

# Identity agonies *Agonie dell'identità*

**Living dyingly: Approaches from Psychology, Neuroscience, Medicine,  
Sociology and Philosophy**

***Vivere morendo: Approcci da Psicologia, Neuroscienze, Medicina,  
Sociologia e Filosofia***

edited by Ines Testoni, Luigi Grassi, Marius Milcu



Titolo originale  
Identity agonies  
*Agonie dell'identità*

Living dyingly: Approaches from Psychology, Neuroscience, Medicine, Sociology and Philosophy  
*Vivere morendo: Approcci da Psicologia, Neuroscienze, Medicina, Sociologia e Filosofia*

edited by Ines Testoni, Luigi Grassi, Marius Milcu

Prima edizione 2017, Padova University Press

Progetto grafico di copertina  
Padova University Press

© 2017 Padova University Press  
Università degli Studi di Padova  
via 8 Febbraio 2, Padova  
[www.padovauniversitypress.it](http://www.padovauniversitypress.it)

ISBN 978-88-6938-104-1

Immagine di copertina  
Foto: Katarzyna Białasiewicz/123RF. Editing: Deborah Coron e Marco Piscitello

Tutti i diritti di traduzione, riproduzione e adattamento, totale o parziale, con qualsiasi mezzo (comprese le copie fotostatiche e i microfilm) sono riservati.  
All rights reserved.

<http://endlife.psy.unipd.it/>

Special thanks - Ringraziamenti speciali  
Deborah Coron, Gaia Luisa Marinoni, Marco Piscitello, Alessia Zielo, Valentina Zifarelli, Éva Zsák



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

**Identity agonies: Living dyingly**  
**Approaches from Psychology, Neuroscience, Medicine,**  
**Sociology and Philosophy**  
**Agonie dell'identità: Vivere morendo**  
**Approcci da Psicologia, Neuroscienze, Medicina,**  
**Sociologia e Filosofia**

### Scientific Direction - Direzione Scientifica

Ines Testoni



Luigi Grassi

### Scientific Committee - Comitato Scientifico

*Ivan Ambrosiano, Franca Benini, Natascia Bobbo, Guidalberto Bormolini, Elizabeth Brondolo, Mihaela Bucuta, Vincenzo Calvo, Edoardo Casiglia, Laura Dal Corso, Dora Capozza, Nicola De Carlo, Loredana Cena, Krzysztof Ciepliński, Robert Crupi, Diego De Leo, Maria Luisa De Luca, Valentina Di Mattei, Vincenzo Durante, Enrico Facco, Emma Gasperi, Luigi Grassi, Fabio Grigenti, Hafez Haidar, Johannes Florian Krall, Salvatore La Mendola, Marco Longo, Daniela Lucangeli, Fabio Lucidi, Roberta Maeran, Ilaria Malaguti, Cristina Marogna, Nicola Martinelli, Giuseppe Micheli, Vincenzo Milanesi, Marius Milcu, Vincenzo Pace, Monica Pedrazza, Albert Persaud, Gabriella Pravettoni, Camillo Regalia, Silvia Riva, Barbara Segatto, Emanuele Severino, Davide Susanetti, Andrea Toniolo, Patrizio Tressoldi, Renzo Vianello, Graziella Viziello, Cristiano Violani, Michael Wieser, Alessio Zaccone, Adriano Zamperini, Alessia Zielo.*

### Organizative Committee - Comitato Organizzativo

*Antonella Beltrami, Giovanna Borsetto, Roberto Carnevali, Deborah Coron, Ciro De Vincenzo, Federica Durano, Mattia Furlan, Sonia Fusina, Giulia Gengarelli, Erika Iacona, Gaia Luisa Marinoni, Marco Piscitello, Maddalena Rodelli, Davide Sisto, Gabriella Spiga, Daniela Ugarte, Zarina Zargar, Alessia Zielo, Valentina Zifarelli, Loretta Zorzi Meneguzzo, Éva Zsák.*

### With the extraordinary participation of: Con la partecipazione straordinaria di:

#### Emanuele Severino

*Italian philosopher and academic, awarded the title Cavaliere di Gran Croce. Founders of the Department of Philosophy and Theory of Science at the University Ca' Foscari Venice. He was and still is full professor of Theoretical Philosophy, Logic and Epistemology at the Ca' Foscari University Venice and San Raffaele University Milan. He has the honour of Lincei Academy. For several years he has been working with the Corriere della Sera.*

Filosofo e accademico italiano, insignito del titolo di *Cavaliere di Gran Croce*. È tra i fondatori del Dipartimento Filosofia e Teoria delle Scienze dell'Università Ca' Foscari di Venezia. È stato ed è professore ordinario di Filosofia Teoretica, Logica ed Epistemologia all'Università Ca' Foscari di Venezia e all'Università San Raffaele di Milano. È *Accademico dei Lincei*. Da molti anni collabora con il Corriere della Sera.





UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

**Identity agonies: Living dyingly**  
*Approaches from Psychology, Neuroscience, Medicine,  
Sociology and Philosophy*  
**Agonie dell'identità: Vivere morendo**  
*Approcci da Psicologia, Neuroscienze, Medicina,  
Sociologia e Filosofia*

### **Dora Capozza**

*Emeritus professor of Social Psychology at University of Padua, dealing with stereotypes, prejudice and intergroup relations. Member of many international scientific societies and has been named a Fellow of the American Psychological Society (APS).*

Professore emerito di Psicologia Sociale presso l'Università di Padova, si occupa di stereotipi, pregiudizio e rapporti intergruppi. È membro di molte società scientifiche internazionali ed è stata nominata Fellow della Società di Psicologia Americana (APS).



### **Anders Eklund**

*Professor at Linköping University in Sweden, expert of analysis of functional magnetic resonance imaging (fMRI) data, brain computer interfaces (BCI), image registration, image enhancement, implementation of medical image processing algorithms on graphics processing units (GPUs).*

Professore all'Università di Linköping in Svezia, esperto di analisi sui dati ottenuti con la risonanza magnetica funzionale (fMRI), studi sulle interfacce cervello-computer (BCI), registrazione e ottimizzazione delle immagini, implementazione di algoritmi di elaborazione delle immagini mediche sulle unità di elaborazione grafica (GPUs).



### **Diego De Leo**

*Psychiatrist and Emeritus Professor. He has been the world leading researcher in suicide research and prevention over several decades, designing suicide prevention activities, projects and programs around the world, including his contribution to the World Health Organization.*

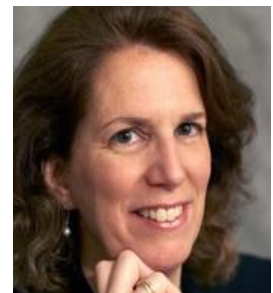
Psichiatra e Professore Emerito. È stato il più importante ricercatore delle ultime decenni nell'ambito della prevenzione al suicidio, ideando attività, progetti e programmi di prevenzione al suicidio in tutto il mondo, anche in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità.



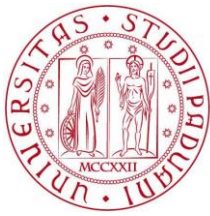
### **Elizabeth Brondolo**

*Professor at St. John's University in Queens, NY and director of the Collaborative Health Integration Research Program (CHIRP), is permanent member of several studies on mechanisms of emotions, stress and health; she chaired a task force on discrimination and health for the APA Division 38.*

Professoressa al at St. John's University in Queens, NY e direttore del Collaborative Health Integration Research Program (CHIRP), è membro permanente di numerosi studi sul meccanismo delle emozioni, stress e salute; ha diretto una task force sulla discriminazione nell'accesso alla salute per la Divisione 38 dell'APA.







UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

**Identity agonies: Living dyingly**  
*Approaches from Psychology, Neuroscience, Medicine,  
Sociology and Philosophy*

**Agonie dell'identità: Vivere morendo**  
*Approcci da Psicologia, Neuroscienze, Medicina,  
Sociologia e Filosofia*

### Robert Crupi

*Medical Director, Ambulatory Care and Population Health at New York-Presbyterian/Queens where he is on medical staff in the Division of Geriatric Medicine and Palliative Care and serves on the faculty of its Palliative Care Fellowship program. He is co-chair of New York City's Adult Immunization Coalition, and Vice President of the Regional Emergency Medical Services Council of New York City. He is a board member of the China Aids Fund.*

Direttore del Dipartimento Ambulatory Care and Population Health, Division of Geriatric Medicine and Palliative Care e componente del Palliative Care Fellowship program presso il New York-Presbyterian/Queens Hospital. Co-direttore del New York City's Adult Immunization Coalition e vice president del Regional Emergency Medical Services Council di New York. Componente del China Aids Fund.



### Enrico Facco

*Full professor of Anesthesiology and Intensive Care at University of Padua. Member of Scientific Committee Master Death Studies; President of Italian Association Narco-Odontostomatology (AINOS); President European Federation for the Advancement of Anesthesia in Dentistry (EFAAD).*

Professore di Anestesiologia e Rianimazione presso l'Università di Padova. Membro del Comitato Scientifico del Master su Death Studies; Presidente dell'Associazione Italiana di Narco Odontostomatologia (AINOS); Presidente della European Federation for the Advancement of Anesthesia in Dentistry (EFAAD).



### Salvatore Maria Aglioti

*Trained as behavioral neurologist, is now professor of Social Neuroscience and of Organizational Neuroscience at Sapienza University of Rome. He is the head of the laboratories of Cognitive and Social Neuroscience at Sapienza and at Fondazione Santa Lucia, IRCCS, Rome. His research interests revolve around a variety of social neuroscience topics ranging from empathy for pain and existential neuroscience to deception and dishonesty in social and organizational contexts as well as in underpinnings of social group coding driven by race as well as by political and religious affiliation.*

Formatosi come neurologo comportamentale, è Professore Ordinario di Neuroscienze Sociali e Neuroscienze dell'Organizzazione all'Università La Sapienza di Roma. È capo dei laboratori di Neuroscienze Cognitive e Sociali all'Università La Sapienza di Roma e alla Fondazione Santa Lucia, IRCCS, di Roma. I suoi interessi di ricerca riguardano una varietà di tematiche relative alle Neuroscienze Sociali che vanno dall'empatia per il dolore, alle neuroscienze esistenziali, all'inganno e la disonestà in contesti organizzativi e sociali, così come ai fondamenti dei gruppi sociali determinati dalla razza e dall'affiliazione politica e religiosa.





**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA**

**Identity agonies: Living dyingly**  
*Approaches from Psychology, Neuroscience, Medicine,  
Sociology and Philosophy*  
**Agonie dell'identità: Vivere morendo**  
*Approcci da Psicologia, Neuroscienze, Medicina,  
Sociologia e Filosofia*

### **Alessandro Angrilli**

*Professor at the University of Padua, Coordinator of the PhD Program in Experimental and Clinical Psychobiology; Member of the Scientific Area Commission (CSA), Area 17 Psychology. Associate Editor of Biological Psychology and BMC Neuroscience. In 1997 he received the AIP Award – The Italian Psychology Association – for the Best Doctoral Thesis (Title: “Psychophysics of Emotions”) In 1998 Marie Curie Researcher (TMR) at the University of Constance.*

Professore Ordinario presso l'Università degli Studi di Padova, Coordinatore del Programma di Dottorato in Psicobiologia Clinica e Sperimentale; Membro della Scientific Area Commission (CSA), Area 17 Psychology. Editor associato de Biological Psychology and BMC Neuroscience. Nel 1997 ha ricevuto il premio AIP – Associazione Italiana Psicologia – per la miglior tesi di Dottorato (Titolo: “Psicofisiologia delle emozioni”) e dal 1997 al 1998 ha partecipato al programma Marie Curie Researcher (TMR) presso l'Università di Costanza.



### **Franca Benini**

*Visiting professor of Pediatrics Postgraduate School at University of Padua. Medical Director of the Venetian reference Center for Pain Therapy and Pediatric Palliative Care. She has conducted and still conducts research about infants' and children's pain.*

Professore a contratto della scuola di Specializzazione in Pediatria presso l'Università di Padova. Dirigente medico del Centro di riferimento Veneto di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche. Ha svolto e tuttora svolge attività di ricerca nel campo del dolore nel neonato e nel bambino.



### **Guidalberto Bormolini**

*Priest and monk in the community of the Ricostruttori, graduated from the Pontificia Università Gregoriana, is currently a graduate student in Spiritual Theology at the S. Anselmo University in Rome. For the University of Padua he's a teaching professor at the Master “Death Studies & the End of Life”. He deals with training on Spirituality and with interreligious dialogue connected with the end of life for many Hospices, Health Service Units and Hospital facilities.*

Monaco dei Ricostruttori nella preghiera, laureato alla Pontificia Università Gregoriana e dottorando in Teologia Spirituale presso l'Ateneo S. Anselmo a Roma. È docente al Master “Death Studies & the End of Life” dell'Università di Padova. Si occupa della formazione sui temi della spiritualità e del dialogo interreligioso nel fine vita presso numerosi Hospices, Asl e strutture ospedaliere.





UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

**Identity agonies: Living dyingly**  
*Approaches from Psychology, Neuroscience, Medicine,  
Sociology and Philosophy*  
**Agonie dell'identità: Vivere morendo**  
*Approcci da Psicologia, Neuroscienze, Medicina,  
Sociologia e Filosofia*

### **Adone Brandalise**

*Professor of Theory of Literature at the University of Padua. His research activity is characterised by a strong interest for the interrelation among philosophical and psychoanalytical reflection and the interpretation of literary works. He currently is the director of the Master in Intercultural Studies at the University of Padua.*

Professore di Teoria della Letteratura presso l'Università di Padova. La sua attività di ricerca è caratterizzata da un marcato interesse per la relazione tra riflessione filosofica e psicoanalitica e interpretazione dei testi letterari. Attualmente è direttore del Master in Studi Interculturali all'Università di Padova.



### **Daniela Lucangeli**

*Professor of Developmental and Educational Psychology at the DPSS, Padua University Member of the Science of Consciousness Research Group.*

Professore di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione presso il DPSS dell'Università di Padova Membro del Science of Consciousness Research Group.



### **Fabio Lucidi**

*Professor in Psychometrics at Sapienza University of Rome. His research activity focuses on the social-cognitive processes involved in behavioural's self-regulation; Vice-President of the Scientific Committee of the European Congress of Psychology and president of the Italian Association of Psychology.*

Professore di Psicometria presso Sapienza Università di Roma. La sua attività di ricerca si concentra sui processi socio-cognitivi coinvolti nella autoregolazione del comportamento; Vice Presidente del Comitato Scientifico del Congresso Europeo di Psicologia e presidente dell'Associazione Italiana di Psicologia.



### **Andrea Mechelli**

*Reader in Early Intervention and clinical psychologist at the Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience (King's College London). Expert in the application of machine learning methods to neuroimaging data to make individualised inferences in brain-based disorders.*

Professore Associato e psicologo clinico all'Istituto di Psichiatria, Psicologia e Neuroscienze del King's College London. Esperto nell'applicazione di tecniche di apprendimento automatico alle neuroimmagini per lo studio di disturbi psichiatrici e neurologici.





UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

**Identity agonies: Living dyingly**  
*Approaches from Psychology, Neuroscience, Medicine,  
Sociology and Philosophy*  
**Agonie dell'identità: Vivere morendo**  
*Approcci da Psicologia, Neuroscienze, Medicina,  
Sociologia e Filosofia*

### Patrizio Tressoldi

*Researcher at the Department of General Psychology of Padua University, Italy Director of the Science of Consciousness Research Group.*

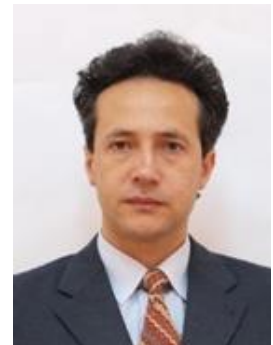
Ricercatore presso il Dipartimento di Psicologia Generale dell'Università di Padova Responsabile del Science of Consciousness Research Group <http://dpg.unipd.it/en/soc>



### Marius Milcu

*Associated Teacher and Centre for Psychological Research director at the Department of Psychology University "Lucian Blaga" of Sibiu - Romania. Doctor in clinical psychology, in his mainly research areas are Work and Organization Psychology and Military and Forensic Psychology. He is autor of many articles, book and specialized magazine.*

È Professore Associato e Direttore del centro di ricerca psicologica del dipartimento di Psicologia dell'Università Lucian Blaga di Sibiu, in Romania. È laureato in psicologia clinica e tra le sue aree di intervento sono la Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni e la Psicologia Forense e militare. È inoltre autore di numerosi articoli, libri e riviste specializzate.



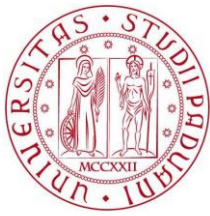
### Pier Luigi Bersani

*Member of the Italian Republic, graduated in philosophy at the University of Bologna. As a young man he started his political career as the Vice President of the Comunità Montana Piacentina, then moving into the Presidency of the Emilia-Romagna Region, to being Minister of Industry, Commerce and Crafts in the Prodi Government I and D'Alema I, and to Minister of Transport and Navigation in the D'Alema II Government and in the Amato II Government, while changing from the Partito Comunista Italiano, to the Partito Democratico della Sinistra and then to the Democratici di Sinistra. In 2004, he was elected as Member of the European Parliament and became a member of the Economic and Monetary Affairs Committee (ECON) and of the Commission for Internal Market and Consumer Protection (IMCO), too. In 2007 joined the Partito Democratico in which he remains until 2017, when, due to the internal division of the PD, he joins Articolo 1 - Movimento Democratico e Progressista.*

Deputato della Repubblica Italiana, si è laureato in filosofia presso l'Università degli Studi di Bologna. Fin da giovane ha intrapreso la carriera politica passando dalla vice presidenza della Comunità Montana piacentina, alla presidenza della Regione Emilia-Romagna, a Ministro dell'Industria, del commercio e dell'artigianato nel Governo Prodi I e D'Alema I e poi Ministro dei trasporti e della navigazione nel Governo D'Alema II e nel Governo Amato II, e transitando attraverso il Partito Comunista Italiano, il Partito Democratico della Sinistra e i Democratici di Sinistra. Nel 2004 viene eletto parlamentare europeo e diviene membro sia della Commissione per i problemi economici e monetari (ECON) che della Commissione per il mercato interno e la protezione dei consumatori (IMCO). Nel 2007 aderisce al Partito Democratico in cui resterà fino al 2017, anno in cui, a causa dell'a scissione interna al PD, aderisce all'Articolo 1 – Movimento Democratico e Progressista.







UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

**Identity agonies: Living dyingly**  
*Approaches from Psychology, Neuroscience, Medicine,  
Sociology and Philosophy*  
**Agonie dell'identità: Vivere morendo**  
*Approcci da Psicologia, Neuroscienze, Medicina,  
Sociologia e Filosofia*

### Vincenzo Pace

*Full professor of Sociology of religion at the Galilean School of Advanced Studies of the University of Padua. Co-editor of the Annual Review of the Sociology of Religion (Leiden, Brill) and the International Journal of the Latin American Religions (Springer, New York).*

Professore ordinario di Sociologia delle religioni presso la Scuola di Studi Avanzati "Galileiana" dell'Università degli studi di Padova. Co-editor dell'Annual Review of the Sociology of Religion (Leiden, Brill) e dell'International Journal of the Latin American Religions (Springer, New York).



### Adriano Zamperini

*Professor of interpersonal relationships, psychology of violence, and psychology of social discomfort at University of Padua, and the Director of the Center of Research and Services for Migration and Intercultural Studies (CIRSIM). His field of research includes solidarity and indifference, social justice and human rights, interpersonal and collective conflicts, war and peace, and psychology of health.*

Professore di Relazioni interpersonali, Psicologia della violenza, e Psicologia del disagio sociale presso l'Università di Padova, è Direttore del Centro Interdipartimentale di Ricerca per gli Studi Interculturali e sulle Migrazioni (CIRSIM). Ambiti di ricerca: solidarietà e indifferenza, giustizia sociale e diritti umani, conflitti interpersonali e collettivi, guerra e pace, psicologia della salute.



**In partnership with - In collaborazione con**

Ordine degli Psicologi del Veneto



**Padova – 2-4 novembre 2017 – Aula Magna Vallisneri – Orto Botanico**

## Foreword

## Prefazione

### *'Identity and dignity: the challenge of the millennium'*

### **"Agonie dell'Identità: la sfida del millennio"**

**Ines Testoni, Luigi Grassi, Marius Milcu**

In contemporary Western culture when people think of their death they would like to die out of the blue, in their sleep, without any kind of consciousness of the end. In particular, they fear the possible tragic decline, which gradually deteriorates their freedom, and the power to do what they want. This can also be configured as the terror of 'living dyingly', because of loss of personal identity, dignity, self-recognition and self-respect. The fading of identity is perceived as the most terrifying situation. Indeed, psychological identity is a fundamental dimension, both individual and social, which relates to individuality, self-image and self-esteem, resulting from the construction of the continuity between the memory of the past and the representation of the future. Its degradation constantly evokes the spectrum of death.

Such a condition, which may be caused by severe illnesses such as cancer, viral, neuro- and genetic degenerations or, more simply, by aging, must face the inexorableness of death along the progressive deterioration of the quality of life, and is commonly represented as the worst possible disgraceful existential state. However, suffering from identity loss does not derive only from sicknesses. Indeed, social and cultural dimensions assume a crucial role with regard to this problem: social oppression, abuse, aggression, violence and trauma cause significant travails in the biographies of any victim. At the basis of all this terror is the threat of loss and degradation of oneself before death, which means the horror in the face of annihilation of one's own deepest personal essence.

The purpose of 'Identity agonies: Living dyingly' is to reflect on these forms of suffering and the expression of its terror in order to understand the problem and consider the possible solutions. Almost one hundred interventions deal with this challenge and indicate different scenarios, offering important points of reflection. The first part of the volume addresses the meaning of death and of the afterlife. In particular, the mystery of the transcendence is taken into consideration, with regard to helping people face mortality. Spirituality is the red line which interconnects these issues with the palliative care. A particular attention has been paid to the problem of a positive sense of life with the bad news of the illness already known and the role of caregiving between family and society, with particular attention to the work in hospice and to the strategies aimed at preserving the dignity of dying persons. Besides, running in parallel, the theme of psychiatric illness or psychological disorders and the transformations that any form of institutionalization causes is widely discussed. Emotional regulation, trainings, the meaning of life, narratives, arts, death education are the components of different approaches and professions involved in these wider and wider fields, where many

dilemmas continue to evolve due to the development of medical sciences and technologies. Epistemological and bioethical issues intervene in this discussion in order to deal with the questions that the relationship between corporeality and consciousness produce. The problem inherent to the reasons to maintain a severely sick person in life thanks to expensive medical devices against their personal will is debated as well. Where self-determination is denied it is very difficult to respect a person's identity and dignity. Religions could be useful in supporting those who are facing end-of-life. They are also fundamental pivots on which different social identities erect many of their own values. However, our contemporary society is suffering from the violence that still plagues relationships among different transcendental perspectives. The crucial theme of the coexistence of different viewpoints within the same places, touching the node of multiculturalism and conflict, opens the complex area of social identities and their agonies produced by violence. The deconstruction of any recognition of differences destabilizes any social setting producing social stigma and discriminations. The importance of identity dropped into multiculturalism linked to the great migration that has been happening in recent years and how migration causes a series of conflicts and comparisons, affecting the identity of the migrant and of natives is the authentic challenge that the new millennium is supposed to face. Conflicts, aggressions, economic crises, terrorism are the problems that the Western globalized society should resolve, respecting all the implications of the different forms of identities, whether they are individual or social.

**2 November, Thursday**

**PLENARY SESSION**

**2 Novembre, giovedì**

**SESSIONE PLENARIA**

## **Chapter 1 – Interrupted Identities**

### **Capitolo 1 – Identità Interrotte**

#### ***1.1 - Interrupted identities***

#### **1.1 - Identità interrotte**

**Alessandro De Carlo, Laura Dal Corso**

***Keywords: identity, psychologist, intervention***

***Parole chiave: identità, psicologo, intervento***

Il ruolo della psicologia e degli psicologi è un elemento importante nell'evoluzione culturale e sociale del nostro paese e, più in generale, del mondo occidentale. A tale riguardo basti pensare ai dati economici e di diffusione relativi alla professione, in costante crescita, facilmente reperibili sui siti degli ordini e delle società professionali nazionali e internazionali e delle casse di previdenza, per constatare che non è soltanto il bisogno di psicologia ad aumentare, ma anche la consapevolezza che la vita e la società contemporanea hanno raggiunto un livello di complessità tale da rendere spesso necessari interventi di alta professionalità. Ciò potrà permettere alle persone di superare i momenti di difficoltà, il disagio e la patologia, le problematiche relazionali e anche di potersi migliorare efficacemente in un contesto ricco di stimoli, possibilità di formazione e competitività sociale e lavorativa.

Tuttavia, ancora oggi, l'intervento dello psicologo viene talvolta ricondotto, non soltanto da potenziali pazienti/utenti più o meno consapevoli della complessità della professione psicologica ma anche da alcuni psicologi, ad un'azione terapeutica esclusivamente centrata su una specifica situazione patologica o di disagio. Ma lo studio della persona nella sua dimensione individuale e sociale e l'intervento professionale propriamente efficace richiedono di più di una parcellizzazione estrema che permetta di individuare uno o due micro-aspetti dell'esistenza su cui agire "chirurgicamente" per apportare un beneficio. È infatti fondamentale considerare la persona nella sua completezza, nella ricchezza della sua esperienza di vita e nella complessità delle sue identità. Anche gli interventi per la salute, in diversi ambiti e con diversi destinatari, non possono limitarsi a una visione settoriale e limitata, ma devono agire anche sull'ambiente, sulle relazioni, sulla prevenzione e sul supporto del singolo e del gruppo (Rutelli, 2008).

In questa prospettiva si colloca la professionalità dello psicologo contemporaneo, che deve avere gli strumenti culturali e scientifici per intervenire spaziando tra concetti vasti e profondi quali l'identità ed



elementi più limitati e concreti quali specifiche categorie diagnostiche o modelli d'intervento. Il possesso di una tale consapevolezza e vastità di strumenti è ciò che può permettergli di essere efficace e "fare la differenza" tanto nei contesti quotidiani quanto in quelli più complessi e a rischio (De Carlo, Dal Corso, Di Sipio, Scarcella, & Sorvillo, 2016). Se gli psicologi non saranno in grado di spingersi oltre micro-interventi specifici o altamente specialistici e di assumere il ruolo di professionisti della persona "a tutto tondo", la prima "identità interrotta" sarà la loro. E questa è una sfida che l'intera comunità professionale, a partire dalla sua rappresentanza, non può non raccogliere: dalla percezione del proprio potenziale, infatti, deriverà il ruolo che gli psicologi ricopriranno nei prossimi anni, la possibilità di incidere profondamente e positivamente sulla salute di individui e gruppi, la percezione che la categoria avrà di sé.

Il lavoro dello psicologo prevede l'interazione con l'altro, singolo o gruppo, con una propria identità e con le proprie traiettorie di vita ed evoluzione. E qui le possibilità di interruzione, di frammentazione, di frantumazione dell'identità sono molteplici. Le situazioni presentate rappresentano solo una parte di quelle in cui l'identità è messa in discussione, in cui tutto può sembrare interrotto: casi di lutto perinatale, suicidi legati alla condizione lavorativa, dolore e malattia oncologica, tossicodipendenze, episodi di ritiro dalla socializzazione. Tutte queste condizioni non possono essere oggetto di intervento esclusivamente centrato sul presente, sulla condizione dolorosa e contestuale. Le persone in queste situazioni hanno un passato alle spalle, alcune anche un lungo futuro di fronte, una dimensione individuale e una sociale, valori e credenze, tradizioni e speranze (Sedikies & Brewer, 2001). La psicologia può e deve considerare l'individuo come un sistema complesso, valorizzandone gli elementi di resilienza, di capacità di ricostituire elementi bloccati, interrotti, anche di fronte a eventi che mettono a durissima prova le possibilità dell'essere umano di sopravvivere, tanto psicologicamente quanto biologicamente, come nel caso delle esperienze di malattia oncologica (Dal Corso, De Carlo, Sandler, Di Sipio, & Armezzani, 2010). Non si tratta di un'attività semplice, ma di una definitiva presa di coscienza da parte di un'intera comunità professionale di un ruolo più ampio e di una possibilità di intervento più profondo sui singoli e sulla società, di una scelta che può e deve essere compiuta oggi sulla base di una forte convinzione etica, morale e professionale del proprio ruolo.

### **Bibliografia e sitografia**

- Dal Corso, L., De Carlo, A., Sandler, T., Di Sipio, A., & Armezzani, M. (2010). Psychological and psychotherapeutic approaches in oncology: Valorization and strengthening of the person. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 17(3), 161-181. Disponibile da: <http://www.tpm.org/wp-content/uploads/2014/11/17.3.4.pdf>
- De Carlo, A., Dal Corso, L., Di Sipio, A., Scarcella, M., & Sorvillo, D. (2016). Coping with the economic and labor crisis: Models and tools for the evaluation of suicide risk. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 23(3), 299-317. Disponibile da: <http://www.tpm.org/2016-vol-23-no-3-september/>
- Rutelli, P. (2010). *A misura di bambino. Organizzazione, persona e ambiente*. Milano: FrancoAngeli.
- Sedikies, C., & Brewer, M. (2001). *Individual Self, Relational Self, Collective Self*. London: Rutledge.

## **1.2 - Become what you are. Some epistemological reflections on “identity” and “agony”**

## **1.2 - Divenire quello che si è. Alcune riflessioni epistemologiche su “identità” e “agonia”**

**Ettore Perrella**

*Keywords: identity, agony, act, formation*

*Parole chiave: identità, angoscia, atto, formazione*

Inizierò da pochi cenni etimologici sulle due parole che costituiscono il titolo di questo convegno: “identità” e “agonia”. La seconda deriva dal greco, e viene usata oggi in relazione all’attesa di una morte prossima, anche se anticamente essa era riferita ad ogni situazione di angoscia<sup>1</sup>. Pochi sanno, tuttavia, che, nella teologia cristiana, quando si esprime in greco, anche Dio ha avuto la sua *agonía*, segnatamente nell’orto degli ulivi. La nascita è traumatica proprio perché consiste in una situazione di angoscia – di soffocamento –, prima che l’aria invada per la prima volta i polmoni. La nascita, quindi, almeno nel mito scientifico, è la nostra prima «agonia». Si capisce allora perché la vita umana sia sempre e necessariamente accompagnata dall’angoscia della morte e perché Ines Testoni (2015) abbia intitolato il suo libro, dedicato alla *Death Education*, “*L’ultima nascita*”. Del resto proprio per questo lo inizia citando un passo in cui Freud, nel corso della prima guerra mondiale, trasforma il motto latino *si vis pacem, para bellum*, in *si vis vitam, para mortem* (Testoni, 2015, p. 3). L’intera esperienza della psicanalisi, in effetti, altro non è che un lungo lavoro di facilitazione di un lutto: in primo luogo di quello, anticipatorio, per la nostra stessa caducità (altra parola alla quale Freud dedicò più tardi un suo notissimo articolo). La pratica della psicanalisi, perciò, non è che un allenamento a quella che i greci chiamavano la *meléte thanátou*.

Vengo all’altra parola, “identità”, che naturalmente viene dal latino *idem*, stesso. L’identità di qualcosa sembra essere quella sua proprietà ontologica grazie alla quale, quando lasciamo un oggetto da qualche parte e poi lo ritroviamo, pensiamo che esso sia appunto lo stesso, come pensiamo di essere noi stessi ad averlo lasciato e ritrovato. Tutto questo, naturalmente, lo pensiamo, perché nel reale non c’è nessuna identità, ma tutto è divenire, come sapeva Eraclito; è solo nel pensiero, vale a dire dal punto di vista logico, che aveva ragione Parmenide quando affermava che l’essere è, e che il divenire è solo un’illusione. Ma l’identità, dal punto di vista del reale, è solo un’approssimazione ideale, dalla quale si producono sempre inevitabili paradossi, perché, nel mondo, nulla è mai identico a niente, nemmeno a se stesso, non fosse che per effetto del tempo. In effetti, non siamo noi umani i soli a morire, perché muoiono, benché molto più lentamente di noi, anche i pianeti e le stelle. Attraverso di noi, come diceva San Paolo, grida l’intero universo.

---

<sup>1</sup> *Agonía* viene dal verbo *ágo*, conduco, o più precisamente da *agonízo*, gareggio, che con l’angoscia non ha nessuna relazione, se non per la tensione che richiede l’agone, anche se, da Aristotele e Demostene in poi, la parola finisce per assumere questo significato. La parola italiana «angoscia» deriva invece dal latino *angustia*, proveniente da una radice verbale indoeuropea che significa strozzare o far mancare il respiro, e che si ritrova nel greco *ágkho*, nel tedesco *Angst* e nell’inglese *anguish*, parola purtroppo soppiantata dal molto più banale *distress*. Perciò questa radice verbale ha molto a che fare con il trauma della nascita.

In realtà, solo le idee platoniche sono indifferenti al tempo e per sempre identiche a se stesse, come le entità matematiche e geometriche. Se non usassimo delle parole, non avremmo mai pensato a nessuna eternità. E nessun ente esiste se non agendo, come ha mostrato un giorno Gregorio Palamas. Questo principio, se vale per i sassi e per le stelle, vale molto più chiaramente per noi, che sperimentiamo di continuo, fra il nascere e il morire, quanta distanza separi necessariamente ciò che siamo da ciò che vorremmo divenire, ed anche da quel che crediamo di essere. Se c'è un inconscio, allora nessuno di noi è mai identico al se stesso che pensa di essere, perché l'identità è prodotta solo nella coscienza di qualcuno, e da questa differenza costitutiva di ciascuno da se stesso, che da Freud fu chiamata inconscio, non si guarisce con nessuna psicanalisi. Invece solo gli atti che compiamo ci consentono, raramente e con grandi difficoltà, sia di approssimarci alle nostre attese, sia di acquisire una qualche posizione riconoscibile nel mondo. L'identità si acquisisce forse solo nel mito religioso, quindi al di là del tempo, per esempio nella metempsicosi o nella resurrezione della carne.

La psicanalisi – come qualunque altra pratica “psico-” – deve servire a consentirci di ridurre le nostre inibizioni e i nostri sintomi, non ad eliminare l'angoscia (l'agonia), e tanto meno a produrre una qualche presunta – e mortale – identità con noi stessi. A quest'ultimo scopo, folle o criminale, si dedica invece solo il modo di produzione che chiamiamo capitalistico (nelle sue varie forme, oggi soprattutto nella globalizzazione informatica). Chi desidera accumulare capitale, come l'avarico di Molière, non può che tentare, anche se inutilmente, di dimenticare e di far dimenticare la morte. Ma questa amica-nemica, quanto più viene estromessa dalla nostra coscienza, più ritorna, traumaticamente, a presentarsi nel reale. In nessuna epoca storica la guerra ha sterminato più milioni di persone che nella nostra.

Tuttavia dal fatto che nessuno è identico a se stesso non si deduce di certo che la dimensione ontologica sia assente dalla nostra esperienza. E già Platone dimostrò che il punto di vista di Eraclito non è affatto in contraddizione con quello di Parmenide, perché entrambi sono necessari per pensare il reale. In effetti, nella pratica analitica, si tratta di fare in modo che chi ci chiede aiuto riesca a tentare di diventare quello che già è (questa formula, come si vede, è di Nietzsche, che, della psicanalisi, non ha fatto in tempo a sapere nulla, anche se la donna che amava ha avuto un ruolo per niente trascurabile nella storia del movimento psicanalitico). È proprio perché non siamo mai quello che siamo che il lavoro dell'analisi è sempre formativo. Noi dobbiamo divenire, nell'atto, quello che “già siamo”, ma solo nell'attesa del nostro desiderio. La terapia, in effetti, altro non è che un sottoprodotto secondario del lavoro vero che compiamo noi “psico-”, che non è la cura, ma la formazione (*Bildung, paideía*). Se assumiamo quello che facciamo seriamente, in fondo non possiamo non ammettere che le pratiche “psico-” puntano sempre a dare un contributo alla formazione (e certo non solo a quella degli psicanalisti). Freud lo sapeva benissimo. E Platone, molti secoli prima, aveva dato un contributo determinante a tutta la storia dell'Occidente, quando aveva mostrato come la formazione sia la prima meta che deve prefiggersi qualunque organismo politico.

È perché nessun analista si può mai dimenticare della morte che forse, dopo aver impiegato dieci anni a scrivere la mia trilogia di psicanalisi, e quindici a interrogarmi sull'epistemologia della mia pratica, ho

impiegato gli ultimissimi a scrivere un poema, sulla falsariga di Dante, che ho intitolato “*Viaggio in Paradiso*” (Perrella, 2017). Il mio Paradiso, beninteso, non assomiglia affatto a quello descritto da Dante, perché è costituito dal sovratemporale, in cui ciascun istante è destinato a durare per sempre. E qui non si trattava soltanto del delirio della presunzione del mio desiderio, ma anche di un’ipotesi che oggi fa la scienza stessa, quando si sforza, per ora senza successo, di approdare, platonicamente (anche se questo può non piacere ai fisici), ad una concezione unitaria del reale, che metta insieme la teoria della relatività e la meccanica quantistica.

Proprio per questo, a mio modo di vedere, anche le nostre psicopratiche altro non sono che un sottoprodotto del capitalismo, almeno se noi “psico-” non iniziamo ad ammettere d’essere, prima di tutto, formatori, assumendoci così la responsabilità etica, molto prima che terapeutica, che il nostro compito comporta.

Credo che proprio su questo punto l’ambizioso convegno che inizia oggi potrà forse dare, se riusciremo ad intenderci almeno fra noi, un utile contributo culturale e civile.

### **Bibliografia**

Perrella, E. (2014). *Dialogo sui tre principi della scienza. Perché una fondazione etica è necessaria all’epistemologia*. Milano: Ipoc.

Perrella, E. (2015). *La ragione freudiana, I, Il tempo etico, II, La formazione degli analisti e il compito della psicanalisi, III, Il mito di Crono. Principi di clinica psicanalitica*, Ariccia: Aracne.

Perrella, E. (2017). *Viaggio in Paradiso. Poema fantamistico per il XXI Secolo*. Milano: Ipoc.

Testoni, I. (2015). *L’ultima nascita. Psicologia del morire e Death Education*. Torino: Bollati Boringhieri.

## **1.3 - Perinatal loss**

### **1.3 - Lutto perinatale**

**Gina Barbano**

**Keywords:** *pregnancy, identity, perinatal loss*

**Parole chiave:** *gravidanza, identità, lutto perinatale*

La gravidanza è un’esperienza che determina profonde modificazioni nel corpo e nella mente della donna e richiede un processo di adattamento. Molti autori descrivono il periodo di gestazione attraverso stadi e tappe che scandiscono i nove mesi del processo evolutivo. In questo periodo inizia quella che secondo Stern (1999) è la “nascita di una madre”, che configura una nuova identità nella donna. Il senso di essere madre che Stern definisce “assetto materno” viene indicato come una organizzazione mentale che inizia e accompagna la maternità e che farà parte stabilmente della donna da quel momento in poi. La nascita di una madre non avviene in un tempo definito ma si sviluppa durante i mesi precedenti la nascita del bambino e i successivi. Attraverso un processo di elaborazione mentale dei mutamenti corporei e del senso di sé si costituisce l’identità materna e il vissuto di un “bambino immaginario” che caratterizza l’intero processo di gravidanza; così la madre porta a compimento entro il termine della gravidanza la maggior parte delle preparazioni mentali



della nuova identità. Quando durante questo processo avviene una morte perinatale la madre non perde solo il bambino che porta in grembo ma perde una parte di sé, ciò che era e anche quella identità generatrice che si era costruita emotivamente e fisicamente durante la gravidanza. Il lutto di un figlio neonato rende la madre una “superstite”, rimane sola con i suoi progetti negati e non è più in grado di trovare il destinatario della progettualità (Ravaldi, 2009). E senza la possibilità di un recupero di senso la separazione rimane una ferita che non può rimarginarsi, perché le spiegazioni mediche parlano di corpi-oggetto, di patologie, di complicazioni. Quel piccolo corpo nato e morto è un’esistenza che non ha iniziato a vivere e che porta con sé l’annientamento di quel progetto che per lui era stato costruito nei mesi dell’attesa. Si può morire prima di nascere (Ansermet, 2006).

La coincidenza della morte con la nascita è un incontro impossibile da concepire tra la fine e l’inizio della vita, a volte prima della nascita. La morte prima della vita è difficile da concettualizzare, da capire, da accettare sia per chi ne è colpito sia per la società. In Italia non c’è un termine che indichi il genitore che perde il figlio. La nostra cultura non trova le parole per spiegare ciò che di per sé è non razionalizzabile; e senza parole non si formulano pensieri. Un dolore a cui non si dà voce è un dolore che resta privato, perché mancano le parole per definirlo, pensarlo e dividerlo. Per questi genitori è una frattura esistenziale, si interrompe il percorso genitoriale perché viene meno l’oggetto tanto amato e pensato e così profondamente parte del loro vissuto. Questo lutto che viene vissuto dal padre e dalla madre può risultare poco comprensibile all’esterno, perché si piange un bambino non conosciuto dal mondo e su cui nessuno ha avuto spazio e tempo per pensare, verso il quale nessun altro ha stabilito un legame di attaccamento. Gli studi sulla resilienza e sulla elaborazione del lutto (Ravaldi, 2009) indicano che è necessario un tempo per riuscire ad integrare l’evento con i ricordi e le reazioni emotive all’interno della propria vita.

La reazione ad una morte perinatale può essere interpretata come un fatto traumatico: tutto ciò su cui si stava investendo precipita, gettando in uno stato di stupore, incredulità e confusione i genitori. Fa irruzione una realtà cui non erano preparati. Il dolore resta il solo legame con il bimbo scomparso prima ancora di nascere o appena nato. Questo dolore protegge dalla paura, è una difesa, unica via d’uscita nel momento acuto della scomparsa. Per lutto perinatale si indica una perdita dalla seconda metà della gravidanza al primo mese dopo la nascita.

Secondo l’OMS la prevalenza delle morti perinatali è intorno al 5 per mille, in Italia i dati ISTAT stimano 3,5 per mille. La fase del lutto ha inizio con un shock molto forte che produce un dolore intenso e pervasivo che dura dai 6 mesi ai 2 anni dopo l’evento, con il possibile sviluppo di un lutto complicato. A varie fasi del lutto corrispondono differenti vissuti emotivi.

Nel momento della diagnosi di morte perinatale i genitori sperimentano una fase di shock e di forte disorganizzazione, in questa fase è presente sempre una intensa attività mnestica che arriva fino ad una sorta di obnubilamento. Ma anche in quei momenti dove tutto sembra confuso, in realtà tutto viene registrato e memorizzato e questi ricordi possono riemergere a distanza di anni. Nella fase del lutto sono presenti

emozioni intense di dolore, incredulità, distacco emotivo, rabbia, depressione, senso di colpa, paura. Può esserci un'apparente anestesia emotiva che possiamo considerare come meccanismo difensivo che permette alla madre di entrare lentamente a contatto con il trauma senza venirne travolta. La madre colpita da lutto perinatale può sperimentare una dolorosa sensazione, fisica e mentale, di vuoto, di fallimento della funzione materna, di isolamento di rabbia e senso di colpa.

Molte ricerche sottolineano l'importanza di far incontrare il bambino ai genitori. Questo incontro può essere ricordato come l'unico momento in cui quei genitori possono esprimere la funzione genitoriale per quel bambino. Le mamme hanno bisogno di dare un volto al bambino interiorizzato, hanno bisogno di conservare ricordi che diventano preziosi nell'elaborazione del lutto. Le ricerche internazionali classificano il lutto perinatale come evento molto importante per lo sviluppo di disturbo post traumatico da stress e come fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi d'ansia e di depressione quando associato ad una successiva gravidanza.

Nello studio di Robertson (2011) viene rilevato come elevati sintomi di ansia e depressione mostrano di avere un impatto che persiste anche dopo una successiva gravidanza con nascita di un bambino sano. Questo porta ad importanti implicazioni cliniche perché il lutto perinatale non viene solitamente considerato come fattore di rischio dell'ansia e della depressione ante e post natale. Appare quindi rilevante che ci sia una presa in carico molto celere di genitori che affrontano un lutto perinatale, in questa fase il sostegno psicologico è importante per ridurre l'insorgenza di altri traumi.

Per questo i servizi di ostetricia e neonatologia dovrebbero essere dotati di un supporto integrato sia medico che psicologico e di personale con una formazione specifica.

Molto utile è anche fornire informazioni sui tempi e sulle fasi del lutto, sulle modalità in cui si esprime e le emozioni che possono presentarsi. La presenza di materiale informativo e di auto aiuto può essere un valido supporto da portare a casa dopo la dimissione dal reparto.

### **Bibliografia**

- Ansermet, F. (2006). *Morte e nascita, in La "normale" complessità del venire al mondo*. Milano: Guerini Studio.
- Ravaldi, C., Mello, G., Pontello, V., Rimedotti, L., Ricca, V., & Vannacci, A. (2009). Aspetti psicologici della morte intrauterina. Ricerca, esperienze e protocolli di intervento. *Psicobiattivo*, XXIX, 3. Milano: FrancoAngeli.
- Robertson Blackmore, E., Coté-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J., & O'Connor, T.G. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *The British Journal of Psychiatry*, 198(5), 373 - 378. doi:10.1192/bjp.bp.110.083105
- Stern, D.N., Brunshweiler, S., & Freiland, A. (1999). *Nascita di una madre*. Milano: Mondadori.

## ***1.4 - The community's emergencies management: the urgency of the crisis as an opportunity for Social Cohesion's promotion***

### **1.4 - La gestione delle emergenze comunitarie: l'urgenza della crisi come occasione di promozione della coesione sociale**

**Emilia Laugelli, Gian Piero Turchi**

**Keywords:** *suicide, economical crisis, emergency management*

**Parole chiave:** *suicidio, crisi economica, gestione dell'emergenza*

A partire dal 2008, la crisi economico-finanziaria ha portato profondi cambiamenti nelle Comunità, sia a livello globale che locale; con un impatto considerevole, in particolare sulle imprese, sull'occupazione e sulla coesione sociale.

La sovrapposizione e la confusione tra piano personale ("ciò che sono") e il ruolo professionale ("ciò che faccio"), ha portato, in alcuni casi, la persona a dirsi che "se la mia azienda fallisce, io sono un fallito". E nel momento in cui alcune persone, non sono riuscite più a immaginare un futuro che consentisse di salvaguardare l'immagine di sé come membri ad alta contribuzione per lo sviluppo della Comunità, ci si è trovati di fronte a notizie di cronaca drammatiche come il ricorso ad atti estremi come il suicidio.

È in questo assetto che, nel 2012, è stato attivato il Servizio inOltre dalla Regione Veneto, come spazio consulenziale per imprenditori e, più ampiamente, per i cittadini alle prese con la necessità di ripensare il proprio ruolo: un ruolo "messo in discussione", "fallito" di fronte all'impossibilità di proseguire a fare ciò che, fino a quel momento, era stato fatto come contributo alla propria Comunità.

Se inOltre fosse nato con l'obiettivo di prevenire il suicidio degli imprenditori, si sarebbe trovato a navigare – se non naufragare – in una marea di fattori di rischio parzialmente ineliminabili o ingestibili, e di fattori protettivi, la cui dubbia efficacia, si poggia sull'incertezza del fluire degli assetti interattivi della Comunità (Turchi & Cigolini, 2017). L'obiettivo non poteva essere quello di ripristinare, di guarire, di aggiustare, bensì di sviluppare, di conferire, di ri-costruire; quindi un obiettivo di prospettiva, di mantenimento dello sviluppo della possibilità di raccontare di sé, del proprio lavoro, con orgoglio e dignità. La crisi di tutto questo si è trovata nella "Salute", dialogicamente intesa, ossia come dimensione generata nelle interazioni comunitarie, impossibile da limitare a proprietà del singolo che, invece, prende parte a ciò che la tradizione post-moderna e interazionista ha indicato come: orizzonte di significato, gioco linguistico, discorso, costruzione semantica, rete dialogica, valore d'uso del linguaggio.

Si è prospettata, pertanto, la necessità di uno scarto paradigmatico, come fondamento metodologico-operativo, che consentisse agli operatori di rispondere anche in termini di emergenza. Da una concezione individualistica della persona "in crisi" ad una visione interattivo-discorsiva, in cui tutti i membri della Comunità (l'imprenditore, i collaboratori, il coniuge, la banca, l'avvocato, ecc.) divengono polarità di discorso, in costante interazione tra loro. L'identità è dunque "dialogica" proprio perché continuamente costruita e

sviluppata nel processo discorsivo cui l'utente partecipa, attingendo dal paniere delle produzioni discorsive messe a disposizione dalla Comunità nella sua interezza, come voce tra le altre (Turchi & Vendramini, 2016). Nell'incedere della narrazione, l'imprenditore dispiega l'orizzonte della propria biografia, riportando le insolvenze bancarie, la situazione finanziaria critica, l'inconsapevolezza della famiglia rispetto alle sue difficoltà, la vergogna, la solitudine e, infine, anche, la considerazione suicidaria. Uscendo dalla retorica della "crisi" come disagio da guarire e/o curare, posizioniamo il suicidio nel percorso biografico che lo genera, e riprendiamo il valore della "crisi" come occasione di cambiamento biografico, per farla divenire opportunità di incremento della propria Salute così come della Comunità tutta. Ridiamo all'intenzionalità suicidaria il valore di una decisione, che può essere vista dalla persona come unica e ultima possibilità, all'interno di un intreccio di racconti e narrazioni in cui non si ri-conosce più nel ruolo che rappresentava. Osserviamo, allora, il suicidio come una delle possibili azioni, uno dei possibili precipitati nel divenire del processo della vita (si legga della biografia), per produrre un, benché minimo, spazio di salute; ed estendiamo il ragionamento, fino a vederlo come una possibilità sempre presente, per ciascun individuo. Se operiamo in una realtà costruita nelle narrazioni, possiamo osservare come la ricchezza di sfumature e possibilità che l'interazione offre non perda valore, ma scompaia man mano dal racconto, fino a che l'orizzonte contempla soltanto quest'unica possibilità: il suicidio.

Il ruolo di inOltre, è, allora, quello di riprendere queste narrazioni per innescare, riallacciare e rinforzare le interazioni che il percorso biografico della persona sancisce come non più possibili, utili, riconoscibili; si tratta dunque di aprire lo spazio alle alternative interattive (le narrazioni) non più praticabili (ma nella Comunità sempre presenti), così che il suicidio torni ad essere una delle infinite possibilità d'azione del narratore, pragmaticamente sempre presente, ma narrativamente lontana, e dunque non più evocata. È la rete di interazioni comunitarie che, ripristinando l'incertezza a fronte dell'unica certezza rimasta, può restituire prospettive e possibilità. Il contributo che inOltre può offrire, si esprime, dunque, in termini di promozione della Coesione Sociale, ossia della forza e della flessibilità delle interazioni tra gli snodi della rete comunitaria, cosicché possano stringersi, innescarsi nei momenti di maggiore difficoltà per continuare a perseguire obiettivi comuni (Turchi, Cigolini & Ferrari, 2015). L'obiettivo del Servizio inOltre è quindi di Salute della Comunità, considerando l'occasione dell'urgenza (data dai cambiamenti che, nell'incertezza, compongono la vita comunitaria) come valore di Coesione Sociale e di promozione della Salute della Comunità stessa. Il Servizio, allora, non può prescindere dal recuperare/costruire, nella narrazione, il valore delle risorse che possiamo attingere dalla Comunità, anche e soprattutto laddove la Società (i Tribunali, l'Agenzia delle entrate, etc), pone dei limiti che possono divenire ostacolo per il perseguimento dei nostri obiettivi di vita, tant'è che il brocardo di InOltre recita: *Communitas semper certa est, Societas nonnunquam* (Turchi & Cigolini, 2017).

