzione è rivolta al momento di transito nell'esperienza concreta della genitorialità come evento altamente perturbante e necessariamente occasione di riorganizzazione dell'equilibrio identitario personale. Questa perturbazione tende ad andare in direzione di una riorganizzazione ricca e felice e non si intende in nessun modo trascurarne o sottovalutarne le potenzialità positive, tuttavia si cercherà di mettere a fuoco soprattutto alcuni elementi di rischio e problematicità.

Emozioni, percezioni, credenze, rappresentazioni, scopi, sono alla base del nostro comportamento e influenzano in maniera importante la qualità delle nostre relazioni. Esistono particolari situazioni che possono rendere più difficile lo svolgimento di queste funzioni in un momento di transizione personale quale quello della genitorialità e far emergere delle problematiche specifiche di tipo emotivo o relazionale nei campi di comprensione di sé e dell'altro, della capacità di leggere la mente altrui e di rispondervi in maniera adeguata. Negli ultimi anni si ritiene che il rischio di sviluppare una depressione o un altro tipo di disagio in questa fase di cambiamento sia probabile e da non sottovalutare.

Nel presente lavoro, dopo aver definito il concetto di genitorialità e di competenza genitoriale, si passerà alla descrizione del cambiamento della percezione di sé quando un adulto diventa genitore e alle credenze relative alle modalità educative da adottare con il proprio figlio. L'esercizio del ruolo di genitore è frutto sia della sua esperienza personale sia dell'influenza sociale e culturale; a tal proposito si parlerà di come le credenze socialmente condivise, miti e stereotipi influiscono sulla fase di transizione genitoriale. Una riflessione riguarda come la narrativa personale di un individuo si incontri con la più generale narrativa culturale e cosa i nostri modelli sociali propongono in termini di immagini ed aspettative rispetto a come dovrebbe essere un "buon genitore". Concezioni e approcci pedagogici sono cambiati nel tempo e con le società, e oggi non ci sono più idee univoche sull'educazione infantile. C'è stata l'educazione irreggimentata, ispirata ad uno stretto

controllo da parte degli adulti e alla convinzione che i genitori debbano organizzare e gestire tutti gli aspetti comportamentali dei figli. Con il tempo si è passati ad un approccio più liberale che, se da una parte ha rappresentato un'occasione di maggiore libertà per i genitori, dall'altra è diventato motivo di confusione, incertezza e anche disagio. Pertanto, se le storie personali e familiari condizionano e determinano questo ambito narrativo, esiste anche un ambito di appartenenza sociale presente con ricadute molto intense sul vissuto dei genitori.

Nella seconda parte si passeranno in rassegna alcuni dei lavori più importanti presenti in letteratura circa la maternità intesa come momento di "crisi" e di revisione della percezione di sé, nonché dell'importanza del ruolo svolto dai genitori nell'offrire una base sicura al bambino affinché egli possa costruirsi un'identità di sé adeguata. Verrà sottolineata la funzione centrale svolta dalle emozioni, attraverso le quali i genitori e gli adulti in generale non potrebbero capire i vissuti dei bambini; oltre ad essere importanti per la sopravvivenza, le emozioni sono fondamentali per stabilire un rapporto adeguato con l'ambiente e per un sano sviluppo psicologico. Come è ovvio pensare, diventare genitori implica voler rendere felici i propri figli, proteggerli da tutto ciò che potrebbe danneggiare il loro stato di benessere fisico e psicologico. Spesso si preoccupano delle emozioni dei loro bambini e tendono a cercare una soluzione a quelle che considerano negative, con la credenza di annullare l'emozione. Si vedrà come l'emozione pone dei problemi al genitore. Infatti l'evitamento dell'emozione dolorosa al bambino spesso cela la paura di non essere un buon genitore e non all'altezza del compito di accudirlo in modo adeguato. In un'ottica post-razionalista, diremo che alcuni genitori potranno temere di non essere perfetti, altri sperimentano vissuti di colpa, ad altri ancora capita di aver paura di non essere più amati.

Rispetto a questo, un intervento che aiuti i genitori a migliorare la conoscenza, la sensibilità, la responsività potrebbe essere di grande utilità clinica, affinché essi abbiano la possibilità di essere supportati in una fase di transizione così delicata e vengano dati loro gli strumenti giusti nel riconoscimento delle credenze e dei miti legati al tema della genitorialità, nella gestione dei contenuti emotivi e per la maturazione della consapevolezza di quanto sia importante l'accettazione nel favorire il benessere genitoriale e del proprio bambino. Questi aspetti vengono affrontati nella parte finale del lavoro in cui saranno presentati alcuni modelli di intervento di stampo cognitivista che hanno principalmente lo scopo di far sentire i genitori parte attiva piuttosto che passivamente in attesa di "ricette" o "manuali" sul "bravo genitore".

Nascere come genitore: diventare madre e padre

La transizione alla Genitorialità e competenza genitoriale

Riprendendo Erikson (1982) si può dire che lo scopo di questa transizione consiste nello sviluppo da parte della coppia della generatività, vale a dire nella capacità di preoccuparsi, di prendersi cura in modo responsabile di ciò che è stato generato.

La *Genitorialità*, ossia divenire genitori, non coincide con l'evento della nascita ma è connessa a un lungo processo di elaborazione delle proprie relazioni affettive, che determina un'alterazione dell'equilibrio della coppia. Tale alterazione può portare alla costituzione di un nuovo equilibrio che favorisce una relazione armoniosa bambino-genitori, ma può anche creare una situazione di disagio psichico che troverà espressione in interazioni disturbate, causando sofferenza nel bambino. La genitorialità implica un sostanziale riassetto delle relazioni interpersonali all'interno della rete di parentela della coppia stessa.

La moderna evoluzione del sistema familiare nella cultura occidentale ha modificato il concetto di genitorialità. Il genitore, al di là della dimensione biologica, è colui che esercita il Parenting, ovvero quell'insieme di comportamenti che attiene alle capacità di proteggere il bambino e sostenerne lo sviluppo. La genitorialità quindi è la capacità di espletare il ruolo di genitore, attraverso l'adozione di un assetto comportamentale finalizzato a nutrire, accudire, proteggere, dare affetto e sostegno, educare, promuovere l'autonomia e l'indipendenza della prole (Patrizi C. et al, 2010). Prendersi cura di un figlio è dunque un compito complesso, poiché richiede un buon adattamento tra stadio evolutivo del minore e ambiente, tra esigenze del bambino e opportunità offerte dal contesto sociale (Eccles et al. 1993, Greco e Maniglio 2009).

E' necessario tenere in considerazione che quando si diventa genitore si modifica anche la percezione di sé come adulto e, anche se questa fase di transizione può rappresentare un'opportunità evolutiva, la reazione di ciascun individuo a questa esperienza può essere molto differente. La disponibilità a fornire cure genitoriali adeguate è legata, più che all'istinto, alle capacità cognitive, affettive e relazionali dell'individuo e richiede una riorganizzazione e rinegoziazione sia del rapporto di coppia che del ruolo parentale. Fra i fattori che interagiscono in questo processo vi sono le caratteristiche di personalità del genitore come la flessibilità, la capacità di adattamento, la disponibilità emotiva, ma anche la qualità del rapporto di coppia, gli schemi relazionali, i cicli interpersonali della relazione genitore-bambino, le caratteristiche del bambino, i fattori ambientali e culturali (Patrizi et al., 2010).

Quello della *competenza genitoriale* è un costrutto complesso, il cui sviluppo avviene nel corso del tempo come esito di un'interazione di parametri individuali, cognitivi, emotivi e relazionali, che incidono sul processo di accudimento. Con esso intendiamo l'insieme di comportamenti che

rendono il caregiver capace di mantenere una relazione caratterizzata da protezione e sostegno adeguati ad accompagnare la crescita del proprio figlio. Greco e Maniglio (2009), facendo riferimento al modello cibernetico di finalismo comportamentale (Castelfranchi e Miceli, 2002), descrivono il genitore come colui che ha internalizzato lo scopo (posto da natura e società) di prendersi cura (nutrire, proteggere, dare affetto e sostegno emotivo, educare, favorire l'autonomia e l'indipendenza) e lo persegue attraverso la formulazione autonoma e personale di sottoscopi interni contingenti. Gli autori, inoltre, presentano la capacità genitoriale come: concreta, perché riferita a quel genitore, con quel figlio, in quel determinato contesto; composita, implicante abilità personali e risorse ambientali correlate ai bisogni e alle necessità del bambino; dinamica, poiché legata ad un processo di interazione tra condizioni soggette a cambiamento; stimabile, perché valutabile in termini sia qualitativi che quantitativi.

La qualità delle cure genitoriali incide sulla crescita del figlio: una presenza amorevole, competente e rispettosa e condizioni ambientali favorevoli sostengono, infatti, lo sviluppo della sua personalità.

Non esiste un modo considerabile aprioristicamente giusto per essere genitori capaci. Ogni genitore stabilisce con il figlio un tipo di relazione specifica, in base non solo al proprio senso di sé ed al proprio significato personale (Guidano, 1992) ma anche alla modulazione del legame di attaccamento che con il figlio si struttura sin dai primi momenti della sua vita. Come nei primi anni "la spiccata propensione a strutturare un'intensa reciprocità emotiva con i genitori appare come il vincolo ontologico alla base di ogni possibile ordinamento dell'esperienza" (Guidano, 1992), per il bambino il legame genitoriale mantiene le stesse caratteristiche fondamentali di decodifica della realtà nel processo di costruzione del senso di sé, della sua personalità, lungo tutto il suo percorso evolutivo fino all'età adulta. Nel parlare di capacità genitoriali si tiene in considerazione sia la disponibilità a garantire nel tempo una prossimità fisica con il proprio figlio sostenendolo nei suoi bisogni materiali, sia la capacità di strutturare e mantenere un legame affettivamente significativo, emotivamente caldo, che funga in qualsiasi momento evolutivo del bambino da base sicura. L'idoneità genitoriale viene definita quindi dai bisogni stessi e dalle necessità dei figli in base ai quali il genitore attiverà le proprie qualità personali, tali da garantirne lo sviluppo psichico, affettivo, sociale e fisico. Una considerazione importante va data al fatto che, nell'incontro con le caratteristiche e le aspettative dei genitori, anche il bambino con le sue caratteristiche individuali contribuisce in modo significativo a determinare lo svolgimento della funzione genitoriale e le peculiarità della relazione.

Credenze, scopi e strategie parentali

Quando si diventa genitore, la percezione di sé come adulto si modifica; questa fase di transizione può rappresentare un'opportunità evolutiva, ma ognuno tende a reagire a questa esperienza in modo diverso. Come detto, alcune variabili di personalità sono direttamente implicate nel ruolo genitoriale e influenzano maggiormente le modalità di *parenting*: fra esse troviamo le credenze, l'autostima, il senso di autoefficacia e il perfezionismo, ma anche gli scopi, le aspettative, le attribuzioni, le capacità metacognitive del genitore nonché la sua abilità di *coping* e di *problem solving*.

Le credenze di un genitore relativamente alle modalità educative da adottare con il proprio figlio, sono frutto sia della sua esperienza personale sia dell'influenza sociale e culturale, e influiscono sull'esercizio del ruolo di genitore e sui compiti che egli deve assolvere. Le credenze dei genitori tendono inoltre a risentire delle caratteristiche fisiche, temperamentali e di genere del proprio bambino.

Quando si diventa genitori inevitabilmente si assume lo scopo di essere bravi genitori, possibilmente i migliori! Se da un lato questo aiuta a migliorarsi e impegnarsi per dare il meglio di sé nell'educazione dei figli, dall'altro, però, ogni emozione o comportamento del bambino potrebbe far sentire minacciato il genitore e condurlo al pensiero "Non ho superato il test del bravo genitore!". Ci sono credenze che, se troppo presenti e pressanti, rischiano di condurre il genitore a focalizzarsi eccessivamente su se stessi piuttosto che sul bambino. Egli tenderebbe ad assumere l'idea che ogni vissuto del bambino faccia parte del test: "sono una buona mamma?"; e così se piange e non si consola prendendolo in braccio, significa che non vengono capiti i suoi bisogni, se si arrabbia e urla al supermercato vuol dire che si è assunti un comportamento rigido o che è stato viziato troppo. Molte delle cose che i bambini fanno hanno un effetto diretto sugli stati d'animo del genitore e sul suo modo di sentirsi all'altezza del compito di accudire in modo adeguato un figlio. L'affetto nutrito nei loro confronti, tuttavia porta molto spesso a fare cose irrazionali.

Le credenze conducono frequentemente a comportamenti inadeguati e non rispondenti ai bisogni del bambino, con la conseguenza di generare vissuti negativi non solo nel bambino stesso ma anche nel genitore. Capita che il genitore, infatti, si faccia guidare da schemi o regole, magari appresi in famiglia (e quindi legittimati dal fatto che lo faceva la propria madre!), che però non hanno particolare fondamento. E così, piuttosto che ascoltare i segnali inviati dal bambino, il genitore decide dall'alto dei suoi bisogni psicologici o fisici, non rispettando ciò che il bambino sente.

Le credenze sui bisogni e sugli obiettivi evolutivi del figlio e su come esso vada educato,

influenzano le strategie parentali: queste, se adeguate, possono favorire lo sviluppo delle competenze nel bambino e modificare/eliminare comportamenti non accettabili; al contrario, se le strategie sono inadeguate o carenti possono favorire quadri caratterizzati da disagio psicologico e comportamenti disfunzionali.

La Genitorialità – Maternità e Paternità

La genitorialità, intesa come la capacità di espletare il ruolo di genitore, è un compito complesso che si realizza attraverso l'adozione di un assetto comportamentale che richiede diverse competenze e abilità finalizzate a nutrire, accudire, proteggere, dare affetto, sostegno, educare, promuovere l'autonomia e l'indipendenza della prole (Patrizi, Rigante e altri, 2010). quando si diventa genitore si modifica anche la percezione di sé come adulto e, anche se questa fase di transizione può rappresentare un'opportunità evolutiva, la reazione di ciascun individuo a questa esperienza può essere molto differente. La disponibilità a fornire cure genitoriali adeguate è legata alle capacità cognitive, affettive e relazionali dell'individuo e richiede una riorganizzazione e rinegoziazione sia nel rapporto di coppia che del ruolo parentale.

Gli ingredienti che compongono *maternità* e *paternità*, emergono nella storia di ognuno in funzione di esperienze e componenti caratteriali intime, da comportamenti e tradizioni legate alla famiglia di origine, da modalità di accudimento apprese direttamente all'interno del rapporto con i propri genitori, oppure, in modo indiretto nell'osservazione e compartecipazione all'esperienza di fratelli, cugini e amici. Anche il bambino partecipa alla creazione del proprio genitore, attraverso l'interazione reciproca e lo scambio precoce di segnali di affetto, bisogno, soddisfazione o insoddisfazione (Stern, 1985) che creano prima una modalità di reciprocità e poi la relazione vera e propria su cui si inseriranno nel tempo la comunicazione e le azioni genitoriali a sostegno e cura dello sviluppo del bambino.

Siegel e Hartzell (2005), nel loro volume sulla comprensione della propria storia infantile nel processo di genitorialità, indicano quattro componenti della relazione genitore-figlio ottimale:

- La consapevolezza dei propri stati emotivi e dei propri pensieri, nonché di quelli dei propri figli nel momento presente. Questo atteggiamento aiuta ad essere percepiti come attivi nella relazione con gli altri e attenti alla loro individualità, fa sentire i figli coinvolti in uno scambio emotivo significativo e permette ai genitori di agire intenzionalmente scegliendo quei particolari comportamenti che corrispondono all'esigenza attuale.
- La disponibilità ad apprendere all'interno dello sviluppo della relazione, riflettendo sulle proprie esperienze passate a partire da nuovi punti di vista, da nuovi significati che sono

potenzialmente fonti di arricchimento e modificazione positiva della propria storia di vita. Questa assunzione si basa sulla capacità di crescita e sviluppo sempre presente e attiva nell'essere umano grazie alla costante attenzione e propensione ai legami affettivi e alle relazioni più in generale. Permette inoltre, di insegnare un atteggiamento aperto e curioso nei confronti del mondo ai propri figli nel momento in cui sono maggiormente impegnati nella scoperta dell'ambiente e delle relazioni sociali.

