



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI  
PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello  
Sviluppo e della Socializzazione**

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia  
Clinica dello Sviluppo

**Tesi di Laurea Magistrale**

**IL CORPO COME STRUMENTO  
TERAPEUTICO: VALIDAZIONE  
DELL'EFFICACIA DELLA BONDING  
PSYCHOTHERAPY**

The Body as a Therapeutic Tool: Validating the Effectiveness of  
Bonding Psychotherapy

***Relatrice***

Prof.ssa Silvia Salcuni

***Laureanda:*** Teresa Grazia Moccia  
***Matricola:*** 2013940

Anno Accademico 2022/2023



# INDICE

INTRODUZIONE.....	5
<b>1. CAPITOLO I - BONDING PSYCHOTHERAPY.....</b>	<b>7</b>
1.1 BASI TEORICHE DEL METODO.....	7
1.2 IL GRUPPO COME STRUMENTO TERAPEUTICO.....	15
1.2.1 Il Bonding e la funzione del gruppo.....	20
1.3 L’UOMO A SEI FACCE.....	25
1.3.1 Le Motivazioni.....	27
1.3.2 Le Emozioni.....	29
1.3.3 La Corporeità.....	31
1.3.4 Le Cognizioni.....	33
1.3.5 Il Comportamento.....	34
1.3.6 La Spiritualità e il Significato.....	35
1.4 IL MODELLO EZIOLOGICO DEI DISTURBI.....	35
<b>2. CAPITOLO II - IL CORPO E LA SUA CORPOREITA’.....</b>	<b>38</b>
2.1 SENTIRE ED ESSERE CORPO.....	38
2.2 L’ESPERIENZA DELLA REGRESSIONE E DELLA DISSOCIAZIONE....	42
2.3 IL CORPO COME REIFICAZIONE DEL VUOTO.....	45
2.3.1 Le non parole e l’indecifrabilità del corpo.....	49
2.4 IL PASSAGGIO AL COMUNICABILE.....	51
2.5 ESSERE UNO PER ACCOGLIERE L’ALTRO: LA SE-PARAZIONE.....	56

2.5.1 Il concetto di Alterità e il riconoscimento dell'altro.....	59
---	----

**3. CAPITOLO III – LA BONDING PSYCHOTHERAPY COINVOLTA NEL  
PROCESSO DI CAMBIAMENTO E CURA ATTRAVERSO L'ESPERIENZA DI  
SE' E DELL'ALTRO.....62**

3.1 IL BONDING E LO STATO DI BENESSERE.....	62
3.2 CONOSCERE LE PROPRIE EMOZIONI.....	65
3.3 LA FIDUCIA IN SE' E NELL'ALTRO.....	67
3.3.1 L'esperienza del contenimento e la fiducia.....	70
3.4 LA BONDING PSYCHOTHERAPY: UNA NUOVA PROSPETTIVA...73	

**4. CAPITOLO IV - VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEI GRUPPI DI  
BONDING PSYCHOTERAPY.....75**

4.1 DESCRIZIONE DEL PROGETTO.....	75
4.1.1 Obiettivi della ricerca.....	76
4.1.2 Ipotesi della ricerca.....	76
4.2 MATERIALI E METODO.....	77
4.2.1. Partecipanti.....	77
4.2.2. Procedura.....	78
4.2.3. Strumenti utilizzati.....	79
4.2.4. Analisi statistiche.....	83

<b>5. CAPITOLO V – RISULTATI DELLA RICERCA.....</b>	<b>84</b>
5.1 ANALISI DEL CAMPIONE.....	84
5.1.1 Partecipanti di un solo Gruppo e di più Gruppi BP.....	84
5.1.2 Confronto “Pre” - “Post” intervento.....	86
5.2 COMMENTO DEI RISULTATI.....	90
5.2.1 L’efficacia del gruppo di BP.....	90
5.2.2 L’efficacia della partecipazione a più gruppi di BP.....	94
5.4 CONCLUSIONI.....	98
BIBLIOGRAFIA.....	100

## INTRODUZIONE

Questo elaborato nasce con l'obiettivo di validare l'efficacia della Bonding Psychotherapy (Casriel, 1972) attraverso la somministrazione pre-post intervento terapeutico di questionari che indagano alcuni suoi costrutti base. Nello specifico, il primo capitolo intende descrivere le basi teoriche dell'approccio terapeutico indagato, con un approfondimento sull'utilizzo dei gruppi in psicoterapia.

Il secondo, il terzo e il quarto capitolo, hanno l'obiettivo di enunciare l'importanza del Corpo e di come esso possa essere il protagonista in un processo terapeutico come quello della Bonding Psychotherapy. Il Corpo è il primo mezzo attraverso cui entriamo in contatto con la realtà. Fin dalla nascita, ma anche nella vita intrauterina infatti, tocchiamo, ascoltiamo, gustiamo, odoriamo e queste sensazioni vengono impresse nel corpo e trattenute in memoria. Il Corpo diventa il contenitore di memorie implicite che influenzano tutta la nostra vita. In particolare il secondo capitolo si focalizza sulla differenza tra Corpo e Corporeità, di come esso sta nello spazio e di come si esprime nella sua forma "primordiale". Il terzo capitolo invece vuole descrivere il passaggio dal Corpo alla parola, quindi un Corpo che assume dei significati e presentifica il simbolico. In questo passaggio però, potrebbero insorgere delle difficoltà legate alla comprensione dei messaggi corporei e per questo può diventare strumento utilizzato per esprimere un disagio non ancora simbolizzato. Esso inoltre, si propone di descrivere l'esperienza di sentirsi Corpo e di come questo radicamento e riconoscimento di Sé possa aprire lo spazio verso l'Alterità, in un processo di accoglienza di Sé e dei propri bisogni per accogliere l'Altro. In questo senso il sentimento e il bisogno di Bonding (nonché il bisogno dell'altro) è una condizione che accomuna tutti gli esseri viventi e valorizza la nostra esistenza. Una condizione che possiamo vivere solo se viviamo la nostra intima e profonda esperienza di solitudine espressa nell'Unità mente-corpo.

Gli ultimi tre capitoli sono dedicati alla presentazione del progetto di ricerca, alla descrizione dei materiali e il metodo utilizzati per la valutazione dell'efficacia della Bonding Psychotherapy e infine ai risultati emersi. Il progetto è stato supervisionato dalla Prof.ssa Silvia Salcuni del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università di Padova, in collaborazione con la SIPE

(Società Italiana di Psicoterapia Emozionale) che fa parte della società più ampia ISPB (International Society for Bonding Psychotherapy). Il progetto nasce con l'intento di validare l'efficacia della Bonding Psychotherapy a livello internazionale e per questo coinvolge terapeuti di più paesi impegnati nel condurre gruppi di BP. In questo elaborato verranno descritti i primi risultati raccolti relativamente all'Italia. Lo scopo della ricerca è stato quello di indagare quanto un singolo gruppo di BP riesce a portare un cambiamento positivo nello stato emotivo e mentale, benessere e umore e aumento di consapevolezza e autoregolazione circa le proprie emozioni nei partecipanti. Inoltre, è stato misurato l'impatto di più gruppi di BP sulla modifica della percezione relativa al loro stile di attaccamento nella direzione di un attaccamento sicuro e la fiducia nella metodologia della BP come predittrice dell'efficacia del gruppo nel produrre un cambiamento positivo nelle variabili sopracitate.

Per la scrittura è stato fatto riferimento a “A un grido dalla felicità” (Casriel, 1972) e “Bonding Psychotherapy. Theoretical Foundations Methods” (Stauss & Ellis, 2007), i due testi fondamentali della BP. Inoltre, è stato fatto ampio riferimento a materiale bibliografico che vede come protagonista il Corpo coinvolto nel processo terapeutico.

# CAPITOLO 1

## BONDING PSYCHOTHERAPY

### 1.1 BASI TEORICHE DEL METODO

La Bonding Psychotherapy (BP) è stata fondata dallo psichiatra Daniel Casriel che nel 1962 visitando Synanon, una comunità di alcolisti e tossicodipendenti, si rese conto che utilizzando uno specifico approccio caratterizzato da “gruppi di incontro” e dall’abbandono del sintomo, queste persone diventavano “individui equilibrati e creativi” (Casriel, 1972).

In particolare, i gruppi di incontro che si tenevano all’interno della comunità, erano un luogo sicuro dove le persone potevano liberamente dare sfogo alle proprie emozioni: si assisteva frequentemente ad attacchi verbali con grida, urla ed insulti (anche se la violenza fisica non era ammessa), ma alla fine degli incontri le persone tornavano ad essere tranquille e ad instaurare tra di loro un rapporto di amicizia.

L’abbandono del sintomo invece, prevedeva la modifica del comportamento dei componenti del gruppo che avevano per esempio problemi di tossicodipendenza. In tal caso si chiedeva loro di abbandonare la droga, oppure l’alcool o smettere di rubare ecc.

Successivamente lo psichiatra, basandosi sul modello utilizzato a Synanon provò ad utilizzare lo stesso approccio con pazienti ossessivi e con disturbi della personalità. Anche in questo caso il gruppo ebbe successo: se infatti nelle sedute di analisi le persone riuscivano a tenere maggiormente sotto controllo le proprie emozioni, nel gruppo invece, le loro reazioni furono più rapide, intense ed emotive. Dalla riuscita di questo gruppo, Casriel continuò la sperimentazione chiamando il suo metodo “New Identity Process” (NIP). Lo psichiatra, nominando il suo metodo “New Identity Process” voleva precisare il processo a cui l’individuo andava incontro, ovvero il cambiamento della propria identità, un processo favorito dal gruppo. Nel corso degli anni vennero poi fondate delle società che istituivano tale metodo, come per esempio la “American Society for New Identity Process” e successivamente, nel 1981 la Società Internazionale (ISNIP). Nel



2001 invece, si sostituì il nome “New Identity Process” con “Bonding Psychotherapy”, ciò venne pensato per sottolineare la natura del metodo, ovvero l’utilizzo del contatto con gli altri per soddisfare il loro bisogno di legame sperimentato fisicamente all’interno del gruppo. Ad oggi, la Bonding Psychotherapy (BP) viene praticata negli USA, in Argentina, Belgio, Francia, Germania, Olanda, Portogallo, Slovenia, Svizzera e Italia. In particolare l’Italia utilizza questo metodo tramite la SIPE (Società Italiana di Psicoterapia Emozionale), una società fondata nel 1987. Nello specifico, per quanto riguarda il metodo della Bonding Psychotherapy utilizzato al giorno d’oggi, esso si caratterizza per la formazione di gruppi strutturati in maniera diversa poiché svolti in diversi contesti. Come sostenuto da Stauss ed Ellis (2007), teorizzatori del metodo della Bonding Psychotherapy, questi gruppi sono usati principalmente all’interno di ambulatori e integrati con la terapia individuale. La loro durata varia attorno alle due ore circa e la partecipazione è libera previo colloquio in cui viene valutata l’idoneità del paziente. Il colloquio inoltre è anche importante perché indaga quelle condizioni per cui la partecipazione al gruppo è sconsigliata, come per esempio particolari patologie (psicosi, disturbo bipolare, tossicodipendenti che non hanno ancora cessato l’utilizzo delle sostanze, disturbo borderline), oppure condizioni mediche e lo stato di gravidanza. Inoltre, un altro elemento importante da valutare attraverso il colloquio è la motivazione che ha il paziente a partecipare al gruppo. Indagare i motivi che spingono le persone a prendervene parte significa prevedere in una certa misura l’esito della sua esperienza al gruppo (Kats, 2004). Questo inoltre è utile anche a comprendere quanto gli obiettivi che la persona si è posta si confanno agli obiettivi che con il gruppo è possibile raggiungere, oppure in caso contrario, concordare scopi più realistici che la persona può effettivamente raggiungere, indagando anche le sue aspettative e l’immagine attesa dell’esperienza che svolgerà. Una volta valutata l’idoneità del paziente, si può procedere, prima ancora di inserirlo all’interno del gruppo, con la compilazione di un’intervista. Quest’ultima serve a chiarire ancora meglio i punti su cui il partecipante lavorerà, ma comprende anche l’inserimento di dati personali, la storia familiare e la sua condizione medica e psicologica.

Per quanto riguarda il gruppo, esso è solitamente eterogeneo per età, sesso, ed esperienze fatte con il metodo della BP. L’eterogeneità risulta essere un elemento ricercato e auspicato, questo perché entrambi i sessi possono fare emergere più facilmente

dinamiche psicologiche relative a specifici conflitti precoci con la figura paterna o materna. Oltre a ciò, avere nello stesso gruppo sia uomini che donne, significa avere la possibilità di far rivivere ai pazienti quei conflitti “nel qui ed ora” e quindi anche di poterli riesaminare e risignificare sotto una nuova luce (Stauss & Ellis, 2007).

Inoltre, risulta essere importante, per un gruppo che possa dirsi efficace, l’inserimento di persone che hanno già partecipato almeno una volta alla Bonding Psychotherapy. E’ stato visto infatti che le persone che avevano già partecipato ai gruppi BP mostravano di riconoscere atteggiamenti ed emozioni che sottendono il comportamento dell’altro.

Da evitare invece è la partecipazione, all’interno dello stesso gruppo, di familiari stretti, questo perché solitamente le emozioni che possono manifestarsi nei loro confronti possono essere così intense che per i pazienti potrebbero risultare intollerabili.

Diverso è invece il caso di coppie e amici: gli amici possono lavorare nello stesso gruppo, mentre le coppie è preferibile che siano persone già esperte di BP per essere all’interno dello stesso gruppo, in modo da trarre benessere, una migliore apertura emotiva e migliorare in questo modo la loro relazione.

La numerosità del gruppo è variabile, solitamente ci sono tra i 15 e i 25 partecipanti. A guidare il gruppo ci possono essere due o più conduttori. I conduttori devono essere persone che hanno una specifica formazione e che hanno eseguito il training presso l’International Society for Bonding Psychotherapy (ISBP). L’introduzione al gruppo si svolge riuniti in cerchio nel momento iniziale in cui vengono fatte le presentazioni e in cui vengono spiegate le regole base: è vietata l’assunzione di alcool e sostanze che potrebbero interferire con il lavoro terapeutico e l’utilizzo di comportamenti violenti.

A tal proposito, viene anche chiarita la differenza tra violenza e rabbia: quest’ultima infatti, è un’emozione che va accolta e che ha una specifica funzione evolutiva, per esempio quella di avere la grinta di superare gli ostacoli. Al contrario la violenza, non è altro che un’agito che prende il posto della rabbia e che occlude la manifestazione autentica dell’emozione che cela, ovvero la paura.

Inoltre vengono proibiti anche comportamenti sessuali o seduttivi all’interno del gruppo che potrebbero minare la fiducia dei partecipanti e che spesso rappresentano degli act-out piuttosto che dei comportamenti sottesi da emozioni e intenzioni autentiche (Casriel, 1972).

Si raccomanda un vestiario comodo, la messa da parte di cellulari, orologi e bracciali che possono distrarre i partecipanti. Successivamente la seduta può cominciare: i partecipanti a turno dicono come si sentono e su cosa vorrebbero lavorare (Kooyman, Olij, & Storm, 2014). Questo è un momento molto importante per i pazienti, infatti non serve solo ai terapeuti che conducono il gruppo, ma ha già un valore terapeutico ed educativo in quanto le persone sono chiamate ad esplicitare le motivazioni della loro partecipazione al gruppo e a raccontarsi. I partecipanti infatti, in questo modo, si prendono la responsabilità del loro essere nel gruppo prendendo atto delle difficoltà riscontrate nella loro vita quotidiana ed esprimono al gruppo il loro bisogno. L'espressione responsabile di tale bisogno può trovare risposta solo se comunicato, motivo per cui ciò assume già un valore educativo.

In questo momento, l'emozione che solitamente pervade i partecipanti è la paura: hanno paura di mostrare qualsiasi tipo di emozione, compresa la paura stessa. Il gruppo tende ad accogliere positivamente queste emozioni, anche se la sua reazione dipende fortemente da quanto è sincero il nuovo arrivato, da quanto si coinvolge con gli altri e dalle emozioni che ha manifestato (Casriel, 1972). In particolare, sembra che la sincerità sia ciò che il gruppo apprezzi maggiormente.

Dopo questa prima fase, si inizia con la preparazione al lavoro vero e proprio: si effettuano esercizi di movimento e di contatto. Questi esercizi, come descritto da Brocchini (2020), sono utilizzati per favorire il contatto con sé stessi e con gli altri, sulla scia della musica e del suo ritmo. Si inizia così a sentire davvero il proprio corpo, ma anche a sentire l'altro e ad incontrarlo attraverso le emozioni, le voci, le mani e gli occhi. Incontrare l'altro significa contattarlo nel profondo e questo è permesso dall'abbraccio. Esso si caratterizza da uno scambio reciproco in cui ognuno fa il dono di sé all'altro creando un contesto di appartenenza (Kooyman et al. 2014).

Brocchini (2020) classifica questi esercizi in sette categorie:

- Esercizi di accoglienza
- Esercizi di riscaldamento corporeo

- Esercizi di respirazione
- Esercizi di espressività corporea
- Esercizi per infondere energia
- Esercizi di Bonding Psychotherapy
- Esercizi di saluto

Questi esercizi possono essere raggruppati in tre direttrici principali in base alle diverse finalità che assumono: comportamento, emozioni e atteggiamenti, che sono gli elementi che caratterizzano lo schema dell'uomo triangolare proposto da Casriel (1972). Questi esercizi espressivi coinvolgono tutti e tre questi elementi:

- Comportamento: si caratterizza sia da comportamenti attuabili che dalla staticità.
- Si comincia sentendo il proprio respiro e il battito cardiaco, poi si procede con la corsa, dove viene sperimentata l'eccitazione e la perdita di controllo;
- Emozioni: smuove e fa emergere sensazioni, fa sperimentare le emozioni primarie e i sentimenti come il piacere-dispiacere, vitalità-astenia, paura-chiusura e sorpresa-apertura;
- Atteggiamenti: permette l'emergere di giudizi negativi su di sé, sul sentirsi inadatto, sbagliato, brutto e incapace (Brocchini, 2020).

Contestualmente allo svolgimento di tali esercizi viene utilizzata la musica che, in base al suo ritmo, si sintonizza in modo alternato al sistema simpatico con musiche più ritmate e allegre o parasimpatico, con musiche lente che favoriscono lo stato regressivo.

(Brocchini, 2020). Gli esercizi di movimento, hanno una prima funzione essenziale nello smuovere le emozioni profonde. Tramite questi infatti, si fa esperienza diretta delle tensioni, delle difficoltà, delle emozioni e del piacere nel momento in cui si fa un particolare movimento piuttosto che un altro. Dopo aver effettuato tali esercizi, si entra

nel vivo del lavoro. Esso si caratterizza per due tecniche: quello della Bonding e il lavoro sugli atteggiamenti.

In particolare gli esercizi riguardanti la Bonding si svolgono in coppia e si lavora a turno. E' importante sottolineare che quando si scelgono le coppie si deve porre particolare attenzione alle persone che non hanno mai lavorato in un gruppo di Bonding Psychotherapy, per questo motivo il nuovo arrivato deve essere matchato con una persona che invece ha già avuto tale esperienza.

I partecipanti lavorano contemporaneamente a coppia supervisionati da due conduttori (Klerk-RoscamAbbing, 1994).

La persona comincia l'esercizio abbracciando il partner: quest'ultimo può assumere diverse posizioni, come per esempio stare in piedi, sdraiato o seduto (Kooyman et al. 2014). Se si decide di lavorare sdraiati, il partner che in quel momento sta lavorando, sta sotto, mentre l'altro partecipante si posiziona su di lui in modo da poter offrire contenimento e conforto. In questa posizione di intimità, il partner è invitato ad esprimere le sue emozioni dapprima in modo graduale e successivamente, quando entrerà in contatto profondo con le emozioni passate e represses, queste cominceranno ad emergere in modo sempre più intenso e con più forza fino ad essere urlate (Geerlings & De Klerk- RoscamAbbing, 1985; Stadtmüeller & Gordon, 2011).

In questo momento si dice che la persona sta "esprimendo" l'emozione: etimologicamente esprimere indica l'emergere di qualcosa da "dentro" ad un "fuori". Il soggetto può essere cosciente delle proprie "espressioni" pur senza avere la minima coscienza del conflitto o significato sottostante. Diversamente si utilizza il termine "comunicare" un'emozione, l'atto di riconoscere qualcosa e di accettarla come propria, in quanto questo qualcosa presiede e fonda una relazione di comunanza. Quindi, in questo momento non avrebbe senso parlare di comunicazione finchè nel soggetto che si esprime non si costituisce una relazione dialogica interiore (Colli, 1998). Come affermano Kooyman et al. (2014), quando c'è un'intensa liberazione o rilascio delle emozioni, queste vengono "buttate fuori" gridando, arrabbiandosi, oppure con lo spavento e il dolore. Quando si dà spazio alle emozioni autentiche, le parole non hanno più voce e a permanere è la rabbia, il dolore, la paura ecc. Se però la manifestazione delle emozioni non avviene, o avviene solo in minima parte, si può aiutare il paziente

con l'utilizzo di piccole affermazioni come: "merito di essere amato" – "ho diritto di essere amato" (Kooyman et al., 2014).

Dopo avere espresso l'emozione, i partecipanti di solito sperimentano una sensazione di rilassamento ed è in questo momento che stando in silenzio ritrovano nel partner quella base sicura con cui possono tranquillizzarsi (Kooyman et al., 2014).



Figura 1.1 – Posizioni per effettuare l'esercizio del Bonding (Stauss & Ellis, 2007)

La seconda tecnica utilizzata in gruppo è il lavoro sugli atteggiamenti: gli atteggiamenti sono delle valutazioni di sé stesi e delle relazioni, spesse volte interiorizzati nell'infanzia, anche prima dei tre anni, tramite meccanismi di introiezioni, internalizzazione e identificazione. Come affermano Stauss ed Ellis (2007), sono schemi cognitivi legati ai bisogni di base: se ogni volta che il bambino esprime un particolare bisogno e questo viene continuamente respinto e non ascoltato, egli si costruirà uno schema cognitivo che conterrà l'aspettativa di non appagamento di tale bisogno. In questo modo, con il tempo, si svilupperà un atteggiamento disfunzionale legato a tale aspettativa e ciò non farà altro che incrementare lo schema cognitivo per cui quel bisogno non ha diritto di essere soddisfatto.

La Bonding Psychotherapy individua dieci atteggiamenti di base:

1. Io esisto

2. Io ho bisogno
3. Io sono amabile
4. Io ho diritto
5. Io per primo
6. Io posso scegliere
7. Io posso sbagliare
8. Io non sono perfetto
9. Io vado bene così
10. Io sono io e tu sei tu

I primi tre atteggiamenti sono in rapporto con la propria esistenza, mentre gli ultimi sette sono relativi alle relazioni interpersonali.

Il lavoro sugli atteggiamenti inizia quando il partecipante, ponendosi all'interno del cerchio composto dagli altri membri del gruppo, decide di lavorare su un particolare tipo di atteggiamento. In questo momento, il paziente guardando negli occhi gli altri partecipanti deve affermare l'atteggiamento scelto. Dapprima, nel momento in cui lo esprime, lo sentirà estraneo a sé, ma poi quando entrerà realmente in contatto con ciò che sta affermando emergeranno forti emozioni man mano sempre più intense.

Si è visto però che un atteggiamento non può cambiare se non è avvenuta una rivalutazione emozionale: la forza della BP infatti, sta nel correggere, a livello emozionale, degli atteggiamenti negativi sviluppati spesso durante il periodo preverbale (Kooyman et al., 2014).

Con questo tipo di lavoro, il contatto con gli altri si ha principalmente attraverso gli occhi: questi posso richiamare gli altri significativi della vita del partecipante, facilitando l'emergere delle emozioni. In questo momento l'abilità del terapeuta risulta fondamentale in quanto devono saper guidare il passaggio da un atteggiamento disfunzionale ad uno nuovo e ignoto per il paziente. I terapeuti devono essere consapevoli di quanto questo passaggio sia molto doloroso, ma nonostante ciò devono saper accompagnare e terminare la sessione di lavoro alleviando il dolore e ritornando ad uno stato di tranquillità.

Alla fine, il lavoro sugli atteggiamenti si conclude chiedendo ad ogni partecipante come si è sentito all'interno del gruppo, su cosa si è lavorato e in generale della sua esperienza. Successivamente, un elemento fondamentale della conclusione del gruppo è quello del "compito per casa": ognuno si impegna a continuare il lavoro che ha fatto nel gruppo nella sua vita quotidiana. Il compito può riguardare per esempio un nuovo comportamento capace di far durare il benessere sperimentato alla fine del gruppo. Infine, i conduttori elencano alcune regole che riguardano la privacy e forniscono alcuni consigli per il ritorno a casa. Il gruppo termina con i saluti e il reciproco scambio di abbracci.

## **1.2 IL GRUPPO COME STRUMENTO TERAPEUTICO**

In questo paragrafo ci focalizzeremo sul "Gruppo come strumento terapeutico", descrivendo le sue caratteristiche e il suo utilizzo in psicoanalisi. Con ciò si contestualizza, più precisamente, il setting in cui avviene la Bonding Psychotherapy e quali contributi fondamentali dà il gruppo in questo tipo di approccio.

Con il termine "gruppo" ci si riferisce ad un contesto di socialità all'interno del quale l'individuo sviluppa relazioni con sé e con l'altro (Tricoli, 1992).

Bion (1961), sostiene che lavorare con il gruppo significa accedere ad una dimensione diversa della realtà, e che l'integrazione tra terapia individuale e quella gruppale allarga il campo d'osservazione rendendo visibile ciò che la sola terapia individuale cela. Secondo l'autore questo avviene perché nel gruppo non emergono solo legami libidici dei singoli individui, ma anche dinamiche arcaiche di dipendenza e di attacco/fuga. Bion (1961) chiama queste dinamiche "assunti di base", ovvero fantasie inconsce che esprime il gruppo in un dato momento e con un dato comportamento.

In questo modo Bion (1961), prendendo spunto dalla teoria del campo di Lewin (1951), studia ciò che avviene nel gruppo focalizzando la sua attenzione sulle relazioni tra i membri, interpretando i significati di queste relazioni con un unico inconscio comune a tutti gli esseri umani. Questo inconscio comune, secondo Bion (1961), si sviluppa a partire da uno stato protomentale, ovvero uno stato di indifferenziazione fisico e mentale, in cui non si percepisce dove finisce il mondo esterno e inizia il mondo interno,



cos'è proprio e cos'è dell'altro. In questo stato emergono fantasmi molto antichi comuni a tutti gli esseri umani che si attivano ogni qual volta vengono evocati da una determinata situazione che crea angoscia.

Proprio a partire da questo inconscio comune e condiviso, Bion (1961) sostiene che l'uomo si lega ad un altro poiché c'è questo riconoscimento di realtà fantasmatica condivisa e ciò avviene in modo inconsapevole e istintivo. Lavorare con il gruppo quindi, significa portare alla luce quei fantasmi emersi dalle dinamiche instaurate con i membri.

Foulkes (1948, pag. 131) precisa invece che l'entità gruppo è una totalità, un tutto in cui le persone conservano tuttavia le proprie prerogative individuali:

*“Il gruppo come un tutto non è un modo di dire, è un organismo vivente, a prescindere dagli individui che lo compongono. Esso ha umori e reazioni, uno spirito, un'atmosfera, un clima”.*

Il gruppo non esiste soltanto là fuori, ma anche nella psiche: è una presenza nella mente delle persone. *“Il gruppo è un altro molto speciale”*, così venne descritto efficacemente da una paziente. Ciò voleva dire che esso è capace di un pensiero differente da quello dei singoli: un pensiero molteplice. L'espressione “molto speciale” inoltre, non faceva solo riferimento alla qualità del pensiero del gruppo, ma anche all'affetto di cui il gruppo era oggetto da parte sua (Lugones & Piperno, 2018).