Ecco, dunque, come la pianificazione di un intervento sulla Salute dell'imprenditore porta con sé l'occasione di poter intervenire nella Comunità allargata. Abbandonando il rifugio della circoscrizione del problema al

singolo, e focalizzandosi sulla massa di interazioni tra il cosiddetto “utente” e gli altri ruoli comunitari, possiamo modificare la configurazione di “crisi” e costruire le competenze necessarie per gestire i cambiamenti che genera. Valicando le colonne d’Ercole della *cura* di identità interrotte, spezzate dalla crisi, per *innescare le interazioni che configurano un’identità dialogicamente in cambiamento* ed aprire, così, lo spazio di Salute. Ed è grazie a questo focus che si può misurare il grado di emergenza, tramite una scala a 6 intervalli che, come il *triage* sanitario, sonda il valore della narrazione e delle interazioni disponibili, la varietà di alternative possibili, per valutare il grado di rischio suicidario anticipato e intervenire adeguatamente (ibidem), producendo un *triage* di salute.

Per questo inOltre si configura come Servizio che offre interventi specifici a tutte le voci che costruiscono l’identità dialogica del cittadino: il Servizio Consulenziale (dedicato alla polarità dialogica *Personalis*), rivolto ai cittadini e operativo h24; il Servizio Strutturazione Reti (dedicato ad *Alter*), rivolto alle Pubbliche Istituzioni per promuovere un assetto di squadra che operi su obiettivi condivisi; ed il Servizio inOltre stesso (come parte della polarità dialogica *Propter omnes/omnia*), in quanto laboratorio di ricerca permanente, volto a rilevare i cambiamenti all’interno della Comunità per delineare nuove esigenze, alle quali far fronte con specifiche attività di promozione della salute della Comunità medesima (Turchi & Laugelli, 2017).

## **Bibliografia**

- Turchi, G.P., Cigolini, D., & Ferrari, P. (2015). La promozione della salute sul territorio per la gestione delle marginalità sociali a fronte della crisi economica. Esperienze progettuali per il riassetto delle interazioni nella comunità. *Psicologia di Comunità: Gruppi, ricerca-azione e modelli formativi*, 2, 71-81. doi: 10.3280/PSC2015-002006.
- Turchi, G.P., & Vendramini, A. (2016). *De rerum salute*. Napoli: Edises.
- Turchi, G.P., & Laugelli, E. (2017). *Comunità e Salute. Il Servizio inOltre. Istruzioni per l’uso*. Padova: Cleup.
- Turchi, G.P., & Cigolini, D. (a cura di). (2017). *La risposta all’emergenza come occasione di promozione della Salute e Coesione della Comunità: Il contributo del Servizio inOltre*. Padova: Cleup.

### **1.5 - Drug addiction: the roots of vulnerability**

#### **1.5 - Tossicodipendenze: le ramificazioni della vulnerabilità**

**Leopoldo Grosso**

**Keywords:** *vulnerability, youth uncomfortableness, identity*

**Parole chiave:** *vulnerabilità, disagio giovanile, identità*

La lezione di Zinberg (1984) insegna come la partita del consumo e della dipendenza si gioca nel perimetro di un triangolo all’interno del quale il soggetto interagisce tra le proprietà di una sostanza psicoattiva (*drug*), la maggiore o minore vulnerabilità individuale (*set*), le caratteristiche di un contesto familiare-ambientale favorevole/sfavorevole la crescita (*setting*).

Colpisce la differenza tra l’alcolismo tradizionale che si insinua con modalità subdole e impercettibile sulla crisi affettiva o lavorativa di persone di mezza età, che intensificano una loro abitudine al bere e, viceversa, la

tossicodipendenza giovanile che preclude o presto inficia la costruzione di una identità autonoma nel momento in cui le vicissitudini del processo di separazione/individuazione devono fare i conti con i compiti di sviluppo che, dall'inizio della preadolescenza, richiedono un serrato e duro confronto per l'accettazione e il successo nei gruppi di pari.

Il concetto di disagio giovanile (Grosso, 2014), nel momento in cui è deprivato di stimoli evolutivi, rischia di costituire, nella cronicizzazione di sofferenze/insofferenze non risolte, una "palude" che intrappola le esperienze di crescita, ingabbiandole in percorsi consumistici, evitando il confronto con la frustrazione e con l'ingaggio che si genera dall'assunzione di qualsiasi possibile sfida progettuale e dalla realizzazione di un'idea di sé proiettata nel futuro.

La vulnerabilità ha profonde radici affettivo-identitarie che hanno sempre a che fare con un vissuto di perdita e la mancata elaborazione. Solo parzialmente consapevoli di difficoltà e ferite che non si riescono e non si vogliono affrontare, talvolta rimosse o negate, i ragazzi cercano non tanto surrogati e scorciatoie per la propria affermazione rappresentate dai loro agiti più eclatanti, quanto compensazioni e consolazioni di più facile portata che possono fornire, nel "frattempo" di una vita sospesa, spendibili orpelli identitari.

È l'abuso ripetuto di sostanze psicoattive, legali e illegali, con l'assunzione di rischi al limite, più che una tossicodipendenza conclamata, ad accompagnare l'impasse evolutivo. Se, in qualche modo, in virtù della persistenza di fattori protettivi, si riesce a far breccia nel disagio, i 16 anni possono rappresentare un punto di svolta e riaprire una dinamica in grado di uscire dall'imbuto involutivo. Anche la "desistenza" dalla delinquenza minorile si assesta, non oltre un anno più in là, sulla stessa età.

Le ramificazioni delle radici della vulnerabilità si modellano in base all'ampia varietà e difficoltà degli ostacoli incontrati, le opportunità al momento consentite, le capacità di fruirne, i livelli di resilienza mobilitabili. Ci è ancora di aiuto il lavoro di Cancrini (2013) nel delineare percorsi idealtipici di chi rimane intrappolato tra dipendenze comportamentali e da sostanze, stili di vita ai margini e orizzonti di futuro già decurtati.

Alcuni ragazzi, spesso dotati, intravedono potenzialità e probabilità di successo, ma falliscono, non gestiscono l'ansia delle loro ambizioni e lo stress genitoriale, intrappolati da aspettative che invece di generare forza e speranza, alimentano illusioni irrealizzabili, si tramutano in pesanti delusioni, appesantendo ulteriormente i rapporti familiari e la loro gestione.

Altri non riescono a fare i conti con la depressione e la svalutazione di sé. Il ricorso alle sostanze ha un effetto tampone e la loro funzione è di illusoria autocura (Khanthzian, 1985). Il loro negativo fotografico di successo è rappresentato dai percorsi delle adultizzazioni precoci.

C'è chi trova nella linea oppositiva un baluardo di resistenza e di adattamento. La tossicodipendenza, se si svilupperà, sarà ego sintonica, così come l'assunzione di un'identità negativa.

Chi ha subito traumi, violenze ed abusi, individuerà con facilità un rinforzo alla sindrome dissociativa nel ricorso frequente all'uso delle sostanze e ai loro abusi. Le "bad girls" ne costituiscono le vittime privilegiate.

## **Bibliografia e sitografia**

- Cancrini, L. (2013). *La cura delle infanzie infelici*. Milano: Cortina.
- Grosso, L. (2014). *Voce disagio* in *Dizionario del lavoro educativo*. Roma: Carocci.
- Kanthian, E.J. (1985). The self medication hypothesis on addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American J. Psychiatry*, 142(11), 1259-1264. Disponibile da: [https://www.researchgate.net/profile/Edward\\_Khantzian/publication/19256427\\_The\\_self\\_medication\\_hypothesis\\_of\\_addictive\\_disorders\\_Focus\\_on\\_heroin\\_and\\_cocaine\\_dependence/links/54ad98fb0cf24aca1c6f6792/The-self-medication-hypothesis-of-addictive-disorders-Focus-on-heroin-and-cocaine-dependence.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Edward_Khantzian/publication/19256427_The_self_medication_hypothesis_of_addictive_disorders_Focus_on_heroin_and_cocaine_dependence/links/54ad98fb0cf24aca1c6f6792/The-self-medication-hypothesis-of-addictive-disorders-Focus-on-heroin-and-cocaine-dependence.pdf)
- Zinberg, N. (1984). *The basis for controlled intoxicant use*. Yale: University Press.

## **1.6 - Hikikomori's life shame**

### **1.6 - La vergogna di vivere dell'hikikomori**

**Marisa Galbussera**

**Keywords:** *hikikomori, shame, death*

**Parole chiave:** *hikikomori, vergogna, morte*

Nell'ultimo decennio le forme psicopatologiche evidenziano sempre più la sofferenza di un soggetto fuori dal legame sociale, che si autoesclude dalla relazione con gli altri - i pari, la famiglia, il mondo del lavoro e della scuola - e che gode solipsisticamente del suo oggetto, in una sorta di ripiegamento solitario ed anomico. Proprio in questa direzione vanno tutte quelle forme cliniche legate alle vecchie e nuove dipendenze in cui ad essere evitato è il rapporto complicato, ed a volte traumatico, con l'altro. Tra queste forme cliniche una in particolare sembra esprimere in maniera iconoclastica la chiusura radicale al mondo, al fluire del tempo, al rappresentarsi nello spazio, all'angoscia dell'azione: la solitudine di quei giovani che si rifugiano nelle loro camere da letto per mesi o anni, rifiutano ogni contatto con il mondo esterno, utilizzando massicciamente internet ed uscendo dalle loro camere solo per i bisogni impellenti. Spesso rifiutano di parlare anche con i loro familiari e a volte sono aggressivi (soprattutto con la madre). Alcuni si fanno lasciare il cibo fuori dalla porta, altri invece escono di nascosto per procacciarselo. I Giapponesi li chiamano *hikikomori*, che significa: isolarsi, chiudersi, ritirarsi. Il termine *hikikomori* viene coniato in Giappone negli anni Settanta dallo psichiatra Saitō Tamaki; oggi le stime governative contano più di un milione di casi, di cui oltre il 90% maschi, quasi tutti primogeniti. Nessuno di loro frequenta la scuola o il lavoro e il ritiro scolastico è spesso giustificato da atti di bullismo subiti durante il percorso degli studi.

Molti *hikikomori* trascorrono anche 12 ore al computer ed alcuni autori ritengono che la dipendenza da internet sia primaria rispetto al ritiro sociale, mentre altri la ritengono secondaria e pensano che l'utilizzo di internet e dei social network siano invece l'unico modo in cui il giovane ritirato mantiene un particolare legame con il resto del mondo.

Il concetto di *hikikomori* è controverso. La maggior parte degli studi dimostra l'assenza di una chiara definizione del termine e non c'è consenso neppure sui criteri diagnostici nell'individuazione di una sindrome ben definita.



Inoltre, mentre molti autori considerano questo disagio come una specifica risposta culturale (*a cultural bound syndrome*) (Aguglia, 2010) ai cambiamenti che sono avvenuti in Giappone negli ultimi anni e legano l'emergere di questo disturbo alle strutture sociali, familiari e culturali del Giappone, altri invece lo considerano un disagio emergente anche in altri paesi.

Negli ultimi anni infatti molte pubblicazioni sono state prodotte sulla diffusione del fenomeno al di fuori del Giappone. Descrizioni di casi analoghi in paesi completamente diversi e lontani come Spagna, Francia, Stati Uniti, Australia e Gran Bretagna hanno fatto abbandonare la prima definizione secondo cui l'*hikikomori* sarebbe una sindrome esclusivamente giapponese ed hanno rimandato all'idea che questo fenomeno trascenda il contesto culturale di appartenenza, pur essendone influenzato.

La diffusione della sindrome di *hikikomori* dunque sembra riguardare i paesi dell'Occidente postcapitalistico, in cui la prevalenza dell'informazione sulla formazione, lo svuotamento di alcune significazioni fondamentali, come la decadenza della metafora paterna e la parcellizzazione delle relazioni sociali potrebbero avere un peso rilevante. Il giovane in *hikikomori* non vuole affrontare l'agone sociale e lavorativo, o scolastico, perché si vergogna di se stesso. La vergogna è un sentimento preciso che indica, a differenza del senso di colpa edipico, una frattura nell'immagine ideale di sé. Lo specchio narcisistico rimanda un'immagine svilita che non regge il confronto con gli altri. Così il corpo viene incarcerato dentro la prigione della propria camera da letto, a scontare una punizione di cui non è possibile liberarsi.

Nei giovani che ho potuto seguire nel mio lavoro come psicoanalista - in alcuni casi tramite il racconto dei genitori - il corpo, o meglio la sua immagine, era completamente svilita, sorta di rifiuto immondo che non poteva rappresentare il soggetto. Così la relazione virtuale permetteva una mediazione immaginaria nel rapporto con l'altro, da cui la dimensione concreta e fattuale della corporeità era esclusa. Solo scotomizzando il proprio corpo il soggetto poteva entrare, tramite la voce, o la parola scritta, in relazione con un altro, che a sua volta non era «in carne ed ossa», bensì altrettanto virtuale e disincarnato (Galbuserra, 2016).

Vivere senza il corpo è il sogno del giovane in *hikikomori*: poter vivere virtualmente, immaginariamente, proiettato in una sorta di *avatar*, o di molti *avatar* virtuali, che soddisfino il proprio narcisismo umiliato e svilito da una storia personale e familiare senza identificazioni narcisistiche sufficienti a garantire a quel corpo una liceità di appartenenza alla comunità sociale. "Eremiti urbani" vengono spesso chiamati questi giovani, per il chiaro riferimento alla passione per la rinuncia al corpo e alla sessualità e con un afflato molto intenso verso la ricerca di un al di là meno doloroso e umiliante di quello che la vita ha offerto loro fino a quel momento. Vivono come monaci, circondati dalle tecnologie più potenti e moderne. Protestano contro questa civiltà che non ha reso loro giustizia, lasciandoli indietro e non "vedendoli" in quanto soggetti, ma solo come numeri privi di significato, messi in serie ed omologati al solo scopo di annientarli. La realtà appare loro come una sorta di «supermercato all'ingrosso, dove ciascuno di noi è un oggetto messo in vendita», secondo le parole di Dario, un giovane di 28 anni che vive ritirato nella sua camera da cinque. Il soggetto è come l'oggetto di godimento dell'altro, come uno strumento del consumo mercificante ed utilitaristico di un grande padrone.

C'è un sentimento che ritorna in molti dei racconti dei sopravvissuti ai campi di concentramento ed è la vergogna. La vergogna di cui parlano sia Bruno Bettelheim che Primo Levi. Si tratta di un vergognarsi di vivere? Lacan ha evidenziato la stretta relazione che esiste tra la vergogna e la morte. La vergogna è il solo affetto che sia all'altezza della morte, perché, situandosi tra la vita e la morte, ci pone di fronte all'interrogativo della nostra esistenza. La mia vita è o non è all'altezza della mia morte? La vergogna infatti si declina come morire di vergogna o come vergogna di vivere: che capiti almeno una volta nella vita di morire di vergogna sarebbe la nostra fortuna: questo fa sì che la morte si possa meritare. Se non si passa almeno una volta per il morire di vergogna, la vita non sarà stata all'altezza della morte e non resta che vergognarsi di vivere. (Lacan, 1969-1970).

La vergogna di vivere del giovane in *hikikomori* riguarda il suo non essersi mai confrontato veramente con l'esperienza, che non ha mai neppure attraversata, di quel morire di vergogna che la vita di ciascuno di noi comporta, vale a dire con l'altezza etica del limite del proprio atto soggettivo, con la dignità del proprio stare al mondo, tollerandone le pochezze, le mancanze e le brutture che spesso abitano il nostro agire quotidiano. Questi giovani rimangono impigliati nell'altezza vertiginosa dei loro ideali infantili (immaginano spesso di diventare uomini famosi) senza riuscire a tradurre quegli stessi ideali in progetti di vita che, seppur meno grandiosi, siano realizzabili.

La fuga in *hikikomori* mette bene in evidenza la fatica crescente del soggetto nel discorso contemporaneo, dove la solitudine della segregazione narcisistica nella propria torre d'avorio appare come la soluzione meno peggio rispetto alla vergogna di esistere.

Il giovane in *hikikomori* è però anche indicatore del nostro stesso dolore, delle nostre stesse problematiche, pioniere di una dimensione dell'essere che ipostatizza una tendenza ben visibile nell'esperienza diffusa della quotidianità relazionale contemporanea, in cui la deriva dell'omologazione capitalista e mercificante dell'individualità ci impedisce spesso di confrontarci con la sfida fondamentale di ciascuno: quella di vivere una vita che sia all'altezza della nostra morte.

### **Bibliografia e sitografia**

- Aguglia, E., Signorelli, M.S., Pollicino, C., Arcidiacono, E., & Petralia, A. (2010). Il fenomeno dell'hikikomori: cultural bound o quadro psicopatologico emergente?. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 16, 157-164.  
Disponibile da: <http://hdl.handle.net/20.500.11769/36576>
- Lacan, J. (2001). *Il Seminario, libro XVII (1969-1970). Il rovescio della psicoanalisi*. Torino: Einaudi.
- Galbussera, M. (2016). The hikikomori phenomenon: when your bedroom becomes a prison cell. *IJFS – Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 21(1), 54-72.

## Chapter 2 – New Frontiers of Palliative Care

### Capitolo 2 – Le Nuove Frontiere delle Cure Palliative

#### *2.1 - The problem of incurability in pediatric age*

#### **2.1 - Il problema dell'inguaribilità in età pediatrica**

**Franca Benini**

*Keywords: pediatric palliative care, incurability, end-of-life*

*Parole chiave: cure palliative pediatriche, inguaribilità, fine vita*

Negli ultimi decenni si è assistito ad un cambiamento dei bisogni di cura del bambino malato e il bisogno di cure palliative anche nella popolazione pediatrica è una realtà. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le Cure Palliative Pediatriche (CPP) come l'attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino e comprende il supporto attivo alla famiglia. Hanno come obiettivo la qualità della vita del piccolo paziente e della sua famiglia e il domicilio rappresenta il luogo ideale di assistenza e di cura. Le CPP non sono le cure della terminalità ossia le cure rivolte al periodo strettamente legato alla morte, ma prevedono l'assistenza precoce: iniziano al momento della diagnosi, non precludono la terapia curativa concomitante e continuano durante tutto il decorso della malattia, prendendosi carico della risposta ai molteplici bisogni che la situazione comporta. Lo spettro di patologie potenzialmente eleggibili alle CPP, è ampio: malattie cromosomiche, neurologiche, neuromuscolari, oncologiche, respiratorie, cardiologiche, metaboliche, malformative, infettive, post anossiche, ecc. Da un punto di vista numerico il problema non è da sottovalutare. Nella storia recente della medicina pediatrica si è infatti evidenziato, un netto incremento della prevalenza dei bambini portatori di malattia inguaribile e/o disabilità grave eleggibili alle CPP: il progresso medico e tecnologico ha ridotto la mortalità neonatale, infantile e pediatrica, ma nello stesso tempo ha aumentato la sopravvivenza di pazienti pediatrici portatori di malattie gravi e potenzialmente letali. Si è creata pertanto una nuova tipologia di pazienti con bisogni di cura complessi che vivono anche per lunghi periodi di tempo. L'assistenza adeguata a questi bambini, molti dei quali pur nella malattia continuano a crescere e confrontarsi con le diverse fasi di sviluppo fisico, psicologico, relazionale e sociale che l'età pediatrica comporta, è rappresentata dalle CPP.

Si stima che nel mondo vi siano più di 20 milioni di bambini eleggibili alle CPP. Negli Stati Uniti sono più di 500.000 i bambini che ogni anno sviluppano e/o nascono con patologie inguaribili. In Europa, come del resto in tutti i Paesi industrializzati, la prevalenza di bambini con tali situazioni è rilevante e risulta in progressivo incremento: un recente studio inglese ha stimato, nella popolazione di soggetti da 0 a 19 anni, una prevalenza di 32 casi per 10.000 nel 2009-2010, prevalenza raddoppiata rispetto alla precedente stima di 16 su 10.000 nel 2007. In Italia un'indagine del 2009 eseguita con criteri d'inclusione molto restrittivi, mostrava che

almeno 12.000 bambini siano eleggibili alle CPP (10 minori su 10.000); tale cifra si è per lo meno raddoppiata in questi nel corso degli anni successivi. Attualmente, la carenza di servizi di CPP è importante: le risposte assistenziali a disposizione per la fascia pediatrica sono infatti ancora limitate e distribuite in maniera non omogenea sul territorio nazionale.

### **Bibliografia**

- Benini, F., Ferrante, A., Buzzone, S., Trapanotto, M., Facchin, P., & Cornaglia Ferraris, P. (2008). Childhood deaths in Italy. *European Journal of Palliative Care*, 15(2), 77-81.
- European Association of Palliative Care (EAPC) Taskforce. (2007). IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, 14(3), 109-115.

## **2.2 - Palliative care and dignity**

### **2.2 - Le cure palliative e la dignità**

**Luciano Lamarca**

**Keywords:** *dignity therapy, palliative care, end-of-life*

**Parole chiave:** *terapia della dignità, cure palliative, fine-vita*

Le cure palliative rappresentano per i malati di cancro e di malattie cronico-degenerative nella fase del fine-vita l'unico approccio utile a lenire non solo i sintomi destruenti che accompagnano l'evoluzione naturale della malattia fino ai sintomi refrattari, ma anche quelli psicologici, spesso ben più debilitanti, quali il terrore e l'angoscia della morte ovvero della agonia della morte, che coinvolgono anche i familiari. La relazione di aiuto realizzata da tutti i componenti l'equipe di cure palliative ed il supporto psicologico mirato offerti nei vari setting assistenziali dovrebbero garantire la miglior qualità di vita possibile. In tale ambito si situa la Terapia della Dignità elaborata da Chochinov (2015) del quale stiamo utilizzando nei nostri Hospices gli strumenti da lui proposti: il PDI (Nanni, 2008) e il PDT (Patient Dignity Therapy).

Vengono esposti i risultati della raccolta di una quindicina di malati che hanno completato il PDT con una valutazione del reale miglioramento delle condizioni psicologiche sia del malato medesimo che dei suoi familiari, questi ultimi coinvolti attraverso la consegna quale "testamento morale" del congiunto deceduto del questionario aperto editato.

### **Bibliografia**

- Chochinov, H.M. (2015). *Terapia della dignità. Parole per il tempo che rimane*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore
- Chochinov, H. M., McClement, S. E., Hack, T. F., McKeen, N. A., Rach, A. M., Gagnon, P., ... & Taylor-Brown, J. (2012). The Patient Dignity Inventory: applications in the oncology setting. *Journal of palliative medicine*, 15(9), 998-1005. doi:10.1089/jpm.2012.0066
- Grassi, L., Costantini, A., Caruso, R., Brunetti, S., Marchetti, P., Sabato, S., & Nanni, M. G. (2017). Dignity and Psychosocial-Related Variables in Advanced and Nonadvanced Cancer Patients by Using the Patient Dignity Inventory-Italian Version. *Journal of pain and symptom management*, 53(2), 279-287. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.09.009

Nanni, M.G. (2008). *Depressione e demoralizzazione nel paziente oncologico: diagnosi differenziale e identificazione dei modelli di intervento rivolti alla dignità e alla ricerca di significato nel contesto culturale mediterraneo*. Progetto di ricerca a carattere internazionale vincitore del bando per l'assegnazione di borsa di studio – Fondazione Giuseppe Alazio. Disponibile da: [http://fondazionealazio.org/altreimg/relazione\\_conclusiva\\_dssa\\_Nanni.pdf](http://fondazionealazio.org/altreimg/relazione_conclusiva_dssa_Nanni.pdf)

### **2.3 - Pain and oncological disease**

### **2.3 - Dolore e malattia oncologica**

**Giuseppe Deledda**

*Keywords: pain, oncological disease, acceptance and commitment therapy*

*Parole chiave: dolore, malattia oncologica, acceptance and commitment therapy*

La consapevolezza di Sé, in un'ottica contestualista funzionalista (Hayes et al., 2001, 2013; Harris, 2009), è considerata come un processo continuo dell'esperire umano in relazione con il proprio contesto.

All'interno del flusso filosofico contestualista funzionalista è stata sviluppata la Relational Frame Theory, a cui fa riferimento il modello processuale utilizzato dall'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), che fa parte di quella che viene definita la "terza onda" della terapia cognitivo comportamentale (Hayes et al., 1999, 2013; Harris, 2009).

La sofferenza umana, secondo tale modello, deriva principalmente dai normali processi psicologici in particolare quelli che coinvolgono la sfera del linguaggio. Essa rappresenta una teoria del linguaggio e della cognizione, e nell'ultimo decennio è stata uno dei filoni più attivi della ricerca analitica di base sul comportamento umano. L'assunto principale di tale filone è quello della "derivazione", ovvero la capacità esclusiva degli esseri umani di creare collegamenti arbitrari attraverso il linguaggio in grado di influenzare il comportamento, anche in assenza di esperienza diretta.

La funzione dell'agire umano non può prescindere quindi dalla relazione che l'individuo (l'IO) ha con il contesto. Il contesto può essere definito come il mondo esterno (tangibile ed esperibile) o interno (pensieri, emozioni, sensazioni, immagini mentali). L'individuo, secondo questa prospettiva, si muove in relazione continua e dinamica con il proprio contesto, e le azioni sono sempre funzionali, anche nella loro apparente disfunzionalità. Solitamente l'individuo agisce nel proprio contesto di vita in modo adattivo, e impiega risorse per affrontare funzionalmente le sfide della vita, i cambiamenti e le richieste imposte da una vita spesso complessa e in continua evoluzione, con una quantità di stimoli che richiedono una capacità di risposta che può mettere in difficoltà l'individuo.

Le avversità della vita, le catastrofi ambientali, le guerre, le malattie, rappresentano per l'individuo contesti nei quali esso può reagire funzionalmente al fine di difendere Sé. Le risposte possono apparire molto differenti, tra cui quelle di inermità, di fuga, di evitamento, di controllo, d'attacco, comunque, in questo corollario molto ampio di risposte la costante è la funzione. La funzione legata allo stimolo avverso, può

consistere nel far diminuire o cessare l'effetto aversivo dello stimolo stesso. Con il dolore, ad esempio, l'individuo può agire in modi differenti per cercare di far diminuire il dolore.

Le esperienze pregresse (che in quest'ottica corrispondono alle rappresentazioni interne che definiscono il contesto interno), possono a loro volta influire, definendone l'effetto, sulla risposta emotiva e quindi comportamentale. Ad esempio, pazienti con lunga esperienza di dolore nella propria vita, possono aver imparato ad affrontare il loro dolore con passività e con un vissuto di impotenza, un vissuto ed un comportamento che tende spesso a generalizzarsi nel contesto di vita.

Nel contesto della patologia oncologica, l'individuo si sente spesso catapultato in un contesto sconosciuto e fortemente minaccioso, ancor prima di ricevere la diagnosi, di conoscere il nome della malattia. L'effetto dello stimolo contestuale "oncologia" risulta essere altamente aversivo, e porta a *frame* relazionali (ossia quadri di relazioni), connotati da elementi mortiferi, distruttivi, caratterizzati da sofferenza ed angoscia.

In questo contesto, le definizioni di Sé basate su regole rigide (*pliance*), portando ad una concettualizzazione di Sé talvolta negativa, con ricadute sul senso di auto-efficacia. Anche l'utilizzo del processo di tracking (definito come la capacità di notare) può essere non funzionale se di tipo evitante, focalizzato esclusivamente sull'osservazione delle conseguenze a breve termine degli aspetti negativi (ad esempio focalizzato sui sintomi, o sugli effetti collaterali della terapia), e può portare ad una restrizione di repertori comportamentali, con prevalenza di comportamenti evitanti (con elevato controllo della situazione), e con ricadute negative in termini di qualità di vita.

Secondo il modello ACT, la capacità di pensare a Sé stessi attraverso molteplici prospettive, nel tempo e in ruoli differenti, è legata a l'utilizzo di differenti forme di relazione con se stessi. L'esperienza di Sé può essere definita attraverso differenti tipi di processi che permettono una definizione di Sé: un processo definito come Sé concettualizzato (anche chiamato sé come-contenuto), un processo di Sé come contesto (l'acquisizione di una prospettiva di Sé), un processo di Sé trascendente (la costante consapevolezza di sé o sé come-processo). Il senso di trascendenza, ossia la spiritualità, si presenta una volta che il senso di sé come prospettiva si è formato ossia è stata fatta una fondamentale distinzione tra il contenuto di un evento verbale e il senso in cui sono state fatte delle osservazioni (Hayes, 1999). La consapevolezza di sé è valida solamente nel momento in cui ci sentiamo in interconnessione con gli altri. Più profondamente questa consapevolezza va al di là del tempo e dello spazio. Il Sé come contesto si viene a creare nelle relazioni con gli altri che ci definiscono come figli, fratelli, fidanzati o amici.

Una concettualizzazione di Sé come impotente, inefficace, fragile, può comportare vissuti di elevata minaccia ed angoscia. La fusione cognitiva con tali concettualizzazioni aumenta quanto più si tende ad utilizzare strategie di coping basate sull'evitamento esperienziale.

Il dolore può essere interpretato come un ulteriore segnale di malattia, e spesso come unico segnale tangibile e percepibile. Nel contesto della malattia oncologica, quindi, la persona si ritrova sia ad affrontare un contesto nel quale la propria Identità vacilla in seguito ai cambiamenti corporei legati agli interventi

chirurgici, agli effetti delle terapie proposte, all'impatto che tali cambiamenti possono comportare nella vita di coppia, nelle relazioni, nei ruoli sociali.

Le risposte dell'individuo sono funzionali al fine di mantenere la costanza percettiva di sé attraverso il tempo (identità diacronica), in un contesto nel quale il dolore e la malattia oncologica possono essere percepiti come minacciosi verso l'incolumità e la stabilità del Sé presente o futuro. I comportamenti volti al controllo o all'evitamento del dolore hanno quindi una funzione di salvaguardia della propria incolumità, ed in particolare dell'Identità.

L'accettazione (processo all'interno del costrutto di flessibilità psicologica) dell'esperienza dolorosa sembrerebbe avere più componenti: la consapevolezza che il dolore cronico non cambia, la rinuncia all'evitamento e al controllo del dolore, l'impegno nelle normali attività quotidiane (Dahl & Lundgren, 2014). La capacità di accettazione dei pensieri, dunque le emozioni e le sensazioni oggettive dell'esperienza dolorosa, è correlata con minore dolore percepito, meno distress, meno ansia e depressione, minore evitamento e un migliore funzionamento della persona in termini di obiettivi raggiunti e valori (McCracken et al., 2014).

Accompagnare in modo compassionevole, spesso può significare aiutare chi si sente come "un naufrago" in mezzo al mare, in cerca di aiuto e di punti di riferimento, ad assumere nuove prospettive e ritrovare sé stesso, dietro le proprie paure.

Per molti, durante questi viaggi, nasce una nuova e maggiore conoscenza e consapevolezza di Sé, che si sviluppa nei silenzi, nelle lunghe pause aspettando che qualcosa succeda, ed è proprio "qui" che viene offerto uno spazio alle proprie paure, così come ai propri affetti più cari.

### **Bibliografia e sitografia**

- Dahl, J., & Lundgren T. (2014). *Oltre il dolore cronico. Vivere in modo pieno e vitale*. Milano: FrancoAngeli.
- Harris, R. (2009). *Fare ACT, Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy*. Milano: Franco Angeli.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- McCracken, L.M., & Morley, S. (2014). The psychological flexibility model: A basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *The Journal of Pain*, 15(3), 221-234. doi:10.1016/j.jpain.2013.10.014
- Mosticoni, R. (2007). Identità: le funzioni del sé. *Acta Comportamentalia*, 15(SPE), 71-82. Disponibile da: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-81452007000400005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-81452007000400005)



**Chapter 3 – Social intervention in the End of life care****Capitolo 3 – Interventi sociali nella cura del fine vita****3.1 - Social intervention in end-life care****3.1 - L'intervento sociale nella cura del fine vita****Nicola Martinelli***Keywords: social work, self-determination, end-life**Parole chiave: servizio sociale, autodeterminazione, fine vita**Descrizione dell'area di indagine*

Questa ricerca intende esplorare il ruolo del servizio sociale nei percorsi di fine vita. Costituisce altresì una proposta di riposizionamento, ispirata all'etica dell'accompagnamento, del servizio sociale nell'ambito delle cure di fine vita, all'interno delle equipe di cure palliative e soprattutto negli enti locali, ambito in cui la professione colloca un numero rilevanti di assistenti sociali. Alla luce del codice deontologico degli assistenti sociali ci si pone il seguente quesito: perché non potrebbe essere l'assistente sociale, professionista dell'aiuto a supportare una persona ad autodeterminarsi alle frontiere della vita come avviene in altri paesi europei? Nei percorsi di accompagnamento alla morte della persona non più autosufficiente gli assistenti sociali si trovano sovente davanti notevoli dilemmi etici. Rispetto delle proprie volontà, dignità, accanimento terapeutico, direttive anticipate di trattamento, diritti del malato, consenso informato, sono solo alcune delle questioni correlate alla tematica della non autosufficienza e del fine vita.

La ricerca si propone di approfondire questi aspetti, con focus prioritario al principio di autodeterminazione alle frontiere della vita. Metterà altresì a fuoco i dilemmi etici più dibattuti ossia:

- Distanza temporale e psicologica delle direttive anticipate di trattamento (DAT).
- Carattere vincolante delle DAT.
- Ruolo dell'amministratore di sostegno

*Metodo di ricerca utilizzato*

Analisi della letteratura scientifica di area filosofica/sociologica e analisi etica di un caso clinico. Verrà presentato il caso di Vincenza Santoro Galani, malata di sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e morta nel maggio 2008, secondo le sue volontà. Si è parlato, in quella circostanza, della prima attuazione del testamento biologico in Italia. La signora, non voleva che le venissero praticate terapie invasive e che, in caso di necessità per insufficienze respiratorie, le fosse effettuata una tracheotomia. Il magistrato, recandosi da lei di persona, ha accolto le sue disposizioni di trattamento medico di fine vita, nominando il marito amministratore di sostegno, che ha rispettato la volontà della coniuge, secondo la legge 6/2004 che in base all'art. 410 del

codice civile, riconosce che nello svolgimento dei suoi compiti l'amministratore di sostegno deve tener conto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario.

#### *Modello teorico utilizzato*

Approccio sistemico-relazionale, modello particolarmente accreditato nella prassi odierna. Pone le sue basi nella Teoria Generale dei Sistemi elaborata dal biologo austriaco Ludwig von Bertalanffy. Egli presenta «una visione globale della realtà intesa come complessità organizzata, cioè come un insieme caratterizzato dalla interconnessione delle parti in un tutto organico e irriducibile». Ritengo possa essere un valido strumento per consolidare i vari network in cui operano gli assistenti sociali.

#### *Risultati*

Riposizionamento del servizio sociale nel panorama bioetico delle cure di fine vita con particolare riferimento alle DAT quale espressione dell'autodeterminazione della persona alle frontiere della vita. Saranno declinati gli atteggiamenti necessari per sostenere una pratica delle cure di fine vita ispirata all'etica dell'accompagnamento, decodificando in primis i bisogni del paziente in fase terminale con un'attenzione particolare alla dimensione spirituale e ai bisogni immateriali.

#### **Bibliografia**

- Lamb, D. (1998). *L'etica alle frontiere della vita* (F. Pestellini, trad.). Bologna: Il Mulino.
- Lisi, P., Floridia, R., Martinelli, N., & Albano, U. (a cura di). (2010). *La dignità nel morire. Intervento sociale, bioetica, cura del fine vita*. Molfetta: La Meridiana.
- Martinelli, N., (2009). *Alla fine decido io. Il testamento biologico visto da cittadini, professionisti, politici, leader religiosi*. Gruppo editoriale l'Espresso, lMioLibro.it
- Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita. Psicologia del morire e Death Education*. Torino: Bollati Boringhieri.

### **3.2 - So many identities in a difficult family**

#### **3.2 - Le identità di una famiglia difficile**

**Tiziana Mondin**

**Keywords:** *palliative care, social worker, end of life care*

**Parole chiave:** *cure palliative, assistente sociale, cure di fine vita*

Come vivere bene è un'antica domanda sulla quale tutti noi riflettiamo molto spesso, ma come morire bene o come accettare la morte di un familiare o di una persona cara è tutta un'altra questione sulla quale siamo molto meno inclini a riflettere nonostante l'ineluttabilità della morte.

Le società invecchiate, le ricerche e le scoperte medico scientifiche sulle malattie rare e/o incurabili hanno fatto sì che gli ultimi anni di vita siano accompagnati sempre più spesso da periodi lunghi di sopravvivenza costellati da fragilità varie sia per la persona malata che per i suoi familiari.

Il problema assume dimensioni sociali importanti soprattutto nelle famiglie nelle quali ci siano componenti che presentano già criticità e debolezze sia dal punto di vista sanitario che psicologico o giuridico.

Ecco che gli assistenti sociali hanno un ruolo importante connesso ad una capacità pratica per poter sollevare onestamente la questione "morte" e di parlarne con la delicatezza dovuta. Essi sono di supporto alle persone fragili nei momenti più critici della loro vita e diventa più logico che essi lo facciano in questo momento che è uno dei più critici.

Le cure di fine vita dovrebbero essere parte del lavoro quotidiano non solo per gli assistenti sociali in cure palliative ma anche per gli altri ai quali si richiede di non rifuggire dall'argomento allorché esso sia rilevante. Sono quindi necessarie le competenze di *advocacy* per entrare nel vivo aiutando le persone ad orientarsi in questo terreno sconosciuto dove ci si trova tutti improvvisamente disorientati.

Il fine vita è spesso non pianificato lasciando pochissimo tempo alle persone e ai loro cari per venire a patti con la morte, salendo gradino dopo gradino il proprio percorso di elaborazione del lutto o saltando a piè pari alcuni gradini tutti insieme.

Nella presentazione si ripercorrono questi concetti seguendo un caso studio di una famiglia composta da più persone fragili, dove troviamo l'alcolismo, la violenza, la malattia psichiatrica e dove la persona malata è proprio quella di sostegno per gli altri. Ecco che vengono a mancare anche quelle poche sicurezze, sia economiche che di sostegno affettivo per tutti gli altri provocando reazioni prevedibili ma a volte inaspettate.

CASO STUDIO (Maria di anni 83: richiesta di ricovero in Hospice da parte dell'AUSL)

- Diagnosi oncologica: Adenocarcinoma endometriale.
- Dal 1983 sindrome depressiva con 3 ricoveri in Casa di Cura
- Dal 2009 Emiparkinson dx
- Nel 2011 sottoposta a isterectomia totale. Non è stata sottoposta a chemioterapia e radioterapia per condizioni generali non idonee
- Nel 2012 ricoveri per scadimento delle condizioni con anoressia e vomito
- Alla fine del 2012 viene accolta in hospice per le difficoltà della gestione a domicilio.

Valutazione all'ingresso in Hospice: Maria è molto lucida e loquace e manifesta immediatamente il desiderio di esternare le situazioni conflittuali della famiglia. È vedova da 30 anni e vive con la figlia M. Luisa e da 12 anni vive con loro anche il figlio Giorgio, senza fissa dimora, depresso, con disturbi della personalità, ex etilista.

Maria ha anche un terzo figlio che vive in un appartamento nello stesso condominio.

Al colloquio di preingresso nulla era trapelato a riguardo. Giorgio chiede un colloquio con l'assistente sociale e manifesta le sue difficoltà in quanto la sorella dopo il ricovero della madre lo ha allontanato da casa. Chiede un aiuto per trovare posto in una casa famiglia. Riferisce in particolare anche episodi di violenza da parte della sorella verso la madre.

Dopo l'ingresso della sig.ra Maria la figlia è venuta a trovarla solo 2 volte. Nella prima chiede di parlare con un medico, ma urlando accusa tutti che «la struttura sta uccidendo sua madre» e che farà denuncia ai carabinieri. Nella seconda arriva con l'auto con lo stereo a tutto volume che parcheggia in malo modo di fronte alle celle mortuarie, picchia sui vetri delle stanze e dichiara di avere con sé un manganello.

L'assistente sociale (a.s.) raccoglie tutti gli elementi possibili anche dal terzo fratello, si susseguono incontri e briefing di équipe dopo i quali l'a.s. fa una segnalazione alla stazione dei carabinieri. Qualche giorno dopo la signora Maria cessava di vivere e la figlia si presenta e chiede di far visita alla salma della madre.

Dall'équipe viene permesso di concedere questa visita cercando di accogliere M. Luisa con semplicità. M. Luisa è apparsa controllata e calma e alla fine si congeda silenziosamente. Anche tra i componenti dell'équipe, da quel momento, sulla sig.ra Maria è sceso un silenzio complice, senza critiche né commenti, consapevoli di essere stati testimoni e attori dei molteplici risvolti che ci riserva la vita umana.

Il morire è sicuramente una questione relazionale e l'accompagnamento lungo il percorso è una competenza trasversale tra più professionalità che in parte possediamo e in parte può essere implementata.

Bisogna riportare all'interno dell'équipe di cura la dimensione sociale della malattia e della morte, riportare nella medicina la componente sociale all'origine della scienza medica, la morte, la perdita, il lutto come fattori sociali legati a quella persona, a quella famiglia e a quel contesto di vita.

### **Bibliografia e sitografia**

Hughes, S., Firth, P., & Oliviere, D. (2014). Core competencies for palliative care social work in Europe: an EAPC White Paper-part 1. *European Journal of Palliative Care*, 21(6), 300-305. Disponibile da: [http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC21%286%29\\_Hughes\\_White\\_Paper.pdf](http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC21%286%29_Hughes_White_Paper.pdf)

Hughes, S., Firth, P., & Oliviere, D. (2015). Core competencies for palliative care social work in Europe: an EAPC White Paper-part 2. *European Journal of Palliative Care*, 22(1), 38-44. Disponibile da: [http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC22%281%29Hughes\\_part2.pdf](http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC22%281%29Hughes_part2.pdf)

Società Italiana di Cure Palliative – SICP. (2013). *Il core curriculum dell'assistente sociale in cure palliative*. Disponibile da: <http://www.sicp.it/web/procedure/contenuto.cfm?List=WsPageNameCaller,WsIdEvento,WsIdRisposta,WsRelease&c1=%2Fweb%2Feventi%2FSICP%2Fcorecurriculum%2Ecfm%3FList%3DWsStartRow%26c1%3D1&c2=CORECUSICP&c3=2&c4=1>

### ***3.3 - The environments: between life and death.***

#### ***Presences of territorial social service in home care***

#### **3.3 - Gli ambienti: tra vita e morte.**

#### **Presenze di servizio sociale territoriale nelle cure domiciliari**

**Daniele Venturini**

**Keywords:** *quality of life, home care, dying environment*

**Parole chiave:** *qualità di vita, cure domiciliari, ambiente del morire*

#### **Introduzione**

Il servizio sociale territoriale è sempre più coinvolto a livello istituzionale e delle comunità professionali nel dare un proprio contributo sul piano del pensiero e dell'operatività per l'accompagnamento delle persone nelle loro vicende di sofferenza durante il percorso di vita o sulla strada del loro conclusivo cammino

esistenziale. Un accompagnamento che si esprime sostanzialmente nella difficile coniugazione di un ossimoro: quello del perseguimento di un benessere nel malessere.

Gli aspetti del benessere che possono diventare oggetto di attenzione del servizio sociale territoriale possono essere costituiti da tutte quelle componenti ambientali e relazionali che contribuiscono nel loro insieme al sollievo del dolore delle persone che vivono nel proprio domicilio e che hanno una malattia, una disabilità, una acuta sofferenza.

In tali ambienti la valutazione soggettiva del benessere da parte del paziente coinvolge il suo aspetto emotivo, la soddisfazione di quanto sta vivendo, la sua situazione psicosociale e relazionale, la sua dimensione spirituale in considerazione del fatto che proprio la struttura del suo ambiente domiciliare declinato anche sulle componenti sociali e relazionali influenzerà la soggettiva percezione del dolore, della malattia e della vita per quanto ancora di questa possa rimanere.

Il servizio sociale di base - servizio sociale del Comune - si colloca all'interno di questa cornice tra le opportunità offerte nei domicili delle persone diventando in tal modo parte degli elementi di contesto di vita a favore della persona nel suo percorso assistenziale.

#### *Svolgimento*

La malattia è un accadimento che sottopone la persona a preoccupazione, paura, ansia, stress, disidentificazione dalla storia biografica ed evolutiva fino a quel momento percorsa soprattutto se l'accadimento inerente la patologia prefigura scenari di esiti infausti. La persona può trovarsi a perdere importanti funzioni anche complesse e che riguardano gli aspetti fisici (perdita di autonomie operative; limitazioni delle abilità), psicologici (limitazione nelle autonomie decisionali, nelle responsabilità, sviluppo della dipendenza relazionale da persone), sociali (marginalizzazione, affievolimento delle reti secondarie o anche primarie; isolamento), spirituali (assopimento e mortificazione degli interessi, remissività, ottundimento).

La malattia sradica la persona da una condizione precedente di normalità ove essa aveva trovato una forma di adattamento ai propri ambienti di vita evolutisi nel tempo e alle esigenze che questi sollecitavano in rapporto anche alle necessità esistenziali. La malattia quale evento organico disadattivo determina quindi un'importante riduzione della capacità della persona nel gestire la propria quotidianità.

La condizione di forte sofferenza come l'evento della patologia diventa così la nuova dimensione di vita per la persona a livello biologico, psicologico, sociale. In queste condizioni di nuova identità e del rischio che la persona possa smarrirsi nei meandri dell'isolamento e della solitudine, il servizio sociale di base può inserirsi nel contesto ambientale di vita quotidiana del paziente supportando le sue capacità di adattamento e fronteggiamento, la resilienza, il supporto sociale, anche là dove il dolore può essere significativamente elevato per l'importante patologia in atto come quella derivante da malattia infausta.

In Italia, nel 2012 è stata riconosciuta la rete nazionale di Assistenti Sociali per le cure palliative a livello di hospice e di cure domiciliari e nel 2013 è stato pubblicato il *Core Curriculum in Cure Palliative* dell'Assistente Sociale, documento riconosciuto dalla Società Italiana delle Cure Palliative.

Le cure palliative sono *l'assistenza globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponde ai trattamenti curativi* (OMS, 1990) in quanto *sono un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle famiglie* (OMS, 2002). Tali cure si pongono quindi come l'insieme di un processo terapeutico finalizzato non solo al controllo dei sintomi della malattia ma soprattutto alla ripresa di una qualità di vita accettabile per il paziente sotto il profilo psicologico, sociale e spirituale.

Sotto il profilo sociale l'assistente sociale del territorio ha quindi una importante competenza nella fase informativa, di affiancamento alla famiglia, nell'attivazione e messa in rete dei servizi, nella gestione sociale della malattia.

L'attenzione centrale del servizio sociale è pertanto rivolta verso il paziente e la sua famiglia, ossia:

- saper riconoscere il livello di consapevolezza della famiglia e del malato circa l'inguaribilità della malattia;
- saper definire la fisionomia delle strutture familiari ed anche le reti di prossimità già presenti o potenziali;
- saper valutare la famiglia sia come opportunità e risorsa sia come partner attivo composito che esprime una richiesta assistenziale;
- saper dare informazioni sulle risorse socio-sanitarie nella rete delle cure e le procedure per accedervi;
- saper valutare in maniera interprofessionale la competenza di adattamento, fronteggiamento, resilienza delle famiglie in fase di presa in carico e in fase processuale, in fase di efficacia ed efficienza;
- saper raccogliere i bisogni del paziente e della sua famiglia;
- saper riconoscere all'interno delle famiglie le peculiarità di tutti i suoi componenti anche nel caso siano presenti delle vulnerabilità come una malattia (fisica, mentale, disabilità), la presenza di figli minori, persone con problema di dipendenza situazioni contingenti di limitazione della libertà personale;
- sapere promuovere l'attivazione dei processi di tutela e protezione delle persone che vivono una forte condizione di vulnerabilità e sofferenza;
- saper valutare l'opportunità ad invio verso servizi specialistici di familiari con alcune fragilità (es. problemi mentali, dipendenza, ecc.);
- sapersi rapportare con pazienti, familiari con diversi gradi di consapevolezza sullo stato della malattia, anche con sentimenti contrastanti (arrabbiati, oppositivi, depressi, sfiduciati, ecc.);
- saper porre attenzione agli aspetti di comunicazione del paziente e dei suoi familiari, alle loro modalità di espressione e manifestazione;
- sapere valutare le abilità di vita quotidiana nel proprio domicilio come la cura personale, l'adeguatezza e salvaguardia dell'ambiente domestico, il comfort degli ambienti assistenziali;
- saper salvaguardare la dimensione socializzante del paziente anche se residua.

*Conclusioni*



La malattia grave, inguaribile che può condurre alla morte è un evento che irrompe nella identità fino a quel momento vissuta come persona sana. Tale evento può portare allo smarrimento e perdita del Sé. Questa condizione di intima sofferenza può acuire la condizione complessiva della malattia e le competenze del malato. La malattia conduce quindi a una nuova assunzione di identità.

In tali inevitabili cambiamenti personali e ambientali (nelle relazioni, negli impatti sulla società, nei sistemi assistenziali) risulta importante il supporto e l'accompagnamento della persona attraverso una rete di professionisti come l'assistente sociale, in particolare quando tali cambiamenti comportano una forte vulnerabilità di adattamento della persona all'ambiente.

Il servizio sociale del territorio può quindi avere un ruolo costruttivo nel supportare i processi di riordino di vita del paziente e nel rimodellare il suo ambiente di assistenza domiciliare.

### **Bibliografia e sitografia**

Giunta Regionale del Veneto. (2004, 22 dicembre). Allegato D. Comitato consultivo regionale per la bioetica. Parere su "etica delle professioni di aiuto alla persona". In Deliberazione della Giunta Regionale n. 4049/2004, *Interventi in materia di Bioetica. Istituzionalizzazione del Comitato regionale per la Bioetica. Linee-guida per la costituzione ed il funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione. Linee-guida per la costituzione ed il funzionamento dei Comitati etici per la pratica clinica*. Disponibile da: <http://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=178000>

Secondulfo, D. (cur.). (2011). *Sociologia del benessere. La religione laica della borghesia*. Milano: Franco Angeli

Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of pain and symptom management*, 24(2), 91-96. Disponibile da: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/8370978/sepulveda.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1497543311&Signature=Z1qPopqiPkP3G6RNMEOUcYef6G4%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPalliative\\_Care-The\\_World\\_Health\\_Organiz.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/8370978/sepulveda.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1497543311&Signature=Z1qPopqiPkP3G6RNMEOUcYef6G4%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPalliative_Care-The_World_Health_Organiz.pdf)

Società Italiana di Cure Palliative – SICP. (2013). *Il core curriculum dell'assistente sociale in cure palliative*. Disponibile da: <http://www.sicp.it/web/procedure/contenuto.cfm?List=WsPageNameCaller,WsIdEvento,WsIdRisposta,WsRelease&c1=%2Fweb%2Feventi%2FSICP%2Fcorecurriculum%2Ecfm%3FList%3DWSStartRow%26c1%3D1&c2=CORECUSICP&c3=2&c4=1>

## **PLENARY SESSION**

## **SESSIONE PLENARIA**

### **Chapter 4 – NDE? Intersection between spirituality and science**

#### **Capitolo 4 – NDE? Incroci tra spiritualità e scienza**

##### **4.1 - Identity agony and resilience:**

##### ***the role of Eastern philosophies, meditation and hypnosis***

##### **4.1 - Agonie dell'identità e resilienza:**

##### **il ruolo delle filosofie orientali, della meditazione e dell'ipnosi**

**Enrico Facco**

**Keywords:** *hypnosis, meditation, resilience*

**Parole chiave:** *ipnosi, meditazione, resilienza*

Resilience plays a central role in all critical situations of life. This term has been drawn from physics, where it indicates an object able to recoil or spring back into a shape after bending. Related to a person, it is the capacity to withstand or recover quickly from difficult conditions, such as those related to family and social relationships, financial stressors, workplace and health. These features look philosophical in nature, since the essential aim of philosophy is the search of truth, the attempt to grasp the nature of reality and the meaning of life since time immemorial.