- La capacità di percepire le menti che si forma all'interno della comunicazione e dello scambio di pensieri, motivazioni, emozioni, ricordi, e che è alla base dello sviluppo di relazioni empatiche. Questa capacità, permette di comprendere segnali non verbali e di prendere in considerazione i contenuti profondi e non espliciti della comunicazione e del comportamento sia degli adulti che dei bambini. Un confronto tra genitori e figli che preveda anche la considerazione di tali aspetti è dunque importante per la comprensione reciproca ed una comunicazione più ricca.
- La gioia di vivere intesa come la capacità di trasmettere la passione, lo stupore e la curiosità derivanti dall'essere in un mondo pieno di possibilità e meraviglie; di condividere e ricordare le proprie esperienze per favorire il senso di essere compresi e considerati dei propri figli.

Per sviluppare una comunicazione coinvolgente, ricca ed educativa, che permetta una crescita reciproca di genitore e figlio, serve dunque procedere per gradi partendo dall'integrare e rendere coerenti gli aspetti fondanti la nostra storia, il nostro passato, per poi rendersi più consapevoli dei propri vissuti interiori nel presente e pronti a coglierne degli altri. Solo successivamente, si potrà pensare a rendere la condivisione di tali significati con gli altri un'esperienza viva e attraente con una relazione genitoriale adeguata e soddisfacente.

Genitori non si nasce, ma si diventa: stereotipi e narrative

I cosiddetti "miti" sono concezioni irrealistiche legate alla maternità e più in generale alla genitorialità, che sono diffusi e amplificati dalla macchina del marketing, e ben accettati dalla società in ogni epoca, in quanto pare che l'accettazione di emozioni e sensazioni negative legate alla maternità risulti difficile e in qualche maniera "disorientante" o "angosciante". Forse è per questo che tali miti irreali di gioia assoluta, nascono spesso da confronti con altre donne che minimizzano o esaltano la loro esperienza passata, non tenendo conto delle differenze socio culturali in corso nella nostra società. Ad esempio, il pensiero che la cura di un neonato non sia particolarmente pesante e faticosa non tiene conto della differente impostazione familiare attuale monoparentale in cui la madre si trova a gestire il bambino da sola per tutta la giornata; al contrario, nel passato, una stessa abitazione riuniva più nuclei familiari e rendeva attuabile la possibilità per la madre di aiuti

pratici e momenti di riposo o stacco dalla funzione genitoriale. Analogamente, le tecniche educative utilizzate dalle generazioni passate erano riferite alle conoscenze mediche pediatriche ed pedagogiche che ora risultano modificate, ampliate e quindi in molti casi diverse. Ad esempio, la posizione da utilizzare per evitare la morte in culla era fino a poco tempo fa quella a pancia in giù, mentre ora è consigliata quella sulla schiena; l'introduzione graduale degli alimenti durante lo svezzamento ha passato varie modifiche negli anni fino ad arrivare al momento attuale con regole più nette e in qualche modo più restrittive, indicano più divieti e fasi di transizione da un alimento al successivo più lunghe e sono per questo più difficili da seguire, anche se più funzionali alla salute e al corretto sviluppo infantile.

Queste conoscenze, che non possono essere trasmesse dalle proprie madri o dalle suocere e spesso nemmeno da amiche, possono creare fraintendimenti, scontri sulla migliore educazione e scelta da seguire tra i coniugi o nella famiglia allargata.

Tra i principali miti materni che provocano discussioni e possono essere motivo di insicurezza e svalutazione nella donne circa le proprie capacità come madre, si possono ricordare:

- Una buona mamma è felice di stare tutto il giorno con i propri figli e curare la casa per renderla un nido accogliente.
- Una buona mamma prova solo sentimenti positivi nei confronti del proprio figlio.
- Solo la mamma è in grado di capire in ogni momento di cosa ha bisogno il suo bambino.
- La gravidanza è il periodo più bello nella vita di una donna e non cambierà il proprio stile di vita.
- Avere un bambino migliora l'intesa della coppia e la rafforza senza cambiarla.
- Una brava mamma pensa sempre ai propri figli mettendoli al primo posto.
- Tutte le madri sanno affrontare da sole i momenti difficili e le situazioni inaspettate.
- Per essere una buona madre bisogna solo affidarsi all'istinto materno innato.

Per una madre in difficoltà, il peso costituito dai discorsi delle altre donne che alimentano l'ideale di felicità assoluta e facilità istintiva del compito di accudimento, risulta impossibile riuscire a non attivare il pensiero di essere sbagliata come madre (Millgrom, 2003). La conseguenza è l'innesco della spirale depressiva che vede la fatica mentale e fisica, oppure lo smarrimento di fronte al non conosciuto, come prove di fallimento personale e di indegnità personale. Poter venire a conoscenza anche tramite letture, documentari e cinema può aiutare a non sentirsi sole, in una sorta di prima condivisione empatica delle negatività, alla quale può seguire un confronto attivo, sincero e rassicurante con le altre donne. Tutto questo, per riuscire finalmente a ridurre l'importanza

dei miti materni riconoscendone l'irrealtà e a trovare spiegazioni alternative alle situazioni critiche scatenanti, come il pianto ininterrotto del bambino durante le coliche, la fatica e la rabbia sperimentate dopo diverse notti in bianco, lo smarrimento nel non riuscire a capire nei primi mesi di vita del bambino ogni sua espressione facciale o vocale. La strategia più efficace e maggiormente attuata da ogni madre in ogni tempo, è infatti da sempre, quella di procedere con pazienza per tentativi fino a trovare legami tra espressione del bisogno, azione materna e benessere del bambino, con relativa rassicurazione di entrambi.

Intreccio tra nuclei di significato personale, momenti di trasformazione esistenziale ed appartenenze culturali

Nella pratica clinica non di rado si rilevano da parte delle mamme vissuti molto dolorosi e di inadeguatezza nel momento in cui incontrano delle difficoltà nell'allattare al seno il proprio bambino. L'allattamento, per quanto sia un'attività naturale, è una competenza che deve essere appresa sia dalla madre che dal bambino, pertanto potrebbe risultare difficile per alcuni di loro. Negli ultimi tempi è attiva tra medici ed ostetriche una politica molto spinta sull'incoraggiare i genitori a ricorrere all'allattamento al seno per i numerosi vantaggi che esso comporta e così si tende a suggerire ed incentivare fortemente questa prassi nelle giovani madri. Quello che sembra poter passare implicitamente è un messaggio che indica nella capacità della madre e nella sua disponibile dedizione nell'offrire il suo nutrimento al bambino una prima grande prova della sua adeguatezza genitoriale ed il suo fallimento la prova di una inadeguatezza al compito. Sia dove percepita come propria incapacità o inadeguatezza fisica sia dove percepita come rifiuto del bambino al seno, la situazione rischia di innescare momenti di importante fatica elaborativa dando seguito alla costruzione di faticose narrative nella percezione di sé. Altro vissuto che potrebbe sperimentare una neomamma è quello che, pur in grado di allattare e con il bambino voracemente rispondente, si trovi a vivere il momento dell'allattamento come qualcosa di sgradevole ed invasivo e queste emozioni diventavano inesprimibili e difficilmente elaborabili anche perché percepite dalla madre stessa come egoistiche e sbagliate e pesantemente contestate e stigmatizzate dall'ambiente. Altri vissuti e narrazioni di grande angoscia personale sono quelli conseguenti al fatto di portare il bambino alla madre subito dopo il parto mettendolo direttamente a contatto con la sua pelle quando questa esperienza (spesso dopo travagli lunghi e dolorosi) veniva percepita come estremamente spiacevole e non desiderata. Anche in questo caso si creava una situazione di percepita inadeguatezza e profonda erroneità delle emozioni provate rispetto a quelle che ci si aspetta debbano essere provate (con fantasie legate alla mancanza di istinto materno e di rifiuto del

bambino). Quello che si intende mettere a fuoco, come comune nelle due situazioni, è la centralità del significato e del vissuto personale nella percezione emotiva e cognitiva dell'esperienza. La presenza di protocolli ed aspettative sui comportamenti della madre, per quanto fondati e generalmente utili, ma che non tengono conto della specifica esperienza della persona, rischiano, soprattutto in momenti di maggior fatica, sensibilità e permeabilità narrativa, di creare situazioni di sofferenza trascinandosi dietro immaginari di sé poco efficaci.

Vi è una molteplicità di ruoli e narrazioni di sé che la persona si trova a vivere contemporaneamente nella propria vita. Una caratteristica comune alle neomamme è quella di essere arrivate alla maternità (nella maggior parte dei casi dopo i 30 anni) in una situazione personale molto ricca e complessa. La percezione di molte parti di sé, di molti bisogni, di molti crinali di realizzazione personale, di molteplici occasioni di declinazione di sé in occasioni diverse, viene in qualche modo messa in difficoltà dalla presenza di una nuova esperienza legata al ruolo materno che prende grande spazio e mette all'angolo gli altri sé. Nei racconti delle madri questo cambiamento viene raccontato alle volte come battaglia ed aspettativa su di sé di riuscire a mantenere tutti i ruoli attivi ed immutati, con vissuti di inadeguatezza e colpa al non riuscirci, altre volte come perdita di vere e proprie aree di identità personale, qualcosa che prima c'era ed ora non riesce più ad esistere, lasciando un senso di rabbia e frustrazione, alle volte un forte vissuto depressivo e di perdita con emozioni non sempre facilmente accessibili dove percepite come non congrue, figlie di autoreferenzialità ed egoismo.

In un sistema culturale dove il femminile si trova a realizzarsi in una molteplicità di vie e di narrazioni di sé il ruolo genitoriale entra a farsi spazio costringendo il sistema ad una sostanziale riorganizzazione generale tra senso delle parti e senso generale dell'esperienza di sè. Ci sono importanti parti di sé con una specifica dimensione narrativa ad esse correlate che rischiano di essere smarrite e di cui cerchiamo di seguire le tracce. In tali circostanze un'importante risorsa costituirebbe l'intervento clinico sulla possibilità di dare percezione e voce alle emozioni e all'esperienza del vissuto personale, alle varie declinazioni dei sé e delle narrative ad essi collegate, riconducendole alla possibilità di consapevolezza e narrazione.

Il buon funzionamento psichico è dunque legato da una parte alla possibilità di attivare Sé situati funzionalmente adeguati alla particolare situazione in cui il sistema si trova, e dall'altro alla capacità di porsi nello stato di riflettere sull'accaduto, progressivamente costruendo un valido Sé riflesso che permetta di dare un senso alla molteplicità dell'esperienza. L'obiettivo della psicoterapia sarà dunque duplice, in entrambe le direzioni. Sul piano dei Sé situati, si tratta di

permettere al paziente di strutturarne di nuovi adeguati all'ambiente con cui interagisce, e non omogenei tra loro, ma molti e diversificati. Sul piano del Sé riflesso va affinata la competenza processuale che consiste nella capacità di cogliere il nesso di spiegare i sé stessi a sé stesso (B.G. Bara, 1996).

Maternità come crisi: una nuova organizzazione mentale

Il diventare madri necessita di uno specifico «lavoro della maternità» che comporta per la donna una serie di compiti psicologici, relazionali e pratici, primo fra tutti quello di costruire una speciale forma di unità col figlio e di sciogliere più tardi questa unità. La donna deve anche confrontarsi con l'immagine della propria madre, del rapporto col padre, col partner, col suo corpo, con la sessualità e la procreazione. Tutto ciò genera, appunto, uno stato di 'crisi' che porta di solito a nuovi e più maturi equilibri, oppure a gravi fratture del precedente equilibrio, che era stato fino ad allora più o meno soddisfacente. In certi casi il compito viene affrontato, ma il cambiamento evitato perché tenuto fuori dalla coscienza attraverso la dissociazione (Pazzagli, Benvenuti, Rossi Monti, 1981).

La prima descrizione di un investimento affettivo specifico verso il bambino atteso si deve a Winnicott (1958) che definì «preoccupazione materna primaria» quello speciale coinvolgimento affettivo, così intenso da sembrare uno stato di passeggera follia, che la madre sviluppa verso il bambino durante la gravidanza attraverso un focalizzarsi dell'attenzione, dei pensieri e delle fantasie verso tutto quello che riguarda il bambino in via di sviluppo escludendo in gran parte il resto. Tale stato mentale «che sarebbe una malattia se non vi fosse la gravidanza, paragonabile ad uno stato di ritiro, di dissociazione» fondato sulla capacità materna di identificarsi col bambino, rimane attivo nel periodo postnatale e facilita la recettività affettiva nei confronti della dipendenza del neonato e la sintonizzazione con i suoi stati emotivi.

Stern (1995) ha definito come «costellazione materna» la nuova organizzazione mentale che si crea nella madre fino dall'inizio della gravidanza e segnala la nascita di una nuova identità e determina una nuova serie di azioni, sensibilità, fantasie, paure e desideri che costituiscono la linea dominante della vita psichica della donna. La descrizione formulata da Stern costituisce un modello complesso di analisi del mondo interno materno riferibile alla cultura occidentale. La costellazione materna riguarda tre aspetti diversi e strettamente collegati che richiedono un'importante rielaborazione psichica: il rapporto della madre con sua madre, il rapporto della donna con se stessa in quanto madre e il rapporto col bambino. I contenuti principali della costellazione materna si riferiscono al tema vita-crescita, cioè se e quanto la madre è capace di garantire la crescita del bambino; al tema della relazionalità primaria, cioè la capacità di impegnarsi emotivamente in modo

autentico e assicurare lo sviluppo psichico del bambino; al tema della matrice di supporto; al tema della riorganizzazione dell'identità, cioè la possibilità di trasformare e riorganizzare la propria identità in funzione dei compiti materni. Tale organizzazione mentale, che investe la madre soprattutto alla prima esperienza di maternità, rappresenta non solo una fase della vita ma uno stato mentale stabile che regola suo funzionamento per molto tempo e respinge sullo sfondo quello precedente. Gravidanza e maternità comportano un processo di riorganizzazione cognitiva in cui il cambiamento di ruolo e le relazioni interpersonali sono determinanti in uno specifico contesto di vita e a fronte della propria resilienza (Isola L., Mancini F., 2007).

Il ruolo dei genitori nello sviluppo del bambino: l'Attaccamento

Fornire una base sicura

La caratteristica più importante dell'essere genitori è fornire una *base sicura* da cui un bambino possa partire per affacciarsi nel mondo esterno e a cui possa ritornare sapendo per certo che sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se spaventato.

Nella teoria di Bowlby (1989), l'attaccamento é visto come un sistema comportamentale che ha una lunga storia evolutiva, finalizzato al mantenimento di una prossimità inizialmente solo fisica alla "Base Sicura" che poi si trasformerà in vicinanza sia fisica che emotiva. Nella teoria dell'attaccamento si utilizza il termine "base sicura" piuttosto di "genitori o figure parentali". Questa distinzione permette di descrivere il sistema come l'insieme di strategie comportamentali attuate da un organismo che, in relazione ad una base sicura, inizia lentamente ad esplorare l'ambiente circostante che gli è completamente ignoto, e che gli diventa accessibile proprio in virtù di questo riferimento. Accanto al repertorio comportamentale innato, il sistema si arricchisce con la crescita di atteggiamenti, attitudini e correlati, in grado di interconnettere i comportamenti con le emozioni, le strategie cognitive e metacognitive ed i pensieri. Il ruolo dei genitori consiste nell'essere disponibili, pronti a rispondere quando chiamati in causa, per incoraggiare e dare assistenza. I bambini, man mano che crescono, si avventurano sempre più lontano dalla base e per periodi di tempo sempre maggiori. Più hanno fiducia che la loro base sia sicura, più lo danno per scontato. Nessun genitore può fornire una base sicura al figlio che sta crescendo a meno che non abbia comprensione e rispetto per il comportamento d'attaccamento del proprio bambino e tratti questo comportamento come una parte della natura umana degna di valore.

All'inizio gli unici mezzi di comunicazione tra il neonato e la madre sono l'espressione emotiva e il comportamento che l'accompagna. Sebbene sia più tardi sostenuta anche dal linguaggio, la comunicazione trasmessa tramite le emozioni rimane nondimeno la caratteristica principale delle

relazioni intime, per tutto il corso della vita.

Esplorare l'ambiente, come il gioco e varie attività con i propri pari è altra componente di base del comportamento di attaccamento. Quando un bambino, o un individuo, si sente sicuro è probabile che esplori allontanandosi dalla propria figura di attaccamento; quando è allarmato, ansioso, stanco o sofferente egli sente una spinta ad avvicinarsi. Così noi vediamo il tipico schema di interazione tra bambino e genitore, noto come esplorazione a partire da una base sicura, descritto per la prima volta dalla Ainsworth (1971).