Per i membri del gruppo inoltre, di fondamentale importanza e prerogativa della loro partecipazione alla psicoterapia gruppale è la fiducia. Approfondirò questo costrutto anche nei paragrafi successivi di questo elaborato, poiché essa rappresenta un patrimonio, una risorsa che ogni persona ha o acquisisce, per mettersi in relazione autentica con l'altro. In particolare, nello *stato gruppale nascente* (Bloch, 1954), la fiducia si esplica con un sentimento di speranza e apertura verso il futuro che caratterizzano una corrente positiva che pervade tutto quello che viene detto o fatto nel gruppo. Questi sentimenti sono necessari soprattutto all'inizio, poiché i partecipanti, in questa fase, si trovano a fronteggiare diverse difficoltà. Bion (1961) infatti, paragona quest'ultime a quelle che incontra un neonato al primo rapporto con il seno. Nel gruppo,

inizialmente la difficoltà di parlare e intendersi può essere enorme. Chi prova a rompere il silenzio può sperimentare il parlare come un tentativo rischioso, che comporta il pericolo di cadere nel vuoto senza appigli (Neri, 2021). Queste difficoltà sono aggravate da una particolare caratteristica che lo stato gruppale porta con sé nel contesto analitico, cioè una blanda depersonalizzazione che pervade i partecipanti. I fenomeni dello stato gruppale nascente vengono sperimentati dalla persona che vi partecipa come una certa perdita dei confini di sé. Questa sensazione riflette un nuovo modo di stare nella realtà, una realtà che non è solo individuale ma sentita come condivisa da tutti i partecipanti del gruppo, in quanto anche le sensazioni sono diffuse e non più vissute come proprie.

Sensazioni simili si avvertono nel passaggio dal sonno alla veglia: *“Dov'è la testa?, le gambe sono al loro posto? E' proprio qui che mi ero addormentato?”* (Palmieri, 1988, pag. 253-269). Anche una condizione di blanda ubriachezza è avvicinabile alle sensazioni dello stato gruppale nascente: la mente produce con facilità immagini, emozioni e vissuti corporei che la persona vive come riferibili non tanto a sé, ma al contesto in cui è immerso. L'essere in rapporto con gli “oggetti” lascia il posto ad una certa interscambiabilità di soggetto e oggetto. Il vissuto di cambiamento, nel proprio modo abituale di essere e di porsi in rapporto con gli altri, si manifesta anche con l'avvertire che il tempo perde la dimensione dell'abituale quotidianità, per assumere quella del “presente esteso” (Neri, 2021).

Questi vissuti sperimentati dai partecipanti e le difficoltà che seguono soprattutto le fasi iniziali del gruppo, portano a definire a priori chi potrebbero essere i pazienti idonei per una psicoterapia di gruppo. In particolare, Neri (2021), nel valutare i problemi di un paziente, e nel decidere l'eventuale indicazione per una psicoterapia di gruppo, tiene conto solamente in piccola misura dei dati ottenuti dalle categorie diagnostiche psichiatriche, ma piuttosto cerca di farsi un'idea “personalizzata” dell'uomo o della donna che ha di fronte. Prima di tutto cerca di capire se il paziente soffre di una grave forma di depressione monopolare, oppure altera periodi depressivi e maniacali; se ha tratti ossessivi; se tende a sentirsi perseguitato, e se il suo senso di persecuzione è organizzato in forma paranoica. Successivamente si pone domande del tipo:

- Come riesce a tenersi in piedi e andare avanti, seppure con difficoltà?
- Come mantiene una certa coerenza di sé?

- In quali occasioni o situazioni entra in crisi?
- A chi o cosa si appoggia?
- Cosa gli riesce veramente difficile affrontare?
- Quali sono le sue qualità positive e potenzialità sane che non ha ancora adeguatamente sviluppato?
- Quale potrebbe essere il suo progetto vitale? E perché a un certo punto della sua vita non è riuscito più a svilupparlo?
- Come mai viene a chiedere il mio aiuto proprio adesso?
- Che atmosfera si respirava nella sua famiglia quando era bambino? E lui che posizione occupava?
- Vi sono state carenze nella madre e/o del padre?
- Che si aspetta dall'analisi?

Nel disegnare il profilo del candidato ideale inoltre, Neri (2021) annovera alcuni elementi essenziali, come per esempio la capacità del paziente di suscitare simpatia, disponibilità a farsi aiutare, sincerità. La presenza di sostanziali aspetti positivi come la generosità, il coraggio nel mostrare tratti bizzarri, senso dello humor. Inoltre, il paziente ideale è anche una persona che non è stata sufficientemente aiutata dalle persone che erano per lui importanti nell'infanzia ad accedere alla rete sociale dei suoi coetanei. Rientrano tra i candidati ideali le persone che avrebbero difficoltà ad affrontare un percorso di analisi individuale, perché questa susciterebbe in loro eccessive angosce claustrofobiche.

Malcom Pines (1975), coniato il termine "paziente difficile" indica tutti quei pazienti che non vengono solitamente trattati in gruppo. Quest'ultimi sono particolarmente autocentrati e preoccupati della loro dolorosa esistenza, al punto da escluderne gli altri. Desiderano attenzione e vanno in cerca di un immediato sollievo quando sottoposti ad uno stress maggiore del solito. Non sembrano aprirsi ad una comunicazione significativa e vedono l'altro come un bersaglio da attaccare o un oggetto di persecuzione. Secondo Pines (1975) questi pazienti sono prevalentemente borderline: hanno un Io debole e usano meccanismi di difesa di scissione e identificazione proiettiva. Questi pazienti lottano continuamente per mantenere un senso coerente del Sé e mancano di risorse per mantenere l'equilibrio narcisistico.

Oggi, il termine “paziente difficile”, si riferisce spesso ad una gamma di gravi disturbi della personalità, incluse le personalità schizoidi paranoiche, istrioniche, evitanti, dipendenti e antisociali (Kibel, 2004). Molte di queste mostrano elementi di patologia borderline e narcisistica, incluse la proiezione della colpa, la sfiducia e il pensiero paranoide, la rabbia e fantasie narcisistiche. Ciò che rende questi pazienti “difficili” è il modo in cui si comportano, specie durante il trattamento: hanno dei conflitti così radicati nelle relazioni da richiedere quantità illimitate d’aiuto, mentre respingono quello che viene offerto. Alcuni non riescono a sopportare di far sapere al loro terapeuta di quanto aiuto abbiano bisogno per paura di essere sopraffatti da sentimenti regressivi (Kibel, 2004).

Queste e molte altre caratteristiche di alcuni pazienti, lo rendono “non adatto” per una psicoterapia di gruppo, in particolar modo quando il lavoro terapeutico, come quello effettuato nella Bonding Psychotherapy, richiede un certo grado di coinvolgimento corporeo che risveglia emozioni nascoste e profonde. Il contatto visivo e fisico con l’altro, diventano un mezzo attraverso cui può essere stimolata la regressione (Kooyman et al., 2014). Entrare in uno stato regressivo, per alcuni pazienti, come quelli nominati prima “pazienti difficili”, può essere pericoloso: la regressione permette di far rivivere alla persona emozioni spesso connesse ad eventi traumatici del passato, solitamente avvenuti nella prima infanzia. Se per alcuni pazienti entrare in uno stato regressivo e rivivere emozioni dolorose del passato è terapeutico poiché, ora nel gruppo, hanno la possibilità di rivivere quelle stesse emozioni antiche in un contesto sicuro (Kooyman et al., 2014), per altri non è così. Pazienti borderline o psicotici per esempio, sono pazienti che hanno subito traumi così precoci tanto da renderne impossibile il recupero del ricordo. Sono infatti traumi contenuti all’interno dell’“inconscio passato”, così chiamato da Sandler (1987). Secondo questo autore, vi è un “inconscio presente”, che si struttura più tardi sulla base delle esperienze emotive che sono state rappresentate e successivamente rimosse o dimenticate, ed è l’inconscio accessibile all’intuizione analitica. Alcuni accadimenti invece, non sono ricordati proprio perché appartenenti a quell’“inconscio passato” e avvenuti prima che potessero aver luogo meccanismi di difesa come per esempio la rimozione.

Gli effetti di questi traumi diventano parte della struttura di personalità dell’individuo e da ciò consegue un grave disturbo nella costruzione del senso di sé e un apparato

psichico fragile. Questi pazienti potrebbero, nel gruppo, rivivere emozioni connesse a traumi così precoci tanto da sperimentare la regressione stessa come traumatica. Si possono considerare traumatiche infatti situazioni che colpiscono in modo inaspettato e violento l'individuo, oppure situazioni di disagio che diventano traumatiche per il numero di volte in cui si verificano. Un avvenimento violento diventa effettivamente traumatico se trova un apparato psichico così fragile da non tollerarlo e da non riuscire ad elaborarlo (De Masi, 2002). Con queste premesse, il trauma è in grado di scompaginare le difese utilizzate dall'apparato psichico per proteggerci, producendo un'angoscia di frammentazione. Per tale motivo, per garantirsi comunque la sopravvivenza psichica e per evitare di cadere nel baratro psicotico, il soggetto congela il suo sentire e annulla il "ricordo". L'esito finale di tale processo potrebbe culminare con la perdita definitiva della percezione dell'identità personale e della propria esistenza (De Masi, 2006). Kooyman et al. (2014), mettono in evidenza alcune problematiche della Bonding Psychotherapy, invitando i terapeuti che conducono gli esercizi del Bonding, a fare attenzione alle reazioni dei pazienti che potrebbero sfociare in stati psicotici, in particolare durante esercizi emotivamente intensi come per esempio quello di giacere abbracciati sul materasso con il contatto fisico e senza il contatto visivo. In questi casi infatti, si può assistere ad una reazione maniacale provocata per un eccesso emotivo di piacere e amore.

Gli autori sostengono inoltre che tale reazione potrebbe avere luogo come reazione alla dissociazione e alla regressione, e che nel momento in cui si verificano queste situazioni, è importante che il terapeuta sia in grado di riportare il paziente al momento presente attraverso il contatto oculare e fornendo sostegno. Inoltre è importante che il terapeuta sia sempre attento e responsabile della salute dei partecipanti, proteggendoli da reazioni di questo tipo, specie nel caso in cui si trova ad avere a che fare con persone con esperienze di abusi, poiché potrebbero essere spaventati dal contatto fisico poiché vissuto come violento e traumatico.

### **1.2.1. Il Bonding e la funzione del gruppo**

Frank Bolton (1983) nel suo libro *When Bonding Fails*, descrive il bonding come un processo unidirezionale che inizia nella madre biologica durante la gravidanza e si protrae attraverso la nascita e i primi giorni di vita del bambino. Il bonding quindi, è

specifico per la nascita e con il nostro essere parte del regno animale. Diversamente, quando invece parliamo di “attaccamento” ci riferiamo ad una relazione emotiva specifica e unica tra due individui che dura nel tempo (Kennell, 1982). Spesso i termini bonding e attaccamento sono usati in modo intercambiabile, ma in realtà conservano al loro interno un significato differente. In particolare, i fattori che contribuiscono alla formazione del bonding tra genitori e figli includono: il contatto visivo e della pelle, gli ormoni che si attivano con il contatto, la voce, l’odore, la regolazione della temperatura, la trasmissione di batteri e anticorpi immunologici che i genitori passano al figlio grazie al contatto (McClure, 2014). Tutti questi elementi costituiscono il primo scambio proto-comunicativo tra genitori e bambino e lo sviluppo di quello che sarà il legame d’attaccamento vero e proprio del bambino. Il bonding quindi coinvolge in tutti i suoi costituenti la dimensione del “contatto”. Il contatto è un’esigenza primaria dell’essere umano, ed è necessario affinché il bambino si senta rispecchiato, protetto e accolto.

Inoltre si è visto che il bisogno di contatto con la sua soddisfazione e una relazione stabile, correla con lo stato di salute psichica e fisica del bambino. A tal proposito Leboyer (1974), sostiene infatti che i bambini non solo hanno bisogno di latte, ma prima ancora hanno bisogno di essere amati e nutriti con carezze, e questo è necessario se non più importante del nutrimento biologico.

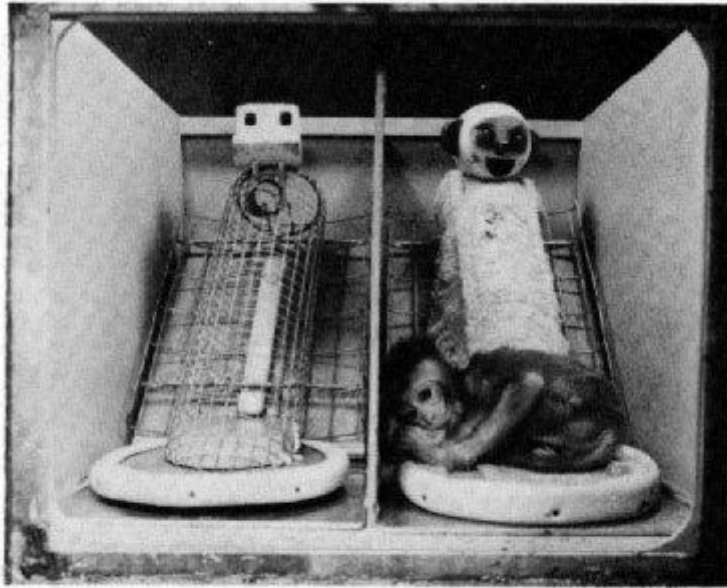
Il bambino, nel momento in cui è coccolato, tenuto tra le braccia e a contatto, si sente sicuro e protetto, sente che è il “ben venuto” nella famiglia. Questa è una delle prime comunicazioni implicite che i genitori emettono nei suoi confronti, ma è la prima più importante.

Diverse ricerche condotte su animali, tra cui quella di Harlow (1958), hanno confermato quanto detto da Leboyer (1974). Nell’esperimento infatti, si è visto che per i cuccioli di scimmia, il benessere creato dal contatto era più importante del cibo: per il suo esperimento, Harlow (1958) utilizzando dei cuccioli di scimmia (Rhesus), si rese conto che quanto vide su questi animali poteva essere ben adattato ai neonati.

Per l’esperimento lo studioso divise i cuccioli in due gabbie separate senza le loro mamme biologiche. Nella prima gabbia inserì un biberon con del latte, mentre nella seconda un morbido peluche. Dall’esperimento risultò che i cuccioli preferivano il

peluche che soddisfaceva il loro bisogno di contatto, piuttosto che il biberon che forniva solo nutrimento.

Harlow confermò così come la relazione e il legame d'attaccamento con la madre per i piccoli sia ancora più importante del cibo.



**Figure 4. Wire and cloth mother surrogates.**

-Figura 1.1. - The nature of love, (Harlow, 1958, pag. 673-685)

Un altro esperimento che conferma quanto detto precedentemente è quello di Spitz (1996). Lo studioso reclutò dei bambini istituzionalizzati: una parte di questi ricevevano le cure necessarie a livello affettivo, mentre gli altri erano bimbi abbandonati in un brefotrofo. Dall'esperimento si vide che il secondo gruppo di bambini, diversamente dai primi, mostrava un quadro clinico preoccupante. Infatti, nonostante i due gruppi di neonati ricevessero nutrimento e cure igieniche, a fare la differenza in termini di salute era proprio la presenza o la mancanza del legame affettivo materno.

In particolare i bambini abbandonati manifestavano ritardi motori e cognitivi, difese immunitarie basse, crisi di pianto, perdita di peso e morte prematura.

La conclusione a cui arrivò Spitz (1966) era la stessa a cui arrivò anche Harlow (1958) e Leboyer (1974), ovvero che il bambino ha soprattutto bisogno del contatto materno e di

stabilire uno stabile legame affettivo con la madre o con chi si prende cura di lui. La soddisfazione di tale bisogno garantisce salute fisica e psichica del bambino.

*“I sorrisi, le carezze, il tono della voce della madre e il contatto fisico col corpo di lei, stimolano nel piccolo una reazione positiva assolutamente necessaria per il proprio corretto sviluppo. Il sé già formato della madre permette la creazione e la formazione del sé del figlio, attraverso una continua interazione fatta di sensazioni e di emozioni trasmesse attraverso simboli, ossia le parole e i gesti con cui la madre comunica il proprio affetto al figlio. Se invece questo legame è assente, o viene a mancare per un qualsiasi motivo, il bambino si sente abbandonato, smarrito, incapace di trovare quel punto di riferimento per lui vitale. Egli viene così trattato in maniera asettica e impersonale, come un oggetto da curare, quando invece ciò che gli serve è un ambiente in primo luogo affettivo e relazionale, prima ancora che materiale. Ecco quindi che lo stress emotivo causato dalla mancanza di una reale figura materna si ripercuote sulla maturazione del bambino, dando luogo a una serie di gravi disturbi fisici e psicologici. Privato dell'affetto della madre, il piccolo diventa apatico e indifferente; perde peso, si ammala facilmente perché il suo corpo non produce gli ormoni necessari alla crescita; non riesce a compiere i normali movimenti della sua età; spesso muore dopo pochi mesi o anni” (Grussu, 2012).*

Spitz (1945), coniò il termine “ospedalismo” riferendosi a tutti quei sintomi manifestati da bambini che non avevano avuto mai o solo per poco, contatto con i propri caregiver. Mentre distingue tale disturbo dalla “depressione anaclitica” (1946), ovvero una condizione in cui il neonato, ancora dipendente dalle cure affettive della madre, si “appoggia” a lei ricercando sostegno.

Concludendo possiamo dire che questi e molti altri esperimenti sottolineano l'importanza del contatto soprattutto nei primi mesi di vita, e delle conseguenze fisiche e psicologiche quando vi è un fallimento nelle cure primarie e nell'assenza del Bonding.



Quando parliamo di “Bonding Psychotherapy” ci riferiamo alla possibilità di avviare un’esperienza correttiva del bonding, ovvero di quel contatto antico che è venuto a mancare molti anni prima che la persona sia in grado di ricordare. Quel contatto che avrebbe permesso uno scambio comunicativo ritmico e circolare che, attraverso il rispecchiamento (mirroring), avrebbe fatto sentire prima il neonato e l’adulto poi, sincronizzato e sintonizzato emotivamente con gli altri. Tutto ciò è alla base e forma il nucleo iniziale della connessione umana (Goleman, 2006). Il bonding quindi è un bisogno che, sia in fase precoce, sia nel corso di tutta la vita, necessita di apertura e vicinanza emozionale e di contatto fisico per essere soddisfatto. Quando questo avviene, la persona è pervasa da piacere, gioia e un sentimento di amore (Casriel, 1972).

Durante la Psicoterapia Bonding, e in particolare durante l’esercizio di Bonding, questo contatto può essere ri-vissuto: così l’intimità fisica che fu all’origine terribile e minacciosa, può essere sperimentata nel “qui ed ora” del gruppo come piacevole e sicura.

Stadtmüller e Gordon (2011, pag. 6-24) riportano una vignetta clinica relativa all’esperienza che un paziente aveva vissuto quando era ancora molto piccolo. Tramite l’esercizio del Bonding, questa esperienza venne da lui rivissuta rendendo ciò che era un’emozione passata, presente e veramente vissuta nella sua pienezza:

*“Mentre stava esprimendo la sua rabbia al massimo livello durante il Bonding, per la prima volta ricordò una situazione di quando aveva tre anni e sua mamma era ammalata e allettata dopo un altro parto. Il bambino di tre anni sentì che la sua mamma non era più disponibile come gioioso compagno di giochi, ma doveva prendersi cura di sé stessa. Ricordò la rabbia per l’assenza della madre così come la conosceva e la simultanea soppressione della sua rabbia a causa della paura per l’amata madre”.*

Dalla vignetta clinica possiamo dedurre come l’atmosfera sicura del gruppo, permise al paziente prima di tutto, attraverso la regressione, di rivivere un’esperienza dolorosa sperimentata in epoca molto precoce, e successivamente, avviare quell’esperienza correttiva, resa possibile dal gruppo (Kooyman et al., 2014; Stadtmüller Gordon, 2011).

### 1.3 L’UOMO A SEI FACCE

Dopo aver esaminato le origini e il metodo della Bonding Psychotherapy, in questo paragrafo ci soffermeremo sui fondamenti teorici che sorreggono e hanno dato vita a tale pratica. In particolare, si tenderà a delineare la visione dell’uomo nella prospettiva della Bonding Psychotherapy.

Dapprima Casriel (1972, pag. 273), alla luce della sua pratica clinica, propone un’immagine tripartita dell’essere umano. Egli afferma:

*“La mia ricerca mi condusse a formulare lo schema di un uomo triangolare. Vedevo che un lato del triangolo poteva rappresentare il comportamento dell’uomo, il secondo lato le sue emozioni e, il terzo i suoi atteggiamenti”.*

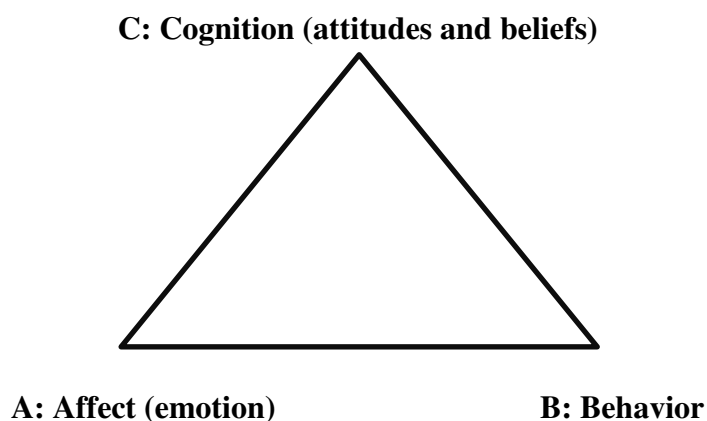


Figura 1.3: The ABC schema by Casriel (1972, pag. 273)

La BP, diversamente da altri approcci terapeutici, interviene su tutte e tre queste dimensioni e questo sembra essere uno dei motivi dell’efficacia del processo terapeutico. Successivamente, Stauss ed Ellis (2007) integrano la visione dell’essere umano proposta da Casriel (1972) con la *Teoria dello schema emozionale* proposta da Greenberg, Rice and Elliot (1933). Uno schema è un’organizzazione neurologica implicita per l’organizzazione delle esperienze. Questo si sviluppa a partire dalle reali interazioni dell’individuo col suo ambiente allo scopo di rendere prevedibili, sulla base di aspettative, le future interazioni, che vengono influenzate dagli schemi precedenti.

Gli schemi determinano selettivamente quello che percepiamo e come organizziamo la nostra percezione e rimangono inconsci finchè non vengono processualmente attivati e consciamente esplorati. Essi sono il prodotto e i produttori delle nostre esperienze relazionali. A differenza di uno schema cognitivo, le emozioni, e non le cognizioni, sono il nucleo dello schema; ad esempio, uno schema emozionale disfunzionale può costruirsi intorno ad esperienze dolorose e di insicurezza, dovute alla violazione cumulativa dei bisogni di base della persona (Stauss, 2007).

Uno schema è costituito da singole componenti che sono connesse le uno con le altre, formando un network. Secondo Leijessen (1996), uno schema emozionale è costituito da sei componenti di base:

- Emozioni associate all'esperienza.
- Percezione fisica: sensazioni e reazioni connesse all'esperienza emotiva.
- Elementi simbolici e concettuali: pensieri, immagini ed attitudini verso sé stessi e gli altri.
- Motivazioni
- Comportamenti
- Elementi spirituali: significatività e valori.

Stauss ed Ellis (2007) propongono di integrare questa visione dello schema emozionale all'uomo triangolare proposto da Casriel (1972), ottenendo così un'immagine dell'essere umano caratterizzato da sei componenti basilari. Le sei facce dello schema emozionale rappresentano infatti le dimensioni che guidano l'essere umano nelle relazioni. Si tratta di un uomo che entra in relazione sulla base di motivazioni (bisogni e desideri), cognizioni, dimensioni valoriali e di senso, emozioni, che si manifestano a livello corporeo, e che, nel contesto relazionale, mette in atto dei comportamenti significativi in sé.

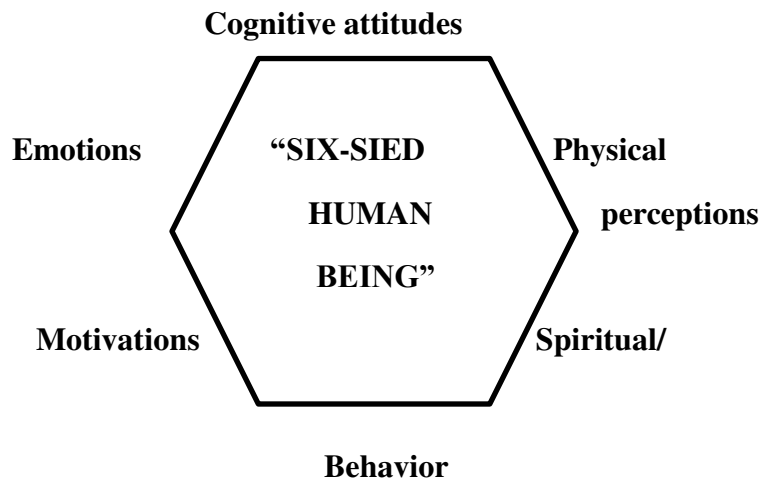


Figura 1.3: Schema of the “six-side human being” by Stauss & Ellis (2007, pag. 38)

### 1.3.1 Le motivazioni

La motivazione è ciò che dà uno scopo al comportamento, che lo mantiene al fine di raggiungere un dato obiettivo biologico o sociale (Riello, 2018).

Secondo Lichtenberg (1989) la “motivazione” mira a soddisfare i bisogni di base attraverso comportamenti osservabili. Ci sono diversi sistemi motivazionali che si organizzano attorno a specifici bisogni fondamentali. In particolare Lichtenberg (1989) ne individua sei:

- Sistema di regolazione fisiologica: bisogno di regolazione psichica delle esigenze fisiologiche.
- Sistema di attaccamento: l’attaccamento corrispondente al bisogno di essere accudito.
- Sistema di affiliazione: bisogno di appartenere ad un gruppo.
- Sistema esplorativo: bisogno di esplorare e di essere assertivi.
- Sistema avversivo: bisogno di reagire avversivamente attraverso l’antagonismo e il ritiro.
- Sistema sensuale-sessuale: bisogno di tranquillità o eccitamento sessuale.

Ogni sistema si configura come un alternarsi tra i diversi bisogni e le loro soddisfazione, ma avere la soddisfazione di un bisogno non è così semplice, poiché in primis ciò che non è così scontato come potrebbe sembrare, è il riconoscimento che il soggetto ha del proprio o dei propri bisogni. Infatti, si è in grado di riconoscere i propri bisogni, esprimerli e soddisfarli solo se in infanzia il caregiver è stato capace di sintonizzarsi sui bisogni del bambino e di rispondervi adeguatamente. Il comportamento responsivo materno permette di avere in età adulta un sistema motivazionale equilibrato che funziona in maniera flessibile.

Solo in questo modo il Sé sarà in grado successivamente di rispondere in modo autonomo ai propri bisogni, e di riorganizzare il sistema motivazionale mantenendolo sempre in equilibrio. Il soggetto si sperimenterà così come “agente attivo” rispetto ai propri desideri e motivazioni, un soggetto in grado di rispondere con responsabilità a sé stesso e ai propri bisogni interni.

Al contrario, se la sintonizzazione tra caregiver e bambino è mancata, e la mamma o chi se ne prendeva cura, non riusciva a cogliere i bisogni del bambino con un comportamento poco sensibile e responsivo, l’adulto che ne risulterà sarà un soggetto che non riuscirà ad organizzare in modo autonomo il suo sistema motivazionale, non riuscirà a riconoscere i suoi bisogni e quindi ad avviare comportamenti al fine di ottenere la soddisfazione che cerca.