Eastern philosophies have developed a profound knowledge of the inner world and its relationship with the external reality from a non-dualistic perspective. Over 2000 years ago they had already recognized: a) the limits of the intellect and conceptual thought; b) the existence of unconscious processes; c) the relevance of spiritual life in a non-theistic, secular perspective; d) the liberation from the illusory stance of the Ego; e) the way of liberation from all attachments and sorrow. As a whole, they aimed to seek for wisdom and enlightenment, enabling one to live well and die well and achieving an unshakable resilience, rather than seeking for power from an utilitarian perspective (indeed, the history of western science is the history of will of power).

According to both Chinese and Indian philosophies, the highest aim is paradoxically reached when all senses, mind and reason cease their activity [this concept is well described in *Zhuāngzǐ*, *Kaṭhapaniṣad* (II,6), and the Zen doctrine of no-mind], just the opposite of western view. Their ostensibly paradoxical wisdom stems from the non-dualistic perspective, which prevents any arbitrary split between body, mind and world, unlike the modern radically dualistic thought of western culture (unawares adopted also by self-claiming materialist-monists; Facco, Lucangeli & Tressoldi, 2017).

It is worth noting that the etymology of the term *Yoga* stems from the Sanskrit term *yujir* (binding together, joining): it indicates the reunion of mind-body, I-non-I (i.e., mind-body-world), *individual ātman–universal Ātman*, where all the ostensibly opposite and incompatible phenomena are melted in a *Coniunctio Oppositorum*. As a matter of facts, it can be considered as a mix of binding-unbinding: binding I-non-I and, at the same time, unbinding mind from all conditionings and illusions, i.e. from *Māyā*, which is the mask of illusion of ordinary consciousness and the decisive force of *samśāra* [the world of becoming, of the ostensible multiplicity and suffering (Facco 2014; Facco 2017)].

The fusion of *ātman–Ātman* is the way to the enlightenment in Yoga, where the Reality – i.e., the reality of Reality – is reached; *Ātman* is also *sat-cit-anānda* (*being-consciousness-bliss*), which is eternal, beyond space and time, universal, all features recalling the Parmenides' Being (Severino, 2016). This may look odd to the western reader, who is inclined to a pragmatic materialist-monistic view, a priori refusing anything with the flavor of transcendence. Here, it is worth mentioning that *eternal* does not mean immortal, but, rather, timeless and that *sat-cit-anānda*, *samśāra* and *nirvāṇa* are neither physical nor metaphysical places; rather, they are conditions of mind, here and now, i.e., nothing more pragmatic.

Buddhism was born following Siddharta Gautama's observation of the universal sorrow (Sanskrit *duḥkha*, Pali *dukkha*): «Birth is pain, ageing is pain, illness is pain, death is pain, joining to what is displeasing is pain, separating from what is dear is pain, not getting what is wished is pain. In short, the five *skhanda* [the clusters of consciousness; author's note], which are the base of attachment to existence, are pain» (*Samyutta Nikāya*, 56.11). This cosmic view of sorrow, despite looking pessimistic at a glance, is the starting point of the way to the most radical liberation from suffering, according to the Four Noble Truths: «What if I ... were to seek the aging-less, illness-less, deathless, sorrow-less, unexcelled rest from the yoke: Unbinding» (*Majjhima Nikaya* 26, *Ariyapariyesana Sutta: The Noble Search*).

In short, Buddhism was born from a pragmatic, empirical observation of pain, likewise modern medicine and psychology; the origin of suffering was wisely pinpointed in consciousness and Ego, a distorting mirror projecting its categories into the reality, taking them for objective properties, and mental images of the world for reality. On the contrary, Western culture has adopted a rational, increasingly dualistic and egocentric, view, reaching its climax with Descartes: his thought has introduced some errors which have influenced western philosophy and science until now (Facco, 2014; Facco et al., 2017), such as mistaking the ego for the soul and irreconcilably splitting *res cogitans* and *res extensa*. Thus, Western philosophy has split what is unseparated *in vivo* (i.e., body-soul and mind-brain) and in nature (I-non-I, life-death, matter-energy, space-time). Furthermore, providing matter with an autonomous independent ontology, Descartes has inadvertently paved the way to enlightenment, positivism and materialist monism. Materialism, imbued with the dualistic imprinting of western mind, has led to dissociation and a sort of Ego dictatorship, paralleled by the loss of Self, helplessness and alienation, well-painted by Sartre's existentialism, unable to found a meaningful existence and a proper place in the world. All these limits had been overcome *ab initio* by Eastern philosophies, thanks to their wiser non-dualistic, non-egocentric view, able to prevent any form of dissociation, within and between inner and outer worlds.

In other words, substantialization and ontologization are the product of the Western anthropocentric perspective with its discursive mode of reasoning; this looks to be far from being a true, radical third person perspective, able to conceive the reality beyond human cultural categories. If so, Eastern philosophies might result to be the most relevant and radical attempt to reach a truthful, non-Egocentric objectivity, as well as develop a truthful sense of being instead of limiting oneself to having. They have also identified the most radical way to resilience, leading to the fear of death being overcome: perhaps, the fear of death and annihilation is a prejudice of the limited perspective of the Ego, with its naïve realism and delusion of being separated and independent of the world.

Meditation has been for some three millennia the main introspective technique on the way to wisdom; it involves the communication with the unconscious, a fact compatible with the Jung's concepts of individuation and "Spirit of the Depths". Yoga meditation consists of three main steps, *dhāranā*, *dhyāna* and *samādhi*. *Dhāranā* is the induction (obtained through focused attention and absorption), *Dhyāna* is the

meditative state, while *Samādhi* is the deepest level of meditation; here, any concept, duality and separation between who knows, knowledge and what is known is overcome, leading to *prajñā* (wisdom, supreme knowledge).

Despite hypnosis and meditation look to be entirely different techniques, they share some relevant historical, procedural and neuropsychological aspects. Hypnosis is endowed with several features of *dhāranā* and *dhyāna*, while *samādhi* is far beyond the practical, pragmatic but limited therapeutic western goals of hypnosis. Both hypnosis and meditation allow for strongly improving the mind-body control and meaningfully improving attention and self-awareness. Hypnosis may also yield deep experiences similar to those belonging to meditation, such as “*having no thoughts, being one with everything, increased meaningfulness, let things happen, merging with pure light or energy*”. Therefore, both hypnosis and meditation may yield the arrest of talkative mind up to an absolute calm, leading to a thoughtless awareness, fairness and a closer body-mind binding – where the sensation of a separate self is lost (Facco, 2014; Facco, 2017) – and help rejoining mind, body and world in a whole; this in turn helps one getting rid of the arbitrary separation yielded by dualistic, alienated ordinary consciousness.

## Reference

- Facco, E. (2014). *Meditazione e Ipnosi tra neuroscienze, filosofia e pregiudizio*. Lungavilla: Altravista.
- Facco, E. (2017). Meditation and Hypnosis: Two Sides of the Same Coin?. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 65(2), 169-188. doi:10.1080/00207144.2017.1276361
- Facco, E., Lucangeli, D., & Tressoldi, P. (2017). On the Science of Consciousness: Epistemological Reflections and Clinical Implications. *Explore: The Journal of Science and Healing*, in stampa.
- Severino, E. (2016). *The Essence of Nihilism*. Brooklin: Verso.

## 4.2 - Telepathy and psychoanalysis

### 4.2 - Telepatia e psicoanalisi

**Silvia Dina Corbella**

**Keywords:** telepathy, preconscious, communication

**Parole chiave:** telepatia, preconscious, comunicazione

Emilio Servadio, in seguito alla presentazione e discussione all'Istituto Romano di Psicoanalisi, di lavori riguardanti manifestazioni di percezioni extra sensoriali (*extra-sensory perception – esp*) nella pratica analitica, sottolineò i “recenti” sviluppi della psicoanalisi in merito al “coinvolgimento” dell'analista nel rapporto analitico, e l'importanza e utilità del controtransfert, ponendo questa domanda: «E se l'analista riconosce in genere tale coinvolgimento, perché non dovrebbe accettarlo quando implica una sua partecipazione a processi extrasensoriali?» (Papa, 2006). Le *esp* sono quei fenomeni che sembrano condurre all'acquisizione di informazioni per via anomala o sconosciuta. In questo lavoro verrà data particolare attenzione alle esperienze di telepatia. Nella mia esperienza l'attenzione a questi fenomeni nasce da lontano

e conferma l'osservazione di Ehrenwald (1978) che risuona anche nell'interrogativo di Servadio, quando sostiene che occorre anche un interesse dell'analista non solo e non tanto perché emergano i fenomeni *esp*, ma perché vengano riconosciuti nelle loro potenzialità comunicative. Nel corso della mia vita in molte situazioni mi è capitato e ancora mi capita di essere oggetto e soggetto di fenomeni di telepatia con persone cui ero e/o sono legata da una profonda relazione affettiva, di amicizia, di familiarità o di amore e ho sempre pensato che ciò facesse parte della quotidianità di ognuno. Pensiero che ha continuato ad accompagnarmi anche quando ho ritrovato aspetti telepatici nella mia relazione con i pazienti, sia come analista individuale sia di gruppo. Dopo la mia laurea in filosofia ero stata a lungo in dubbio su cosa scegliere: la specializzazione, presente solo a Bologna, in "Parapsicologia", o a Milano quella in "Psicologia"? La facoltà di Bologna, di cui avevo letto alcune pubblicazioni, si proponeva, mediante l'osservazione diretta ed esperimenti scientifici appositamente istituiti, di convalidare l'esistenza di fenomeni psichici rari e apparentemente non spiegabili, o di confutarli definitivamente. Fra questi fenomeni era compresa "la percezione di esperienze psichiche di altre persone senza il ricorso alla parola o ad altri organi di senso - la così detta trasmissione diretta di pensieri o emozioni- cioè la telepatia" (Vasiliev, 1967). Fra le letture consigliate per accedere alla facoltà di Bologna ricordo in particolare *Metapsichica e Scienza sovietica* (1967). In questo testo, per definizione assolutamente laico, fra l'altro si scriveva che l'illustre biologo I. Mecnicov (1917) considerava la chiaroveggenza o telepatia una caratteristica atavica dell'essere umano. Ipotesi che vedremo essere condivisa anche da alcuni esponenti del pensiero psicanalitico, cui farò un rapido cenno.

Attraverso esempi clinici tratti dal mio lavoro di psicoanalista individuale e di gruppo intendo evidenziare come la mia specifica modalità di affrontare questi fenomeni mi abbia permesso di comprendere e far comprendere ai pazienti il significato anche evolutivo del loro riattualizzare arcaiche capacità all'interno di differenti momenti del lavoro psicoanalitico. In particolare ritengo che questi fenomeni alberghino nell'area preconsa, che sappiamo essere presente in modo specifico nel piccolo gruppo analiticamente orientato. Ancora una volta la "dimestichezza" che nel gruppo si acquisisce nei confronti della vita emotiva e la capacità di utilizzarla come mezzo di conoscenza, possono avere una ricaduta positiva per una cultura in grado di garantire libertà e dignità all'essere umano nella sua integrità emotiva e razionale, capace quindi di comprendere e riconoscere anche un tipo di comunicazione arcaica, empatica ed emotiva come la telepatia, rispetto alla quale il piccolo gruppo terapeutico può fungere da lente di ingrandimento.

### **Bibliografia e sitografia**

Ehrenwald J. (1978). *The E.S.P. Experience*. New York: Basic Books.

Mečnikov, I. I. (1917). *Etjudy Optimizma*. Mosca.

Papa, D. (2006). Fenomeni paranormali e sintomi psichiatrici. *Rivista di psichiatria*, 41(6), 355-370.

Disponibile da: [http://www.rivistadipsichiatria.it/allegati/00193\\_2006\\_06/fulltext/02%20355-370.pdf](http://www.rivistadipsichiatria.it/allegati/00193_2006_06/fulltext/02%20355-370.pdf)

Vasiliev, L.L. (1967). *Metapsichica e scienza sovietica* (A. Dubrowskij, trad.). Milano: Bompiani.

### **4.3 - Is there life after death? Evidences from mediumship researches**

#### **4.3 - C'è vita dopo la morte? Evidenze dalle ricerche sui medium**

**Patrizio Tressoldi**

*Keywords: mediumship, life after death, reliability, scientific research*

*Parole chiave: medium, vita dopo la morte, attendibilità, ricerca scientifica*

Anche se meno diffusa e conosciuta, la ricerca scientifica sulla attendibilità dei resoconti dei medium ha prodotto dei risultati interessanti che meritano di essere divulgati. Come è ovvio aspettarsi, le procedure di ricerca si sono concentrate nel cercare di eliminare al massimo la possibilità che i medium potessero riferire informazioni sulle persone decedute ricavandole secondo metodi convenzionali, vale a dire, tramite le persone che avevano conosciuto questi defunti o altri canali di informazione.

Le procedure più sofisticate prevedono quindi che non ci sia nessun contatto diretto tra il medium e chi ha informazioni sulle persone decedute, che le informazioni su queste non siano accessibili tramite altre fonti di informazione e che i resoconti dei medium siano forniti a chi deve verificarne l'autenticità, mescolate con informazioni relative a persone diverse con le stesse caratteristiche anagrafiche, es. età e sesso.

Nel corso della presentazione verranno presentati i risultati più recenti della ricerca in questo ambito dai quali emerge l'ipotesi che alcuni medium, molto dotati, possano recuperare informazioni sulle persone defunte in modo non convenzionale.

## **FIRST PARALLEL SESSION**

## **PRIMA SESSIONE PARALLELA**

### **Chapter 5 – Hospice, care strategies and dignity**

### **Capitolo 5 – Hospice, strategie di cura e dignità**

#### **5.1 - Paediatric Hospice Care team facing life and changing care through death**

#### **5.1 - L'équipe dell'Hospice pediatrico di fronte alla vita cambiando la cura attraverso la morte**

**Grazia Maria Fava Vizziello**

*Keywords: hospice, team, death*

*Parole chiave: hospice, équipe, morte*

Motivazione-obiettivo: bilancio e ricadute della malattia e fine vita sull'équipe.

Ogni famiglia che si presenta all'hospice col pesantissimo dolore di chiedere aiuto per permettere al proprio figlio, sicuramente destinato a convivere con la propria pesante patologia finché la morte, di cui spesso è previsto anche il momento, arriverà, guarda con spavento a quello che succederà: dai dolori fisici, alla caduta

graduale delle forze che permettono in quel momento al figlio di fare qualche attività, di vivere ancora situazioni dolci e piacevoli, di sorridere e piangere spesso con sofferenze controllabili e tutto l'aiuto che la famiglia riesce spontaneamente a dargli. L'hospice è strutturato in modo tale da aiutare e permettere, per quanto opportuno, con il particolare sviluppo della patologia di quel bambino e delle forze residue di genitori, fratelli e parenti, grondanti di angoscia, depressione e paura per il futuro, dopo un percorso più o meno lungo, di evitare quanto scriveva Cesare Pavese: «Verrà la morte, bambino, e scenderai nel gorgo muto».

Il team è preparato, per ogni bambino che arriva in grandi difficoltà, ma non ha una patologia di cui occuparsi. Sa benissimo, quasi sempre, che cosa fare, come procedere, per limitare il dolore, per permettere l'uso delle funzioni con tutti gli ausili a disposizione.

Le infermiere capiscono immediatamente i bisogni e in generale le risposte da dare al bambino, ma ricevono tutta una famiglia con usi e costumi propri. Spesso i parenti provenienti da alcune zone italiane o del pianeta, hanno nella propria cultura le difese per vivere insieme queste terrificanti sofferenze e riuscire in questo modo a sopportarle meglio: vi sono famiglie che porterebbero in hospice anche i fratelli per aiutare il malato, altre che non vogliono la loro presenza anche se il malato la chiede.

Vi sono parenti che condividono la sofferenza, ma hanno tensioni tra loro che aumentano in contingenze come queste, altri che riescono ad organizzarsi per esserci con una presenza ricca di umanità e calore.

Adattarsi alla situazione in modo da saper vedere e ascoltare da parte del personale, è fondamentale ma va ricercato e sostenuto in maniera peculiare per ogni bambino e per il suo clan perché cambia sempre la concezione della morte, nei pazienti e nei curanti e da questa accoglienza dipende quanto presto e come il bambino potrà tornare a passare giorni o mesi a casa dove, in qualche modo, molte cose sono più fluide, anche perché durante il ricovero breve i genitori apprendono valutazioni e manovre che non conoscevano.

Pur essendoci nell'hospice un buon numero di infermieri e aiuti vari per le attività di ogni giorno e di ogni notte, pur essendoci psicologhe sempre pronte a supportare le situazioni di tensione sia dei ricoverati che dei genitori, l'arrivo di nuovi pazienti con nuove esigenze, la richiesta di presenza domiciliare per un bambino che ha inaspettati gravi dolori, entra in coma, in agonia o muore, obbliga persone del team, già pesantemente impegnate nella struttura, ad uscirne.

Gli interventi d'urgenza a casa, nonostante l'impegno per formare via via tecnici locali a prendere in carico le situazioni a domicilio, non possono essere programmate nella loro lunghezza. Operatori, dalla responsabile all'infermiere, possono restare lontani tutta una notte e dover riprendere con la malinconia e tristezza accumulate nel servizio, immediatamente il lavoro il giorno seguente.

È raro fare un incontro di équipe senza che qualche membro dell'équipe (non raramente con l'accompagnamento di un coro da parte degli altri) non si lamenti per il carico eccessivo di lavoro, per i turni, per i fuori orario etc.

In realtà, queste discussioni spesso molto animate, con rivendicazioni rispetto a chi dirige la struttura, «che non dovrebbe chiedere fatiche di questo genere», rappresentano il tentativo per mantenere la dignità del



loro lavoro, nascondendo l'abisso di sofferenza e le difficoltà di elaborazione per la morte di ogni bambino e per la sofferenza della famiglia.

L'ideale giovanile dei medici e degli infermieri che guariscono dalle malattie, degli psicologi in grado di lenire la sofferenza, vengono inghiottiti, in un hospice creato per accompagnare alla morte proprio i bambini, che tanti anni ancora dovrebbero avere davanti a sé.

Ma se la motivazione primitiva si dissolve talvolta in una aggressività verbale tra operatori, altre volte in insonnie o nervosismi, si distende poi di fronte ad una realtà che sembra modificare i rapporti di équipe e permettere comunque di esprimere il proprio fortissimo vincolo reciproco e all'hospice. Nonostante l'enorme fatica di vivere costantemente con la presenza della morte, gli operatori sembrano essere in grado di cambiare il proprio vissuto rispetto alla potenza della morte che li ha vinti, nella maggior gratificazione che si attribuiscono quando dicono che il paziente «è morto bene» riabilitando la propria funzione di cura attraverso la morte che quasi sempre si accompagna con una ripresa della vita da parte della famiglia.

### **Bibliografia**

European Association of Palliative Care (EAPC) Taskforce. (2007). IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, 14(3), 109-115.

## **5.2 - Quality and Dignity as Care Objective**

### **5.2 - Qualità e Dignità come obiettivo di cura**

**Valentina De Tommasi, Alessandra De Gregorio**

**Keywords:** *quality of life, pediatric palliative care, end of life*

**Parole chiave:** *qualità di vita, cure palliative pediatriche, fine vita*

In questi ultimi anni, nei paesi Occidentali, l'incidenza della malattia inguaribile e della disabilità, sono andate aumentando. Il progresso medico e tecnologico ha infatti, da una parte, ridotto la mortalità neonatale e pediatrica, ma, dall'altro, ha aumentato la sopravvivenza di portatori di malattie gravi e potenzialmente letali, senza tuttavia sempre consentirne la guarigione, determinando un incremento di pazienti pediatrici portatori di malattia inguaribile. Bambini con malattia cronica inguaribile e che vivono una vita breve o lunga che sia, necessitano di un ripensamento profondo della nostra modalità di erogare assistenza sia a livello culturale che organizzativo: l'obiettivo di cura non è la guarigione, ma il "massimo di salute" e di "qualità della vita" possibili, pur nella malattia. Questi bambini richiedono un'assistenza socio-sanitaria globale, che si inquadra in un programma di cure palliative pediatriche.

Il decorso della malattia e la sua inesorabile progressione costringono il piccolo paziente, la sua famiglia e tutti i contesti sociali nel quale è inserito a confrontarsi con il tema della perdita: perdita di funzioni, perdita di abilità, perdita della vecchia immagine di sé, perdita di relazioni, perdita di interessi, perdita di stili di vita, ecc. Tutto questo spesso è comunemente e erroneamente associato alla perdita di qualità di vita. Lavorare

in questo spazio di vita significa invece cercare proprio di affrontare il complesso e difficile compito evolutivo di dare un significato a questo tempo, affinché non sia una attesa dell'inevitabile, ma un momento importante di vita, da affrontare cercando di garantire la più alta qualità di vita per quel bambino e per quella famiglia.

Con il termine qualità di vita intendiamo un concetto multidimensionale relativo alla percezione che un individuo ha della propria posizione nella vita, uno stato soggettivo di percezione della salute, la valutazione individuale del proprio stato di salute, indipendentemente dalla presenza di sintomi di malattia. Ad essa contribuiscono diversi aspetti: aspetti fisici, aspetti psicologici, aspetti sociali, aspetti spirituali, aspetti legati al significato della vita, autonomia fisica, aspetti cognitivi, qualità della vita globale, qualità della morte.

Il dibattito relativo alla definizione della qualità della vita e al ruolo della salute nella qualità della vita percepita vede contrapposti due approcci. Da una parte, la focalizzazione su aspetti filosofici e umanistici, per cui le aspirazioni e i valori personali giocano un ruolo predominante e la salute è solo uno dei tanti fattori in gioco; dall'altra parte, la focalizzazione su aspetti medici e sanitari, per cui gli aspetti individuali, culturali e sociali sono considerati dei fattori che filtrano e "confondono" la valutazione dell'individuo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità si pone in linea con il primo approccio e assegna alla salute il ruolo di modificatore rilevante nella percezione soggettiva della qualità della vita, come fosse un modulatore della qualità di vita. Approvando questo tipo di approccio risulta necessaria una definizione di salute che sia più ampia possibile, descritta sia in termini di "capacità di funzionare" nella vita di tutti i giorni, sia in termini di benessere percepito, dal punto di vista fisico, psicologico, emotivo e sociale. Gli aspetti rilevanti di questa nuova e più pragmatica definizione diventano quindi la focalizzazione sulla salute e sul funzionamento, la multidimensionalità dei concetti legati alla salute stessa, la centralità del paziente e la sua autovalutazione. Risulta evidente come la qualità della vita, in quanto autopercezione, è sensibile ai cambiamenti evolutivi. Definire la qualità di vita nei bambini diventa allora molto più difficile, proprio per il processo regolare del loro sviluppo e le differenze evolutive nei bambini.

I bambini vanno a scuola, giocano, migliorano le loro relazioni con la famiglia e gli amici e partecipano ad attività sportive e eventi sociali. I bambini che hanno malattie croniche possono avere alcune difficoltà in casi come le relazioni con famiglia e amici, la scelta della scuola e dell'occupazione, la partecipazione ad attività quotidiane (scuola, giochi, sport, lavori domestici, guidare una bicicletta, fare shopping con gli amici, imparare a guidare un'automobile, ecc.) le malattie croniche possono giocare un grande ruolo nello sviluppo dell'indipendenza durante il periodo dell'adolescenza. In questo periodo, lo sviluppo dell'immagine del corpo è importante come lo sviluppo dell'io. Il concetto di io negli adolescenti può essere danneggiato per gli effetti di una malattia o dei suoi trattamenti sull'immagine del corpo.

Lavorare per la qualità di vita di bambini con malattia cronica e delle loro famiglie significa mantenere un buon controllo dei sintomi e del dolore, garantire una buona assistenza sanitaria in rete, assicurare supporto

sociale e risorse ai familiari, garantire supporto psicologico e spirituale, favorire le relazioni e l'integrazione sociale, garantire informazione e comunicazione adeguata al paziente.

Qualità di vita, però, significa anche qualità di morte. Accompagnare un bambino e la sua famiglia nel percorso di vita e di morte significa porre le basi per l'elaborazione del lutto. In questo percorso è fondamentale coinvolgere anche la famiglia allargata (nonni, zii, ecc.) e il contesto sociale del minore, con particolare attenzione alla scuola.

Chi cura impara a chiudere lo spazio all'angoscia crescente di un tempo che si consuma, perché vissuto come unico valore perseguibile. Non serve più tempo, serve un tempo infantile, adolescenziale, caloroso, amorevole e rispettoso.

### **Bibliografia**

- Benini, F., Ferrante, A., Buzzone, S., Trapanotto, M., Facchin, P., & Cornaglia Ferraris, P. (2008). Childhood deaths in Italy. *European Journal of Palliative Care*, 15(2), 77-81.
- European Association of Palliative Care (EAPC) Taskforce. (2007). IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, 14(3), 109-115.

## **5.3 - Communication and fear**

### **5.3 - La "comunicazione" e le paure**

**Elisabetta Falcetti, Daniele Brunazzo, Gianluigi Visentini**

*Keywords: disability, incurability, end of life*

*Parole chiave: disabilità, inguaribilità, fine vita*

La metafora del "tradimento della vita" è l'immagine che i genitori stessi utilizzano più frequentemente per descrivere il loro vissuto nel percorso diagnostico che determina l'entrata della parola "grave" nella vita loro e del loro bambino. Da questo incommensurabile dolore, una perdita di senso e l'attivarsi di strategie difensive che determinano diversi schemi di "essere con" che rappresentano poi "costellazioni genitoriali" particolari. Il sé del bambino si costruisce attraverso un viaggio tra le diverse costellazioni che si formano nel tempo a seconda del "senso" che via via i genitori danno alla vita del loro figlio. Questo processo è paragonabile ad una "creazione" che avviene in più fasi, in più momenti, fino ad un "ottavo giorno" che ne rappresenta la spinta evolutiva. Compito terapeutico è entrare in questa dinamica "comprendendo" e dando senso alle "costellazioni" che appaiono e facilitandone i passaggi evolutivi.

### **Bibliografia**

- Stern, D.N., & Riolta, S. (2007). *La costellazione materna: il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.

## **5.4 - End-of-life patients' dignity evaluation in hospice**

### **5.4 - Valutazione del senso di dignità nei pazienti nel fine vita in hospice**

**Andrea Bovero, Nader Alessandro Sedghi, Riccardo Torta**

**Keywords:** *dignity, hospice, end of life*

**Parole chiave:** *dignità, hospice, fine-vita*

#### *Introduzione*

La dignità può essere vista come una costruzione dell'individuo che fonde le rappresentazioni del proprio Sé, quella del Sé percepito dagli altri, la propria corporeità e le influenze delle interazioni con l'ambiente. Il risultato è la sensazione di sentirsi "persona" e di sentirsi riconosciuto come persona. Il *Patient Dignity Inventory* (PDI), ad oggi, risulta essere lo strumento maggiormente utilizzato per la misurazione e valutazione del distress conseguente alla perdita del senso di dignità nelle sue diverse dimensioni. Nella sua validazione originale il PDI è risultato essere uno strumento nuovo, valido e affidabile, basato su un costrutto teorico empiricamente fondato, quale il Modello della Dignità e si è dimostrato utile agli operatori per la valutazione della dignità nei pazienti oncologici in fase terminale.

L'analisi dei dati raccolti tramite la somministrazione della versione italiana del PDI (PDI-IT) ad una popolazione di pazienti comparabile a quella della validazione originale, potrebbe fornire ulteriori indicazioni riguardo la validità interculturale del PDI e del Modello della Dignità. L'hospice costituisce un luogo privilegiato per la cura della dignità, tuttavia, ad oggi, sono ancora pochi gli studi disponibili in letteratura su questo argomento nel fine vita. Tali ricerche potrebbero fornire un quadro più dettagliato del distress conseguente la perdita d'identità che tali pazienti si trovano ad affrontare quotidianamente e potrebbero fornire utili linee guida per indirizzare gli interventi di cure palliative in hospice.

#### *Obiettivi*

Il nostro studio si è posto come obiettivi la valutazione del senso di dignità nei pazienti oncologici ricoverati presso l'hospice Valletta di Torino e l'analisi della relazione fra dignità e un set di variabili psico-sociali.

#### *Metodo*

In un campione di 127 pazienti è stata condotta l'analisi statistica tramite il software IBM SPSS Statistics 23, effettuando il calcolo delle statistiche descrittive delle variabili prese in esame (media, deviazione standard, frequenze assolute e percentuali, asimmetria e curtosi e sono state eseguite correlazioni bivariate, regressioni lineari multiple e confronti tra medie mediante analisi della varianza, test t e test non parametrici).

Ai pazienti reclutati nello studio sono state somministrate le seguenti Rating Scale: il *Patient Dignity Inventory* (PDI-IT) che valuta il distress conseguente alla perdita del senso di dignità, la *Visual Analogue Scale* (VAS) che misura l'intensità del dolore percepito, la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) che valuta la sintomatologia ansiosa e depressiva, il *Brief-COPE* che analizza gli stili di coping, il *Functional Assessment of*

*Cancer Therapy* (Fact-G) che valuta la qualità di vita, la *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale* (Facit-Sp) che analizza il benessere spirituale, la *Demoralization Scale* (DS) che valuta la demoralizzazione e la *Daily Spiritual Experience Scale* (DSES) che indaga la quotidiana esperienza spirituale del paziente.

### *Risultati*

L'analisi fattoriale ha evidenziato cinque dimensioni in grado di spiegare il 60% della varianza. Esse sono stati rinominate "Distress psicologico" (F1), "Supporto sociale" (F2), "Sintomi fisici e dipendenza" (F3), "Distress esistenziale" (F4), "Perdita di scopo/significato" (F5). Secondo i dati raccolti, F3 risultava essere un problema per i pazienti nel 41% dei casi, per l'8% era un problema importante; F1 era un problema nel 17% dei casi, per il 6% era un problema importante. F2, F4 e F5 risultavano essere un problema rispettivamente nel 5%, 10% e 4% dei casi. Gli item che risultavano essere maggiormente un problema ( $M \geq 2,5$ ) per i pazienti erano: item 1 «Non essere in grado di compiere gesti legati alla quotidianità» ( $M=2,8$ ;  $DS=1$ ); item 2 «Non essere in grado di provvedere in modo indipendente ai miei bisogni fisiologici» ( $M=2,9$ ;  $DS=1,6$ ); item 3 «Affrontare sintomi fisicamente debilitanti» ( $M=2,7$ ;  $DS=1$ ); item 7 «La sensazione di incertezza rispetto alla malattia e ai trattamenti» ( $M=2,7$ ;  $DS=1$ ); item 8 «La preoccupazione per il mio futuro» ( $M=2,8$ ;  $DS=1$ ).

È emerso che il fattore "Sintomi fisici e Dipendenza" correlava con lo stile di coping "Religione" ( $t= 1.24$ ;  $p < 0.05$ ) e il suo punteggio medio è significativamente più elevato in coloro che pregavano regolarmente. Inoltre il fattore "Distress psicologico" è l'unico fattore a correlare significativamente con la DSES ( $r=-,268$ ;  $p < 0.05$ ) e lo stato funzionale del paziente (*Karnofsky Performance Status*) correlava in modo significativo con la dimensione "Perdita di scopo/Significato" ( $R^2=.048$ ;  $p < 0.05$ ).

Le correlazioni maggiori della DS risultavano essere con i fattori "Distress fisico e Dipendenza" ( $r=.413$ ;  $p < 0.05$ ) e "Perdita di Scopo/Significato" ( $r=.425$ ;  $p < 0.05$ ).

Infine le variabili "Autoaccusa" (Brief-COPE) "Benessere emotivo" e "fisico" e "Depressione" (Fact-G) incidevano sul complessivo senso di perdita di dignità per il 61% della varianza totale ( $R^2=.605$ ;  $p < 0.001$ ).

### *Conclusioni*

Lo studio ha dimostrato la validità interculturale del PDI e del Modello della Dignità. Gli item che risultavano essere maggiormente un problema per i pazienti ricoverati presso l'hospice Valletta facevano riferimento al distress fisico, al senso di perdita di autonomia e indipendenza per le attività quotidiane e alle preoccupazioni per la malattia e per il futuro. Tali dati indicano una direzione precisa per poter migliorare l'assistenza e attivare una psicoterapia specifica per quel paziente.

Per quanto riguarda la dimensione spirituale della dignità, questi dati hanno evidenziato che la pratica religiosa sarebbe utilizzata soprattutto dai coloro che hanno un elevato distress causato dalla sensazione di perdita dell'autonomia e dai sintomi fisici, mentre la sensazione di vicinanza a Dio o al proprio credo spirituale agirebbe positivamente sul distress psicologico.

L'analisi della regressione lineare multipla ha evidenziato che, insieme al distress psicologico, emotivo e fisico, a incidere sulla perdita del senso di dignità, ci potrebbe essere anche una componente personologica. Infine i nostri dati potrebbero suggerire che, oltre che una componente costituita da problemi fisici, anche una componente spirituale, collegherebbe la dignità con la demoralizzazione. Ulteriori studi comunque sono necessari per meglio comprendere tali complesse interazioni.

## **Bibliografia**

- Bovero, A., Leombruni, P., Miniotti, M., Rocca, G., & Torta, R. (2015). Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *European Journal of Cancer Care*, 25, 961-969. doi:10.1111/ecc.12360
- Chochinov, H.M., McClement, S.E., Hack, T.F., McKeen, N.A., Rach, A.M., Gagnon, P., ... & Taylor-Brown, J. (2012). The Patient Dignity Inventory: applications in the oncology setting. *Journal of palliative medicine*, 15(9), 998-1005. doi:10.1089/jpm.2012.0066
- Grassi, L., Costantini, A., Caruso, R., Brunetti, S., Marchetti, P., Sabato, S., & Nanni, M. G. (2017). Dignity and Psychosocial-Related Variables in Advanced and Nonadvanced Cancer Patients by Using the Patient Dignity Inventory-Italian Version. *Journal of pain and symptom management*, 53(2), 279-287. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.09.009
- Ripamonti, C.I., Buonaccorso, L., Maruelli, A., Bandieri, E., Pessi, M.A., Boldini, S., ... & Miccinesi, G. (2011). Patient dignity inventory (PDI) questionnaire: the validation study in Italian patients with solid and hematological cancers on active oncological treatments. *Tumori*, 98(4), 491-500. doi:10.1700/1146.12645

### ***5.5 - A new Clinical - Rehabilitative and Relational Protocol with Animal Assisted Interventions (Pet Therapy) in Hospice***

#### **5.5 - Un nuovo protocollo clinico riabilitativo e relazionale per gli Interventi Assisiti con gli Animali (Pet Therapy) in Hospice**

**Giovanni Poles, Carmine Guadagno, Fiorenza Scagnetto, Valentina Notari, Antonio Pignatto**

**Keywords:** *clinical-rehabilitative and relational protocol, pet therapy, hospice*

**Parole chiave:** *protocollo clinico-riabilitativo-relazionale, pet therapy, hospice*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le cure palliative come «la cura attiva globale di malati la cui patologia non risponde più a trattamenti volti alla guarigione o al controllo dell'evoluzione delle malattie (medicina curativa). Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie» (WHO, 1990).

Le cure attualmente disponibili per i pazienti oncologici sono sofisticate sotto il profilo farmacologico e tecnologico, tuttavia, alcune di esse hanno un impatto negativo sulla qualità della vita delle persone e delle loro famiglie. Per affrontare questi aspetti vengono utilizzate delle tecniche complementari, in combinazione con gli approcci convenzionali. Tali approcci terapeutici hanno come obiettivo il trattamento degli elementi

accessori ma non secondari della terapia convenzionale quali i costrutti relativi all'ansia, alla depressione, alla qualità di vita in ambito nosocomiale.

Gli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA) rientrano nella categoria delle terapie complementari e il Ministero della Sanità (Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano [CSR], 2015) li riconosce come interventi utili a migliorare la qualità di vita incrementando il senso di benessere delle persone attraverso l'interazione con gli animali (Natoli, 1997). L'interazione con l'animale consente di raggiungere livelli profondi del Sé attraverso un coinvolgimento fisico attivo. Il potersi concentrare sul contatto con l'animale e sui segnali che quest'ultimo gli invia, come lo scodinzolare (comunemente riconosciuto come segnale di riconoscimento relazionale) favorisce il rilassamento e a livello intrapsichico permette di assegnare un valore positivo all'esperienza che quotidianamente è accompagnata dal dolore. La dimensione empatica, di accoglienza non giudicante, rispettosa dei tempi e delle modalità individuali, consente di stabilire un "luogo sicuro" in cui il paziente può esprimere le sensazioni, le emozioni e le paure relative alla sua condizione. Inoltre il paziente può ricordare fasi della vita piacevoli e quindi accedere ad una visione positiva di Sé. L'accesso a questi aspetti positivi consente al paziente di affrontare, con maggiore serenità, il tema della separazione e della morte e potrà arrivare a dividerlo con i familiari. Gli IAA possono essere un valido supporto nell'aiutare i pazienti ad affrontare la paura, l'ansia, la disperazione come anche i cambiamenti dell'immagine corporea e lo stress (Nordin, Berglund, Glimelius, & Sjoden, 2001). Nello specifico questi interventi si avvalgono di animali specifici addestrati all'intervento terapeutico, tra i quali il cane, al fine di facilitare l'interazione con il paziente grazie alla costante interazione con un conduttore qualificato secondo le Linee Guida del Ministero della Salute (CSR, 2015). Le Linee Guida Nazionali prevedono l'impiego di un'équipe multidisciplinare che ha il compito di definire il progetto e di valutare sia il contesto che la metodologia di intervento (*Ibidem*, allegato p. 23).

Garantire la salute dei pazienti ricoverati presso le strutture sanitarie richiede non solo l'adeguamento agli standard igienici ma anche un'attenta e accurata analisi del contesto. In questo senso ci riferiamo alla struttura sia come edificio ma anche come l'insieme di professionisti che gestiscono e che entrano in contatto con i pazienti. È altresì importante conoscere il contesto inteso come le esigenze etologiche e comportamentali dell'animale che si intende utilizzare nell'intervento. Tali interventi, infatti, permettono di instaurare relazioni che consentono di promuovere il processo di sintonizzazione affettiva basato sulla comunicazione non verbale e sul contatto fisico con il cane, favorendo l'integrazione inter ed intra personale, aspetto che contribuisce a migliorare la qualità della vita. Il presente lavoro ha, pertanto, come obiettivo quello di presentare uno dei primi protocolli clinico terapeutico riabilitativo negli IAA all'interno delle unità operative hospice realizzato secondo i criteri della Medicina basata sulle evidenze e inserito in una auspicabile operazione di confronto tra pari ("*peer review*"). Tale protocollo prevede il coinvolgimento dei sanitari dell'unità operativa per la gestione della parte umana e dell'Unità Veterinaria per la profilassi igienico sanitaria e il monitoraggio degli animali ed è realizzato dall'Associazione Terra di Hope.

L'Associazione La Terra di Hope, infatti, in collaborazione con la ULSS 3 Serenissima di Venezia ha strutturato il protocollo di intervento che è attualmente (2017/18) in sperimentazione in due unità operative Hospice presenti sul territorio Veneziano (Casa di Cura Privata Policlinico San Marco S.p.A. di Mestre –Venezia; “Casa di San Giovanni di Dio” dei Fatebenefratelli presso l’Ospedale di Riab. San Raffaele Arcangelo di Venezia) cui si aggiungerà la terza (Opera Santa Maria della Carità – Centro Nazareth) a partire da ottobre 2017.

### **Bibliografia e sitografia**

- Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano. (2015, 25 marzo). *Accordo, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera b) e 4, comma 1 del Decreto Legislativo 28 Agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante “Linee Guida Nazionali per gli Interventi Assistiti con gli Animali (I.A.A.)* Disponibile da: <http://www.statoregioni.it/dettaglioDoc.asp?idprov=13952&iddoc=46922&tipodoc=2>
- Natoli, E. (1997). Attività e terapie attuate con l’ausilio di animali (pet therapy): quadro internazionale e stato dell’arte in Italia. *Annali dell’Istituto Superiore di Sanità*, 33(2), 267-272. Disponibile da: <http://www.iss.it/binary/publ/cont/Pag.%2084-89%20Post-Menopausa.1149681584.pdf>
- Nordin, K., Berglund, G., Glimelius, B., & Sjöden, P.O. (2001). Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *European Journal of Cancer*, 37(3), 376-384. doi:[10.1016/S0959-8049\(00\)00398-1](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(00)00398-1)
- World Health Organization (1990). Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. Disponibile da: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39524/1/WHO\\_TRS\\_804.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39524/1/WHO_TRS_804.pdf)

## **SECOND PARALLEL SESSION**

## **SECONDA SESSIONE PARALLELA**

### **Chapter 6 – Resilience, self-esteem and dignity to stem the pain and anguish of death**

### **Capitolo 6 – Resilienza, autostima e dignità per arginare il dolore e l’angoscia di morte**

#### ***6.1 - Pain and Resilience: "Global Pain" and End-of-Life Choices.***

#### ***First contribution to the Italian validation of the Pain Resilience Scale***

#### **6.1 - Dolore e resilienza: “dolore globale” e scelte di fine vita.**

#### **Primo contributo per la validazione in lingua italiana della Pain Resilience Scale**

**Massimiliano Cruciani, Giulia Ciacci, Francesca Merlante, Ilenia Gardani**

***Keywords:*** *global pain, resilience, palliative care*

***Parole chiave:*** *dolore globale, resilienza, cure palliative*

#### ***Background***

Nell’ultimo decennio in campo letterario è aumentato l’interesse sull’indagine della relazione tra il vissuto soggettivo di un individuo, le caratteristiche positive ed il dolore (Cancellieri, Paciullo, & Carcione, 2014). L’evoluzione del concetto di dolore negli ultimi decenni, con la definizione di dolore globale, ha determinato la possibile associazione tra questo sintomo ed un costrutto individuale quale la resilienza. Le evidenze emergenti suggeriscono come una modalità di pensiero connotata da contenuti di speranza, costrutti



psicologici positivi e ottimismo, siano legati ad un miglioramento degli outcomes nel dolore. Si evidenzia inoltre la correlazione tra resilienza e dolore ed in particolare viene messo in luce come a livelli di resilienza maggiore corrisponda un inferiore livello di dolore (Bovero, Zaina, & Torta, 2009). Oggi, l'aumentato interesse verso questo tema ha dimostrato come la resilienza possa essere allenata, delineando le variabili nelle quali lavorare e i tempi adeguati. Nonostante sia dimostrata l'associazione tra resilienza e dolore, è presente in letteratura un'unica scala di valutazione la *Pain Resilience Scale* che non risulta essere tradotta in lingua italiana (Slepian, Ankawi, Himawan, & France, 2016).

### *Obiettivo*

L'obiettivo della ricerca, è quello di fornire all'équipe di cure, in particolar modo quella che opera in cure palliative domiciliari, uno strumento atto a migliorare la valutazione multidimensionale del dolore e ad orientare le scelte di cura verso un comportamento pro-attivo della persona malata.

### *Metodo*

La traduzione in italiano della *Pain Resilience Scale* ha previsto il contatto con l'autore che ha costruito e validato lo strumento in contesto statunitense (Slepian et al., 2016). La scala è stata poi tradotta in lingua italiana con continua interazione e approvazione delle modifiche da parte dell'autore stesso e, una volta raggiunta la versione definitiva, grazie anche al parere favorevole del Comitato Etico (AUSL di Modena), si è proceduto ad effettuare il test pilota su un campione di 17 pazienti dell'azienda USL di Modena (distretto di Carpi), per verificare la comprensibilità della scala. Lo studio di validazione, quantitativo osservazionale monocentrico, prevede l'arruolamento di un campione superiore a 140 pazienti appartenenti alla stessa AUSL (sette distretti totali: Castelfranco Emilia, Modena, Carpi, Mirandola, Vignola, Pavullo e Sassuolo). L'analisi statistica, attraverso il sistema SPSS18 per Windows (Barbaranelli, 2006; Barbaranelli & D'Olimpio, 2007), prevede l'analisi della correlazione, attraverso l'indice R di Pearson, tra quattro scale di valutazione: *Resilience Scale for Adults* (Fridborg, Hjemdal, Rosenvinge, & Martinussen, 2003; Capanna, Stratta, Hjemdal, Collazzoni, & Rossi, 2015), *Pain Catastrophizing Scale* (Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995; Monticone et al., 2012), Scala verbale di valutazione numerica del dolore (NRS) (Summers, 2001) ed infine la Scala di dolore e resilienza (Slepian et al., 2016).

### *Risultati*

Il test pilota ha dimostrato l'affidabilità e l'aggregazione interna dei vari item della scala. La traduzione in lingua italiana è risultata facilmente comprensibile a tutti i pazienti anche appartenenti a diverse fasce d'età. La correlazione tra le diverse scale di valutazione dovrebbe verificarsi tra i punteggi della *Pain Resilience Scale* (Slepian, et al., 2016) e la *Resilience Scale for Adults* (Fridborg et al., 2003; Capanna et al., 2015), al contrario dovrebbe succedere per la *Pain Catastrophizing Scale* (Sullivan et al., 1995; Monticone et al., 2012). La correlazione tra la *Pain Resilience Scale* e la *Numeric Rating Scale* (Summers, 2001) dovrebbe verificare l'ipotesi iniziale (Slepian et al., 2016) dello studio: ad una resilienza maggiore corrisponde un dolore minore e viceversa.

## Conclusioni

Dall'analisi della letteratura scientifica emerge come ormai sia condiviso il fatto che il dolore rappresenti un'esperienza soggettiva legata alla dimensione biopsicosociale nella quale l'individuo risulta in essere (Le Breton, 2007). Abbandonato, quindi, completamente il concetto che il dolore possa essere collegato esclusivamente alla sfera fisica, nella classificazione e nel trattamento di questo non si può escludere la psicologia del dolore e quanto tale evento sia in grado di influenzare il contesto della persona malata e le sue scelte (Bergman, 2005). La resilienza risulta quindi essere un elemento di grande importanza nel contesto del dolore. Per i professionisti, aiutare gli individui a riconoscere i propri punti di forza e stimolarli ad intervenire e a rafforzare quelli, diviene un ottimo modo per renderli giudici ed attori protagonisti della personale situazione di malattia ed attivi decisori del proprio processo di cura. Un sintomo non controllato come il dolore, può portare spesso a richieste di morte o sospensione dei trattamenti, come livelli bassi di resilienza possono spingere persone affette da malattie inguaribili a scelte terapeutiche non adeguate. Molto probabilmente dietro a questi costrutti si nascondono verità soggettive della persona, che nessun operatore potrà indagare in maniera oggettiva, senza un adeguato strumento che ne permetta la valutazione e proponga interventi mirati multi-professionali farmacologici e non. La letteratura, in conclusione, conferma l'importanza della valutazione della resilienza, dell'allenamento della stessa e della correlazione di essa con il dolore. La carenza in contesto italiano di un affidabile strumento di valutazione che permetta di comprendere entrambi i costrutti, ha determinato la possibilità di prendere contatti con gli autori principali della scala: Christopher R. France & P. Maxwell Slepian e ha consentito di dare un primo contributo per la validazione della stessa. In particolare con il primo autore citato, discutendo delle varie traduzioni dalla lingua madre a quella italiana, si è concordata la versione definitiva che è stata sottoposta al campione dello studio pilota. L'analisi dei risultati di questo studio preliminare, ha dimostrato come la scala risulti essere facilmente comprensibile e di conseguenza fruibile per le varie fasce d'età. In ambito sanitario vengono messe in gioco competenze specifiche volte anche ad utilizzare metodi e strumenti idonei per la valutazione completa dei bisogni della persona e della sua famiglia, dando la giusta importanza al valore delle scelte, la *Pain Resilience Scale* può rappresentare uno di questi strumenti.

## Bibliografia e sitografia

- Cancellieri, G.V., Paciullo, A., & Carcione, A. (2014). Il significato del sintomo e il significato della vita: interdipendenza tra senso della vita, metacognizione e resilienza. *Cognitivismo Clinico*, 11(1), 116-133. Disponibile da: <https://www.apc.it/wp-content/uploads/2013/03/14-1Ganucci-il-significato-del-sintomo.pdf>
- Monticone, M., Baiardi, P., Ferrari, S., Foti, C., Mugnai, R., Pillastrini, P., Rocca, B., & Vanti, C. (2012). Development of the Italian version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-I): cross-cultural adaptation, factor analysis, reliability, validity and sensitivity to change. *Quality of Life Research*, 21(6), 1045-1050. doi:10.1007/s11136-011-0007-4
- Slepian, P.M., Ankawi, B., Himawan, L.K., & France, C.R. (2016). Development and Initial Validation of the Pain Resilience Scale. *The Journal of Pain*, 17(4), 462-472. doi:10.1016/j.jpain.2015.12.010
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S.R. & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and Validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532. doi:10.1037/1040-3590.7.4.524

## **6.2 - A light in the night! The resilience and the dignity**

### **6.2 - Una luce nella notte! La resilienza e la dignità**

**Giovanna D’Iapico, Massimiliano Cruciani**

*Keywords: fear, resilience, dignity*

*Parole chiave: paura, resilienza, dignità*

La paura di morire è rappresentata spesso dal buio, dalla notte cioè il nulla, l’ignoto, il vuoto, la fine di tutto, la perdita degli affetti, dell’amore, delle emozioni che la vita ci regala (Ganucci Cancellieri, Paciolla, & Carcione, 2014). La paura della morte, della sua ineluttabilità che sfugge ad ogni controllo razionale crea impedendo a chi la vive di agire, di scegliere, di cambiare e di vivere (Manzo, 2012). Questa paura del malato in cure palliative deve essere presa in considerazione all’interno del processo di cura ed ha la stessa importanza dei sintomi fisici. La resilienza è una luce nel buio, è la capacità di adattamento a situazioni complesse sia da un punto di vista pratico sia emotivo superando le sofferenze profonde tipiche del percorso delle cure palliative. La resilienza non è data in dotazione standard alla nascita: si può variamente sviluppare quando si affronta un trauma e sostenerla nella sua crescita. La lentezza della progressione della malattia, se da un lato rende molto più lungo e faticoso il percorso, dall’altro può permettere un adattamento alla profonda trasformazione che questa comporta. Per accettare e adattarsi all’idea del peggioramento di una patologia è indispensabile essere aiutati a comprendere sia emotivamente sia razionalmente che il cambiamento radicale avrà luogo. La terapia della dignità è uno strumento che, attraverso la narrazione di sé con un’intervista semistrutturata e la creazione di un documento generativo, dona un obiettivo concreto per chi sta vivendo un momento delicato di avanzamento della malattia o per chi sta vivendo una situazione normale di disagio e di sofferenza (Chochinov, 2015).