Schemi di attaccamento e condizioni che ne determinano lo sviluppo

Il ruolo dei genitori, ed in particolare quello materno, è centrale nel determinare come un bambino si svilupperà. In letteratura vi è una cospicua documentazione che parla dell'importanza del modo in cui i genitori trattano un bambino e sull'influenza nello sviluppo della sua personalità. Si tratta di ricerche sistematiche iniziate dalla Ainsworth (Ainsworth et al.,1978; Ainsworth, 1985) ed estesi principalmente dalla Main (Main, Kaplan, Cassidy, 1985) e da Sroufe (1983, 1985) negli Stati Uniti e da Grossmann (Grossmann, K.E., Grossmann, K., Schwan, 1986) in Germania.

Tre modelli principali di attaccamento, descritti per la prima volta dalla Ainsworth e dai suoi colleghi nel 1971, oggi rappresentano un valido riferimento in tale ambito.

Il primo schema è quello dell'attaccamento sicuro in cui l'individuo ha fiducia nella disponibilità, nella comprensione e nell'aiuto che il genitore (o la figura parentale) gli darà in caso di situazioni avverse. All'interno di questa sicurezza, egli si sente ardito nell'esplorare il mondo. Questo schema viene promosso da un genitore, nei primi anni specialmente dalla madre, che sia facilmente disponibile, sensibile ai segnali del bambino, e amorosamente pronta a rispondere quando egli cerca da lei protezione e/o conforto.

Un secondo schema è quello dell'attaccamento di resistenza angosciosa in cui l'individuo non ha la certezza che il genitore sia disponibile o pronto a rispondere o a dare aiuto se chiamato in causa. A causa di questa incertezza il bambino è sempre incline all'angoscia di separazione, tende ad aggrapparsi, e l'esplorazione del mondo gli crea ansietà. Questo schema, il cui conflitto è evidente, viene promosso da un genitore che in alcune occasioni, ma non in altre, è disponibile e soccorrevole; ma viene anche favorito dalle separazioni e da minacce di abbandono usate come mezzo di controllo.

Un terzo schema di attaccamento è quello dell'evitamento angoscioso in cui l'individuo non possiede la fiducia che, quando ricercherà delle cure, gli si risponderà soccorrevolmente ma, al contrario, si aspetta di essere rifiutato seccamente. Quando un tale individuo tenta di vivere la

propria vita emotiva senza l'amore e il sostegno degli altri, egli cerca di diventare autosufficiente sul piano emotivo. Questo schema, in cui il conflitto è più nascosto, è il risultato di una madre che respingeva costantemente il figlio quando egli le si avvicinava per cercare conforto o protezione.

Sebbene nella maggior parte dei casi gli schemi comportamentali osservati si conformino molto strettamente con l'uno o con l'altro dei tre schemi identificati, esistono anche delle eccezioni. Nel corso della procedura di valutazione utilizzata in questi studi (la Ainsworth Strange Situation), in cui il bimbo e la madre vengono osservati mentre interagiscono in una serie di brevi episodi, certi bambini sono apparsi disorientati e/o disorganizzati. Alcune manifestazioni sono osservabili in bambini che sono stati maltrattati fisicamente e/o fortemente trascurati dal genitore (Crittenden, 1985), altre in madri affette da gravi forme maniaco-depressive bipolari, altre in madri ancora immerse nel lutto per una figura parentale.

Modelli operativi interni

Per spiegare la tendenza degli schemi di attaccamento a diventare sempre più proprietà del bambino stesso, la teoria dell'attaccamento invoca il concetto di *modelli operanti del sé e dei genitori*. Il modello operante che un bambino si costruisce riguardo a sua madre e al suo modo di comunicare e comportarsi nei confronti del figlio, e riguardo ad un modello analogo del padre, insieme ai modelli complementari di sé nell'interazione con ciascun genitore, vengono costruiti durante i primissimi anni di vita e, si postula, presto si stabiliscono come influenti strutture cognitive (Main, Kaplan, Cassidy, 1985). La forma che prendono si basa sull'esperienza di vita reale di un bambino nelle interazioni quotidiane con i genitori. Poi, il modello di se stesso che il bambino si costruisce riflette anche l'immagine che i suoi genitori hanno di lui, immagini che vengono comunicate non solo da come ciascuno lo tratta, ma da ciò che ciascuno gli dice. Questi modelli dunque governano i suoi sentimenti verso se stesso e verso i propri genitori, come si aspetta che ciascuno di loro lo tratti, e come progetta il proprio comportamento nei loro confronti, così come governano le paure e i desideri. Una volta costruiti, questi modelli del genitore e del sé in interazione tendono a persistere e vengono dati così per scontati che arrivano a operare a livello incoscio.

Perché una relazione tra due individui proceda armoniosamente ciascuno deve essere consapevole del punto di vista dell'altro, delle sue mete, dei suoi sentimenti e intenzioni, e ciascuno deve adattare il proprio comportamento in modo che possa venire negoziata una certa unificazione delle mete. Per questo è necessario che ognuno abbia dei modelli ragionevolmente accurati del sé e dell'altro, aggiornandoli regolarmente attraverso una comunicazione libera tra i due. Caratteristico

di una madre il cui bambino si svilupperà sicuro il fatto di tenere continuamente sotto controllo lo stato del figlio e, quando egli segnala di voler ricevere attenzione, lei registra il suo segnale e agisce di conseguenza. Al contrario, ad un anno di età ci sono bambini che non esprimono alle madri alcune delle loro emozioni più profonde o quel desiderio di conforto e di rassicurazione che vi si accompagna. Ciò rappresenta un grave fallimento della comunicazione. Inoltre, dato che il modello di sé del bambino viene profondamente influenzato da come lo vede e lo tratta sua madre, qualunque aspetto di lui la madre non riconosca, anch'egli probabilmente non lo riconoscerà in sé stesso. In questo modo, si postula, parti notevoli della personalità infantile in sviluppo possono essere escluse, cioè fuori dalla comunicazione con quelle parti della sua personalità che la madre riconosce e a cui da risposta.

Quando una madre risponde con favore solo ad alcune comunicazioni emotive del figlio e rimane cieca nei confronti di altre o le scoraggia, viene a formarsi uno schema in cui il bambino fonda la sua identità sulla base delle risposte favorevoli e disconosce gli altri aspetti di sé.

Questo è il tema che costituisce la continuità per tutta la vita adulta: l'immagine che noi ci facciamo della figura di attaccamento corrisponde sempre ad un modo di sentirci. In altri termini, più che essere in rapporto diretto con una persona, noi, in realtà, siamo in rapporto con l'immagine che ci siamo fatti di questa persona, agiamo quindi in base al modo in cui la persona stessa e il nostro modo di vederla ci ricorda come modello infantile. Anche in età adulta, più che scegliere una persona *noi scegliamo il modo di sentirci con una persona*, il modo di sentirci che l'immagine di quella persona ci dà, che abbiamo nello stare con quella persona.

I modelli operativi interni dell'attaccamento (MOI) esercitano dunque un ruolo cruciale nella genesi del sistema mentale di auto-regolazione delle emozioni. Una conseguenza immediata di questo modo di pensare alla regolazione delle emozioni è che, di fronte ad un disturbo emozionale, non si pensa tanto al tipo di conflitto intrapsichico o di pericolo ambientale che potrebbe averlo generato, quanto al probabile deficit delle funzioni mentali che, a partire dalle prime esperienze di attaccamento, regolano e modulano le esperienze di disagio emozionale (Liotti, 2001).

L'attaccamento secondo il cognitivismo post-razionalista: scenari familiari alla base delle Organizzazioni di significato personale

Secondo V. Guidano (1987, 1991) l'attaccamento è considerato un processo autoreferenziale per la costruzione e il mantenimento del senso di sé. Il comportamento genitoriale, il modo di relazionarsi al bambino e di esprimere le loro emozioni nei suoi confronti gli consentiranno di potersi ricostruire come persona. A partire dal contesto familiare il bambino elabora

un'autoimmagine determinata che orienta e coordina processi emotivi e cognitivi. Egli propone il modello delle Organizzazioni di Significato Personale (OSP) spostando il focus sulla soggettività che connota ogni esperienza individuale e sull'impossibilità di prescindere dalla internalità e dalla unicità di ogni esperienza individuale. Al centro del modello cognitivo-costruttivista vi è l'intersoggettività, essendo questa la dimensione in cui un'organizzazione di significatosi crea e si sviluppa. Essa viene concepita come uno spazio epistemico in cui conoscere sé e il mondo è possibile solo in relazione agli altri e quindi solo attraverso rapporti caratterizzati da un certo grado di reciprocità emotiva e da un certo livello di intimità. Nelle prime fasi di vita, all'interno di diversi pattern di attaccamento, prendono origine diversi itinerari di sviluppo caratterizzati dal crearsi di un nucleo invariante definito "significato personale", nucleo che caratterizza una specifica "organizzazione del dominio emotivo" di cui gli internal *working models of attachment* sono una delle componenti primarie. Per "significato personale" si intende l'oscillazione emotiva di base che si staglia su tutte le altre possibili, in quanto selezionata dalle caratteristiche del genitore, divenendo regolatore dell'attaccamento, e la successiva componente cognitiva in cui prende forma il piano di narrazione con cui ognuno di noi si spiega il proprio modo di essere e di agire nelle relazioni (M. Dodet, 2014).

In particolare, la distinzione tra processi inward ed outward di messa a fuoco dell'esperienza, le prime proprie delle organizzazioni che leggono la reciprocità prevalentemente sul piano fisico della distanza (OSP controllanti e distaccate) e le seconde sul piano semantico (OSP contestualizzate e normative) non propone solo il profilo prevalentemente cognitivo od emozionale nel costruire le relazioni con gli altri, ma appaiono come processi basici di funzionamento mentale. L'interfaccia entro la quale avviene lo sviluppo individuale ed emerge un significato personale specifico, unitario e continuato nel tempo, è costituita dalla relazione di reciprocità. I rapporti significativi tra le figure accudenti e il bambino non solo è necessaria alla sopravvivenza individuale, ma anche allo sviluppo delle caratteristiche peculiari che consentono di percepirsi in maniera globale ed unitaria, sia rispetto all'ambiente esterno, sia rispetto ai cambiamenti temporali. Non avendo un sistema cognitivo di riferimento, il bambino utilizza i segnali che percepisce da chi lo accudisce non solo per attivarsi emotivamente, ma anche per iniziare a costruire le prime rappresentazioni di sé e del mondo (chi è, quanto è amabile e vale, cosa si può aspettare dall'esterno).

La prima e basilare direttrice evolutiva è quella che permette al bambino di organizzare il repertorio comportamentale delle dimensioni di prossimità/distanza dal caregiver, strutturando il proprio senso di vicinanza/protezione e distanza/solitudine ed orientando il comportamento

esploratorio. La prevedibilità dei caregivers e la stabilità dell'ambiente esterno, orientano verso una lettura interna o esterna dell'esperienza così come vengono percepite soggettivamente dal bambino (Guidano, 2008).

Quale profilo di figure genitoriali e che tipologia di scenari familiari è possibile individuare alla base delle organizzazioni di significato? E in esse, che tipo di attaccamento possiamo individuare tra genitori-bambino?

Il genitore che permette poco al bambino di esplorare autonomamente il mondo, conducendolo a sviluppare pochi strumenti per affrontare la realtà, può generare in lui la credenza che la madre/il padre non gli dia l'autonomia perché lo ritiene debole e vulnerabile. Quest'idea di pericolosità è legata al fatto che, anche quando la figura di accudimento permette al bambino di allontanarsi, lo fa trasmettendo una discreta dose di preoccupazione. Questa è la tipologia di attaccamento insicuro evitante (coercitivo) e resistente alla separazione o ambivalente sviluppato con la figura di accudimento che si riscontra nei bambini con un'*organizzazione di tipo fobico,* basata su un equilibrio dinamico tra due polarità emotive: paura, legata al bisogno di protezione da un mondo percepito come pericoloso; e curiosità, correlata ad un bisogno di libertà e indipendenza all'interno del mondo (Rezzonico, 2012).

Nei pattern modelli di attaccamento dell'*organizzazione di tipo depressiva*, i genitori sono visti come rifiutanti o indifferenti. La situazione di reciprocità tra genitori e figlio è caratterizzata dalla carenza di contatti affettivi e dalla presenza di prolungati, frequenti e precoci distacchi. I genitori risultano insufficienti sul piano affettivo e del riconoscimento, sono molto severi ed esigenti sul piano del dovere. Spesso le modalità svalutative dei genitori vengono utilizzate per effettuare un controllo sul figlio ma anche un costante distacco affettivo. Ciò conduce il bambino a sviluppare vissuti di solitudine con sensazioni, aspettative e schemi emotivi di perdita, rifiuto e abbandono, senso di inferiorità e colpa, autocriticismo eccessivo in cui si riconosce (Reda, 1986, 2010).

Le figure genitoriali, specialmente i padri, caratterizzate da atteggiamenti autoritari e incapaci di immedesimarsi e assumere il punto di vista del bambino, uno scenario familiare in cui la naturale tendenza ad esprimere amore e fornire cure viene coartata attraverso rigidi sistemi di regole e formalità che bloccano o rendono ambivalente la comunicazione emotiva ed in cui generalmente l'altra figura genitoriale assume un ruolo di estrema marginalità è tipica di un'*organizzazione di tipo ossessiva*. Attraverso i suoi atteggiamenti normativi, il genitore è convinto di educare correttamente il proprio figlio anche tramite la continua richiesta di eseguire compiti inadeguati all'età del bambino (Reda, 1986). Le esperienze simultanee di convalida e rifiuto generano incertezza rispetto

al proprio grado di amabilità e conducono ad autorappresentazioni opposte in termini di desiderabilità e amabilità personale. Ne consegue un vissuto infantile ambivalente, con oscillazioni ricorsive tra il sentirsi formalmente amato e allo stesso tempo freddamente disprezzato.

Nell'*organizzazione di tipo dappico*, molto importante per la frequenza con cui oggi ricorre, la caratteristica familiare più comune è l'ambiguità che si presenta ad ogni livello: la famiglia è perfetta nel senso che i genitori sono stati la coppia più bella del mondo e in cui tutto avviene in modo diverso. Il comportamento genitoriale è ambiguo soprattutto nei confronti dei figli; le madri si caratterizzano per la loro costante ricerca di essere delle madri perfette, di frequente ciò le porta a concentrare tutta la lo attenzione e i loro sforzi non sulla cura dei figli, ma sulla ricerca di quest'immagine di perfezione. Un altro livello di ambiguità nella famiglia dappica è il camuffamento, per esempio nelle situazioni quotidiane di vita, nel caso di problemi o discussioni familiari, in cui tutto è sempre nascosto. Non si possono mai esprimere opinioni o emozioni proprie, tutti devono andare sempre d'accordo e amarsi significa pensare le stesse cose; è una famiglia che ha una specie di "identità collettiva" in cui non viene rispettata l'individualità. L'amare dipende dal comportamento del bambino, da quanto corrisponde a ciò che gli si chiede e ciò lo condurrà gradualmente a sviluppare un senso di sé che viene dato dall'esterno, come bambino perfetto. La famiglia gli prescrive e anticipa le emozioni giuste e adeguate per ogni circostanza e se non le prove gliele ridefinisce. Il bambino, perciò, sperimenta incertezza e non sanno mai ciò che provano o sentono realmente (Guidano, 1987, 1991).

Come il genitore contribuisce allo sviluppo affettivo dei figli

Nel paragrafo precedente si è visto come il genitore svolga un ruolo importante nello sviluppo affettivo del bambino e nella gestione delle sue emozioni. Le emozioni sono presenti nella relazione fin dalla nascita e rappresentano la costante di ogni interazione per tutta la prima infanzia. Costituiscono dunque il primo momento di scambio non verbale del bambino e lo aiutano a comprendere la propria esperienza, dandogli innanzitutto una valenza positiva o negativa attraverso l'attribuzione "bello" e "brutto". A partire da questa prima valutazione, la mente impara una autoregolazione che ha lo scopo di mantenersi in un contesto sicuro e il più possibile piacevole, dando luogo a comportamenti di evitamento e distacco o di rifiuto attivo dalle situazioni pericolose e di ricerca di vicinanza per quelle piacevoli. Una comunicazione soddisfacente sotto questo punto di vista è dunque prima costituente del sentimento di sicurezza.