Come sostiene Basch (1984, pag. 61-67):

*“La sintonizzazione affettiva porta a comprendere e condividere il mondo... se la sintonizzazione affettiva non è presente o è inefficace durante i primi anni di vita, la mancanza di esperienza condivisa può creare un senso di isolamento e la convinzione che in generale i bisogni affettivi di una persona siano in qualche modo inaccettabili”.*

La classificazione e la concettualizzazione delle motivazioni umane varia molto passando da un orientamento teorico all’altro. Il bisogno, la pulsione, l’istinto, il desiderio, l’incentivo, la volontà, l’omeostasi sono tutti concetti che i vari approcci, di volta in volta, hanno associato alla motivazione (Galimberti, 2018).

La Bonding Psychotherapy ritiene che i bisogni e desideri siano le forze fondamentali che spingono l'uomo ad andare verso il mondo.

In particolare, Stauss ed Ellis (2007) rispetto ai bisogni di base, sostengono che la soddisfazione di quest'ultimi sia la condizione più importante per l'attività psicologica.

Gli autori dividono i bisogni di base dell'essere umano in tre categorie:

- Fisici: bisogno di aria, cibo, acqua, riproduzione, sonno, escrezione, eliminazione dei rifiuti e regolazione della temperatura.
- Psicosociali: bisogno di bonding, attaccamento, autonomia, autostima, identità, benessere fisico e comfort.
- Spirituali (bisogno di significatività e di valore): bisogno di dare senso alla vita e di affiliazione ad una realtà superiore.

Per quanto riguarda il desiderio invece, possiamo definirlo con le parole di Lacan (1966, pag. 768) come *“qualcosa di infinitamente più elevato di una tendenza organica.* Secondo lo psicoanalista infatti, se il bisogno è legato ad una necessità biologica, il desiderio ha sempre a che fare con un oggetto, o meglio con la distanza che separa l'oggetto desiderato. Quest'ultimo però, non può essere mai saturato dal consumo di oggetti. Lacan (1966) sintetizza tale dimensione del desiderio nell'espressione : *“il desiderio è sempre desiderio d'Altro”*. In questo senso diciamo che l'oggetto del desiderio è sempre assente. Una caratteristica strutturale del desiderio è però che esso è sempre aperto sull'Altro, è sempre desiderio dell'Altro. Quindi esso non si nutre tanto di oggetti ma di legami. Sintetizzando, il desiderio è sempre desiderio dell'Altro in quanto mancanza dell'Altro (Recalcati, 2011).

### **1.3.2 Le emozioni**

Tanti secoli di pensieri e di riflessioni, ma è solo con Darwin (1972), alla fine dell'Ottocento, che si iniziarono a considerare l'importanza e il ruolo delle emozioni nella vita dell'uomo. Questi erano gli anni in cui il termine “emozione” iniziava a diffondersi come termine di tipo scientifico e letterario, legato a parole come “espressioni, nervi, visceri e cervello”, superando semanticamente, il periodo in cui si parlava quasi esclusivamente di “passioni, sentimenti, sensazioni e affetti”. Ed è proprio

Darwin che risolve in qualche modo il tema razionalità o irrazionalità delle emozioni. Lo studioso infatti, affermò che le emozioni sono funzionali alla sopravvivenza dell'individuo e/o alla specie e quindi sono adattive. Le emozioni, quindi, come l'intelligenza, si sviluppano ed evolvono partendo da un potenziale innato proprio dell'uomo e si adattano all'ambiente in cui l'uomo si trova a vivere la sua esistenza (Stefanini, 2013).

Nel corso degli anni diversi autori hanno provato a dare una definizione di che cos'è un'emozione:

*“un'emozione è un sistema reattivo ereditario, che produce cambiamenti profondi nei meccanismi corporei intesi nel loro insieme, ma particolarmente nei sistemi viscerali e ghiandolari” (Watson, 1930).*

*“L'emozione è il segnale preparatorio che predispone l'organismo a un comportamento di emergenza. Lo scopo di tale comportamento è di riportare l'organismo ad una condizione di sicurezza” (Rado, 1969).*

Queste definizioni sono parziali, ma oggi si concorda che le emozioni siano composte da una varietà di elementi che concorrono alla loro caratterizzazione. Per dire di quale emozione stiamo parlando, è necessario tenere in considerazione il comportamento attivato, le sensazioni che percepiamo a livello corporeo, le espressioni facciali, i sentimenti provati, la valutazione che operiamo a livello cognitivo dello stimolo che ha provocato l'emozione, il tipo di marcatura e di categorizzazione che assegniamo all'emozione e così via. L'emozione è quindi un'entità complessa, così come lo sono le classi di emozioni, e per essere definita ha bisogno di fare riferimento a ciascuna delle dimensioni cui si è appena accennato (Stefanini, 2013). A tal proposito, LeDoux (1996) si è soffermato sull'esperienza soggettiva riguardo la consapevolezza che si sta provando un'emozione. Benchè la consapevolezza emotiva possa sembrare importante e centrale nel processo, sembra che le emozioni si siano evolute in assenza di questa e che possano anche farne a meno per assolvere ai loro scopi (LeDoux, 1996). Questo è stato confermato da studi a livello cerebrale, come quello di Stadtmüller e Gordon (2011) i quali illustrano, in particolare, i percorsi neurali coinvolti nell'esperienza della paura: lo stimolo sensoriale giunge al talamo dagli organi di senso per poi seguire un percorso inferiore che porta all'amigdala, responsabile del controllo della risposta emozionale. Se

la stimolazione è abbastanza forte, viene attivato un addizionale percorso superiore che coinvolge la corteccia sensoriale. Solamente con una stimolazione ancora maggiore viene attivata una terza via attraverso l'ippocampo, la corteccia cingolata anteriore e altre strutture corticali. L'attivazione dei percorsi superiori, e quindi il coinvolgimento corticale, sembra necessario affinché avvenga il riconoscimento dell'emozione in corso. Le emozioni fungono da indicazioni per l'individuo nel rapporto con il mondo. Usano le parole di Goleman (1995, pag. 23), *“le emozioni ci hanno guidato con saggezza nel cammino dell'evoluzione”*. Secondo Casriel (1982) invece, le emozioni rispondono ad una sola logica, alla quale rispondono in modo molto accurato e appropriato, la logica del piacere e del dolore. Alla luce di ciò, cade la distinzione tra emozioni negative e positive: le emozioni, benchè possano anche essere spiacevoli, sono sempre positive in quanto “a servizio” della sopravvivenza e della vita.

Nella letteratura vengono generalmente distinte le emozioni primarie, o di base, da quelle secondarie, o complesse. Le prime sono emozioni fondamentali che non sembrano ulteriormente riconducibili ad altre, mentre le seconde, derivano da quelle di base o nascono dal loro assembramento (Stadtmüller & Gordon, 2011).

In particolare, la Bonding Psychotherapy lavora sulle cinque emozioni di base individuate da Casriel (1972) durante la sua pratica clinica ovvero la paura, la rabbia, il dolore, il piacere e l'amore.

Casriel (1972) ritiene che l'amore sia forse il bisogno di più importante per l'individuo, infatti l'amore verso una persona nasce quando ci aspettiamo che questa possa soddisfare i nostri bisogni. L'amore inoltre comprende il bisogno di “sentirsi in contatto” con gli altri, e ciò costituisce un elemento fondamentale per la sopravvivenza del gruppo.

### **1.3.3 La Corporeità**

Il concetto di “corporeità” verrà approfondito maggiormente nel seguente capitolo, qui ci limiteremo a descrivere brevemente cosa intende la Bonding Psychotherapy con tale espressione.

Innanzitutto è importante sottolineare come per secoli sia regnato il dualismo mente-corpo di cartesiana memoria, motivo di scisma tra la mente, sede dell'intelletto e della



ragione, e un corpo costretto ad essere vissuto come un “carcere” o una “tomba” (Galimberti, 2002).

Già Platone nel *Fedone* a proposito del corpo scrive:

*“Noi ci avviciniamo tanto più al sapere quanto meno avremo relazioni con il corpo e comunione con esso, se non nella stessa misura in cui vi sia imprescindibile necessità, e non ci lasceremo contaminare dalla natura del corpo, ma dal corpo ci manterremo puri fino a che Iddio stesso non ci avrà sciolti da esso, come è verosimile ci troveremo con esseri puri come noi e conosceremo, nella purezza della nostra anima, tutto ciò che è puro: questo io penso è la verità.”*

Nel corso del tempo, la filosofia greca e la religione biblica in Occidente hanno radicalizzato la ragione cartesiana da cui sono nate le scienze.

Cartesio (1641) spacca in due parti un’unica realtà, sostenendo che il corpo appartiene alla *res extensa*, ovvero la realtà materiale e fisica, mentre la psiche appartiene alla *res cogitans*, ovvero quella realtà immateriale e spirituale. Così facendo nega al corpo l’esperienza di senso del mondo e alla mente il suo corpo, facendola diventare puro intelletto impermeabile alle influenze corporee. Così nelle cognizioni della mente c’è ogni possibile senso del mondo e di ogni Io personale e soggettivo che abita il mondo.

*“Ni non concepriamo i corpi se non per mezzo della facoltà di intendere che è in noi, e non per l’immaginazione, né per i sensi; e non li conosciamo per il fatto che li vediamo e li tocchiamo, ma solamente per il fatto che li concepriamo per mezzo del pensiero”* (Cartesio, 1641).

La visione Occidentale del corpo ha influenzato per anni anche la psicologia e tutt’ora continua a farlo, si pensi alla separazione dei due percorsi d’indagine relativi alla psiche: quello biologico (neurologia e psichiatria) e quello psicologico (psicologia e psicoterapia), creando la distinzione tra “malattia del cervello” e “malattia della mente” (Andreasen, 2004).

Alcuni approcci psicoterapeutici invece, hanno cercato di avviare questa integrazione tra mente e corpo, come per esempio la psicologia Psicosomatica, psicologia Funzionale, o

l'Analisi Bioenergetica fondata da Alexander Lowen (1977) a partire dalla metà del secolo scorso. In particolare, quest'ultima ha descritto la personalità umana in termini corporei ed energetici ed ha associato il lavoro sul corpo con quello sulla mente, allo scopo di aiutare le persone a sciogliere le tensioni muscolari ed emotive che sono di ostacolo alla risoluzione di problemi esistenziali e relazionali e alla capacità di provare piacere e gioia di vivere (Lowen & Lowen, 1977). Lowen (1989), sostiene che il corpo e la mente non sono entità separate, ma si influenzano a vicenda, infatti ogni esperienza che facciamo con il corpo viene ricordata dalla mente e ogni esperienza contemporaneamente struttura il nostro corpo.

La Bonding Psychotherapy condivide proprio con la l'Analisi Bioenergetica alcuni suoi principi teorici, infatti come affermano Stauss ed Elliss (2007), il nostro corpo è la fondazione della nostra esistenza, questa natura fisica e corporea è alla base della vita; “non solo abbiamo un corpo, ma noi siamo il nostro corpo”.

La Bonding psychotherapy integra conoscenza multidisciplinari riguardanti il corpo, andando oltre la tradizione del “dualismo cartesiano”, come per esempio provenienti dalla psicologia, psicopatologia, tecniche di neuro-immagine, biologia, medicina, neurobiologia ecc. Il corpo assume un ruolo centrale nella BP, e l'obiettivo di questo elaborato è infatti quello di focalizzare l'attenzione sul corpo e sull'importanza che ha nel processo del cambiamento terapeutico.

### **1.3.4 Le cognizioni**

In questo contesto è importante fare due precisazioni fondamentali per quanto riguarda il pensiero nell'ambito della Bonding Psychotherapy.

Per prima cosa, la peculiarità del pensiero, così come affermano Stauss ed Elliss (2007), sta nell'abilità di pensare alla sua stessa esperienza (quindi di poter assumere un focus interno). L'autore chiama questa capacità riflessione, o autoriflessione, e afferma che la consapevolezza dei propri processi interni, è una delle caratteristiche antropologiche di base che differenzia l'essere umano dagli animali.

La seconda precisazione invece, ha a che fare con la visione prospettica del pensiero: “ogni individuo fa esperienza della vita e della realtà del suo soggettivo e individuale punto di vista dal quale costruisce la sua propria realtà” (Stauss & Ellis, 2007). L'individuo quindi, attivamente costruisce la propria conoscenza nel suo tentativo di

dare senso al suo mondo e, così facendo, crea la realtà che egli stesso vive (Stauss & Ellis, 2007).

Questo è particolarmente rilevante quando parliamo degli atteggiamenti, ovvero quelle valutazioni, pensieri o convinzioni su sé stessi e sulle relazioni che vengono interiorizzati nell'infanzia.

Il lavoro sugli atteggiamenti, così come riportato da Casriel (1972), è importante nella BP, sottolinea che l'importanza di modificare tutti quegli atteggiamenti disfunzionali affinché si possa verificare un vero cambiamento. Come scritto da Stauss ed Ellis (2007), gli atteggiamenti sono cognizioni legate ai bisogni di base e alla loro soddisfazione. In particolare, gli autori individuano sette conflitti di base, legati agli altrettanti bisogni di base, che possono portare all'interiorizzazione di atteggiamenti negativi.

Vengono riportati nella seguente tabella gli atteggiamenti disfunzionali, legati ai relativi conflitti di base, individuati da Stauss ed Ellis (2007), sui quali la BP interviene.

### **1.3.5 Il comportamento**

Il comportamento è la modalità che il soggetto ha di agire in una data situazione. E' quell'insieme di reazioni a specifici stimoli esterni o interni che l'individuo presenta a contatto con sé e con gli altri (Treccani, 1999).

Il comportamento è definito invece “problematico” quando è disadattivo, ostacola lo sviluppo di nuove capacità, interferisce o ostacola capacità già acquisite, è pericoloso per sé e per gli altri, interferisce con lo svolgimento delle normali azioni quotidiane e non solo. E' importante precisare però che se tale comportamento è stato appreso, è perché in qualche modo soddisfa un bisogno e reca dei vantaggi alla persona che lo mette in atto. Per questo motivo si deve cercare, prima ancora di rimuoverlo, qual è il suo valore comunicativo, che cosa rappresenta per il soggetto e qual è il suo scopo. Infatti, tale comportamento seppur risulti essere disfunzionale è pur sempre adattivo, cioè rende il soggetto capace di adattarsi ad una determinata situazione (Pontis, 2018).

Il comportamento problematico quindi, può avere diverse funzioni che lo mantengono attivo, come per esempio comunicare un disagio, evitare una situazione che procura ansia, ottenere attenzioni ecc.

In particolare nella BP i comportamenti problematici sono considerati i “sintomi” e vengono affrontati direttamente chiedendo ai nuovi venuti di abbandonarli, cioè di abbandonare volontariamente i modelli di condotta distruttivi. Questa drastica richiesta facilita l’emergere delle emozioni che li sorreggono.

Oltre a ciò, nei gruppi BP viene chiesto ai partecipanti di comportarsi come adulti responsabili, prendendosi la responsabilità di sé stessi, delle proprie emozioni e del proprio comportamento (Casriel, 1972).

### **1.3.6 Spiritualità e significato**

La spiritualità sottolinea il bisogno dell’uomo di vivere in una vita significativa. Una vita senza significato è vuota e senza valore, una vita significativa invece, porta felicità, soddisfazione e benessere. Il legame tra spiritualità e significatività è facilmente comprensibile se pensiamo al fatto che una vita è ritenuta significativa solamente se una persona vive per qualcosa in cui crede. Motivazione che nasce all’interno ma rivolta a un “qualcosa” che sta all’esterno, appunto che la trascende (Stauss & Ellis, 2007). Ci sono evidenze di come la spiritualità sia un elemento importante in psicoterapia e per quanto riguarda la salute in generale. Infatti, come riportato da Stauss ed Ellis (2007), più di 200 studi a partire dagli anni ’80 hanno confermato che gli individui che coltivano con costanza la loro spiritualità sono più sani degli atei. La spiritualità sembra diminuire il rischio di ipertensione del 40% e che sia correlata ad un sistema immunitario più forte. Questi ed altri risultati, riportati da Stauss ed Ellis (2007), obbligano a tenere in considerazione la spiritualità come una risorsa in psicoterapia. In particolare, sembra che essa possa essere un’efficace strategia di coping in situazioni di pericolo di vita, che può influenzare addirittura i sintomi fisici.

## **1.4 IL MODELLO EZIOLOGICO DEI DISTURBI**

Nell’approccio della Bonding Psychotherapy, il disturbo viene considerato secondo una prospettiva olistica: un insieme che integra elementi biologici, psicologici e sociali dell’esistenza umana, che sono intrecciati tra loro e richiedono di essere capiti (Stauss & Ellis, 2007). La BP si configura come un modello di trattamento generale che si rivolge direttamente alle ragioni che sottostanno ai disturbi, per questo motivo, nel corso delle

sedute di gruppo non viene effettuata né fornita nessuna diagnosi. Il focus della BP, quindi, è quello di definire il disordine emozionale, piuttosto che una specifica sindrome. La Bonding Psychotherapy inoltre, considera le esperienze relazionali traumatiche come i principali fattori eziologici per i disturbi emozionali. Aderisce quindi ad un modello eziologico simile a quello della psicoterapia psicodinamica, che vede l'origine di quest'ultimi in conflitti inconsci e l'origine delle carenze strutturali in esperienze traumatiche precoci. Queste nella BP, vengono considerate traumatiche o disfunzionali nel momento in cui violano i bisogni bio-psico-sociali di base delle persone. Infatti, i disturbi emozionali affondano le loro radici nel mancato appagamento dei bisogni bio-psico-sociali di base (Stauss & Ellis, 2007). Questo è particolarmente rilevante soprattutto quando riguarda il bonding e l'attaccamento, che sono alla base di tutti gli altri bisogni. Le esperienze relazionali avvenute durante specifici periodi dello sviluppo danno vita ai cosiddetti "schemi emozionali" che, se anche negativi, sono funzionali per uno specifico contesto relazionale, perché permettono di sopravvivere all'eventuale bisogno insoddisfatto. Più grandi e precoci sono i bisogni insoddisfatti e più grande è il trauma ad essi legato e il potenziale disturbo emozionale (Stauss & Ellis, 2007).

Gli schemi emozionali disfunzionali interiorizzati portano alla nascita di conflitti di base. Questi sono il risultato del desiderio della soddisfazione dei bisogni di base che si scontra con la paura della soddisfazione stessa. I conflitti e gli stili relazionali interiorizzati fanno sì che le relazioni attuali si rivelino a loro volta disfunzionali, poiché rendono impossibile la reciproca soddisfazione dei bisogni. Relazioni che, in generale, si caratterizzano per l'incapacità di stabilire o tollerare la vicinanza fisica e l'apertura emozionale (Stauss & Ellis, 2007).

Stauss & Ellis (2007) integrano queste conoscenze con la Teoria della Consistenza di Grawe (1998, 2004). Anche questa teoria ritiene che il benessere emozionale dipenda per la maggior parte dall'abilità dell'individuo di dare risposta ai propri bisogni bio-psico-sociali nell'interazione con gli altri significativi. La soddisfazione o le esperienze relazionali traumatiche portano rispettivamente ad un'esperienza di consistenza (coerenza), sensazione soggettiva di piacere, benessere fisico e pace della mente, legata al sentimento che tutto è ok, o a tensione dovuta all'inconsistenza. Questo sentire è l'espressione di un'alta stabilità dei simultanei e paralleli processi cerebrali, chiamata consistenza. Essa è un requisito sintomatico indispensabile del cervello che garantisce

che i processi psicologici funzionino in modo ottimale (Stauss & Ellis, 2007). Se i bisogni non possono essere soddisfatti nelle relazioni, questo diventa una grande minaccia alla consistenza che lascia spazio all'inconsistenza, sperimentata come dispiacere, malessere e la sensazione che c'è qualcosa che non va. Se questa tensione diventa eccessiva, possono insorgere i disturbi emozionali. Il tipo di disturbo inoltre, dipende dalle vulnerabilità genetiche ed epigenetiche dell'individuo. Successivamente, un disturbo, attraverso differenti intensificazioni, può assumere autonomia funzionale ed esistere indipendentemente dalle condizioni originali che ne hanno determinato l'insorgenza (Stauss & Ellis, 2007).

Per quanto riguarda il trattamento, la BP ha come obiettivo quello di aiutare le persone a vivere in armonia con i propri bisogni bio-psico-sociali di base in modo da ottenere il massimo benessere psichico e fisico. Infatti, l'obiettivo della BP non è solo il trattamento dei disturbi e la riduzione dei sintomi, ma è soprattutto quello di aumentare la gioia e il piacere di vivere (Stauss & Ellis, 2007).

## CAPITOLO 2

### IL CORPO E LA SUA CORPOREITÀ

#### 2.1 SENTIRE ED ESSERE CORPO

A cosa ci riferiamo quando parliamo di corpo? Parliamo di esperienza? O ci riferiamo al mezzo con cui facciamo esperienza? Il corpo è soggetto o oggetto? E' energia o materia? (Faccio, 2007).

Per secoli questi e tanti altri interrogativi riguardanti il corpo e la sua natura hanno animato la scena psicoanalitica, antropologica, sociologica, filosofica, biologica ecc. In particolare Mauss (1934), ha definito il corpo come primo “strumento” dell'uomo e il modo in cui questo strumento viene utilizzato, quindi curato, lavato, o i modi in cui viene nutrito, si muove, si riposa, racconta la storia del corpo stesso. Nelle società primitive, il corpo non veniva inteso come unità anatomica, ma come centro simbolico, un Corpo comunitario e cosmico (Sarsini, 2003).

Nella concezione omerica, era identificato come “soma” soltanto il corpo esanime, senza vita. Al contrario, era definito corpo il corpo vivente. Il corpo vivente era quello “vivificato” dall'anima. Così per Omero, l'anima è l'occhio che vede, l'orecchio che sente, il cuore che batte (Galimberti, 2018). L'unificazione mente-corpo, così come detto in precedenza in questo elaborato, nel corso del tempo non si è mantenuta tale, ma per comprendere come il corpo diventa corpo “vissuto” e non mera entità anatomica e fisiologica, dobbiamo procedere con questa fondamentale integrazione.

In particolare, è stata la concezione fenomenologico-esistenziale di Merleau-Ponty (1965) a rompere con la dualità mente-corpo. L'autore infatti, si interroga su ciò che rende il corpo completamente diverso dagli oggetti del mondo, e da ciò ne deduce che il corpo non è l'addizione delle varie componenti fisiologiche, come quella percettiva, tattile, cinestetica e visiva, ma è un sistema in cui le varie parti del corpo sono integrate in modo “attivo” dalla persona, e strettamente connesse all'intenzionalità motoria e progettuale (Faccio, 2007).

Il filosofo francese (1965), con l'espressione "il mio corpo è nel mondo" intende che il corpo non è "corpo in sé", come unità anatomica e fisiologica e quindi oggetto di studio per le scienze, ma è corpo vissuto. Avere un corpo vissuto non significa solo possedere il proprio corpo, ma viverlo, esserlo e abitarlo. A tal proposito Galimberti (2018, pag. 124) scrive:

*"Abitare non è conoscere, è sentirsi a casa, ospitati da uno spazio che non ci ignora, tra cose che dicono il nostro vissuto, tra volti che non c'è bisogno di riconoscere perché nel loro sguardo ci sono le tracce dell'ultimo congedo. Abitare è sapere dove deporre l'abito, dove sedere alla mensa, dove incontrare l'altro, dove dire è u-dire, rispondere è cor-rispondere. Abitare è trasfigurare le cose, è caricarle di sensi che trascendono la loro pura oggettività, è sottrarle all'anonimia che le trattiene nella loro "inseità", per sostituirle ai nostri gesti "abituali" che consentono al nostro corpo di sentirsi tra le "sue cose", presso di sé".*

Solo con un corpo vissuto e abitato da sé stesso possiamo dire che esso "è nella verità". Come sostiene Husserl (1968) infatti l'evidenza, ovvero ciò che vedo e percepisco attraverso i sensi, non è altro che il vissuto della verità, e questo perché il mondo non è ciò che "io penso", ma ciò che "io vivo". Il bambino per conoscere il mondo ne fa prima di tutto esperienza attraverso i sensi. Attraverso questi egli riesce ad avere un contatto con il mondo, ma a contattare gli oggetti non è la sua coscienza (intesa come conoscenza), ma il suo corpo che le raggiunge. Prende gli oggetti, li manipola e non lo fa in modo astratto, ma proprio grazie ai sensi che il suo corpo gli consente (Galimberti, 2018). Come abbiamo già avuto modo di vedere però, noi non conosciamo il mondo, così come noi non conosciamo il nostro corpo solo per mezzo dei sensi, altrimenti si dovrebbe nuovamente pensare al corpo solo come un'entità anatomica e fisiologica, e lo studio e la conoscenza che avremmo di questo sarebbe equiparabile a quello degli oggetti del mondo. Il corpo invece, lo sentiamo vissuto e abitato perché lo conosciamo oltre che con i sensi, anche per la facoltà di intendere che è in noi, quindi grazie alla costruzione che ne fa la mente e non solo per il fatto che lo tocchiamo e lo guardiamo. Entrano così in campo processi emotivi, cognitivi e simbolico-culturali (Faccio, 2007).



Da ciò possiamo dedurre che quando parliamo di corpo, parliamo di identità corporea, ovvero di un corpo vissuto come soggettivo, in cui il sé si identifica con il suo essere corpo. La parola chiave che genera il passaggio dal corpo come unità anatomica a corpo vissuto inteso come identità corporea, è la consapevolezza corporea. Si parla di “sé corporeo” come quel costrutto che include i processi cinestetico-motori, emotivi, cognitivi e sociali che organizzano la consapevolezza corporea, dando un senso di continuità ai propri vissuti corporei (Faccio, 2007). L’emergere del senso della propria identità e quindi le prime forme di consapevolezza di sé partono dall’esperienza fisica e corporea. A tal proposito Gallese (2010), rintraccia nella consapevolezza corporea il nucleo delle diverse forme di autocoscienza, in cui in principio vi sono il corpo ed il movimento. Alla base della consapevolezza corporea vi è la propriocezione. Quest’ultima dà informazioni rispetto allo stato e ai movimenti corporei, anche se non offre informazioni riguardo le possibilità motorie legate all’azione, per questo motivo si parla di consapevolezza primitiva e non riflessiva. La consapevolezza corporea infatti, deve essere considerata in termini di “possibilità d’azione” all’interno di un mondo corporeo che non si esaurisce solo nel medesimo corpo del soggetto, ma che “prende vita” e diventa agente tra gli altri corpi. Le azioni intenzionali diventano consapevoli proprio con il confronto con gli altri corpi. L’idea che la nascita del Sé corporeo e della soggettività avvengano all’interno di una matrice intersoggettiva è stata esplorata dall’Infant research (Beebe, 2003), che ha integrato studi relativi alla psicologia dello sviluppo, la psicoanalisi, la neurobiologia e la psicologia sperimentale. In particolare, Beebe e Lackman (2003) hanno mostrato come la formazione del Sé sia legata all’interazione che il bambino ha con lo propria madre. Gli autori (2003) introducono un fondamentale concetto che è quello della regolazione interattiva. Questo concetto ci fa meglio comprendere come la formazione dell’identità corporea abbia inizio proprio dalla “possibilità d’azione”: il modello di Beebe e Lacman (2003) infatti, è un modello di relazione bidirezionale che vede sia la madre, sia il bambino impegnati nella relazione. Dagli studi sperimentali dell’Infat Research (Beebe, 2003) è emerso che il bambino, fin dai primi momenti di vita si impegni attivamente (in base alle sue possibilità motorie), nella ricerca del contatto con l’altro e che, assieme al caregiver contribuisce alla regolazione del proprio stato. Un altro dato importante per la costruzione della propria identità a partire dal corpo è che, non solo il bambino man mano si costruirà

rappresentazioni mentali di sé come capace di agire efficacemente sul proprio stato e quindi di imparare in un secondo momento ad autoregolarsi, ma dovrà avere anche una rappresentazione dell'altro come "impegnabile", cioè deve sentire la sua capacità di influire sull'altro all'interno di uno schema di azione reciproco tra lui e la mamma (o con chi entra in relazione con lui) (Downing, 1995). L'esperimento del viso immobile (Still face, Tronick et al., 1978) rende bene la capacità sviluppata dal bambino di tentare di rendere di nuovo partecipe la propria mamma quando ad un certo punto questa, sotto richiesta dello sperimentatore, immobilizzava l'espressione del suo volto. Dall'esperimento emerse infatti che le coppie madre-bambino caratterizzati da scarsa reciprocità, alla visione del viso immobile della madre, non prendevano iniziative e svolgevano pochi tentativi per suscitare in lei una qualche reazione. Al contrario, le coppie madre-bambino caratterizzate da alta reciprocità, in cui la madre era responsiva e attenta ai segnali di autonomia del bambino, cercavano in tutti i modi di reimpegnarla attraverso vocalizzi e movimenti quando la madre si presentava loro con l'immobilità del volto. Dall'esperimento possiamo dedurre che i bambini del secondo gruppo avevano imparato che le azioni del proprio corpo potevano avere un effetto sull'altro e la rappresentazione del corpo dell'altro era relativamente accessibile, raggiungibile e modificabile.