Il racconto della propria vita per sé e per gli altri dà uno scopo e un senso alla propria esistenza fornendo una protezione dal sentirsi un peso per gli altri. Impegnando le persone nella narrazione della propria vita attraverso l’intervista guidata si creano i presupposti per comunicare riflessioni, sentimenti, auspici e prospettive future. Durante l’intervista possono partecipare i familiari così la narrazione diviene condivisa e la persona è aiutata nei momenti di empassa. Nel racconto e soprattutto nella successiva rilettura con la correzione del documento generativo avviene il cambiamento di significato e l’affermazione del proprio sé. La terapia della dignità non è solo il documento generativo ma è anche un modo di approcciarsi alla persona in cui si tiene particolarmente conto della dignità, seguendo le linee guida tracciate da Chochinov nel “Modello della dignità”. Il modello è stato sviluppato allo scopo di diminuire la sofferenza e influenzare positivamente l’esperienza di fine vita inoltre risulta essere una buona proposta di metodica operativa sistematica per la tutela del senso di dignità del paziente. La finalità è quella della promozione del maggior livello di benessere possibile, tramite il supporto all’identità personale corredata di significato e di orizzonti di senso. Il costrutto di cure che preservano la dignità si basa su atteggiamenti e comportamenti che

l'operatore sanitario dovrebbe tenere nei confronti del paziente (Righi, Pallassini, & Lastrucci, 2013). Chochinov non dà una definizione univoca di dignità ma fornisce un modello, una serie d'informazione su cosa sia dignità per la persona ammalata, quali bisogni e punti di forza tenere presenti. La resilienza è un punto del modello della dignità, secondo Chochinov va valutata, ripescata e rinforzata affinché la persona ammalata possa attuarla nel qui e ora del processo delle cure palliative. La resilienza e la dignità sono due facce della stessa medaglia che nel racconto della storia di una persona forniscono senso, significato e forza per affrontare il, un, futuro che potrebbe far ...fa paura.

### **Bibliografia e sitografia**

- Ganucci Cancellieri U., Paciolla A., & Carcione A. (2014). Il significato del sintomo e il significato della vita: interdipendenza tra senso della vita, metacognizione e resilienza. *Cognitivismo Clinico*, 11(1), 116-133. Disponibile da: <https://www.apc.it/wp-content/uploads/2013/03/14-1Ganucci-il-significato-del-sintomo.pdf>
- Manzo, R. (2012, maggio). Paura di morire. Disponibile da: <http://psicologacaserta.blogspot.it/2012/05/paura-di-morire.html>
- Righi, L., Pallassini, M., & Lastrucci, D. (2013). Metodiche operative per la valutazione e la salvaguardia della dignità del paziente: analisi della letteratura. *L'infermiere*, 5, 5-11. Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-17.htm>
- Chochinov, H.M. (2015). *Terapia della dignità Parole per il tempo che rimane* (G. Moretto & L. Grassi, a cura di). Roma: Il pensiero Scientifico.

## **6.3 - Counseling, dignity and palliative care**

### **6.3 - Il counseling, la dignità e le cure palliative**

**Giovanna D'Iapico**

**Keywords:** *counseling, dignity, palliative care*

**Parole chiave:** *counseling, dignità, cure palliative*

Il counseling nelle cure palliative è un viaggio, un percorso di accompagnamento della persona e dei suoi familiari verso la consapevolezza dell'inevitabilità della morte, dell'accettazione, della rimodulazione e ridefinizione dell'emozioni, quali: rabbia, rancore, tristezza, paura; manifestati con l'ansia, l'angoscia e il dolore incontrollato. Fermarsi ad ascoltare le ansie e le paure delle persone è già curativo e dona all'altro dignità perché il carico della sofferenza è condiviso. Carl Rogers, il primo teorico del Counseling, formulò il cambiamento da una situazione di malessere ad una di benessere come un avvenimento che accade dall'incontro, dalla relazione fra due persone: il counselor e il cliente (Rogers, 1970). Il counselor, congruente, esprime: empatia, accoglienza, comprensione, calore, accettazione incondizionata verso l'espressione dell'io del cliente, favorendo in tal modo il cambiamento. La persona con prognosi infausta potrà esprimere la voglia di continuare a vivere nonostante la prognosi, è al capolinea mentre gli altri continuano il loro percorso. La vita è negata, tutto finito! La sua frustrazione si manifesta con sentimenti quali: rancore, impotenza, annientamento oppure come nella maggior parte dei casi con l'evitamento. Attraverso le tecniche rogersiane dell'Ascolto Attivo: riformulazione, rispecchiamento, feedback nutrienti, eco e silenzi si permette alla

persona di centrarsi e riconoscere le proprie emozioni e frustrazioni ed essere coerente e congruente con se stessa. A questo punto si può fornire uno strumento, che io ritengo efficace per il passaggio del testimone alla generazione successiva e il ritrovamento di significato e di senso dell'esistenza: la creazione del documento generativo di Harvey Chochinov. Un'intervista semistrutturata di 13 domande, ideata da Chochinov e dal suo staff (Chochinov, 2015). Le domande e le risposte vengono registrate per poi essere trascritte, dopodiché il documento viene riportato alla persona che può modificarlo. Il rimaneggiamento del documento crea già cambiamento. Il protocollo è una chiave sottile per entrare in punta di piedi nel mondo dell'altro, per conoscerlo, per aiutarlo a lasciare una traccia tangibile del proprio percorso di vita, un filo sottile, un legame che rimane dopo la morte che può essere di conforto per chi muore e per chi rimane per elaborare il lutto. La dignità sta proprio nel conoscere la storia di chi ci sta passando accanto senza giudizio. Non è un paziente, un numero, un estraneo ma una persona che lascia un segno nella storia della sua famiglia e nella mia storia. La persona con il documento generativo sta lasciando un segno di se stesso, del suo vissuto alla sua famiglia o alle persone a lei care. Ci sono domande che vengono poste che lacerano il cuore:

- Perché proprio a me?
- È proprio vero che non c'è niente da fare? Altri ce l'hanno fatta?

Domande che sconcertano quando sono dette con rabbia, rancore.... A questo punto può essere utile la teoria della causalità di Watzlawick. Secondo Paul Watzlawick nella natura non c'è un ordine prestabilito ma è l'uomo con la sua idea di ordine che dà un ordine alle cose (Watzlawick, Weakland, Fisch, & Ferretti, 1974). Per molti eventi non si può fare una relazione scientifica tra uno stato e l'altro ma si può fare una relazione di probabilità. Non c'è un unico evento, ma più eventi che possono influenzare in maniera probabilistica e non in maniera scientifica, certa, lo sviluppo del tumore, la guarigione, e anche la non guarigione. Watzlawick inoltre con la teoria del cambiamento ci aiuta a spostare il punto di vista. La morte non è un evento che interessa solo la persona con prognosi di terminalità ma riguarda tutti, nessuno di noi conosce l'ora, il giorno, il mese, l'anno della propria morte, infatti può avvenire in qualsiasi momento, anche adesso. Ecco che nel post-contatto con la persona è fondamentale la teoria della Gestalt di Perls, soprattutto il Qui e Ora, perché nel qui e ora si possono esprimere emozioni, compiere azioni, vivere autenticamente il proprio Sé accrescendo e arricchendo la personalità fino alla fine (Giusti & Rosa, 2008). Io nel qui e ora, sto vivendo e sto lasciando un segno di me, questa consapevolezza dà dignità e mi dà speranza perché adesso posso agire.

### **Bibliografia**

- Chochinov, H.M. (2015). *Terapia della dignità. Parole per il tempo che rimane*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Giusti, E., & Rosa, V. (2008). *Psicoterapie della Gestalt*. Roma: Sovera.
- Rogers, C. (1970). *La terapia centrata sul cliente: Teoria e ricerca*. Firenze: Martinelli.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fisch, R., & Ferretti, M. (1974). *Change: sulla formazione e la soluzione dei problemi* (M. Ferretti, trad.). Roma: Astrolabio.

## **6.4 - High and low self esteem and patients' responses to poor diagnoses' communication**

### **6.4 - Autostima e risposta del paziente alla comunicazione di diagnosi infausta**

**Monica Pedrazza, Sabrina Berlanda**

*Keywords: poor diagnosis, self-esteem, Terror Management Theory*

*Parole chiave: diagnosi infausta, autostima, Terror Management Theory*

Our aim is to increase scientific knowledge of psychological defences activated in patients who are aware of their death (Verona's Breast Unit). Up to date research has shown that they are brought to react in ways that foster sickness, rather than healing processes (Solomon, Greenberg & Pyszczynski, 2015). Studies conducted from the terror management theory (TMT) framework (Greenberg, Pyszczynski, & Solomon, 1986; Greenberg, Solomon, & Pyszczynski, 1997) indicate that conscious thoughts of death are threatening and thus often suppressed from awareness through proximal and/or distal defenses (Arndt, Greenberg, Pyszczynski, & Solomon, 1997). While some proximal and distal defenses enhance the likelihood of acting in order to meet the goals set, others foster counterproductive behaviours (Solomon et al., 2015). TMT posits that high self esteem protects subjects against death related thoughts and death related anxiety.

We assume that cancer patient low and high in self esteem, who have to undergo breast surgery, will present two different narrative structures and content of their personal experience pertinent to the period after diagnosis and poor prognosis until the moment they decide to undergo surgery. We will have an experimental condition where we'll manipulate self esteem and then proceed in a semi structured interview; a control condition where self esteem will also be manipulated but in a different moment that is after the interview. Ethical issues suggest to give the positive feedback to both groups (before and after the interview) in order to both support women and respect experiment's conditions.

Self-esteem will be manipulated by giving a positive feed-back to a personality test. The dependent variable (Interviews' content) will be recorded and coded (1) bottom-up grounded procedures, and (2) top down procedures, starting from two integrated theoretical perspectives (a) Lazarus taxonomy of traumatic experiences (b) Posttraumatic Growth theory (PTG, Lykins, Segerstrom, Averill, Evans, & Kemeny, 2015; Calhoun & Tedeschi, 1999, 2001; Tedeschi & Calhoun, 2004). We will follow Smith's (1995) procedural and methodological recommendations for analyzing qualitative data drawn from interviews. The interpretation process (coding) will follow Strauss and Corbin's (1990, 2008) level of abstraction. The number of interviewed women will depend on the theoretical sampling (Strauss & Corbin, 2008). Data analysis will be performed using Nvivo 11 and SPSS 21.0. The core category of the traumatic experience associated to the poor prognosis after cancer diagnosis will be identified.

We expect to 1) identify professionals' and practitioners' counter-productive behaviour which exponentially public health costs; 2) identify environmental and individual difference variables influencing poor prognosis

cancer patients' unhealthy attitudes and behaviours 3) identify individual difference variables which enhance patients' compliance.

## **Bibliografia**

- Arndt, J., Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1997). Subliminal exposure to death-related stimuli increases defense of the cultural worldview. *Psychological Science*, 8(5), 379-385. doi:10.1111/j.1467-9280.1997.tb00429.x
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (2001). Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In R.A. Neimeyer (a cura di), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 157-172). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon S., (1986). The causes and consequences of a need for self esteem: A terror management Theory. In R.F. Baumeister (a cura di), *Public Self and Private Self* (pp. 189-212). New York: Springer Verlag.

### ***6.5 - The support of sufferers and older people through the 'culturing' of pet animals: a psychological and anthropological approach***

### **6.5 - Sostegno del malato e dell'anziano attraverso la "culturalizzazione" dell'animale da compagnia: un approccio psicologico e antropologico**

**Antonella Beltrami, Anna Ziliotto**

**Keywords:** *pet-therapy, co-therapist, aging*

**Parole Chiave:** *terapie con animali, co-terapeuta, invecchiamento*

Il cammino congiunto delle persone e degli animali è antico quanto l'essere umano stesso e ha sempre procurato benefici tanto fisici quanto emotivi. Boris Levinson è stato il primo a fornire una definizione e a valorizzare l'importanza dell'intervento terapeutico da parte dell'animale nei confronti della persona: ha osservato, infatti, che prendersene cura può aiutare a calmare l'ansia, a superare lo stress e a vincere la depressione (Levinson, 1962, p. 59-65). Non a caso, gesti e azioni che procurano un piacevole contatto fisico, come accarezzare e coccolare, sono ritenuti tra i principali fattori di comunicazione interpersonale e interspecifica, poiché sono in grado di stimolare creatività, curiosità e capacità d'osservazione, soprattutto nei bambini (Milonis, 2004).

Attualmente si usa il termine *pet therapy* - tradotto con la formula "Interventi Assistiti con gli Animali" (IAA) – per riferirsi a tutta quella vasta gamma di progetti che sono finalizzati al miglioramento della salute e alla cura del benessere delle persone con l'ausilio di un co-terapeuta, ovvero l'animale da compagnia. L'indicazione e la definizione di guida condivise evidenzia in maniera rilevante la reale efficacia di questi interventi mirati con gli animali, che sono in grado di svolgere un valido e utile ruolo di mediatore nei processi terapeutico-riabilitativi ed educativi (Farina, De Santis, & Contalbrigo, 2015). Poiché è in grado di giovare e di aiutare ad affrontare condizioni di stress o di conflittualità, la relazione con un animale da compagnia

rappresenta un potenziale supporto anche per individui con problemi di comportamento sociale e di comunicazione come bambini, anziani, disabili, pazienti psichiatrici.

L'intervento proposto prenderà in considerazione, in particolare, alcune riflessioni di carattere psicologico e antropologico sul lavoro di sostegno e di cura dedicato alle persone anziane che la relazione con gli animali da compagnia è in grado di produrre. Questo tipo di approccio mira a valorizzare e a sostenere gli anziani come soggetti attivi, rafforzando gli aspetti di solidarietà e socializzazione e contrastando i meccanismi di esclusione dovuti alla perdita di autosufficienza, di autostima e, a volte, anche di alcune funzioni cognitive. Si ritiene, infatti, sempre più necessario un intervento che orienti in maniera positiva le persone che vivono un percorso di invecchiamento e che, nella maggior parte dei casi, proprio per questo, sono considerati come soggetti passivi, esclusi o emarginati dai contesti sociali di cui precedentemente si sentivano parte integrante. In particolar modo, se gli anziani possono già presentare vari disturbi e difficoltà relazionali, psicologiche, emozionali o fisiche derivanti da patologie e disabilità o semplicemente a causa dell'età, il quadro clinico può ulteriormente peggiorare nel caso in cui risiedano in una struttura socio-assistenziale. Gli ospiti delle RSA, infatti, risentono profondamente del distacco dai familiari e dalla propria casa, in cui hanno vissuto la maggior parte della loro vita: provano un senso di solitudine e abbandono, si sentono disorientati per la perdita dei loro punti di riferimento quotidiani e si trovano costretti a modificare e riordinare le proprie abitudini. Per questo, spesso, presentano difficoltà di dialogo, sia all'interno del gruppo sia con il personale di servizio; si chiudono in se stessi; si dimostrano passivi, apatici e privi di motivazioni; sono poco collaborativi durante lo svolgersi delle attività di animazione. Nonostante abbiano lo scopo di ravvivare lo spirito, migliorare la qualità di vita e rendere le persone ospiti ancora protagoniste del proprio tempo e delle proprie azioni, l'impiego di forme di animazione tradizionale (come i giochi di gruppo o la lettura dei quotidiani) non riesce a colmare del tutto il disagio provato. Le stesse strutture socio-assistenziali cercano sempre più spesso il sostegno di quelle che vengono definite "Attività Assistite da Animali" tra i nuovi stimoli che riescono ad attivare ulteriormente il desiderio di partecipazione e di dialogo. Questi progetti, che si basano sulla relazione persona-animale, consentono di lavorare sul recupero delle funzioni mnestiche, proponendo attività legate alle memorie autobiografiche e di routine con i cani (adottati in particolare per la loro indole empatica) che si sviluppano attraverso delle attività psicomotorie (come passeggiate con il cane al guinzaglio). Queste azioni possono stimolare il movimento e, in casi particolari, consentire anche un parziale recupero della motilità: esistono, infatti, esercizi appositi nei quali il cane esegue delle azioni invitando l'anziano a muoversi con un braccio o con una gamba, aprire cassetti o lanciare una pallina, allo scopo di stimolare in modo semplice e divertente quelli che in precedenza erano dei movimenti "naturali". Vengono eseguite anche attività finalizzate al recupero cognitivo: infatti, imparare o insegnare una "routine" all'animale implica l'impiego di processi cognitivi che si rispecchiano nelle attività quotidiane. Ad esempio il *grooming*, un termine inglese usato per indicare le azioni di pulizia e cura del cane, può consentire il risveglio di emozioni che erano sopite e latenti e favorire un contatto finalizzato a ripristinare la socializzazione e le interazioni tra pari.



Accanto a un'analisi degli effetti psicologici e fisici prodotti a beneficio della cura e del sostegno degli anziani, verrà proposta anche una lettura antropologica sulla personificazione dell'animale come parte attiva della relazione terapeutica. Sebbene esistano numerosi esempi etnografici che mostrano come il concetto di persona sia una costruzione culturale, ossia l'esito di un percorso creativo in cui si avvicendano pratiche di inclusione ed esclusione atte a definire chi possa essere considerato persona (umano/non-umana) o non-persona all'interno di una certa cultura (Capello, 2016), in questa occasione verrà posto in rilievo un aspetto di recente interesse per l'antropologia culturale e sociale: l'animale come "oggetto" e come "soggetto" di cure e affetto. Accanto agli elementi che caratterizzano alcuni animali, rispetto ad altri, come "persone", perché considerati come un componente della famiglia e per questo impregnati delle abitudini domestiche, verrà posta in rilievo anche la costruzione della relazione tra la persona umana e la persona non-umana e, in particolare, gli aspetti culturali che rendono possibile l'esperienza di tale relazione. Assieme, quindi, a pratiche culturali di familiarizzazione esisterebbero anche pratiche che mirano a culturalizzare l'animale da compagnia rese ancor più evidenti proprio nei meccanismi messi in atto nelle "Attività Assistite da Animali" caratterizzate, a loro volta, dalla esclusività/abitudine della relazione, dall'espressione affettivo-relazionale dell'animale e dalle aspettative della persona che con lui stabilisce un rapporto.

I risultati prodotti da tali progetti sono incoraggianti e hanno aperto prospettive stimolanti da approfondire per raggiungere obiettivi nuovi e sempre più efficaci.

#### **Bibliografia e sitografia**

Capello, C. (2016). *Antropologia della persona. Un'esplorazione*. Milano: Franco Angeli.

Farina, L., De Santis, M., & Contalbrigo, L. (2015). *Interventi Assistiti con gli animali. Relazione è salute*. Legnaro: Centro di riferimento nazionale per gli interventi assistiti con gli animali, IZSVE. Disponibile da: [https://issuu.com/izsvenezie/docs/ads\\_iaa](https://issuu.com/izsvenezie/docs/ads_iaa)

Levinson, B. (1962). *Dog as co-therapist*. New York: Mental Hygiene.

Milonis, E. (2004). *Un asino per amico*. Milano: Lupetti.

## **THIRD PARALLEL SESSION**

## **TERZA SESSIONE PARALLELA**

### **Chapter 7 - Social Workers, Healthcare Operators and Psychologists facing the end of life**

#### **Capitolo 7 – Assistenti Sociali, OSS e Psicologi di fronte al fine-vita**

##### ***7.1 - Perish... The end or a part of the process?***

##### ***Proposal of an operational instrument in resthomes***

##### **7.1 - Morire... Fine o parte del processo?**

##### **La proposta di uno strumento operativo all'interno delle case di riposo**

**Carlotta Guardamagni, Francesca Fronteddu, Federico Ruffini, Guido Pasquale**

**Keywords:** *elderly, end of life, health promotion*

**Parole chiave:** *anzianità, fine vita, promozione della salute*

Nell'attuale contesto socioculturale, grazie anche agli sviluppi nella prassi medica si sono attuati una serie di presidi tali per cui la morte è divenuto un punto nelle biografie delle persone da procrastinare il più possibile. Ciò ha portato all'allungamento della vita media delle persone e parallelamente all'abitudine che il fine vita fosse un momento che deve avvenire il più tardi possibile e che decreta la fine della biografia della persona. La morte pertanto è divenuta un punto da tenere lontano e distinto dal vivere (Fonseca & Testoni, 2012).

Quando però ci si trova inevitabilmente in una configurazione di fine vita si rileva un appiattimento della biografia della persona sullo stato sanitario e di incipiente morte dell'individuo: la morte contemplata come costruito in contrapposizione alla vita è aspetto che annienta quest'ultima e focus centrale dell'attuale stato di salute (Turchi & Della Torre, 2007). In tale configurazione, pertanto, il protagonista rischia di divenire lo stato sanitario a discapito della biografia delle persone: l'individuo cessa di esistere per il suo sistema di significati e diviene unicamente malato, morente. Ad oggi infatti le narrazioni che principalmente si rilevano all'interno di contesti come le case di riposo da parte dei familiari ruotano quasi esclusivamente attorno allo stato sanitario dell'utente. Il rischio è che il familiare abbia come unico ruolo quello di essere un po' medico, un po' operatore, un po' fisioterapista, dimenticandosi di essere figlio, nipote, marito e che parallelamente l'utente eserciti solo il ruolo di malato anziché quello di figlio, mamma, donna, moglie, ecc.

La situazione organica diventa così l'unico requisito concepito come utile al fine di potersi prendere cura del proprio familiare («è corretta la terapia?», «è giusto il numero di gocce?», «quanto manca alla fine?»), concentrando tutto il proprio impegno nel cercare di fermare il momento di fine vita dell'utente e lasciando andare alla deriva tutte quelle narrazioni che, nel corso della vita, sono andate a costituire quella stessa persona, i propri legami, i propri famigliari e dunque il percorso che tutti hanno concorso a costruire.

La domanda che lo psicologo deve porsi come professionista è: quale ruolo possa avere nella promozione della salute in un percorso di fine vita anziché limitarsi a sancire che "l'utente o i familiari non accettano la malattia" o "non sono coscienti dello stato delle cose"?

In che modo il professionista può accompagnare utente e familiari a riconfigurare la morte come parte della propria biografia e pertanto come parte del processo di vita?

La proposta è quella di assumere come riferimento conoscitivo la Teoria dell'Identità Dialogica (Turchi & Vendramini, 2016) rispetto alla quale la realtà, e pertanto il processo di vita in questo caso, viene generata a partire dalla concertazione di tutte le "voci narranti" (Salvini, 1998) presenti entro uno specifico contesto.

La proposta di intervento, concretizzatasi in un centro servizi del vicentino, si è posta come obiettivo quello di riconfigurare il momento di fine vita come uno dei dati caratterizzante la biografia della persona, considerando che questa stessa a sua volta viene generata da tutti gli attori coinvolti (ad esempio, utenti e familiari).

Una delle linee d'azione erogate ha dato vita ad un'attività, *Una grande avventura*, condotta grazie ad uno strumento, un libro appositamente creato, che consente di riappropriarsi di una serie di racconti e ricordi che oramai sono stati inglobati dal predominante stato dalla malattia e dell'imminente morte. L'attività consta in interviste a utenti<sup>2</sup> e familiari guidate dai capitoli di un libro costruito *ad hoc*. Il libro si compone di 8 capitoli strutturati<sup>3</sup> anticipando che la compilazione copra la biografia delle persone. Il percorso accompagna il rispondente ad entrare nel merito di aspetti inerenti la relazione che ha caratterizzato, caratterizza e caratterizzerà (anche dopo la morte) il legame con la persona morente consentendo così agli attori di riappropriarsi della propria biografia all'interno della quale vi è un momento di fine vita che è uno, ma non il solo, dei contenuti che la caratterizza.

*Una grande avventura*, vuole essere un'attività dal valore aggiunto in quanto muove dal presupposto che noi siamo il frutto di discorsi che abbiamo sempre fatto e che gli altri hanno fatto con noi (*ibidem*), ognuno di noi è un libro di avventure scritto a più mani che inizia ma che non termina con la morte. L'attività vuole che le persone si riappropriino dei discorsi che loro stessi in passato hanno concorso a generare, e che li utilizzino come fossero una rosa dei venti utile per navigare nel presente e nel futuro: la morte pertanto diventa una tappa nella storia familiare che non decreta la fine di una relazione ma unicamente la cessazione del racconto in prima persona dell'utente morente.

Ecco che alla fine della stesura del proprio libro, la morte diventa occasione biografica per ricordare aspetti che si danno per scontati, che altrimenti cesserebbero di esistere solo perché cessa di esistere uno degli attori che ha concorso a generarli. A fronte dell'esperienza svolta è stato possibile definire dei risultati ottenuti quali lo spostamento del focus attentivo sulle relazioni tra familiari e persona morente, la valorizzazione della persona a prescindere dal suo stato di salute, narrazioni rispetto al fine vita come momento della biografia e non come pietra miliare che decreta la fine di un percorso, narrazioni future in cui i protagonisti usano il patrimonio relazionale costruito col morente.

### **Bibliografia**

- Fonseca, L.M., & Testoni, I. (2012). The Emergence of Thanatology and Current Practice in Death Education. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 64(2), 157-169. doi:10.2190/OM.64.2.d
- Salvini, A. (1998). *Argomenti di psicologia clinica*. Padova: UPSEL Domeneghini.
- Turchi, G.P., & Della Torre, C. (2007). *Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*. Roma: Armando.
- Turchi, G.P., & Vendramini, A. (cur.). (2016). *De rerum Salute. Teoria e prassi per un'architettura dei servizi generativa di salute*. Napoli: EdiSES.

---

<sup>2</sup> L'utente viene coinvolto qualunque sia lo stato di salute.

<sup>3</sup> I titoli dei capitoli sono i seguenti e sono stati costruiti pensando di abbracciare più possibilità biografiche: *Le mie radici, Quando ero piccolo, E poi sono diventato grande, Scelte coraggiose, Grandi amori e grandi passioni, Viaggi, Perle di saggezza, Quando il passato diventa futuro*.

**7.2 - «What can I say? What can I do?» Training as an operational tool  
for healthcare professionals in the end-of-life process**

**7.2 - «E io cosa gli dico? Cosa faccio?» La formazione come strumento operativo  
per gli operatori sanitari nel processo di fine vita**

**Carlotta Guardamagni, Guido Pasquale, Federico Ruffini**

*Keywords: healthcare professional, health promotion, end of life*

*Parole chiave: operatori sanitari, fine vita, promozione della salute*

Testo da un corso di formazione per operatori socio sanitari: «cosa gli dico quando mi chiedono «ti sembra giusto che sto per morire», o quando mi chiedono «ma perché proprio a mia mamma così in fretta?». Queste sono alcune delle testimonianze raccolte da un operatore sanitario<sup>1</sup>, una di quelle figure professionali che quotidianamente erogano un servizio di cura all'interno di strutture residenziali per la III e IV età a persone malate. Tali affermazioni risultano rappresentative di un bisogno caratteristico di coloro che operano in determinati contesti, in quanto quotidianamente rilevano che le procedure sanitarie/assistenziali rispetto alle quali sono stati formati non sono strumenti bastevoli per affrontare efficacemente la cura della persona. Se da un lato gli operatori sanitari possono muoversi agilmente all'interno delle ben codificate pratiche che riguardano la "malattia", dunque il corpo, dall'altro si possono mostrare difficoltà e criticità legate ad una non così altrettanto definita formazione su come prendersi cura di chi percorre la strada del vivere morendo. Tale condizione impatta da un lato sull'individuo riducendolo unicamente al proprio piano sanitario e dall'altro sul personale erogante il servizio caricandolo di un alto grado di impatto emotivo con le ricadute che ciò comporta (Varela, 2001; Zamperini, Paoloni, & Testoni, 2015).

L'esigenza è pertanto di uno scarto paradigmatico dal prendersi cura del corpo al prendersi cura della persona. Il tecnico dunque operando in un sistema di scatole cinesi dove la più grande, la persona, ne ospita altre più piccole, tra cui la malattia: ciò consente di configurare l'aspetto biologico di deterioramento (sia esso fisico che cognitivo) come parte dell'individuo e della cura e non come aspetto esaustivo della stessa. Sanità e Salute, a questo punto, hanno un diverso fondamento conoscitivo: la prima che tocca solamente il corpo come insieme strutturale e funzionale di organi (del paziente), la seconda che riguarda tutte le teorie personali sul corpo e sulla malattia che in termini pragmatici contemplano e inglobano anche quelle che saranno le pratiche del prendersi cura, tanto del proprio e altrui corpo quanto della propria e altrui persona in fine vita (Turchi & Vendramini, 2016). Se l'oggetto di intervento è la persona malata allora ciò su cui si opera si caratterizza per aspetti sanitari all'interno di una configurazione più ampia: quella della biografia

---

<sup>1</sup> Questa dizione indica le figure professionali riconosciute in ambito socio-assistenziale (es. IP, OSS).

(Salvini & Dondoni, 2011). Questa contiene le teorie personali utilizzate dalle persone per muoversi nel mondo ivi comprese le teorie sulla vita che considerano anche il processo del morire.

Come mettere dunque gli operatori sanitari nella condizione di poter lavorare considerando tutto il contesto delle biografie del fine vita sullo sfondo di una cultura generativa di Salute all'interno di un momento di fine vita? Doveroso assolvere a tale esigenza definendo anzitutto un preciso obiettivo a cui gli operatori sanitari possano fare riferimento e delle relative linee strategiche che lo rendano perseguibile.

L'obiettivo considerabile come *primum movens* è così il prendersi cura della persona considerandola come emergente da un intreccio di relazioni (siano esse concretizzate in familiari presenti o meno): ecco che dunque grazie a questo obiettivo l'operatore può avere un faro, una linea guida rispetto a che cosa considerare o meno pertanto calibrerà le proprie prassi in virtù di chi avrà davanti e di chi sta attorno alla persona morente (ad esempio: mentre porta l'idratazione all'ospite salirà in camera con delle bevande anche per i familiari, oppure se non presenti si fermerà per un momento in più di attenzione in modo da non rendere una procedura sanitaria un'azione avulsa dalle esigenze della configurazione, oppure dopo il bagno assistito metterà i bigodini alla persona morente perché quest'ultima ci teneva all'essere sempre in ordine).

Per convergere verso questo orizzonte serve offrire all'operatore sanitario, ulteriori strumenti:

1. L'anticipazione, che contempla il descrivere e rappresentarsi possibili scenari interattivi futuri, ovvero situazioni che si possono verificare e che non si sono ancora verificate. L'operatore deve quindi essere in grado di prefigurarsi sia i possibili bisogni sia le modalità interattive strategiche efficaci per la cura di ogni persona. Nell'anticipazione riesce così a gestire gli intrecci del prendersi cura che si intelaiano a partire dalle teorie sulla malattia che guidano le condotte tanto della persona malata quanto dei suoi familiari. L'uso dell'anticipazione consente ad esempio di porre una maggiore attenzione alla cura estetica di una persona dopo l'igiene quotidiana in quanto in ingresso ci è stato detto che "amava mettersi il rossetto", oppure se si anticipa che la persona morente abbia paura per una procedura sanitaria l'operatore spiegherà in anticipazione quanto sta compiendo senza lasciare aspetti impliciti e dunque interpretabili;
2. La condivisione di criteri fruibili tra operatori, che garantisce un'omogeneità della cura, in quanto l'efficacia non è affidata ai criteri esclusivi del singolo, bensì ad una cultura di squadra. Altro aspetto che deriva dalla disponibilità di criteri condivisi è che nel momento in cui avviene un processo di delega, un altro operatore può inserirsi rimanendo nella medesima traccia operativa di cura e dunque offrire una "sponda" al proprio compagno di squadra;
3. La descrizione consente di avere a disposizione una visione omogenea e condivisa della configurazione avulsa da giudizi e criteri personali;
4. La supervisione consente un'analisi post hoc di quanto avvenuto e una definizione di ciò rispetto ai criteri di aderenza di quanto ci si era posti in anticipazione.

Dunque cosa risponde l'operatore a chi gli chiede «perché proprio a me?». Se l'obiettivo è il prendersi cura della persona l'operatore potrà considerare tutti gli elementi facente parte della biografia della persona morente e pertanto promuovere narrazioni rispetto a come l'utente possa usare quanto gli sta accadendo in quanto se la morte deve diventare uno degli elementi della biografia come tale va contemplata anche dagli operatori pena cercarne cause o motivazioni filosofiche avulse dal ruolo di operatore sanitario.

Ecco che dunque domande di questo tipo possono divenire per l'operatore e la persona morente occasione di nuove narrazioni di sé.

### **Bibliografia**

- Salvini, A., & Dondoni, M. (2011). *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*. Firenze: Giunti.
- Turchi, G.P., & Vendramini, A. (cur.). (2016). *De rerum Salute. Teoria e prassi per un'architettura dei servizi generativa di salute*. Napoli: EdISES.
- Varela, F.J. (2001). Intimate distances. Fragments for a phenomenology of organ transplantation. *Journal of Consciousness Studies*, 8(5-7), 259–271.
- Zamperini, A., Paoloni, C., & Testoni, I. (2015). Il lavoro emozionale dell'assistenza infermieristica: incidenti critici e strategie di coping. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 34(3), 142-148.

## **7.3 - Narrative as sharing and development of the bereavement**

### **7.3 - La narrazione come condivisione ed elaborazione del lutto**

**Marta Marella**

**Keywords:** narrative, sharing, bereavement

**Parole chiave:** narrazione, condivisione, lutto

Il racconto apre un mondo all'immaginazione. Il narratore si trova in uno spazio e in un tempo, così anche il destinatario del racconto, ma entrambi sono, per l'immaginazione, in uno spazio e in un tempo differenti, spazi e tempi di un mondo immaginato e possibile.

La narrazione è qualcosa di specifico in quanto "azione"; e lo è in senso duplice: narrando qualcosa a qualcuno, essa si svolge tra almeno due partecipanti e quindi è più specificatamente un'interazione. È importante comprendere la distinzione tra la storia, che è l'oggetto di cui si racconta, il contenuto di un discorso; il racconto, che è il discorso mediante cui la storia è evocata e la narrazione che è l'azione mediante cui si racconta.

A tal proposito Jedlowski (2000) afferma che la narrativa mette in gioco una diacronia: sono esclusi tutti i discorsi in cui non succede nulla, in cui il tempo non svolge alcun ruolo per ciò che viene rappresentato. È per questo che narrando raramente si segue l'ordine cronologico degli eventi.

Ogni cerchia sociale ha i propri racconti anche perché raccontare significa consolidare le relazioni; si ribadisce, narrando, che si hanno certe storie in comune e così si rinsaldano i legami.

In una narrazione un narratore e un destinatario mettono in comune una storia. Quali storie, come e perché vengono messe in comune, dipende dalle persone e dal loro tipo di relazione.

Nel caso del racconto scritto, la narrazione, mediata dalla scrittura, emancipa la prestazione dai vincoli che raccontare in faccia a un altro comporterebbe (cfr. Jedlowski, 2009). Il testo permette di toccare argomenti che solitamente in discorsi parlati non si avrebbe il coraggio di trattare.

Il racconto scritto è svincolato da un contesto e da situazioni definite rigidamente, ha un pubblico aspecifico, è pianificato, può venire riletto, corretto, non conta sull'aiuto di gesti, della voce o dell'immediato feedback del destinatario, permea il tempo e lo spazio. Il racconto scritto può essere inteso come l'oggetto di una narrazione mediata. Tra il narratore e il destinatario si interpone il testo (Jedlowski, 2000).

Le storie più comuni sono quelle che servono a tenere in piedi i rapporti e le identità di ognuno. Invece le altre che sono narrate più di rado sono quelle che riguardano il mistero di cui la vita è intessuta. Sono proprio queste che hanno maggiormente a che fare con l'esperienza o con gli eventi per ciò che essi hanno di singolare e di enigmatico. Questo tipo di storie vengono narrate tra soggetti che instaurano fra di loro relazioni "particolari". Si parla di storie che è difficile raccontare ed anche ascoltare o leggere. Non le si possono raccontare a comando, in momenti qualsiasi e non si possono raccontare a chiunque. Sono storie che, una volta raccontate ad un altro o ad altri, modificano la relazione tra chi ha narrato e chi ha ascoltato. Le narrazioni che ospitano questo tipo di storie sono proprio quelle espresse da chi è sopravvissuto ad eventi traumatici.

Il punto fondamentale di queste narrazioni è che non esisterebbero se non ci fossero i destinatari. Il destinatario concreto dei racconti è necessario e porta una fondamentale responsabilità. «La qualità dell'ascolto su cui il narratore sente di poter contare determina la qualità del racconto» (Jedlowski, 2009, p. 31).

Senza destinatari del racconto, l'esperienza narrata si eclisserebbe. Se l'esperienza si elabora attraverso il racconto e il racconto necessita di un destinatario, quindi, elaborare la mia personale esperienza non dipende solamente da me. Dipende dall'esistenza di una comunità di narratori e destinatari. Le pratiche narrative creano la comunità di coloro che condividono le medesime storie. Una volta che queste sono condivise, la relazione fra gli interlocutori si rafforza. La presenza di narrazioni corrisponde all'emergere di comunità narrative.

Gli individui all'interno di una società condividono fra di loro, vite, esperienze e racconti senza esserne pienamente consapevoli. Nel corso dell'esistenza però si arriva a comprendere che la condivisione, grazie e soprattutto alla comunicazione e al racconto, è una soluzione valida per colmare il vuoto di valori.

Comunicare è per l'uomo un fatto istintivo. Secondo Di Masi (citato in Ferrari, 2005) sono tre i momenti principali in cui emerge il bisogno di comunicare: per migliorarsi, per amare, per condividere. Nella situazione di lutto è importante che chi sta soffrendo comunichi il proprio dolore, condivida con il proprio interlocutore, sperando che sia presente e soprattutto che sia aperto all'ascolto, il proprio stato d'animo, la propria esperienza.

È importante, come afferma Cazzaniga (citato in Ferrari, 2005), poter condividere il proprio vissuto, cioè raccontarsi in uno spazio e in un tempo che siano percepiti come "riparanti" per l'individuo. Quando avviene

la scomparsa di una persona cara, i racconti su di lei ne prolungano la vita nella memoria e sorreggono l'elaborazione del lutto di ciascuno offrendo un luogo, la narrazione, di cordoglio comune. La perdita realizza quindi un'azione ricreatrice di nuove relazioni.

Secondo Micalizzi (citato in Testoni, 2011) la perdita si intreccia con la narrazione specificatamente per tre ragioni:

1. Se si applica la metafora narrativa della vita, ritendendola una storia, il lutto ne rappresenterebbe un punto di svolta. La svolta comporta una scelta verso altre direzioni alle cui estremità vi sono da una parte il lavoro del lutto e dall'altra la disgregazione dell'io.
2. L'esperienza di disgregazione del senso di continuità della coscienza di sé costringe la persona in lutto a effettuare un nuovo lavoro di riorganizzazione e la narrazione dunque diviene parte del processo di elaborazione; diventa un percorso ordinativo, oggettivante e di ricerca di senso.
3. Affrontare un lutto è sempre un racconto partecipato e la narrazione è sempre per qualcuno. Se il racconto è rivolto a sé stessi, allora, permette di riconoscerci, se invece è rivolto ad altri, diventa una maniera per condividere la propria esperienza e farsi riconoscere (Jedlowski, 2009). Può esserci però anche il caso in cui il destinatario è il defunto stesso. In questo caso la narrazione non è più lo strumento ma l'esito dell'elaborazione.

Ad oggi, non si parla più solo di comunicazione, narrazione orale, ma anche di racconto scritto e condivisione di esperienza tramite i media digitali, facendo riferimento soprattutto alla rete. La rete, come afferma Micalizzi (2007), è un'eccezione nel contesto dei media, per il tipo di pratiche che si sono sviluppate intorno ad esso e che hanno contribuito a renderlo parte integrante e invisibile del quotidiano. Molte delle attività relazionali e interattive nella nostra contemporaneità sono "mediatizzate" attraverso la tecnologia, la rete, secondo pratiche di scambio divenute parte della nostra quotidianità.

La quasi totalità dei contenuti in rete sono pubblici in quanto il raccontarsi online corrisponde ad una messa-in-rete, cioè ad una forma di esposizione allo sguardo degli altri. Vi sono poi casi in cui i post possono considerarsi pubblici o privati, sul piano del contenuto. Per questo si stanno formando le così dette comunità virtuali.

La rete permette un enorme scambio di esperienze e condivisione di racconti, proteggendo chi narra e chi legge; mettere storie in comune porta alla creazione e al consolidamento di comunità. La scrittura, inoltre, è anche traccia, memoria, poiché i suoi post, i suoi racconti rimangono e rimarranno online costituendo una risorsa preziosa per chi li legge e chi li leggerà (Micalizzi, citato in Testoni, 2011). Il tempo e lo spazio sono indefiniti e infiniti, e lo schermo, come già la scrittura in sé per sé, permette alle persone di nascondersi e di aprirsi maggiormente rispetto a quando interagiscono realmente con altre persone. Tutto questo è di enorme supporto per chi necessita di raccontarsi, per elaborare e superare, seppur senza rendersene conto, un evento traumatico, quale anche un lutto.

## **Bibliografia**



- Ferrari, N. (2005). *Ad occhi aperti: La relazione d'aiuto alla fine della vita e nelle esperienze di perdita*. Verona: Libreria Cortina.
- Jedlowski, P. (2000). *Storie comuni: La narrazione nella vita quotidiana*. Milano: Bruno Mondadori.
- Jedlowski, P. (2009). *Il racconto come dimora: Heimat e la memoria d'Europa*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Testoni, I. (2011). *Dopo la notizia peggiore: Elaborazione del morire nella relazione*. Padova: Piccin.

## **7.4 - The role of the social worker in end of life care**

### **7.4 - L'assistente sociale nei percorsi di fine vita**

**Gioia Martignago**

**Keywords:** *social worker, life, death*

**Parole chiave:** *servizio sociale, vita, morte*

Il tema centrale di questo elaborato è la figura dell'assistente sociale inserita nel contesto di fine vita con le molteplici sfumature che compongono l'essere umano.

Fondamentale è partire da quello che è il principio di responsabilità, intesa come responsabilità nei confronti degli altri soggetti con cui interagiamo e responsabilità che ognuno ha nei confronti di se stesso. È importante partire proprio da qui, dal principio di responsabilità, per poter chiarire quanto le decisioni in ambito di fine vita coinvolgano tutta la comunità e debbano essere di interesse generale.

Ogni essere umano ha, però, una diversa percezione di quello che è salute e quello che è malattia a seconda del suo grado di coinvolgimento nel malessere.

Ponendo al centro la persona e il suo vissuto, oltre alla malattia, spicca una figura fondamentale a livello mondiale: Cicely Saunders, donna straordinaria, che per realizzare il suo progetto di aiutare i malati, specie i malati terminali, ha studiato e lavorato per diventare infermiera, assistente sociale e infine medico.

Dopo anni di duro lavoro, progetti e speranze, è riuscita a rendere concreto il suo sogno: costruire il primo Hospice.

A questo punto entra in scena la figura dell'assistente sociale, figura professionale che può avere nuove prospettive di lavoro nell'ambito di fine vita.

Il ruolo dell'assistente sociale in questi percorsi è estremamente utile perché grazie alle sue competenze è in grado di stare in relazione sia con il malato che con i suoi familiari. L'operato dell'assistente sociale è circoscritto a tutte quelle funzioni che non sono mediche ma che sono ugualmente importanti nella vita di una persona, è una nuova realtà che può essere di aiuto anche alla professione, dandole nuovi progetti e nuova dignità. Attraverso gli strumenti che ha a disposizione, l'assistente sociale, può comunicare con il malato ed essere depositario dei suoi voleri, anche in materia di fine vita.

Il contratto, come accordo tra operatore e utente, è strumento di definizione e strutturazione dell'intervento e risponde all'istanza, propria del servizio sociale, di garantire l'autonomia e l'assunzione di responsabilità delle persone.

È importante, però, ampliare lo sguardo verso il fine vita, andando in qualche modo più in profondità: è importante occuparsi della morte, o meglio, occuparsi dei percorsi che si possono compiere per arrivare alla morte, percorsi che ognuno di noi compie in questa vita e che alla fine diventano percorsi di vita nella morte. Ci si ritrova quindi ad esplorare il percorso che ogni uomo prima o poi dovrà intraprendere ripartendo dal ruolo dell'assistente sociale.

È importante capire dove siamo ora, cercando di conoscere il modo di vivere il dolore ed approcciarsi alla morte che ha l'Occidente, confrontando la maniera con cui si vive il dolore oggi e quella che veniva usata nei secoli passati.

Si scopre che al giorno d'oggi la morte è il nuovo tabù, è sconveniente parlare di morte o di lutto, è una cosa che ognuno deve gestire nella sfera strettamente privata senza imbarazzare gli altri.

La visione occidentale è senza dubbio quella che, ad oggi, condiziona di più il nostro vivere la malattia, la morte e il lutto ma è necessario conoscere i vari modi di vivere la morte perché la maggior parte dei percorsi di fine vita avviene all'interno di una religione.

Le religioni veicolano le culture, sono loro stesse cultura, per questo è fondamentale per chi intende lavorare nel fine vita avere le conoscenze, almeno generali, su come viene vissuta la morte in ogni religione.

Negli ultimi anni l'Italia è diventata Paese di migrazione, attualmente la maggior parte degli immigrati è ancora giovane e raramente ricorre al ricovero in strutture mediche, ancora meno in Hospice, ma tra una ventina d'anni, complici le spesso condizioni critiche di vita e di lavoro, possiamo prevedere che ci sarà un aumento di malati terminali anche tra gli immigrati. Immigrati che spessissimo hanno una religione diversa da quella cattolica, e che hanno usanze e credenze sulla morte completamente diverse rispetto al cattolicesimo.

Bisogna allora essere pronti e preparati, informati e consapevoli proprio per poter garantire a chiunque gli adeguati trattamenti e le giuste attenzioni, indipendentemente da quale sia la sua religione di appartenenza, facendo proprio il modus operandi di Cicely Saunders.

Il criterio usato per l'approfondimento delle varie religioni è il punto centrale di ognuna di esse: cosa succede dopo la morte. Ogni religione fornisce una propria teoria sulla morte e su quella che potremmo definire "vita eterna", il modo però in cui si compirà questa vita eterna è ben diverso: la resurrezione della carne e la reincarnazione.

Le religioni approfondite sono quelle che hanno il maggior numero di fedeli nel mondo, diciamo che per una questione di probabilità sono le religioni che si potrebbero incontrare di più negli Hospice, negli ospedali e nelle RSA tra venti anni.

È importante sottolineare che non è sempre necessario affidarsi ad un credo religioso nel percorso di fine vita, testimonianza di questo è la storia di Carlo Massa che, avendo vissuto tutta la vita da non credente, ha vissuto allo stesso modo anche la malattia e la morte, rimanendo sempre fermo e orgoglioso dei propri principi, la sua credenza personale.

Un approfondimento è dedicato ai familiari del malato, troppo spesso dimenticati o sottovalutati, e al lutto, cercando di capire cos'è e le varie forme con cui si può manifestare. Infine, l'ultima analisi è sui professionisti del fine vita e ai modi e agli strumenti che gli operatori hanno a disposizione per affrontare il proprio lavoro e farlo bene. Si conclude parlando dell'assistente sociale nel fine vita, la prima fu Cicely Saunders, lei stessa assistente sociale, ad introdurre questa figura professionale nel proprio *Hospice* e a capire che le competenze professionali del servizio sociale sarebbero state molto utili con i morenti.

Dopo di lei lo sottolinearono sia Elisabeth Kübler-Ross che Marie de Hennezel.

Negli anni la figura dell'assistente sociale è stata sempre più inserita negli Hospice e negli ospedali a stretto contatto con i morenti e con i loro familiari, ma tanto c'è ancora da fare.

### **Bibliografia**

- Ariès, P. (2013). *Storia della morte in occidente: dal Medioevo ai giorni nostri*. Milano: BUR Saggi. (Originariamente stampato nel 1975).
- Du Boulay, S. (2004). *Cicely Sunders. L'assistenza ai malati "incurabili"* (A. Marconi Pedrazzi, C. Sironi, & N. D'Abbiere, trad.). Milano: Jaca Books.
- Massa, C. (2008). *Tutto me stesso prima di morire. Note dalla malattia*. Sotto il Monte: Servitium.
- Turoldo, F. (2010). *L'etica di fine vita*. Roma: Città Nuova.

## **7.5 - Suicidal attitudes or depressive-reactive behavior: Social Service strategies**

### **7.5 - Condotte autolesive o depressivo-reattive: strategie di Servizio Sociale**

**Lorella Cenedese**

**Keywords:** *strategies versus self-harm*

**Parole chiave:** *strategie-contro-autolesività*

#### *Premessa*

Esperienza professionale con numerose persone con situazioni di crisi d'identità: emarginati sociali, alcolisti, tossicodipendenti, malati di AIDS, politraumatizzati, persone affette da malattie cronico degenerative, malati terminali.

#### *Svolgimento*

Approccio psico-sociale complesso:

1. interventi di motivazione al cambiamento di atteggiamenti autolesivi;
2. interventi di sostegno per persone colpite da eventi o patologie invalidanti e croniche.

L'intervento psico-sociale è stato svolto a molti livelli:

- a) individuale;
- b) familiare;
- c) gruppale;
- d) comunitario.

Secondo questa esperienza, gli interventi sulla motivazione al cambiamento hanno portato ad un'alta percentuale di soluzione dei comportamenti autolesivi ed una riappropriazione d'identità personale e sociale. Le prassi sociali sulle persone colpite da eventi invalidanti cronici hanno prodotto una accettazione del limite ed una riorganizzazione di un senso di vita con un recupero di valore d'identità.

### *Conclusioni*

Molte situazioni di "depressione" o autolesività possono essere prevenute o curate con trattamenti di sostegno e rinforzo al singolo o alla famiglia sia da singoli professionisti, da equipè multiprofessionali e/o da gruppi di auto-aiuto.

### **Bibliografia**

- Campanini, A., & Luppi, F. (1988). *Servizio sociale e approccio sistemico*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Milana, G., & Pittaluga, M. (1983). *Realtà psichica e realtà sociale. Una proposta psicoanalitica per i Servizi Sociali*. Roma: Armando Editore.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2006). *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare* (a cura di G.P. Guelfi, V. Quercia & A. Scamperle). Trento: Erickson.
- Kübler-Ross, E. (2015). *La morte e il morire* (C. Di Zoppola, trad.). (17. ed.). Assisi: Cittadella. (Originariamente stampato nel 1969).

## **FOURTH PARALLEL SESSION**

## **QUARTA SESSIONE PARALLELA**

### **Chapter 8 – Care experiences between different spaces and times**

### **Capitolo 8 – Esperienze di cura tra spazi differenti e tempi in divenire**

#### ***8.1 - What never dies – Agonies and the Powerful Contact***

#### **8.1 - “L'Amore che non muore” – Vivere il Contatto nell'agonia**

**Laura Padmah Galantin**

**Keywords:** *agonies, psychotherapeutic contact, results*

**Parole chiave:** *agonia, sostegno specifico, contatto*

Le condizioni dell'Hospice per adulti con diagnosi di terminalità permettono di osservare e vivere il momento dell'agonia della quasi totalità degli afferenti. In questo particolare momento, le persone vivono una serie di condizioni secondo elementi comuni. L'attraversamento del dolore del momento dell'agonia ha una forte connessione con la percezione del tempo, la domanda più frequente dei familiari è «quanto ci vorrà?», come se fosse un tempo senza senso, in cui non si può più vivere perché non si può più comunicare, perché l'Altro non si sa dove sia. Il vissuto di sospensione e di impotenza rischia quindi di lasciare tutti abbandonati e la morte lascia altri sospesi. Il punto di vista della Psicoterapia della Gestalt (Perls, Hefferline, & Goodman, 1997) guarda all'autoregolazione del sistema relazionale più funzionale possibile e porta l'intervento di sostegno a valorizzare ogni sforzo verso il contatto, a porre le condizioni per nuove autoregolazioni più vive e

soddisfacenti, adattate al momento presente. Nelle tradizioni, questo momento raccoglieva intorno al morente il gruppo, con rituali che davano una struttura all'esperienza dell'attraversamento del respiro. Nel moderno morire si deve trovare un modello di sostegno che svolga le medesime funzioni.