Esse hanno funzioni cruciali per il bambino e per gli esseri umani in generale. Prima funzione fondamentale delle emozioni è quella di comunicare e tutelare i bisogni e gli scopi del bambino e

senza di esse i genitori e gli adulti in generale non potrebbero capire i vissuti dei bambini.

Le emozioni, come evidenziato dallo psicologo dello sviluppo Alan Sroufe (1979), si attivano in risposta ad un "evento saliente", cioè in relazione al significato che diamo alle situazioni che viviamo, che è soggettivo. Esse segnalano il raggiungimento di un bisogno o desiderio oppure una loro compromissione, comunicano se la situazione esterna è in linea con i nostri bisogni e desideri o se non è così, e a capire cosa pensiamo e vogliamo, rendendoci più consapevoli nel consentirci una maggiore articolazione nella nostra percezione della realtà.

Sperimentare e vivere le emozioni è fondamentale per il corretto sviluppo del bambino; la crescita emozionale e psicologica non può essere distinta dalla crescita nella sua interezza. Anche le emozioni "negative" (cioè poco gradevoli) sono funzionali ad un sano sviluppo dell'identità ed hanno un'importante funzione di autoprotezione: se non avessimo paura, per esempio, ci esporremmo a molti più pericoli di quanto facciamo. Inoltre esse contribuiscono allo sviluppo del senso di sé e alla formazione dell'identità, consentendo al bambino di percepirsi come essere distinto dagli altri. Da una parte esse sono prodotte dal significato che si conferisce alle situazioni e ai propri pensieri, dall'altra sono le emozioni e i comportamenti che formano i nostri pensieri e contribuiscono a dare significato alle situazioni.

Le emozioni permettono al bambino di affinare la comprensione del mondo, che non sempre è un luogo piacevole; e questo viene scoperto con la tristezza, la rabbia la paura, il disgusto, ecc. Provare le emozioni, inoltre, aiuta a capire come viverle, a modularle, a gestirle e a esprimerle nel modo più funzionale ai propri scopi e bisogni (Perdighe, 2015).

Le emozioni e i comportamenti dei bambini come fonte di minaccia per i genitori

Come risuonano dentro il genitore le emozioni, i pensieri e le sensazioni del bambino? Diventare genitori implica voler vedere e rendere felici i propri figli, proteggerli da tutto ciò che potrebbe danneggiare il loro stato di benessere fisico e psicologico. Spesso si preoccupano delle emozioni dei loro bambini e tendono a cercare una soluzione a quelle che considerano negative, con la credenza di annullare l'emozione. La sofferenza del bambino fa soffrire e provoca un dispiacere nel genitore il quale non vorrebbe mai vederlo infelice. Quanto più il genitore si sente minacciato, tanto più tenderà a mettere in atto comportamenti tesi a prevenire o inibire le emozioni del bambino, con il rischio di manipolarlo affinché egli non senta le emozioni negative. Ciò accade, per esempio, se il dispiacere empatico è accompagnato da pensieri come "Non è giusto che un bambino così piccolo soffra", "Il mondo è ingiusto", ovvero se si valuta il suo disagio come anormale e come qualcosa che non dovrebbe capitargli, da cui consegue il pensiero "Devo proteggerlo!"

La difficoltà nell'accettare le emozioni dei bambini spesso risiede nella difficoltà del genitore a tollerarne le conseguenze per sé: a volte la soluzione sta nell'inibizione della risposta del bambino. Con lo scopo di ridurre il proprio disagio, il genitore non riconosce al bambino l'autonomia, il diritto, la legittimità nelle sue esperienze emotive. Il suo bisogno di sfuggire al disagio personale attivato dalle emozioni del bambino rischia di fargli perdere di vista che esse svolgono una funzione importante: dicono come sta il bambino, aiutano ad individuare un suo bisogno e la sua richiesta, facendo in modo che ci si occupi di tale bisogno.

Piuttosto che inibire le emozioni dei bambini, con la credenza e il timore di danneggiarli e sbagliare, esse sono, invece, da capire e decifrare nel loro significato. Erronea è la credenza che esse possano essere cancellate. I provvedimenti presi potrebbero nuocere impedendo al bambino di mobilitare le sue risorse naturali per affrontarle (Perdighe, 2015).

La ricerca indica che quando i genitori riconoscono le emozioni negative dei loro bambini – la rabbia e la tristezza – e li aiutano ad affrontarle, a lungo andare i bambini riescono a regolare meglio le proprie emozioni sotto il profilo fisiologico e a sostenere un comportamento positivo. D'altro canto, quando i genitori ignorano o puniscono i bambini se mostrano tali emozioni, oppure quando si arrabbiano con loro, a lungo andare i figli, sapendo che tali emozioni non possono essere condivise, si chiudono in sé. I bambini diventano così preda di uno stress nel contempo psicologico e fisiologico, poiché l'emozione permane e pone un ostacolo al crescere di una fiducia di base tra il bambino e gli adulti. Raggiunta l'età di un anno alcuni bambini, quando sono arrabbiati e sconsolati, anziché andare dalla madre evitano il contatto con lei. Sono in preda ad un conflitto tra avvicinare o evitare, che riguarda il contatto fisico ed emotivo. Sappiamo che i bambini afflitti da problemi del genere non imparano a gestire in modo sano le proprie emozioni (Mark Greenberg in Dalai Lama e Daniel Goleman)".

Riassumendo, tra le principali ragioni per cui i genitori temono le emozioni dei bambini o hanno difficoltà ad accettarle vi è:

- Il timore di non essere un buon genitore. Le emozioni del bambino possono minacciare qualcosa di noi, in particolare l'idea del genitore che vogliamo essere. Questa paura è spesso collegata a quella di non apparire un buon genitore, ovvero il timore del giudizio esterno. E così il genitore potrebbe interpretare l'emozione dolorosa del figlio come il segnale di un suo fallimento a attivare una sorta di dialogo interno: "Avrò sbagliato qualcosa?", "Sarà successo qualcosa e non me ne sono accorto?". Il comportamento e i vissuti del bambino sono anche il riflesso di come sono stati educati e del rapporto che si è instaurato con loro; pertanto è come

se lui un po' rappresentasse il genitore. Se il genitore vive nella preoccupazione di essere inadeguato, le emozioni e i comportamenti del bambino possono sancire il proprio fallimento e disvalore, conducendo più facilmente ad atteggiamenti di rinuncia, delega e ritiro piuttosto che di ricerca di una sintonia con i bisogni del bambino.

- La credenza che il bambino sia danneggiato dall'emozione, ovvero che soffra. Spesso i genitori confondono un'emozione o un'esperienza dolorosa con una dannosa. In realtà le emozioni possono essere dolorose ma non dannose; problematico potrebbe essere, invece, il fatto di reprimerle.
- La paura che l'emozione danneggi il rapporto con il proprio figlio. È possibile che esse vengano vissute come un momento di rottura nel rapporto d'amore, con la conseguenza di sentirsi meno amati come genitori.
- La preoccupazione di non essere buoni genitori e all'altezza del compito, o il desiderio di proteggere i figli da qualsiasi dolore è piuttosto inscindibile dal ruolo di genitore, e questo in sé non è un problema. Nemmeno il fatto che egli stesso provi disagio di fronte alla sofferenza del bambino lo è. Il problema è che, se il genitore non accetta le emozioni che il disagio del bambino gli crea, finirà per non ascoltarle né comprenderle, facendolo sentire sbagliato per ciò che prova. Questo riduce la responsività, similmente a quanto accade ad un genitore depresso o con altro disagio psicologico: si occupa del proprio vissuto e ciò inevitabilmente riduce la sua capacità di sintonizzarsi con i bisogni e i vissuti del bambino (Perdighe, 2015).

Per rendere tale momento efficace e sereno è utile una *consapevolezza dei propri stati emotivi*, in quanto è più facile agire in maniera riflessiva ed adeguata nel presente se si ha la capacità di regolare le emozioni più intense quali rabbia e frustrazione che possono transitoriamente svilupparsi nella relazione. Questo permette di dare anche una spiegazione ai figli di quanto avvenuto o in fase di compimento, all'interno del contesto, collegandolo ad un livello soggettivo emozionale non spaventante per il bambino. A livello educativo costituisce inoltre una solida base per il suo sviluppo empatico.

Questi aspetti, di grande rilevanza per il benessere emotivo sia del bambino che del genitore, meritano uno spazio a sé, pertanto saranno affrontati e approfonditi nella terza ed ultima parte del presente lavoro.

In conclusione, è opportuno ricordare che *"I bambini hanno bisogno di sentirsi amati e rispettati, non gestiti"* (Siegel & Hartzell, 2005).

Il lavoro terapeutico con i genitori in un'ottica cognitivista e post-razionalista

Lo scopo principale di un intervento rivolto ai genitori è quello di favorire la strutturazione di un contesto relazionale armonico. Tale obiettivo potrebbe essere perseguito attraverso un lavoro che preveda:

- una riflessione sulla propria storia personale e sulle proprie esperienze di attaccamento, in modo da utilizzare tali conoscenze nella comprensione delle dinamiche con il proprio bambino (Main, 1995; Fonagy et al., 1991);
- un lavoro di riconoscimento e di ristrutturazione delle credenze erronee circa la genitorialità e gli stili educativi;
- lo spostamento dai vissuti personali a quelli del bambino come soggetto con stati mentali e intenzionali autonomi fin dalle prime fasi di sviluppo;
- un lavoro sui vissuti emotivi personali e sulle capacità di lettura dei bisogni emotivi del figlio;
- lo sviluppo della consapevolezza dell'importanza dell'accettazione.

Ricostruzione e coerenza della narrativa personale

Rispetto alla dimensione psicologica della genitorialità si ritiene siano numerosi i fattori intervenienti che attengono tanto a una sfera individuale e personale del genitore quanto alla sua sfera relazionale (coppia, famiglie d'origine, rete relazionale più ampia all'interno della quale la coppia è inserita). Gli studi sull'attaccamento hanno fornito su questo tema uno dei contribuiti più interessanti analizzando proprio l'interazione tra stato mentale del genitore rispetto all'attaccamento e dinamiche interattive, con particolare attenzione ai comportamenti sensibili e responsivi nei confronti del bambino. L'idea di fondo è che il modo in cui il genitore risponde alle segnalazioni emotive e ai bisogni del bambino dipende fortemente dalla qualità delle sue relazioni d'attaccamento primarie (M. Manaresi, A. Marianecci, 2014)

Un lavoro di *ricostruzione della storia personale* consente di rielaborare eventuali esperienze relazionali infantili negative del genitore poiché si ritiene possano interferire sulla strutturazione del legame, costituendo un fattore di rischio significativo nella traiettoria evolutiva del bambino.

Già la Main (1985) dimostrò come la coerente organizzazione delle informazioni relative al processo di attaccamento svolga un ruolo determinante per lo sviluppo di una personalità sicura nella vita adulta. Per chi abbia avuto un'infanzia felice non esistono ostacoli che possano impedire il libero accesso agli aspetti sia emotivi sia cognitivi di tali informazioni. Per chi abbia sofferto molta infelicità, o per coloro i cui genitori abbiano proibito di ricordare le esperienze negative, l'accesso è

doloroso e difficile, e senza aiuto può essere davvero impossibile. E così, in qualunque modo ci riesca, quando una donna fa in modo di riguadagnare l'accesso ai ricordi infelici e rielaborarli, si scopre che non è meno in grado di rispondere al comportamento di attaccamento del figlio in modo tale che lui sviluppi un attaccamento sicuro di quanto non lo sia una donna che ha avuto un'infanzia felice. Nelle sue ricerche la Main individuò una forte correlazione tra, come una madre descrive la propria relazione con i propri genitori durante l'infanzia, e lo schema di attaccamento che il suo bambino ha adesso con lei (Main, Kaplan, Cassidy, 1985). Mentre la madre di un bambino sicuro è capace di parlare con libertà e con emotività della propria infanzia, la madre di un bambino insicuro non ne è in grado. Tuttavia altri studi parlano di un'eccezione a questa regola generale. Si tratta di madri che riferiscono di avere avuto un'infanzia molto infelice, ma hanno bambini che mostrano un attaccamento sicuro nei loro confronti. Una caratteristica di tutte questa donne, che le distingue dalle madri dei bambini insicuri, è che, nonostante descrivano di aver subito molti rifiuti e tanta infelicità durante l'infanzia, ognuna di loro è in grado di raccontare la propria storia in un modo fluido e coerente, in cui gli aspetti positivi delle proprie esperienze, quali che furono, ricevono un giusto posto e sembrano essere stati integrati con tutti gli aspetti negativi. Nella capacità di equilibrio assomigliano alle altre madri di bambini sicuri.

Anche Siegel e Hartzell (2005) sostengono l'importanza che i genitori riflettano sulla propria storia e il rapporto con i propri genitori. I genitori dovrebbero avere un momento di fermo per riflettere su se stessi ed osservare il proprio vissuto di figli perché solo in questo modo, liberi dai vincoli di un passato che contamina un rapporto chiaro con i propri bambini, e mantenendo un occhio attento al presente, potranno con essi rapportarsi in modo costruttivo. Gli autori consigliano di cambiare la propria storia, ovvero ".. narrare le proprie esperienze infantili, arrivando a raccontare una storia ricca e coerente della propria vita attraverso l'esercizio delle proprie capacità riflessive. Non possiamo cambiare ciò che è successo da bambini; possiamo però cambiare il nostro modo di pensare a quegli eventi", diventando man mano sempre più consapevoli degli eventi vissuti, delle emozioni provate. In tale ottica l'essere genitore viene visto come un'opportunità per continuare a crescere come individui che è tale se l'adulto vive questa esperienza con disponibilità ad apprendere e capacità di recepire le menti andando oltre le semplici azioni e soffermandosi a capire i processi mentali che hanno favorito quell'azione piuttosto che un'altra, empatizzando con le emozioni espresse dal proprio figlio scevro da pregiudizi e con la gioia di condividere i suoi primi passi in quella che sarà la sua realtà. Naturalmente con la consapevolezza che, nonostante il supporto, i figli andranno comunque avanti da sé nella loro strada, portando però nel loro bagaglio

di vita molto dei loro genitori.

Il lavoro con le organizzazioni di significato personale

Un aspetto significativo nel lavoro con i genitori è quello di rendere accessibili ed espliciti pensieri ed emozioni. L'intensità del desiderio e della responsabilità legata al desiderio di essere un buon genitore aumenta la difficoltà di accedere ad emozioni e pensieri che, per qualsivoglia ragione, vengono percepiti come non in linea con il proprio immaginario e con le aspettative su cosa una brava madre e un bravo padre debbano essere e provare. In un ottica post-razionalista, le linee secondo cui questa difficoltà andrà a declinarsi saranno strettamente interconnesse con l'*organizzazione di significato personale* di ogni singolo paziente che tenderà a scompensare e sensibilizzarsi secondo le linee dei propri significati personali. Va comunque tenuto presente quanto questo tipo di esperienza possa diventare amplificatore delle emozioni legata al nucleo di significato personale: vissuti legati a temi di inadeguatezza, di costrittività, di responsabilità, di dipendenza, di fragilità identitaria vengono facilmente sollecitati ed amplificati nell'esperienza della genitorialità. In alcuni casi si esprimono in termini di una franca sintomatologia: gli scompensi di tipo ossessivo sui temi di responsabilità, quelli depressivi su temi di inadeguatezza e perdita, che sono i più frequenti a livello clinico, ma anche in più sfumati sensi di disagio ed insoddisfazione esistenziale con irrequietezze ed infelicità non riconducibili ad una esplicita sintomatologia, in alcuni casi la difficoltà permane nel tempo sotto traccia e riemerge a distanza di tempo nel corso del lavoro terapeutico (Moser, 2012).

"Dobbiamo sempre vedere quanto i racconti dei pazienti riescano a spiegare quello che il paziente fa. Questo è l'aspetto più significativo. Quello che rimane fuori dalla spiegazione è l'elemento critico, è quello che dobbiamo inserire nella nuova descrizione. Teoricamente, in ogni terapia il problema originario è sempre quello: che c'è una discrepanza fra il livello tacito (livello dell'azione) e il livello dei resoconti (quello che la persona riesce a spiegarsi di quello che fa)" [V.Guidano 2007].