Vedremo meglio nel corso di questo elaborato cosa vuol dire reciprocità e da cosa dipende la strutturazione di un Sé agente o impotente a partire dai primissimi movimenti corporei.

Per concludere possiamo dire che il corpo vissuto è un corpo che ha acquisito la propria soggettività vivendo e frequentando il mondo. Il mondo nasce nella sua "giusta" forma, che non è giusta di per sé, ma lo è per noi perché realizzata dalla nostra intima e quotidiana esperienza. Il corpo è corpo vissuto nel momento in cui si muove in modo intenzionale con senso (Galimberti, 2002).

*"Il nostro corpo, infatti, è qualcosa di più delle possibilità che gli concedono i suoi sensi, la sua vita può essere al di sopra o al di sotto di queste possibilità, perché a decidere il suo grado di vitalità non sono i sensi, ma il suo interesse per il mondo."*  
(Galimberti, 2002, pag. 130).

## 2.1 L'ESPERIENZA DELLA REGRESSIONE E DELLA DISSOCIAZIONE

In questo paragrafo approfondiremo il concetto di regressione e della dissociazione. Già nel primo capitolo questi temi sono emersi a proposito della Bonding Psychotherapy, in particolare quando abbiamo parlato dei rischi che potremmo riscontrare con l'utilizzo degli esercizi del Bonding.

A tal proposito, secondo Downing (1995), l'accezione negativa del termine regressione, che si basa sul presupposto che nei pazienti con disturbi gravi, essa prevede il retrocedere a forme di organizzazione psichiche infantili, è superata, anche se quest'uso del termine è così diffuso che non si può non parlarne. L'autore (1995) però, dà spazio ad altre accezioni del termine, per esempio si riferisce alla "regressione benigna". Quest'ultima, diversamente dalla prima, caratterizza quei momenti della terapia in cui il paziente lascia emergere una sua parte infantile.

La terza forma di regressione è invece quella che ritroviamo più facilmente nella Bonding Psychotherapy ed è la "regressione corporea". Questa si configura come uno stato passeggero che coinvolge il corpo, accompagnato dall'esperienza del paziente di avere l'impressione di vivere nel "qui ed ora" uno o più eventi del suo passato. Questo stato, partendo dal presupposto che il paziente sia pronto e in grado di tollerare dei sentimenti e delle emozioni molto intensi associati a particolari eventi infantili, risulta essere molto positivo per la terapia.

*"Per qualche secondo o minuto si apre uno spiraglio straordinario, si ha un'opportunità. Il paziente, contemporaneamente bambino e adulto, si trova in una posizione che gli consente di ri-formulare un "qualcosa" interiore che sta cercando con insistenza una metamorfosi" (Downing, 1995, pag. 207).*

Ai primi segnali dell'esordio di uno stato regressivo, il terapeuta deve essere pronto e consapevole a cosa il paziente sta andando incontro. A questo punto egli è chiamato a prendere una decisione: "il paziente, in questo momento, è opportuno che entri nel vivo dello stato regressivo?". Come si è già detto è importante che il terapeuta valuti bene questa scelta a fronte della condizione in cui è il paziente. Alla base però di tutti gli

interrogativi che deve porsi, vige una regola comune a tutti i lavori che riguardano la regressione, ovvero quella di non avere fretta.

In particolare egli, prima ancora di trovarsi davanti alla prima manifestazione di uno stato regressivo durante il lavoro, deve riflettere a lungo su un'altra questione precedente a tale scelta, ovvero se il paziente è prima di tutto pronto a lavorare sul proprio corpo. Prima ancora quindi di incominciare con gli esercizi corporei, vi sarà un'ampia investigazione verbale e solo in un secondo momento, quando il terapeuta lo riterrà opportuno, comincerà con il lavoro che coinvolge il corpo (Downing, 1995).

Downing (1995) inoltre, sostiene che dallo stato regressivo possano emergere sia rappresentazioni di un singolo evento traumatico, come un'operazione chirurgica, un incidente ecc., oppure un'unità di relazioni oggettuali primordiali che chiama "cinogrammi". Quest'ultimi sono delle rappresentazioni di primi modelli di interazioni che il bambino ha assunto nel suo passato preverbale. Infatti, questi cinogrammi sono tanto somatici quanto poco verbali e contengono elementi di natura motoria, sensoriale ed emotiva. Delle volte possono comparire anche frammenti visivi, ma appaiono comunque sempre vaghi e sfuocati. Nel momento in cui compaiono, il terapeuta deve aiutare il paziente a trovare il linguaggio adatto a esprimere ciò che sta emergendo e ciò che sta provando. Il paziente è sollecitato a mettere a fuoco l'esperienza che in quel momento sta emergendo, cercando di distinguere sia le rappresentazioni di sé che quelle dell'oggetto.

Possiamo da ciò dedurre come il lavoro regressivo abbia lo scopo di incrementare il contatto con l'interiorità più profonda del paziente, diventando in questo modo una risorsa e un'apertura verso un periodo più avanzato della terapia (Downing, 1995).

La dissociazione è un altro stato che la persona può esperire nel momento in cui si lavora con il coinvolgimento del corpo, come abbiamo già avuto modo di vedere con gli esercizi del Bonding (Kooyman et al., 2014).

Anche quando parliamo di dissociazione, così come nel caso della regressione, dobbiamo specificare a che cosa ci stiamo riferendo. Ciulla e Caretti (2012) infatti, precisano che il termine "dissociazione" ha in sé una molteplicità di concetti. In particolare esso può riferirsi al meccanismo di difesa che ha la funzione di isolare una

parte del contenuto mentale di un soggetto rispetto alla parte cosciente di cui ha liberamente accesso.

Un altro utilizzo del termine invece, che è quello che a noi maggiormente interessa, è quello che si riferisce ai sintomi e ai fenomeni di natura dissociativa, come per esempio la depersonalizzazione, la derealizzazione, l'ottundimento. In questo elaborato non abbiamo la possibilità di analizzare in modo approfondito questi sintomi, ma è importante sottolineare come questi fenomeni siano accomunati dagli stessi elementi (Cionini & Mantovani, 2016) :

- Impossibilità di vivere l'esperienza passata o presente in "prima persona", ma viverla solo in "terza persona" come osservatore esterno.
- Lo svuotamento del contenuto emozionale.
- La Depersonalizzazione come sensazione di distacco dalla realtà.
- La sensazione di "non esistenza".
- Vergogna associata al trauma.

Possiamo notare, dalla descrizione di questi sintomi, che lo stato dissociativo, diversamente da quello regressivo, tende ad impoverire la propria identità corporea: se la regressione è una manovra "di contatto" con le proprie parti più profonde (Downing, 1995), la dissociazione tende ad annullare, con una diversa intensità, il contatto col proprio corpo. Il soggetto infatti, non percepisce le sue emozioni come proprie e provenienti dal suo corpo, ma le vive come forze aliene e sconosciute che agiscono senza avere la possibilità di essere vissute realmente (Lowen, 1997).

Di seguito è riportata l'esperienza di un paziente che aveva presentato una storia di esperienze traumatiche precoci (Cionini & Mantovani, 2016):

*"Succede qualcosa che mi tocca... una parte di me la valuta ma se non la vivo dentro, e la sto a guardare come un osservatore esterno, non ci entro dentro nella cosa. È come se non avessi la possibilità di viverla, non mi tocca, la racconto in maniera razionale e dopo un po' non la vivo più. Si rinchiude dentro una porta segreta e rimane là e io ho solo la possibilità di vedere quello che c'è stato... ma la vedo solamente dall'esterno*

*come se fossi dietro un vetro e non la vivo mai, non la vivo mai. Magari quando si crea il picco emotivo la vivo, la sento un po', ma poi dopo la chiudo dentro, la chiudo dentro. Mario (collega di lavoro) è... quello che dice è. Io non riesco a esserci così, c'è qualcosa che mi protegge... mi protegge da un insieme di vergogna, di senso di colpa... è rinchiuso dentro e non si collega con la mia parte". (Cioni & Mantovani, 2016, pag. 4).*

Come sostenuto da Cionini e Mantovani (2016, pag.41), la dissociazione non ha però sempre un valore clinico, infatti essa può essere definita come un *“fenomeno che protegge la persona dal rischio che quel dolore si ripresenti, stabilendo confini più sicuri fra gli stati del Sé che permettono un funzionamento adeguato nella vita quotidiana e quelli che hanno a che fare con le memorie implicite delle esperienze traumatiche”*.

Lo stato dissociativo si può manifestare sia in un paziente psicotico, quindi in una condizione di patologia, sia in una condizione di normalità. Essa infatti può essere vista come una strategia efficace se utilizzata a breve termine. Ciò che invece definisce patologica la dissociazione è, come scrive Bromberg (2011), la sua misura, ovvero quando diventa una modalità che viene attivata rigidamente e in modo massiccio per sopravvivere al qualsivoglia stato definito come intollerabile e ingestibile dal soggetto. In questo caso la persona, con maggiore difficoltà, riuscirà ad entrare in contatto con sé e con le proprie emozioni.

### **2.3 IL CORPO COME REIFICAZIONE DEL VUOTO**

In questo paragrafo faremo un distinguo tra il “corpo vuoto”, ovvero come riduzione a oggetto, e quindi reificazione del vuoto, e il “corpo come sede del vuoto”.

In particolare, quando parliamo di corpo vuoto, facciamo riferimento a quello che Galimberti (2002) chiama “l’alienato”, ovvero quell’individuo, o meglio ancora, quel corpo che è al mondo ma che la cui presenza non è progettuale, ovvero rivolta verso un futuro in cui egli stesso è presente e con la sua presenza dà significato al mondo.

L'alienato è al mondo come esistenza "gettata", ovvero in modo indipendente dalla sua volontà e dal suo desiderio, un essere sovrastato dal mondo. Gli alienati inoltre, sono quegli individui che si identificano con il proprio sintomo e con il loro disturbo, quindi loro *non hanno* disturbi, come la schizofrenia, la mania, la malinconia, ecc., ma loro *sono* quei disturbi. Questo perché la condizione di alienazione non appartiene all'ordine dell'avere ma a quello dell'essere. L'individuo, identificandosi con il proprio disturbo, come l'essere anoressica, l'essere un tossicomane, piuttosto che un depresso, trova in questo etichettamento un fragile senso identitario. Ed è in questa cornice che si dispiega il grande vuoto individuale dell'epoca ipermoderna e capitalista. Come sostenuto da Recalcati (2021), il sintomo, come quello anoressico-bulimico, del tossicodipendente, sintomo da panico, depressivo e psicosomatico, non sono più metafore di un inconscio rimosso, ma sono manifestazioni di un godimento del soggetto che non riesce a rintracciare il proprio desiderio e che, in balia dell'angoscia, utilizza in modo massiccio oggetti esterni per autoregolarsi, oggetti di cui non può più fare a meno a causa di un illimitato godimento che però diventa mortifero e autodistruttivo.

Potremmo dire che non si parla di un "vuoto soggettivo", sentito come proprio e nel proprio corpo, ma è un vuoto oggettivo, reso uguale per tutti e che, seppur in misura diversa, accomuna gli individui della nostra epoca. Possiamo quindi osservare come il sintomo contemporaneo renda tutti uguali, ed è proprio in questo che il soggetto trova la sua "fortezza" identitaria. Allo stesso tempo però, se l'identità si costruisce passando per la via scomoda dell'altro, si può ben intuire come questo senso di identità, in realtà sia una pseudo-identità, una mera illusione. Infatti, come afferma Recalcati (2021, pag. 123-124):

*"Due tratti accomunano i personaggi patologici attuali: identità e godimento. Coloro che si vedono come simili tendono a riconoscersi, ed è la stessa modalità di godimento che fa incontrare questi soggetti i quali sono segregati nel proprio godimento solitario. Dunque il sintomo contemporaneo rende uguali, ma isola, provoca un godimento autistico: è un monologo."*

L'autore utilizza l'espressione "godimento autistico" che sta proprio ad indicare la condizione psichica in cui sono questi individui, e tale espressione si carica di un

significato ancora più forte se pensiamo che questa condizione permane anche quando questi stessi soggetti si “incontrano” gli uni con gli altri.

Questo perché incontrare realmente l'Altro significa stabilire con esso una rapporto dialogico, di comunanza che prevede prima di tutto il saper essere con sé stessi e il saperci fare con il proprio corpo e quindi con Sé. Se ciò non avviene, se il tossicomane invece di fare esperienza di sé, del suo corpo, fa esperienza della sostanza, ovvero un sostituto che non solo agevola il “saperci fare” con sé stessi, ma dà l'illusione di onnipotenza che nega la presenza dell'altro e del bisogno del legame con l'altro, il tossicomane è portato a sperimentare il “*godimento autistico*” di cui parla Recalcati (2021) nel “*Il soggetto vuoto*”. In questo senso Recalcati (2021, pag. 111) scrive “*Chi glielo fa fare a passare per l'Altro quando si può godere da soli ciascuno con la propria droga?*”.

Inoltre, un concetto importante su cui si focalizza Recalcati (2021) è la distinzione tra vuoto e mancanza. In particolare, la mancanza è connessa al desiderio e si configura come un'esperienza intrinseca degli esseri umani. Essere mancanti e sentirsi mancanti è umano: la mancanza si introduce nel momento in cui il soggetto si sente frustrato e “castrato”. Ciò avviene già quando, il bambino, disilludendosi dell'onnipotenza che crede di avere, si rende conto che in realtà la sua sopravvivenza dipende dalla mamma, e che il latte, non è il frutto della sua creazione (Winnicott, 1958). In questo momento, nel passaggio da uno stato fusionale di onnipotenza, ad uno stato in cui il bambino sente la separatezza dalla propria madre, l'infante avverte una perdita e dalla perdita ne consegue una mancanza. La mancanza quindi, è quell'elemento essenziale di quel processo naturale che tutti gli esseri umani percorrono per individualizzarsi, per essere “Uno assieme con l'Altro” e non fare “Uno con l'Altro”. Ed è proprio in questo senso che la mancanza crea il desiderio. Come già detto in precedenza, il desiderio è sempre desiderio del legame con l'Altro (Recalcati, 2021).

Al contrario, quando parliamo di vuoto, parliamo di un processo di sviluppo differente e difettoso da quello tipico: in questo caso il progressivo passaggio dell'infante dallo stato di onnipotenza a quello di separazione è avvenuto troppo bruscamente, tanto da far sperimentare al bambino l'impotenza. Ciò avviene nel momento in cui il passaggio non si verifica in modo fisiologico producendo quel grado di frustrazione ottimale da



generare mancanza, ma avviene in modo traumatico generando uno stato di vuoto (Bick, 1968).

*“A questo punto tutto ciò viene a costituire per il bambino una frustrazione eccessiva, un trauma, che lui non può reggere, perché è portatrice di intollerabile dolore e di angosce persecutorie, un carico di sofferenza che non può essere rappresentato nel suo fragile spazio mentale. Il bambino se ne può difendere o attaccando la capacità di pensare come tale (e allora si può andare verso sviluppi autistico-psicotici) o - come nei casi ai quali qui mi riferisco - con una reazione di intenso aggrappamento tendente ad annullare la distanza con l'oggetto, annullando con ciò anche lo stesso spazio potenziale. Viene così a mancare lo spazio mentale in cui poter pensare e pertanto anche rappresentare l'oggetto. Si crea un vissuto più o meno ampiamente non mentalizzato (un fantasma) di un sé aggrappato all'oggetto, che potrà installarsi nel mondo interno del bambino e permanervi poi con effetti disturbanti” (Bick, 1968, pag. 4).*

Come scritto da Bick (1968), nel momento in cui il bambino sente il buco nero, quel vuoto così angosciante, tende ad annullare psichicamente “la distanza con l’oggetto”, nel tentativo di riavere quell’oggetto con sé, o meglio, dentro di sé, ricalcando la dimensione originaria della simbiosi con la madre. Ed è proprio in questa cornice che si staglia la dimensione del godimento associato al vuoto come tentativo di colmarlo a tutti i costi con sostituti oggettuali che però non si esauriranno mai nella realizzazione della soddisfazione. Infatti come scrive Recalcati (2021, pag. 23):

*“L’esperienza del vuoto è invece l’esperienza di una mancanza dissociata dal desiderio; il vuoto non è una mancanza che attiva il desiderio, perché il vuoto segnala piuttosto lo spegnimento del desiderio, la sua caduta, la sua eclissi”.*

In questo senso, il soggetto vuoto è colui che non ha quello *spazio creativo* proprio del soggetto mancante e quindi desiderante. Questo individuo quindi, non sente il desiderio dell’Altro, ma vive in un universo chiuso, in uno stato di congelamento. Ed è proprio in

questo stato di angoscia e di smarrimento che il soggetto tenta un'altra via, che non è quella che lo porta all'Altro, ma è la via del godimento. Quest'ultimo interviene come anestetizzante dell'angoscia, ma non ha nulla a che vedere con il piacere, anzi ha in sé una carica distruttiva che porta il soggetto ad alienarsi e infine annientarsi.

Il vuoto si configura come quella mancanza che non è stata simbolizzata, poiché non c'è stata la significazione del vuoto lasciato dall'oggetto perso. Qualcosa è andato storto nell'intervento del padre, ovvero nella separazione dall'oggetto. Così ciò che rimane è un vuoto da riempire che ostacola la nascita del desiderio, poiché come sostiene Recalcati (2021, pag. 40), *“c'è il troppo pieno e se c'è un troppo pieno non si desidera niente”*.

Il vuoto ha quindi ha che fare con l'angoscia, e la difesa di quell'angoscia è data dal sintomo che viene assunto come unica soluzione possibile.

In questo senso possiamo dire che “l'alienato” o “il soggetto vuoto”, *“non è più colui che vive fuori dal mondo, ma colui che nell'alienazione ha trovato l'unico modo possibile di essere- nel- mondo, essendo l'alienazione null'altro che l'estremo tentativo di diventare, nonostante tutto, se stesso”* (Galimberti, 2002, pag. 343).

### **2.3.1 Le non parole e l'indecifrabilità del corpo**

Per poter comprendere il nostro corpo e riconoscere i suoi segnali, è importante prima di tutto essere consapevoli di “essere il proprio corpo” e non solo di avere un corpo.

In particolare, l'esperienza corporea inizia ancor prima della nascita. Nella vita intrauterina infatti, i neonati sentono il liquido amniotico sulla loro pelle, sentono i rumori digestivi, i movimenti della mamma, il sangue che scorre, il cuore che batte. Successivamente, dopo la nascita, il bambino continua a sentire e a percepire il mondo esterno, e questo è permesso grazie a regioni sotto corticali del cervello che regolano le funzioni corporee di base, come il respiro, la digestione, il battito cardiaco, sistema ormonale ecc. Questi sistemi operano in genere senza consapevolezza, ma affinché si mantenga un equilibrio corporeo interno, e soprattutto per proteggere il proprio corpo, è importante che il sé cosciente possa cogliere le sensazioni fisiche e agire in base a queste.

Così, sentire di avere freddo a livello corporeo, ci fa agire nei confronti di tale sensazione, al fine di garantire l'omeostasi, in questo caso coprendoci. Oppure, sentire la fame a livello dello stomaco, ci obbliga a nutrirci e quindi a soddisfare tale bisogno (van der Kolk, 2015).

Tutti questi meccanismi di base, che avvengono in modo automatico e naturale, sono estremamente importanti perché ci permettono di sopravvivere e di comprendere di cosa abbiamo bisogno. Si parte quindi dal sentire una sensazione localizzata a livello corporeo, riconoscerla, dare ad essa un nome e agire in modo da garantire la soddisfazione di tale sensazione che si configura come bisogno.

Con il termine “enterocezione”, intendiamo la consapevolezza che abbiamo di tutti questi vissuti sensoriali che attraversano il nostro corpo, e maggiore è questa consapevolezza e più saremo padroni di noi stessi. Più siamo padroni di noi stessi e più sarà la sensazione che abbiamo di poter controllare la nostra vita. Da ciò ne consegue che, come sostiene van der Kolk (2015, pag. 111), *“sapere cosa sentiamo è il primo passo per capire perché ci sentiamo in quel modo”*. Infatti, ancor prima di spiegarci il perché sentiamo quel che sentiamo, già aver sentito le sensazioni viscerali nel proprio corpo, ci dà una certezza. Se siamo in connessione con le nostre sensazioni interne, e ci fidiamo del nostro corpo, questo ci permette di sentirci padroni di sé. Perché per l'appunto, noi siamo il nostro corpo.

Se al contrario, tendiamo ad ignorare i messaggi corporei o a distorcerli per mezzo della ragione, ciò creerà confusione tra ciò che sentiamo e ciò che pensiamo. Il corpo è il detentore del nostro sapere “non saputo”, ovvero non conosciuto poiché inconsapevole, è sede di quella conoscenza non verbale che si deposita ancor prima del nostro sé cosciente. Per questo motivo può accadere che il corpo senta le sensazioni prima che la mente possa comprenderle e riconoscerle. A tal proposito possiamo parlare di *Alessitimia*, che indica l'impossibilità di saper nominare l'emozione che si sta sentendo. Questa condizione è molto evidente nel caso di individui traumatizzati, i quali non riuscendo a identificare le emozioni a livello corporeo, non riescono a descrivere quello che sentono. Non essere capace di distinguere ciò che si sente da ciò che non si sente, causa un'assenza di contatto con il proprio sé e con i propri bisogni. Questo porta anche all'incapacità di prendersi cura di sé stessi e saperci fare con il proprio corpo e le proprie emozioni. In particolare questi soggetti tendono a percepire le proprie emozioni come

dei malesseri fisici piuttosto che come segnali fisiologici a cui dover dare la giusta attenzione perché portatrici di informazioni importanti relative a sé stessi e al come ci si sente realmente (van der Kolk, 2015).

L'alessitimia, si configura come sintomo trasversale a diversi disturbi, primi fra tutti i disturbi psicosomatici, problematiche organiche di cui però non si riesce a dare nessuna spiegazione a livello medico.

Freud (1985), con il termine “*nevrosi d’angoscia*” si riferisce proprio al disturbo psicosomatico, e lo distingue dal “*meccanismo di conversione isterico*”(Freud, 1892-1895). Con questi studi, lo psicoanalista introduce una differenza molto significativa tra l’uno e l’altra condizione: in particolare, se nell’isterica il sintomo somatico rappresenta una metafora dell’inconscio, o per meglio dire, un conflitto inconscio che si esprime simbolicamente sul soma, nella nevrosi d’angoscia invece, il sintomo somatico non ha nessun significato psichico, nessun senso altro di quello che è possibile osservare nel reale. Questa differenza fondamentale relativa al sintomo, ci dice qualcosa che riguarda il mondo contemporaneo e la condizione tipica del “soggetto alienato” di cui abbiamo parlato precedentemente. Nello specifico, ciò che caratterizza il soggetto vuoto, colui che “non sente” e che “non sa quel che sente”, è proprio quella condizione alessitimica che non dà spazio alla significazione del proprio vissuto corporeo. Tale individuo quindi, non è capace di simbolizzare con le parole o, con una metafora, come nel caso del sintomo isterico, un proprio vissuto e una propria emozione. In questo senso, possiamo definire il sintomo psicosomatico come un “*passaggio all’atto*” che non attraversa la mediazione simbolica, ma la iscrivere nel reale, ovvero sul proprio corpo vuoto e non “storicizzato”. Quindi, possiamo spiegare questo fenomeno come un eccesso di eccitamento corporeo che non trova una via simbolica, e che per questo, viene scaricato direttamente sul corpo (Recalcati, 2021).

## **2.4 IL PASSAGGIO AL COMUNICABILE**

*“Etimologicamente comunicare significa “mettere in comune”, stabilire un rapporto con qualcosa che non ci appartiene, per cui “essere con”, implica l’esistenza di una*

*distanza, e la volontà di un legame, che sia però in grado di mantenere quella distanza che consente alla comunicazione di non risolversi in un'identificazione (Galimberti, 2002, pag. 190)".*

Il neonato, nel momento in cui si rende conto dei suoi limiti corporei, e del fatto che al di là di quei limiti c'è uno spazio che per essere a lui presente, deve essere evocato, passa al suono simbolico, ovvero alla parola, che diventa simbolo e riempie l'assenza della cosa. Così la parola si inserisce nello spazio lasciato dalla cosa assente, consentendo al corpo di prolungarsi oltre i suoi limiti fisici. Questa capacità di prolungarsi oltre il limite corporeo, è la condizione necessaria per incontrare l'Altro.

Prima ancora però di arrivare alla parola con cui il bambino impara a nominare qualcosa e ad evocare l'altro, il suo precursore simbolico e la sua espressione primaria si configura nel "grido".

Il grido è il primo mezzo con cui l'uomo si rapporta con il mondo e con cui crea con esso un legame. Attraverso il grido, il neonato sembra che esca dai suoi limiti corporei per incontrare gli altri oggetti e investirli di significati (Galimberti, 2002).

Il grido è udito poiché irrompe quel silenzio che prima di allora irrorava lo spazio circostante. A tal proposito Casriel (1972) riporta una vignetta clinica in cui il protagonista è "il grido". In questo caso esso ha una specifica funzione: infatti, prima ancora di essere un atto comunicativo che ha luogo per incontrare l'Altro, esso viene espresso prima di tutto per incontrare il proprio Sé, e più nello specifico, la propria emozione antica che soggiaceva nel silenzio.

*"In un gruppo, una donna incominciò a parlare della sua paura. Mentre lei parlava, i minuti passavano carichi di tensione e l'angoscia, nella stanza, diventava quasi insopportabile. Le persone non riuscivano a stare ferme, tossivano, lanciavano occhiate verso di me e verso il "catalizzatore". Il leader del gruppo la interruppe con una domanda: "Hai paura?". Infastidita, la donna guardò il leader catalizzatore. "Sì, ho paura" gridò. Gli occhi le si riempirono di lacrime e la collera che covava in superficie si trasformò in paura. Poi, incominciò a gridare: "Ho paura! Ho paura! Ho paura!". Il grido si trasformò in urla." (Casriel, 1972, pag. 46).*

Dalla vignetta clinica si può evincere come il grido diventa qui espressione di un'emozione arcaica e profonda, così tanto da non avere parole per nominarla, ma comunque possibilità di esprimerla e farla emergere con tutto il suo valore comunicativo, creando le basi per la consapevolezza e la parola. Infatti, come sottolinea Casriel (1972), l'abreazione di emozioni storiche diventa terapeutica perché aiuta le persone a prendere consapevolezza dei propri sentimenti e comportamenti.