«Il dolore ruba la mente dal petto» (Archiloco) e il dolore, quindi, non ammette ragioni. La forma comunicativa dell'analisi rimbalza completamente e stride nelle orecchie di chi è davanti a ciò che non può cambiare, per cui spesso, nonostante tutto, non era pronto. Nell'agonia vissuta è difficile stare e non tutti entrano nella stanza. Per vivere questo singolare tipo di esperienza, i pensieri devono prendere la dolcezza delle favole, i libri si devono trasformare in respiri e i modelli in guida. Le antiche tradizioni tibetane e taoiste, gli studi sulle NDE (Corazza, 2014) e la cosmologia degli stati multidimensionali del tempo e dello spazio (Capra, 2002), l'analisi transpersonale (Grof, 2007) e le esperienze del contatto terapeutico permettono di accompagnare il morente fino all'ultimo respiro, come se fosse una nascita, come una luce improvvisa che assorbe e saluta. Dal momento in cui la persona entra in agonia, con la copertura degli antidolorifici, appare incapace di rispondere attivamente ma, altrettanto, si mostra reattiva agli stimoli tattili e uditivi, con piccoli segnali di movimenti intenzionali delle dita, mimica del volto, lacrime.

Il sostegno specifico, quindi, può avvenire prevalentemente nel confine di contatto del momento presente: toccando, parlando e cantando. L'esito di questo tipo di intervento è visibile nel profondo rilassamento che induce a livello muscolare, dal placarsi dell'affanno del respiro e dalla diminuzione delle apnee. Inoltre, quando l'intervento avviene in compresenza dei familiari, permette non solo la condivisione dell'esito ma anche, soprattutto, permette ai familiari di uscire dal senso dell'impotenza al contatto e sperimentare un tempo nuovo, paradossalmente estremamente vitale. Il tempo che prepara all'amore che non muore.

Il punto di contatto con i familiari e il sostegno specifico è sostanzialmente definito dal livello evolutivo dell'elaborazione del lutto anticipatorio. Se i familiari ne sono ancora profondamente coinvolti, il sostegno specifico avviene permettendo il fluire dei ricordi, la ricostruzione dello sfondo tramite la sequenza delle narrazioni degli eventi della vita vissuta insieme. Intorno al letto del morente si crea così un carosello di immagini familiari e spesso il respiro si fa più profondo. Quando i familiari se ne accorgono, diventa più semplice per loro iniziare ad accarezzare il corpo e proseguire così l'accompagnamento. Se, invece, il percorso di elaborazione è abbastanza avanzato, viene proposta, inoltre, la pratica dei saluti individuali. Si suggerisce di passare un tempo, da soli, per dire quello che forse non si potrà più dire e salutarsi. Dandosi il cambio e custodendo la porta chiusa per chi è dentro. Nella pratica clinica, i feed back rispetto a questo sostegno sono stati spontaneamente significativi.

Una dimensione dell'agonia, a volte difficile da immaginare, è il cambiamento del corpo che, in alcuni casi, è drammatico. Gli odori, i gonfiori, gli edemi, le emorragie, gli spasmi del respiro, il rantolo sono una risposta inequivocabile ai desiderata della maggior parte delle persone che vorrebbero morire sul colpo. Il peso di queste esperienze richiede, per i familiari, un intervento importante nel *post exitus*. In modo analogo, il modello del sostegno specifico all'agonia si rivolge anche ai *care giver*. I momenti di consegna quotidiana

sono il sostegno sul campo e, insieme, lo spazio in cui nasce la domanda specifica per gli incontri strutturati della formazione di gruppo. In questa sede, il ruolo fondamentale della condivisione dei vissuti si associa alla formazione esperienziale. Le classi di esercizi proposti conducono il gruppo all'acquisizione della parte conoscitiva della propria esperienza e la rende fruibile nel lavoro quotidiano, in un rapporto a *feed back* positivo tra teoria e prassi.

Il contatto nell'agonia è possibile e avviene se vengono forniti gli elementi essenziali per essere stabilito, con il morente, fra questi e i suoi familiari. Il contatto corporeo e l'uso terapeutico della voce mostrano l'esperienza del morente avvicinabile e sostenibile. La narrazione delle storie di vita e l'uso dei saluti rituali permettono ai familiari di uscire dalla sospensione del tempo senza senso. La creazione di uno sfondo di conoscenza, nella pratica dei modelli teorici alla luce dei risultati funzionali alla cura, consente al gruppo dei *care giver* di vivere l'esperienza dell'accompagnamento come una dimensione profondamente creativa. Il riconoscimento delle possibilità di contatto e di relazione dell'accompagnamento, anche nel momento dell'agonia, conduce all'ineffabile esperienza dell'amore tra esseri umani. Quello che non muore.

### **Bibliografia**

- Capra, F. (2002). *The Hidden Connections*. London: Flamingo
- Corazza, O. (2014). *Viaggi ai confini della vita, esperienze di pre-morte ed extra-corporee in Oriente e Occidente: un'indagine scientifica*. Milano: Feltrinelli.
- Grof, S. (2007). *L'ultimo viaggio*. Bologna: Feltrinelli.
- Perls, S.F., Hefferline, R.F., & Goodman, P. (1997). *La terapia della Gestalt, vitalità e accrescimento nella persona umana*. Roma: Astrolabio.

## **8.2 - The Way Home. Architecture reformulation to live the end of life**

### **8.2 - La strada verso casa. Ripensare l'architettura per abitare il fine vita**

**Alberto Pavesi**

**Keywords:** *home, hospital, to live in*

**Parole chiave:** *casa, ospedale, abitare*

#### *Obiettivo dell'intervento*

L'intervento si propone di identificare le relazioni dirette e indirette tra spazio e essere umano nel contesto della definizione dell'identità intesa come costruzione di pensiero, considerate nella loro prossimità alla morte cercando di individuare traiettorie di prassi professionale e di ricerca su come spazio e essere umano siano in grado di modificarsi e valorizzarsi scambievolmente in questo contesto.

#### *Motivazione*

Questo lavoro è stato iniziato durante la redazione della tesi di laurea dal titolo «Castelli della Memoria» seguita dal prof. Franco Purini e dal prof. Gianni Contessi e discussa a Venezia nel 1998, per riportare i temi legati alla morte nel dibattito architettonico, di fatto scomparsi negli anni Ottanta e Novanta. Un vuoto che

aveva e ha bisogno di essere colmato perché risponde a istanze di necessità dell'essere umano a cui l'architettura, per propria natura e secondo i propri ambiti, deve disciplinarmente rispondere. Le riflessioni che si sono susseguite negli anni hanno portato questo lavoro da aspetti di contestazione provocatoria a elementi di proposizione acquisibili nella prassi professionale.

#### *Definizione dell'oggetto presentato*

Data l'ampiezza delle implicazioni derivanti da un approccio così generale ci si propone di affrontare questi temi limitatamente a quello della casa identificata nel rapporto intimo che l'uomo intrattiene con lo spazio della ritualità quotidiana e tracciare le linee guida per la comprensione delle implicazioni tipologiche che questo rapporto presuppone.

La costruzione della casa così intesa richiede un tempo lungo che è il tempo dello svolgersi della vita, non è un evento istantaneo, ma l'accumularsi delle esperienze, dei ricordi, degli affetti, della loro strutturazione, riscrittura e oblio. Per tale motivo trattare questo tema nella prossimità del fine vita non può prescindere dal trattarlo o quantomeno inquadrarlo anche nelle sue istanze più generali e fondative. Questo tempo lungo può essere incompatibile con il sopraggiungimento di un evento eccezionale che imprime un cambiamento istantaneo e radicale nel proprio vissuto e nella propria ritualità. Lo spazio della casa dovrebbe in qualche modo essere già preparato ad accadimenti estemporanei, essere capace di assorbirli e di farli propri come una ulteriore stratificazione, ulteriore livello di esperienza da conservare gelosamente nelle trame delle proprie istanze strutturali e strutturanti.

#### *Come la modernità affronta la casa e il luogo di cura*

La modernità affronta il tema della casa e del luogo di cura in modo schematico e disgiuntivo; vi sono ragioni storiche e culturali per cui questo avviene e verranno presentate brevemente. Al di là delle soluzioni che la modernità prova a formulare vi sono alcuni aspetti che hanno dimostrato nella loro attuazione pratica limiti che conducono al fallimento. Tra questi vi è l'enfasi funzionale che tende ad inaridire il dibattito e la fecondità delle declinazioni e trasformazioni possibili dell'abitare spostando l'attenzione dalla persona all'abitante generico in una esperienza disumanizzante. I fatti simbolici scompaiono e il rapporto con l'apparato economico traccia i contorni per la mutilazione dell'esperienza abitativa nella sua interezza innescando un meccanismo, tuttora in atto, di tensione verso la sua riduzione sia quantitativa che qualitativa. La città tutta viene pensata e articolata per parti nitidamente definite e il modo in cui le unità ospedaliere sono concepite contribuisce a confermare questo rapporto di alterità fra l'abitare della persona in salute dal non-abitare di quella interessata da eventi patologici. Entrambe le esperienze vengono inquadrare in un'ottica seriale che per efficienza prescinde dall'estemporaneità del vissuto.

#### *I tentativi della post-modernità*

Solo con la frattura culturale degli anni Sessanta si riaffacciano alcuni temi di arricchimento degli eventi costruttivi e abitativi ma non tali da riuscire a invertire una tendenza la cui traiettoria appare ancora oggi lucidamente proiettata verso un antiumanesimo sistemico.

### *Verso una riformulazione*

Si tenta di individuare i nodi paradigmatici che costituiscono l'abitare la dimora tentando di sottolineare il legame emotivo che la persona intrattiene con la casa, di esplicitare come la casa sia il tessuto connettivo di tutte le esperienze che pervadono la persona e di dimostrare che essa può essere intesa a pieno titolo come una estensione del corpo di chi la abita. Questa riformulazione verrà confrontata costruendo un parallelo critico teso a mettere in luce quali siano gli aspetti in cui la modernità fallisce, quelli in cui è efficace per individuare le opportunità offerte dal mondo in cambiamento.

Specificatamente queste considerazioni vengono calate nei processi ed eventi del fine vita in quanto elemento di negazione del concetto di marginalità promosso dalla modernità. Si cerca di individuare in che modo la casa possa essere arricchita e resa abitabile in eventi traumatici e di trasformazione limite delle necessità. Al tempo stesso si ripercorrono le tendenze di trasformazione degli impianti ospedalieri del renderli più abitabili e in quale rapporto queste due realtà, casa e ospedale, possano concorrere a definire un legame teso alla valorizzazione della persona.

### *Otium vs Negotium*

Particolare attenzione verrà in fine dedicata al rapporto fra persona, casa, lavoro, spazio per il lavoro e luogo di cura, provando a ricucire questi elementi in un continuum di nuovo in opposizione con le proposte disgiuntive della modernità alla luce dei sempre nuovi modi di interazione e di produzione che le tecnologie contemporanee permettono.

Non un nostalgico rivolgimento al passato della cascina, ma il superamento di un modello, quello della modernità appunto, che storicamente è da considerarsi passaggio verso un abitare più strutturato.

Il lavoro in senso ampio e lato ritrova una centralità valorizzante nell'esperienza quotidiana, non come un'incombenza assillante, ma come elemento di partecipazione alla vita tutta.

### *Inerzia e opposizione al cambiamento di rotta*

Nonostante vi siano lodevoli esperienze, ancora isolate ma in numero crescente, che tentano di percorrere strade alternative a quelle della modernità per il conseguimento degli obiettivi fino a qui presentati, permangono fenomeni inerziali e oppositivi che ne impediscono l'adozione di scala.

Tra i meccanismi di opposizione vi sono quelli di interesse di ordine economico e allo status quo. Non necessariamente al solo tornaconto imprenditoriale, per quanto dal momento che questi temi toccano il mondo dell'impresa è evidente e lecito che questo tema sia posto sul tavolo. Vi sono problematiche di ordine economico anche legate semplicemente alla gestione della trasformazione dei modi in cui il fine vita si relaziona con i modelli sanitari nazionali. Per far fronte a questi meccanismi è necessario il coinvolgimento della politica perché i riflessi di questo cambiamento riverberano sulla vita quotidiana non solo di chi è interessato da vicino a queste problematiche ma della società tutta.

Tra i fenomeni oppositivi vi sono anche opposizioni di pensiero alle proposte alternative, nel pieno lecito convincimento che in effetti i modelli attuali corrispondano in modo ottimale alle necessità dell'uomo.



### *Conclusioni e proposizioni*

La casa ha bisogno di uscire dalle logiche di riduzione sia qualitativa che quantitativa per farsi luogo privilegiato della cura, valorizzazione, compimento e conclusione della vita con dignità.

C'è bisogno di indagare la ricchezza dei modelli e delle situazioni costruibili anche individualmente abbandonando l'utopia di un modello valido per tutti in tutte le situazioni.

Serve un progetto di ricerca e didattico teso alla formazione di sensibilità culturali e umane che possano sfociare in professionalità perché tutto questo si possa realizzare.

### **Bibliografia**

Bauman, Z. (2005). *Fiducia e paura nella città* (N. Cagnone, trad.). Milano: Bruno Mondadori.

Harvey, D. (2012). *Il capitalismo contro il diritto alla città: neoliberalismo, urbanizzazione, resistenze* (C. Vareschi, trad.). Verona: Ombre corte.

Jacobs, J. (1961). *Via e morte delle grandi città*. Torino: Einaudi.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1971). *La pragmatica della comunicazione umana* (M. Ferretti, trad.). Roma: Astrolabio Ubaldini.

### **8.3 - Living the 'waiting time' in the context of an RSA: problems and resources in support of the elderly**

### **8.3 - Vivere il "tempo dell'attesa" nel contesto di una RSA: problematiche e risorse a sostegno della persona anziana**

**Chiara Furlan**

**Keywords:** *elderly, end of life, équipe*

**Parole chiave:** *anziani, fine vita, équipe*

L'elaborato è stato realizzato con l'obiettivo di approfondire che cosa significhi oggi stare accanto alle persone anziane nel "tempo dell'attesa", ossia in quell'ultima fase della vita in cui si è portati a compiere degli inevitabili bilanci. L'architettura di questo elaborato poggia sulle seguenti macro-aree: l'età anziana come "stagione dei bilanci"; la solitudine nel tempo dell'attesa; l'accompagnamento al fine vita e la fiducia. Nel produrre quest'elaborato è stato compiuto un metaforico "viaggio" all'interno di una RSA – che ha rappresentato il percorso esplorativo e "conoscitivo" di una studentessa in formazione a contatto con il mondo della vecchiaia, un cammino che ha permesso di riflettere, problematizzare ed interrogarsi su alcuni nodi cruciali che riguardano l'"essere anziani oggi" e il "prendersi cura degli anziani oggi" – nel tentativo di comprendere quali siano le rappresentazioni del fine vita. Il focus sull'ambito del "tempo dell'attesa" è sorto dall'osservazione di un numero crescente di richieste per l'accoglimento in struttura di persone anziane anche molto gravi e in relazione alle difficoltà che in alcuni casi gli operatori si trovano ad avvertire. Infatti, lo spostamento attuale dell'asse dei bisogni dell'anziano impone agli operatori di riorganizzare le proprie competenze per far fronte a bisogni, non del tutto nuovi ma pur sempre importanti e con particolari aspetti

da tutelare e rispettare. Perciò, è risultato essenziale l'incontro con la quotidianità della persona anziana e dell'équipe dei professionisti che operano nei Centri Servizi per anziani, un incontro che ha permesso di "andare a scavare" tra le idee, le opinioni e i vissuti relativi a che cosa accade quando ci si avvicina al fine vita – sia che lo si viva in prima persona, sia che si entri in contatto con l'esperienza di altri – e quando si fanno i conti con ciò che concerne l'accesso in questa complessa e delicata fase della vita umana.

Nell'analizzare l'età anziana è stato approfondito il fenomeno della non autosufficienza, per il quale la persona viene considerata nell'esercizio quotidiano delle sue funzioni e abilità fondamentali. Parlare di non autosufficienza rimanda ad alcune implicazioni legate all'invecchiare, che portano a problematizzare il tema del fine vita. È innegabile che parlare di fine vita e più nello specifico della morte è, ancora oggi, considerato un tabù. Tuttavia, assistere una persona nella delicata fase del fine vita sta diventando sempre più esperienza quotidiana per molti operatori. Da qui la necessità, come persone e come professionisti, di recuperare la capacità di interrogarsi sulle grandi questioni di fondo che riguardano la vita umana, questioni che spesso tendiamo a sedare piuttosto che destinare ad esse uno spazio di riflessione. Farsi domande è utile per recuperare una riflessività che ci permetta di espandere i nostri orizzonti di pensiero e di dialogo. Quindi, anche di fronte a situazioni di disagio, dobbiamo ricordare che gli individui riescono a sviluppare ulteriormente se stessi in una dimensione di dialogo. Per questo è necessario parlare e riflettere, anche per avvicinarsi alle radici del disagio. Radici che emergono tanto più quando ci avviciniamo alla stagione dei bilanci. Il lavoro di ricerca prodotto si snoda lungo un percorso teorico-pratico, dove sul fronte della teoria sono state dapprima esplorate le difficoltà nel parlare di vecchiaia, in seguito le difficoltà nello stabilire quando abbia inizio l'età anziana, e infine si è scelto – seguendo il filone dell'antropologia applicata – di guardare ad essa intendendola come una delle stagioni della vita. Pertanto, si è scoperto come nell'età anziana emergano: 1) la necessità di rivedere il proprio legame con i ruoli assunti per lungo tempo; 2) la necessità di misurarsi con la perdita dell'autosufficienza.

Dopo l'analisi di alcune implicazioni legate all'invecchiare si è passati a problematizzare il tema del fine vita. Oggi assistere una persona nella delicata fase del fine vita sta diventando sempre più esperienza quotidiana per molti operatori che lavorano nelle RSA, e per l'anziano vivere la propria condizione di non autosufficienza in una RSA implica una diversa gestione del tempo dell'attesa, ossia di quell'ultima fase della vita (a durata indeterminata) della persona anziana che invecchia, un tempo in cui la capacità di autodeterminazione è esposta al rischio di non essere più totalmente agibile, un tempo di vita dove per far fronte alla solitudine è richiesta fiducia.

A livello pratico si è deciso di realizzare una ricerca esplorativa per analizzare e valutare come avviene la gestione del fine vita nelle strutture per anziani e come viene vissuto il tempo dell'attesa dagli anziani stessi. La ricerca è stata articolata in maniera quali-quantitativa, e la prima parte si è focalizzata su un'analisi delle caratteristiche della popolazione residente in Casa di Riposo, avvenuta attraverso uno studio delle cartelle, mentre per la seconda sono state elaborate due tracce di intervista:

- Una prima intervista rivolta all'équipe degli operatori;
- Una seconda intervista rivolta alle persone anziane, per comprendere come vivono il loro tempo dell'attesa.

L'intervista semi-strutturata si è rivelata lo strumento più utile a dare parola all'esperienza dei bilanci. Il nesso che si è cercato di individuare è stato quello tra le difficoltà a parlare e riflettere sul morire e le paure che emergono circa il come si affronta la "stagione dei bilanci", nel tentativo di comprendere quale significato abbia tutto ciò per il lavoro sociale. L'idea di fondo riguarda un'osservazione circa il fatto che il parlare della morte, nella nostra società, sia ancora oggi un "qualcosa che non si può dire" e sembra che più gli individui si sentano isolati nel riflettere su questo tema, più faticino ad affrontarlo, in primis come individui, ma anche e soprattutto come operatori e professionisti quotidianamente a contatto con questi dilemmi. La rilettura delle "storie di vita" raccolte e delle riflessioni sull'accompagnamento al fine vita, condotta attraverso le chiavi interpretative antropologiche, ha permesso di rilevare che, ad oggi, gli anziani cercano di vivere al meglio il loro tempo dell'attesa, pur manifestando delle preoccupazioni e delle resistenze nel parlare del fine vita. Per quanto riguarda gli operatori, invece, emerge la consapevolezza che non è più possibile appellarsi all'imperativo "*The show must go on*" a causa di una routine quotidiana frenetica. Per questo è importante ricordare che è necessario agire nei confronti degli anziani in modo da rispettarli nelle proprie esigenze, potenzialità, nella loro integrità. Inoltre, non è più possibile appellarsi al buon senso quando si tratta di accompagnare una persona nel fine vita, ma occorre agire un sostegno che sia a-tutto-campo. Pertanto, risulta importante lo strumento del lavoro d'équipe: infatti, occorre impostare un progetto assistenziale che sia efficace, efficiente e soprattutto umano, rivolto alla persona morente e a tutta la rete sociale che la circonda. Oltre agli inaspettati esiti legati allo svolgimento della ricerca, questa esperienza mi ha permesso di avvicinarmi ad un tema che non si credeva avesse così tanto di "sociale". Il fatto di aver trovato riferimenti di questo tipo ha confermato la multidimensionalità del lavoro dell'Assistente Sociale, anche quando il suo intervento si rivolge all'accompagnamento nel fine vita, intervento che non guarda solo alla persona, bensì anche alla sua rete familiare e al suo contesto, un intervento che tiene conto anche della società in generale, la quale – secondo gli intervistati – medicalizza il fine vita e ancora troppo fatica a riflettere e a parlare di ciò.

## **Bibliografia**

- Grandi, G. (2013). *Generazione Nicodemo*. Portogruaro: Meudon.
- Lisi, P., Florida, R., Martinelli, N., & Albano, U. (Cur.). (2010). *La dignità nel morire. Intervento sociale, bioetica, cura del fine vita*. Molfetta: La meridiana.
- Scortegagna, R. (2011). *Vivere e morire con dignità. L'impatto della tecnologia sull'invecchiamento*. Venezia: Marsilio.
- Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita. Psicologia del morire e Death Education*. Torino: Bollati Boringhieri.

## **8.4 - Self-help groups in the grieving process**

### **8.4 - L'Auto Mutuo Aiuto nella elaborazione del lutto**

**Elisa Di Qual, Maria Teresa Sperotto**

**Keywords:** *Self-help groups, grief process, promoting social wellbeing*

**Parole chiave:** *auto mutuo aiuto, elaborazione del lutto, promozione del benessere sociale*

#### *Introduzione*

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), le Cure Palliative rappresentano «l'assistenza globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponde più a trattamenti curativi, il cui obiettivo è il raggiungimento della migliore qualità di vita, attraverso il controllo del dolore, degli altri sintomi e delle problematiche psicologiche, sociali e spirituali» (O.M.S., 1990).

Il contatto con i malati terminali e con le loro famiglie, siano essi assistiti in Ospedale, a casa, in hospice oppure nelle strutture residenziali, ci induce a riflettere sul senso di vuoto e di assoluta precarietà che la morte di un proprio caro procura in chi sopravvive. Soprattutto quando la morte non avviene in modo per così dire "fisiologico", quando riguarda un figlio, un genitore per un figlio giovane o un coniuge ancora nel fiore degli anni, essa diventa sicuramente un evento critico, perché coglie in modo improvviso l'individuo, che spesso diventa fragile, sia sul piano emotivo-affettivo, sia su quello comportamentale. La legge 38 del 2010, sancisce che al malato affetto da patologia cronico-degenerativa complessa e con bisogni di cure palliative deve essere garantito un supporto socio-sanitario da parte di *équipes* multiprofessionali esperte e prevede la promozione di specifici percorsi di supporto al lutto, dopo la morte del proprio congiunto. Tuttavia, se durante il corso della malattia è oramai assodato il coinvolgimento degli operatori socio-sanitari territoriali, molto spesso, con la morte, sembrano affievolirsi anche tutti gli aiuti concreti che fino a quel momento hanno accompagnato la famiglia. Assai frequentemente, infatti, le famiglie, lacerate dal dolore della perdita, rischiano di ritrovarsi senza punti di riferimento nella difficilissima attività che impone loro di ri-mettere assieme i pezzi di una vita, che, in ogni caso, non sarà mai più la stessa. Il progetto che si andrà ora a presentare vuole valorizzare l'esperienza maturata da due assistenti sociali che hanno promosso un percorso di *care in the community* nel territorio dell'Alto Vicentino, con l'obiettivo di creare specifici spazi di condivisione dell'esperienza traumatica (morte di un familiare), attraverso la creazione di un gruppo di auto mutuo aiuto (A.M.A.) e l'utilizzo di strategie di *counselling*.

Il progetto ha permesso di creare una sinergia tra servizi pubblici (Unità Operativa di cure Palliative) ed una associazione di volontariato (Onlus "Accanto a Silvia") ed ha portato alla nascita di un gruppo A.M.A. per l'elaborazione del lutto.

#### *Il progetto*

I gruppi A.M.A. rappresentano degli spazi di condivisione di esperienze, difficoltà ed emozioni e sono in grado di creare un "sostegno attivo" all'individuo, permettendogli di trasformare le esperienze negative in energia

positiva, ovvero in nuova capacità di azione (Colusso, 2012). Essi favoriscono, infatti, lo sviluppo della capacità di resilienza, intesa come «capacità di una persona di conservare la propria integrità e il proprio scopo fondamentale, anche a fronte di una drastica modificazione delle circostanze» (Zolli, 2010) e permettono di costruire delle “reti artificiali” attorno alle persone, che diventano un sostegno attivo per chi sta vivendo una fase di sofferenza. Per tale motivo i gruppi A.M.A. sono promotori di capitale sociale, in quanto sviluppano sinergie positive in grado di aumentare il benessere all’interno delle nostre comunità locali. Infatti, «la relazione con altri, soprattutto se non appartenenti alla famiglia, inizia a tessere quei nuovi legami che possono diventare alternativi e bilanciare il vuoto» (Colusso, 2012).

È importante sottolineare il fatto che la formazione di servizio sociale e quella di *counselling* permettono di effettuare dei colloqui di aiuto che hanno caratteristiche diverse dai colloqui effettuati nei consulti psicologici o psicoterapeutici, consentendo comunque di agevolare, in chi partecipa, la consapevolezza della necessità di un supporto psicologico o medico qualora ne venga ravvisata la necessità.

A marzo 2015, le due assistenti sociali scriventi hanno presentato un progetto per la realizzazione di un gruppo AMA al Direttore della UO di Cure Palliative e Governo Clinico dell'Assistenza Primaria dell'Azienda ULSS 4 Alto Vicentino (dal 1.01.2017 ULSS 7 Pedemontana).

Attraverso il gruppo AMA ci si è proposti di:

- creare, nella realtà dell’Alto Vicentino, una collaborazione tra servizio pubblico e associazione Onlus “Accanto a Silvia”, sul tema specifico della rielaborazione del lutto;
- garantire un sostegno emotivo e socio-relazionale alle persone che stanno vivendo un lutto importante e che sono state seguite dall'*équipe* di cure palliative (seppur il gruppo è rimasto aperto anche ad altre tipologie di lutto);
- valorizzare le esperienze di dolore vissute dai familiari e farle diventare un patrimonio per l'intera collettività;
- sviluppare capacità di resilienza nei singoli e capitale sociale nel territorio.

Il gruppo è ad oggi attivo e prevede la partecipazione costante di una decina di persone; sei partecipanti su dieci hanno vissuto la morte del proprio caro a seguito di una malattia oncologica e sono pertanto stati seguiti dall'*équipe* domiciliare di cure palliative. Attualmente si sta attivamente riflettendo sulla possibilità di organizzare iniziative volte a promuovere la conoscenza del gruppo nel territorio; questa attività si pone l'obiettivo di sviluppare modalità organizzative per l'intercettazione del bisogno nella rete dei servizi, prevedendo un maggiore coinvolgimento della Centrale Operativa Territoriale (COT), dei Medici di Medicina Generale, dei Servizi Sociali, del privato sociale e dell'associazionismo.

#### *Considerazioni conclusive*

L’esperienza del Gruppo AMA di Thiene ha dato la possibilità anche a chi risiede nell’Alto Vicentino di usufruire di colloqui di aiuto e del sostegno di un gruppo in un momento di estrema difficoltà e di fragilità. Un gruppo formato da persone che stanno vivendo la medesima problematica (nel nostro caso un lutto),

rappresenta una risorsa, una rete di sostegno che permette, a chi ne fa parte, di avvertire meno il peso della solitudine, convinto e consapevole di poter contare -non solo al momento dell'incontro vero e proprio ma anche nello spazio temporale tra un incontro e l'altro- sul fatto che «altre persone stanno provando quanto sto provando io».

Il gruppo, oltre ad essere una fonte di incoraggiamento per sé e per gli altri, fa riscoprire risorse e capacità personali di cui non sempre i partecipanti sono consapevoli.

Anche con il lutto nel cuore, quindi, si comprende che ascoltare ed essere ascoltati in modo attento ed empatico da altre persone che stanno vivendo la medesima situazione può agevolare la liberazione dalla propria sofferenza ed aiutare l'elaborazione del proprio lutto, tappa necessaria per ristabilire l'equilibrio e la salute di ogni persona provata dal trauma derivante dalla perdita di un familiare caro.

### **Bibliografia e sitografia**

Colusso, L. (2012). *Il colloquio con le persone in lutto. Accoglienza ed elaborazione*. Trento: Erickson.

Legge n.38/2010, *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*. Gazzetta Ufficiale n. 65, 19 marzo 2010. Disponibile da: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=32922&completo=true>

Organizzazione Mondiale della sanità. (1990). *Cancer pain relief and palliative care. World Health Organization Technical Report Series 804*. Ginevra. Disponibile da: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39524/1/WHO\\_TRS\\_804.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39524/1/WHO_TRS_804.pdf)

Zolli, A. (2010). *Resilienza, La scienza di adattarsi ai cambiamenti*. Milano: Rizzoli.

## **8.5 - Clinical hypnosis, existential changes and identity exploration processes**

### **8.5 - Ipnosi clinica, mutamenti esistenziali e processi esplorativi identitari**

**Massimo Cotroneo**

*Keywords: hypnosis, identity, change*

*Parole chiave: ipnosi, identità, mutamenti*

La vita è un susseguirsi di mutamenti, crescite e passaggi di stato, personali e interpersonali, dalla nascita fino alla morte, dai cambiamenti individuali alle "crisi di transizione" della famiglia attraverso le sue tappe e processi evolutivi potenziali (Haley, 1976). Riti e i rituali, cerimoniali di ogni sorta che hanno da sempre accompagnato tali momenti, rappresentano strumenti antropologicamente necessari a sostenere il cambiamento e la possibile crescita, supportando psicologicamente gli individui. L'acquisizione di nuovi status, l'entrare in età adulta, il matrimonio, la vecchiaia, la morte sono solo alcuni di questi eventi esistenziali con tutta la carica emotiva e la paura che ciò può comportare (Ellenberger, 1976). Tali eventi possono essere anche fortemente temuti e talvolta evitati quanto più possibile e non di rado si può beneficiare della psicoterapia per sbloccare nodi esistenziali. Ne è un esempio la paura dell'ingresso nell'età adulta, oggi sempre più di frequente ritardata. Il cambiamento, infatti, può portare con sé l'assunzione di responsabilità insieme al timore di non esserne all'altezza. In altri casi il mutamento è collegato a perdite affettive, dolore, traumi, morti, eventi inaspettati ed improvvisi ai quali non si è mai abbastanza preparati. Nel corso della storia umana si sono sempre

susseguiti questi accadimenti, personali e collettivi, ove la ritualità e il gruppo hanno contribuito ad affrontare le situazioni difficili e dolorose o i cambiamenti evolutivi anch'essi spesso fonte di stress. La cerimonia e il rito, i gesti, le parole, le cantilene, la musica e quanto possa essere utile, conducono ad alimentare la *trance* e gli stati dissociativi psichici come processi e risorse mentali necessari o utili nel sostenere lo stress del cambiamento e della trasformazione identitaria. Il reclutamento di risorse psichiche e l'utilizzo di stati dissociativi come strumenti di ricerca interna e cura possiamo considerarli di valore evolutivo, tanto da un punto di vista ontogenetico quanto filogenetico, inquadrabili in una prospettiva di studio psicologica e antropologica. L'ipnosi, quale via di accesso ad uno "stato speciale" della coscienza, rappresenta uno strumento elettivo di esplorazione identitaria (Erickson e Rossi, 1985), una funzione psichica di possibile ricerca transderivazionale in grado di condurre l'individuo in terre psichiche di confine e di scoperta (Lankton e Lankton, 1984). Se da un lato possiamo rintracciare nei processi motivazionali umani all'esplorazione una spinta naturale alla conoscenza, dall'altro possiamo pensarli come orientati tanto al mondo circostante quanto a quello interiore psichico ed emozionale. L'ipnosi clinica ericksoniana, dunque, quale strumento nell'esplorazione del mondo interno rappresenta qualcosa di particolarmente interessante nel percorrere i mutamenti esistenziali e i processi interni dell'identità alla ricerca di senso e significato.

#### **Bibliografia**

Ellenberger, H.F., (1976). *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*. Roma: Bollati Boringhieri.  
Erickson, M.H., & Rossi, E.L. (1985). *L'esperienza dell'ipnosi*. Roma: Astrolabio.  
Haley, J. (1976). *Terapie non comuni*. Roma: Astrolabio.  
Lankton, S.R., & Lankton, C.H. (1984). *La risposta dall'interno*. Roma: Astrolabio.

## **FIFTH PARALLEL SESSION**

## **QUINTA SESSIONE PARALLELA**

### **Chapter 9 – Different interventions in relationship with the other**

### **Capitolo 9 – Interventi diversi nella relazione con l'altro**

#### ***9.1 - Intersubjectivity between therapeutic alliance and informed consent***

#### **9.1 - Intersoggettività tra alleanza terapeutica e consenso informato**

**Gaetano Facincani**

***Keywords: intersubjectivity, alliance, consent***

***Parole chiave: intersoggettività, alleanza, consenso***

Addentrarsi all'interno della considerazione angosciosa dell'esperienza umana significa porre l'attenzione non solo riguardo alla condizione generale di fitness dell'individuo, bensì agli aspetti interattivi ai quali, e dai quali, l'umana esperienza ha saputo attingere nel corso del tempo. L'evoluzione dei paradigmi psicologici ha posto in evidenza le potenzialità relazionali dell'esperienza terapeutica, evidenziando quanto ad oggi l'interazione interpersonale rappresenti l'elemento imprescindibile di ogni approccio alla cura. Diviene quindi

fondamentale approfondire le possibilità operative in relazione alle trasformazioni sociali, e pedagogico-culturali, attualmente riscontrabili a partire dall'incontro con l'altro nella definizione dell'interazione terapeuta-paziente. La definizione del soggetto della cura è perciò ad oggi inscindibile dalla considerazione intersoggettiva dell'interazione interpersonale quale moltitudine di elementi, cronologicamente e contestualmente relativizzati (Carli & Panizza, 2003)<sup>1</sup>, in grado di definire uno spazio attraverso il quale il soggetto diviene elemento attivo dell'interazione. Gli aspetti inter-soggettivi (Cavicchioli, 2013) della relazione terapeutica acquisterebbero pertanto differenti livelli di complessità, esperibili consequenzialmente sia a livello implicito che consapevole.<sup>2</sup>

Tutto ciò può essere chiaramente osservabile nelle modificazioni culturali e nelle indicazioni pedagogiche legate alla comunicazione al paziente degli aspetti resilienti riconducibili al concetto di agency, di fitness e in particolar modo per quanto concernono le politiche preventive. Si auspica perciò lo sviluppo di una maggiore consapevolezza delle soggettive potenzialità, elemento fondamentale nella concettualizzazione degli interventi da parte degli operatori quanto opportunità di chiarificazione per lo stesso paziente. Si apre quindi alla comprensione dell'intersoggettività anche attraverso gli aspetti etici legati alla consensualità dei trattamenti, alla definizione di protocolli di consenso mirati alla salvaguardia del paziente, del professionista e delle interazioni tra gli stessi. La complessità attuale legata alla diffusione tecnologica dei mezzi di comunicazione ha reso infatti molto più articolata la salvaguardia dei setting operativi, a maggior ragione se operanti all'interno di strutture complesse quali i presidi socio-sanitari e i contesti ambulatoriali (Cavicchioli, 2015)<sup>3</sup>. Il consenso informato può fungere da opportunità di reciproca chiarezza tra il contesto terapeutico e la società stessa. Poter dedicare spazi definiti alla salvaguardia della relazione terapeutica potrebbe rappresentare un ambito di innovazione profonda per la ridefinizione di un accordo condiviso tra le rispettive soggettività coinvolte. Aderire ad un percorso di cura significa approcciarsi al contatto con l'altro, in chiave relazionale, somatica e fattuale. L'incontro avviene, pertanto, in un contesto specifico, spesso più conosciuto e codificato attraverso la soggettività del terapeuta o le procedure contestuali proprie di quella data organizzazione. La co-costruzione delle peculiarità interattive ha quindi modo di palesarsi secondo specifiche modalità intra-contestuali ed extra-contestuali.

Gli accordi preliminari in chiave di protezione della relazione potrebbero potenzialmente fornire ai differenti interpreti, e allo spazio relazionale da loro stessi costituito, quella significatività che, attraverso la

---

1 Il riferimento proposto dagli autori è doveroso per la chiarificazione degli aspetti legati alla contestualizzazione dell'incontro con l'altro e nella costituzione del setting operativo in psicologia ed in psicoterapia. Gli aspetti percettivi, affettivi e contestuali rientrerebbero nella strutturazione dell'interazione stessa (Carli & Panizza, 2003).

2 Nell'opera curata dall'autore gli aspetti legati all'inter-soggettività introdotti da Antonio Giorgi e Girolamo Lo Verso ribadiscono l'importanza della relazione «[...]per la nascita e lo sviluppo della vita psichica e la sua sofferenza [...] per collegare il soggetto alla famiglia e alla cultura [...]» (in Cavicchioli, 2013).

3 Nell'opera curata dall'autore i contributi di Bruschi, Brugnoli, Delnevo, Rapetti, Spotti, Squeri e Tortoroli (In Cavicchioli 2015) presentano la complessità della presa in carico domiciliare e l'impegno sinergico di specifiche figure professionali nel contesto territoriale. Gli aspetti intra-relazionali dell'equipe operativa incontrano quindi la complessità del contesto sociale, familiare e individuale dei destinatari di cure e assistenza.



condivisione di un punto di incontro di co-responsabilità e di maggiore consapevolezza reciproca, sarà possibile intraprendere, a dell'accoglimento degli aspetti inficianti la salute del paziente ma anche della propria resilienza. Specularmente alcune delle componenti distintive del terapeuta avranno modo di palesarsi attraverso la relazione. Gli elementi salienti riscontrabili attraverso tali modalità interattive abbracciano infatti le rispettive soggettività, comprendendo indirettamente i contesti socio-relazionali e le modalità interattive proprie di ciascuna esperienza esistenziale (Stern, 2005/2004)<sup>4</sup>.

La considerazione della componente relazionale del consenso informato rappresenta quindi una possibile nuova frontiera per riconsiderare il concetto di empatia, a partire dalle domande iniziali, dai fraintendimenti e dalle chiarificazioni che fin dai primi momenti di consulenza hanno modo di compenetrarsi fino alla messa in opera di uno specifico piano terapeutico. Tali considerazioni non possono ad ogni modo essere disgiunte da una profonda riflessione pedagogica e dalla predisposizione di specifici interventi rivolti alla sensibilizzazione del tema, unita ad una considerazione ancor più significativa di come tali modalità di predisposizione consensuale degli interventi possano essere veicolati e condivisi. La considerazione relazionale del consenso informato potrebbe trovare infatti maggiore significazione quale occasione operativa al servizio dell'intersoggettività, anche in quei casi in cui la mancanza della compliance o il rifiuto della cura rappresentano per l'individuo una componente imprescindibile della propria volontà, anche nella considerazione psicoterapeutica della tematica del fine-vita. Parlare di consensualità equivale a ribadire la dinamicità dell'interazione nel suo stesso svilupparsi, nella ridefinizione continua della complessità dell'incontro.

### **Bibliografia**

- Carli, R., & Panizza, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Cavicchioli, G. (a cura di). (2015). *Curare chi non può guarire. Hospice: cure palliative e approccio interdisciplinare*. Milano: Franco Angeli.
- Cavicchioli, G. (a cura di). (2013). *Io-tu-noi. L'intersoggettività duale e grupale in psicoanalisi*. Milano: Franco Angeli.
- Stern, D.N. (2005). *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*. Milano: Raffaello Cortina Editore (originariamente pubblicato nel 2004).

---

4 Il riferimento cita l'opera di Stern introducendo quanto definito dall'autore "momento presente" (Stern, 2005/2004) , in particolare il concetto di *kairos con il quale* gli antichi greci hanno saputo specificare l'esperire in contrapposizione alla concezione di *cronos*. Secondo Stern il *kairos* verrebbe descritto come «[...] il momento in corso, in cui accade qualcosa mentre il tempo scorre.» (Stern 2005/2004). Il *kairos* si differenzerebbe quindi secondo Stern dal *cronos*, ovvero dalla «[...] visione soggettiva del tempo [...]. Nel mondo del *cronos*, l'istante presente è un punto che si muove nel tempo in un'unica direzione, nel futuro.[...] si muove incessantemente.»(Stern, 2005/2004).

## **9.2 - Guided Affective Imagery in the building and loss of the identity**

### **9.2 - Il Vissuto Immaginario Catatimico nella costruzione e perdita dell'Identità**

**Marisa Martinelli**

*Keywords: imagination, trauma, change*

*Parole Chiave: immaginazione, trauma, cambiamento*

La perdita di una funzione, una malattia, o eventi della vita (cambi di ruolo in famiglia, al lavoro, di cultura) inducono, essi stessi importanti trasformazioni dell'identità vissuti spesso con drammaticità (Faretta, 2014). Il trauma si manifesta nel corpo (Van Der kolk, 2015), è una reazione istintiva e inconscia che se rimane incapsulata nella mente, senza essere stata elaborata completamente, continua ad influenzare il network psiconeuroendocrinoimmunologico. Non è il cervello, ma è l'origine dei significati che il cervello attribuisce agli stimoli che influenza il sistema di regolazione. Pertanto l'uso dell'immaginario, il disegno e l'espressione artistica in terapia consentono l'attivazione di uno spazio-ponte tra mente e corpo, tra sfera somatica e mondo psichico, particolarmente utile nei casi di carenza di funzione simbolica.

Questa relazione illustra il potere dell'immaginario simbolico, nell'accedere ai "nuclei traumatici", condividere la sofferenza inespresa e liberare il flusso di emozioni; sfruttare e conoscere il ruolo del Vissuto Immaginario Catatimico (Martinelli, 2009) nei processi di cura e nelle situazioni di crisi e di perdita di identità. Il linguaggio simbolico - metaforico consente una trasposizione della rinascita dentro una tecnica immaginativa che apre a nuovi significati del cambiamento e a possibili trasformazioni dell'identità in essere. Si creano delle regressioni ma anche nuovi spazi di possibilità, delle visioni del futuro e lo sviluppo di risorse interne.

Le tecniche immaginative grazie all'uso dei simboli agganciano il "dramma della disintegrazione e della reintegrazione dell'universo", lo proiettano in uno spazio potenziale, il teatro della mente, un luogo protetto in cui si possono incontrare aspetti di sofferenza e di dolore relativi alla perdita. L'elaborazione terapeutica con il VIC partecipa nella costruzione e perdita dell'Identità. Nel gioco di scambio di simboli e metafore il VIC ha la facoltà di aprire un'abbondanza di possibilità.

È risaputo che le cure tradizionali hanno un impatto stressante sia a livello fisico che psichico. Certi trattamenti, come ad esempio in campo oncologico, possono indurre in certi casi complicanze in grado di aggravare il decorso della malattia pertanto l'ipotesi di un accompagnamento terapeutico viene ritenuto non solo sensato ma necessario. Nell'accompagnamento delle malattie croniche o acute, che comportano delle conseguenze nello stile di vita della persona le tecniche immaginative giocano un ruolo assai importante. Le esperienze fisiche comportano l'attivazione di sentimenti di angoscia e di paura, non facilmente esprimibili a parole, ma che è possibile elaborare efficacemente attraverso strategie, temi e immagini simboliche.

L'uso dell'immaginazione, sia in un setting individuale che di gruppo, consente di accedere velocemente alla ricerca di soluzioni creative che portano alla rielaborazione adattiva del disagio psicoemozionale. Le immagini

proposte, lo speciale “stile di accompagnamento” e l’espressione artistica attraverso il disegno hanno lo scopo di facilitare la ricerca del sentiero di cura e di attivare i processi di autoguarigione interiore, nonché favorire l’accettazione del cambiamento e della trasformazione.

La perdita dell’immagine di sé, la difficoltà di comunicazione correlata alla morbosità della malattia si depositano nelle immagini e questa scarica energetica alleggerisce il livello di stress migliorando il decorso della malattia. La costruzione di “immagini benefiche” aumenta il senso di autoefficacia, regola il tono dell’umore e combatte il “senso di impotenza” che le difficili sfide della vita (lutti, distacchi, separazioni) comportano. Oltre alla possibilità di confronto e di dialogo il VIC ha la funzione di rituale nell’accompagnare il paziente nel percorso pieno di paure, infondere forza e consolazione dove la speranza si è affievolita a causa delle inevitabili perdite.

Le “tradizioni religiose” con i loro rituali e immagini “salvifiche” sono ormai estranee alla nostra cultura. La natura “come oggetto buono” fornisce immagini di forza e trasformazione e sono quindi di facile accesso, ben accettate e tollerate. Grazie a questi semplici temi simbolici di natura, *fiore, prato, albero, ruscello*, l’inconscio creativo lascia affiorare aspetti della personalità in modo che la persona riconoscendoli può accettarli, cambiarli e trasformarli.

A questo punto desidero presentarvi brevemente un caso clinico. Piera 34 anni, giovane donna, arriva in terapia perché le cose con il marito non stanno andando bene. Sta pensando a separarsi, ma si sente in dovere di assistere lui che minaccia il suicidio se lei dovesse lasciarlo. Si sente in colpa, teme di lasciare la casa dove ora i due vivono. I genitori sembrano non comprendere il bisogno di sostegno e di libertà della figlia, così a Piera non resta che isolarsi, far finta di nulla, e spesso esagerare con gli “aperitivi” per anestetizzare il senso di vuoto. Dopo i primi colloqui emerge che la situazione attuale, di sentirsi sola, riattiva le prime esperienze di distacco traumatico all’epoca dell’asilo, quando la mamma dovendo lavorare l’affidava alla nonna “depressa”.

Dice Piera: «...mi rendo conto che ero io ad occuparmi di lei anziché essere lei a rassicurarmi, giocare con me. Era come se fossi sola». Inizio a lavorare con l’immaginazione. La seduta successiva porta i due disegni che ha fatto: in un uno disegna un bel prato dove c’è una chioccia con i pulcini («proprio come mi sento io, fragile, bisognosa e dipendente, dovrei prendermi cura di lui ma anch’io ho bisogno»), ma poco più distante c’è una cane e anche un cavallo dentro il recinto (la zona di confort dove Piera si sente al sicuro) che guarda fuori. Nel secondo disegno rappresenta un’altra scena, di lei che dopo essere salita in groppa al cavallo va verso la montagna (i suoi obiettivi, le sue aspirazioni). Lungo il sentiero incontra, una fata, una figura femminile positiva (che associa alla terapeuta), che ha uno sguardo fiducioso e le suggerisce di andare avanti.

Piera osserva incredula la sua opera pittorica, un bel prato che suscita serenità e fiducia, si diverte a imitare il movimento di apertura delle ali dei pulcini che si muovono a “zig-zag”, «si allontanano e poi ritornano vicino alla chioccia».

Qualche settimana più tardi comunica al marito la decisione di uscire di casa, provare a stare un po' per conto suo. Più avanti si esprimerà così: «...non ho fatto ora a rappresentare la mia autonomia che sono iniziati diversi cambiamenti nella mia vita». Da quel momento, infatti, Piera ha affrontato tutta una serie di situazioni di vita dando dimostrazione di riuscire a costruire la sua autonomia con una determinazione che non pensava di avere. Un vero viaggio, in cui ha ritrovato la capacità di fare delle scelte da sola senza "allarmarsi" perché la famiglia e il compagno, da cui poi si è separata, non potevano sostenerla come si sarebbe aspettata. Perché l'immaginazione in terapia? Poter condensare in un'immagine l'essenza di un conflitto, lasciar affiorare un trauma nello spazio simbolico, dove presente passato e futuro si intersecano a livello del mondo fantasmatico interno che presiede i più evoluti processi di simbolizzazione. Uno strumento utile anche per la creatività del terapeuta per trasformare il percorso terapeutico in un viaggio ricco di colpi di scena che stemperano i misteri della vita.

### **Bibliografia**

- Faretta, E. (2014). *Trauma e malattia*. Milano: Mimesis.
- Martinelli, M. (2009). *La psicoterapia con il Vissuto Immaginatrico Catatimico*. Padova: Edizioni Libreria Progetto.
- Van Der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche* (S. Francavilla, trad.). Milano: Raffaello Cortina.

## **9.3 - Clinical evidences of a Death Education pathway**

### **9.3 - Evidenze cliniche di un percorso di Death Education**

**Alvise Patron Zennaro**

**Keywords:** *death education, mourning, grief*

**Parole chiave:** *death education, lutto, elaborazione*

La morte da sempre per l'uomo è l'ignoto, il non conoscibile e di conseguenza suscita paura in tutte le sue possibili sfumature dal panico all'angoscia. Per l'essere la morte è un vuoto che si spalanca all'improvviso nella pienezza della continuità, un vuoto che ci lascia senza parole. Sempre di più nella società occidentale la morte è diventata un tabù, è qualcosa di cui non si può parlare, e non si sa più come parlarne perché si stanno smarrendo i codici sociali.

È per ovviare a queste assenze rispetto alla morte ed al morire che, anche in Italia, si è iniziato a fare *Death Education*. Proprio all'interno della *Death Education* si colloca il nostro progetto che parte dalla creazione di strumenti e di una metodologia applicativa degli stessi utilizzabili sia nella prevenzione primaria che in quella secondaria e terziaria, ovvero nelle fasi di intervento e di riabilitazione.

Il presente scritto ha l'obiettivo di evidenziare gli *outcome* in ambito clinico e formativo di questa metodologia di *Death Education*. In ambito clinico l'utilizzo è avvenuto sia in percorsi individuali che di

gruppo. Nello specifico i percorsi di gruppo sono avvenuti all'interno di un gruppo di Auto Mutuo Aiuto. I percorsi individuali sono invece avvenuti in ambito ambulatoriale.

In ambito formativo si è applicato il medesimo strumento in seminari di gruppo. Tali seminari sono stati svolti in ambito scolastico, in ambito ospedaliero, a seguito di lutti collettivi che avevano colpito una popolazione, come formazione per operatori volontari. La metodica in questione utilizza come strumento una serie di fiabe create ad hoc per la Death Education e la loro trasposizione a fumetti, ovvero le immagini delle stesse come oggetto transizionale. Come afferma Winnicott (1974) l'oggetto transizionale è un oggetto materiale che aiuta il viaggio dal puramente soggettivo all'oggettività. È un precursore del simbolo, è qualcosa che pur soddisfacendo non appartiene completamente né al soggetto, né alla realtà esterna.