Attraverso la riconfigurazione dell'esperienza in un racconto, il senso di permanenza può essere integrato con la mutevolezza del proprio accadere. La coesione degli eventi in una totalità intellegibile è forse la funzione più importante del racconto di sé; in essa si opera la sintesi delle due dimensioni temporali dell'esperienza. L'integrazione si produce attraverso la struttura propria di una storia, che combina in una totalità significante la discontinuità dell'accadere. Da questo punto di vista ogni storia mantiene la sua coerenza e la sua identità fino a quando è in grado di integrare gli imprevisti della vita in un senso di unitarietà (G. Arcero 2002).

La narrativa condivisa: significato personale e reciprocità emotiva

La nascita di un figlio rappresenta uno degli eventi critici che più necessitano del raggiungimento di un nuovo equilibrio all'interno della coppia; l'aumento di complessità del sistema impone un'ulteriore articolazione del significato condiviso. La reciprocità emotiva in corso muta per qualità e intensità, trasformando l'intimità. Temi di responsabilità e dovere elicitano individualmente vissuti di adeguatezza, capacità, costrittività, dubbio, angosce di perdita, coerentemente con il significato personale, creando bisogni che spingono verso nuove mediazioni. Pertanto la reciprocità emotiva è un processo in continuo divenire. Si può ipotizzare che mutamenti di intensità e di qualità nel rapporto di reciprocità tra madre e padre generino nei due adulti oscillazioni del senso di sé individuale destinate a tradursi in un mutamento emotivo nella relazione con il bambino, che a sua volta reagirà con i propri strumenti per mantenere la vicinanza emotiva con loro, cioè con un mutamento nell'articolazione dei pattern di attaccamento (M. Dodet, 2014).

Pur restando la relazione con la madre centrale nel determinare lo sviluppo emotivo del bambino, il grado di responsività che la madre manifesta nei confronti degli altri membri della famiglia verrebbe trasmesso al bambino attraverso gli atti della relazione. Madre e padre all'interno dell'unità emozionale e il loro agire nella famiglia allargata diventano parte integrante del sistema di attaccamento del bambino. "È come se il bambino registrasse costantemente i cambiamenti che si verificano nello stato funzionale della madre strettamente connesso al network relazionale" (Donley, 1999).

La dimensione narrativa rappresenta lo strumento che ci permette di arrivare in contatto con i significati personali e il loro ingranarsi, con l'obiettivo di articolare in modo più armonico gli aspetti individuali e gli elementi che caratterizzano la relazione. Agire sugli aspetti individuali influenza le dinamiche della relazione, agire sulla relazione ricade sull'individuo in una circolarità ineludibile.

Con una coppia genitoriale l'obiettivo primario del lavoro terapeutico è quello di renderla consapevole delle dinamiche attraverso le quali i due soggetti si narrano, nel creare e articolare un significato condiviso che possa rendere coerente l'esperienza di reciprocità emotiva. Nell'esperienza clinica con le coppie è possibile osservare come il racconto sia condiviso emotivamente dai due partner nei periodi d armonia, e come invece nei periodi di crisi si sdoppi in due racconti separati caratterizzati da un diverso succedersi degli eventi, con diversa punteggiatura emotiva, come se riemergessero prepotentemente i due significati individuali. In terapia si cerca di ricostruire la coerenza delle due narrazioni individuali ricreando i presupposti di una narrativa condivisa (M. Dodet, 2014).

Il riconoscimento delle credenze erronee

In un lavoro terapeutico aspetto centrale è l'individuazione delle *credenze erronee circa la genitorialità*. Come visto in precedenza, numerose sono le credenze, ampiamente diffuse, che possono generare disagio nella coppia genitoriale e che è importante conoscere e riconoscere perché il genitore possa vivere serenamente questa fase di transizione e svolgere liberamente il suo ruolo educativo senza condizionamenti dettati dalle credenze comuni.

Si è parlato della credenza che le proprie emozioni si possano controllare, condivisa a livello educativo ma anche molto diffusa nelle società occidentali, come se i vissuti e i pensieri che generano malessere si possano cancellare con uno sforzo di volontà. Vi è poi la credenza, appartenente soprattutto a chi non ha goduto di un'infanzia serena, di non avere un modello educativo sano da riprodurre con i figli e che la propria storia possa influire negativamente sul proprio bambino. Vittime del confronto con gli altri genitori, si può credere e temere di non nutrire un vero amore materno e paterno, soprattutto quando non ci si preoccupa abbastanza dei figli, di non essere bravi ed efficienti come gli altri genitori, etc. Altra credenza riguarda la normalità della felicità, che solitamente si dà per scontata nelle società occidentali. La credenza implicita può essere così sintetizzata: le persone sono naturalmente felici; quando ciò non accade è perché c'è un ostacolo esterno o interno, un problema da rimuovere. Quindi se una persona è infelice, questa è un'eccezione, una deviazione dalla norma. Ciascuno ha il diritto e dovere di essere felice. Merita una riflessione il fatto che addirittura negli Stati Uniti il diritto alla felicità è sancito dalla Dichiarazione di Indipendenza. Anche se è nostra aspirazione, la felicità intesa come stato di benessere stabile e assenza di frustrazioni, nella vita non è la norma. Tutti inevitabilmente si confrontano con piccoli e grandi eventi negativi (Perdighe, 2015).

Una credenza comune è quella che i risvegli notturni, la tendenza ad addormentarsi tra le braccia del genitore, la ricerca di contatto durante la notte e comportamenti simili siano un fatto in qualche misura anomalo, e che la norma sia che il bambino impari presto ad essere autonomo, e che dopo pochi mesi dorma da solo, senza risvegli notturni. Il problema è che il mitico bambino che dorme tutta la notte e tutte le notti a partire dai primi mesi di vita, non è affatto la norma, quanto piuttosto un fatto eccezionale nonché fortunato per i genitori! Altra credenza, nonché fonte di disagio per i genitori, riguarda l'ansia di separazione, comportamento tipicamente visibile fino ad almeno due anni e mezzo circa del bambino con cui egli si garantisce la sopravvivenza attraverso la vicinanza alla figura di accudimento. Essa è una risposta innata e fisiologica e il fatto che invece si tende a considerarlo un problema di abitudine e/o vizio può comportare una serie di effetti negativi.

Questi sono solo alcuni esempi di credenze erronee diffuse e condivise a livello sociale e che se non riconosciute come tali rischiano di generare comportamenti disfunzionali nel genitore nonché uno stato di disagio che riguarderà non solo lui ma anche il proprio figlio.

Le credenze erronee su quelli che dovrebbero essere i "normali" comportamenti del neonato e del bambino ha dei costi non solo di fatica ma anche emotivi: i genitori, ed in particolare la madre, può sperimentare vissuti di impotenza, colpa, mancanza di fiducia in se stessa se sente di non riuscire a risolvere i problemi (inesistenti) che il bambino gli pone (sonno, alimentazione, allontanamenti, scelte educative) piuttosto che considerare gli stessi non come problemi da risolvere (sulla base delle sue credenze) ma come fatti da accettare [ibidem].

Pertanto, per quel che riguarda la credenza della felicità a tutti i costi, è necessario che il genitore sia consapevole che non è possibile scegliere di far crescere il proprio bambino al riparo da ogni esperienza dolorosa e frustrazione; anche ammettendo che ciò sia giusto, egli non ha il potere di proteggerlo per sempre e creargli intorno una realtà inverosimile. Lo sforzo continuo del genitore di prevenire o reprimere le emozioni poco gradevoli deriva proprio dalla credenza che si debba essere sempre in uno stato di benessere o non-malessere. Pertanto è saggio rinunciare al controllo delle emozioni poiché è il bambino che decide cosa provare e cosa pensare. La felicità è piuttosto uno stato di benessere e soddisfazione che si esprime sia nella presenza di emozioni positive sia, soprattutto, nel buon funzionamento psicologico, inteso come capacità di mettere in atto comportamenti che nell'immediato oppure a lungo termine favoriscono il benessere [ibidem].

Per quel che riguarda la credenza relativa all'anomalia dei risvegli notturni, essa spesso conduce all'idea che il proprio bambino abbia un temperamento particolarmente vivace e non capace, al pari degli altri neonati, di dormire e/o allontanarsi dal genitore per molto tempo generando inevitabili frustrazioni nel genitore. Al contrario, non si può pretendere ad un neonato che per nove mesi è stato nel grembo materno di diventare improvvisamente autonomo. A tal proposito si parla anche di nove mesi di endogestazione e nove mesi di esogestazione in cui il neonato necessita ancora di uno stretto contatto materno. La "dipendenza" assume spesso una connotazione negativa e tende a essere considerata come una caratteristica esclusiva dei primi anni di vita, qualcosa da cui ci si dovrebbe liberare presto crescendo. Come risultato, non di rado negli ambienti clinici è accaduto che, ogni volta che il comportamento di attaccamento si manifestava in anni successivi, veniva considerato non solo increscioso, ma perfino regressivo. Questo potrebbe essere considerato un sorprendente errore di giudizio. Invece è importante che il genitore sappia che non è infantile desiderare conforto e sostegno nelle avversità. La capacità di stringere legami emotivi intimi con altre persone, talvolta

nel ruolo di chi richiede le cure e talvolta nel ruolo di chi le fornisce, è infatti considerata una delle caratteristiche principali di un funzionamento efficace della personalità e della salute mentale (Bowlby, 1989).

Aiutare il genitore a correggere le proprie credenze irrazionali

Favorire lo sviluppo personale e sociale dei propri figli non è un compito facile e i genitori potrebbero incontrare difficoltà ancora più grandi quando sono molto turbati. Quindi potranno svolgere meglio la loro funzione genitoriale se imparano un modo per gestire le loro stesse emozioni relativamente ai figli. Il lavoro con le figure genitoriali, in una prospettiva cognitivo-comportamentale, potrebbe aiutarli ad affrontare il tema delle diverse modalità di prendersi cura dei figli, confrontarsi sulle abilità di base nella loro gestione e sulle modalità per insegnare loro credenze razionali, incluse quelle che potenziano l'accettazione di se stesso e degli altri, la tolleranza alla frustrazione, imparare a gestire meglio le proprie reazioni emotive (quali rabbia, ansia, senso di colpa) e ad applicare metodi di autoregolazione emotiva (attraverso l'insegnamento dell'ABC delle emozioni).

Ciò avviene con l'ausilio dell'"educazione razionale emotiva" (Di Pietro, 1992; 1999), una procedura psicoeducativa che deriva dai principi e metodi applicati con successo nel contesto della pratica psicoterapeutica nota come Terapia Comportamentale Razionale Emotiva (Rational Behavior Therapy, REBT), che è stata la prima forma di terapia cognitivo-comportamentale ideata dallo psicologo statunitense Albert Ellis. Presupposto di partenza è che le emozioni non sono determinate da ciò che accade esclusivamente all'individuo, ma soprattutto dalla rappresentazione mentale che lo stesso ha della realtà: non sono gli eventi in sé a creare sofferenza emotiva, ma il *significato* che attribuiamo ad essi (Di Pietro, Dacomo, 2007, 2013). L'ERE può essere utilmente rivolta ai genitori partendo dall'insegnamento della responsabilità genitoriale riguardo alle proprie emozioni; ciò include il modo in cui le convinzioni su se stessi, sui figli e sul compito educativo determinano le reazioni emotive e i comportamenti nei confronti dei figli. Se in un lavoro di Parent training, per esempio, si ritiene che i genitori siano troppo permissivi, punitivi o incoerenti nell'educare i figli, è importante eliminare dapprima le credenze erronee che sono all'origine di queste tendenze. Nelle tabelle (1.1,1.2,1.3,1.4,1.5) che seguono vengono presentate alcune tipiche convinzioni irrazionali del genitore che costituiscono la base di alcune sue comuni reazioni emotive. In corrispondenza di ciascuna convinzione è indicata la possibile alternativa razionale verso cui si cercherà di indirizzare il genitore (Di Pietro, Bassi, 2014).

Credenze irrazionali che alimentano l'ansia dei genitori	Alternative razionali
Devo essere un genitore perfetto. Se non sono sempre calmo, competente e corretto nel gestire i miei figli, loro cresceranno male.	Farò del mio meglio per prendermi cura dei miei figli, ma so che non posso essere perfetto.
Se non sono preoccupato per il benessere dei miei figli significa che sono un cattivo genitore.	Quando accade qualcosa di negativo a mio figlio, di solito non si tratta di qualcosa di grave o tremendo.
Devo far sì che mio figlio non sia mai a disagio, non si faccia male, che non corra mai alcun pericolo.	È bene imparare a sopportare che un figlio vada incontro a qualche rischio o disagio perché senza esperienze non potrà diventare forte. Se lo proteggo troppo, non diventerà mai uomo/donna e dovrò continuare a proteggerlo.
Sarebbe tremendo se mio figlio non mi volesse bene in ogni momento.	È spiacevole, ma non è la fine del mondo se mio figlio si arrabbia con me.
Per me è insostenibile sapere che qualcuno possa disapprovare il mio modo di essere genitore.	Anche se è preferibile che io faccia del mio meglio come genitore, non c'è nessuna legge che impone che io debba essere il miglior genitore dell'universo. Il genitore perfetto non esiste.

Tabella 1.1 (Di Pietro, Bassi, 2014)

Credenze irrazionali che alimentano una bassa tolleranza alla frustrazione nei genitori	Alternative razionali
Non dovrebbe essere così difficile fare il genitore.	Essere genitori talvolta è molto duro.
Io voglio divertirmi nella mia vita e non posso sopportare simili frustrazioni.	Una tolleranza della frustrazione nell'immediato può portare a vantaggi a lungo termine.
È molto più semplice cedere alle richieste e alle lamentele di mio figlio piuttosto che tenergli testa.	Se faccio sempre la cosa più semplice anziché la più giusta, mi troverò prigioniero delle richieste e degli stati d'animo i mio figlio.
È troppo stressante mantenere tutto ciò che prometto a mio figlio.	È più facile adempiere ad un dovere o a un compito che evitarlo. Per essere un buon genitore qualche volta devo fare cose che non ho voglia di fare.
Le cose devono sempre andare a modo mio e gli altri dovrebbero assecondare tutte le mie richieste.	Non esiste una legge che affermi che tutto deve andare come voglio io. Se anche gli altri avessero la mia stessa pretesa, tutti saremmo infelici. Posso anche accettare che a volte le cose vadano diversamente da come vorrei.
Non sopporto le frustrazioni derivanti dai comportamenti di mio figlio.	Posso sopportare anche grandi frustrazioni relative a mio figlio e al suo comportamento.

Tabella 1.2 (Di Pietro, Bassi, 2014)

Credenze irrazionali che alimentano la rabbia dei genitori	Alternative razionali
Mio figlio deve sempre comportarsi nel modo in cui esigo. Deve fare ciò che dico io.	Ci sono molti fattori che influenzano il comportamento di mio figlio e non è possibile ottenere sempre da lui il comportamento che desidero.
Mio figlio deve essere bravo e comportarsi correttamente.	I bambini sono bambini, devono ancora imparare tante cose e a volte si comportano in modo indesiderabile.
È terribile e grave quando mio figlio si comporta male, polemizza o disobbedisce. Va punito duramente.	Arrabbiarmi molto con mio figlio non mi aiuta. Non conviene usare la rabbia per ottenere disciplina: la rabbia

	umilia i figli che possono così sviluppare rancore e reazioni indispettite.
Mio figlio deve essere sempre corretto verso di me.	Sarebbe desiderabile che mio figlio si comportasse in modo corretto, ma questo non sempre può avvenire.
Non deve essere troppo difficile aiutare mio figlio.	Posso sopportare la frustrazione delle difficoltà nell'aiutare mio figlio.

Tabella 1.3 (Di Pietro, Bassi, 2014)

Credenze irrazionali che alimentano la depressione dei genitori	**Alternative razionali**
Quando non faccio ciò che secondo me un bravo genitore dovrebbe fare, dimostro di essere un completo fallimento come persona.	Svalutarmi globalmente, come persona, non ha senso. Ogni essere umano ha punti deboli e punti di forza, pregi e difetti.
Se mio figlio pensa che io sono un cattivo genitore, mi sento inutile.	Il mio valore non dipende dai giudizi altrui, neanche da quelli di mio figlio. Posso riconquistare la stima di mio figlio.
Il mio valore come persona dipende dalla performance di mio figlio.	La performance di mio figlio non determina il mio valore come persona.
Se mio figlio ha tanti problemi, sono inutile e privo di valore.	Le difficoltà dei figli non sempre sono imputabili completamente ai genitori, possono sussistere anche cause esterne alla famiglia.
Sono un genitore terribile perché mi sento così infastidito da mio figlio da non riuscire ad aiutarlo a risolvere i suoi problemi.	Posso accettare di essere infastidito da alcuni comportamenti o difficoltà di mio figlio. Può capitare. Se non ce la faccio da solo, posso chiedere aiuto.