Come sostiene anche van der Kolk (2015), il silenzio viceversa, porta alla morte dell'anima. Poter dire ad un altro essere umano "Sono stata picchiata", "Sono stato deriso" ecc., è un primo passo verso la guarigione. Questo perché, nascondere prima di tutto a sé stessi le proprie emozioni ci fa essere in guerra con il nostro corpo, e priva anche della possibilità di sentirsi compresi e ascoltati dagli altri.

Da quanto detto fino ad ora, si può comprendere come la prima forma comunicativa da quando nasciamo sia proprio l'emozione. L'emozione però per essere compresa, così come anche il suo senso, il nostro comportamento e le nostre parole, è necessario che ci sia un altro essere umano che viva nello stesso "mondo" di simboli e riconosce nel gesto comunicativo dell'altro un proprio vissuto. Infatti, come afferma Merleau-Ponty (1964), solo in questo modo la comunicazione è possibile: *"Tutto avviene come se l'intenzione dell'altro abitasse il mio corpo o come se le mie intenzioni abitassero il suo"* (Merleau-Ponty, 1964, pag. 256).

Senza questa reciproca coabitazione, ognuno col proprio intimo vissuto, riconosciuto nel vissuto di un altro, la comunicazione non può avere luogo. Il linguaggio nasce infatti dall'incontro con l'altro, dove le prime parole non avevano lo scopo di *far conoscere*, ma di *far sentire* qualcosa che abitava nel nostro corpo e che volevamo condividere con l'altro (Galimberti, 2002).

Ed è proprio da questo sentire comune che si genera il significato: esso infatti si stabilisce quando la risposta suscitata dal simbolo che un soggetto produce, è la "stessa" sia per chi lo produce, sia per colui che lo percepisce. Il termine "stessa" però deve essere sempre messo tra virgolette, perché in realtà le risposte, così come i significati non sono mai gli stessi per tutti. Il significato infatti, è qualcosa di estremamente

variabile anche se deriva dalla condivisione di uno stesso “universo simbolico”. La caratteristica variabile del significato porta con sé l’incertezza: la risposta dell’altro, non può essere mai del tutto prevista e conserva per questo un carattere di imprevedibilità (Faccio, 2011).

Nel momento in cui nasciamo però, nonostante siamo immersi in un mondo simbolico, per poter comunicare con l’altro, dobbiamo apprendere tali simboli e dar loro un significato più o meno condiviso. Ma come avviene questo apprendimento?

In particolare Stern (1985) vede nei processi di “imitazione” e sintonizzazione” tra genitori e infante, le basi per l’apprendimento simbolico di cui abbiamo sopra accennato. Nello specifico, questi processi servono al bambino per lo sviluppo della sua capacità affettiva. I bambini infatti, nascono con programmi affettivi ereditari, ma questi devono essere regolati, calibrati per poter essere utilizzati al servizio della comunicazione.

Nell’imitazione la madre imita i movimenti del corpo e la voce con stessa intensità e ritmo del bambino, promuovendo in questo modo il rispecchiamento. La sintonizzazione invece, è un processo più sofisticato poiché, comincia con la stessa imitazione, ma poi il genitore decide sottoporre il ritmo proposto dal bambino a qualche piccola variazione. In questo modo il genitore non cambia radicalmente l’azione del bambino, ma ne offre una sua variante. La sintonizzazione dà così un importante insegnamento: ci sono varianti e possibilità diverse rispetto a ciò che lui produce. In questo modo il bambino si avvia verso la comprensione che gli stati affettivi assumono due punti di vista differenti: quello proprio interno, e quello che vede dall’esterno e che è dell’altro. Così facendo, attraverso la sintonizzazione, la madre gli insegna man mano a rappresentarsi simbolicamente l’altro diverso da sé e a conoscere la sua soggettività, una soggettività differente dalla propria, ma in una certa misura anche simile (Downing, 1995).

Si pensi invece cosa accade quando, al posto di una buona sintonizzazione tra genitore e bambino, ci sia una condizione di iposintonizzazione o ipersintonizzazione. Queste esperienze conducono ad una serie di conseguenze sul piano psicologico del bambino: in primo luogo, viene negato lo sviluppo di una parte della sua capacità affettiva, in particolare non riesce ad evolvere, o lo fa in maniera distorta, il contatto con il proprio sé. In secondo luogo viene a mancare la rappresentazione che il bambino può formarsi dell’altro come diverso da sé con la conseguente confusione tra l’esperienza di sé e

quella dell'altro. Questo perché le sue emozioni sono state sostituite con qualcosa di estraneo, qualcosa che non appartiene a lui, ma a qualcun altro (Downing, 1995)

A tal proposito Stern (1985, pag. 2017-2018) scrive:

*“Una madre dorme dentro l’emozione del bambino, gli ruba l’inclinazione originaria, compie di nascosto un furto emozionale. Si insinua all’interno dell’esperienza mediante la sintonizzazione e poi gli sottrae l’esperienza affettiva”.*

Lo studioso inoltre, sottolinea come il bambino sia portato a dubitare dei suoi stati interni, quando in queste situazioni, non ci trova più i suoi stati interni, ma ha subito, per l'appunto, *un furto emozionale*.

Un esempio molto esplicativo proposto da Stern (1985), è quello di una mamma psicotica ricoverata in un ospedale psichiatrico con sua figlia di dieci mesi.

Nell'osservare l'interazione che questa mamma aveva con sua figlia, c'era qualcosa fuori luogo che preoccupava il personale dell'ospedale, ma non riuscivano a identificare cosa fosse, poiché all'apparenza la mamma si prendeva cura della piccola in modo adeguato. In realtà però, attraverso l'uso di videoregistrazioni, Stern e i suoi colleghi si accorsero che la bambina, pur ricevendo frequenti contatti tattili dalla mamma, viveva in una condizione di totale deprivazione: la piccola infatti assumeva, nelle braccia della mamma, il ruolo di spettatrice passiva e sottomessa, in quanto la mamma ignorava completamente gli input non verbali della bambina.

In questo senso, spiega Stern (1985), che alla piccola non veniva dato nessun potenziale motorio, né tanto meno lo spazio di crescere, quello spazio che, da essere di sua proprietà, era stato occupato dal Sé materno.

Concludendo possiamo vedere come tra questa mamma e questa bambina non ci fosse sintonizzazione, e quindi di conseguenza non c'era comunicazione perché, come già spiegato precedentemente, essa ha luogo solo nel momento in cui c'è una certa distanza tra gli interlocutori (Galimberti, 2002).



## **2.5 ESSERE UNO PER ACCOGLIERE L'ALTRO:**

### **LA SE-PARAZIONE**

Il termine “Separare” deriva dal latino *separare* composto da se - a parte – e parare – approntare. L’etimologia del termine mette più in luce il significato della parola: infatti, separare non significa solo dividere o distinguere, ma la se-parazione ha come effetto quello di costruire due entità nuove dotate ognuna di una propria autonomia, partendo proprio dalla divisione generata (Moretti & Fascati, una parola al giorno, 2012).

Mahler (1973) chiama “separazione-individuazione” quel processo che comporta la differenziazione tra madre e bambino, dopo la fase simbiotica iniziale.

In particolare, la sua attenzione si rivolse ai movimenti motori di differenziazione che il bambino svolgeva nei confronti della madre, e tramite osservazioni, ipotizzò che il bambino tra i quattro e i cinque mesi cominci a costruire tramite il corpo il mondo differenziato, quindi a distinguere il sé dall’oggetto.

In questi mesi infatti, il bambino a contatto con un adulto, comincia a dimenarsi, a scalfiare, ad allontanare, confondendosi meno con il corpo della madre, diventando in questo modo più attivo.

Ricerche più recenti però, come quelle dell’*Infant Research* (2003), dimostrano che questo processo di “separazione-individuazione” non avvenga solo tra i quattro e i cinque mesi, ma sono due processi attivi fin dalla nascita, se non prima.

Il fatto che il bambino attivamente si impegni nella relazione con il suo caregiver ed è agente nell’interazione con il mondo, è stato studiato attraverso il concetto di *intersoggettività* introdotto da Trevarthen (1979).

Lo studio dell’intersoggettività è stato ampliato successivamente da molti studiosi, come per esempio da Meltzoff (1998), il quale ha visto che l’intersoggettività compare durante l’imitazione facciale. In particolare, alla nascita gli esseri umani si impegnano già in relazioni interpersonali attraverso l’imitazione di movimenti umani, ma non di movimenti non biologici.

Da ciò possiamo dedurre che il comportamento imitativo neonatale è selettivo per gli individui co-specifici e che per questo sono geneticamente cablati per connettersi ai propri caregiver attraverso l’imitazione e la sintonizzazione affettiva.

I bambini quindi, molto presto si coinvolgono in sequenze interattive attraverso il contatto visivo, l'espressione facciale, le vocalizzazioni e i gesti, sollecitando attivamente l'attenzione dei caregiver attraverso il proprio corpo (Lagercrantz, 2009).

Reddy (2008) inoltre, ha anche dimostrato che bambini di pochi mesi, ancor prima di sviluppare competenze linguistiche, mostravano segni di emozioni complesse e autoconsapevoli come l'imbarazzo, l'orgoglio e la timidezza. Questo è possibile dal momento che negli esseri umani le abilità motorie maturano molto precocemente.

Da questi studi si può intuire come sia semplice ipotizzare l'attività contemporanea di ciò che Downing (1995) chiama schemi di connessione e differenziazione, ovvero schemi motori e cognitivi che il bambino fin dalla nascita utilizza per entrare in relazione con il proprio caregiver. In particolare, possiamo assimilare lo schema di differenziazione alla fase di differenziazione e lo schema di connessione alla fase simbiotica ipotizzata dalla Mahler (1973). Quindi, se la studiosa sostiene che simbiosi e differenziazione avvengano in due momenti diversi dello sviluppo, Downing (1995), in virtù di nuovi studi svolti sulle abilità sociali dei bambini, sostiene che questi due "schemi" siano presenti entrambi fin dalla nascita del bambino, e che ciò che differenzia un bambino di pochi mesi da un bambino più grande è la consistenza dell'apparato muscolare e la sua conseguente possibilità di interazione con il mondo.

In questo modo, se il caregiver permette al bambino di utilizzare in modo alternato questi due schemi, non interferendo con un comportamento troppo intrusivo o troppo distaccato, il bambino impara molte abilità che hanno a che fare con il proprio corpo e il suo "essere nel mondo" come soggetto separato:

prima di tutto impara a familiarizzare con il proprio corpo, quindi a percepire i propri segnali affettivi interni. Inoltre, impara anche a segnalare e a comunicare all'altro un proprio bisogno, e di conseguenza ad autoregolarsi. Quindi, dove c'è un rispetto per l'autonomia del bambino e un riconoscimento materno dell'infante come soggetto dotato di una propria mente e proprie abilità, il bambino di conseguenza, riesce a sviluppare un senso maggiore di differenziazione di sé dall'oggetto. Questo consentirà al piccolo di formarsi una prima forma primordiale di consapevolezza relativa alla sua capacità di azione personale. Nello stato di differenziazione del bambino dall'oggetto però, egli non è solo, infatti differenziazione non è sinonimo di solitudine, ma è sentirsi agenti attivi anche solo nel richiamare l'attenzione dell'altro: si apre in questo modo quello spazio

interpersonale, spazio che non avrebbe luogo in uno stato di sola simbiosi, in cui non vi è un riconoscimento dell'altro, ma solo fusione, che per mette l'invio di segnali affettivi all'altro. Si realizza in questo modo un *“corpo sé-corporeo-che-può-gettare-il-ponte e l'altro-corporeo-che-può-essere-raggiunto-dal ponte”* (Downing, 1995, pag. 158).

A fronte di quanto riportato fino ad ora quindi, possiamo definire la se-parazione e la connessione come processi che non si esauriscono in una sola fase di sviluppo, ma che si riorganizzano continuamente nel nostro apparato psichico caratterizzandoci come esseri umani.

In particolare, essere se-parati significa renderci conto che oltre al nostro Io c'è un Altro che condivide con noi lo Spazio. Significa quindi, riconoscere l'altro come oggetto che si oppone alla nostra dimensione monistica, e per questo sicura, della realtà.

Come scrive Galimberti (2002, pag. 230):

*“Allora mi accorgo che l'altro non lo incontro come un oggetto nella mia prospettiva sul mondo, ma come colui che infrange questa prospettiva, come colui che la lacera, la spezza, fino a farle smarrire quella sicurezza che possedeva nella sua solitudine. Presentandosi con il suo corpo, infatti, l'altro non mi si annuncia come un oggetto, ma come quella certa potenza sulle cose, che le cose stesse mi rivelano quando mi si offrono rivestite di quegli strati di significati che altri vi hanno depositato, per cui esse non sono solo ciò che io potrei farne, ma sono ciò che altri possono farne.*

*Avverto allora che la potenza del mio corpo sulle cose non è più soltanto mia, ma di altri; e gli altri non sono più oggetti nel mondo, ma centri di elaborazione delle cose che possono decentrare la mia elaborazione.*

*Vedo che le cose che pensavo mie seguono un destino che non avevo previsto perché altri le tratte, e il loro trattamento mi deruba la mia potenza sulle cose che supponevo incondizionata. Il loro fuggir via [...] riduce la sicurezza che avevo quando ritenevo la mia coscienza coestensiva all'essere [...], ma si estende in un mondo più ampio che, comprendendo la mia e l'altrui visione del mondo, tutte le oltrepassa”.*

### 2.5.1 Il concetto di Alterità e il riconoscimento dell'Altro

Il termine “Alterità” deriva dal latino *alteris*, da cui deriva la parola *alter* che letteralmente significa “*altro*”, inteso come diverso e non identico (Treccani, 2006).

Per cogliere l’alterità, e quindi la diversità, siamo portati a trovare le somiglianze tra un oggetto e un altro, mettendoli a paragone. Partiamo quindi da ciò che ci è noto per poi scorge qui tratti differenti dell’oggetto etichettato come “diverso”.

In realtà però il termine Alterità, porta con sé un altro di tipo di operazione psichica ancora più sofisticata e complessa, che è quella di concepire l’altro portatore di incertezza e indecifrabilità. In questa nuova dimensione, non mi limito solo a costatare una differenza tra me e l’altro, ma accetto quello spaesamento che porta la sua differenza, in quanto non è solo *diverso* da me, ma è *altro* da me.

Ritornando alla derivazione terminologica del latino infatti, “alter” significa propriamente “un altro fra due”: ciò rimarca una dicotomia tra l’uguaglianza, e quindi l’identità, e la dimensione ignota dell’altro, e quindi di una identità *altra* (Moretti & Fascati, una parola al giorno, 2023).

A tal proposito McDougall (1990) si chiede come fa una persona a divenire distinta dalle altre, a diventare quindi individuo (*dal latino, individuum, “unità indivisibile”*) (McDougall, 1990, pag. 37).

L’autrice ipotizza che la vita psichica cominci in una condizione di fusione, da cui si genera la fantasia del bambino di essere una sola mente e un solo corpo con la madre. Quindi, pur essendo già un individuo separato con una serie di abilità innate, il lattante vede la madre non come oggetto distinto, ma come una “madre universo”, ovvero un ambiente totale di cui lui è solo una piccola parte.

Come già abbiamo avuto modo di vedere però, nel bambino c’è anche un forte bisogno di separazione, nel piccolo infatti vi è costantemente una doppia ricerca: quella di ritornare al “paradiso perduto” intrauterino in cui era un tutt’uno con la madre, e contemporaneamente quella di differenziarsi da lei per diventare individuo.

McDougall (1990) inoltre, sostiene che in ognuno di noi vi è, a livello inconscio e in profondità, la nostalgia dell’esperienza di fusione e il desiderio di “fare uno con l’altro”, e di rivivere in questo modo, quella condizione di beatitudine e onnipotenza infantile in

cui non ci sono responsabilità, né frustrazioni e desideri. In questa condizione però, viene meno la propria identità, e ciò che ne risulta è la morte psichica.

Il lottare contro tale desiderio è reso possibile da una motivazione che lo compensa che è quella di acquisire la propria soggettività. Ciò presuppone che il bambino che l'adulto è stato, abbia potuto investire libidicamente e narcisisticamente, le ferite inevitabili e necessarie dovute alla separazione e al riconoscimento delle differenze. Quando però queste ferite non vengono vissute come acquisizioni psichiche che rendono la persona capace di differenziarsi e di individuarsi, le differenze e la separazione vengono vissute come perdite che minacciano la propria immagine. Questo perché la persona del soggetto è legata a quella dell'altro che, cambiando, sia con la separazione che con l'introduzione di una differenza, crea una rottura. Per questo motivo, per non andare in contro al lutto della perdita dell'altro e alla perdita della propria immagine, *viene allora mantenuta l'illusione di un'unione fusionale con l'immagine-madre arcaica della prima infanzia (McDougall, 1990, pag. 46).*

Affinchè ciò non avvenga è necessario che la madre sia stata capace di proteggere il bambino dagli stimoli esterni e di decodificare in maniera corretta i suoi bisogni di quiete e stimolazione. Così, la rappresentazione che via via il bambino si costruisce della madre è quella legata ad una figura capace di modificare il suo stato di sofferenza psichica o fisica.

*“Un lattante che ha fame, che è bagnato, che è stato colpito, che ha paura o che è in collera, non può intervenire in alcun modo su questi stati, se non in maniera sfuggente di soddisfazione allucinatoria. Con la lenta introduzione dell'ambiente materno, il lattante comincerà a stabilire la differenza tra sé stesso e la madre e a ricorrere a lei con la piena fiducia, perché rechi conforto e sollievo alla sua sofferenza fisica o mentale. Ma quando sua madre, specialmente quando il suo piccolo soffre, non riesce, per ragioni inconsce, a proteggerlo contro un'iperstimolazione traumatica, o lo espone a un'ipostimolazione anch'essa traumatica, la cosa può portare ad un'incapacità di distinguere tra la rappresentazione di sé e la rappresentazione dell'altro e, di conseguenza, può suscitare una rappresentazione corporea arcaica in cui i contorni del corpo, l'investimento delle zone erogene e la distinzione tra il corpo materno e quello del bambino rimangono fusi” (McDougall, 1990, pag. 46-47).*

Da ciò si può dedurre come non tutti vivono la separazione e la differenza come conquiste psichiche che donano un senso alla propria vita. Queste anzi, possono essere temute perché vissute come qualcosa che svuotano l'esperienza "soggettiva". La non separazione psichica, o meglio, la lotta contro il desiderio della non separazione da cui dipende il processo di individuazione da cui si costituisce l'individuo, può dare luogo a diversi esiti come per esempio patologie borderline, personalità narcisistica, problemi di dipendenza da sostanze e alcool, disturbi del comportamento alimentare, scissione tra psiche e soma (McDougall, 1990).

## **CAPITOLO 3**

# **LA BONDING PSYCHOTHERAPY COINVOLTA NEL PROCESSO DI CAMBIAMENTO E CURA ATTRAVERSO L'ESPERIENZA DI SE' E DELL'ALTRO**

### **3.1 II BONDING E LO STATO DI BENESSERE**

Nel secondo capitolo abbiamo già approfondito cosa si intende per “Bonding” e quanto esso si configuri come bisogno primario dell’essere umano.

In questo paragrafo invece, focalizzeremo l’attenzione su come il bonding sia in grado di generare benessere nell’adulto e non solo nel bambino. Un’esperienza positiva di bonding in età adulta però, è più probabile trovarla in tutte quelle persone che in età precoce hanno sperimentato un bonding amorevole. Non è scontato infatti che un soggetto in età adulta sia in grado di ricevere amore e vicinanza o di offrirla.

Secondo Heller (2018), vi sono cinque stili di sopravvivenza che derivano a loro volta da cinque bisogni di base:

- Stile di sopravvivenza di “connessione”
- Stile di sopravvivenza di “sintonizzazione”
- Stile di sopravvivenza di “fiducia”
- Stile di sopravvivenza di “autonomia”
- Stile di sopravvivenza di “amore-sessualità”

Ognuno di questi stili ricalca una modalità tipica che il soggetto ha di entrare in relazione con l’altro, senza passare per la via scomoda del con-tatto con l’altro.

In particolare lo stile di sopravvivenza di “connessione” è agito da tutte quelle persone che da bambini sono state vittime di traumi precoci, come per esempio problemi durante la gravidanza, parti a rischio, prematurità. Questi bambini sperimentano la dolorosa

esperienza del rifiuto e dell'isolamento che li portano a sentirsi un peso e a vergognarsi del semplice fatto di esistere.

Da adulti possono adottare due tipi di strategie difensive: la razionalizzazione o la spiritualità. Il soggetto razionalizzante è colui che evita e limita al massimo le relazioni umane facendo leva sulla produttività e sul lavoro. Il sottotipo spiritualizzante, invece, si dedica a percorsi spirituali in modo da compensare quell'amore che non sente di poter ricevere dagli altri e che, solo in dio può trovare. Aldilà della strategia utilizzata da queste persone con questo tipo di stile, la credenza sottostante è quella di sentirsi fieri di sé stessi, perché loro, rispetto agli altri si credono più forti perché non cedono alle emozioni del contatto con gli altri. In realtà, come sottofondo, vi è un senso di vergogna che non riescono ad accettare e che li privano della capacità, oltre che del beneficio, di entrare in relazione autentica con l'altro.

Lo stile di sopravvivenza di "sintonizzazione" viene invece utilizzato da tutti quegli individui che nei primi due anni di vita hanno sperimentato rotture dell'attaccamento o inadeguate esperienze di sintonizzazione con i propri genitori. Vissuti come questi, impediscono al bambino di imparare a sentire le proprie emozioni e a riconoscerle. Da adulti tendono per questo motivo ad essere in conflitto tra i propri bisogni, che non riescono a soddisfare, e la paura di deludere e di essere abbandonati dagli altri nel caso in cui dovessero esprimere tali bisogni. In particolare, di questo stile esistono due sottotipi: quello "inibito", in cui la deprivazione è stata più precoce e severa, e si è trovato nella condizione di sopprimere i propri bisogni, e quello "insoddisfatto" in cui la deprivazione non è stata così grave come quella del primo sottotipo, e si trova da adulto alla costante ricerca di appagamento.

Lo stile di sopravvivenza "di fiducia", è adottato da quelle persone cresciute in famiglie che usavano i bisogni di attaccamento e di dipendenza del piccolo per altri scopi o che li manipolavano attraverso questi bisogni. Questi bambini imparano ad associare la dipendenza dagli altri e la fiducia, all'essere automaticamente traditi e usati. Vivono l'esperienza di non essere amati per ciò che sono, ma per il tipo di vantaggio che possono dare a qualcuno, e per questo motivo, ben presto imparano a non fidarsi degli altri e a manipolarli cercando in tutti i modi di controllarli. Da adulti si aspetteranno di essere traditi e usati e non riusciranno ad avere fiducia nell'altro, allo stesso tempo,



nell'aspettativa che ciò accada, saranno loro per primi a tradire e a manipolare, riducendo la relazione con l'altro ad un mero gioco di potere.

Queste persone saranno così spaventate dalla loro vulnerabilità che cercheranno di proteggerla non concedendosi un vero rapporto di vicinanza con l'altro, poiché in loro il legame evocherà il fantasma dell'impotenza sperimentata da bambini.

Lo stile di sopravvivenza "di autonomia" invece, viene utilizzato da soggetti che erano stati bambini figli di genitori molto ansiosi e iperprotettivi, che hanno minato l'autonomia del proprio piccolo in una fase in cui il bambino vuole e deve "fare da solo". Questi genitori tendono ad essere così oppressivi e invadenti che inducono il piccolo a sentirsi in colpa o a provare vergogna se non fa, e ancora peggio, se non è come vogliono loro. Questi bambini tendono ad adattarsi risultando compiacenti per non compromettere la relazione con i genitori, ma segretamente nutrono fastidio e rabbia nei loro confronti e da adulti saranno fortemente in conflitto tra l'essere realmente sé stessi o il compiacere gli altri. Si troveranno in questo modo a vivere nel dilemma tra l'essere autonomi e saper dire i "no" e la paura dell'abbandono. Per questo motivo, apparentemente daranno l'impressione di essere sempre accondiscendenti e disponibili per gli altri, ma in realtà si terranno sempre a distanza da una relazione intima con l'altro per la paura di deludere le aspettative altrui e di essere abbandonati.

Infine, lo stile di sopravvivenza di "amore-sessualità", è proprio di quei soggetti che quando erano bambini hanno avuto dei genitori che tendevano ad inibire la sua naturale curiosità ed espressione sessuale. Questi genitori tendevano ad incoraggiare maggiormente aspetti di tenerezza, piuttosto che di eccitazione e curiosità sessuale del bambino.

Respirando questo atteggiamento genitoriale, il figlio in età adulta può adottare due strategie difensive da cui si genereranno due sottotipi di persone: il sottotipo romantico e quello sessuale. In particolare, nel sottotipo romantico vi è un'idealizzazione dell'amore e del matrimonio, questo soggetto è capace di amare, ma allo stesso tempo è molto a disagio con la sessualità. Il sottotipo sessuale invece, utilizzando la seduzione, tende a sessualizzare le relazioni e a rendersi in tutti i modi desiderabile per rafforzare la sua autostima. Si concentra molto sulla performance sessuale piuttosto che sull'esperienza intima e profonda della relazione, infatti tende ad essere molto spaventato dalla vicinanza e dall'intimità.

Da quanto affermato da Heller (2018) quindi, è possibile dedurre come nelle persone vi sia una difficoltà di entrare in relazione gli uni con gli altri, che si traduce come difficoltà di fare esperienza di intimità e vicinanza, di amare e/o di essere amati.

Per ripristinare la propensione di queste persone al contatto, bisognerebbe ri-attivare un bisogno molto primitivo di accudimento, un bisogno che è stato interrotto per “sopravvivenza”, ma che continua a premere per ricevere soddisfazione, seppur prendendo strade diverse, così come abbiamo visto con i cinque stili enunciati dalla studiosa (Heller, 2018).

Per questo motivo, la Bonding Psychotherapy si pone come obiettivo la stimolazione di questo bisogno antico e la sua soddisfazione. Tra il bisogno e la sua soddisfazione però, passa l’esperienza del bonding che viene esperito in età adulta sotto una nuova luce.

L’esperienza del bonding in età adulta, di cui l’abbraccio rappresenta l’incontro profondo con l’altro, in cui ognuno dona sé stesso e riceve l’altro, (Kooyman, Olij, & Storm, 2014), così come in età infantile, genera benessere sia a livello psicologico che fisiologico. Infatti, Casriel (1972) colloca tale bisogno proprio tra quelli fondamentali per la sopravvivenza, e paragona questo bisogno di sentirsi legato agli altri, e quindi di appartenenza intima, al bisogno di attaccamento descritto da Bowlby (1969). Come già accennato precedentemente, il bisogno di attaccamento, ovvero quel legame duraturo che si instaura tra caregiver e bambino (Stauss & Ellis, 2007), segue quello di bonding, e assieme contribuiscono a garantire nell’adulto un buon livello di autostima, una buona esperienza di intimità fisica ed emozionale con l’altro e un buon senso di autoefficacia. Inoltre rende anche le persone capaci di fiducia negli altri, a migliorare la qualità delle relazioni e a godere dei piaceri della vita (Kooyman, Olij, & Storm, 2017).

### **3.2 CONOSCERE LE PROPRIE EMZIONI**

La Bonding Psychotherapy, attraverso il gruppo, permette di far rivivere ai partecipanti esperienze emozionali conflittuali vissute precedentemente con i propri familiari. Per questo motivo si può parlare di “gruppo primario familiare” (Yalom, 2005). Attraverso questa riproposizione dell’esperienza emozionale quindi, il partecipante ha la possibilità di conoscere l’emozione o le emozioni sottostanti a comportamenti e atteggiamenti

disfunzionali che li hanno generati. In questo modo, la persona, rivivendo quella stessa dinamica relazionale che ha messo in atto per la prima volta in famiglia, e successivamente riproposto anche nelle altre relazioni, avrà ora per la prima volta la possibilità di scegliere “un'altra strada” di comportamento, partendo però dal riconoscimento e dalla consapevolezza delle sue emozioni, che lo hanno condotto a reagire in quel modo piuttosto che in un altro.