Le fiabe sono state create da un'equipe multi disciplinare: tanatologo, psicologo, scrittore, fumettista. Nel XXI° secolo la morte è un'area esperienziale negata, inesplorata e quindi percepita come pericolosa. Occorre dunque trovare un modo per parlarne, uno strumento che funga da medium qualificato per trasmettere il messaggio: bisogna guardare in faccia la morte, imparare a conoscerla, ad interfacciarsi con essa. Il medium più immediato per veicolare un contenuto è senz'altro la narrazione, strumento che ci appartiene in modo naturale. Jonathan Gottshall (2014) ci ricorda che: «Come specie abbiamo una vera dipendenza dalle storie. Anche quando il nostro corpo dorme, la nostra mente sta sveglia tutta la notte narrando storie a se stessa». Tra le narrazioni la fiaba ha un posto privilegiato perché è percepita come familiare e legata in modo positivo ai ricordi dell'infanzia, anche se «La prima cosa da sapere sulle fiabe è che raramente, forse mai, sono state scritte pensando ai bambini come lettori esclusivi... Lontane dal voler trasmettere a chiunque un'impressione distorta del mondo, in realtà mostrano alcuni degli estremi più cupi della vita, facendo leva su archetipi universali per insegnare ai più giovani – e anche a noi adulti – come affrontarli» (Brennan, 2014). È inoltre uno strumento transculturale: la ritroviamo in ogni luogo ed in ogni cultura, un mezzo idoneo dunque per parlare ad una società sempre più poliedrica. «Se a ciò aggiungiamo la popolarità che il fumetto ha raggiunto negli ultimi due anni, grazie alle sperimentazioni che hanno poi portato alla nascita dei *graphic novel*, ci appare evidente che ci troviamo in un momento propizio per pensare al romanzo a fumetti come ad un vero e proprio supporto istruttivo» (Geraci, 2015).

Il percorso strutturato, utilizzato in ambito clinico prevede l'utilizzo di 3 fiabe ognuna in grado di elicitare contenuti diversi. I contenuti proposti dalle fiabe in sequenza sono: l'elaborazione del lutto, l'esperienza del vivere come dono, la spiritualità. Ogni fiaba viene frazionata in 5 parti ognuna delle quali presentata in un singolo incontro, per un totale di quindici incontri a cadenza bisettimanale. La fiaba viene utilizzata come un oggetto transizionale, diventa uno strumento per recuperare le proprie storie individuali, dolorose e taciute e nei percorsi di gruppo, come per esempio nei gruppi di Auto Mutuo Aiuto, per creare un racconto collettivo. Il racconto collettivo, creato attorno all'oggetto transizionale fiabico, è efficace come rieducazione emotiva e cognitiva di chi soffre permettendo al singolo, attraverso la narrazione dell'altro, l'accesso a memorie temute ed evitate ed alla consapevolezza degli stessi. Le evidenze cliniche sono di una maggior facilità

nell'affrontare temi dolorosi e/o che creano sofferenza, una minor tendenza, da parte del dolente, ad attivare meccanismi di evitamento rispetto all'esprimere e al gestire il dolore, una maggior capacità del dolente di elaborare il lutto e mettere in atto strategie di *coping*.

Per quanto riguarda l'attività formativa, allo stato attuale sono state prodotte 6 fiabe da utilizzarsi nei seguenti ambiti: l'accompagnamento al morire, il parlare della morte ai bambini, il suicidio, l'elaborazione del lutto, l'esperienza del vivere come dono, la spiritualità. Gli incontri formativi si sono svolti con la lettura del testo fiabico accompagnato dalla proiezione delle immagini del fumetto a seguito del quale vi è stato un momento di riflessione e/o discussione. Durante gli incontri formativi, a seconda della tematica trattata, si è riscontrato che a seguito della presentazione della fiaba con la proiezione delle immagini della stessa, i contenuti impliciti nella fiaba risultavano assimilati dai partecipanti e la circolarità della comunicazione era facilitata. Attualmente si stanno raccogliendo dati comprovanti tali evidenze cliniche tramite somministrazione testistica, quantitativa e qualitativa, sia ante che post, al fine di un progetto di ricerca.

Il progetto in atto è portato avanti secondo una metodologia di working in progress.

#### **Bibliografia e sitografia**

Brennan, H. (2014). Introduzione. In P. Barbieri, *Fiabe immortali*. Milano: Mondadori.

Geraci, C. (2015, 17 giugno). I graphic novel tra i banchi di scuola: può il fumetto sostituirsi al testo scolastico?.

Disponibile da: <http://www.recensionilibri.org/2015/06/graphic-novel-tra-banchi-di-scuola-puo-il-fumetto-sostituirsi-al-testo-scolastico.html>

Gottshall, J. (2014). *L'istinto di narrare. Come le storie ci hanno reso umani* (G. Olivero, trad.). Torino: Bollati Boringhieri.

Winnicott, D.W. (1974). *Gioco e realtà* (G. Adamo & R. Gaddini, trad.). Roma: Armando Editore.

### ***9.4 - To be and to seem to be through a fantastic storytelling about the self.***

#### ***A qualitative, observational study involving adolescents afflicted by eating disorders***

### **9.4 - Essere ed apparire nella narrazione di sé. Una indagine osservativa mediata dal racconto di fantasia con adolescenti affetti da disturbi del comportamento alimentare**

**Natascia Bobbo**

**Keywords:** *eating disorder, storytelling, developmental task*

**Parole chiave:** *disturbi alimentari, narrazione, compiti evolutivi*

I disturbi alimentari colpiscono oggi in Italia una percentuale sempre più significativa della popolazione, soprattutto nella fascia adolescenziale e giovanile. Dai dati riportati in letteratura si evince che circa il 5% delle ragazze di età compresa tra i 15-18 anni può presentare un qualche disturbo collegato all'alimentazione. Il rapporto tra ragazzi e ragazze è di 1:9 ma tali disturbi sembrano in aumento tra la popolazione maschile più giovane (Rapporto ISTISAN 6/2013).

La perdita di peso intenzionale nell'anoressia e nella bulimia nervosa, pur non trascurando le severe complicanze sul piano fisico ad essa collegata (Sharp & Freeman, 1993), nasconde spesso difficoltà di

elaborazione dell'immagine di sé legata a bassi livelli di autostima e difficoltà di porsi in confronto agli altri coetanei o adulti, frequentemente collegati a situazioni familiari complesse (Fairburn et al., 2003; Olivardia et al., 2004). Si registrano situazioni definite da un eccesso di criticismo, scarsa soddisfazione rispetto alle proprie performance, paura del giudizio altrui, in molti casi collegati a situazioni familiari connotate da indifferenza, evitamento del conflitto, iperprotezione ansiosa e rigidità dei modelli educativi adottati (Dunkley & Grilo, 2007). Secondo alcuni studi il controllo del peso in questi soggetti non è che una ricerca di una modalità (di fatto involutiva e in-adattiva) di riottenere o di raggiungere un senso di controllo altrimenti non ottenibile in un contesto sociale percepito come minaccioso o opprimente (Sibeoni et al., 2017).

Da un punto di vista educativo, l'anoressia o la bulimia possono divenire una sorta di indicatore patologico della mancata capacità da parte del soggetto di affrontare e superare quel compito evolutivo vitale che si concretizza nella definizione della propria immagine corporea e, interrelato ad esso, identitaria e sociale (Orlando, 1998; Crepet, 2002): il rapporto del soggetto con gli altri e la sua gestione positiva e propositiva è quindi basilare. La comprensione del sé e il processo di graduale accettazione della propria fisicità, della propria immagine corporea, veicolo e mezzo per ogni relazione sociale, avviene spesso mediante una serie di confronti-scontri con i propri pari e con gli adulti di riferimento (Bobbo, 2010). Nelle ultime decadi, si assiste però ad un'influenza crescente su tali aspetti anche da parte di una cultura di massa (spesso virtuale) inneggiante la magrezza come modello di bellezza assoluta (Testoni, 2001; Lawis, 2015). Tuttavia, buona parte di questo percorso di costruzione del sé corporeo ed insieme identitario avviene anche all'interno di una solitudine cercata, luogo e tempo di riflessione e di meditazione su di sé anche attraverso la rielaborazione degli stimoli esterni ricevuti (Crepet, 2002).

Laddove diventino manifesti o patologici i segnali di un disagio da parte del giovane rispetto a questo specifico compito evolutivo, può essere utile intervenire anche educativamente in quel complesso sistema di influenze esterne e meta-riflessioni, attraverso pratiche che consentano una più semplice esplicitazione delle dinamiche psicologiche, emotive e riflessive che vi sottendono. Tra di esse, oltre al colloquio, è possibile individuare le varie forme di scrittura narrativa, sia autobiografica che di prosa fantastica (Gramaglia, 2011; Bobbo, 2010).

Lo studio che si presenta è relativo ad una esperienza di laboratori di scrittura e narrazione immaginifica che hanno visto il coinvolgimento di un gruppo di adolescenti affetti da disturbi alimentari e ricoverati presso un centro di cura pubblico. L'utilizzo della narrazione fantastica è stato scelto, rispetto ad altri, proprio per la caratteristica della prosa immaginifica di consentire un nascondimento dato dall'immaginario simbolico di cui si travestono personaggi e funzioni, che pone il soggetto in una condizione di libera scelta rispetto al disvelamento o meno del suo sé (Bobbo, 2016).

#### *Metodi e materiali*

Sono stati coinvolti 11 soggetti con una età compresa tra i 12 e i 17 anni (media 14,6;  $\pm$  1,6) affetti da disturbi alimentari patologici, ricoverati in regime di lungodegenza presso una struttura pubblica territoriale. Si sono

realizzati 8 laboratori di scrittura e narrazione attraverso l'utilizzo di uno strumento evocativo e stimolante (l'Inventafavole): una sorta di gioco, apparso sulla scena dei prodotti per bambini e ragazzi nelle librerie dedicate dal 2012, che ha in sé aspetti di stimolazione ludica ma soprattutto culturale e specificatamente per l'invenzione di storie. Si compone di 37 carte sapientemente illustrate con soggetti fantastici ed evocativi. Ad ogni soggetto coinvolto è stato chiesto di scegliere, tra le 37, da un minimo di 5 ad un massimo di 10 carte, e di inventare una storia a partire dalle immagini che in quelle carte erano descritte. I racconti raccolti sono stati analizzati mediante software di analisi testuale ATLAS.Ti, all'interno di una prospettiva speculativa di tipo fenomenologico ermeneutico (Gadamer, 1975; Saleebey, 1994)

L'approccio narrativo, così come pensato in una prospettiva di indagine di questo tipo, consente di individuare nelle storie prodotte dagli individui una modalità espressiva mediante la quale il soggetto può trasformare in racconto la sua esperienza vissuta, rendendola per questo ascoltabile e conoscibile e quindi analizzabile da altri, sulla base di un'identità strutturale che avvicina l'azione al testo (Charon, 2001; Van Manen, 1990): nell'intreccio all'identità reale, percepita concretamente, viene a sostituirsi un'identità narrativa (anche se velata dal simbolo immaginifico), frutto dell'intersezione tra la realtà concreta dell'essere e il desiderio di apparire (Ricoeur, 1993). In questo senso l'identità narrativa può essere più significativa di quella reale, perché in grado di esprimere la vera essenza così come vissuta e immaginata, desiderata dal soggetto (Good, 1999).

### *Risultati*

Sono stati raccolti in tutto 11 componimenti, di una lunghezza media di 998 parole ( $\pm 267.6$ ). È stato possibile individuare in prima istanza alcuni temi ricorrenti e trasversali ai racconti: in primo luogo l'alternanza, spesso imprevedibile di sostanza ed apparenza, in pratica la rappresentazione narrativa della distanza tra ciò che è e ciò che appare; il bivio, inteso come scelta obbligata, ma difficile, tra due alternative opposte ed entrambe attraenti, se pur per motivi diversi; il cibo, come mancanza di (fame) o effetti/cause della sua privazione (freddo, povertà); ancora, l'identificazione di una parte di sé, o specifica qualità, che, pur creduta insignificante, si rivela poi strategica nella logia dell'intreccio; infine, l'amicizia intesa come legame fondato sulla lealtà reciproca e su di una affinità di intenti e di bisogni. Infine, un'analisi quantitativa effettuata sui lemmi, ci ha condotto ad individuare alcuni semantemi che nella loro ricorrenza e frequenza risultano di fatto particolarmente significativi. Tra di essi, ad esempio tutte le forme di negazione (non, neppure, nemmeno, nessuno, senza, etc.). Altri lemmi invece si evidenziavano per la loro estrema rarità, spesso identificabili con emozioni positive e con riferimenti al futuro.

### *Conclusioni.*

I temi individuati, così come le caratteristiche con le quali venivano tracciati i personaggi protagonisti dei racconti trovano particolare coerenza con i dati di letteratura. Dal punto di vista pedagogico educativo, si può concludere affermando che i laboratori realizzati si sono rivelati essere un potenziale mezzo educativo di



espressione e di relazione che può trovare un giusto spazio accanto ad altri strumenti terapeutici più specifici, medico-clinici, psicoterapici o psichiatrici.

## **Bibliografia**

- Charon, R. (2001). Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *Jama*, 286(15), 1897-1902. doi:10.1001/jama.286.15.1897
- Crepet, P. (2002). *Non siamo capaci di ascoltarli. Riflessioni sull'infanzia e sull'adolescenza*. Torino: Einaudi.
- Sibeoni, J., Orri, M., Colin, S., Valentin, M., Pradère, J., & Revah-Levy, A. (2017). The lived experience of anorexia nervosa in adolescence, comparison of the points of view of adolescents, parents, and professionals: A metasynthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 65, 25-34. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.10.006
- Surgenor, L. J., Maguire, S., Russell, J., & Touyz, S. (2007). Self-liking and self-competence: relationship to symptoms of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 139-145. doi:10.1002/erv.734

### **9.5 - The territorial pharmaceuticals in Lombardy region: from 'to heal' to 'to care'**

#### **9.5 - La farmaceutica territoriale in Regione Lombardia: da "curare" a "prendersi cura"**

**Maria Adele Frigerio**

*Keywords: pharmaceuticals, territory, take care*

*Parole chiave: farmaceutica, territorio, prendersi cura*

Con la "Legge Regionale del 11 agosto 2015 n. 23", si ha un'ulteriore evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo previsto dalla legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33.

«(...) Vengono istituite le agenzie di tutela della salute, definite ATS, che hanno funzioni di governo e le aziende socio sanitarie territoriali, definite ASST, che concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Tale attività è volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale. (...)» (LR 23/ 2015).

La Legge Regionale 23/2015 disciplina l'evoluzione del SSL ribadendo l'orientamento della presa in carico della persona nel suo complesso, nel rispetto della libera scelta promuovendo l'integrazione operativa e gestionale tra erogatori dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, coniugando il principio dell'efficienza con quello della prossimità, garantendo la semplificazione dell'erogazione delle prestazioni e dei percorsi di cura e di assistenza.

*Esperienza dell'ASST LECCO: Ospedale Manzoni e S. Leopoldo Mandic*

Con la legge regionale, nell'ASST di Lecco è confluita la distribuzione dei farmaci ospedalieri e l'attività erogativa territoriale diretta alla popolazione assistita in precedenza effettuata dalle ASL (LR 33/2009).

Questo permette di rispondere in modo più uniforme ai bisogni del paziente assicurando la continuità ospedale – territorio, permettendo un uso appropriato delle risorse.

Si passa così dalla cura al prendersi cura mettendosi al fianco del percorso di vita e di malattia delle persone, assicurando alla persona una continuità di cura e di assistenza con l'orientamento all'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico.

Il malato cronico, portatore di malattia rara, con patologia complessa, se può aver bisogno di un ricovero d'urgenza, ha anche bisogno di essere assistito al di fuori dell'ospedale, al proprio domicilio.

Viene valorizzata l'assistenza territoriale e la presa in carico della persona e della famiglia garantendo una continuità delle terapie, facilitandone l'accesso e superando un percorso ad ostacoli, assicurando la centralità della persona e della famiglia all'interno dell'organizzazione, valorizzando nel contempo tutte le professionalità sanitarie e sociosanitarie uniformando così il processo sul territorio regionale (DGR Lombardia 5113/2016).

Viene ricostituita la continuità erogativa fra ospedale e territorio, con il criterio prevalente della presa in carico del paziente evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi fra area ospedaliera e territoriale arrivando ad un modello distributivo più appropriato "aprendo la Struttura Ospedaliera al Territorio".

La presa in carico delle persone in condizione di fragilità e cronicità viene effettuata nell'ASST di Lecco anche per il tramite del Servizio di Farmacia Ospedaliera – settore Farmaceutica Territoriale, garantendo la continuità e l'appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi deputati all'erogazione delle prestazioni sanitarie siano esse in forma diretta o per il tramite di service.

Gli assistiti domiciliari hanno patologie come l'emofilia, la fibrosi cistica, patologie complesse, pazienti con disfagia ai liquidi che possono essere anche in nutrizione enterale o parenterale, con ossigenoterapia.

È stato definito un percorso per il paziente con Malattia Rara facilitando l'accesso alle terapie, proponendo le prescrizioni di farmaci *off-label*, di Dispositivi Medici, integratori alimentari o prodotti da banco, a carico del SSR previsti nei PDTA condivisi a livello regionale (DGR Lombardia 1185/2013 e DGR Lombardia 2989/2014).

L'assistito viene facilitato nell'accesso ai servizi e agevolato nella relazione col Farmacista utilizzando strumenti come il telefono, offrendo uno spazio all'ascolto del bisogno nel reperire la terapia farmacologica e dando, se necessario, un supporto professionale per la sua gestione; la posta elettronica, che permette di ricevere in breve tempo i piani terapeutici e le richieste necessarie per l'erogazione delle terapie. La persona viene coinvolta nei processi assistenziali attraverso il più ampio accesso alle informazioni, dando un supporto all'auto-cura.

Tra il Farmacista Territoriale e lo Specialista Ospedaliero si ha un coordinamento delle cure ed una continuità dell'assistenza sanitaria. Viene costruito un percorso intra ed extra-aziendale atto a garantire la continuità delle cure integrando l'ambito ospedaliero e territoriale. Ciò soprattutto quando si trattano farmaci ad alto costo come i fattori della coagulazione del sangue, le immunoglobuline e gli anticorpi monoclonali.

La figura del farmacista opera un po' da riferimento e da facilitatore per la persona che ha bisogni complessi sia sanitari che sociosanitari seguendo il paziente nel suo percorso per migliorare l'efficienza dell'assistenza.

Fondamentale è l'ascolto e il dialogo costante del farmacista con l'utente e la sua famiglia, nel tempo si stabilisce una relazione professionale-personale tra farmacista e paziente che permette di orientare e sostenere il paziente stesso nelle problematiche sanitarie, ampliando così il livello di consapevolezza che permette di attingere alle proprie risorse interiori trovando nuovi modi per affrontare e trasformare quelle sofferenze che derivano da momenti di difficoltà inevitabili nella nostra vita.

### **Bibliografia e sitografia**

Delibera della Giunta Regionale della Lombardia n° 5113 del 29/04/2016. Disponibile da: [https://www.ats-brianza.it/images/trasparenza/dgr5113\\_29\\_aprile\\_2016.pdf](https://www.ats-brianza.it/images/trasparenza/dgr5113_29_aprile_2016.pdf)

Delibera della Giunta Regionale della Lombardia n° 1185 del 20/12/2013. Disponibile da: [http://www.lombardia.cisl.it/doc/cosa%20facciamo/relazioni\\_internazionali/immigrati/2013/DGR2013\\_1185\\_regole2014.pdf](http://www.lombardia.cisl.it/doc/cosa%20facciamo/relazioni_internazionali/immigrati/2013/DGR2013_1185_regole2014.pdf)

Legge Regionale del 30 dicembre 2009, n.33. Disponibile da: <http://smtp.consiglio.regione.lombardia.it/NormeLombardia/Accessibile/main.aspx?iddoc=lr002009123000033&view=showdoc>

Legge Regionale del 11 agosto 2015, n. 23. Disponibile da: <http://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/NormeLombardia/Accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002015081100023>

## **SIXTH PARALLEL SESSION**

## **SESTA SESSIONE PARALLELA**

### **Chapter 10 – Representations of death in art and literature**

### **Capitolo 10 – Rappresentazioni della morte nell'arte e nella letteratura**

#### ***10.1 - Post-mortem identity transformations in ancient world, east and west***

#### **10.1 - Trasformazioni identitarie post-mortem nel mondo antico orientale e occidentale**

**Alessia Zielo, Laura Liberale**

**Keywords:** *metamorphosis, cremation, fire*

**Parole chiave:** *metamorfosi, incinerazione, fuoco*

L'analisi dei testi antichi indiani e delle fonti (scritte e materiali) di epoca classica relativi all'uso della pratica incineratoria contribuiscono ad evidenziare l'aspetto comune di metamorfosi identitaria nella fase liminare del post-mortem. Il ciclo della metempsicosi e la necessità di porvi fine, l'autorità della rivelazione sono attestati nella descrizione dei rituali funebri indiani: allorquando si muore, ciò che perisce è soltanto il corpo grossolano, formato dai cinque elementi (spazio, aria, fuoco, acqua e terra); permane invece il corpo sottile (*sūkṣmaśarīra*) – fatto di facoltà percettive, elementi sottili, mente, egoità, intelletto – che “avvolge e invischia” il principio spirituale e che, per effetto del bagaglio karmico accumulato e conformemente alla ferrea causalità da questo imposta, si trasferisce in un nuovo embrione, dando vita a un nuovo individuo. La *Bṛhadāraṇyaka-upaniṣad* ci parla della perdita delle facoltà sensoriali, del ritrarsi dello spirito all'interno del cuore e poi della sua uscita dal corpo: come si raccoglie il bruco al termine dello stelo d'erba, così l'*ātman* si allontana, per foggare una nuova forma. Leggiamo nel *Garuḍa-purāṇa* che, come il vento disperde le nuvole

qua e là, così vengono dispersi quanti sono assoggettati al tempo. All'approssimarsi della morte insorge una qualche infermità; gli organi di senso s'indeboliscono ed è come se miriadi di pungiglioni colpissero contemporaneamente. Si perde conoscenza, i soffi vitali vengono scossi dai sopraggiunti messi di Yama, il dio dei morti, e si raccolgono in gola; l'aspetto si fa spaventoso. Il credente ottiene una morte serena, così come coloro che non sono falsi, né parziali quanto a devozione, coloro che non si discostano dal *dharma*.

A chi impartisce una conoscenza fallace è riservata invece una profonda tenebra; chi si macchia di falsa testimonianza, il menzognero, chi tradisce la fiducia, tutti costoro muoiono privi di coscienza, così come quanti ripudiano i *Veda*. I terrificanti e fetidi messi di Yama, armati di mazze e bastoni, prendono in consegna l'anima malvagia, la quale, sul tremendo sentiero, comincia a tremare. Agonizzante, egli – la vista che vacilla, la bocca secca per il terrore e l'affanno del respiro – si libera infine del corpo. Avendo patito duramente nei tremendi inferi per effetto del *karman*, i grandi peccatori rinascono poi sulla terra. L'uccisore di un brahmano rinasce in forma di cervo, cavallo, maiale, cammello; il ladro d'oro, in forma di verme; chi ha profanato il letto del maestro, in forma di erba, arbusto; chi ha offeso gli antenati soffrirà di consunzione, e di idropisia chi si è macchiato di falsa testimonianza.

L'incinerazione è un vero e proprio rito sacrificale, o meglio, è "l'ultima oblazione, l'ultimo sacrificio", ciò che va a immolare, a sacrificare il corpo stesso del defunto, trasformato in materia oblatoria attraverso la "cottura" rituale. Il fuoco detto "conoscitore dei nati" trasporta questa offerta agli dèi, dopo che tutte le impurità sono state arse e distrutte. L'uomo che, nel corso della vita, ha celebrato dei riti vicari, con offerte sostitutive e parziali, giunge infine all'autentica offerta: quella di se stesso (e ricordiamo che, nell'ottica hindū, il sacrificio è garante del mantenimento del cosmo). È detto, infatti, che si nasce tre volte: una prima volta dai genitori, una seconda con l'offerta del sacrificio e una terza quando si viene arsi sulla pira funebre. Nel *Garuḍa-purāṇa* i messi di Yama, il dio dei morti, giungono a prendere in consegna il defunto, per evidenziare che la graduale costruzione dell'identità di antenato.

Il fuoco, come l'acqua, rappresenta un elemento di trasformazione da una condizione all'altra. La sua presenza – nei riti di passaggio come nelle cerimonie che accompagnano la morte e la nascita, reale o simbolica – assume un tale significato. Elemento insieme umano e divino, vivifico e distruttore, riveste un ruolo importante anche nella religione e nella mitologia del mondo antico: emblematici sono ad esempio il culto di Vesta e quello dei Lari nonché il mito di Prometeo ricordato da Ovidio nelle *Metamorfosi*.

Nei contesti funerari antichi occidentali l'uso del fuoco compare già a partire dal Paleolitico Superiore; tuttavia fu a partire dal Neolitico che la sua presenza diventò più frequente tanto da poter distinguere casi di cremazione parziale, limitata ad alcune parti del corpo, e cremazione totale. Tale pratica poteva avvenire con la diretta cremazione del defunto oppure con una cremazione parziale, a volte per ottenere la scarnificazione delle ossa per poi seppellirle definitivamente, o anche attendere la naturale decomposizione del cadavere e poi cremare solamente i resti ossei. Il concetto principale che sottintende la incinerazione nel mondo antico riguarda lo spirito del defunto che durante questo rituale si eleva a migliore e più ricca esistenza attraverso

il fumo della pira che deve essere il più denso possibile per permettere un concreto collegamento tra questo mondo e l'aldilà. Il rituale del passaggio del corpo del defunto attraverso il fuoco potrebbe essere connesso al cosiddetto periodo "liminale" ovvero a quella fase del passaggio dal mondo dei vivi al mondo dei morti in cui gli spiriti dei defunti non si separano dai corpi subito dopo la morte ed in questo momento costituiscono delle entità ostili per i vivi e soprattutto per coloro che gli erano stati vicini in vita; perciò la cremazione abbrevia questa fase di transizione trasformando completamente tutto ciò che in origine costituiva l'entità fisica dell'individuo. Il passaggio del corpo attraverso il fuoco assume un ruolo simbolico di purificazione: conseguentemente i riti legati a tale elemento possono aver avuto origine sia per sottrarre la salma di una persona cara alla decomposizione, sia come scelta di ordine psicologico e religioso.

L'*Illiade* inoltre spiega l'usanza della cremazione come pratica impiegata per far sì che dopo la morte le anime non abbiano più alcun potere di influire sul mondo dei viventi dal quale vengono separate scendendo subito e per sempre nel mondo sotterraneo dell'Ade. Secondo la concezione omerica, l'uomo dunque esiste per ben due volte: nella sua forma sensibile e nella sua immagine invisibile. Nell'uomo vivente abita una sorta di 'ospite straniero', un *altro io*, che è la sua *ψυχή*. Abbandonando il corpo, l'anima rimpiange la sua precedente condizione, lamentando la propria sorte (*Il. XVI*, vv. 856-ss; *XXII*, vv. 362-ss.). Si dileguerà nelle profondità dell'Erebo soltanto in seguito all'arsione del corpo.

L'incenerirsi di un corpo è la forma più radicale di ciò che per i mortali è l'annientamento della morte. Qui, in breve tempo e sotto lo sguardo di tutti, il corpo che brucia perde ogni sua identità. Di esso rimane soltanto la cenere; tutto il resto è diventato niente. Si evidenzia pertanto come in ambiti culturali diversi l'idea di metamorfosi del cadavere sia ben attestata a partire dai tempi più antichi, quasi fosse la manifestazione della metempsicosi della nostra identità che trasmigra sotto sembianze diverse e si purifica "ardendo" pur di non scomparire in quel "*μηδέν*", in quel nulla, in quel "non-essere" che l'uomo ha sempre temuto.

### **Bibliografia**

- Capone, C. (2004). *Uomini in cenere: la cremazione dalla preistoria a oggi*. Roma: Editori Riuniti.
- Filippi, G.G. (1996). *Mṛtyu, Concept of Death in Indian Traditions, Transformation of the Body and Funeral Rites*. New Delhi: D.K. Printworld.
- Gnoli, G., & Vernant, J.P. (1982). *La mort, les morts dans les sociétés anciennes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mirto, M.S. (2008). *La morte nel mondo greco: da Omero all'età classica*. Roma: Carocci.

## **10.2 - The colour from the dark**

### **10.2 - Il colore dal buio**

**Elena Alfonsi**

*Keywords: culture, identity, art*

*Parole chiave: cultura, identità, arte*

Il termine "linguaggio" possiede una pluralità di significati. Tra questi, l'inter-relazione tra soggetti e sistemi (attraverso l'uso di simboli o segni), nella quale elementi differenziati sono unificati da una logica. Un "insieme" a cui riconosciamo il carattere complesso. Quindi, anche quando ci occupiamo di un linguaggio non verbale come l'opera pittorica, se lo osserviamo come sistema, dovremo considerare che in esso siano presenti tutti i significati (e le funzioni) del linguaggio inteso nel suo insieme. Lorenzo Puglisi è l'autore che desidero porre all'attenzione del pubblico.

Egli è creatore di una forma di comunicazione di segni, un'informazione, un'inter-relazione tra i soggetti rappresentati, ma soprattutto è l'organizzatore d'informazioni nell'intra-relazione tra una serie di simboli.

Identità che affiorano per ricostruire un rapporto con il mondo sensibile e le sue condizioni di realtà, emarginando gli schemi e affidandosi alla responsabilità primaria di un segno strisciato a guisa di benda, che il colore decora e illustra come le bende di mummia recanti illustrazioni tratte dal "Libro dei Morti", venute alla luce a Saqqara all'interno e nelle vicinanze della tomba (Lepsius 24) del Visir di Psammetico I.

Sulle tele, i gesti delicati e intonati da tocchi di colore, come accade sulla pasta di fondo bianco di una roccia metamorfica, rendono la pittura drammatica di flagrante attualità e immediatezza. Puglisi medita sull'antico facendo ampio uso dell'olio nero che stende su tutta la superficie della tela oscurando con un bellissimo non-colore profondo, mai inerte, il racconto della vita. Il passaggio provvisorio lungo sentieri interrotti e franosi lascia spazio a un comporre senza parole nel teso silenzio d'indagine a luce caduta. Dalla caverna dell'ignoto, di là della porta rinchiusa da cui niente ritorna, i "ritratti a brandelli" parrebbero chiamarci a meditare sugli oggetti dell'amore, sulle persone conosciute nell'esistenza quotidiana. Malcelati sguardi e gesti, sull'abisso del mistero rimpiangono la bellezza e la dolcezza di spirito dei rapporti umani d'amore, e la radiosa bellezza della natura.

Ma l'autore tende a proporre una strategia comunicativa?

Con certezza sceglie una via di propagazione del concetto interno all'opera, quasi un elemento dinamico determinato dalla creatività e dotato di un carattere polivalente: simbolico, emozionale, inconscio. Un aspetto della comunicazione umana che permette di intra-vedere informazioni, conoscenza ed emozioni che attraverso tale trasferimento danno vita a un messaggio travalicante le intenzioni conscie. I segni, adagiati su affioranti lievi convessità, appaiono a guisa di "entità nucleare" posseduta dalla mente, depositata in un programma genetico individuale. La tecnica pittorica di Puglisi mediante la quasi totale cancellazione della corporeità, nell'indistinto corporeo di volti celati e gesti assoluti, racconta nello stesso spazio e nello stesso

tempo la proiezione della volontà di reintegrare la morte nella vita collettiva. In queste espressioni anche il termine “esprimere” riacquista il valore originario di “ex-premere”, cioè di far uscire il senso illuminante e generante del significato di “far vivere” l’opera d’arte nell’autenticità e nella sincerità, ossia la “rettitudine del dire” e la “rettitudine morale”, che finiscono per coincidere nella propria verità espressiva.

Ma torniamo per un attimo a parlare di Saqqara.

Associando trasversalmente allo straordinario ritrovamento di bende di mummia illustrate, la teoria della logica interna dell’evoluzione storica dell’arte, per la quale ogni fase è condizionata da una fase precedente, e ogni forza nuova possa dipendere da una forza vecchia poiché il corso dell’arte percorre, come per la storia, una via predestinata, potremmo ipotizzare la continuità di un’azione che continuerà nel tempo.

Sono testimonianze raffinatissime, ma sulle quali oggi dobbiamo interrogarci su come si debba riflettere.

Esistono interminabili archivi di dolore e di speranza in cui la morte porta a una riflessione inesorabile. Se difficilmente nella società odierna siamo in grado di trovare validi deterrenti utili ad allontanare dalla morte volontaria, vorrei portare l’attenzione alla lettura delle lettere dei condannati a morte della Resistenza Europea. Un testo “monumento” come lo ha definito Thomas Mann, la cui azione continua e continuerà nel tempo. Un libro di testimonianze di esseri umani nel momento unico della sincerità e verità estrema della propria esistenza. Difficilmente l’uomo in punto di morte può fingere sentimenti non veri, poiché non avendo più tempo, gli è sufficiente chiarire, approfondire e rendere persuasi coloro che si trovano a lui vicini nell’ultimo intervallo, prima della fine. Forse mai, nella storia degli uomini, una vastità di orrori, e una smisurata violenza di passioni senza precedenti, hanno messo vite nelle condizioni di provare la forza, la decisione, la serenità dei pensieri di fronte alla potenza di quelle spaventose sofferenze. Donne e uomini di ogni età che hanno apprezzato e goduto più o meno a lungo della bellezza della vita, e vorrebbero goderne ancora. Nelle poche ore che restano, sarebbe loro desiderio abbracciare e stringere a sé ogni aspetto della realtà, della natura e dei sentimenti, benché la misura della distanza che divide dalla morte non li sradichi dall’esistenza terrena, misurandone ancora la dolcezza. Da qui la riflessione sulla imprescindibile e fondamentale necessità d’indagine per comprendere che la morte pur essendo una definitiva caduta di comunicazione, sia d’appello ad amplificare incontri formativi anche attraverso l’arte, la letteratura e la poesia. Nei gravi giorni in cui si spalanca la porta del dolore sull’abisso di ciò che non conosciamo, è necessario porre domande. Se “*dubitare necesse est*” oltre i lamenti e la stanchezza di cuori sfiniti dall’esperienza decisiva della morte, il nostro dovere è di contribuire ad allontanare “quel vuoto” da coloro che soffrono, ad abbandonare gli ultimi sguardi a vantaggio del recupero della serenità e dell’amore per la vita.

Mi fermo: punto saldamente lo sguardo sulle tracce spettrali, incatenate al silenzio per scuotere il torpore della volontà alla riflessione. Volti e gesti sono un rapido ponte di richiamo gettato nell’ora della notte. Un corpo a corpo con le immagini di una pittura d’antichi messaggi che lascia a sua volta la scia del proprio passaggio. In questo momento tutto si è fatto lontano, ma preme la forza del cosmo interrogandomi sulla vita, oppure è la morte? Oltre il duro cammino di carne ci confortano le ultime orme che precisano una necessità d’espressione

sulla fragilità del vivere. Magico, ipnotico, rapinoso, sconvolgente, Lorenzo Puglisi parla al mondo per scendere nelle anime, dipingendo le impronte che al nuovo giorno consegna: e chiama “domani”.

### **Bibliografia**

Barthes, R. (1993). *L'impero dei segni*. Torino: Einaudi.  
Galimberti, U. (1998). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.

## **10.3 - The Bee and the Hornet. Poetry book**

### **10.3 - L'Ape e il Calabrone (silloge poetica)**

**Carmelo Consoli**

**Keywords:** *Orion*

**Parole chiave:** *Orione*

Mi sono chiesto come sia possibile in presenza di grandi sofferenze e nell'avvicinarsi della morte conservare la propria dignità umana, superare quella fase cruciale che annulla la bellezza e l'armonia della persona e recuperare la coscienza vera di sé e di cosa sia stata e sia la vita.

Le risposte a questi fondamentali interrogativi hanno motivato la mia personale ricerca e giustificato l'interesse verso problematiche apparentemente irrisolvibili, aprendo strade fascinoso e gratificanti per la fine dell'esistenza di ognuno di noi.

Il metodo di questa indagine conoscitiva parte dall'assunto che la vita degli uomini sia contrassegnata dalla presenza di un DNA tanto misterioso quanto salvifico di perfezione, insito all'interno del contenuto della parte spirituale, che lo porta a percepire, attraverso sensibilità ed emozioni la sfera di una immanenza dell'anima senza fine a cui è destinata. Una sfera ovviamente afferente alle zone sensoriali più colpite dalle dolcezze, dai profumi e dalle cromie della vita vissuta.

Da questa tesi di partenza ho elaborato la mia teoria della “Bellezza infinita” che tende a giustificare la permanente ed esclusiva dignità e superiorità dell'esistenza umana basata sul concetto dell'amore totale.

Amore nella più larga accezione del suo concetto, da quello fraterno, cristiano a quello verso le delizie di una vita quotidiana. Amore che tende a spegnere, relegandole come momentanee ed amare esperienze, tutte le asprezze del vivere nei contatti con il proprio corpo e con i propri simili; ossia attraverso il dramma della sofferenza, delle malattie e dei conflitti aspri della quotidianità con la società in cui si vive.

La teoria della “Bellezza infinita” innalza la vicenda umana nel campo di una percepita trascendenza, della consapevolezza di un Oltre già acquisito in virtù di un amore puro e totale che permette di vivere istante per istante la meraviglia di un vedere, sentire, percepire quell'eterno meraviglioso di cui assistiamo in anteprima un breve trailer e che poi ci accompagnerà per sempre dopo la morte fisica.

In questa condizione la mente ed il corpo umano saranno sollevate dal peso di una grave corporeità che compromette l'equilibrio psicofisico e conduce a solitudini, smarrimenti, disperazione, suicidi.



Tutta la vita in tale stato è una somma di ricordi, istanti meravigliosi, avventure sorprendenti che si stagliano nettamente al di sopra dei contenuti negativi e distruttivi incontrati.

Ho voluto dare un titolo a questo mio breve abstract che è quello di: *L'ape e il Calabrone* volume, nelle cui vicende poetiche chiara è la conclusione finale delle mie tesi. Avvicinandosi la morte più forte è il richiamo della "Bellezza infinita" ossia quella sosta senza tempo e in eterno nella meraviglia e nello stupore del vissuto nel corpo: "atto d'Amore" dandoci nel contempo l'avvertimento più alto di una nostra appartenenza all'eterno e preparandoci ad una rifioritura perenne in un Oltre metafisico perpetuo.

Con questa teoria basata sostanzialmente sulla Grazia del vissuto attraverso il mare dei ricordi il passaggio dalla vita alla morte non è altro che uno sbocco naturale nell'aldilà, un grande respiro di rinascita verso terre già vissute nel loro splendore conservando naturalmente la propria dignità e la coscienza di appartenere ad esseri superiori. Questa mia teoria non si pone come antagonista con altre fedi religiose ma vuole essere solamente un'apertura verso l'eterno colto nella sua Grazia e nella sua armonia, ripercorrendo le strade e cristianamente camminando. Se poi questo vuol significare, dopo la morte, arrivare al cospetto di un Dio (Grazia e Perfezione immanente) come la nostra anima ed il nostro immaginario di fede sembrano suggerirci, che esso ben venga.

#### **Bibliografia**

Consoli, C. (2009). *Strade con vista paradiso*. Spinea: Edizioni del Leone.

Consoli, C. (2011). *L'ape e il calabrone*. Spinea: Edizioni del Leone.

Consoli, C. (2011). *Cortometraggi*. Spinea: Edizioni del Leone.

Consoli, C. (2014). *La solitudine dei metrò*. Castelfranco Veneto: Biblioteca dei leoni.

### ***10.4 - Illness in the work of Andreij Tarkovskij: a philosophical point of view***

#### **10.4 - La malattia nel cinema di Andreij Tarkovskij: una lettura filosofica**

**Marica Costigliolo**

***Keywords:*** *Illness, identity, aesthetics*

***Parole chiave:*** *malattia, identità, estetica*

L'assoluta corrispondenza degli scritti, delle azioni descritte nel proprio diario (Tarkovskij, 2002a), delle idee e convinzioni con il percorso artistico e registico fanno di Andrej Tarkovskij (1932-1986) una figura straordinaria all'interno del panorama cinematografico, e un pensatore di rilievo per chi intraprenda una ricerca teoretica sul significato sociale e politico di alcuni concetti, quali "verità", "arte", "sacro": concetti che percorrono i libri del regista e si trovano magicamente "materializzati" nelle sue opere filmiche.

Per Tarkovskij il segno della contemporaneità è "la malattia mortale", che priva l'uomo dell'anelito al trascendente (Schraeder, 2000): una guarigione è possibile solo tramite una sottomissione al principio del sacro, alla tensione verso l'Altro, che porta alla creazione di una comunità degli uomini. In *Sacrificio* (1986), nella figura del folle Alexander e della strega Maria, il problema della malattia e della guarigione è espresso

come una dinamica, una potenza, laddove regna l'incomunicabilità. Questa viene infranta dall'artista che "crea e infrange la regola", così come la follia infrange l'ordine delle cose.

Il tema della follia è stato esplorato in *Solaris* (1972): anche ne *L'infanzia di Ivan* (1962) vi è il folle tra le macerie brucianti della guerra. In *Nostalghia* (1982) c'è poi un esplicito rimando alla legge Basaglia, che era entrata in vigore durante il periodo italiano di Tarkovskij. La follia come luogo della poetica di Tarkovskij emerge in tutte le sue opere e viene analizzata secondo differenti punti di vista. Il regista coglie le implicazioni che sono legate a essa: non solo l'emarginazione e l'esclusione ma pure quella dimensione magica, mitopoietica che appartiene a Sade, a Holderlin, Artaud. La follia viene concepita dal sapere come malattia, disequilibrio del soggetto recluso. Tarkovskij rovescia questa interpretazione del male e la follia diviene il segno ultimo di una possibilità di guarigione dalla malattia autentica: quella forma di sapere che ha recluso il folle, ha emarginato il sofferente, ha distrutto la possibilità del sacro.

In *Sacrificio*, Alexander è considerato un folle: egli non verrà compreso dai familiari, non troverà nessun aiuto all'interno delle relazioni che si è costruito nel corso della propria esistenza: forse perché ogni relazione si è strutturata nella malattia mortale da cui l'uomo non può e non vuole più guarire.

Gonkarov (il protagonista di *Nostalghia*) va alla ricerca delle tradizioni culturali della propria terra: così il protagonista de *Lo specchio* (1975) nel ricordo consuma rappresentazioni di sé e della contemporaneità. C'è un viaggio del soggetto esiliato da una condizione di identità falsata, trasfigurata dal sovrapporsi di oggetti, di volti e di corpi che formano l'esperienza del singolo, si arriva cioè a una dimensione onirica, al cinema (Deleuze, 2002). Il ricordo è un condensarsi all'infinito di immagini e di esperienze, è la materia pulsante dell'opera. La memoria è la fonte da cui l'artista attinge questa materia: "la memoria è un concetto spirituale", come precisa Tarkovskij (Tarkovskij, 2002b).

Questa pratica della stratificazione non è tanto un processo che vuole scandagliare tutti i ricordi, quanto un metodo per comprendere dove i ricordi si intersecano: il luogo in cui il ricordo diviene rappresentativo di altro. Ne *Lo specchio* i raccordi tra le varie inquadrature sono importanti: la scelta del montaggio di alcune scene di guerra con altre che appartengono all'universo privato dell'autore, così come la voce fuoricampo in alcuni quadri piuttosto che in altri rivestono un significato preciso su cui si costituisce l'opera. Allo stesso modo *Nostalghia* fonda la propria significazione nei ricordi: allo spettatore non resta che adeguare le proprie aspettative all'immagine: deve cioè disarmarsi dalle proprie difese per attingere alla verità di cui l'opera è depositaria.

Tarkovskij analizza anche la scissione dell'individuo come un elemento costitutivo: affermare la scissione come a-priori dell'esistenza significa riconoscere la lotta che in essa è intrinseca. Il principio di identità non è dato, ma è una conquista che il soggetto può realizzare nella collettività: i personaggi, come in Dostoevskij, non impazziscono perché hanno compiuto il male ma perché non credono più nel valore della comunione tra gli uomini. La sofferenza impedisce loro di accedere a quella che è la risorsa essenziale del soggetto, la condivisione, e persi in una delirante solitudine diventano folli.

Ne *L'infanzia di Ivan*, l'individuo nel sogno mette in atto la propria scissione abbandonandosi a essa, l'identità nel sogno vacilla. Il sogno fa quindi vacillare un sistema identitario, un sistema in cui il soggetto si riflette: «la stella sta nel pozzo di notte», dice la madre ad Ivan, per la stella è notte anche se per noi è giorno. Ed è giorno anche nell'ultima immagine del film in cui Ivan corre sull'acqua, dopo che lo spettatore ha appreso della sua avvenuta impiccagione da parte dei nazisti.

La trasformazione operata da Alexander così come da Andrej (nel film *Andrej Rublëv*, 1966), da Gorgakov e da Kris avviene tramite un sacrificio: amano con totale dedizione e da questa dedizione sono annientati. La trasformazione degli "eroi" tarkovskijani si articola secondo modalità differenti: Ivan va incontro alla morte nel desiderio di una scomparsa, Andrej rinuncia al proprio dono pittorico, Domenico si uccide, Kris si annienta psichicamente, lo stalker (nel film *Stalker*, 1979) sceglie la totale emarginazione, Alexander rinuncia alle cose e agli affetti terreni, ne *Lo specchio* il protagonista si ammala attanagliato dalla vergogna. Il desiderio di congiungersi con il sacrificio della crocifissione porta l'uomo a una trasformazione di sé, trasfigurazione corporale e psichica (Schrader, 2000).

In tutte le strutture comunitarie il corpo è soggetto a delle precise pratiche: rituali, detentive, assoggettanti, di consumo. Queste pratiche hanno la funzione di assicurare un controllo dei corpi che all'interno della rete sociale devono esplicitare un compito, un ruolo. L'atto trasformativo compiuto dal soggetto opera dei precisi mutamenti delle dinamiche del controllo sui corpi. L'ibridazione del cyber e del post-human ne è un esempio: in queste "ibridazioni" l'elemento dominante è il desiderio di trasformare il proprio corpo in modo autoreferenziale. Nell'atto sacrificale si assiste a un sovvertimento di questa "ibridazione": il desiderio è l'annullamento in vista di un'identità strutturata su una comunione. Alexander rinuncia a ogni cosa affermando così un valore dell'esistenza che si richiama a qualcosa di «inesprimibile, qualcosa rispetto a cui la parola è inadeguata» (Tarkovskij, 2002b). Si cristallizza in questa ineffabilità il senso del sacro nel cinema di Tarkovskij, la natura semantica doppia della sua opera. Di fronte alla possibilità di sparizione dell'intero mondo, Alexander rinuncia al proprio: questa possibilità secondo Tarkovskij non è eventuale, ma fattuale già in atto.

Nel cinema tarkovskijano il tema dell'identità si lega ai temi della malattia, del sacrificio e della morte, mettendo in luce la fragilità intrinseca della struttura identitaria individuale e collettiva.

## **Bibliografia**

- Deleuze, G. (2002). *Cinema 1: l'immagine-movimento* (J.P. Manganaro, trad.). Torino: Ubulibri.
- Schrader, P. (2000). *Il trascendente nel cinema. Ozu, Bresson, Dreyer* (G. Pedullà, trad.). Roma: Donzelli.
- Tarkovskij, A. (2002a). *Diari. Martirologio, 1970-1986* (N. Mozzato, trad.). Firenze: della Meridiana.
- Tarkovskij, A. (2002b). *Scolpire il tempo* (a cura di V. Nadai). Milano: Ubulibri.

**10.5 - «We left the camp singing». Removal of death or absoluteness of being present to God? The last days of Etty Hillesum**

**10.5 - «Abbiamo lasciato il campo cantando». Rimozione della morte o assolutezza dell'essere presenti a Dio? I giorni ultimi di Etty Hillesum**

**Massimo Pomi**

*Keywords: religious experience, spiritual education, seeking for a sense*

*Parole chiave: esperienza religiosa, educazione spirituale, ricerca di senso*

Questo contributo intende indagare l'attualità del contributo di Etty Hillesum (1914-1943). Esso, documento di una appassionata ricerca interiore, offre interessanti cifre dei dinamismi formativi della persona alle prese con il senso ultimo dell'esistere. Gli scritti della Hillesum mostrano «un quadro completo del suo sviluppo come giovane donna ebrea durante la persecuzione negli anni della seconda guerra mondiale», della sua decisione di condividere il destino del suo popolo e rappresentano una testimonianza di raro rilievo circa «che cosa significhi essere e restare umani nelle circostanze più estreme» (van Voolen E., 2012, p. 11). Esempio straordinario di una “resistenza esistenziale” al potere (*ibid.*); un “cuore pensante” da cui sgorga la speranza di un “mondo altro”; una “intelligenza del cuore” capace di “osare Dio” pur nell'abisso del male, per vivere a fondo l’“esperienza dell'Altro” e spingere la propria ricerca spirituale fino alla decisiva esperienza di “ospitare Dio” e, persino, di “aiutare Dio”, scoprendo infine che Dio, forse solo Dio, “matura”: tutto questo è stato detto di Etty Hillesum (cfr. bibliografia in calce a Pomi, 2014). Numerosi sono anche gli autori posti a confronto con lei: Ingeborg Bachmann, Cristina Campo, Marina Cvetaeva, Alba de Céspedes, Maria Zambrano, Simone Weil, Carl Gustav Jung, Seneca, Juan de la Cruz, Teresa de Avila, Edith Stein, Rainer Maria Rilke, i mistici renani, Martin Buber, Emmanuel Lévinas, Dietrich Bonhoeffer, Thomas Merton e altri ancora. La Hillesum, accanto alle filosofie e alle religioni orientali, accanto ai testi della tradizione biblica ebraica, che andava riscoprendo, fu attratta anche dalle suggestioni del circolo dominato dalla figura di Julius Spier, psicochirologo seguace di Jung. Senza porre in questione la propria identità ebraica, la Hillesum manifestava un marcato interesse per la scrittura neo-testamentaria, in particolare i Vangeli, attratta, oltre che da giganti della Chiesa come Agostino, anche da singolari figure di matrice cristiana della spiritualità interreligiosa, come Stanley Jones (1884-1973).