Tabella 1.3 (Di Pietro, Bassi, 2014)

Credenze irrazionali che alimentano il senso di colpa dei genitori	**Alternative razionali**
È tremendo che mio figlio possa soffrire e io devo evitare a tutti i costi che accada.	I genitori non possono essere onnipotenti e io non posso impedire sempre che a mio figlio accada qualcosa di negativo.
Io sono l'unica causa dei problemi di mio figlio.	I genitori non sono la sola causa dei problemi dei figli.
Se facessi un errore, la vita di mio figlio ne risentirebbe per sempre.	I bambini possono tollerare le frustrazioni. Anzi, alcune sono necessarie per renderli più forti.
Avrei potuto e dovuto fare qualcosa per evitare la disabilità di mio figlio.	Non sono responsabile della disabilitàdi mio figlio.
Sono responsabile per quanto accade a mio figlio.	I genitori sono fallibili ed è inevitabile che facciano errori nell'educare i figli.
Io devo sempre comportarmi correttamente con mio figlio.	È impossibile che una persona possa comportarsi sempre in modo corretto. Ciò non riduce il mio valore come genitore.

Tabella 1.5 (Di Pietro, Bassi, 2014)

Il ruolo dell'accettazione

Per un maggiore benessere, è importante che il genitore accetti le proprie esperienze, i propri

errori, di non essere perfetto; non equivale ad un atteggiamento rinunciatario e alla rassegnazione a non essere il genitore che si desidera essere. Accettarsi significa dare il buon esempio ai propri figli sul come accettare se stessi e le proprie esperienze. Nello specifico, per *accettazione* si intende la rinuncia agli scopi compromessi o non ottenibili, e il contemporaneo investimento sugli scopi raggiungibili e sotto il proprio potere (Perdighe, 2015).

È necessario che il genitore sia consapevole di quanto sia importante accettare sia le emozioni del bambino che le proprie, piuttosto che contrastarle e criticarle. Guidati dallo scopo di non sentire le sensazioni dolorose, e non dai bisogni del bambino, il genitore può:

- criticare il bambino, anche involontariamente, per le sue emozioni o pensieri;
- mettere in atto comportamenti di prevenzione o distrazione tesi ad inibire le sue emozioni o i suoi pensieri;
- colpevolizzalo;
- avere atteggiamenti di negazione dei suoi vissuti, se non addirittura essere aggressivo, con chi glieli fa notare.

In primo luogo è necessario che il genitore riconosca, tolleri ed accetti come le emozioni dei figli li fanno sentire, e poi che egli assuma la consapevolezza che i vissuti emotivi del bambino non sono sotto il loro controllo. Erroneo è l'evitamento emozionale a cui inconsapevolmente il genitore ricorre così come il fatto di insegnarlo ai loro figli. Per tutta la vita, infatti, i genitori sentono di avere tra i compiti principali quello di proteggere i figli dai pericoli di un mondo pieno di minacce e non vi è nulla di sbagliato in ciò, anche alla luce del fatto che l'evitamento è anche funzionale alla sopravvivenza di un individuo (ha cioè una funzione protettiva). Il problema è quando si cerca di evitare (nel senso di reprimere, prevenire ed inibire) le esperienze interne, ovvero le emozioni, le sensazioni e i pensieri, anche perché si tratta di stati che difficilmente si possono regolare con la volontà. Con l'evitamento esperienziale spesso il genitore non lascia il tempo al bambino di sperimentare le proprie emozioni e di trovare delle modalità di risposta autonome; capita che li anticipino sul tempo con le loro soluzioni suggerendo l'idea che le emozioni siano dei problemi/situazioni a cui trovare una soluzione.

Come messo in luce dalla psicologia cognitiva, maggiore è l'investimento su uno scopo, maggiore è la sensibilità ai segnali di minaccia. Una conseguenza del timore di non essere un bravo genitore è quello di mettere involontariamente in atto dei meccanismi (bias cognitivi, attenzione selettiva, etc) che vanno a confermare o ad aumentare le paure ostacolando la possibilità di migliorarsi come genitori. Perciò è importante che il genitore riconosca innanzitutto come sia

disfunzionale interpretare il comportamento o l'emozione del bambino come il segnale di un fallimento personale, e dunque non ascoltare o legittimare l'emozione, perché preso dalla propria (Perdighe, 2015).

Il genitore perfetto non esiste. L'idea di poter soddisfare ogni bisogno del bambino e di potergli risparmiare ogni sofferenza finirebbe in realtà per produrre un individuo infelice e mal adattato. Non lo preparerebbe a vivere in un mondo abitato dagli altri; inizialmente il mondo sarebbe un mondo magico di cui egli è il re, ma con l'andare del tempo si trasformerebbe in un luogo molto solitario e irreale.

"Al principe Siddhartha i genitori volevano risparmiare la vista di qualsiasi forma di bruttura e sofferenza. Lo tennero rinchiuso nel loro splendido palazzo, ma tutto il loro potere e la loro ricchezza non bastarono a proteggerlo, perché egli un giorno andò nel mondo, scoprì la sofferenza degli altri e divenne il Buddha" (Phillips A. in "I no che che aiutano a crescere").

Conclusioni

La relazione genitori-figli è il contesto maggiormente studiato quando si vuole comprendere quali siano i fattori di protezione e di rischio nello sviluppo psico-affettivo dell'essere umano. Per lungo tempo l'attenzione di clinici e ricercatori si è focalizzata soprattutto sulle dinamiche relazionali della diade madre-bambino nelle prime fasi dell'accudimento. Soltanto di recente, con i cambiamenti culturali e il maggiore coinvolgimento della figura paterna, ricercatori come Fivaz-Depeursinge e Corboz-Warnery (1999) hanno sottolineato l'importanza dei modelli relazionali triadici madre-padre-figlio, nei quali le caratteristiche del rapporto dei genitori, già durante la gravidanza, assumono un ruolo rilevante. Nella fase di *transizione alla genitorialità* ogni individuo si trova ad affrontare profondi cambiamenti e adattamenti, personali e di coppia; si è visto come l'arrivo di un figlio si configuri come un'esperienza trasformativa che comporta la riattivazione di schemi relazionali legati alle esperienze infantili e alle identificazioni con i propri genitori. Caratteristiche personali, relazionali e contestuali influenzano il modo in cui questa fase del ciclo vitale sarà affrontata dal genitore.

La transizione alla genitorialità ha assunto in questi ultimi anni caratteristiche peculiari che ne hanno modificato sostanzialmente la natura rispetto al recente passato anche per una serie di cambiamenti culturali che vedono la nascita di un figlio come un evento sempre più raro e posticipato nella vita delle persone, con il rischio di un sovrainvestimento del figlio che è caricato di aspettative particolarmente impegnative nei confronti dei genitori con il rischio di ostacolare il processo di costruzione della sua identità. Solo qualche decennio fa i compiti educativi erano

suddivisi in modo chiaro, ma col tempo tale divisione è diventata meno netta e lo stile di parenting di entrambi i genitori è esercitato in maniera più flessibile e meno legata a rigide prescrizioni di ruolo. Nella famiglia tradizionale alla madre era riconosciuto un ruolo prevalentemente affettivo mentre il padre ricopriva, invece, un ruolo normativo, tendenzialmente autoritario e più staccato dalla vita familiare. La nascita era considerata un "evento femminile" che riguardava essenzialmente la madre sia in termini organizzativi che psicologici. Oggi la situazione è cambiata, si parla di "una nuova figura paterna" maggiormente coinvolta nell'esperienza della genitorialità (Shapiro, Diamond, Greenberg, 1995) a cui viene riconosciuto un ruolo affettivo di primaria importanza e di collaborazione nella gestione dei compiti genitoriali. Se da una parte ciò costituisce un arricchimento, dall'altra non bisogna trascurare gli aspetti critici di una flessibilità che potrebbe dare origine ad una confusione circa l'assunzione di responsabilità. Dal momento che è culturalmente più gratificante per il genitore comportarsi secondo il codice di tipo affettivo che non secondo quello etico, la coppia rischia di colludere su questo aspetto e trovarsi poi in difficoltà quando è chiamata a prendere decisioni comuni che riguardano gli orientamenti educativi da tenere nei confronti dei figli (Scabini E., Cigoli V., 2000).

Si è visto come i genitori potrebbero condividere credenze erronee circa la "negatività" di alcune emozioni, con il rischio di sperimentare malessere e di danneggiare i figli. Nella cultura occidentale prevale l'idea che le emozioni vadano controllate dalla ragione affinché non interferiscano con il comportamento socialmente corretto e desiderabile. È stata sottolineata, invece, l'importanza delle emozioni nell'informarci se i nostri scopi sono stati raggiunti o se esiste una minaccia al raggiungimento degli stessi e come il comportamento e lo stile educativo genitoriale spesso sottendano un problema di evitamento emozionale (di sentirsi triste, preoccupato, arrabbiato, cattivo, in colpa, e così via).

Il *sostegno delle funzioni genitoriali* dovrebbe prevedere un lavoro di riconoscimento delle credenze erronee, legate ai fattori contestuali e/o individuali valutandone i rischi e le conseguenze.

Si è visto come l'intervento cognitivista post-razionalista, quale processo esplorativo, consente di rendere esplicito il tacito, producendo un cambiamento emozionale nell'individuo (Nardi, 2013) e come l'educazione razionale emotiva rappresenti una valida procedura psicoeducativa che consente di aiutare l'individuo (adulto, genitore o bambino) ad affrontare le proprie emozioni disfunzionali imparando a utilizzare e potenziare la propria capacità di pensare in modo costruttivo e razionale favorendone il benessere emotivo. Lo scopo non è quello di eliminare tutte le emozioni spiacevoli, cosa peraltro impossibile, ma una maggiore capacità di gestire le emozioni spiacevoli. E così i

genitori hanno la possibilità di giungere ad una modificazione delle credenze erronee alla base di emozioni disfunzionali operando una trasformazione nel proprio dialogo interiore, attuando ciò che tecnicamente viene indicata come una *ristrutturazione cognitiva*. Altro obiettivo è quello di aiutare i genitori a gestire le paure e i dubbi connesse all'errore, riconoscerli ed accettarli e a legittimarsi nella loro funzione, cioè nel sostenersi reciprocamente nel loro difficile ruolo.

Bibliografia

Bara B.G. (2005), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.

Bowlby J. (1972), *L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino.

Bowlby J. (1979), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina, Milano.

Bowlby J. (1988), *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano.

Brisch K.H. (2007), *Disturbi dell'attaccamento*, Giovanni Fioriti, Roma.

Brisch K.H. (2012), *Safe - Formazione sicura per i genitori*, Giovanni Fioriti, Roma.

Castelfranchi C., Mancini F., Miceli M. (a cura di) (2002), *Fondamenti di cognitivismo clinico*, Bollati Boringhieri, Torino.

Di Pietro M., Bassi E. (2013), *L'intervento cognitivo comportamentale per l'età evolutiva*, Erickson, Trento.

Di Pietro M., Dacomo M. (2007), *Giochi e attività sulle emozioni*, Erickson, Trento.

Dodet M. (2014), *L'intervento clinico sulla reciprocità di coppia* in "Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva", Bollati Boringhieri, Torino.

Goleman D. (1999), *L'intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano.

Guidano V.F. (2008), *La psicoterapia tra arte e scienza*, Franco Angeli, Milano.

Guidano V.F. (1996) *Lo sviluppo del sé*, in Bara B., Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva, Bollati Boringhieri, Torino.

Guidano V.F. () *Psicoterapia cognitiva post-razionalista*, Franco Angeli, Milano.

Grossmann K.E., Grossmann K. (1991), *Attachment across the life cycle*, Routledge, London.

Hogg T. (2002), *Il linguaggio segreto dei neonati*, Arnoldo Mondadori, Milano.

Klaus M.H., Kennell J.H., Klaus P.H. (1998), *Dove comincia l'amore*, Bollati Boringhieri, Torino.

Manaresi F., Marianecci A. (a cura di) (2012), *Il sostegno delle funzioni genitoriale* in "L'intervento clinico in età evolutiva", Carocci, Roma.

Isola L., Romano G. (2014), *Caratteristiche del lavoro con la coppia genitoriale* in " Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva", Bollati Boringhieri, Torino.

Lambruschi (a cura di) (2014), *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*, Bollati Boringhieri, Torino.

Milgrom J., Ericksen J., Leigh B., Romeo Y., Loughlin E., McCarthy R. e Saunders B. (2012), *Diventiamo mamma e papà*, Erickson, Trento.

Perdighe, C. (2015) *Il linguaggio del cuore*, Erickson, Trento.

Perdighe C., Mancini F. (2008), *Elementi di psicoterapia cognitiva*, Giovanni Fioriti, Roma.

Phillips A. (1999), *I no che aiutano a crescere*, Feltrinelli, Milano.hy

Reda M.A. (1986), *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia,* Carocci, Roma.

Reda M.A., Canestrari L. (atti del convegno a cura di) (2012), *Psicologia e psicopatologia post-razionalista*, Siena.

Reda M.A., Pilleri M.A. (atti del convegno a cura di) (2008), *Il processo psicoterapeutico nell'ottica post-razionalista*, Siena.

Scabini E., Cigoli V. (2000), *Il famigliare*, Raffaello Cortina, Milano.

Sroufe L.A., Mitchel, P. (1982), *Emotional development in infancy*, in Osofsky J. (a cura di), Handbook of infancy research, Wiley, New York.

Filomena Ielpo

Psicologa-Psicoterapeuta, Roma

Specializzata a Roma, training Dodet, Gardner

e-mail: filomena.ielpo@libero.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

psicoterapeuti in-formazione

2015, NUMERO 15

Samir: un disturbo depressivo persistente

Francesca Romana Lasorsa[1]

[1]Psicologo, PhD, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Roma

Riassunto

Viene presentato un caso di un ragazzo straniero di 23 anni in cui gli aspetti culturali diventano fattori di mantenimento del suo disturbo depressivo persistente. Nel profilo interno del disturbo viene descritto cosa succede quando il valore di sé e il senso di identità sono legati ad un unico scopo, irrinunciabile e irraggiungibile, e diventa l'unica forma di riscatto da un contesto sfavorevole. La perdita di senso verso tutto ciò che non rientra in questo obiettivo (diventare un fisico importante) porta ad uno stato di paralisi e inattività, incrementato da circoli viziosi e fattori di mantenimento legati a credenze di inferiorità, inadeguatezza, inaiutabilità e impossibilità di cambiamento. La descrizione della terapia evidenzia le difficoltà incontrate nel condurre e sostenere il paziente nell'accettazione della perdita dell'immagine di sé come fisico e nella ridefinizione del suo valore personale.

*Parole chiave:*Disturbo depressivo persistente, tratti narcisistici, aspetti culturali e fattori di mantenimento.

Summary

Introducing the case study of a 23 year old man from Bangladesh, whose cultural roots became the main maintenance factor of a persistent depressive disorder. The patient comes from an unfavourable background and his self image is strictly bonded to the goal of becoming a famous physicist. This appears to be unobtainable yet essential, and for him, it represents the only way of redemption from his poor heritage. The patient experiences emptiness and loss towards everything else other than the idea of graduating and becoming an important physicist. This void leads to inactivity and traps the patient in a series of self deprecating vicious cycles of inferiority, helplessness and an inability of change. The description of the therapy highlights the difficulties faced in leading and supporting the patient through a journey of acceptance, discovery and redefining his self image and personal worth.

Key words: Persistent Depressive Disorders, Narcissistic Traits, cultural roots and maintenance factors.

Introduzione

Samir è un ragazzo di 23 anni, nato in Bangladesh, in Italia da 12 anni. Ha una buona conoscenza della lingua italiana e inglese. Ha frequentato le scuole superiori in Italia, conseguendo

Francesca Romana Lasorsa, *Samir: un disturbo depressivo persistente,* N. 15, 2015, pp. 86-100

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.iit

un diploma come dirigente di comunità. Tre anni fa si iscrive alla facoltà di Fisica a Roma che lascia dopo un anno senza aver dato esami.