Yalom (2005) infatti, sostiene che il gruppo terapeutico funzioni come una famiglia allargata, e partendo da alcune delle sue caratteristiche, coglie diverse somiglianze, come per esempio l'intimità, il coinvolgimento, gli elementi che le compongono, come fratelli e figure genitoriali. In questo modo, si possono simulare esperienze traumatiche con partecipanti del gruppo che ricordano i membri familiari coinvolti in tali esperienze. In questa dinamica è importante sottolineare come i conflitti emozionali non vengono solo rivissuti, ma vengono rivissuti in modo correttivo.

In particolare, secondo l'approccio della BP, alla fine del lavoro terapeutico si dice che la persona deve essere “chiusa”, ovvero non può essere lasciata in balia delle emozioni, ma che queste stesse devono essere vissute fino in fondo, ri-conosciute e accettate, e poi per questo “superate” assieme all'evento traumatico o conflittuale. La persona deve aver concluso il lavoro con la consapevolezza di quello che ha vissuto, o per lo meno deve aver preso una posizione, in linea con i suoi bisogni e il suo sentire, rispetto a quanto accaduto emotivamente nell'esperienza di gruppo.

Oltre ad avviare un'esperienza correttiva relazionale, conoscere le proprie emozioni serve anche a relazionarsi in modo autentico con l'altro.

Infatti, come sostiene Casriel (1972, pag. 176-177):

*Se una persona “non riesce a manifestare i sentimenti con i quali gli altri possono identificarsi, non sarà in grado di coinvolgerli emotivamente. Si limiterà a comunicare dei fatti. Sarà in quello stato che i pazienti dei miei gruppi chiamano "spento", vale a dire, fuori del contatto con le sue "emozioni viscerali". Non ci potrà essere un reale rapporto emotivo con gli altri. Può sentirsi offesa e in collera perché nessuno vuole ascoltarla. È lontana, a livello conscio, dalle proprie emozioni profonde e, tuttavia ha sofferto per anni. È probabile che non capisca perché gli altri non rispondono a "ciò*

*che lei sente", mentre, in realtà, non prova affatto l'emozione di cui parla. [...] Ma finché lei non oserà manifestare agli altri la sua emozione, non potrà verificarsi quel contatto emotivo reale di cui hanno bisogno tutti gli esseri umani" .*

Se infatti solo con sé stessi è possibile rimanere su un piano di “non sincerità” emozionale, nella Bonding Psychotherapy le persone sono sin da subito messe a confronto con le proprie emozioni autentiche. Ed è proprio attraverso questa espressione emozionale onesta che la comunicazione con l’altro diventa efficace e può avere luogo la creazione di un rapporto emotivo sincero. Casriel (1972) continua sostenendo che gli esseri umani hanno bisogno di dare vita a questa comunicazione emotiva con gli altri, ma che solo sentendo e riconoscendo le proprie emozioni, possono avviare tale esperienza emotiva. In questo modo si sviluppa nel gruppo la capacità di mettersi in rapporto con gli altri in un clima di totale fiducia.

Tutto questo aiuta le persone ad acquisire la capacità di esprimere le proprie emozioni e sentimenti, ma anche a rispondere a quelli altrui. Tale capacità li rende, utilizzando le parole di Casriel (1972), “più umani”.

*“Quello che è più importante è che, attraverso questo metodo, l’individuo impara a sentire il piacere genuino - il piacere di essere sé stesso, pieno di opportunità nella propria vita, compresa la possibilità di avere rapporti significativi con altre persone. È questo senso piacevole di sé stessi e degli altri che può portare ad avere una vita più libera e più felice. Malgrado il duro lavoro che comporta la modificazione di schemi di vita da lungo tempo sclerotizzati, fondamentale, ogni essere umano si trova soltanto a un grido dalla felicità” Casriel (1972, pag.67).*

### **3.3 LA FIDUCIA IN SE’ E NELL’ALTRO**

Prima di trattare il significato del termine fiducia, è importante focalizzarci sul significato del termine fede, un costrutto antecedente al primo. Quest’ultima ha la capacità di attivare una grande quantità di energia e risorse e, come sostiene Neri (2021),

il Fattore F (fede) in psicoanalisi è un'attitudine dello psicoanalista necessaria per sostenere l'attesa di qualcosa che in terapia non si è ancora realizzata.

A tal proposito, Bion (1970) parla di "Atto di fede" come quella capacità di avere fede in quelle intuizioni che sovengono all'analista durante il lavoro terapeutico che però non trovano ancora corrispondenza nei fatti reali. Egli infatti scrive:

*"Attraverso la F, si possono "vedere", "udire" e "sentire" i fenomeni mentali della cui realtà un analista che ha pratica della psicanalisi non ha dubbio, sebbene non sia in grado di rappresentarli in modo sufficientemente accurato con una qualunque delle formulazioni teoriche che ha a sua disposizione" (Bion, 1970, pag. 57-59).*

Neri (2021) continua il discorso relativo alla fede estendendolo, non solo come abbiamo visto nell'osservazione scientifica svolta dall'analista, ma anche al suo valore clinico e terapeutico. In particolare la fede, diversamente dalla fiducia, non ha bisogno di verifiche: si può dire che va al di là della ragione, e per questo motivo infatti, spesso assume un connotato mistico e religioso. Per questo, nonostante il rischio e la paura a cui ci si sente esposti nel momento in cui entriamo in relazione con l'altro, la fede è quell'elemento che ci permette di affidarsi con maggiore sicurezza all'altro, pur mantenendo una condizione di isolamento. La fede diventa quindi paradossalmente un "escamotage" per affidarsi agli altri, pur mantenendo uno pseudo controllo psichico su sé stessi e su ciò che può accadere, nel momento in cui ci relazioniamo con gli altri.

La fiducia invece, segue una logica diversa: essa infatti nasce da un rapporto duraturo, consolidato e affidabile. In questo caso, le persone di cui ci fidiamo ci hanno dato diverse prove della loro sincerità. La fiducia sorge così da una serie di verifiche "andate a buon fine", diversamente dalla fede che invece non richiede nessun tipo di evidenza.

L'iniziale emergere della fiducia però, porta sempre con sé quella paura e quel timore di perdita di controllo, poiché essa spinge a far maturare la relazione e a renderla sempre più stretta e intima. Inoltre, questi sentimenti sono anche indice dell'emergere di speranza che, da aspettativa generica, diventa sempre più precisa e focalizzata.

Dopo un momento iniziale di timore, la stabilizzazione della fiducia ha luogo nel momento in cui si ha la sensazione di potersi affidare all'altro, e continua a crescere con

l'aumentare della percezione di sicurezza che abbiamo rispetto all'affidabilità di questi rapporti. Allo stesso tempo però, il lavoro relativo alla stabilizzazione della fiducia, non dipenderà solo dall'affidabilità del rapporto con l'altro, ma deve sempre fare i conti con la capacità della persona di tollerare l'incertezza connaturata nelle relazioni umane. L'ambiente esterno infatti, non è mai totalmente affidabile: le persone mutano e nel loro mutare portano con sé manchevolezze. Per questo motivo, la persona che ha fatto un buon lavoro basato sulla fiducia, è quella che tollera questo aspetto mancante dell'altro, che porta con sé la delusione di un'aspettativa, ma che comunque conserva la fiducia (in sé e nell'altro), proprio avvalendosi della sicurezza che ha in sé e dell'autostima che possiede. Da ciò possiamo dedurre come l' avere fiducia dipenda proprio dalle risorse che abbiamo, affinché quelle delusioni possano essere "banalizzate", ovvero considerate come il risultato della limitatezza dell'uomo, un errore e non come frutto di un tradimento o una ferita intenzionale.

A proposito della fiducia, Casriel (1972) chiama "bondedness" quel sentimento di unitarietà del nostro essere che si caratterizza come base per imparare ad avere fiducia negli altri. Più nello specifico, l'autore sottolinea che è proprio dalla percezione di sentirsi e di essere limitati che nasce il bisogno di affidarsi all'altro, da cui deriva la prova che l'essere umano non basta mai a sé stesso.

In particolare Casriel (1972), sostiene che un sentimento fortemente collegato alla fiducia è l'amore, ovvero il bisogno più importante per l'essere umano, proprio perché nasce dall'aspettativa che la persona che amiamo possa soddisfare i nostri bisogni. L'amore inoltre comprende il bisogno di "sentirsi in contatto" con gli altri, ma quest'ultimo presuppone un accordo, ovvero quello di poter dare e ricevere fiducia.

Casriel (1972, pag.172) afferma: "*L'uomo deve poter vivere in una atmosfera di fiducia nella quale poter manifestare le emozioni biologiche che egli tiene nascoste contro le azioni della "nongente"*".

Con questo Casriel (1972) vuole sottolineare come la fiducia sia quell'elemento che l'amante dà al proprio amato affinché possa sentirsi veramente libero di manifestare le proprie intime emozioni, senza il bisogno di nasconderle per proteggerle. La manifestazione di queste emozioni può essere letta come un dono che l'amante fa all'amato di cui riconosce la sua singolarità.

Ed è proprio in questo riconoscimento dell'unicità dell'altro che si instaura una riconoscenza, intensa anche come gratitudine dell'essere semplicemente quel che l'altro è: una persona affidabile e quindi degna di fiducia.

A tal proposito, anche Jaspers (1919, pag.145) afferma che è proprio il legame amoroso che divide le persone in “individui” e “non-gente”:

*l'amore “è ciò che fonda concretamente la nozione di individuo, che acquista senso solo nel movimento dell'amore. Solo per l'amante esso è individuo; per gli altri non è che singolarità casuale, individuo fra molti”.*

### **3.3.1 L'esperienza del contenimento e la fiducia**

In questo paragrafo ci focalizzeremo su come si costruisce la fiducia nell'infanzia, fino ad avere un senso di fiducia saldo in età adulta. In particolare, uno degli aspetti rilevanti e influenti sulla sua formazione è la regolazione emotiva, uno degli aspetti centrali dello sviluppo psicologico del bambino. La regolazione emotiva comincia già nel periodo neonatale e si caratterizza come quel processo attraverso cui l'infante gestisce le proprie emozioni. Tale processo inoltre, coinvolge sia aspetti genetici, che aspetti sociali e relazionali in cui l'individuo è immerso (Crowell, 2021). L'avere o no una buona capacità di regolazione emotiva quindi, non dipende solo dall'individuo stesso, ma questo è l'esito di una co-costruzione che avviene all'interno del rapporto con i genitori. sostiene che la regolazione emotiva può essere suddivisa in due componenti: la componente reattiva, a sua volta composta dalla soglia, che valuta la sensibilità del bambino rispetto ad uno stimolo, e il livello di intensità dello stimolo che valuta la reazione negativa allo stesso. La componente reattiva è quindi facilmente associabile a quello di irritabilità, mentre la seconda componente, ovvero quella regolatoria, fa riferimento a quegli aspetti che consentono al bambino di non reagire allo stimolo in modo “reattivo”, ma di modulare la sua reazione emotiva.

A tal proposito, Schore (1994), sostiene come sia significativa l'importanza della sintonizzazione del genitore, intesa come quella capacità di generare sincronicità di stati affettivi tra bambino e caregiver, per la costruzione della regolazione affettiva nel bambino. Infatti, è proprio la risonanza emotiva tra genitore e infante che dà vita all'esperienza di essere riconosciuti, visti, sentiti e accettati. Da ciò potremmo dire che la

regolazione affettiva è il primo e principale compito e “insegnamento” che il genitore svolge. Questo insegnamento però, avviene solo nel momento in cui i genitori hanno, prima di tutto, la capacità di mantenere in equilibrio la propria regolazione, e solo in questa condizione che riusciranno, in modo competente, a regolare lo stato emotivo del figlio e successivamente a insegnargli le strategie per autoregolarsi.

Per questo motivo, alla base di tale competenza vi è la relazione di attaccamento tra genitore e figlio, il quale costituisce il setting fondamentale per lo sviluppo del bambino (Riva Crugnola, 2012).

La regolazione interattiva, che prende vita nella relazione diadica, è il risultato di fattori neurobiologici pre e post natali del bambino, e fattori epigenetici. In particolare, la teoria della regolazione affettiva di Hill (2017), si focalizza sulle componenti sottostanti alla relazione di attaccamento, per spiegare come la regolazione emotiva sia associata a particolari caratteristiche delle diverse tipologie di attaccamento.

Queste componenti sono: i processi attentivi, il comportamento relazionale, la regolazione affettiva e mezzi di regolazione affettiva.

Di seguito si riporta la tabella proposta dall'autore (Hill, 2017, pag.36):

<i>Caratteristiche</i>	<b>Attaccamento Sicuro</b>	<b>Attaccamento Evitante</b>	<b>Attaccamento Ansioso-ambivalente</b>	<b>Attaccamento Disorganizzato</b>
<i>Dispiegamento Dell'attenzione</i>	Diretta verso l'attesa della soluzione dello stress	Distolta dall'attesa di fonte di stress	Ipervigilante nei confronti dell'attesa di fonte di stress	Attenzione disorientata, caotica
<i>Comportamento Realazionale</i>	Va in direzione della figura di attaccamento	Si allontana dalla figura di attaccamento	Si muove contro la figura di attaccamento	Movimenti relazionali incoerenti o contraddittori
<i>Regolazione Affettiva</i>	Resiliente	Stati prolungati di ipoarousal	Stati prolungati di iperarousal	Pattern caotico di iper e ipo arousal



<i>Mezzi di Regolazione Affettiva</i>	Sia regolazione diadica che autoregolazione	Auto - regolazione	Regolazione diadica	Né regolazione diadica né autoregolazione
---------------------------------------	---	--------------------	---------------------	---

Un genitore che ha una propria modalità di regolazione delle situazioni stressogene di tipo *up*, darà vita nel bambino ad un *iperaousal*, che si tradurrà nell'abbassamento della soglia di tolleranza della minaccia e della frustrazione. Al contrario, un genitore che ha una modalità di regolazione *down*, genererà nel figlio un *ipoarousal*, che con il tempo incisterà la tendenza ad un comportamento più evitante. Il genitore che invece è incapace di regolare il proprio stato emotivo, metterà in atto dei pattern caotici, e per questo, non sarà in grado di trasmettere nessun tipo di strategia autoregolatoria organizzata al figlio.

Hill (2017), afferma che la competenza di regolazione emotiva è l'elemento fondamentale per un sano sviluppo dell'individuo, sia in termini emotivi, ma anche evolutivi. Tale capacità infatti, pone il bambino in stati della mente regolati che gli permettono, non sentendosi minacciato e sopraffatto da stati emotivi ipereccitati o angoscianti, di attivare in questo stato di equilibrio emotivo, il sistema esplorativo. Quest'ultimo, pone il bambino in un atteggiamento di apertura verso l'ambiente esterno e di esplorazione verso il Sé e l'Altro, in una condizione di sicurezza e fiducia (Liotti, 2014).

### **3.4 LA BONDING PSYCHOTHERAPY: UNA NUOVA PROSPETTIVA**

La Bonding Psychotherapy, teorizzata e pervenuta a noi grazie allo psichiatra Casriel (1972), nel tempo si è sviluppata mediante i contributi scientifici di Stauss ed Ellis (2007), Stadtmüller e Gordon (2011) e Kooyman, Olij, e Storm (2014). Contributi che hanno reso evidente, come abbiamo già avuto modo di vedere in questo elaborato, l'efficacia dell'approccio della Bonding Psychotherapy. Quest'ultimo però ha sicuramente bisogno di ulteriori studi scientifici e aggiornamenti che possano andare nella direzione già teorizzata e verificata da questi autori. Un altro studio molto recente è quello di Genuin (2020): quest'ultimo ha rilevato dei risultati promettenti rispetto all'efficacia dell'approccio della Bonding Psychotherapy. In particolare in tale studio è stato misurato l'impatto del singolo gruppo di BP sui partecipanti, e da ciò è emerso che i soggetti sperimentavano, subito dopo la partecipazione al gruppo, una sensazione di benessere, rilevando significativi cambiamenti a livello dello stato mentale ed emotivo, della regolazione delle emozioni e del funzionamento interpersonale.

Il presente progetto di ricerca, portato avanti in collaborazione con la SIPE (Società Italiana di Psicoterapia Emozionale), vuole essere un lavoro di prosecuzione rispetto ai risultati emersi nello studio già citato di Genuin (2020). Infatti, questo progetto di ricerca si propone di valutare, per un tempo più prolungato (due gruppi BP), l'impatto di più di un gruppo di BP e di misurarne l'impatto sui soggetti.



## **CAPITOLO 4**

### **VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEI GRUPPI DI BONDING PSYCHOTHERAPY**

#### **4.1 DESCRIZIONE DEL PROGETTO**

La presente ricerca è stata svolta dal Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università degli Studi di Padova, in collaborazione con la SIPE (Società Italiana di Psicoterapia Emozionale) che fa parte della società più ampia ISPB (International Society for Bonding Psychotherapy).

Alla luce del quadro teorico presentato, il progetto si propone di validare l'efficacia della Bonding Psychotherapy, come metodo in grado di generare uno stato di benessere con un conseguente miglioramento dello stato emotivo nei partecipanti che fanno esperienza del *contatto* all'interno del gruppo. Un aumento di consapevolezza delle proprie emozioni e degli atteggiamenti di base, e aumento di fiducia negli altri con un miglioramento della qualità delle relazioni.

La rilevazione di questi cambiamenti è stata svolta tramite la somministrazione pre-post BP di quattro questionari self-report. La fase di somministrazione dei test è stata programmata da marzo a ottobre 2023 per un totale di sette mesi, coinvolgendo 129 soggetti che hanno partecipato per la prima volta a un gruppo di BP, e 48 soggetti che hanno partecipato almeno due volte all'intervento di BP.

Dal momento che alcuni costrutti indagati, come per esempio quello relativo all'attaccamento, indagato con il questionario RQ (Horowitz & Bartholomew, 1991), e la misurazione della consapevolezza emotiva, misurata con il questionario DERS (Gratz e Roemer, 2004), sono costrutti di tratto del soggetto e non di stato: ovvero costrutti che non tendono a variare facilmente poiché stabili e formati molto precocemente nel soggetto, è più probabile ottenere una loro modifica significativa misurabile dopo la partecipazione a più gruppi BP.

Diversamente, la misurazione di una variabile definita di stato, come per esempio quella relativa al miglioramento dello stato di benessere e rilassatezza, misurata con il

questionario WHO-5 (OMS, 1998), si è ipotizzato variare più velocemente delle prime, e per questo, il cambiamento in tale costrutto, è possibile osservarlo già con i soggetti che hanno partecipato ad un solo gruppo BP.

#### **4.1.1 Obiettivi della ricerca**

Il progetto si propone di indagare, attraverso la somministrazione pre-post di una batteria di test, l'impatto che il gruppo di Bonding Psychotherapy (BP) ha sui partecipanti. In particolare, si propone di rilevare l'efficacia del gruppo nel determinare un cambiamento nello stato emotivo percepito dai soggetti, nella percezione di consapevolezza delle proprie emozioni e regolazione emotiva. Inoltre, si pone anche l'obiettivo di valutare l'efficacia del gruppo nel migliorare la percezione degli stili relazionali dei singoli soggetti, con particolare attenzione ai costrutti di attaccamento e di fiducia relazionale/interpersonale. Verrà proposto anche uno strumento che va ad indagare la fiducia nel metodo BP, come variabile rilevante predittore di outcome positivo dell'esperienza nei gruppi.

Nel presente studio verranno presi in considerazione tre modalità di gruppi BP:

“Gruppo di metà giornata” (4/6 ore), “Gruppo giornaliero” (più di 6 ore), “Gruppo intensivo” (2/3 giorni residenziali, “marathon”). L'efficacia dei gruppi BP verrà studiata in relazione alla durata del gruppo e sarà possibile monitorare il cambiamento a seguito della partecipazione a uno o a più gruppi, dipendentemente dal costrutto indagato.

#### **4.1.2 Ipotesi della ricerca**

Alla luce degli obiettivi preposti e sulla base della letteratura, sono avanzate le seguenti ipotesi di ricerca:

*Hp 1:* Al termine di ogni gruppo, ci aspettiamo un miglioramento dello stato mentale ed emotivo, in particolare una diminuzione dei sintomi come ansia e depressione. Una significativa riduzione dello stress, un maggiore rilassamento e aumento delle emozioni

positive, del benessere e dell'energia nei soggetti (Kats, 2004; Maertens, 2006; Fisseni, Stauss, von Wahlert, Mestel, 2008).

*Hp 2:* Ci aspettiamo di rilevare una maggiore autoregolazione emotiva, maggiore consapevolezza rispetto alle proprie sensazioni, grazie a una maggiore capacità di riconoscerle, accettarle ed esprimerle nel modo appropriato a livello interpersonale, con conseguente diminuzione delle condotte impulsive.

*Hp 3:* Ci aspettiamo un miglioramento della percezione degli stili relazionali dei soggetti. In particolare, da una percezione di uno stile relazionale insicuro, caratterizzato dalla paura della vicinanza, della separazione e della mancanza di fiducia interpersonale, ci si attende una modifica della percezione nella direzione di un attaccamento sicuro, nei soggetti che hanno partecipato a più gruppi BP (Casriel, 1972), in una sessione temporale prolungata.

## **4.2 MATERIALI E METODO**

Di seguito sono riportati i metodi, i materiali e le procedure utilizzate per lo studio esplorativo.

### **4.2.1 Partecipanti**

Il campione è stato reclutato grazie alla survey online, somministrato all'inizio dei gruppi BP, la partecipazione è stata volontaria.

Sono stati reclutati 129 soggetti che per la prima volta hanno partecipato all'intervento del gruppo di BP. Di questi, un sotto gruppo di 48 soggetti, di cui 20 maschi (41,7 %) e 28 femmine (50%), di età compresa tra i 20 e i 61 anni (Media = 38,32; Deviazione Standard = 9,501) ha partecipato anche a un secondo intervento di BP. La maggior parte dei partecipanti (47) ha la cittadinanza italiana (97,9%), solo una persona ha invece cittadinanza spagnola (2,1%). Per quanto riguarda lo stato civile, la maggior parte dei soggetti (24), sono celibi/nubili (50,0%), 14 persone sono invece coniugate (29,2%), mentre 6 persone sono separate/divorziate (12,5%). Ci sono 36 soggetti (66,7%) che

hanno già partecipato ad almeno un gruppo BP, mentre 12 soggetti sono alla loro prima esperienza di partecipazione (25%). Il numero delle partecipazioni delle persone che avevano già svolto il lavoro con il gruppo BP, va da un minimo di 1 ad un massimo di 150 gruppi BP. Delle persone che invece non avevano partecipato a nessun gruppo PB, 8 di loro non avevano mai fatto terapia individuale o di gruppo (8,3%), mentre gli altri 40 soggetti avevano già svolto o terapia individuale o di gruppo (83,3%). Di quest'ultimi, 14 soggetti non svolgono attualmente nessun tipo di terapia (29,2%), i restanti 34 invece continuano a svolgerla (70,8%).

#### **4.2.2 Procedura**

Il campionamento si è svolto in sette mesi, da marzo a ottobre 2023 e si è caratterizzato da più sessioni di test. In particolare il campione è stato reclutato da diverse zone di Italia, dove alcuni terapeuti hanno preso parte al progetto di ricerca e, avvalendosi delle surveys online, hanno inviato il link dei questionari self-report ai partecipanti.

Ai partecipanti alla ricerca è stata somministrata una batteria di test che include quattro questionari self-report, una domanda aperta relativa al trauma con risposta facoltativa, una scheda anagrafica per la raccolta di informazioni di carattere sociodemografico, tre domande di approfondimento sul Covid-19 e delle domande per sondare la partecipazione precedente dei soggetti ai gruppi BP. In particolare, l'ultimo questionario relativo alla fiducia epistemica nel metodo BP, la domanda aperta facoltativa relativa al trauma, le domande di approfondimento sul Covid-19 e la scheda sui bondings groups, come anche la scheda anamnestica, sono state introdotte solo nella survey del pre-test di tutti quei soggetti che partecipano per la prima volta al gruppo BP, e inserite come domande di screening e di controllo delle variabili sopracitate.

Nello specifico i test standardizzati che sono stati somministrati sono rispettivamente il *Who-Five Well-Being Index* (WHO-5; OMS, 1998) per la valutazione dello stato di benessere, la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004, trad. it; Sighinolfi, Norcini Pala, Chiri, Marchetti, & Sica, 2010) per il rilevamento delle difficoltà nella regolazione emotiva, il *Relationship Questionnaire* (RQ; Bartholomew & Horowitz, 1991), per il rilevamento del cambiamento degli stili relazionali e dell'attaccamento e l' *Epistemic Trust, Mistrust and Credulity Questionnaire* (ETMCQ;

Liotti, Milesi, Spitoni, Tanzilli, Speranza, Parolin, Campbell, Fonagy, Lingiardi, & Giovanardi, 2023) per il rilevamento della fiducia di base nel metodo della BP.

La somministrazione della batteria dei test pre-gruppo, ha luogo nella settimana immediatamente precedente il gruppo. Tale somministrazione però, come già detto in precedenza, deve essere svolta solo alla prima partecipazione alla ricerca e non prima della partecipazione ad ogni gruppo. Questa misurazione fungerà da baseline per i confronti con le successive somministrazioni.

La batteria dei test post-gruppo invece, deve essere somministrata subito dopo il gruppo e compilata entro tre giorni dal termine del gruppo.

La compilazione delle batterie di test richiede una durata di circa 10/15 minuti di tempo. Per procedere con la somministrazione dei test è stato necessario ottenere l'autorizzazione da parte dei soggetti alla partecipazione alla ricerca, e l'autorizzazione per il trattamento dei dati personali è stato ottenuto tramite il consenso informato (Approvazione del Comitato Etico Interdipartimentale per la Ricerca Psicologica, numero 3512/data 24.04.2020). Inoltre, prima della compilazione dei questionari, sono stati spiegati verbalmente, ai soggetti partecipanti, sia il progetto della ricerca, sia le sue finalità. I dati sono stati raccolti in forma confidenziale, ovvero associando il nome ad un codice, e utilizzati per soli scopi scientifici e statistici, nel rispetto delle norme sulla riservatezza.

### **4.2.3 Strumenti utilizzati**

In questo paragrafo verranno descritti i questionari utilizzati per lo svolgimento della ricerca. In particolare, verranno descritti i cinque questionari self-report e i lavori svolti per la loro traduzione e validazione in lingua italiana.

#### **Who-Five Well-Being Index (WHO-5)**

Il WHO-5 (OMS, 1998) è un questionario costituito da 5 item, utilizzato per valutare il benessere psicologico soggettivo dell'individuo. Il WHO-5 (OMS, 1998) è stato pubblicato per la prima volta nel 1998 e poi tradotto in trenta lingue, e utilizzato per gli studi di ricerca in tutto il mondo. Questo strumento si configura come una scala di valutazione globale, breve e generica. Inizialmente gli item di tale scala erano 28 (Warr, Banks, Ullah, 1985), successivamente hanno selezionato 10 item più validi sulla scala



originale a 28 elementi e hanno prodotto la WHO-10 (Bech, Gudex, Staehr Johansen, 1996) con item formulati in modo negativo per riflettere i sintomi di angoscia, e item formulati in modo positivo che riflettono il benessere.

Dal WHO-10 (Bech, Gudex, Staehr Johansen, 1996) deriva, a sua volta, una versione breve utilizzata nel presente studio: il WHO-5 (OMS, 1998) che contiene solo item formulati positivamente e questi sono: (1) "Mi sento allegro e di buon umore", (2) "Mi sono sentito calmo e rilassato", (3) "Mi sento attivo e vigoroso", (4) "Mi sono svegliato con una sensazione di freschezza e riposo" e (5) "La mia vita quotidiana è piena di cose che mi interessano". Il soggetto deve valutare quanto delle 5 affermazioni si avvicina al proprio stato, considerando gli ultimi 14 giorni.