La scrittura stessa del diario, iniziato sabato 8 marzo 1941, come operazione di escavazione interiore e di costruzione di una identità funzionale alla propria formazione culturale ed esistenziale, fu, per la spinta decisiva che Etty ricevette da Spier, lo strumento di una crescita spirituale prodigiosa per la sua brevità e intensità. Il movimento di sviluppo interiore registrato dalle pagine del diario si articola in due direzioni poste sul medesimo piano di una intransigente ricerca di senso ultimo: la crescente consapevolezza della solidarietà con il suo popolo, che diviene un'impegnativa scelta di vita, spinta fino all'estremo dell'accettazione lucida della morte

ingiustamente inflitta, alla quale non volle sottrarsi<sup>1</sup>; la pratica di un'assoluta sincerità interiore, per liberarsi dalle scorie dell'egoità e lasciare spazio alla presenza e all'opera dell'altro e dell'Altro in sé stessa, lavorando per trasformare, con puntigliosa introspezione, l'amore-di-sé nel dono-di-sé, fino a una sorprendente, per quanto implicita e mai tradotta in una pubblica conversione, identificazione cristica all'estremo del suo percorso di educazione interiore «Ho spezzato il mio corpo come se fosse pane e l'ho distribuito agli uomini. Perché no? Erano così affamati, e da tanto tempo» (Hillesum, 2012, nota del 13 ottobre 1942). I suoi giorni ultimi, dai quali la vita riceve definitivamente il suo senso, cominciano con la scelta di trasferirsi nel campo di internamento di Westerbork come assistente sociale, nel luglio del 1942: era il momento in cui si dava inizio al programma di deportazioni sistematiche. Non nutriva alcuna illusione, né per sé né per altri: sapeva che cosa stava accadendo e non voleva permettere, per quanto era nel suo potere, che nessuno rimanesse solo. Non voleva salvarsi da sola, anche se forse avrebbe potuto farlo. Non ci si salva da soli. Ci si salva soltanto condividendo lo stesso pane, fino all'ultima briciola di respiro e di vita donata. Quando toccò a lei salire sul treno per Auschwitz, il 7 settembre 1943, scrisse in fretta su una cartolina che gettò dal treno in corsa, indirizzata all'amica Christine van Nooten: "Abbiamo lasciato il campo cantando". Condividere tutto e cantare insieme, nonostante tutto, fino all'ultimo: è così che si salva la dignità della vita dalla brutalità e dall'iniquità della violenza. Questo è quanto Etty Hillesum ha pensato e testimoniato nei suoi giorni estremi. Quanto potrebbe essere interpretato come una nevrotica rimozione della morte, della sua irrespirabile incombenza, appare in realtà l'esito coerente di un altissimo senso dell'assolutezza dell'esser presenti a Dio. Assolutezza in senso etimologico: sciolta da ogni circostanza, compresa la distretta estrema, la morte. E un esser presenti a Dio insieme passivo e attivo, per così dire: un Dio che si ricorda (riporta al cuore) del suo popolo; l'umano che si pone di fronte e accanto al suo Dio, in piedi e in ascolto. Il diario porta profondamente impresso il segno di una ansiosa e insieme fiduciosa ricerca di Dio da parte di Etty. Se, come lei scrive, non «c'è qualcosa di più intimo della relazione tra gli uomini e Dio» (*ibid.*), a volte Dio è così seppellito dai detriti e dai cascami della nostra vita che noi crediamo che ci abbia abbandonato, che abbia scelto un provocante silenzio, che ci abbia lasciato soli. E invece non abbiamo che da «dissotterrarlo di nuovo» (Hillesum, 2012)<sup>2</sup> (la probabile fonte di questo motivo del dissotterramento di Dio, presente in noi come "sorgente molto profonda", originaria, da raggiungere sempre di nuovo, rimuovendo le scorie che lo ricoprono, è da rintracciare in Origene, anche se attualmente è forse impossibile dimostrare una diretta conoscenza da parte di Etty del passo in questione<sup>3</sup>). Dissotterrare è già parola-azione che dice tutto: sforzo, pazienza, routine, tensione fisica e spirituale, mani sporche della terra del mondo, polvere negli occhi,

---

<sup>1</sup> Numerose testimonianze, a partire dai testi stessi della Hillesum e molte altre citate nell'apparato critico dei *Diari* e delle *Lettere*, rivelano che a Etty si presentarono non poche occasioni per sottrarsi alla deportazione, da lei sempre risolutamente respinte.

<sup>2</sup> "Dentro di me c'è una sorgente molto profonda. E in quella sorgente c'è Dio. A volte riesco a raggiungerla, più sovente è coperta da pietre e sabbia: allora Dio è sepolto. Allora bisogna dissotterrarlo di nuovo" (Hillesum, 2012, p. 153).

<sup>3</sup> "Notate bene che in ogni anima c'è una specie di pozzo d'acqua viva, un certo senso celeste, un'immagine nascosta di Dio... Il Verbo di Dio è là, e la sua azione attuale consiste nel rimuovere la terra della vostra anima per far sgorgare la sorgente. Questa sorgente è dentro di voi e non viene dal di fuori, come il 'regno di Dio che è dentro di voi'" (Origene, 1992, *Omelia XIII*, PG XII, 233-234).

pesantezza, ricerca a tentoni, speranza, testarda speranza. Ma finché Dio rimane seppellito sotto i detriti della storia, fosse pure Egli «solo una metafora dopo tutto, un avvicinamento alla nostra più grande e continua avventura interiore» (Hillesum, 2012, p. 645), senza di lui, anche senza il dubbio di lui, la vita resta monca, priva di sostegno. La sorgente deve tornare a zampillare. Se la sorgente si secca, la vita muore. È il duello con lui e il dubbio di lui che tiene in vita la vita. Ne siamo responsabili: spetta a noi disseppellire Dio, riportare alla vita Dio. Etty non potrebbe essere più chiara, e provocatoria: «Dio non è responsabile verso di noi, siamo noi ad esserlo verso di lui» (Hillesum, 2012, p. 645). Questa estrema responsabilità, in cui tutto si gioca, è quanto dà senso e ragione all'altrimenti incomprensibile canto di Etty.

### **Bibliografia**

Hillesum, E. (2012), *Diario 1941-1943* (C. Passanti, T. Montone, trad.). Milano: Adelphi.

Hillesum, E. (2013), *Lettere* (C. Passanti, T. Montone, A. Vegliani, trad.). Milano: Adelphi.

Origene (1992). *Omellerie sulla Genesi*. Roma: Città Nuova.

Pomi, M. (2014). Lavorando a noi stessi. L'educazione spirituale secondo Etty Hillesum. *Orientamenti pedagogici*, 61(2), 297-321. Disponibile da: <http://rivistedigitali.erickson.it/orientamenti-pedagogici/archivio/vol-61-n-2/>

## ***10.6 - Rhythm docet - The interactive dance between psychoanalysis, neuroscience and phenomenology***

### **10.6 - Ritmo docet - La danza interattiva tra psicoanalisi, neuroscienze e fenomenologia**

**Nicolò Pisello**

**Keywords:** *rhythm, affection, death*

**Parole chiave:** *ritmo, affetto, morte*

Disse Freud, «lo non sapevo decidermi a contestare la caducità del tutto e nemmeno a strappare un'eccezione per ciò che è bello e perfetto. Contestai però al poeta pessimista che la caducità del bello implichi un suo svilimento. Al contrario, ne aumenta il valore! Il valore della caducità è un valore di rarità nel tempo. La limitazione della possibilità di godimento aumenta il suo pregio». Quando Freud scrisse "Caducità", la guerra aveva portato via e depredato vite e vissuti affettivi. Il fatto bellico in sé non è condizione sine qua non per cogliere il bello della vita ma ne è senz'altro condizione sufficiente affinché le generazioni sopravvissute e future, ricordino il trauma subito per una sana rielaborazione del lutto, senza ripetizioni.

Moti di ricapitolazione narrativa sono ad oggi dati, dalle infrastrutture sociali e culturali che svolgono la loro funzione educativa e civile. Al contempo, in alcuni individui e gruppi, è possibile, rintracciare la permanenza di, quelli che Gaetano Benedetti, riferendosi alla condizione esistenziale della schizofrenia, chiamava, «singoli atti psichici, singoli complessi, singole rappresentazioni mentali (...) che hanno acquisito in sé una qualità egoica autonoma dall'lo»; ciò provoca, quello che Jung ha chiamato, un "autonomizzazione del complesso patogeno" tale da rendere manifesta, la non-integrazione di questi, così riportati da Benedetti come, "nodi di fibrillazione"

nella coscienza collettiva. È ipotizzabile che una spinta del genere, operando sotto l'istinto di morte, crea spostamenti e condensazioni tali da reindirizzare la libido verso oggetti differenti e coinvolgendo fonti e mete, a volte bizzarre secondo Freud nelle perversioni, a volte pericolose come riporta Morerio nelle analisi sul fondamentalismo, a volte annichilenti come nelle descrizioni di Blasi sulle costanti atemporali a cui ogni gruppo umano è sottoposto nei casi di violenza, fisica o psicologica, subita. La coazione a ripetere, in tal senso, lungi dal ricapitolare in modo sano il fatto entro un vissuto esperibile e rappresentabile, crea, utilizzando una terminologia lacaniana, un "supposto-sapere" che nega la caducità come valore, elevandola talora, a feticcio. Tutto, fin dagli albori della vita, ci parla silenziosamente del segreto della salute che con tatto e pazienza, suggeriscono all'uomo il valore del vuoto, culla di ogni nascita psichica. I fattori protettivi e costituenti la struttura, funzionale all'esperire del mondano, emergono, come dimostrato dalla ricerca neuroscientifica, fin dal periodo prenatale quando vengono espressi i sistemi recettoriali. Il ritmo che il feto instaura con il suo ambiente, ha dimostrato Castiello, è un circolo virtuoso di avvicinamento e distacco in una ripetizione Hebbiana tale che è possibile continuare l'ipotesi secondo cui, non vi è mai, nemmeno nel feto, un solipsismo dato; tutto è relazione e da questa, nasce l'individuo. I movimenti di unione e separazione nel feto, attivano altresì schemi sensori-motori complessi, dimostrati dalla ricerca empirica, che coinvolgono la genesi neuronale e neurale dell'anticipazione, figlia-funzione del primitivo sistema *mirror* del feto. Il movimento, ci fa notare Provasi, dell'ambiente e nell'ambiente, crea le basi per l'apprendimento spazio-temporale. Il neonato quindi, date le basi del ritmo spazio-temporale, inizierà ad affrontare la relazione primaria, così come descritta da alcuni autori della psicoanalisi intersoggettiva, culla dell'ipseità. All'interno del crocevia dipendenza-indipendenza, ci ricordano Winnicott e i più recenti autori dell'Infant Research, l'infante affronterà molteplici eventi di vita la cui trama sarà costituita, per un sano sviluppo, da interruzioni e riparazioni relazionali-affettive. Nell'infante, così come nell'adulto, il *corps propre* della tradizione lacaniana, sarà coniato, intessuto e rammentato dalle continue relazioni affettive che lo stesso instaurerà con l'ambiente. I buchi narrativi del soggetto, potranno creare dei complessi autonomi che emergeranno talora come sintomi e talora come modi d'esistenza difficilmente ricollegabili al livello simbolico se non nella misura del concretismo (Bollas, 2016). Questo può accadere e accade, in varie misure, nella clinica delle psicosi (Peciccia, 2016), in particolare della schizofrenia come indagata da Recalcati, così come nella clinica dei sintomi depressivi allorquando, secondo Freud, «l'ombra dell'oggetto cade sull'io». Sostare nel liminare e nel profondo, può portare a diversi esiti psicopatologici, finanche alla morte per suicidio. Ritornare alla superficie delle cose, ci dice Calvino, vuol dire allora tornare al contatto con la vita e con l'essenza. Se fosse accettato un originario e ipotetico solipsismo dell'uomo, questo non potrebbe che essere rintracciato sulla pelle, secondo la nozione di Anzieu, come unica e prima via di ingresso del soggetto con il mondano.

Tornare, nella clinica, all'importanza delle relazioni primarie corporee-affettive e trasporle al contatto terapeutico della relazione simbolica, significa allora tendere alla comprensione di ogni sofferenza come punto di partenza cardine ad un'evoluzione del paziente, in soggetto partecipe e responsabile.

Dal prendere per mano, al, bioniano, "prendere dentro di sé dati sensoriali" inesprimibili al registro del paziente, passa, quello che Benedetti ha chiamato, "soggetto transizionale" e che Ogden ha ripreso con il termine di "terzo analitico" e che presenta alla coppia terapeutica una possibilità di orientamento alternativo nelle stratificazioni dell'identità, che al nucleo, sorreggono l'impalpabile angoscia della morte, l'assenza reale così come intesa da Lacan e che impediscono l'emergenza del vero Sé entro i termini del discorso di parola, del simbolo (Benedetti, 1997).

Dal fenomeno del suicidio, come vittoria estrema della coazione a ripetere in seno all'istinto di morte, dalle difese autistiche del delirio nelle psicosi, così come descritte da Ballerini e De Masi, come sconfitta concreta nella battaglia, che Stanghellini ha chiamato, dello scacco ontologico dell'altro, dalla sofferenza indicibile dei familiari nelle problematiche fetali (Missionnier, 2005) con esito, talora, infausto per il nascituro e dove il lutto richiede, quello che Momigliano chiama, l'ascolto rispettoso del dolore, fino alla diagnosi dell'inguaribilità studiata nei suoi processi da Kübler Ross, dove la morte buca con prepotenza la funzione anticipatrice che genera l'iniziativa, ci sono modi di conciliazione con il trauma che passano nuovamente da quello che chiamo l'asintoto esistenziale della relazione, come antidoto all'isolamento.

### **Bibliografia**

- Benedetti, G. (1997). *La psicoterapia come sfida esistenziale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.  
Bollas, C. (2016). *Se il sole esplode*. Milano: Raffaello Cortina Editore.  
Missionnier, S. (2005). *La consultazione terapeutica perinatale. Psicologia della genitorialità, della gravidanza e della nascita*. Milano: Raffaello Cortina Editore.  
Peciccia, M. (2016). *I semi di Psiche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.

## **SEVENTH PARALLEL SESSION**

## **SETTIMA SESSIONE PARALLELA**

### **Chapter 11 – The role of the body between awareness, disease and relationship**

### **Capitolo 11 – Il ruolo del corpo tra consapevolezza, malattia e relazione**

#### ***11.1 - Living the body: the psyche-soma relation***

#### **11.1 - Abitare il proprio corpo: la relazione tra psiche e soma**

**Flora De Martino**

***Keywords: mind, body, trauma***

***Parole chiave: psiche, soma, relazione***



Nella società attuale, nella società occidentale, il corpo diviene sempre più spesso il centro dell'attenzione: infatti, come afferma Bauman (1999) «L'attenzione verso il corpo si è trasformata in una preoccupazione assoluta e nel più ambito passatempo della nostra epoca» (p.143).

Il nostro corpo deve essere bello, atletico, tonico, giovane, senza imperfezioni, senza segni dell'età, secondo dei canoni che, benché siano sempre più criticati, sembrano rientrare implicitamente nelle nostre coscienze: in tal senso, l'attenzione al nostro fisico non sembra legata al nostro benessere, ma solo al nostro essere. Essere nel senso di apparire, nel senso di percepire il nostro corpo, e i suoi segni, come una macchina. Una macchina da riparare, da aggiustare, da modificare per ritrovare un nostro "benessere": basti pensare a quanto sia diventato comune e, quasi normale, il ricorso alla chirurgia come metodo per "stare bene con sé stessi". L'attenzione a questo corpo oggettualizzato è quello della società attuale in cui non ci si sente corpo, non lo si abita, ma lo si indossa, come un capo.

Cosa succede al nostro corpo quando viviamo un trauma? In che modo va ad influenza il rapporto psiche soma e anima e corpo? In tale contesto la malattia, il trauma e tutti gli eventi/elementi della nostra vita che possono riportarci ad esperienze negative vengono vissuti come inaccettabili, impossibili, come qualcosa da eliminare e da "dimenticare", e non come un'esperienza da far rientrare nel senso della propria vita: un senso che non è sempre piacevole, anzi a volte è molto doloroso, spaventoso, difficile, ma, spesso, necessario ed inevitabile.

Alla base di tutto questo terrore vi è la minaccia della perdita e della degradazione di sé stessi prima della morte, che nasce proprio dalla mancata accettazione, dall'assoluto rifiuto, della fine o dei traumi della vita, tentando di reiterare un'illusione di bellezza e immortalità. Un terrore che richiama quello dell'annientamento della propria identità, del proprio essere, e che cerchiamo disperatamente di allontanare e cancellare nella nostra esperienza di vita: paradossalmente, proprio a causa di quest'allontanamento costante e forzato che non ci permettiamo di entrare quotidianamente nella nostra profonda identità in tutte le sue sfumature.

Spesso è proprio questa mancata accettazione e questo passaggio necessario, benché doloroso, che ci impedisce di sentire il senso di ciò che accade e di Abitare il nostro corpo, sentendolo come base nella nostra vitalità, anche quando è malato e/o problematico. Dunque solo ritornando ad una comprensione profonda, e non solo razionale, di Sé nella totalità, superando la scissione mente/corpo, psiche/anima, è possibile ritornare ad un senso più globale dell'esistenza, in cui si può comprendere che la perfezione e l'assenza di malessere sono solo delle illusioni.

Dal punto di vista fisiologico, molti studi significativi sono stati eseguiti, ad esempio, sulle connessioni esistenti tra la psiche ed il sistema immunitario. Candace Pert, illustre neurobiochimica americana, ha condotto esperimenti che dimostrano come lo stato emozionale può influire sulla probabilità individuale di ammalarsi in seguito a contatto con una stessa quantità di agenti virali. I neuropeptidi prodotti dalle emozioni negative trasmettono infatti messaggi capaci di inibire il sistema immunitario; d'altra parte, la secrezione di altri neuropeptidi (si ipotizza proprio quelli prodotti da pensieri positivi) rende l'organismo meno vulnerabile

a determinate malattie. L'ipotesi che sta alla base di questa convinzione è che i virus usino gli stessi recettori dei neuropeptidi per penetrare all'interno delle cellule. A seconda della quantità e qualità dei neuropeptidi presenti, per i virus sarà più o meno agevole penetrare all'interno della cellula.

Anche l'endocrinologo americano J. Mason, nel 1975, arriva alle stesse conclusioni sull'importanza dei fattori cognitivi ed emotivi nell'insorgenza delle malattie virali. Di frequente accade che microbi patogeni siano già presenti nell'ospite senza provocare patologie né sintomi. «Esiste un complesso sistema di fattori di resistenza dell'ospite dai quali dipende il fatto che dall'infezione si passi alla malattia conclamata, oppure no.» (Forlani, n.d.). Pertanto anche da un punto di vista fisiologico, e non solo filosofico, l'individuo deve essere considerato in termini olistici (*olos* in greco significa "tutto", "intero"). Infatti, è ormai da tempo provato che i sistemi nervoso, endocrino e immunitario comunicano tra loro. Ciò significa che la mente, le emozioni e il corpo non sono entità separate, ma interconnesse.

E allora come arriviamo a dissociare e rinnegare l'esperienza fisica da quella mentale? Come arriviamo a sentirci scissi tra mente e corpo? Nel corso della nostra esperienza di vita ci sono aspetti o qualità del nostro sé che possono diventare problematici in particolari contesti fisici o sociali: questo può comportare ripetute reazioni critiche, scoraggianti, violente o confuse da parte dell'ambiente. Situazioni del genere costringono la persona ad affrontare un conflitto tra il bisogno di sopravvivere in quel contesto e la salvaguardia delle qualità del sé. Questo può portare a rinnegare parti di Sé: anche se posso rimuovere questi aspetti allontanandoli dalla consapevolezza, non posso eliminarli totalmente dal mio essere. Questi aspetti, come afferma Johnson (1985), rimangono "incistati" nel corpo e agiscono a nostra insaputa, creando tensioni, contratture, dolori fisici o movimenti involontari. Possiamo smorzare fisicamente le sensazioni corporee che sono parte dei sentimenti o dei bisogni rinnegati. Dunque il trauma crea una scissione nella continuità dell'esperienza psiche/soma.

Si pensi, per esempio, alle violenze e ai traumi da cui dipendono perdite significative e irrimediabili; oppure alle situazioni di tracollo economico, alle condizioni di prigionia, alle torture, allo stalking, al bullismo, alle violenze e agli abusi domestici: spesso la quotidianità continua poiché la mente è capace di dissociare la propria esperienza e di allontanare i pensieri dalla nostra consapevolezza. Quello che è impossibile da eliminare è la sensazione di abominio, terrore, spavento che rimane fissa nel corpo e che ci impedisce di far finta che nulla sia successo e, anche se cerchiamo di "non pensarci", essa ritorna. Ci pone inevitabilmente di fronte alla realtà di ciò che è successo: un trauma. In questi casi se non possiamo accostarci al nostro terrore, se non possiamo ascoltarlo e comprenderlo (nel senso di prendere con) per renderci responsabili (nel senso di abili a rispondere), esso pervaderà la nostra esistenza rendendoci incapaci a gestirla in quel momento.

Dunque il nostro corpo diventa portatore della nostra identità e di parti di noi profonde, che abbiamo allontanato dalla coscienza.

Allora cosa si può fare? Si può intraprendere, come analizza Kepner (1997), un lavoro terapeutico integrato: attraverso un processo basato su tecniche di risensibilizzazione del corpo, è possibile rientrare in contatto con le proprie sensazioni, per essere consapevole del "cosa ci sta accadendo", permettendo un processo di

riappropriazione delle stesse. Tale processo accresce il senso di appartenenza al proprio vissuto, permettendo di acquisire e di dare un senso al trauma: ciò consente di attribuirgli un significato più ampio nella nostra esperienza di vita e ne riconosce il senso permettendo, dunque, di non farci sopraffare dallo stesso ma, vedendolo nella sua interezza, di creare altre e nuove modalità di contatto con l'ambiente e con i propri bisogni, creando un adattamento più flessibile.

### **Bibliografia e sitografia**

- Bauman, Z. (1999). *La società dell'incertezza* (R. Marchisio & S.L. Neirrotti, trad.). Bologna: Mulino.
- Forlani, R. (n.d.). *Psiconeuroendocrino-immunologia e medicine integrate. Il sottosistema P: la psiche*. Disponibile da: [http://riccardoforlani.altervista.org/psiche-pnei/?doing\\_wp\\_cron=1494443365.2685699462890625000000](http://riccardoforlani.altervista.org/psiche-pnei/?doing_wp_cron=1494443365.2685699462890625000000)
- Johnson, S.M. (1986). *La trasformazione del carattere*. Roma: Astrolabio.
- Kepner, J.I. (1997). *Body process. Il lavoro con il corpo in psicoterapia* (M. Spagnuolo Lobb, cur.). Milano: Franco Angeli.

## ***11.2 - The perspective of the body language in the metamorphosis of Self near to death and the need for a different paradigm of care***

### **11.2 - La prospettiva del linguaggio corporeo nella metamorfosi del Sé in prossimità della morte e la necessità di un diverso paradigma della cura**

**Cristina Endrizzi**

**Keywords:** *body image, movement psychotherapy, palliative sedation*

**Parole chiave:** *immagine corporea, movimento psicoterapia, sedazione palliativa*

In questa riflessione la trasformazione del Sé in prossimità della morte viene osservata dalla prospettiva del linguaggio corporeo e delle metafore che in questo linguaggio sono iscritte o rappresentate.

Partendo dal contesto dell'esperienza, una situazione clinica di una persona ricoverata in Hospice al fine della vita, diventa l'esempio e il pretesto per sviluppare una riflessione che vorrebbe ampliare lo sguardo medico (tecnicamente ancorato a segni e sintomi come codice di comprensione del sistema psiche-corpo) per accogliere delle coordinate di ragionamento, che pur prese in prestito dal campo delle psicoterapie e più in generale della psicologia, possono essere integrate nel complesso delle valutazioni che guidano medici e operatori sanitari attraverso le decisioni del fine vita.

L'analisi del movimento, con le sue cornici teoriche di riferimento (Kestenberg, 1973; Laban, 1980; Hackney, 2002) è innanzitutto lo strumento per osservare le espressioni di questa trasformazione, ma anche il mezzo (o direi *medium*) che ricomponne le diverse stratificazioni del Sé in trasformazione (clinico, etico, spirituale, creativo, e perfino estetico, almeno nell'ottica di una estetica della relazione intersoggettiva) e collega i diversi attori della cura, poiché è al corpo e alla sua espressività che attiene il linguaggio primitivo, non sempre traducibile in parole. La nozione di corpo è qui non volutamente materica, ma metaforica. Si fa cioè riferimento al corpo-contenitore e alla letteratura che ha sviluppato questa metafora (Bion, 1962; Anzieu, 1989; Pollak,

2009). L'espressività del corpo entra nella relazione intersoggettiva, ed è questa prospettiva che ci conduce attraverso i confini della psicoterapia, con il richiamo al lavoro di Stern sulla sintonizzazione affettiva come *embodiment* (Stern, 1985). I riferimenti teorici si trovano nella letteratura sulla Movement Psychotherapy (per esempio Payne, Warnecke, Karkou & Westland, 2016) in particolare riguardanti l'*embodily resonance* (termine più specifico di empatia corporea o cinestesica) che comprende il rispecchiamento, i movimenti complementari, la consapevolezza dei feed back propriocettivi e enterocettivi tra sé e gli altri (Fuchs & Koch, 2014). Il corpo come espressione della risonanza affettiva tra gli individui e come mezzo per esprimere emozioni può sostenere (Endrizzi, Ghelleri, Palella, & D'Amico, 2016) e talvolta orientare la co-evoluzione dei partecipanti alla scena (paziente, familiari e operatori dell'equipe) verso un significato condiviso, verso un contenuto nominabile (come nel caso illustrato). Questa comprensione ha indubbiamente una ricaduta nella prassi medica e nell'accompagnamento del fine vita, di cui la parte più delicata e complessa, ma altresì imprescindibile, è la comprensione dei desideri, delle volontà, delle contraddizioni del morente. Su questa comprensione (almeno quanto sulla competenza rispetto alla nosografia dei sintomi, alla patologia e alla tecnica prescrittiva) si basa la sedazione palliativa terminale, l'approccio terapeutico più difficile, perché ultimo e proposto quando altre scelte sono state fallimentari. Come curanti il paradigma dell'ultima scelta possibile e della più appropriata, ci obbliga a formulare un giudizio di refrattarietà della condizione non altrimenti curabile, ci impegna ad un'attenta valutazione delle prospettive del gruppo paziente-famiglia, ci vincola ad una valorizzazione etica delle forze in campo e a volte ci coinvolge in un magma di pressioni emotive da cui non è facile districarsi (Miccinesi et al., 2005). Ha poi una ricaduta immediata sulla cura della persona morente, se si considera che lo sguardo che noi adottiamo verso quel corpo e il valore che gli attribuiamo si imprimono sulla percezione di Sé che nutre il senso di dignità, un ordinatore preciso della cura, tale da diventare una prospettiva terapeutica definita e organizzata (Chochinov et al., 2004, Periyakoil et al., 2010).

Nello svolgimento\_rapporto uno stralcio degli incontri con Isa (un resoconto dettagliato è in fase di revisione, Endrizzi et al. 2017), una donna degente in Hospice per circa un mese, affetta da una neoplasia pancreaticata in fase metastatica, con un sintomo di difficile trattamento: il prurito. Il mandato consegnato dall'equipe di cure palliative domiciliari prima del ricovero, consiste nella proposta di una sedazione palliativa per un sintomo refrattario. Una premessa importante è che la donna aveva rifiutato la chemioterapia; ciò nonostante non aveva interrotto il rapporto di cura con gli oncologi, che avevano eseguito la diagnosi di tumore (due anni prima), presentandosi alle visite e sottoponendosi alle indagini di routine (per lo più gli esami ematochimici). Tra le motivazioni addotte per questa scelta c'era il presunto timore degli effetti collaterali della chemioterapia e l'accettazione solo di cure di supporto. Il rapporto di Isa con i curanti (oncologi e palliativisti) era stato contrassegnato da incomprendimento, diffidenza, ed emozioni alterne di rabbia, impotenza e frustrazione che cortocircuitavano tra paziente ed équipe di cura. Come per la chemioterapia, Isa rifiuta la sedazione, ma accetta il ricovero in Hospice per non venire abbandonata "al demone che la tortura".

Un'altra precisazione concerne la funzione e il ruolo del narratore di questa storia, che ci conduce alla metodologia di lavoro e di ricerca. La terapeuta, che incontra Isa con un approccio psico-corporeo, è anche uno dei medici dell'equipe dell'Hospice che porta nella camera di degenza il suo background di psicoterapeuta espressivo. Gli incontri con Isa si sono svolti utilizzando il dialogo con la prospettiva del ruolo medico (visita, anamnesi, raccolta della storia familiare, condivisione e comprensione dell'impatto della malattia sulla qualità di vita della paziente, informazione, conoscenza della consapevolezza di diagnosi e di prognosi, eccetera). Quando Isa chiede agli operatori di essere massaggiata nelle parti che evocano un prurito morboso, il medico chiede alla donna di poterla incontrare con le competenze di psicoterapeuta, al fine non solo di restituire un sollievo rispetto al sintomo (funzione che avrebbero potuto svolgere anche altri operatori) ma di comprendere meglio l'intensità e le risonanze che questa situazione hanno sulla persona. Conclusione: quando il processo di trasformazione del Sé in prossimità della morte è particolarmente perturbante e doloroso, si impone un cambiamento di paradigma anche nei curanti e talvolta una trasformazione dell'identità professionale e dei linguaggi di decodificazione e di relazione. L'approccio ad Isa è stato fenomenologico poiché indirizzato alla conoscenza (prima ancora che alla cura) di una persona da parte di un'altra persona, pur nelle forme di una relazione asimmetrica in quanto a competenze (la cornice di sfondo rimaneva infatti una paziente e una terapeuta).

La trasmutazione di ruolo (da medico a terapeuta) ha annunciato un cambiamento dell'equipe (da curante ad esploratrice) e ha permesso di depotenziare "l'equivoco medico" e quindi le difese giudicanti e cristallizzate contenute nella relazione tra Isa e i rappresentanti della sanità (coinvolti e turbati da un progetto di cura non condiviso o negato o svalutato). La trasformazione, avviene a patto che il medico (e i curanti) rinuncino all'ansia della cura, e a patto che il paziente smetta di essere "il non-paziente" che rifiuta e si oppone. Il paradosso insito nella permeazione di una identità professionale con un'altra, è stato il recupero della forza e del valore della relazione medico-paziente, aprendo la possibilità di intraprendere il percorso della sedazione. La metodologia di ricerca è centrata sulla ri-narrazione a posteriori della storia degli incontri da parte della terapeuta, che utilizza il racconto come metodo di chiarificazione, di riflessione, di collegamento anche con gli altri membri dell'equipe (Charon, 2001).

## **Bibliografia**

- Endrizzi, C., Ghelleri, V., Palella, M., & D'Amico, G. (2016). Movement psychotherapy in a hospice: Two case studies. *Body and Movement and Dance in Psychotherapy*, 11(1), 46-59. doi:10.1080/17432979.2015.1110534
- Fuchs, T., & Koch, S.C. (2014). Embodied affectivity: on moving and being moved. *Frontiers in Psychology*, 5. doi:10.3389/fpsyg.2014.00508
- Payne, H., Warnecke, T., Karkou, V., & Westland, G. (2016). A comparative analysis of body psychotherapy and dance movement psychotherapy from a European perspective. *Body, Movement and in Psychotherapy*, 11(2-3), 144-166. doi:10.1080/17432979.2016.1165291
- Pollak, T. (2009). The 'body-container': a new perspective on the 'body-ego'. *Internal Journal of Psychoanalysis*, 90(3), 487-506. doi:10.1111/j.1745-8315.2009.00129.x

### ***11.3 - 'CORPOREAMENTE': a Tango Therapy experience to help oncological patients regain a better awareness of their emotions and body strength***

#### **11.3 - "CORPOREAMENTE": un'esperienza di Tangoterapia per aiutare il paziente oncologico a recuperare una maggiore consapevolezza delle proprie emozioni e dell'energia del corpo**

**Dania Barbieri, Veronica Lorenzoni**

*Keywords: Tango therapy, body awareness, confidence*

*Parole chiave: tangoterapia, consapevolezza del corpo, fiducia*

##### *Introduzione e rationale*

La malattia oncologica determina un forte impatto emotivo sul paziente e la famiglia. Il tumore porta la persona a prendere contatto con la propria vulnerabilità, a mettere in discussione la propria vita e a pensare alla morte non più solo come evento universale ma anche e soprattutto personale. Chi riceve una diagnosi di tumore deve ogni giorno fare i conti con un corpo nuovo, che non risponde più come d'abitudine, più debole e fragile: un'elaborazione del lutto costante, il terrore di perdere la propria identità, la propria dignità. Le operazioni e le terapie portano spesso il paziente oncologico a distanziarsi dal proprio corpo e dalle sue sensazioni, divenute fonte di dolore, in un allontanamento da sé, dalle emozioni, e in un affidarsi ad altri, alle loro cure: «i medici e gli infermieri pensano a me». Il benessere, invece, anche quando siamo malati, è legato anche alla capacità e abitudine nel riconoscere e dare significato ai messaggi che il corpo ci invia.

La Tangoterapia utilizza gli strumenti tipici del tango, la sua musica, la sua poesia, la sua filosofia, i suoi codici, la sua cultura e il suo unico approccio al ballo per promuovere l'elaborazione delle dimensioni sensoriali, percettive, propriocettive e cognitive.

Il progetto "CORPOREAMENTE" integra Tangoterapia, bioenergetica, danza-movimento terapia con l'obiettivo di un recupero o un'acquisizione di una maggiore consapevolezza delle proprie emozioni e delle potenzialità e dell'energia del proprio corpo, che diventano le vere basi della nostra esistenza, per accettarne la concretezza e realtà, la vera bellezza e magia che, persi dietro un irraggiungibile ideale di perfezione, tendiamo a lasciarci sfuggire. Recuperando il nostro corpo, la sua bellezza e dignità, seppure ferito, riusciamo a ridare un significato a ciò che ci accade, a reintegrare la malattia nel nostro percorso di vita.

##### *Soggetti*

Il ciclo, articolato in otto incontri, a cadenza settimanale, della durata di due ore ciascuno, è stato proposto a 12 pazienti oncologici, 11 donne ed 1 uomo, afferenti ai Dho degli Ospedali di Carpi e Mirandola. I pazienti, già conosciuti dalle psicologhe del Centro di Psico-Oncologia, sono stati selezionati in base alla motivazione personale a fare un lavoro di tipo corporeo ed alla opportunità, identificata dalle psicologhe, di inserire il paziente in un ambito di terapia gruppale e psico-corporea.

##### *Materiali e metodi*

Gli incontri sono stati pensati per affrontare alcuni temi, clinicamente rilevanti nella esperienza del paziente oncologico, fondamentali per un lavoro di recupero della dimensione personale, relazionale e corporea, declinati in esercizi specifici, modulati con gradualità, tratti dalle esperienze delle conduttrici in bioenergetica, Tangoterapia e danza-movimento terapia: ripresa del contatto col proprio corpo, fisico ed emozionale; la fiducia; la relazione; l'accettazione incondizionata.

Sono stati selezionati brani di tango, classico e nuevo, e non solo, che potessero adattarsi alle diverse fasi del lavoro, di ogni singolo incontro e del ciclo intero. Ogni seduta iniziava con un riscaldamento, gestito dalla psicologa, specialista in Analisi Bioenergetica, per favorire l'ingresso nella dimensione gruppale e prendere contatto con il corpo. Quindi venivano proposte esperienze che partendo dal mondo del tango, andassero di volta in volta a toccare vari aspetti della relazionalità, con se stessi, con gli altri, guidati dall'insegnate di tango ed intervallati da spazi di ascolto individuale di sé. Ogni incontro terminava con un momento di rilassamento e di presa di contatto con le sensazioni e le emozioni stimulate dalle esperienze fatte, sempre accompagnato da una musica scelta ad hoc, come gli altri momenti dell'incontro, per concludersi con uno spazio di condivisione ed elaborazione dei vissuti.

Essendo questo un progetto sperimentale, le conduttrici volutamente non hanno utilizzato strumenti standardizzati di raccolta dei dati. L'esperienza nel suo complesso è stata valutata tramite un questionario iniziale per rilevare le aspettative e lo stato d'animo dei partecipanti ed uno finale in cui agli stessi era chiesto, tramite domande e scale, di giudicare e descrivere ciò che avevano sperimentato (entrambi i questionari anonimi). A tutti è stato anche chiesto di portare un brano, scritto da loro o trovato, che raccontasse che cos'era per loro il tango, e in particolare cos'era stata per loro la Tangoterapia.

Il progetto ha avuto l'approvazione del direttore dell'U.O. Medicina Oncologica.

### *Risultati*

Il confronto delle risposte ai due questionari ha messo in luce come la maggiore difficoltà che quasi tutti i partecipanti, sia di recente sia di più antica diagnosi, temessero di incontrare, ed hanno incontrato, fosse il contatto con l'altro. Superare questo "scoglio" ha permesso loro di scoprire in sé la capacità, e spesso anche il desiderio finora negato, di aprirsi ad un contatto più profondo con gli altri. La totalità dei partecipanti ha avvertito il gruppo facilitante in questo passaggio. Un altro aspetto molto importante, emerso sia dalle risposte ai questionari, ma ancor più dai feedback al termine degli incontri, è stata la sensazione di progressiva fiducia in sé e negli altri, che li ha aiutati nel recupero dell'identità minacciata.

### *Conclusioni*

Questa esperienza esplorativa di Tangoterapia ha permesso ai partecipanti al gruppo un'esperienza psico-corporea che, sfruttando una gestualità ed una musica evocative, hanno condotto ad un ascolto di sé e delle risonanze emotive, personali per ognuno di essi. Ciò ha consentito di toccare, attraverso il medio del corpo, più primitivo e più diretto, aspetti unici e vitali. Dando il via ad un possibile percorso alla ricerca di un benessere globale possibile, al di là della sola salute fisica.

## **Bibliografia e sitografia**

Fux, M. (1979). *Danza, esperienza de vida*. Paidos Iberica.

Lowen, A. (1983). *Bioenergetica*. Milano: Feltrinelli.

SIPO. (2011). Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica. *Giornale italiano di Psico-Oncologia*, 13(2), 61-108. Disponibile da: [http://www.siponazionale.it/source/linee\\_guida.html](http://www.siponazionale.it/source/linee_guida.html)

Trossero, F. (2010). *Tangoterapia. Fundamentos, metodologia, teoria y practica*. Ediciones Continente.

### **11.4 - Why is it important to be resilient?**

#### **11.4 - Perché è importante essere resilienti?**

**Sebastiana Boscarino, José Alberto Freda**

**Keywords:** *resilience, stress, change*

**Parole chiave:** *resilienza, stress, cambiamento*

In questo lavoro l'argomento centrale riguarda l'importanza della resilienza. Infatti, la perdita di una persona a noi cara, un incidente, la perdita di un lavoro o altro sono esempi importanti che possono turbare e cambiare gli equilibri di una persona, anche se nel tempo le persone (non tutte) trovano la forza e il modo di adattarsi a queste situazioni.

Ma cosa consente l'adattamento a certe disavventure? La resilienza, che in ambito psicosociale non è altro che la capacità delle persone di far fronte agli eventi stressanti, violenti e traumatici cercando di riorganizzare in maniera positiva la propria vita davanti a certe difficoltà. Solo le persone che hanno un alto livello di resilienza riescono a far fronte a certe contrarietà; le persone ottimiste e creative sanno reagire, far tesoro delle proprie esperienze e dare uno slancio alla propria vita, raggiungendo così in maniera positiva nuove mete. A determinare un alto livello di resilienza influiscono diversi fattori, primo fra tutti le relazioni con la famiglia e quindi con persone premurose e stabili, che creano un clima di amore e di fiducia, forniscono incoraggiamento e rassicurazione.

Oltre alle relazioni familiari, altri fattori che la determinano sono: una buona visione del proprio sé, delle proprie abilità e del proprio carattere, la capacità di porsi mete realistiche, capacità comunicative, di controllo degli impulsi e delle emozioni e di problem solving.

Lo strumento che ci permette di raggiungere un buon risultato è la meditazione alla consapevolezza, che ci permette di acquisire un maggior controllo sulle nostre emozioni. Esistono molte forme di meditazione, ma gli esperti ne distinguono due importanti: l'attenzione concentrata e il monitoraggio aperto.

Nel primo caso, manteniamo la nostra attenzione su uno specifico oggetto, cioè quello su cui abbiamo scelto di concentrarci, quando emergono altri pensieri o sensazioni, la mente li lascia andare senza aggrapparvisi e ritorna a concentrarsi sul proprio oggetto. Invece, nel monitoraggio aperto, l'oggetto specifico della concentrazione viene messo da parte e viene alimentata l'attenzione sull'intera esperienza sensoriale, osservando tutti gli stimoli presenti nell'ambiente senza giudicarli. Secondo numerosi studi in letteratura,



persone resilienti sono in grado di gestire con molta abilità i propri vissuti. Gli elementi che più incidono sulla capacità resiliente sono, infatti, i seguenti: valutazione della situazione stressante e del pensiero positivo, percezione di controllo (*Locus of control*) e stile di coping.

In conclusione, si sostiene che l'esperienza di resilienza significa essere in grado di trovare un senso alla propria vita sia personale che professionale tramite un lavoro di ricordo e riflessione, in grado di mettere in relazione il presente con un passato in cui riconoscersi e con un futuro in cui proiettarsi al fine di realizzare un cambiamento, poiché ricordare il passato è importante per progettare il futuro.

Concludiamo questo lavoro con una bellissima frase di Hemingway che nel suo testo *Addio alle armi* affermava: «la vita ci spezza tutti quanti, ma solo alcuni diventano più forti proprio nel punto in cui sono stati spezzati» (Hemingway, 2011).

### **Bibliografia e sitografia**

- Atkinson, P.A., Atkinson, J.M., Martin, C.R., & Rankin, J. (2010). Prospettive storiche sulla resilienza e alcuni concetti di rilievo per la salute mentale correlati alla resilienza. *Rivista sperimentale di freniatria*. doi:10.3280/RSF2010-001003
- Casula, C.C. (2011). *La forza della vulnerabilità. Utilizzare la resilienza per superare le avversità*. Milano: FrancoAngeli.
- Hemingway, E. (2011). *Addio alle armi*. Milano: Edizioni Mondadori.
- Loriedo, C. (2005). Resilienza e fattori di protezione nella psicoterapia familiare sistemica. *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 21, 5-28. Disponibile da: [https://www.francoangeli.it/Riviste/Scheda\\_Rivista.aspx?IDarticolo=28101](https://www.francoangeli.it/Riviste/Scheda_Rivista.aspx?IDarticolo=28101)

## **11.5 - The philosophical problem: mind-body**

### **11.5 - Il problema filosofico: mente-corpo**

**Sebastiana Boscarino, José Alberto Freda**

**Keywords:** *mind, body, philosophy*

**Parole chiave:** *mente, corpo, filosofia*

L'argomento che tratteremo in questo lavoro, riguarda il problema filosofico noto come mente-corpo, ovvero se la mente, cioè l'insieme dei nostri pensieri, esperienze fenomeniche (sono ciò che si prova del mondo, per esempio, se ho davanti una mela rossa, la sua "esperienza fenomenica" è come la vedo io, come nella mia mente vedo il rosso, la forma della mela. Oppure se l'assaggio, "esperienza fenomenica" è il gusto che provo), desideri ed emozioni, siano della stessa natura di cui è fatto il corpo, oppure no (cioè l'ipotesi opposta, che i pensieri, le esperienze fenomeniche, eccetera, non siano della stessa natura del corpo, ovvero non di natura fisica).

Il corpo umano si pone ad un livello coerente con il resto del mondo che ci circonda: è possibile vedere il corpo degli altri e il proprio. Nei secoli la biologia ha saputo dare spiegazioni sempre più convincenti di tutto ciò di vitale che caratterizza i corpi. I movimenti sono prodotti da certe cellule all'interno dei muscoli che funzionano secondo leggi chimiche complicate, ma oramai descritte in notevole dettaglio. Sembra invece che

i nostri pensieri abitino un mondo del tutto diverso. Pare piuttosto certo che i propri pensieri abbiano una loro realtà ben precisa, ma come si concili tale realtà con quella degli oggetti che si toccano e si vedono, corpi inclusi, rimane misterioso. Sembrerebbe molto intuitivo immaginare che i pensieri non abbiano nulla a che fare con la materia, che siano di tutt'altra natura, ma poiché siamo fermamente convinti che abbiano una loro esistenza, nasce l'esigenza di tentare di spiegare una loro possibile natura. È questo uno dei problemi che ha assillato la filosofia sin dai suoi albori. In generale esistono tre grandi categorie di soluzioni. Il dualismo ipotizza che vi siano due sostanze ben diverse per mente e corpo. È detto monismo il supporre, viceversa, che mente e corpo siano in effetti un'unica cosa, tale posizione a sua volta può avere due versioni opposte: il materialismo che unifica tutto sotto la materialità del corpo considerando la mente solo un'apparenza, e l'idealismo per cui esiste solo la mente, e realtà e corpi ne sono apparenze.

L'uomo si è spesso posto il problema se, oltre alla materia direttamente percepibile, esista altro, ossia qualche tipo di entità non dotata delle proprietà tipiche della materia come estensione, durata e così via. Tali possibili entità immateriali sono spesso state denominate spiriti e in passato diverse culture umane tendevano ad accreditare non solo la loro esistenza, ma anche un forte effetto causale sul mondo materiale. Ciò era ben comprensibile in quanto molti fenomeni naturali non posseggono una chiara evidenza di cosa li provochi, basti pensare a fulmini e terremoti, e quindi ipotizzare forze soprannaturali che li potessero motivare era tra le poche spiegazioni proponibili. Nei secoli scorsi la scienza ha progressivamente fornito valide spiegazioni a pressoché ogni forma di fenomeno che richiedesse appello a entità non materiali. Pur tuttavia, nello studiare l'ontologia, ovvero com'è fatto ciò che esiste, diversi filosofi hanno fatto ricorso a concetti che esulano dalla sola materia tangibile, pertanto il problema ha avuto una sua importante rilevanza filosofica, nei filoni che vanno sotto il nome di idealismo, il cui più autorevole capostipite è Platone, e dello spiritualismo, rappresentato soprattutto nella filosofia moderna da Hegel. Vorremmo evidenziare, però, come il problema mente-corpo sia forse il tentativo più estremo di includere nel mondo qualcosa di immateriale: mentre, infatti, tutto ciò che in passato è stato attribuito a entità spirituali (per esempio i fulmini) si è ben disposti oggi ad accettare che sia perfettamente spiegabile dalla fisica, quando si passa a considerare la propria mente si rimane più perplessi.

Un'altra problematica connessa al problema mente-corpo è quella di cosa succeda dopo la morte. È uno degli interrogativi più inquietanti per ciascun essere umano, non solo i filosofi, e l'innata forza che spinge ciascuno a temere quell'evento ha portato da tempi immemorabili l'uomo a voler trovare consolazione nell'ipotizzare che non sia la fine completa dell'individuo. Anche se la problematica mente-corpo di per sé non si occupa di questo, ma solo della natura di una mente in vita, è evidente come le risposte che la filosofia può dare al problema condizionano pesantemente anche la questione del dopo-morte. Se infatti vi sono motivi teorici inoppugnabili per affermare che la mente non possiede nessuna entità autonoma, ma tutto è solo e soltanto corpo, ne consegue che ogni idea di qualcosa dopo la morte sia pura illusione, in quanto è fin troppo evidente come la materia corporea si dissolva dopo l'evento fatale. Infine, il problema mente-corpo non comporta

solamente la questione ontologica, ma ha un impatto riguardante la questione su come si fa ad acquisire conoscenze e su come funzioni la mente. Acquisire conoscenze sulla mente pone notevoli problemi. Uno riguarda il fatto che non c'è nessuna garanzia su cosa passi per la mente di un altro (cioè, una persona può essere sicura solo su quello che le passa per la mente, (anzi nemmeno di quello), ma come fa ad avere sicurezza di un altro? Può solo fidarsi di quello che l'altra persone le dice, o come si comporta, ma è un indizio molto debole su quali siano i suoi pensieri). Il massimo dello scetticismo è nel porre in dubbio che altre persone abbiano una vita mentale. Non pochi filosofi si sono cimentati in questo esercizio di scetticismo estremo. Al contrario, pare che ciascuno abbia un accesso completo e profondo riguardo la propria mente; noi sembriamo certi di provare ciò che proviamo, di conoscere tutto delle nostre emozioni, di essere padroni a casa nostra con i nostri pensieri.

Tipicamente un dualista trova esatta questa sensazione e quindi propone, come via principale per capire come funziona la mente, l'introspezione.

Viceversa, il materialista è portato a pensare che l'introspezione sia facilmente ingannevole e che la vera conoscenza sulla mente si acquisisca soprattutto studiando i comportamenti osservabili delle persone, non ultimi i meccanismi dei loro cervelli.

Importante è il funzionalismo, un tentativo di mantenere valide le categorie della psicologia comune, che tendono ad attribuire un mondo proprio alla mente, senza venir meno ad una rigorosa aderenza scientifica al materialismo.

Uno dei suoi principali teorici è il filosofo americano Jerry Fodor, che ha esposto il funzionalismo nei suoi libri *Psychological Explanation* del 1968; *Representations: Philosophical Essays on the Foundations of Cognitive Science* del 1979; e in diversi articoli.

Per il funzionalismo uno stato mentale è caratterizzato da tre tipi di rapporti con cui interviene:

1. con l'ambiente circostanze, di cui può esserne causa;
2. con altri stati mentali, con cui interagisce;
3. con il comportamento del corpo.

Importante è anche il materialismo eliminativista, che ritiene il linguaggio con cui sono normalmente descritti gli stati mentali sia fuorviante, lontano da ciò che succede realmente nel cervello, ed affetto da molti errori, in sostanza falso. In conclusione, possiamo dire che il tema sul problema mente-corpo è molto vasto, pieno di tante distinzioni e varianti, con ulteriori analisi e nuove posizioni. Per la prima volta ci siamo resi conto in modo chiaro quanto il pensiero filosofico prevalente, e le conoscenze che via via la scienza ha accumulato, mostrino come tutto ciò sia invece profondamente falso.

È chiaro che anche l'anima è un'illusione, e che quindi la morte (problema collegato al mente-corpo) è la fine di tutto, ma se non c'è nulla di spirituale in noi esseri umani, sembra ancor più improbabile ipotizzarlo per tutto il resto del mondo.

## **Bibliografia**

Allen, C., Nodelman, U., & Zalta, E. N. (2003, May). Stanford Encyclopedia of Philosophy: a dynamic reference work. In *Digital Libraries, 2003. Proceedings. 2003 Joint Conference on* (p. 383). IEEE. doi: 10.1109/JCDL.2003.1204899.

Bechtel, W. (2002). *Filosofia della mente* (M. Salucci, trad.). Bologna: Il Mulino.

Di Francesco, M. (1996). *Introduzione alla filosofia della mente*. Roma: Carocci.

Fodor, J.A. (1979). *Representations: Essays on the foundations of cognitive science*. Cambridge: MIT Press.

### ***11.6 - Mirror neurons and self-perception***

#### **11.6 - Neuroni specchio e percezione del sé**

**Laura D'Ospina**

**Keywords:** *mirror neurons, identity, perception*

**Parole chiave:** *neuroni specchio, identità, percezione*

Tra gli anni '80 e '90, un gruppo di ricercatori dell'Università di Parma, coordinato da Giacomo Rizzolatti, ha osservato lo "strano comportamento" di alcuni neuroni, da allora chiamati "neuroni specchio".

Inizialmente le indagini sperimentali si sono concentrate sullo studio della corteccia premotoria e parietale della scimmia e poi sull'uomo, passando dall'osservazione del sistema motorio a quello emotivo e relazionale.

Numerosi esperimenti hanno seguito la scia di questa sorprendente e accidentale scoperta:

- studiando nel '95 le proprietà specchio del sistema motorio umano, Fadiga e allievi hanno dimostrato che assistere ad un'azione, induce nell'osservatore la sua automatica simulazione a livello neuronale come una forma implicita di imitazione e di comprensione delle azioni altrui.
- Iacoboni e allievi nel '05, hanno osservato che i neuroni specchio delle aree premotorie, sono alla base, della comprensione e della previsione dell'intenzionalità che muove ad una azione. Si assiste ad una maggiore attivazione dei neuroni specchio quando l'azione è rivolta a uno scopo, se "deducibile" da contesto.
- Inoltre nel '05 da uno studio compiuto da Fogassi e allievi, si è osservato che quando la scimmia compie un atto motorio, nel suo sistema di neuroni specchio si attivano selettivamente zone neurali diverse in relazione diretta con lo scopo dell'azione stimolante. Questi neuroni "discernono" e "programmano" uno stesso atto motorio in modo diverso a seconda dello scopo dell'azione.
- Durante una ricerca Iacoboni ha presentato al soggetto sperimentale, sequenze di immagini di differenti espressioni facciali (tristi o felici). I risultati hanno dimostrato che la parte del cervello che si attivava imitando le espressioni facciali era la medesima che si attivava quando il compito era semplicemente quello di osservarle. È possibile ipotizzare che i neuroni specchio permettendo il passaggio di informazioni al sistema limbico del nostro cervello, siano implicati nell'immedesimazione rispetto alle emozioni espresse da un'altra persona.