Attualmente vive in una casa con il padre, uno zio e altre persone della comunità bengalese. I genitori sono separati. La madre vive in un altro appartamento ed ha avuto una relazione con un uomo deceduto poco tempo fa. La sorella è in una casa famiglia in seguito alle decisioni prese dagli assistenti sociali, intervenuti dopo provvedimenti giudiziari risalenti a sette anni fa. La sorella ha 13 anni ed ha una disabilità intellettiva di grado lieve-medio. Madre e padre svolgono lavori saltuari. Attualmente il paziente non ha un lavoro ed è stato chiamato come assistente di un docente in un corso di informatica, all'interno di un programma di inserimento sociale per ragazzi che sono stati in casa famiglia.

La terapia è svolta in un contesto privato, anche se il ragazzo ha difficoltà nel pagamento delle sedute, che salda in modo saltuario. Tendeva inizialmente a saltare le sedute *("sono troppo stanco per venire"*), ma attualmente partecipa con maggiore regolarità.

E' da due anni in cura farmacologica presso lo psichiatra della casa famiglia dove ha trascorso dai 16 ai 20 anni. Assume Xanax (prescrizione 0,25mg x 3v dì) ed Entact (20 mg x 2v dì).

Il paziente appare in prima seduta in evidente stato di agitazione. Presenta tremori alle braccia e alle gambe e una tosse che scandisce il suo eloquio in maniera persistente. I suoi racconti sono astratti, generici e confusi, appaiono più come teorie generiche sugli altri e su di sé, privi di riferimenti concreti a episodi specifici. Anche i riferimenti alla sua sintomatologia sono molto vaghi ("*ho problemi mentali*"; "*ho pensieri nella testa*"), ne riporta la pervasività piuttosto che i contenuti dei suoi pensieri. Presenta difficoltà a collocare temporalmente alcuni episodi riguardanti eventi della sua vita. L'esame di realtà appare comunque intatto.

Nel 2012 ha effettuato un ciclo di 20 sedute di terapia strategico-breve. Riferisce una maggiore consapevolezza sul proprio funzionamento, ma lamenta la presenza del registratore ("*non riuscivo a comunicare i miei pensieri*").

Descrizione del problema

Il paziente riferisce come sintomatologia primaria la presenza di pensieri intrusivi che gli impediscono di svolgere attività che richiedono concentrazione e di poter mantenere un' adeguata conversazione con le persone. Presenta una pervasiva sensazione di vuoto e di noia, perdita di interesse verso qualsiasi attività, accompagnata da sentimenti di autosvalutazione. Lamenta di non riuscire a portare a termine alcuna attività, anche le più semplici (leggere un libro dall'inizio alla fine) e di essere demotivato nell'affrontare qualsiasi cosa gli venga proposta (da un lavoro all'uscita

con qualche amico). Lamenta un'eccessiva faticabilità che lo accompagna per tutto il giorno e mancanza di energia. Trascorre la maggior parte del giorno in casa, senza dedicarsi ad alcuna attività o interesse in particolare.

Presenta difficoltà nell'addormentamento e ipersonnia (alle volte si sveglia alle 4 del pomeriggio) e un'alimentazione disregolata (oscilla da perdite di peso ad aumenti di peso nel giro di qualche mese). Tende a non rispettare regolarmente l'assunzione dei farmaci: sospende quando finisce la scatola per due-sette giorni, tarda a comprarne nuovi.

Riporta episodi di aggressività agita nei confronti del compagno della madre risalenti a 4 anni fa, attualmente non presenta comportamenti eccessivi di rabbia, ma rimane un forte timore di poter ripresentare tale comportamento.

Riferisce di aver presentato 4 anni fa pensieri ricorrenti legati al timore di essere omosessuale e pedofilo accompagnati da comportamenti di controllo. Riferisce di aver abbandonato la religione musulmana in quanto non in grado di gestire i rituali che la religione prescriveva (es. controllare di aver eseguito correttamente e nel numero giusto i lavaggi delle mani prima della preghiera, prescritti dal rituale religioso). Attualmente riporta una diminuzione in frequenza di questi comportamenti e una minore invasività nella sua vita quotidiana.

Riferisce la presenza in passato di pensieri di morte e di ideazione suicidaria, con un agito (si spinge il coltello in pancia). Attualmente questi pensieri sono meno invasivi e non sono presenti condotte autolesive. Nella sua storia clinica non sono presenti episodi maniacali o ipomaniacali, né episodi dissociativi.

Secondo l'attuale classificazione diagnostica del DSM V, dalla somministrazione dei test e dal colloquio clinico emerge la presenza di un Disturbo Depressivo Persistente, tratti narcisistici di personalità e tratti ossessivi.

I Test somministrati sono stati: BDI: punteggio 31 (30-63: depressione grave); MMPI: L:43 F:76 K:56. Hs:71 D:73 Hy: 69 Pd: 86 Mf:57 Pa 62 Pt: 74 Sc 76 Ma: 58 Si: 56; DES: punteggio 15, non clinicamente significativo. Punteggi più elevati nella subscala di auto assorbimento e coinvolgimento immaginativo, (scale con alta frequenza nella popolazione).

Profilo interno del disturbo

Lo stato mentale di Samir è regolato da credenze verso di sè come sgradevole, difettoso, inferiore, inadeguato, senza valore; credenze verso gli altri che sono considerati tutti più fortunati, più capaci e più prestanti, si accorgono del basso valore personale del paziente, non lo considerano una persona desiderabile e capace e non lo aiutano; credenze verso il futuro caratterizzate dall'

impossibilità di cambiamento: nel mondo va avanti, si realizza e può essere felice solo chi è più capace e più intelligente. Con questo assetto mentale il conseguimento di qualsiasi scopo e la presenza di qualsiasi ostacolo nel raggiungimento dei suoi obiettivi contiene la previsione di fallimento e ha come conseguenza l'abbandono di questo. Ciò determina la sua totale inattività che conferma la sua percezione di non efficacia e inadeguatezza e tutto il suo sistema di credenze di base.

In particolare l'abbandono del raggiungimento di qualsiasi obiettivo è dettato da:

- Percezione di non utilità di questo;
- Basso riconoscimento dopo l'eventuale raggiungimento;
- Percezione di scarsa efficacia e timore di fallimento nel raggiungerlo.

A	B	C
La cooperativa gli propone di affiancare un docente durante un corso base di informatica della durata di un anno	A che mi serve Non diventerò mai un docente di informatica Non mi porterà da nessuna parte	Tristezza
A1par	B1	C1
	E' una cosa che possono fare tutti Me lo fanno fare solo per tenermi occupato Io avrei voluto fare l'università	Tristezza/rabbia
A2par	B2	C2
	Dovrò leggere delle dispense e non ci riuscirò Questo non mi porterà a niente	Tristezza++ Senso di vuoto Mancanza di soluzioni Abbandono del corso
A3 secondario=C1/C2	B3	C3
	In queste condizioni non riuscirò a fare mai niente nella vita. Non saprei neanche dove cominciare. Mi sembra tutto inutile. Per gli altri sono solo un buono a nulla	Depressione Rinuncia/evitamento

Tabella 1. *ABC sugli stati mentali depressivi*

L'obiettivo diventa desiderabile solo se viene considerato di elevata importanza e porta ad un risultato di massimo riconoscimento. Tutte le attività considerate da lui meno impegnative o di poco

valore sono valutate come banali e inutili da intraprendere (es. prende in prestito dalla biblioteca solo libri di filosofia, che non riesce a leggere interamente).

Non accetta di non essere riuscito a portare avanti gli studi all'università di Fisica, che sembra attualmente l'unico obiettivo desiderabile ("pensavo di non saper fare altro che studiare e invece non riesco neanche in questo").

La sua percezione di inaiutabilità passa dalla credenza che gli altri non siano in grado di comprendere ciò di cui lui ha bisogno, tanto da aver smesso di chiedere aiuto. Inoltre il chiedere aiuto significa per Samir mostrarsi ulteriormente vulnerabili davanti a qualcuno di cui non sa di potersi fidare.

Rivolge verso sé stesso eccessive doverizzazioni ("dopo così tanto tempo in Italia avrei dovuto comprendere l'italiano perfettamente"), che alzano lo standard della desiderabilità dell'obiettivo e lo rendono al contempo sempre più irraggiungibile ("ci sarà sempre qualcuno che sarà più bravo di me a parlare italiano ed è normale che sceglieranno un altro al posto mio per qualsiasi lavoro").

La forte mancanza di legittimazione della sua emozione di tristezza ("non devo essere triste") è legata al timore di dare un'immagine di sé come debole e sottomesso, che lo porterebbe secondo la sua cultura ad essere umiliato e maltrattato, essendo incapace di difendersi.

E' inoltre presente una forte tematica riguardante l'indegnità ("non sono degno di stare bene","ho bisogno di soffrire", "non posso permettermi di stare bene"). Da una parte lo stare bene per Samir significa riacquistare autostima e questo sembra essere legato al timore di poter assomigliare al padre, cioè una persona violenta, superiore, autoritaria ("gli uomini della mia cultura si dimostrano più di quello che sono") e quindi spregevole e pericolosa, dall'altra la malattia mentale sembra essere legata alla giustificazione del suo attuale fallimento, cioè non sono riuscito a combinare niente nella vita perché "ho troppi problemi mentali".

Sono presenti inoltre sentimenti di rabbia non agita verso qualsiasi persona possa mettere in luce, anche solo in base ad un semplice confronto, la sua presunta inferiorità. Il desiderio di agire i suoi sentimenti di rabbia verso il padre e la madre sono frenati sia da un forte senso di colpa sia dal timore di ritorsioni sia legali sia fisiche ("non posso battermi con mio padre perché in questo momento è fisicamente più forte di me"). Anche i suoi sentimenti di rabbia non vengono legittimati in quanto legati al timore di poter diventare una persona violenta come il padre e quindi punibile dalla legge. Il forte timore di giudizio di sé come persona indegna moralmente lo porta durante i primi mesi di terapia ad una forte resistenza a comunicare i suoi pensieri di rabbia.

Secondo il DSM V, Samir non presenta una sintomatologia narcisistica che soddisfa i criteri per porre una diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità, ma la presenza di questi tratti hanno contribuito a creare e a mantenere il suo Disturbo Depressivo.

Il paziente presenta fantasie grandiose legate ad un'ideale del sé ed un'elevata sensibilità al fallimento, alla sconfitta, alla critica del proprio valore. Gli standard da raggiungere diventano desiderabili e irrinunciabili solo se elevati e se contengono il massimo riconoscimento di competenze (es. università di Fisica).

Dunque alla base della sua sintomatologia depressiva e alla base del suo mantenimento sembra esserci un mancato riconoscimento nell'ambito della sfera professionale e sociale, un senso di insoddisfazione per la propria vita composta da insuccessi che sminuiscono il senso di potenza, generando da una parte sconforto, sconfitta e fallimento, dall'altra vergogna ed umiliazione.

Alla base della depressione narcisistica si evidenzia dunque la percezione di una profonda discrepanza tra le aspettative idealizzate e la realtà; in questo senso si evidenzia una focalizzazione del pensiero sugli ideali insoddisfatti e sulle aspettative grandiose deluse.

Il senso di disperazione è ulteriormente incrementato dalla considerazione del raggiungimento di questi obiettivi grandiosi, come unica modalità di riscatto verso il suo destino e la sua famiglia.

L'unico modo per essere orgoglioso di sé stesso (in termini di autostima) è quello di rivelarsi un individuo ben dotato intellettualmente, capace di *performance* spiccate, popolare, desiderato, riconosciuto in un rango elevato all'interno del gruppo di riferimento.

In passato era prevalente il timore di essere giudicato immorale ("non posso guardare le ragazze, non posso essere omosessuale") i cui contenuti variavano nel tempo (timore di essere omosessuale, timore di essere pedofilo) e generavano un forte senso di indegnità, vergogna e disgusto.

Attualmente riporta una diminuzione dell'invasività di questi pensieri: rimane il timore che gli altri possano pensare di lui che sia una persona che ha bisogno, che necessita di qualcosa e quindi più debole. Nonostante questo timore secondario, i suoi pensieri ossessivi non sono così pervasivi, invalidanti e non interferiscono in maniera significativa nelle sue attività e sul suo funzionamento sociale, tanto da porre diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Sembrano aumentare nei momenti di maggiore percezione di rabbia e sembrano avere una sorta di funzione di controllo del senso di colpa che ne deriva.

Scopi compromessi

Senso di identità e valore di sé legato al senso di autoefficacia e agentività. Questi scopi diventano raggiungibili solo con una posizione sociale e lavorativa di eccellenza riconosciuta dagli

altri. Questo riscatto di tipo intellettuale permetterebbe di elevarsi da un contesto familiare e socioculturale umiliante.

Antigoal centrali:

- non potersi percepire caratterialmente debole e instabile emotivamente (depresso e ansioso) come la madre (che è stata sottomessa, umiliata e ha subito violenze dal padre);
- non voler diventare eccessivamente violento e aggressivo come il padre;
- non rivelarsi definitivamente, agli occhi degli altri e di fronte a sè stesso, un incapace, un difettato, un diverso.

Rispetto agli scopi compromessi le regole di comportamento sembrano essere:

- se gli altri si accorgono che sono ansioso, mi attribuiranno ancora meno valore e saranno giustificati ad umiliarmi e svalutarmi;
- se non mi mostro forte e competente non riuscirò mai ad avere una vita felice come gli altri;
- solo se diventerò un fisico famoso potrò dire a me stesso di essere realizzato e riconosciuto di valore dagli altri;
- solo se raggiungerò una posizione lavorativa importante potrò elevare il mio rango rispetto alla mia famiglia e al mio gruppo di riferimento.

Fattori e processi di mantenimento

Secondari sulla rabbia e sulla tristezza: la percezione di qualsiasi emozione è considerata da lui potenzialmente dannosa, in quanto sintomo di instabilità emotiva, mancanza di forze e associata alla condizione dei suoi genitori. Rabbia e tristezza diventano dunque degli ostacoli alla realizzazione dell'immagine ideale di sé come persona capace e non sottoposta ad umiliazione.

Secondari sulla depressione: la malattia mentale è considerata culturalmente un segno di debolezza in una società in cui alla figura maschile viene richiesto di assumere un ruolo di superiorità e forza. Questo ulteriormente rinforza l'ideale di sé come una persona priva di qualsiasi difficoltà emotiva.

Ruminazioni: su sé stesso (*bad me*: sono brutto, malato, faccio schifo, non merito di stare bene) e sugli altri (*poor me*: gli altri sono migliori di me). Aumentano la focalizzazione dell'attenzione ad elementi che confermano la sua ipotesi di incapacità e influenzano ulteriormente il suo tono dell'umore: il riesame della sue esperienze riporta alla mente i fallimenti ottenuti, con un effetto di sovrastima del danno. Inoltre in questi momenti emergono stati di invidia e di rabbia, fantasie di rivalsa e di umiliazione degli altri. Questi stati emotivi vengono vissuti dal paziente come ulteriori

segnali di malattia, indici di sofferenza mentale e per questo da fronteggiare, gestire, ridurre in qualche modo.

I pensieri ricorrenti a tematica depressiva sono valutati come invasivi perché interrompono le sue attività ("*non riesco a concentrarmi su niente*") e confermano le credenza di base di scarsa efficacia e inadeguatezza.

Bias cognitivi che contribuiscono a produrre valutazioni di tipo depressogeno e prevengono l'invalidazione delle convinzioni e degli schemi patogeni:

- Attenzione selettiva ai soli elementi che convalidano l'ipotesi di Samir ("non sono in grado di fare niente"), che non viene mai confutata.
- Ipergeneralizzazione: "ho fallito una volta e fallirò sempre".
- Deduzione arbitraria: S. trae la conclusione che non sarà mai in grado di mantenere una relazione sentimentale su assenza di prove.
- *Mood congruity effect:* lo stato emotivo caratterizzato da tristezza e vergogna fa si che il paziente si focalizzi su dati e segnali coerenti con esso; la mente del paziente è occupata da immagini e pensieri di perdita, fallimento, autosvalutazione che vanno ad alimentare i B depressogeni.
- *Confirmation bias*: prende in esame solo dati che confermano l'ipotesi di compromissione dello scopo non cercando controprove o dandogli poco credito e interpreta i segnali esterni come conferme dell'ipotesi temuta "la ragazza a cui ho lasciato il numero non mi ha mai chiamato, si sarà sicuramente accorta dei miei problemi mentali e avrà preferito un altro ragazzo più sano, bello e interessante".