A ciascuno dei 5 item viene assegnato un punteggio da 5 (tutte le volte) a 0 (nessuna volta), il punteggio grezzo quindi, va da 0 (assenza di benessere) a 25 (massimo benessere). Tale questionario si dimostra utile come strumento di screening per la depressione e per la sua applicazione in diversi campi di studio. Inoltre, esso gode di validità clinimetrica e di reattività/sensibilità a studi clinici controllati, coprendo l'intervallo teorico che va dalla completa assenza di benessere al livello di benessere immaginabile. Questo conferma che i 5 item costituiscono una scala unidimensionale, in cui ogni item aggiunge informazioni uniche sullo stato di benessere, ciò implica che i punteggi dei singoli item possono essere sommati in un punteggio totale significativo che va da 0 a 100. Per questo motivo, quando si utilizza il WHO-5 come misura di esito negli studi clinici, l'obiettivo ideale dovrebbe essere quello di raggiungere il punteggio medio della popolazione generale. La validità clinica dello strumento è stata valutata come molto elevata, poiché esso può essere utilizzato indipendentemente dalla malattia. Lo strumento conferma una buona validità interna anche nel presente studio con  $\alpha = .95$ .

### **Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)**

La DERS (Gratz & Romer, 2004), è uno strumento che valuta le difficoltà nella regolazione emotiva. E' composto da 36 item, valutati su scala Likert a 5 punti che vanno da 1 "quasi mai" a 5 "quasi sempre". Gli item si raggruppano in sei scale, ovvero: la "*Manca di accettazione*", che è composta da tutti quegli item che riferiscono la tendenza del soggetto a provare disagio rispetto alle proprie emozioni, provando quindi emozioni secondarie spiacevoli derivate dalle prime, indice del fatto che tali emozioni

non sono state accettate. La “*Difficoltà di distrazione*”, che si riferisce ad item che rispecchiano la difficoltà a concentrarsi e ad eseguire un compito quando si provano emozioni negative. La terza scala invece, è la “*Ridotta consapevolezza*” che si riferisce ad item che riflettono la tendenza del soggetto a prestare attenzione alle emozioni e alla capacità di riconoscerle. La “*Mancanza di fiducia*” raggruppa item che si riferiscono alla credenza secondo cui risulta difficile regolare le proprie emozioni una volta che queste si sono manifestate, infine vi è la “*Difficoltà di riconoscimento*”, una scala che, attraverso degli item, valuta il grado in cui gli individui riescono a comprendere in modo distinto le emozioni che stanno provando.

Tale strumento gode di una buona validità interna con un Alpha di Cronbach di  $\alpha = .90$ , e in questo studio è stata utilizzata la sua versione italiana (Sighinolfi, Norcini Pala, Chiri, Marchetti, & Sica, 2010). Nel presente studio è mantenuta una buona affidabilità interna con  $\alpha = .95$ .

### **Relationship Questionnaire (RQ)**

L’RQ (Bartholomew & Horowitz, 1991) è un questionario self-report che valuta il modello di attaccamento adulto. Esso è composto da un solo item con quattro brevi paragrafi che descrivono un modello prototipico di attaccamento adulto: sicuro, preoccupato, timoroso e respingente. Ai soggetti è chiesto di valutare il loro grado di corrispondenza ad ognuno dei prototipi su una scala Likert a 7 punti che va da 1 “Molto diverso da me” a 7 “Molto simile a me”. Queste quattro valutazioni continue dell’attaccamento vengono poi utilizzate per calcolare i punteggi delle dimensioni del modello di sé e del modello degli altri. Tale strumento inoltre, è utilizzato specificatamente per delineare l’orientamento generale di relazioni strette e sentimentali, o per la valutazione di una particolare relazione.

L’RQ è stato validato attraverso lo studio di due diversi campioni di studenti universitari: il primo formato da 77 soggetti e il secondo formato da 69 soggetti. Tali studi hanno confermato l’esistenza delle quattro tipologie di attaccamento adulto previste dal modello prototipico (Bartholomew 1990). La distribuzione dei soggetti nelle categorie di attaccamento, infatti, era simile nei due campioni esaminati. In particolare, in entrambi i casi, la categoria maggiormente rappresentativa era quella dei Sicuri (47% nel primo campione e 57% nel secondo), mentre quella meno rappresentativa era quella dei

Preoccupati (14% nel primo campione, 10% nel secondo). Per quanto riguarda le sue caratteristiche psicometriche, l'RQ mostra una moderata attendibilità in termini di stabilità temporale, con un intervallo di 8 mesi tra test-retest.

In questo studio l'RQ mostra una buona validità interna, con  $\alpha = .95$

### **Epistemic Trust, Mistrust and Credulity Questionnaire (ETMCQ)**

L'ETMCQ (Liotti, et al., 2023) è il primo strumento self-report che indaga la fiducia epistemica, la sfiducia e la credulità. Esso infatti, presenta una struttura trifattoriale: il primo fattore rilevato è la Fiducia (trust), che misura la capacità degli individui di considerare le informazioni provenienti dagli altri come veritiere. Il secondo è la Diffidenza (mistrust) che misura invece la tendenza delle persone a considerare le informazioni provenienti dagli altri come non veritiere, inaffidabili e potenzialmente malevole. Il terzo fattore è la Credulità (credulity), che misura la tendenza a fidarsi in modo eccessivo delle informazioni provenienti dagli altri, con conseguente possibilità di essere manipolati e ingannati dagli altri. Inizialmente l'ETMCQ (Liotti, et al., 2023), presentava 60 item che coprivano i tre fattori sopracitati. Le risposte venivano valutate, su una scala Likert a 7 punti che andava da 1 “fortemente in disaccordo, a 7 “fortemente d'accordo”. Questi 60 item sono stati poi valutati da sei giudici esperti che ritennero opportuno scartare 42 item, riducendo in questo modo lo strumento a 18 item, 6 per ogni sottoscala. Tale strumento mostra delle buone proprietà psicometriche, infatti i tre fattori epistemici studiati come indipendenti, dalle analisi effettuate, sono risultati correlati significativamente a dimensioni psicologiche distinte. In particolare il questionario mostra una buona consistenza interna con un  $\alpha = .72$  per la componente Fiducia,  $\alpha = .67$  per la componente Diffidenza e  $\alpha = 0.72$  per la componente Credulità.

Nel presente studio abbiamo invece preso in considerazione solo 5 item della scala TRUST, e in particolare ci siamo concentrati sugli item 1, 2, 7, 8 e 13. Quest'ultimi rispecchiano e compongono la maggior parte degli item che indagano la Fiducia epistemica.

Per quanto riguarda la sua validità interna, essa è risultata buona, con  $\alpha = .95$ .

#### **4.2.4 Analisi statistiche**

Le analisi statistiche sono state svolte utilizzando il software SPSS. Per tutte le variabili presenti nello studio, sono state calcolate l'affidabilità degli strumenti utilizzati tramite alpha di Cronbach, e le variabili descrittive dei totali di ogni scala con le loro relative sotto-scale. Sono state confrontate anche la soddisfazione e l'utilità del gruppo. Queste due domande erano presenti alla fine della survey e richiedevano una risposta su scala Likert a 7 punti (1 = "per niente", 7 = "estremamente"). Inizialmente è stato svolto un confronto a campioni indipendenti tra i soggetti che hanno partecipato una sola volta al gruppo / soggetti che per la prima volta partecipavano al gruppo BP (gr1 N=129), e soggetti che hanno svolto più di un gruppo BP (gr2 N=48). Questo confronto è stato svolto mediante il t-test per valutare le differenze tra i due gruppi.

Questo tipo di analisi è stata implementata per avere un'idea generale degli andamenti delle variabili nelle somministrazioni "pre" "post", ma per correttezza è stato poi attuato un confronto tramite il Modello Lineare Generalizzato, tra i test "pre" e i "post" solo sui 48 soggetti che avevano svolto due somministrazioni inserendo la variabile indipendente Tempo (T).

## CAPITOLO 5

### RISULTATI DELLA RICERCA

#### 5.1 ANALISI DEL CAMPIONE

Di seguito sono descritte le analisi effettuate sul campione di 129 soggetti che per la prima volta partecipavano al gruppo BP, e le analisi effettuate sui 48 soggetti che hanno svolto più di un Gruppo BP.

##### 5.1.1 Partecipanti di un solo Gruppo e di più Gruppi BP

In tabella 5.1 sono riportati i valori delle statistiche media e deviazione standard per tutte quelle variabili che non sono risultate significative, mentre sono riportati i valori, oltre che di media e deviazione standard, del t-test per campioni indipendenti e significatività per tutte quelle variabili che sono invece risultate significative. In particolare, queste statistiche si riferiscono ai test compilati da tutti i soggetti: sia quelli che partecipavano per la prima volta al gruppo BP (gr1), sia quelli che hanno partecipato a più di un gruppo (gr2). I valori “pre” di questi campioni indipendenti gr1 e gr2 sono stati confrontati tra di loro attraverso il t-test. Nello specifico, i soggetti che hanno svolto solo un gruppo sono 129, mentre quelli che hanno svolto più di un gruppo BP sono 48.

-Tabella 5.1 – Statistiche descrittive e confronto tramite t-test per campioni indipendenti del gr1(N=129) e gr2 (N=48).

VARIABILI “PRE”	GR1		GR2		t-test	Sign.
	Media	Ds	Media	Ds		
<i>Soddisfazione</i>	6,05	1,08	6,52	,74	-3,30	<.001
<i>Utilità</i>	6,20	1,07	6,52	,82	-2,10	,019

<i>RQ1</i>	3,19	1,71	3,46	1,89		
<i>RQ2</i>	3,92	1,86	3,85	1,91		
<i>RQ3</i>	3,42	1,857	3,60	2,01		
<i>RQ4</i>	2,45	1,61	2,35	1,65		
<i>WHO totale</i>	52,43	23,19	72,25	28,67	-4,72	<,001
<i>DERS</i> <i>Mancanza di</i> <i>accettazione</i>	2,05	,88	1,79	,80	1,82	,035
<i>DERS</i> <i>Difficoltà di</i> <i>distrazione</i>	2,90	,94	2,78	,92		
<i>DERS</i> <i>Mancanza di</i> <i>fiducia</i>	2,43	,69	2,16	,76	2,23	,013
<i>DERS</i> <i>Mancanza di</i> <i>controllo</i>	2,09	,77	1,96	,88		
<i>DERS</i> <i>Difficoltà di</i> <i>riconoscimento</i>	2,38	,75	2,14	,65	2,00	,02
<i>DERS</i> <i>Ridotta</i> <i>consapevolezza</i>	2,06	,94	1,64	,65	3,33	<,001
<i>TRUST</i>	5,26	1,34	5,60	1,09	-1,71	,044

Dalla tabella sopra riportata si può evincere che la soddisfazione, l'utilità, alcune delle sottoscale della DERS, come la "Mancanza di accettazione", la "Mancanza di fiducia", la "Difficoltà di riconoscimento" e la "Ridotta consapevolezza", il WHO e il test TRUST, assumono valori significativamente differenti ( $p < .05$ ) tra i 48 soggetti che hanno svolto più di un gruppo BP (gr2) e i soggetti che invece hanno svolto un solo gruppo Bp, o che era la prima volta che vi partecipavano.

Nello specifico, si evince che la percezione di soddisfazione e di utilità sono maggiori nei soggetti che hanno partecipato a più di un gruppo BP, rispetto ai soggetti che hanno partecipato ad un solo gruppo, o che era la prima volta che vi partecipavano. Inoltre, dalle analisi emerge anche che i soggetti che avevano partecipato a più di un gruppo BP mostrano punteggi significativamente inferiori relativi alla mancanza di accettazione delle emozioni, alla difficoltà di riconoscerle e alla ridotta consapevolezza che hanno rispetto a quest'ultime.

Infine, anche i valori relativi allo stato di benessere (WHO) risultano significativamente maggiore con  $p < .001$ , per i soggetti che hanno partecipato a più gruppi Bp, rispetto a quelli che vi hanno partecipato una sola volta.

Il test RQ invece, con le sue autoaffermazioni relative agli stili di attaccamento, così come ci si aspettava, non hanno mostrato una differenza significativa tra i soggetti che partecipavano per la prima volta al gruppo, e i soggetti che invece avevano partecipato a più gruppi BP. Stessa cosa emerge per le due delle sottoscale della DERS, ovvero quella della "Difficoltà di distrazione" e "Mancanza di controllo". Anche in questo caso infatti, la differenza tra i valori del gr1 e quelli del gr2 non è significativa.

### **5.1.2 Confronto "Pre" - "Post" intervento**

In questo paragrafo verranno descritte le analisi svolte solo sul campione di 48 soggetti, ovvero di coloro i quali hanno partecipato a più di un gruppo BP. In particolare verranno confrontati, per ogni soggetto, la batteria dei test "pre" e quella "post", ovvero la batteria di test somministrata prima dell'intervento del gruppo e dopo la partecipazione a più di un gruppo BP.

Le analisi sono state svolte attraverso il Modello lineare generalizzato in cui ogni variabile viene confrontata, per ogni soggetto, prima della partecipazione al gruppo e

dopo tale partecipazione. In particolare, i valori della statistica Lambda di Wilks (F) ci dicono se i soggetti hanno cambiato o meno la loro valutazione con  $p < .05$ .

In tabella 5.1.2 vengono presentati i valori delle statistiche di media e deviazione standard delle variabili “pre” gruppi e di media, deviazione standard, Lambda di Wilks e significatività delle variabili “post” gruppi.

-Tabella 5.2 – Confronto test-retest intervento tramite il Modello lineare generalizzato per misure ripetute (N=48).

GR N= 48	test		retest		MLG - Lambda di Wilks	Sign.
	Media	Ds	Media	Ds		
<i>Soddisfazione</i>	6,10	6,52	1,01	,74	7,88	,007
<i>WHO totale</i>	50,33	19,74	72,25	28,67	29,78	<,001
<i>DERS Mancanza di accettazione</i>	2,02	,87	1,78	,80	5,14	,028
<i>DERS Mancanza di fiducia</i>	2,43	,76	2,16	,76	15,89	<,001
<i>DERS Difficoltà di riconoscimento</i>	2,33	,75	2,14	,65	7,73	,008
<i>DERS Ridotta autoconsapevolezza</i>	1,96	,92	1,64	,65	10,26	,002



Dalle analisi effettuate emerge che la variabile “Soddisfazione”, la WHO e alcune delle sottoscale della DERS, come quella della “Mancanza di accettazione”, Mancanza di fiducia”, “Difficoltà di riconoscimento” e “Ridotta consapevolezza”, riportano differenze significative, tra le misurazioni effettuate prima del gruppo, e quelle effettuate dopo il gruppo, con  $p < .05$ . Da ciò si evince, quindi, che i punteggi delle variabili sopracitate sono significativamente diversi ( $p < .05$ ) ai due livelli di “Tempo” per il campione di 48 soggetti. Emerge così un effetto principale della variabile “Tempo”, ovvero relativo all’intervento. Nello specifico, dai valori si legge che il grado di soddisfazione dei soggetti è significativamente maggiore dopo la seconda esperienza del BP. Stessa cosa emerge per i valori relativi allo stato di benessere: anche in questo caso, i risultati riportati al “post” sono significativamente maggiori rispetto a quelli riportati al “pre”.

La “Mancanza di accettazione” invece, così come la “Mancanza di fiducia”, la “Difficoltà di riconoscimento” e la “Ridotta consapevolezza” assume valori significativamente più bassi grazie alla ripetuta partecipazione alla BP.

Dal confronto “pre” – “post” intervento del campione di 48 soggetti, possiamo anche notare che i valori di alcune variabili descritte confermano quanto riportato sopra (tabella 5.1). Si evince infatti che la variabile “Soddisfazione” aumenta significativamente all’aumentare dei gruppi BP svolti. Stessa cosa vale per lo stato di benessere e per alcune delle sottoscale della DERS già esaminate sopra: “Mancanza di accettazione”, Mancanza di fiducia”, “Difficoltà di riconoscimento” e “Ridotta consapevolezza”. I loro valori, al contrario, si abbassano significativamente indicando un miglioramento nelle capacità di regolazione emotiva da attribuirsi all’esperienza del gruppo BP.

Al contrario, variabili come la percezione dell’utilità, due delle sottoscale della DERS come la “Difficoltà di distrazione” e la “Mancanza di controllo” e il TRUST, non mostrano differenze significative: possiamo pensare che queste variabili siano più stabili, come tratti, piuttosto che interpretarle come capacità o funzioni psicologiche.

Inoltre, dalle analisi effettuate si evincono anche dei risultati interessanti riguardanti il test RQ. In particolare emerge che la distribuzione delle autoaffermazioni negli stili di attaccamento è cambiata in modo significativo, con  $p < .05$ , tra la prima e la seconda somministrazione dei soggetti che hanno partecipato a più di un gruppo BP.

<i>RQ POST</i>						
<i>RQ PRE</i>		<b>Stile di attaccamento sicuro</b>	<b>Stile di attaccamento preoccupato</b>	<b>Stile di attaccamento timoroso</b>	<b>Stile di attaccamento respingente</b>	<b>TOT.</b>
	<b>Stile di attaccamento sicuro</b>	9	2	1	2	14
	<b>Stile di attaccamento preoccupato</b>	2	9	2	1	14
	<b>Stile di attaccamento timoroso</b>	1	4	9	0	15
	<b>Stile di attaccamento respingente</b>	0	0	1	1	2
	<b>TOT.</b>	12	15	13	4	44

-Tabella 5.3 – Tabella di contingenza “Pre”-“Post” RQ (N=44) .

Dalla tabella 5.3 sopra riportata si evince, attraverso il confronto “pre” – “post” delle variabili dell’RQ, svolto tramite il Test del chi-quadro (31,598), che i 44 soggetti hanno riportato nel “post” test, rispetto ai valori del “pre” test, valori significativamente più elevati ( $p < ,001$ ) rispettivamente per le variabili relativamente allo stile di attaccamento preoccupato, stile di attaccamento timoroso e stile di attaccamento respingente; al contrario sono emersi valori significativamente più bassi per la variabile relativa allo stile di attaccamento sicuro. Quest’ultimo infatti, è stato selezionato maggiormente nella prima somministrazione del questionario, quindi prima della partecipazione dei soggetti al secondo gruppo BP. Al contrario, la variabile che si riferisce alla descrizione dello stile di attaccamento preoccupato è stato selezionato maggiormente nel post test, quindi

dopo la partecipazione dei soggetti al secondo gruppo BP. Stessa cosa emerge per la descrizione relativa allo stile di attaccamento timoroso e alla descrizione relativa allo stile di attaccamento respingente.

## **5.2 COMMENTO DEI RISULTATI**

In quest'ultimi paragrafi verranno discussi i risultati ottenuti dalle analisi statistiche effettuate sul campione. Inoltre, tali risultati verranno suffragati dalla letteratura scientifica alla quale ci si è riferiti per lo sviluppo del presente studio e delle ipotesi. Di seguito verranno riportate sinteticamente le ipotesi che hanno guidato il progetto di ricerca, alla luce del quadro teorico esposto relativo alla Bonding Psychotherapy:

*Hp 1:* ci aspettiamo una buona efficacia del gruppo nel migliorare lo stato mentale ed emotivo e nella riduzione dei sintomi, con la partecipazione ad almeno un gruppo BP.

*Hp 2:* ci aspettiamo una maggiore autoregolazione emotiva e maggiore consapevolezza, grazie a una maggiore capacità di riconoscere, accettare ed esprimere le emozioni, con la partecipazione a più gruppi BP.

*Hp 3:* ci aspettiamo un miglioramento della percezione degli stili relazionali dei soggetti, con la partecipazione a più gruppi BP.

### **5.2.1 L'efficacia del gruppo di BP**

Il confronto a campioni indipendenti, svolto tramite il t-test, tra il gruppo dei soggetti che ha partecipato ad un solo gruppo BP (gr1) e il gruppo dei soggetti che ha partecipato a più di un gruppo BP (gr2) prima dell'intervento, ha evidenziato significative differenze tra i due gruppi nelle variabili "Soddisfazione", "Utilità", nel test WHO, nelle sottoscale della DERS di: "Mancanza di accettazione", "Mancanza di fiducia", "Difficoltà di riconoscimento" e "Ridotta consapevolezza", e infine nel test ETMCQ. I due gruppi sono invece essenzialmente sovrapponibili per le due sottoscale della DERS: "Difficoltà di distrazione" e "Mancanza di controllo", e il questionario RQ. In particolare, la prima ipotesi (Hp 1) sembra essere stata confermata dai risultati ottenuti: infatti, dal confronto dei due gruppi è emerso che i soggetti che avevano

partecipato a più di un gruppo BP mostrano nel “pre” test, ovvero nella somministrazione della batteria di test prima della partecipazione al gruppo, un miglioramento significativo dello stato di benessere, rispetto a quei soggetti che avrebbero partecipato per la prima volta al gruppo BP. Quindi possiamo confermare in primo luogo che la percezione del benessere è maggiore nei soggetti che hanno già sperimentato, almeno una volta, il gruppo BP. Questo risultato diventa ancora più significativo se consideriamo i valori ottenuti dal test ETMCQ, ovvero il test che valuta la fiducia epistemica negli altri, e in questo caso nel metodo della BP. Infatti, dai risultati emerge che i soggetti che avevano già partecipato ad almeno un gruppo BP, presentano valori di fiducia epistemica significativamente superiori al gruppo di soggetti che vi partecipavano la prima volta. Quindi potremmo ipotizzare che l’aumento di fiducia sia correlata al benessere percepito. A tal proposito, come già abbiamo avuto modo di vedere, Casriel (1972) sottolinea che la “bondedness”, ovvero quella percezione di sentirsi limitati, che nasce proprio dal contatto con l’altro, si caratterizza come base per imparare ad avere fiducia negli altri. Questa affermazione quindi, può essere suffragata dai risultati ottenuti. Dopo aver sperimentato la BP i soggetti inoltre, non solo hanno più fiducia negli altri, e quindi anche nel metodo di cui hanno fatto esperienza, ma percepiscono anche maggiore benessere. Stessa cosa inoltre è stata riscontrata per la percezione della soddisfazione e dell’utilità relativi al metodo BP: sembra infatti che i soggetti che avevano già partecipato ad un gruppo Bp abbiano una percezione di maggiore soddisfazione e utilità rispetto ai soggetti che partecipavano per la prima volta al gruppo. Questo dato può essere associabile a quello relativo alla fiducia di base per i motivi che abbiamo già visto sopra. In particolare, l’efficacia del gruppo BP nel portare un miglioramento nello stato di benessere, e quindi a livello mentale ed emotivo, conferma quanto affermato da Kats (2004). L’autore infatti, evidenzia come la partecipazione al gruppo BP, in un tempo relativamente breve, porti ad un miglioramento dei sintomi di depressione e ad avere per questo maggiore energia, e ciò si traduce, nel presente studio, in un miglioramento della percezione del benessere. Questo effetto immediato che abbiamo riscontrato in questo studio e in quello precedente di Kats (2004), sembrano dare seguito a ciò che Casriel (1972) aveva già affermato circa l’efficacia della BP nello smuovere i pazienti che lui definisce “personalità caratteriali”. Si tratta di persone che non rispondevano alla psicoterapia

classica, ma che attraverso il modello della BP riuscivano a mostrare alcuni miglioramenti sintomatologici. Per questo, alla luce dei risultati emersi relativi a queste prime dimensioni relative al benessere, alla fiducia, alla soddisfazione e all'utilità, possiamo affermare che la BP sia in grado, già dalla prima partecipazione, quindi in un tempo immediato, di apportare significativi miglioramenti nell'umore delle persone, passando da stati più depressivi, a maggiori livelli di benessere ed energia. Questo a sua volta porta ad una maggiore fiducia nei confronti degli altri, e quindi apertura emotiva e disponibilità relazionale. Con questi risultati la BP sembra essere un valido metodo di intervento per affrontare i disturbi dell'umore, per lo meno dal punto sintomatologico. Inoltre può anche essere considerato come valido strumento integrativo alla terapia classica per migliorare il tono dell'umore.

I risultati ottenuti dalle sottoscale della DERS inoltre, possono essere interpretati come conferma di quanto detto sopra, in particolare per la sottoscala "Mancanza di fiducia" che ha mostrato risultati significativamente più bassi nei soggetti che avevano partecipato già ad un gruppo BP. Inoltre, diversamente a quanto ci aspettavamo dalla seconda ipotesi (HP 2), i soggetti che hanno partecipato consecutivamente a due gruppi di BP, hanno mostrato una riduzione significativa anche nelle scale della DERS relative alla mancanza di accettazione, difficoltà di riconoscimento e ridotta consapevolezza delle emozioni. In particolare, questi risultati sembrano confermare che la BP sia un valido metodo che porta ad un immediato miglioramento delle capacità di autoregolazione. Uno degli importanti obiettivi che si propone il lavoro BP infatti, è proprio quello di educare le persone a sentire le proprie emozioni primarie, quindi ad accettarle e a riconoscerle, per evitare che queste vengano formulate intellettualmente (Stauss ed Ellis, 2007), costituendosi come emozioni secondarie, finalizzate al raggiungimento di scopi come per esempio la vicinanza, o la comprensione ecc. Inoltre, come sostenuto da Casriel (1972), l'espressione autentica delle emozioni primarie, svolge un'importante ruolo nell'azione terapeutica. Al contrario, se l'emozione non viene espressa, e successivamente anche accettata e riconosciuta, questa tenderà ad agire inconsciamente condizionando il comportamento, sentimenti ed atteggiamenti delle persone che avranno su di esse uno scarso controllo a livello consapevole. Casriel (1972) e Stauss ed Ellis (2007) individuano quattro livelli di espressione emozionale: il primo livello è quello intellettuale, in cui c'è una pseudo consapevolezza emotiva,

ovvero l'emozione viene verbalizzata, ma non espressa a livello emozionale. Solitamente non si tratta di emozioni autentiche, ma solo di emozioni secondarie o "strumentali".

Il secondo livello è quello in cui avviene un minimo rilascio emozionale, in cui la persona percepisce ed esprime l'emozione, ma per la maggior parte la trattiene, per questo non avviene un pieno riconoscimento, accettazione e consapevolezza dell'emozione che in realtà porta dentro sé.

Il terzo livello invece è quello viscerale, quest'ultimo è caratterizzato da una piena espressione dell'emozione che coinvolge anche il corpo. Infine, l'ultimo livello è quello dell'identità: a questo livello l'emozione non è più rivolta a qualcuno o qualcosa, ma rientra nel suo potenziale emozionale. Il fine ultimo della BP, a livello di espressione emotiva è proprio questo. Tale coincide con la capacità dell'individuo di sentire le proprie emozioni, riconoscerle, saper dare loro un nome e un volto, prenderne consapevolezza, e successivamente accettarle integrandole nella propria identità. Inoltre, nel momento in cui la persona si autorizza ad esprimere le proprie emozioni primarie accettandole, sta svolgendo un altro importante lavoro, ovvero quello di esprimere il bisogno di esprimere quelle emozioni e di soddisfarlo, e nonostante tutto di continuare a sentirsi amabile da sé stesso e dagli altri.

Nel presente studio non sappiamo nello specifico a che livello i soggetti hanno svolto questo lavoro di consapevolezza emotiva, ma dai risultati ottenuti possiamo affermare che con la partecipazione ad un solo gruppo BP, il lavoro relativo alle emozioni ha cominciato a smuoversi verso un maggior riconoscimento, maggiore accettazione e maggiore consapevolezza emotiva.