Ci sono circoli viziosi tra:

- Schema depressogeno e sintomi depressivi: il non riuscire a terminare un'attività porta a demotivazione che viene letta come prova dell'incapacità di realizzare i suoi obiettivi.
- Sintomi depressivi (faticabilità-passività): la demotivazione/astenia riduce il livello di attività che a sua volta porta a maggiore astenia e alla rinuncia a qualsiasi attività.
- Persona e ambiente sociale: la sua inattività e mancanza di iniziativa è sottoposta a giudizio di scarso valore da parte del padre, che aumenta il senso di demoralizzazione, svalutazione e senso di colpa da parte del paziente.

Scompenso

A 13 anni soffre di un Disturbo Ossessivo-Compulsivo legato inizialmente agli aspetti religiosi (durante le preghiere o durante gli incontri con la comunità, si accertava di avere eseguito il rituale

religioso secondo le prescrizioni, ripetendolo fin quando non fosse sicuro di averlo eseguito perfettamente, dunque anche più volte di quanto previsto). Essendo questi rituali troppo invasivi, decide di abbandonare la religione a cui segue una netta diminuzione delle compulsioni. Permangono per altri otto anni idee ossessive legate al timore di desiderare qualcosa legata ad un peccato (cibo, ragazze, timore di essere omosessuale, timore di essere pedofilo). Attualmente riferisce di gestire meglio questi pensieri, che riporta non essere più invasivi come nel passato e di incidere solo in parte nelle sue attività quotidiane.

Dopo il conseguimento del diploma a 19 anni, che ottiene con buoni voti, si iscrive alla facoltà di Fisica dove però non sostiene nessun esame. Questo evento sembra costituire per lui il primo importante mancato riconoscimento nell'ambito della sfera professionale e sociale, nell'unico ambito considerato degno di importanza e possibile promotore di un allontanamento e di un riscatto rispetto alla famiglia d'origine. Da quel momento appare più evidente nei suoi racconti la presenza di una sintomatologia più legata al versante depressivo/ansioso.

Vulnerabilità

Samir riporta difficoltà relazionali sin dai primi anni di vita. Era lasciato sempre da solo, non gradiva la confusione e la vicinanza degli altri. Da qui si abitua a "*vivere nel pensiero*", trascorrendo le giornate seduto sul balcone a "pensare". Non ricorda momenti passati a giocare o a svolgere delle attività con qualcuno della sua famiglia.

Questa sua abilità nel "pensare", messa in contrapposizione ad abilità più pratiche, l'ha portato negli anni a credere di essere capace e dotato solo nelle attività intellettuali e quindi nello studio e nella lettura, unici ambiti a cui decide di dedicarsi e in cui investe.

La madre viene descritta come persona imprevedibile e con continui sbalzi di umore, incapace di prendersi cura sia di lui che della sorella, che richiede ancora più attenzioni data la sua disabilità intellettiva. Passava periodi in cui era occupata dall'intrattenere relazioni con diversi compagni a momenti di forte disperazione, isolamento e distacco dagli altri.

Il padre viene descritto come una persona che ha sempre utilizzato la violenza e l'autorità come unica forma di comunicazione con l'altro ("*mi fa schifo vederlo, ha manie di grandezza e non vale niente, utilizza l'aggressività per avere ragione e per fare pressioni sugli altri, incute terrore e paura negli altri per essere trattato come un grande*").

La famiglia d'origine instabile, violenta, poco affettuosa da un lato e troppo esigente dall'altro avrebbe contribuito a formare in lui l'idea di essere una persona inadeguata, sbagliata, poco desiderata, inferiore e carente in alcuni ambiti fondamentali della propria vita e soprattutto

meritevole di sofferenza. Inoltre l'idea di non essersi mai sentito sostenuto e di non aver mai avuto un punto di riferimento né nella famiglia né nel suo ambiente allargato, l'ha portato da un lato alla necessità vitale di costruirsi una immagine di sé come potente autonomo ed efficace per potersi difendere da solo, dall'altra all'incapacità di chiedere aiuto agli altri in quanto non in grado di sostenerlo, anche quando l'aiuto è per lui necessario.

A 11 anni si trasferiscono in Italia. Sia lui che la madre subiscono ripetute violenze da parte del padre, tanto da denunciarlo (su sua iniziativa) nel 2007. Intervengono gli assistenti sociali, il padre viene condannato a due anni di reclusione e Samir con la sorella vengono inseriti in una casa famiglia. Lì passerà 4 anni per poi trasferirsi a casa del padre. La sorella è attualmente ancora inserita in casa famiglia a causa dell'impossibilità della madre di prendersi cura di lei. Il contesto della casa famiglia è per lui positivo. Riferisce che in questo periodo la madre si trasforma da vittima e "malata" a persona violenta nei suoi confronti. Dopo la denuncia smette di comunicare con il padre, anche se attualmente vivono nella stessa casa.

Davanti a figure d'attaccamento spaventate/spaventanti e ai bisogni frustrati di attaccamento, accettazione e cura da un lato, di autonomia, competenza e senso d'identità dall'altro, Samir sembra aver sviluppato un tipo d'attaccamento disorganizzato che ha portato in un primo tempo all'attivarsi di strategie controllanti-punitive all'interno delle sue relazioni d'attaccamento (attivazione del sistema di rango al posto del sistema di attaccamento con atteggiamenti di critica, di minaccia competitiva e di opposizione). Attualmente l'inibizione massiva di ogni forma di relazione interpersonale che possa attivare il sistema di attaccamento sembra essere la strategia controllante più utilizzata.

In relazione alla vulnerabilità attuale, sappiamo che attualmente vive con il padre e con altre persone della comunità bengalese nella stessa casa, dividendo il letto con lo zio. Tutte queste persone sembrano non essergli di alcun supporto, invalidandolo e criticandolo per la sua mancanza di iniziativa ed efficienza nel dare aiuto alla famiglia. Padre e zii ostacolano Samir nel proseguimento della psicoterapia e del trattamento farmacologico, sostenendo l'inutilità di questi interventi e rimandandogli l'idea che i problemi vanno affrontati autonomamente con una maggiore volontà. La scarsità di risorse sia sociali che economiche e l'assenza di una rete di supporto incrementano la sensazione di fatica nel raggiungimento dei suoi obiettivi e aumentano la prospettiva di abbandono di questi. Gli aspetti culturali quali il ruolo della figura maschile come dominante sembrano metterlo giornalmente davanti alla sua idea di fallimento.

La terapia

I primi obiettivi terapeutici sono legati alla riduzione della sofferenza emotiva legata al funzionamento di tipo depressivo:

- Diminuzione del senso di fatica e mancanza di energie
- Riduzione del rimuginio depressivo e aumento di capacità di concentrazione
- Regolarizzazione del sonno, dell'alimentazione e dell'assunzione dei farmaci
- Acquisizione di maggiori abilità di problem solving
- Aumento del tono dell'umore
- Riduzione del senso di colpa e del giudizio su di sé
- Riacquisizione del senso di efficacia e agentività
- Riacquisizione del senso di fiducia in sè stesso e aumento dell'autostima

Si è deciso di non intervenire direttamente sull'area ossessiva in quanto attualmente i suoi comportamenti non sembrano invalidanti.

Razionale, strategie e tecniche di cambiamento

In fase di assessment per la comprensione del funzionamento del paziente sono stati somministrati strumenti diagnostici (es MMPI, BDI, DES), è stato valutato l'assetto interpersonale e le modalità relazionali. Sono stati considerati sia i suoi punti di forza e le risorse sia i fattori di rischio e altre problematiche attuali (es. problemi economici).

Sono state considerate le aspettative rispetto alle possibilità terapeutiche e ristrutturata la teoria naïf sulla malattia a contenuto depressivo: da "i miei genitori mi hanno trasmesso i loro problemi mentali, quindi sono menomato e parto da una situazione di svantaggio" a lettura delle problematiche emotive e comportamentali come regole che prevengono la compromissioni di scopi. Il funzionamento del problema, i fattori di mantenimento di questo, le conseguenti comportamentali ed emotive e scopi compromessi sono stati condivisi con il paziente.

Il programma terapeutico è stato condiviso attraverso la formulazione comune di obiettivi concreti e raggiungibili.

E' stata chiarita la possibilità di un andamento oscillante delle fasi depressive per prevenire la previsione del fallimento e l'abbandono della terapia e confermare la credenza centrale di inaiutabilità e immodificabilità della situazione.

Intervento sulla riduzione della sintomatologia depressiva

Come primo obiettivo la costruzione di una relazione di fiducia è stata fondamentale per restituire al paziente una sensazione di comprensione del problema e della possibilità di essere aiutato all'interno di un setting terapeutico in cui non sentirsi giudicato, sminuito, svalutato.

La comunicazione dell'importanza di una collaborazione attiva così come la condivisione dello "sforzo" comune nel raggiungimento degli obiettivi attraverso un programma di attività e di compiti a casa è stato un aspetto fondamentale, richiamato in diversi momenti della terapia per contrastare l'atteggiamento di impossibilità di risoluzione dei problemi e delega all'altro della responsabilità della risoluzione (es. percezione che le proprie azioni non possano in alcun modo modificare la probabilità che l'evento temuto si verifichi e che quindi non valga la pena di agire).

C'è stata una riduzione dei sintomi acuti attraverso l'interruzione meccanismi di mantenimento del problema, ovvero: rottura circoli viziosi tra i sintomi; tra schemi/credenze e sintomi depressivi; tra persona e ambiente sociale. Individuazione dei bias cognitivi e riduzione dei problemi secondari considerati come importanti fattori di mantenimento e di esacerbazione dei problemi presentati.

Tecniche di cambiamento

Il lavoro di psicoeducazione è stato centrato essenzialmente sul riconoscimento delle proprie emozioni e della loro funzione rispetto al raggiungimento di scopi. Le emozioni di rabbia e tristezza sono state dunque legittimate e validate.

E' stato consegnato un diario settimanale delle attività e sono state programmate delle attività attraverso l'assegnazione dei compiti graduati. Sono state utilizzate tecniche di role playing e tecniche di comunicazione assertiva per la gestione delle interazioni sociali (espressione di sensazioni negative e formulazione di richieste di aiuto). Sono state utilizzate delle tecniche di problem solving per una gestione più efficace delle situazioni problematiche percepite come insormontabili (es. suddivisione dei compiti in obiettivi più piccoli e raggiungibili e utilizzo delle giuste risorse disponibili).

Cambiamento delle convinzioni che il paziente ha di sè stesso e delle sue esperienze

Individuazione e condivisione dei temi di pensiero ricorrenti della triade cognitiva attraverso l'auto-osservazione e la registrazione quotidiana con il diario giornaliero dei pensieri disfunzionali con contenuti di fallimento, autocritica, insuccesso, incapacità e non amabilità.

Invalidazione e modificazione delle distorsioni cognitive e degli schemi depressogeni attraverso:

- Ristrutturazione cognitiva rispetto alle valutazioni di minaccia e compromissione dello scopo iper-investito: è stato necessario riconoscere e legittimare credenze e ipotesi del paziente. Ne

è stata discussa l'eccessiva focalizzazione su queste che ha prodotto un iperinvestimento sugli scopi connessi e la persistenza di condotte orientate a questi scopi anche quando infruttuose e paradossali.

- Ristrutturazione cognitiva delle credenze di base attraverso un'analisi di costi e benefici delle strategie di coping messe di volta in volta in atto, sottolineandone l'inutilità e dannosità a lungo termine, al fine di ridurre la percezione che queste siano in grado di garantire il raggiungimento dello scopo.

Accettazione del rischio di compromissione dello scopo centrale

Riduzione del coefficiente di valore attribuito al bisogno di essere stimato e apprezzato (rango) come fonte privilegiata del valore personale e arricchimento dei costrutti definitori del sé ideale per svincolarlo almeno in parte dalla necessità di ottenere rango e apprezzamento.

Accettazione della perdita dell'immagine di sé (Fisico) e ridefinizione di un valore personale: accettazione possibilità di non frequentare l'università nell'immediato (standard troppo elevato per sovrainvestimento e mancanza di risorse) e ridefinizione obiettivo nel breve termine (cercare un lavoro), come via diversa per arrivare a raggiungere un valore personale.

Legittimazione e accettazione dell'immagine di sé: sospensione del giudizio critico su di sé e promozione di un atteggiamento più compassionevole, attraverso tecniche di doppio standard, tecniche di *Mindfulness* e di *Compassion Therapy*.

Intervento sulla rabbia

Riduzione dei secondari sulle emozioni di rabbia attraverso la validazione delle proprie emozioni. Ricerca di strategie alternative al rimuginio rabbioso per la gestione delle emozioni di rabbia attraverso l'introduzione di tecniche assertive di comunicazione delle proprie sensazioni negative. Discussione e accettazione del tema dell'ingiustizia subita.

Descrizione della terapia

La terapia è in corso da circa un anno. La fase iniziale di costruzione della relazione terapeutica e dell'assegnazione dei primi compiti si è rilevata alquanto lunga e complicata in quanto Samir non era disposto ad abbandonare le sue credenze e a fidarsi dell'altro. E' stato difficile motivarlo all'esecuzione di qualsiasi attività (compiti a casa e riprogrammazione di attività) in quanto erano considerate "banali" e non utili alla riduzione dei sintomi. L'obiettivo universitario non raggiunto sembrava essere lo scopo finale irrinunciabile, l'unica possibilità di riscatto tanto da non fargli percepire i costi della sua condotta che consistevano in un blocco senza via d'uscita.

Qualsiasi tentativo di ristrutturazione delle sue credenze portava ad una conferma di queste (non c'era nessun esempio nella sua vita di successo, di conferma di un'ipotesi alternativa), l'unica possibilità di motivazione era la prospettiva di un allontanamento dalla casa del padre e una possibilità di autonomia, anche accettando i costi di un possibile fallimento (non riuscire a portare avanti un lavoro e dunque la conferma dell' immodificabiltà della sua situazione).

La percezione della possibilità di riscattarsi comunque senza passare necessariamente per il successo universitario, ma attraverso l'allontanamento da casa del padre e la ricerca di un lavoro, l'ha motivato ad abbandonare l'eccessiva focalizzazione sul suo obiettivo e ad essere maggiormente disposto a provare strade alternative.

Da quel momento è stato maggiormente disposto ad accettare che comportamenti e pensieri disfunzionali non l'avrebbero comunque portato a raggiungere l'obiettivo. Ha cominciato a percepire la possibilità di un cambiamento che l'avrebbe portato a sentirsi comunque efficace, forte, competente e soprattutto con delle caratteristiche dei suoi genitori senza essere come loro.

La sola possibilità di legittimarsi la rabbia senza timore che questa possa tradursi in agiti meritevoli di punizione ha ridotto alcuni suoi comportamenti ansiosi e ossessivi.

Valutazione di esito

I primi risultati raggiunti sono stati un innalzamento del tono dell'umore e una riduzione del rimuginio depressivo. Ha iniziato a regolarizzare alimentazione, sonno e l'assunzione dei farmaci.

Attualmente ha allontanato l'idea dell'università e si è iscritto ad una scuola serale per diventare programmatore informatico, gli piace ed è un obiettivo decisamente più alla sua portata.

Ha preparato e inviato curriculum e bigliettini da visita in vari posti (supermercati, poste, ristoranti), anche se attualmente è ancora senza lavoro.

E' partito per tre mesi per il Bangladesh dove ha ripreso contatti con alcuni componenti della sua famiglia (una nonna a cui sembra affettivamente più legato).

Resta ancora molto sensibile e attento a qualsiasi aspetto che possa fargli prospettare l'idea di fallimento e in questa fase ha sempre bisogno di un supporto che lo motivi al raggiungimento dei suoi obiettivi (es. ha preparato il curriculum e dei bigliettini da visita per ripetizioni di inglese e ha iniziato a distribuirli in vari posti, ma ogni non risposta diventa un motivo per smettere di consegnarli).

L'obiettivo futuro è il lavoro sulla vulnerabilità alla depressione correlata con la probabilità di ricaduta attraverso una ricostruzione puntuale degli eventi di vita che hanno contribuito alla formazione delle credenze patogene con tecniche mutuate dalla *Schema Therapy*.

Francesca Romana Lasorsa
Psicologo, Phd, Psicoterapeuta, Roma
Specializzata presso Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC, sede di Grosseto, 2015, training A. Gragnani e A. Saliani
e-mail: francesca.lasorsa@yahoo.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it