Le altre due sottoscale della DERS invece, ovvero la mancanza di controllo e quella relativa alla difficoltà di distrazione, come ci si aspettava non hanno mostrato nessun cambiamento significativo. Stessa cosa per il questionario RQ, non ha mostrato nessuna differenza significativa tra il gruppo gr1 e il gruppo gr2. Questi ultimi dati relativi alle variabili della DERS e dell'RQ, sono risultati attesi dalle ipotesi iniziali. Infatti non ci si aspettava una variazione significativa di queste variabili con la partecipazione ad un solo gruppo Bp poiché, per quanto riguarda la DERS e l'RQ le loro variabili si riferiscono, per la maggior parte di esse, ad un cambiamento che abbiamo definito di "tratto" dei soggetti e non di "stato". Un cambiamento di tratto ha bisogno, per essere

modificato, di più tempo e più interventi, quindi più gruppi BP. Al contrario un cambiamento che coinvolge lo stato dei soggetti avviene molto più velocemente, ed è possibile osservarlo, come abbiamo avuto modo di constatare dai risultati ottenuti, anche con la partecipazione ad un solo gruppo BP.

### **5.2.2 L'efficacia della partecipazione a più gruppi di BP**

I risultati ricavati mediante il Modello Lineare Generalizzato, con cui si è confrontata la batteria di test dei soggetti somministrata prima della partecipazione al gruppo, con la batteria di test somministrata dopo la partecipazione al secondo gruppo BP, hanno in linea generale, confermato i risultati ottenuti dal confronto mediante t-test tra gruppo gr1 e gruppo gr2, descritti sopra. In particolare, le analisi hanno mostrato significative differenze tra il “pre” e il “post” test nella percezione relativa alla soddisfazione. Infatti, dai risultati si evince che i soggetti che partecipano a più di un gruppo BP hanno una percezione di soddisfazione nel metodo della BP significativamente maggiore rispetto ai soggetti che partecipano una volta, e ai soggetti che non hanno mai partecipato al gruppo BP. Anche se in questo caso, diversamente ai risultati ottenuti dal confronto tra gruppo gr1 e gruppo gr2, non ci sono state differenze significative nell'ETMCQ.

Possiamo anche sottolineare come nel gruppo gr1, i punteggi medi rispetto a tale dimensione risultano molto elevati già nelle aspettative, in particolare questo dato continua a salire nei soggetti che partecipano al primo gruppo BP e poi al secondo.

Inoltre, a mostrare significative differenze è stata anche la sottoscala “Mancanza di fiducia”. Nello specifico, i soggetti che hanno partecipato al secondo gruppo BP, hanno mostrato un significativo aumento di fiducia, rispetto ai soggetti che hanno partecipato ad un solo gruppo BP, e ai soggetti che invece non avevano mai partecipato al gruppo.

Questo conferma quanto già osservato da Kooyman, Olij e Storm (2017): la bonding contribuisce a mantenere nell'adulto un buon livello di autostima e autoefficacia, che nel presente studio si è tradotto come aumento di fiducia in sé. Questa esperienza di sé dà luogo successivamente alla capacità del soggetto di avere fiducia negli altri, migliorando la qualità delle proprie relazioni. Se però in tale gruppo è avvenuto un miglioramento nella fiducia in sé, non è avvenuto, come poteva essere atteso, un aumento significativo relativo alla fiducia epistemica. Nonostante ciò i valori di tale test sono comunque risultati elevati e hanno subito anche una lieve maggiorazione, anche se

non significativa. Possiamo perciò affermare che all'aumentare delle esperienze fatte con il gruppo, e quindi di relazione e contatto con gli altri, dapprima si verifica un aumento significativo della fiducia epistemica, con la partecipazione ad un solo gruppo BP, e poi che tale variabile risulta costante nella successiva partecipazione al gruppo.

Inoltre, ad essere significativa è anche la differenza del valore relativo allo stato di benessere: dai risultati infatti, emerge che i soggetti che hanno partecipato ai due gruppi BP, mostrano un significativo aumento in questa dimensione, riferendo di sentirsi meglio, rispetto ai soggetti che invece non avevano ancora partecipato al gruppo BP. Questo risultato è sicuramente in linea con uno degli obiettivi che si propone la Bonding Psychotherapy, infatti come scrivono Stauss ed Ellis (2007), la BP non ha solo come unico scopo la riduzione dei sintomi o il trattamento dei disturbi, ma essa si propone come approccio che prima di tutto è in grado di aumentare il piacere di vivere e la gioia. A risultare significativi sono anche i valori relativi alle sottoscale della DERS circa la dimensione delle emozioni, quindi “Mancanza di accettazione”, “Difficoltà di riconoscimento” e “Ridotta consapevolezza”.

In particolare, dai dati emersi sembra che la seconda ipotesi (Hp 2) sia stata confermata circa tale dimensione. Infatti, sembra che i soggetti che hanno partecipato consecutivamente a due interventi BP, abbiano la percezione di una maggiore consapevolezza rispetto alle proprie emozioni, grazie a una maggiore capacità di riconoscerle, accettarle ed esprimerle. Inoltre, i dati relativi a questa dimensione tendono ad affermare ciò in modo sempre più significativo man mano che i soggetti partecipano a più gruppi BP. Si può affermare questo perché già nel confronto tra gruppo gr1 e gruppo gr2 si è rilevato che il gruppo che aveva già partecipato al gruppo Bp mostrava, così come abbiamo già avuto modo di vedere, una maggiore capacità in tale dimensione. A non mostrare effetti significativi, e quindi a non confermare l'ultima parte della seconda ipotesi (Hp 2), è stata la sottoscala della DERS “Mancanza di controllo”. Si era ipotizzato che all'aumento della capacità di riconoscere, accettare ed esprimere emozioni, sarebbe aumentata anche la capacità di autoregolazione emotiva dei soggetti, e di conseguenza una maggiore capacità nel ridurre le condotte impulsive. Come abbiamo già avuto modo di vedere in questo elaborato, avere una buona capacità di autoregolazione emotiva da adulti, è il risultato di diverse variabili, come per esempio del temperamento stesso del soggetto, ma anche del contesto sociale e relazionale in cui



il soggetto ha vissuto fin da bambino (Crowell, 2021). Analizzare questo aspetto perciò, significa ripercorrere la storia della persona e del suo contesto relazionale, per questo motivo risulta molto importante poiché ci dà diverse informazioni relative al suo stile di attaccamento, al suo comportamento relazionale, ai mezzi di regolazione affettiva e al livello di fiducia che nutre in sé e negli altri (Hill, 2017). In questo elaborato ci soffermeremo però, in particolare, su quanto la regolazione emotiva sia importante per evitare condotte impulsive, e quindi la mancanza di controllo, variabile che è stata valutata nella DERS. A tal proposito van der Kolk (2015) afferma che nel momento in cui sentiamo le nostre emozioni a livello viscerale e ne prendiamo coscienza, cominciamo ad essere in connessione con le nostre sensazioni e con il nostro corpo, e ciò ci permette di sentirci padroni di noi stessi. Con questa affermazione possiamo comprendere quanto gli aspetti di riconoscimento, accettazione, consapevolezza delle emozioni e poi di controllo emotivo, siano tra loro associabili. In questo caso, avere controllo emotivo, può essere interpretato come possibilità di controllare sé stessi sentendoci per questo padroni di noi stessi e del nostro corpo.

Tra la consapevolezza emotiva e l'acquisizione di strategie per l'autoregolazione emotiva però, vi è un processo che richiede del tempo, poiché l'acquisizione di questa competenza ha a che fare con elementi di tratto dei soggetti, ovvero elementi strutturali di ogni persona che non possono subire modifiche nell'immediato. Ritornando ai valori emersi dalle analisi relativamente alla variabile della mancanza di controllo degli impulsi, si può notare che nonostante i valori tra "pre" e "post" non siano significativamente più bassi, i soggetti che hanno partecipato al secondo gruppo BP hanno comunque mostrato delle differenze in termini di maggiore capacità di controllo, rispetto ai soggetti che invece avevano partecipato ad un solo gruppo BP. Inoltre, si può anche notare che questa differenza, anche se non significativa, si mantiene stabile per i soggetti del gruppo gr1 e quelli del gruppo gr2: quindi le persone che avevano partecipato a un gruppo BP mostravano nel pre test un maggiore controllo degli impulsi rispetto ai soggetti che non avevano ancora partecipato al gruppo. Ciò conferma quanto detto fino ad ora relativamente alla natura di tale costrutto, il quale per essere modificato ha bisogno di più interventi del gruppo BP. Infatti, possiamo ipotizzare che con l'aumentare della partecipazioni dei soggetti a più gruppi Bp questa la capacità di autoregolazione possa man mano essere acquisita.

Per quanto riguarda invece i dati relativi all'RQ, essi hanno mostrato significative differenze nella direzione che avevamo ipotizzato: infatti, per ogni autoaffermazione relativa allo stile di attaccamento, si sono evidenziati dei cambiamenti nella direzione di una maggiore consapevolezza del proprio stile relazionale e, in particolare delle proprie difficoltà e insicurezze. In questo caso, la terza ipotesi (Hp 3) sembra essere stata confermata dai risultati ottenuti, in quanto non si è rilevato un cambiamento nella direzione di un attaccamento sicuro partendo da uno stile insicuro, quanto piuttosto un aumento di consapevolezza delle proprie difficoltà, che dal punto di vista clinico però è un utile strumento e un'efficace motivatore per l'alleanza del lavoro terapeutico.

Questo "peggioramento" nelle autodefinizioni dei soggetti come primi segni di riconoscimento rispetto a delle difficoltà relazionali e di disagio nelle relazioni. Man mano che i soggetti partecipano ai gruppi BP quindi, si rendono sempre più conto che nello sperimentare il contatto con l'altro, avvertono più difficoltà di quanto si sarebbero attesi. A questo livello di lettura questi risultati non appaiono così inattesi, infatti in primo luogo l'attaccamento è un elemento di tratto del soggetto, quindi un elemento che è strutturale delle persone poiché costituitosi nel corso del tempo e molto precocemente, prima di tutto nella relazione con i propri genitori. Per questo motivo, per poter osservare una sua minima modifica nella direzione di uno stile di attaccamento sicuro, è necessario un tempo maggiore, e si ipotizzano soprattutto più partecipazioni a gruppi BP. Inoltre, non è da stupirsi il fatto che i soggetti, proprio nel contatto con l'altro sperimentano la sensazione di sentirsi più insicuri (in questo caso, dai valori è emerso che i soggetti si sentivano più preoccupati, timorosi e respingenti), questo perché in secondo luogo, come presentato dai dati della letteratura della Bonding Psychotherapy, quest'ultima da la possibilità di avviare un'esperienza correttiva del bonding, ovvero di quel contatto antico che è venuto a mancare molti anni prima che la persona sia in grado di ricordare (Casriel, 1972). Affinchè questa esperienza correttiva possa avvenire però, è necessario che la persona ri-sperimenti, questa volta nel "qui ed ora" nel gruppo, quel contatto e quell'intimità fisica che fu all'origine terribile e minacciosa (Cariel, 1972).

Per questo motivo si ipotizza che i soggetti che hanno mostrato un peggioramento della percezione relativa al loro stile di attaccamento, abbiano in parte rivissuto quel contatto primitivo con l'altro, e che nel riviverlo si siano resi conto di quanto per loro fosse difficile stare ed essere con l'altro.

## **5.4 CONCLUSIONI, LIMITI E SVILUPPI FUTURI**

Il presente progetto di ricerca può essere considerato uno studio esplorativo sull'efficacia del metodo della Bonding Psychotherapy nel produrre cambiamenti immediati a livello dello stato mentale ed emotivo, dello stato di benessere e della soddisfazione, della fiducia epistemica nel metodo e nella consapevolezza delle proprie emozioni. Inoltre, la Bonding Psychotherapy potrebbe essere considerata efficace nell'apportare dei cambiamenti ancora maggiori nelle dimensioni della soddisfazione, benessere emotivo, riconoscimento, accettazione e consapevolezza emotiva, che sono stati riscontrati al termine della partecipazione al secondo gruppo BP. Da questo primo confronto "pre" "post" intervento dei soggetti che hanno svolto due gruppi BP, possiamo quindi affermare che il metodo della Bonding Psychotherapy si caratterizza come un approccio psicoterapeutico ed educativo in grado di portare avanti un cambiamento nella vita delle persone. Ciò è stato ulteriormente confermato da altre variabili, come quello della fiducia epistemica, che pur non risultando significativamente più elevata nei soggetti che hanno partecipato al secondo gruppo BP, mostra valori stabili nella direzione di un lieve miglioramento. A conferma dei dati riportati in questo studio, a risultare significativi sono stati anche i dati emersi dal progetto di ricerca condotto dal Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università degli Studi di Padova, supervisionato dalla professoressa Silvia Salcuni e svolto in collaborazione con la Fondazione Progetto Uomo in una col CeIS di Belluno (Genuin, 2020). Quest'ultimo si è rilevato un buon punto di partenza per lo svolgimento di ulteriori studi condotti in questo ambito. Infatti, come abbiamo già avuto modo di vedere, esso ha rilevato dei risultati promettenti relativi all'impatto di un singolo gruppo BP sui partecipanti. Il presente studio invece, può essere considerato come un ulteriore tassello che segue la stessa direzione dei risultati già rilevati nello studio condotto nel 2020 (Genuin, 2020). In quest'ultimo però si può affermare di aver rilevato un impatto positivo di due gruppi BP sui partecipanti, lasciando ipotizzare un beneficio sempre maggiore in quei soggetti che sperimentano più di due gruppi BP.

E' stato svolto uno studio esplorativo poiché attualmente il campo della BP è sostanzialmente inesplorato dal punto di vista della ricerca empirica ed evidence based.

Dai risultati ottenuti fino ad ora però, come abbiamo già avuto modo di vedere, si tratta di un ambito di studio innovativo e promettente che però necessita di ulteriori studi scientifici e continui aggiornamenti. In particolare, per constatare la sua potenzialità, sarebbero utili studi longitudinali che possano confrontare più a lungo (di due somministrazioni effettuate dopo l'intervento BP), il cambiamento dei soggetti nelle dimensioni di cui abbiamo discusso.

Nello specifico la nostra ricerca ha evidenziato cambiamenti importanti relativi alla dimensione della consapevolezza emotiva, ma sono comunque necessari ulteriori studi longitudinali, con confronti "pre"- "post" che possano confermare la modifica dei soggetti in questa dimensione, e soprattutto poterla approfondire.

Un altro elemento molto importante che è stato rilevato nell'attuale ricerca sono stati i risultati relativi alla percezione degli stili di attaccamento, i quali hanno mostrato, nei soggetti che avevano partecipato ai due gruppi BP, un peggioramento. Nella direzione di una presa di consapevolezza di questi soggetti nelle difficoltà riscontrate nell'ambito delle relazioni, sarebbe opportuno svolgere ulteriori indagini per constatare se, questi stessi soggetti, con la partecipazione a più gruppi BP, possano avviare una modifica della loro percezione relativa agli stili di attaccamento, nella direzione di un attaccamento sicuro.

## BIBLIOGRAFIA

- Andreasen, N. C. (2004). *Brave new brain: Conquering mental illness in the era of the genome*. Oxford UK: Oxford University Press.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of Intimacy: An Attachment Perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7 (2), 147-178.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-224.
- Basch-Kahre, E. (1984). On difficulties arising in transference and countertransference when analyst and analysand have different socio-cultural backgrounds. *International Review of Psycho-Analysis*, 11(1), 61–67.
- Bech, P., Gudex, C., Staehr Johansen, K. (1996). The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychother Psychosom*, 65, 183–190.
- Beebe, B., & Lachmann, F.M. (2003). *Infant Research e trattamento degli adulti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and Interpretation*. London: Tavistock Publications.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups*. London: Tavistock Publications.
- Bloch, E. (1954). *Das Prinzip Hoffnung*. Berlin: Aufbau.
- Bolton, F. (1983). *When Bonding Fails: Clinical Assessment Of High-risk Families*. Beverly Hills, California: Sage Publications.
- Bowlby, J. (1969). Attaccamento e perdita: l'attaccamento alla madre. *Opere, Vol I*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Brocchini, L. (2020). *Il movimento espressivo nella Bonding Psychotherapy*. Manoscritto inedito, ultima modifica febbraio 2020

- Bromberg, P. M. (2011). *The shadow of the tsunamis: And the growth of the relational mind*. Hillsdale: Routledge.
- Calvo, V. (2008). Il questionario ECR-R: aspetti di validazione della versione italiana dello strumento, *Atti del X Congresso Nazionale AIP – sezione Clinica-Dinamica, Padova*, 275- 279.
- Casriel, D. (1972). *A scream away from happiness*. New York: Grosset & Dunlap.
- Cionini, L., & Mantovani, I. (2016). Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale: la psicoterapia nell'ottica costruttivista intersoggettiva. *Costruttivismi*, 3, 40-62.
- Ciulla, S., & Caretti, V. (2012). Trauma, Dissociazione, Disregolazione, Dipendenza. *Psichiatria e psicoterapia*, 31(2).
- Colli, L.M. (1998). *Il Disegno in Arte terapia tra 'esprimere' e 'essere in comunicazione'*, in: AAVV: Dall'esprimere al comunicare, immagine, gesto, e linguaggio nell'arte e nella danza-movimento terapia. A cura di Maria Belfiore e Luisa Martina Colli: Quaderni di Art Therapy Italiana 2, Pitagora editrice Bologna.
- Crowell, J.A. (2021). *Development of Emotion Regulation in Typically Developing Children*, 30(3), 467-474.
- De Masi, F. (2002). *Il limite dell'esistenza. Un contributo psicoanalitico al problema della caducità della vita*. Torino: Bollati Boringhieri.
- De Masi, F. (2006). *Vulnerabilità alla psicosi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- De Klerk-Roscam Abbing, J. (1994). De Casrielmethode. In: T. J. C. Berk et al., *Handboek groepspsychotherapie M4.1-M4*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Descartes, R. (1641). Meditazioni metafisiche sulla filosofia prima, *Opere filosofiche, vol II*. Bari: Laterza.

- Downing, G. (1995). *Il corpo e la parola*. Roma: Astrolabio.
- Ehrental, J.C., Dinger, U., Lamla, A., Funken, B., Schauenburg, H. (2009). Evaluation der deutschsprachigen version des bindungsfragebogens "Experiences in Close Relationships-Revised" (ECR-RD), Evaluation of the German version of the attachment questionnaire "Experiences in Close Relationships-Revised" (ECR-RD), *Psychoter. Psych. Med.*, 59, 215-223.
- Faccio, E. (2007). *Le identità corporee*. Firenze: Giunti.
- Foulkes, S. H. (1948). *Introduction to Group Analytic Psychotherapy: Studies in the Social Integration of Individuals and Groups*. London: Heinemann.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.
- Freud, S. (1895). A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia". *Opere di Sigmund Freud*, 2, 177-192.
- Freud, S. (1892 -1895). *Studi sull'isteria*. In OSF, vol. I. Torino: Bollati Boringhieri.
- Galimberti, U. (2002). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Galimberti, U. (2018). *Nuovo Dizionario di Psicologia*. Milano: Feltrinelli.
- Gallese, V., & Sinigaglia, C. (2010). The bodily self as power for action. *Neuropsychologia*, 48, 746-755.
- Geerlings, P., & De Klerk-Roscam Abbing, J. (1985). Cathartische activerende, psychodynamische groepstherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie. Jaargang, 11*, 1-19.
- Genuin, A. (2020). *Bonding Psychotherapy: valutazione dell'efficacia dei gruppi residenziali*. Università degli Studi di Padova.

- Goleman, D. (2006). *Social Intelligence: the new science of human relationship*. New York: Bantam Dell.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 41-54.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische therapie*. Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe Verlag.
- Greenberg, L. S., Rice, L., & Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change: A process experiential approach*. New York: Guilford.
- Grussu, A. (2012). *Renè Spitz: Relazione madre-bambino e Sindrome da "Ospedalismo"*. Reperibile al sito web: <https://www.alessandrogrussu.it/txt/Spitz.pdf>.
- Harlow, H.F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673–68.
- Heller, L., & Lapierre, A. (2018). *Guarire i traumi dell'età evolutiva*. Roma: Astrolabio.
- Hill, D. (2017). *Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Husserl, E. (1968). *Ricerche Logiche*. Milano: il Saggiatore.
- Jaspers, K. (1919). *Psicologia delle visioni del mondo*. Roma: Astrolabio.
- Kats, S. (2004). *Evaluatie ambulante Bonding psychotherapie groepen*. Presentation, Dept. of Psychiatry, Faculty of Medicine.
- Kennell, J., et al. (1982). *Parent Infanti Bonding*. St. Louis: Mosby.
- Kibel, H. D. (2004). *Il paziente difficile in gruppo: armonizzare le maggiori prospettive psicoanalitiche*. In *Funzione Gamma*, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma.



- Kooyman, M., Olij, R. J. B., & Storm, R. A. (2014). Bonding psychotherapy: An effective group psychotherapy method to improve dysfunctional attachment styles. *International Journal of Psychotherapy*, *18*, 43-56.
- Lacan, J. (1966). Psychanalyse et médecine. *Cahier du Collège de Médecine*, *12*, 678.
- Lacan, J. (1960). Sovversione del soggetto e dialettica del desiderio nell'inconscio freudiano. *Opere, Vol. II*, 795-83. Torino: Einaudi.
- Lagercrantz, H., & Changeux, J. (2009). The emergence of human consciousness: From fetal to neonatal life. *Pediatric Research*, *65*, 255–260.
- Leboyer, F. (1974). *Per una nascita senza violenza. Il parto dal punto di vista del bambino*. Firenze: Bompiani.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. Simon & Schuster.
- Leijessen, M. (1996). Characteristics of a healing inner relationship. In: R. Hutterer et al. (Hrsg.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Lewin, K. (1951). *Teoria del campo delle scienze sociali*. Selected Theoretical Papers.
- Lichtenberg, J. (1989). *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G. (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lowen, A. (1989). Bioenergetic analysis. *Current psychotherapies*, 572-58.
- Lowen, R. S. (1997). *Creating the cold war university: The transformation of Stanford*. Univ. of California Press.
- Lowen, A., & Lowen, L. (1977). *Espansione e integrazione del corpo in Bioenergetica*. Roma: Astrolabio.

- Lugones, M., Pierino, E. (2018). *Il gruppo: “un altro molto speciale”, bambini, adolescenti e genitori nelle istituzioni*. In *Interazioni*, n. 48.
- Mahler, S., Pine, M.M., & Bergman, A. (1973). *La nascita psicologica dell'infante umano*. New York: Basic Books.
- Mauss, M. (1934). *Les techniques du corps*. *Journal de psychologie*.
- McClure, V. (2021). *Massaggio al bambino messaggio d'amore*. Bologna: Bonomi Editore.
- McDougall, J. (1990). *Teatri del corpo. Un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici*. Milano: Raffaello Cortina.
- Meltzer, D. adesiva di Esther Bick (1968).
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1998). Object representation, identity, and the paradox of early permanence: Steps toward a new framework. *Infant Behavior and Development*, 21(2), 201-235.
- Merleau-Ponty, M. (1965). *Fenomenologia della percezione*. Milano: Il Saggiatore.
- Merleau-Ponty, M. (1969). *Il visibile e l'invisibile*. Milano: Bonpiani.
- Moretti, G., Frascati, M. (2023). Una parola al giorno. Alterità. Reperibile al sito web: <https://www.unaparolaalgiorno.it/significato/alterita>.
- Moretti, G., Frascati, M. (2012). Una parola al giorno. Separare. Reperibile al sito web: <https://unaparolaalgiorno.it/significato/separare>.
- Neri, C. (2021). *Il gruppo come cura*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Palmieri, M. A. (1988). Il Gruppo tra sentimento di non esistenza e di esistenza. In *Gruppo e Funzione Analitica*, 253-269.
- Pines, M. (1973). Group therapy with “difficult” patients. *New York: Intercontinental Medical Book*, 102-119.

- Plutchik, R. (1996). *Psicologia e Biologia delle emozioni*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Pontis, M. (2018). *Comportamenti problema, capire valutare, agire*. Independently published.
- Recalcati, M. (2021). *Il soggetto vuoto. Clinica psicoanalitica delle nuove forme del sintomo*. Trento: Erickson.
- Reddy, V. (2008). *Cosa passa per la testa di un bambino*. Milano: Raffaello Cortina.
- Riello, M. (2018). *Attaccamento e Sistemi Motivazionali*. [Power Point]. Università del Salento. Available at: <https://slideplayer.it/slide/10206236/> .
- Riva Crugnola, C. (2012). *La relazione genitore-bambino tra adeguatezza e rischio*. Bologna: Il Mulino.
- Sander, L. W. (1987). A 25-year follow-up: some reflections on personality development over the long term Infant. *Mental Health Journal*, 8 (3), 210-220.
- Sarsini, D. (2003). *Il corpo in Occidente*. Roma: Carocci.
- Schore, A.N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development*. New York: Norton.
- Selcuk, E., Gunaydin, G., Sumer, N., Uysal, A. (2005). Yetiskin Baglanma Boyutlan Icin Yeni Bir Olcum: Yakin Iliskilerde Yasantilar Envanteri-II'nin Turk Orneklemine Psikometrik Acidan Degerlendirilmesi, A New Scale Developed to Measure Adult Attachment Dimensions: Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) - *Psychometric Evaluation in a Turkish Sample, Turk Psikoloji Yazilari, Vol 8(16) Dec 2005, 1-11*.
- Sighinolfi, C., Pala, A. N., Chiri, L. R., Marchetti, I., & Sica, C. (2010). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Traduzione e adattamento italiano. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 16, 141-70.
- Spitz, R. (1946). *Anaclitic depression*. Psychoanal, Study Child.

- Spitz, R. (1966). *Il primo anno di vita. Studio psicoanalitico sullo sviluppo delle relazioni oggettuali*. Roma: Armando editore.
- Spitz, R. (1945). Ospitalismo: un'indagine sulla genesi delle condizioni psichiatriche nella prima infanzia. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Stadtmüller, G., & Gordon, J. A. (2011). The Biological Correlates of Emotions. *International Journal of Psychotherapy*, 15(3), 6-24.
- Stauss, K., & Ellis, F., W. (2007). *Bonding psychotherapy, Theoretical Foundations and Methods*. International Society for Bonding Psychotherapy.
- Stefanini, A. (2013). *Le emozioni: patrimonio per la persona e risorsa per la formazione*. Milano: Franco Angeli.
- Stern, D. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Boringhieri.
- Treccani (2006). *Alterità*. Reperibile al sito web: <https://www.treccani.it/vocabolario/alterita/>.
- Treccani (1999). *Comportamento*. Reperibile al sito web: <https://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/comportamento/>
- Trevarthen, C. (1979). The tasks of consciousness: How could the brain do them. *Brain and mind*, 187-253.
- Tricoli, M. L. (1992). L'analisi di gruppo: aporie e potenzialità del modello d'intervento. *Ricerca Psicoanalitica*, 141-152.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child psychiatry*, 17(1), 1-13.
- Topp C.W., Østergaard S.D., Søndergaard S., & Bech P. (2015). *The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review*. Liotti M, Milesi A, Spitoni GF, Tanzilli A, Speranza AM, Parolin L, et al. (2023) *Unpacking trust: The Italian validation of the Epistemic Trust, Mistrust, and Credulity Questionnaire (ETMCQ)*. *PLoS ONE* 18(1):

e0280328. [https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0280328](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280328) *Review of the Literature*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167-176.

Tsagarakis, M., Kafetsios, K., Stalikas, A. (2007). Reliability and validity of the Greek version of the Revised Experiences in *Close Relationships measure of adult attachment*, *European Journal of Psychological Assessment*, Vol. 23(1), 47-55.

van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Milano: Raffaello Cortina.

Warr, P., Banks, M., Ullah, P. (1985). The experience of unemployment among black and white urban teenagers. *Br J Psychol*, 76, 75–87.

Watson, J. B. (1930). *Behaviorism*. Chicago: University of Chicago Press.

Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alone. *The International journal of psychoanalysis*, 39, 416.

Yalom, I. (2005). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Torino: Bollati Boringhieri.