Correlando tali scoperte con il concetto di percezione fenomenologica possiamo riconoscere che la percezione non si riferisce mai a qualcosa, ma ad un insieme (uno sfondo) da cui qualcosa (la figura) emerge. La percezione

è quindi indissolubilmente legata al suo oggetto e al soggetto che percepisce. Per la fenomenologia anche le emozioni sono una ricerca e un'attribuzione di senso che l'uomo conferisce al percepito.

Considerando la percezione, un'azione guidata dal nostro bisogno di senso, lo stesso Rizzolatti scrive che l'atto di osservare è preceduto dall'«attivazione dei neuroni specchio in grado di codificare l'informazione sensoriale in termini motori e di rendere così possibile quella "reciprocità" di atti e di intenzioni che è alla base dell'immediato riconoscimento da parte nostra del significato dei gesti altrui» (Rizzolatti & Sinigaglia, 2006, p. 127).

La comprensione di un'azione e l'attribuzione di intenzioni, sembrano concernere meccanismi di simulazione incarnata, sostenuti dall'attivazione di catene di neuroni specchio "logicamente" collegate. Rizzolatti parla della scoperta di vere e proprie "catene motorie".

Edmund Husserl utilizza il complesso termine di "appercezione analogica" per definire quel processo per cui, percependo me stesso, percepisco anche l'altro come analogo a me (Costa, Franzini, & Spinicci, 2002, p. 197). La comprensione delle intenzioni altrui poggia sull'automatica selezione di strategie d'azione presenti nel nostro patrimonio motorio e che di volta in volta risultano più o meno compatibili/adequate allo scenario osservato.

Una relazione tra due soggetti è definibile come un rapporto nel corso del quale, ciascun soggetto, modifica reiteratamente i propri comportamenti in relazione a quelli dell'altro, rispondendovi o anticipandoli.

Secondo il concetto d'intersoggettività di Husserl, l'esistenza di un soggetto comprende in sé l'esistenza dell'altro, in quanto depositario di una storica tradizione intersoggettiva, che consente di vivere ed esperire in modo comune (Husserl, 1968, p.126).

Possiamo sostenere l'esistenza di un "Sistema di Molteplicità Condivisa" (Gallese, 2007, rif. nota 21), in cui i soggetti interagiscono naturalmente e intenzionalmente con i propri consimili, realizzando una "Consonanza intenzionale".

Il termine "Emozione", anticipa in che misura l'altro è coinvolto nel nostro percepire e quanto l'atto di "muover-si verso" e "con l'altro", sia struttura stessa del nostro apparato neurologico.

I neuroni specchio, manifestano e si conformano a ciò che è espresso, dal nostro corredo genetico e dall'insieme di tutte l'esperienze di vita. Autori quali Donald Winnicott, Wilfred R. Bion, John Bowlby, sin dalla seconda metà del Novecento, hanno ampiamente evidenziato l'importanza di una figura di riferimento, un caregiver in grado di offrire l'accoglienza ed il rispecchiamento emotivo necessario al neonato, fornendogli le capacità di comprendere e interagire con il mondo.

Bowlby nel 1969 formulando la sua "teoria dell'attaccamento" afferma l'importanza dell'esperienza familiare sullo sviluppo della personalità di un individuo, che sin dal suo primo mese di relazione genitoriale, inizia a costruirsi dei modelli sulla base delle modalità comportamentali delle proprie figure affettive di riferimento, e su tali modelli struttura tutte le sue aspettative comportamentali per il futuro.

Possiamo affermare che l'elemento di interazione (che va dalla fusione alla separazione/identificazione nella relazione diadica) diventa la struttura portante della crescita dell'uomo, a partire dalle prime fasi di

gestazione, fino all'età adulta e tale affermazione è sostenuta dalla maggior parte delle teorie classiche dello sviluppo, inoltre le più recenti ricerche effettuate sulla vita psichica prenatale, spostano anticipandolo, il periodo in cui tale scambio relazionale ha inizio.

La strutturazione della nostra identità sulla base dell'identificazione e separazione è un processo che, in varie forme, riproponiamo per tutto il ciclo vitale: quando la vita di una persona per noi fondamentale volge al termine, ne avvertiamo l'importanza, compromettendo in alcuni casi la stabilità dell'intera struttura identitaria. L'invecchiamento ed il graduale decadimento delle nostre capacità fisiologiche e cognitive ci pone spesso nell'incapacità di percepire un mondo condiviso: le emozioni che proviamo possono essere sporadici richiami di ricordi lontani che hanno in qualche modo caratterizzato la nostra vita o ci hanno segnati profondamente, oppure sono mosse da sollecitazioni fisiologiche che spingono per trovare un significato nei nostri sensi atrofizzati e per questo assumono forme bizzarre e incomprensibili agli altri. Gli stessi "Altri" spesso assumono ruoli allucinati che appartengono alla nostra storia e non ad un mondo condivisibile. Tali processi diventano causa di profondi equivoci ed evitabili sofferenze.

Il dolore e la paura per il graduale depauperamento delle autonomie psico-fisiche ci ancora al ricordo di ciò che è stato e limita la possibilità di considerarci parte di un tutto in continua trasformazione. Pur conservandone il funzionale dolore per la perdita, la separazione da coloro che hanno dato sostegno al nostro sé, sarebbe un passaggio più fluido verso la ricostruzione di una sempre più "ricca" identità personale.

### **Bibliografia e sitografia**

Costa, V., Franzini, E., & Spinicci, P. (2002). *La fenomenologia*. Torino: Einaudi.

Gallese, V. (2007). Dai neuroni specchio alla consonanza intenzionale. *Rivista di psicoanalisi*, 53(1), 197-208.  
Disponibile da: <http://old.unipr.it/arpa/mirror/pubs/pdf/Gallese/Gallese%20-%20Riv%20Psicoanalisi.pdf>

Husserl, E. (1968). *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica (1912-1928)*. Torino: Einaudi.

Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai - il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

## ***11.7 - The stairway between heaven and earth.***

### ***The levels of being and consciousness in anthropology and the history of religions***

#### **11.7 - La scala tra terra e cielo.**

#### **I livelli dell'essere e della coscienza nell'antropologia e nella storia delle religioni**

**Guidalberto Bormolini, Annagiulia Ghinassi, Deborah Messeri**

Il problema della coscienza è un problema complesso, il termine stesso è adoperato con significati differenti in molti contesti, da quello etico (Obiezione di coscienza, il primato della coscienza...) a quello psicologico fino ad aspetti più fisici, neurologici. Ma in realtà il problema della coscienza si è posto sin dai tempi più antichi e principalmente nell'ambito della spiritualità. Nell'antropologia e nella storia delle religioni si trova

un concetto abbastanza universale: l'essere ha tanti livelli ed occorre la pratica della "profondità", raggiunta con metodi meditativi e di interiorizzazione, perché la vera realtà di sé stessi sia percepibile senza farsi ingannare dalle apparenze. La realtà della coscienza è unitaria, ma si differenzia in vari e distinti livelli. Le modalità con cui le tradizioni arcaiche rappresentano tale visione sono lievemente differenti a seconda delle culture e delle aree geografiche, ma accomunate da una stessa idea: la realtà della coscienza non è immediatamente visibile, c'è un oltre, una profondità dell'essere che va scoperta.

#### *Mondo materiale e mondo spirituale*

Nelle grandi culture arcaiche il cosmo intero, e non solo l'essere umano, è una manifestazione di realtà invisibili che possono rimandare direttamente a un oltre, insegnamento molto antico ripreso da molti Padri cristiani, tra cui Origene: «Paolo...ci dimostra che questo mondo visibile ci fa conoscere il mondo invisibile [Cfr. Rm 1,20] e che questa nostra terra posta in basso contiene immagini di realtà celesti: così da ciò che è in basso possiamo salire a ciò che sta in alto e da ciò che vediamo in terra possiamo avere conoscenza e comprensione di ciò che sta nei cieli» (ORIGENE, *Commento sul Cantico dei Cantici* III, 2, 9). In epoca arcaica era diffusa la concezione di un mondo unitario, di una realtà invisibile strettamente collegata a quella materiale ma collocata su diversi livelli.

#### *La coscienza perduta*

L'essere umano che, contrastando l'aspirazione divina che porta in sé, cerca soddisfazioni egoiche, si condanna a una fatica improba e perenne, senza mai trovare appagamento e senza portare a compimento il proprio essere sviluppando tutti i livelli di coscienza di cui è portatore. La soluzione sta dunque, per Platone e i maestri della filosofia greca, nella conversione, cioè nel volgersi dai beni sensibili ed esteriori, a quelli spirituali e interiori. Si tratta di un pellegrinaggio interiore che conduce ai più profondi livelli di coscienza! Come diceva Ibn Arabi: «Il vero viaggio porta unicamente verso se stessi, verso il proprio centro». Nella metafisica greca come poi nella mistica cristiana, questo processo individuale è considerato analogo, a livello cosmico, al ritorno di tutte le cose all'Uno da cui sono procedute. Questo viaggio attraversa quelli che nella tradizione estremo-orientale sono definiti i *Kosha*, in cui si trova la radice del termine coscienza: cinque differenti livelli dell'essere che sono una sorta di corpi invisibili che bisogna riscoprire e conquistare. Nelle tradizioni mediterranee (ebraismo, islam e cristianesimo) i livelli di coscienza sono definiti diversamente ma si trovano con una stratificazione somigliante e sono denominate le dimore dell'anima o con altri termini simili. Le dimore vanno attraversate per raggiungere la sala del Trono che è la vera sede della coscienza. A questo riguardo la tradizione cristiana della meditazione esicasta, erede delle antiche pratiche meditative della filosofia greca, parla della costruzione del corpo di luce, che ha vari gradi e reintegra l'essere umano nella sua vera e completa condizione.

#### *La triplice divisione della realtà*

La crescita spirituale era intesa come un itinerario, un viaggio in ascesa dal mondo visibile a quello invisibile organizzato in tappe o gradi. Questi sono generalmente divisi in tre gradi di perfezione (non in contrasto con

altre suddivisioni che portano i livelli dell'essere a cinque o sette differenti modalità in base al tipo di suddivisione), e sono messi in rapporto con i tre elementi di cui si compone l'uomo integrale: corpo, anima, spirito. Poiché l'essere umano era ritenuto un "microcosmo" la stessa struttura triadica era ravvisabile nel "macrocosmo". Tale visione era comune anche ai primi Padri cristiani tra cui Giustino, Clemente, Origene, Ireneo, Basilio, Didimo, Gregorio di Nissa, Massimo il confessore, e molti altri. Questi tre gradi della realtà non sono fra loro scollegati, ma ognuno è in collegamento con il contiguo in modo tale che quelli inferiori riflettono i superiori e quelli superiori contengono gli inferiori di cui sono anche causa.

La scansione triadica conforma sia la crescita spirituale che la struttura antropologica e cosmica senza cadere nelle rigidità di certo gnosticismo che riteneva tali realtà sottoposte a principi indipendenti e incompatibili.

#### *La scala e i gradi della crescita*

Nella concezione tradizionale l'idea della crescita della coscienza è sempre rappresentata come una crescita «verso l'alto». Sono vari i simboli che vogliono rappresentare questo cammino dell'uomo verso il cielo: il pilastro, la colonna, l'albero, la montagna oppure la scala. Nell'ebraismo si parla di un pilastro lungo il quale le anime dopo la morte salgono all'albero della vita, dal paradiso inferiore al paradiso superiore.

Il simbolismo della scala era già noto nell'Antico Testamento a partire da Giacobbe, come abbiamo visto. La scala rappresenta sia la via di accesso alla «porta dei cieli», sia la comunicazione di Grazia dal cielo verso la terra. Nella tradizione dello yoga, ma non solo, la spina dorsale dell'essere umano è il paradigma della sua evoluzione e la radice di queste sue infinite potenzialità. In esso troviamo la rappresentazione fisica dei livelli psichici: i Chakra. Non bisogna equivocare nel pensare che il punto indicativo di un chakra sia anche il punto indicativo di un livello di coscienza, ma la distanza tra due chakra può rappresentare bene la distanza che esiste tra due corrispondenti livelli di coscienza. I chakra lungo la spina dorsale che sono centri fisici di rilassamento fisico e potenziamento psichico, sono paragone e schema di un'altra scala che è quella dei livelli mentali. Come mai l'uomo primitivo poté arrivare a tanta altezza da capire tutte le possibilità del proprio corpo e da fare del proprio corpo la base per questo grande volo? Ce qualcosa di strano, che assomiglia molto a un fatto rivelato o altamente ispirato.

#### *Conclusione: La scala tra terra e cielo e la coscienza*

In pratica i luoghi della coscienza sono gradini di una scala che conduce l'uomo verso i cieli. Ma il cielo non è una realtà esterna al nostro mondo, è questo stesso mondo trasfigurato. Potremmo meglio dire allora che è una scala che unisce terra e cielo. Questi gradini tradizionalmente sono legati a centri psicofisici ma il loro raggiungimento irradia su tutto il mondo circostante. Uno studio approfondito di tale sapere potrebbe permettere di individuare un approccio inedito alle nuove questioni fondamentali che si pongono nell'approssimarsi della morte, generate dalle moderne tecnologie mediche. Soprattutto quando l'identità si "appiattisce" sulla semplice corporeità, ignorando l'esistenza di altri piani dell'essere e quindi della coscienza stessa.

#### **Bibliografia**

D'Anna, N. (1993). *La disciplina del silenzio. Mito, mistero ed estasi nell'antica Grecia*. Rimini: Il Cerchio.  
Eliade, M. (2009). *Trattato di storia delle religioni*. Torino: Bollati Boringhieri.



Hadot, P. (1988). *Esercizi spirituali e filosofia antica*. Torino: Einaudi.

Rossi, L. (2000). *I filosofi greci padri dell'escismo. La sintesi di Nikodemo Aghiorita*. Torino: Il leone verde.

## **EIGHTH PARALLEL SESSION**

## **OTTAVA SESSIONE PARALLELA**

### **Chapter 12 – The room of silence**

### **Capitolo 12 – La stanza del Silenzio**

#### ***12.1 - The room of silence: a multifaceted tool of intercultural and psychological needs integration***

#### **12.1 - La stanza del silenzio: strumento poliedrico di integrazione interculturale e dei bisogni intrapsichici**

**Alessandro Bonardi, Gabriella Castagnoli, Eliana Di Tillo**

**Keywords:** *room of silence, interculture, psychological needs*

**Parole chiave:** *stanza del silenzio, intercultura, bisogni intrapsichici*

Negli ultimi anni una quantità considerevole di iniziative dedicate all'accoglienza nelle Istituzioni Sanitarie è andata delineandosi sotto l'etichetta di "Stanza del silenzio" o "Stanza dei culti" (Giorda, Messina, Nardini & Savelli, 2011). Il modello di base consiste nella creazione di uno spazio destinato all'integrazione delle diversità e dei bisogni specifici: pregare, elaborare sofferenza, dolore o lutto, pensare, raccogliersi, rigenerarsi o partecipare a incontri e seminari, con un'attenzione alla dimensione psicologica, culturale, spirituale e religiosa non solo del paziente, ma anche dei suoi familiari.

La Stanza del Silenzio e dei Culti può rappresentare un "contenitore psichico", pensato dal Comitato della Stanza del Silenzio e dei Culti (Raimondi, 2017) e dalla collettività in cui si stabilisce, per i dolenti e le persone appartenenti ad altre culture in cui i fruitori sono legittimati ad esprimere due funzioni: vivere il lutto e i suoi rituali (Testoni, 2015), incontrare l'altro culturale. La Stanza può inoltre fungere, in quanto luogo pensato e pensante, da generatore di pensieri, comportamenti e riti da parte della comunità che diventa soggetto attivo nella produzione di strumenti di pensiero utili alla sua vita e rivitalizzazione. I progetti realizzati, ciascuno nella specificità locale e di approccio, hanno sempre coinvolto, una pluralità di professionisti afferenti ad aree trasversali all'interno delle istituzioni sanitarie e universitarie, oltre che le Comunità Religiose e filosofiche coinvolte.

In questa prospettiva, il Comitato della Stanza del Silenzio e dei Culti si configura come luogo dove è possibile la costruzione ed espressione di un pensiero in forma contemporanea senza omettere/trascurare le radici storico-culturali sul lutto e sulle modalità di interazione con l'alterità culturale. I modelli teorici del *Diversity Management*, della Competenza Culturale e finanche quelli delle politiche migratorie convergono, tutti, sostanzialmente verso l'obiettivo finale di aumentare l'*empowerment* delle Comunità e le competenze e abilità trasversali degli operatori rispetto alle diversità (Ciancio, 2014).

La “Stanza” sembra essere realmente un dispositivo poliedrico capace di attrarre l’interesse di studiosi di numerosi settori accademici, degli operatori sanitari in modo trasversale, delle persone e degli utenti che beneficiano della sua esistenza: uno strumento interdisciplinare e interprofessionale di management positivo delle diversità.

### **Bibliografia e sitografia**

Ciancio, B. (2014). *Sviluppare la competenza interculturale*. Milano: Franco Angeli.

Giorda, M.C., Messina, E., Nardini, G., & Savelli, V. (2011). Modelli e prospettive future per un servizio sociosanitario interculturale. *I quaderni della Fondazione Benvenuti in Italia*, 6. Disponibile da: <http://benvenutiinitalia.it/wp-content/uploads/2011/09/Quaderno6.pdf>

Raimondi, S. (2017). Un Comitato per la Stanza del Silenzio o dei Culti: prime risposte per spazi multifede. *Dialoghi Mediterranei*, 23. Disponibile da: <http://www.istitutoeuroarabo.it/DM/un-comitato-per-la-stanza-del-silenzio-o-dei-culti-prime-risposte-per-spazi-multifede/>

Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita. Psicologia del morire e «Death Education»*. Torino: Bollati Boringhieri.

**3 November, Friday**

**3 Novembre, venerdì**

**PLENARY SESSION**

**SESSIONE PLENARIA**

**Chapter 13 – Preserving Identity in Dying: tools and reflections**

**Capitolo 13 – Preservare l'Identità nel Morire: strumenti e riflessioni**

**13.1 - End of life ethics and identity pluralism. Can we still talk about 'good death'?**

**13.1 - Etica di fine vita e pluralismo identitario. È ancora possibile parlare di "buona morte"?**

**Matteo Galletti**

*Keywords: respect for autonomy, end of life bioethics, good death*

**Parole chiave:** rispetto dell'autonomia, bioetica di fine vita, buona morte

L'idea che possa esistere un'idea di "buona morte" può suscitare resistenze e diffidenza, per motivi diversi fra loro. Parlare della morte può non essere sempre facile per i singoli individui: la nostra condizione di viventi rende per noi esseri umani ineluttabile il momento della morte. Esso è uno dei confini che delimitano la nostra esistenza e, si potrebbe sostenere, è un confine costitutivo, in quanto la nostra identità di animali è data dal fatto che siamo inevitabilmente soggetti a generazione, corruzione e morte (diversamente a quanto accade agli oggetti inanimati, come pietre e tavoli). Dall'altra parte siamo anche "animali culturali", cioè soggetti che riflettendo sui propri confini biologici provano angoscia nella consapevolezza della necessità della propria futura dipartita e soggetti capaci di ricorrere alla tecnica per procrastinare quanto più possibile questo momento. Ciò che frena la riflessione sulla buona morte può essere appunto la riluttanza a maturare la piena consapevolezza dell'inesistenza futura. Inoltre, esiste un'intuizione assiologica diffusa per cui introno all'opposizione tra "vita" e "morte" corrisponde la polarizzazione tra bene e male. È sempre un bene vivere ed è sempre un male morire, perché la morte annienta ogni esperienza passata e preclude qualsiasi esperienza futura. La vita invece ha valore intrinseco anche quando è ricca di esperienze negative. Pertanto, accostare alla morte l'aggettivo "buono" sembra per lo meno azzardato.

Eppure, la storia è colma di tentativi di pensare la "buona morte" (dagli esempi antichi di morte coraggiosa, alle *artes moriendi* diffuse tra Medioevo e Rinascimento) e negli ultimi anni il lemma compare in numerose riflessioni sull'etica di fine vita (Raisio, Vartiainen & Jekunen, 2015; Cottrel & Duggleby, 2016). Nell'attuale contesto, l'assenza o l'indebolimento di un quadro valoriale forte unitario e condiviso sulle cosiddette "questioni di bioetica", può determinare la moltiplicazione dei modelli di buona morte. La proliferazione delle possibili declinazioni della vita buona sembrerebbe portare con sé una pluralità di modi di pensare la buona morte. Il fallimento dei vari progetti di fondare sulla credenza religiosa o sulla ragione una sostanza etica vincolante per tutti porterebbe al pluralismo di fatto anche nell'ambito del come si deve morire.

In via preliminare si possono delineare almeno due modelli fondamentali di “buona morte”. Tra i tanti modelli di buona morte che si possono individuare, possiamo partire da quello che forse più si avvicina a certe raffigurazioni passate della morte e che, sul piano etico, possiamo chiamare “modello della beneficenza”. In questo modello la domanda principale riguarda il *come* della morte. L’obiettivo è quello di delineare un paradigma in cui il paziente muore con dignità, con il conforto dei propri cari e di uno staff sanitario che, preso atto dell’impossibilità di posticipare efficacemente il decorso della patologia, fa di tutto per venire incontro ai bisogni psico-fisici, spirituali, ecc. del paziente e per lenire il dolore che può manifestarsi negli ultimi istanti. Il paziente è qui destinatario di una serie di misure, mediche e non, che hanno l’obiettivo di contribuire al suo “bene” (Callahan, 1993).

Un secondo modello è quell’autonomia. Pur non escludendo i valori incorporati nell’idea di beneficenza, esso aggiunge un ingrediente: il paziente è il miglior giudice per stabilire quale morte sia per sé quella buona e quindi non è possibile imporre a tutti un unico modello di morte tramite mezzi coercitivi (ad esempio, ricorrendo ad una traduzione giuridica di tale modello). Il modello dell’autonomia non aspira a dare un contenuto specifico e sostanziale alla buona morte che sia valido per tutti. La scelta di quale sia la morte migliore rimane un problema confinato nella sfera privata, in cui il singolo fa valere la propria personale gerarchia di valori. All’interno del contesto medico, ciò significa che è potere del paziente scegliere non solo il come della morte, ma anche il quando.

Esistono tuttavia almeno due modi di pensare il modello dell’autonomia. Secondo il primo, il modello è del tutto speculare rispetto a quello di beneficenza, in quanto è ancora possibile parlare di *exempla mortis* che dovrebbero essere accettati da tutti. Come nell’antichità il rimando a figure storico-mitiche come Orazio Coclite, Catone, Lucrezia, Socrate, ecc. serviva ad indicare morti esemplari, oggi Englaro e Welby delineano modelli da tenere ad esempio. La differenza tra esempi antichi e moderni sta nel fatto che i secondi possono essere additati come tali perché esemplificano buone ragioni morali per sottrarsi ad una visione “feticistica” della vita biologica e per affermare il primato assiologico della vita biografica sulla vita biologica. Sono casi che possono insegnare a vivere la morte secondo canoni di responsabilità e libertà che prescrivono di non affidare il destino della propria esistenza alla natura ma solo a se stessi. Esiste al fine un modello di buona morte, raccomandabile ma non imponibile per legge, che consiste nello svuotamento di senso e rilevanza morale la mera vita biologica.

È possibile però individuare un modello alternativo che sul piano morale ha al tempo stesso pretese più deboli e pretese più forti; in quest’ottica, non esiste un modello sostanziale di buona morte in sé raccomandabile, se non quello che viene liberamente scelto da parte del soggetto che si trova a sperimentare le particolari condizioni cliniche. Il modello orienta quindi verso un riconoscimento pubblico del pluralismo di concezioni della buona morte, rispettando pienamente l’idea che non possono essere utilizzati strumenti coercitivi per imporre un modo di morire. Da un altro punto di vista, questa posizione ha la pretesa di fornire una ragione dell’esistenza stessa di tale pluralismo collegando la molteplicità dei modelli di buona morte alla molteplicità

delle “identità”. In questo senso, la pretesa forte si sostanzia nell’idea che vivere una buona morte significa affermare ulteriormente la propria identità e quindi costituisce il momento finale del progresso di sé. Il riconoscimento del pluralismo dei modelli di buona morte – e la conseguente preoccupazione di consentire la libertà individuale di vivere la propria morte secondo il modello scelto – si accompagna quindi alla tutela dell’identità degli individui e del diritto di sviluppare la propria personalità (morale) in modo libero e responsabile (Lecaldano, 2010). Secondo queste coordinate è allora più corretto parlare di buone morti, così come esiste una pluralità di modi di intendere la vita buona.

Queste due versioni dei modelli dall’autonomia possiedono una “somiglianza di famiglia” perché puntano nella medesima direzione, evitano che le scelte di fine vita siano espropriate dalle mani dei pazienti. Le differenze si concretizzano allorché questo punto di arrivo viene raggiunto per strade diverse: il secondo modello riesce a coniugare pluralismo e autonomia alla nozione di “identità”, quale fonte adeguata per giustificare il fatto che gli individui hanno piena disponibilità della propria vita, del proprio corpo e della propria salute. A dispetto della sua complessità e ambivalenza, il linguaggio dell’identità è anzi quello migliore per rendere conto dell’uso e del significato dell’aggettivo “proprio”. Allo stesso tempo, consente di avviare una riflessione complessiva sulle decisioni di fine vita, che possa comprendere le scelte di rifiutare cure salvavita e interventi attualmente più controversi sul piano morale come l’eutanasia.

### **Bibliografia e sitografia**

- Callahan, D. (1993). *The Troubled Dream of Life. In Search of a Peaceful Death*. Washington D.C.: Georgetown University Press.
- Cottrell, L., & Duggleby, W. (2016). The “good death”: An integrative literature review. *Palliative and Supportive Care*, 14(6), 686-712. doi:10.1017/S1478951515001285
- Lecaldano, E. (2010). La sovranità sul proprio corpo come fondamento per le direttive anticipate. In D. Neri (Cur.), *Autodeterminazione e testamento biologico. Perché l’autodeterminazione valga su tutta la vita e anche dopo*. Firenze: Le Lettere.
- Raisio, H., Vartiainen, P., & Jekunen, A. (2015). Defining a good death: a deliberative democratic view. *Journal of palliative care*, 31(3), 158-165. Disponibile da: <https://search.proquest.com/openview/903c78b8b8fbbda30a1ac1cc48f7cdf3/1?pq-origsite=gscholar&cbl=31334>

### ***13.2 - Deciding and sharing: is the advance care planning a guardian of personal identity and the right to self-determination?***

### **13.2 - Decidere e condividere: l'advance care planning custode dell'identità personale e del diritto all'autodeterminazione?**

**Silvia Zullo**

**Keywords:** *right to die with dignity, advance directive, Advance Care Planning*

**Parole chiave:** diritto di morire con dignità, direttive anticipate, Advance Care Planning

Il dibattito contemporaneo sul fine vita verte, in ultima analisi, sulla giustificazione e sulle modalità di riconoscimento di quello che è ormai comunemente chiamato “diritto di morire con dignità”. Si tratta di una formula riconducibile, in prima istanza, alla più generale libertà di decidere come vivere la propria vita, cui inerisce anche la pretesa morale di vedersi rispettati nelle scelte libere e competenti che riguardano il morire: in questo senso il diritto di morire con dignità verrebbe a configurarsi come intrinseca dimensione del diritto di vivere con dignità tutte le fasi che l'esistenza implica. In seconda istanza, l'appello alla nozione di dignità, nozione molto controversa per la sua intrinseca indeterminatezza, può essere interpretato sia in un'ottica ontologizzante tesa a porre limiti alle libertà individuali, in nome della tutela dell'essenza e della natura umana, sia come espressione del piano di vita personale che implica, come sopra riportato, anche la libertà e pretesa morale di “lasciarsi morire”, interrompendo o rifiutando trattamenti salvavita, oppure richiedendo assistenza per porre termine alla propria vita (Neri, 2017).

In relazione a quest'ultimo aspetto, la proposta di legge attualmente in discussione al Senato, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento* (Senato della Repubblica, 2017), si può dire rappresenti un tentativo, seppur parziale e problematico, di tradurre in norme legislative il riconoscimento del “diritto di morire con dignità”, a partire dalla considerazione delle effettive condizioni degli individui, che non sono semplici concretizzazioni di entità astratte, ma persone reali, con peculiari e personali desideri, bisogni e progetti di vita (Dworkin, 1993). La proposta di legge non si inserisce in un vuoto normativo, dal momento che un “diritto dei principi” riguardo alla relazione di cura in tutta la sua ampiezza si è costituito negli ultimi vent'anni, frutto di ripetute decisioni della Cassazione e del Consiglio di Stato e di una lettura fondata sulla Costituzione, sulla Carta dei diritti dell'UE, sulla Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo e della biomedicina e sulle Convenzioni internazionali, anche se per sua natura non può dirsi definitivo. Questo diritto dei principi definisce ormai il fondamento, i fini, i limiti della cura indicati nella appropriatezza e nella proporzionalità e afferma la struttura intrinsecamente consensualistica del rapporto terapeutico, in funzione della dignità, della integrità/identità e della salute come valore della persona, anche se non è possibile sostenere che la pratica clinica, perlomeno nella nostra realtà politica e socio-culturale, lo abbia del tutto recepito.

L'analisi che qui si propone consiste nell'illustrare criticamente il testo di legge sopra citato nel quadro del riconoscimento "diritto di morire con dignità" e negli aspetti strettamente inerenti la relazione di cura. Nello specifico ci si soffermerà sull'esame degli articoli 4 e 5, rispettivamente centrati sulle disposizioni anticipate di trattamento e sulla pianificazione condivisa delle cure, che impongono di riflettere accuratamente sulle modalità e gli strumenti a tutela non solo della propria libertà di scelta, ma anche della propria identità. In particolare si porrà l'accento sul concetto di *advance care planning*, riferito alle pratiche di condivisione anticipata del piano di cure ormai consolidato nella letteratura e alle numerose esperienze internazionali, sullo sfondo delle garanzie di tutela del diritto all'autodeterminazione (Mullick, Martin, & Sallnow, 2013). In quest'ottica il paziente costruisce la sua pianificazione anticipata delle cure in relazione allo specifico quadro diagnostico e prognostico, all'interno di un processo dinamico e condiviso con il proprio team curante. Si tratta di uno strumento che invita a documentare eventuali desideri riguardo alla futura assistenza sanitaria tramite disposizioni che, in questo modello, diventano parte integrante della pianificazione anticipata, stessa senza nulla togliere al ruolo propulsivo dei professionisti sanitari, al fine di garantire che nell'ambito di un intervento clinicamente appropriato sia comunque rispettata la volontà del paziente, procedendo esclusivamente a quelle cure che il paziente ha considerato proporzionate e rispettose della sua qualità di vita. Ne deriva che le direttive anticipate di trattamento rappresentano una "sezione" di tale pianificazione relativa alle decisioni di fine vita.

In ultima analisi si discuterà se, anche alla luce delle formulazioni fornite dal testo di legge, si potrà così superare le "classiche" riserve etiche e cliniche che spesso le disposizioni anticipate fanno emergere, attualità, specificità/vaghezza, aggiornamento, validità nel tempo, e se, più in generale, questo strumento possa fornire garanzie in termini di tutela della propria autonomia e identità.

### **Bibliografia e sitografia**

- Dworkin, R. (1993). *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*. New York: Knopf.
- Mullick, A., Martin, J., & Sallnow, L. (2013). An introduction to advance care planning in practice. *British Medical Journal*, 347, 1-6. doi:10.1136/bmj.f6064
- Neri, D. (2017). Autonomia e dignità alla fine della vita. *Notizie di Politeia*, 125, 117-125. Disponibile da: [http://www.politeia-centrostudi.org/doc/Selezione/125/Politeia\\_125-Neri.pdf](http://www.politeia-centrostudi.org/doc/Selezione/125/Politeia_125-Neri.pdf)
- Senato della Repubblica XVII Legislatura. (2017). *Fascicolo Iter DDL S. 2801. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*. Disponibile da: <http://www.senato.it/leg/17/BGT/Schede/FascicoloSchedeDDL/ebook/47964.pdf>

**Chapter 14 – Body and awareness in mystique and religions****Capitolo 14 – Corpo e coscienza nella mistica e nelle religioni****14.1 - Body and awareness in mystique and religions****14.1 - Corpo e coscienza nella mistica e nelle religioni****Guidalberto Bormolini, Nader Akkad, Joseph Levi, Paolo Trianni***Keywords: Religion, Mystique, Dialogue**Parole chiave: Religioni, mistica, dialogo**Il desiderio spirituale nella società contemporanea*

L'antropologo Luis-Vincent Thomas afferma che: «Il fallimento di un mondo ipertecnizzato genera un bisogno immenso di spiritualità». Sempre secondo Thomas nella nostra cultura tecnico-industriale è apparso un essere umano nuovo, senza illusioni, senza religione (nel senso tradizionale del termine), il cui corpo e i cui desideri – oggettivati, misurati, valutati – non sarebbero che l'oggetto d'una buona gestione sociale, d'una regolazione ottimale ad opera della medicina, della dietetica, dell'organizzazione sportiva, delle politiche assicurative, ecc. Si assiste ad un movimento che tende a far esistere la spiritualità indipendentemente dalla religione. Sempre più numerosi sono i non credenti che rivendicano la possibilità di vivere delle esperienze e dei valori spirituali senza che vi sia alcun riferimento al religioso e alla fede. Questa apertura sempre più marcata allo spirituale rischia però ingenerare confusioni. Si può osservare infatti come dietro il termine "spiritualità", si nascondono un'infinità di concezioni differenti, talvolta anche contraddittorie. E il primato della coscienza è rivendicato talvolta in opposizione alle religioni stesse. A questo tipo di spiritualità sembra riferirsi, ad esempio, Jung quando scrive: «Fra tutti i miei pazienti nella seconda parte della loro vita, diciamo al di sopra dei 35 anni, non ce n'è stato uno solo il cui problema, in ultima analisi, non fosse quello di trovare una dimensione religiosa alla propria vita. E questo indipendentemente dall'adesione a una credenza particolare o alla appartenenza ad una Chiesa».

La domanda di senso, che segna la specificità dell'essere umano, è presente durante tutto il percorso di una vita, ma si accentua nei periodi di crisi e specialmente nella vicinanza della morte e quando, a causa della malattia, si presenta una degenerazione e compromissione a livello delle capacità cognitive e di coscienza di sé.

*La coscienza di fronte alla morte*

La coscienza, nell'atto del morire, si misura con lo stadio ultimo non solo del "Reale", ma della sua "reale" identità. Essa può essere letta come una morte del transuente, del contingente, del condizionato che conserva e mantiene il sostanziale. La morte diventa dunque una rivelazione della "forma" intesa come sostanza ultima dell'essere. Detto passaggio ontologico, proprio per questo, può essere letto come una



necessaria purificazione di ciò che nella memoria della coscienza è indegno di perpetuarsi. Una riflessione sulla coscienza letta alla luce del varco della morte, diventa necessariamente quindi una valutazione etica ed ontologica dell'essere. Un discernimento sui criteri valoriali che hanno abitato l'identità coscienziale terrena. Le emozioni - positive e negative - che hanno abitato la coscienza sono ora messe a nudo, ed emergere l'essere autentico. Quello che potremmo definire non-esserci, e quindi autentico ed assoluto.

### *Spiritualità e religione*

La spiritualità come ricerca di senso, affermazione di valori, tensione verso la trascendenza, non presuppone necessariamente una religione anche se, evidentemente, non la esclude. L'attenzione a tale varietà di definizioni della spiritualità e di modi di viverla - resa più acuta dal crescente pluralismo etnico - deve portare, da una parte a un profondo rispetto delle posizioni altrui, accompagnato dall'apprezzamento degli aspetti positivi in esse presenti e, dall'altra, ad un dialogo autentico che sfoci nella valorizzazione degli elementi comuni e in un cammino di crescita.

### *Mistero e mistica*

In tutte le grandi religioni del mondo vi sono correnti mistiche. Fondate sulla ricerca personale e sul contatto diretto col divino. La mistica (dal greco *mystikòs* = misterioso, e questo da *myein* = chiudere, tacere) è la contemplazione della dimensione del sacro e ne comporta una esperienza diretta, "al di là" del pensiero logico-discorsivo e quindi difficilmente comunicabile.

La categoria del mistero è troppo spesso ritenuta appartenere all'ambito dell'irrazionale, quando al contrario uomini di scienza come Albert Einstein affermavano che: «La più bella e profonda emozione che possiamo provare è il senso del mistero; sta qui il seme di ogni arte, di ogni vera scienza». Concepire il mondo come mistero appartiene sia alla religione che alla vera scienza: «Lo scienziato non è l'uomo che fornisce le vere risposte; è quello che pone le vere domande» (C. Lévi-Strauss).

Un'opinione tanto diffusa quanto superficiale considera opposti i due termini: la mistica come contraria alla razionalità. In realtà non è così, e per comprenderlo basta ristabilire il significato originale dei due termini stessi. Da un lato, infatti, la mistica non è affatto il campo dell'irrazionale, del visionario, ecc., ma solo quello del silenzio, e non perché le manchino le parole, ma perché in essa il sapere è l'essere e l'essere il sapere. Non opposizione, dunque, ma il contrario: misticismo e razionalità sono la stessa cosa, se presi nel loro significato autentico. E, del resto, questo è mostrato da tutta la storia del pensiero teologico delle religioni del Libro: tra i più grandi filosofi o teologi compaiono spesso anche grandi mistici.

Il sapere legato al mistero (che è appunto la vita, il vivere e il morire) si può infatti mostrare, non dimostrare, come concludeva anche un grande logico, Wittgenstein: «Per questo coloro cui il senso della vita divenne chiaro non potevano poi dire quale fosse». «La rosa è senza perché, fiorisce perché fiorisce, a sé non bada, che tu la guardi non chiede», recita il poeta Angelus Silesius nei celebri versi del suo *Pellegrino cherubico* intitolati appunto "Senza perché". Il mistero e la mistica sono infatti il terreno della chiarezza, della piena luce, nei quali scompaiono tutti i "perché", ovvero si sciolgono tutti i nodi e si gode di perfetta pace.

**Chapter 15 – Identity, trauma and loss**

**Capitolo 15 – Identità, trauma e perdita**

**15.1 - Dying as Cultural Beings: Implications for End-of-Life Care**

**15.1 - Morendo come Esseri Culturali: implicazioni per la cura del fine vita**

**Robert Crupi**

*Keywords: culture, end-of-life care, rights*

*Parole chiave: culture, cure del fine-vita, diritti*

*Learning Objectives*

1. To understand what constitutes cultural competency in providing end-of life care.
2. To learn strategies for assessing cultural factors pertinent to the individual patient
3. To discuss culture and meaning at end-of-life.

*Background*

Health care providers are challenged when a patient's cultural norms differ from their own. This is particularly true around end-of-life care. In North America and Europe, autonomy and individual rights to make life choices are considered to be core values. In the United States, the Patient Self Determination Act of 1990 was enacted to ensure those rights are protected, including fundamental rights to treatment choices, informed consent, truth-telling, open communication with health providers and control over the individual's own life and death.

*Method*

A review of the literature was conducted to examine cultural factors to be considered in end-of life care and its relevance to the health care provider's approach to the dying patient to preserve dignity and provide meaning which may be linked to the patient's cultural identity.

*Results*

The health care provider should recognize the influence of culture on a patient's behavior, attitudes, preferences, and decisions around end-of life care. It should not be assumed that a patient's identification with a particular ethnic group or religion necessarily mirrors the beliefs associated with that ethnicity or religion. A cultural assessment should be made to include how acculturated a person and their family are, their language skills and need for an interpreter. Cultural competency can help us understand some of the cultural values of a community that can allow us to better explore the pertinent themes for the individual patient. Cultural factors to consider include death as a taboo subject, collective decision-making, perception of the physician's status and health care experience in the country of origin, perception of pain and request

for pain relief and use of traditional healing. The health care provider must maintain an awareness of his or her own cultural identity, attitudes, biases, and prejudices in providing health care services.

#### *Conclusions*

Health care providers must honor the patient's cultural identity at end-of life to give meaning to their death as cultural beings.

### **15.2 - Provider concerns about emotional regulation and advanced care planning:**

#### ***New findings and Implications for intervention***

### **15.2 – Preoccupazioni dei caregiver riguardo la regolazione emotiva e la pianificazione anticipata di cura: nuovi risultati e implicazioni per gli interventi**

**Elizabeth Brondolo, Amanda Kaur, Gina M. Basello, Alan R. Roth**

***Keywords:*** *emotion regulation, advance care palnning, strategies*

***Parole chiave:*** *regolazione emotiva, pianificazione anticipata di cura, strategie*

#### *Learning Objectives*

1. To identify the aspects of psychobiological functioning associated with emotion regulation.
2. To describe the links between emotion regulation and advance care planning.
3. To learn strategies which may improve communication during advance care planning.

#### *Background*

One salient barrier to advanced care planning (ACP) includes the emotional demands of discussions about end-of-life issues. We conducted 3 studies to investigate the relationship between providers' concerns about emotion regulation and the degree to which they initiate (or delay) ACP conversations with their patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) or congestive heart failure (CHF). These findings have implications for the development of interventions to improve providers' capacities to engage in advanced care planning with chronic complex illness.

#### *Participants*

Participants in Studies 1 (n = 152) and 2 (n = 77) included resident and attending physicians in internal and family medicine at two medical centers; participants in Study 3 (n = 79) were nurses serving general medicine and surgery patients.

#### *Measures*

Participants read two vignettes describing patients with moderate or high intensity symptoms. Vignettes described patients with COPD (Study 1) or CHF (Studies 2 and 3). They completed new scales assessing providers concerns about emotion regulation in the context of advance care planning. The Provider Concerns about Advanced Care Planning scale (PCACP: Physician and Nurse Versions) was used to assess provider

emotion regulation. The PCACP yields a total score, and two subscale scores, assessing providers' concerns about managing their own emotions during ACP conversations and providers' concerns about managing their patients' emotions during ACP conversations. We examined the relationship of scores on the nurse and physician versions of the PCACP scales to the provider's self-reports of the initiation of communication about ACP-related topics (e.g., illness course and prognosis, advance directives) and their preference for delaying ACP discussions with their own patients with COPD or CHF.

### *Results*

In these three studies, providers' concerns about their own emotion regulation capacities were significantly negatively correlated with initiating ACP communication. Provider concerns about managing their patients emotions were positively correlated with delaying ACP. These relationships remained significant controlling for trait anxiety, gender and other variables.

### *Conclusion*

Addressing providers' needs to improve emotional regulation capacity may improve ACP for patients with chronic complex illness. We discuss the ways in which methods derived from basic and applied research in clinical and social psychology, including values affirmation, exposure therapy and techniques from schema therapy may improve provider's capacities to manage their own emotions and those of their patients. These methods may also be to help providers tailor ACP discussions to patients from different cultural and ethnic groups.

## ***15.3 - Implementation of an End of Life Curriculum in Family Medicine that Incorporates Elements of Emotional Communication***

### **15.3 - Realizzazione di un curriculum di fine vita nella medicina familiare che incorpora elementi di comunicazione emotiva**

**Lynn Clemow, Rutgers-Robert Wood**

***Keywords:*** family medicine, end-of-life curriculum, emotional communication

***Parole chiave:*** medicina familiare, curriculum di fine vita, comunicazione emotiva

### *Learning Objectives*

Participants should be able to:

1. Describe the steps involved in implementing a new End of life curriculum in a Family Medicine residency program.
2. Describe the processes used to incorporate psychological principles underlying emotional communication into physician training.
3. Discuss the preliminary results of efforts to have an impact on attitudes toward communication and resident counseling skills.

### *Background*

Primary care physicians are often in the best position to assist patients and families struggling with issues of identity and emotion regulation at the end of life. However, they are frequently ill-equipped to assess and fully understand the complex emotional and cultural issues in each family.

### *Methods/Results*

A description is provided of our experience in developing and implementing an end of life curriculum in a Family Medicine residency program, which also has a small Geriatrics fellowship. It is the obligation of people training Family Physicians to develop curricula to teach these important skills. Even more challenging is the implementation of these curricula. Often the psychologists who are presenting the material think about these issues in a way that is very different from the way physicians would find interesting and helpful. A template for educating physicians is offered here that follows the process from needs assessment to working with the curriculum guidelines, and working toward implementation of teaching methods to improve resident skills and reduce barriers to their addressing end of life issues in a timely and effective way.

### *Conclusions*

Basic research in psychological principles underlying emotional communication is often not fully incorporated into training curricula. It can be difficult to personalize training in emotional regulation and advanced care planning.

## ***15.4 - Indecisive Surrogate Consenting for Organ Donation After Withdrawing Life Support: Ethical Challenges Requiring Interdisciplinary Approach***

### **15.4 - Consenso Surrogato Incerto per la donazione degli organi dopo la sospensione del supporto vitale: sfide etiche che richiedono un approccio interdisciplinare**

**Brigit C. Palathra, Fernando Kawai, Cynthia X. Pan, Jane Morris**

**Keywords:** organ donation, ethic, psychosocial and emotional burden

**Parole chiave:** donazione degli organi, etica, onere emotivo e psicosociale

### *Learning Objectives:*

1. Explain concept and process of organ donation following withdrawal of life sustaining treatment (LST) and ensuing circulatory death;
2. Identify ethical issues in the setting of withdrawing LST followed by organ donation;
3. Illustrate the psychosocial and emotional burden on surrogates and families requesting organ donation after withdrawing LST.

### *Background*

Healthcare Surrogates may know of their loved ones' wishes for organ donation, express them to the medical team, yet not be able to reconcile with them. These decisions become especially difficult when involving

withdrawal of LST and subsequent donation after cardiac death (DCD). This form of organ donation is an ethically and legally accepted modality for harvesting organs after natural cardiac death in a monitored setting following withdrawal of LST. Surrogates may experience emotional lability and indecisiveness, calling into question their capacity, and posing ethical challenges for medical teams.

#### *Case presentation*

A healthy 59-year-old female experienced an out-of-hospital cardiac arrest and developed severe anoxic brain injury. Her condition did not fulfill brain death criteria but she was determined to have severe neurologic damage with no prospect of meaningful recovery by Neurology and the primary team. The Palliative Consult service met with her family, including the patient's son who was her healthcare surrogate. There was family consensus that the patient's wish would be for terminal extubation and organ donation after death. However, every time the team approached the son to set the date for extubation, he would have severe emotional outbursts, and refuse to set the date. When offered LST as an alternative, he adamantly refused to move forward with tracheostomy and surgical feeding tube placement as well.

#### *Discussion*

The Ethics Committee reviewed the case and affirmed that DCD after withdrawal of LST would be ethically appropriate and that the son was the appropriate decision maker. Palliative interdisciplinary members and the organ donation team were able to surmise that the principal stressor for the surrogate was not fulfilling his mother's wishes but choosing the date of her potential death. Rather than insisting for the son to set a date, the Palliative team proposed one to which the son agreed. Social Work and Chaplaincy actively supported the psychosocial and spiritual needs of the surrogate. Each member of the interdisciplinary team also faced different emotional regulation demands which influenced their interactions with the family member. This case underscores the importance of interdisciplinary team approach and shared decision making to support an emotionally overwhelmed surrogate.

#### *Conclusion*

By way of the Palliative team proposing the date of ventilator liberation, it allowed the surrogate to honor his mother's wishes for withdrawing LST and organ donation and alleviate his perceived burden of him determining the time of her death.

## **15.5 - When time stands still: Childhood sexual abuse from conceptualization to treatment**

### **15.5 - Quando il tempo si ferma:**

#### **l'abuso sessuale infantile dalla concettualizzazione al trattamento**

**Rachel Lev-Wiesel**

**Keywords:** *child sexual abuse, time perceptions, soul's dislocation*

**Parole chiave:** *abuso sessuale infantile, percezione del tempo, dislocazione dell'anima*

The presentation will propose a conceptualization of the experience of father - daughter childhood sexual abuse through five traumagenic constructs to further understand the outcomes of it. The uniqueness's of childhood sexual abuse compared to other forms of child abuse, in terms of symptoms and treatment principles, will be described. The five traumagenic constructs are: Soul's homelessness – the split between the body and mind, captured in time – the present and future as reflections of the past, entrapped in distorted intimacy – lack of authenticity, betrayal entrapment – the all in all betrayal, and re-enactment – the need to relive the experience.

Principles required for interventions will be drawn according to the traumagenic constructs; intensity, authenticity, and integration between body sensations, feelings, and thoughts. This will be presented through drawings and narratives of a survivor.

#### **References**

- Lev-Wiesel, R. (2008). Child sexual abuse: a critical review of intervention and treatment modalities. *Children and Youth Services Review, 30*(6), 665-673. doi:10.1016/j.chilyouth.2008.01.008
- Lev-Wiesel, R. (2015). Childhood sexual abuse: From conceptualization to treatment. *Journal of Trauma & Treatment, 4*(4). doi:10.4172/2167-1222.1000259

**Chapter 16 – The one, the group, the society: a cure for identity?****Capitolo 16 – La persona, il gruppo, il sociale: curare l'identità?****16.1 -The Groupal analytical model for the formation of a dynamic personal and social identity****16.1 - Il modello gruppoanalitico per la costituzione di una identità personale e sociale dinamica**

**Silvia Dina Corbella**

*Keywords: groupanalytical culture, identity, otherness*

*Parole chiave: cultura gruppoanalitica, identità, alterità*

In questa società in crisi e in rapido divenire interrogarsi sulla propria identità e trovare risposte è sempre più difficile. L'identità ha bisogno del tempo per costituirsi, per imparare ad essere flessibile e a trasformarsi, mantenendo un senso di continuità del Sé: un tempo capace di articolarsi in passato, presente e futuro, un tempo per il processo e i progetti di crescita, capace di accogliere anche l'unica certezza a cui non possiamo sfuggire, la morte.

Nel mondo occidentale dominato dall'ideale condiviso del tutto subito il futuro è già oggi, senza più la possibilità di pensarlo e di costruirlo. L'uso a volte patologico e prematuro dei videogiochi e un accesso a internet non controllato dai genitori, portano informazioni precoci e disturbanti che, in particolare nell'ambito sessuale, inducono confusione e false crescite. Il tempo delle favole si banalizza nei cartoni giapponesi, stereotipati e spesso violenti; la preadolescenza e l'adolescenza si consumano troppo brevemente nell'imitazione dei giovani adulti e delle veline. Il divenire non graduale, ma brutalmente accelerato, lascia buchi e interstizi dove si annidano solitudine e malessere, aspettative e delusioni. Supereroi e bambini spaventati e confusi vagano nella nebbia di uno spazio indefinito, senza confini e senza limiti. Poi l'esame di realtà, la mancanza di prospettive lavorative impediscono progetti, e rendono faticosi e difficili, quando non arrestano, processi di sviluppo e di crescita. La vecchiaia deprivata del valore dell'esperienza e della saggezza, vergognosa e furtiva, va nascosta e negata come la malattia e la morte. Il bambino che nei videogiochi ha imparato che ogni personaggio ha almeno sette vite, da adulto scopre che la vita è una sola e, disorientato, sente il bisogno di articolarla in tutta la sua temporalità.

Che fare? La domanda viene immediatamente seguita da un interrogativo più profondo e coinvolgente. Chi sono? Quali i riti di passaggio che confermano e danno valore ai ritmi della crescita? Noi, come psicoanalisti possiamo aiutare a far ripartire il tempo in tutte le sue articolazioni da quella che Pontalis (1997) ha chiamato la Quinta stagione, un nome evocativo per designare l'inconscio sia topicamente sia dinamicamente «come esercitante un'attrazione sugli altri sistemi, sulle altre stagioni, attrazione che imprime loro un movimento: l'inconscio come circuito aperto questa volta.» (pag.31). Se pensiamo all'inconscio come a un sistema aperto,



nelle sedute, con i loro ritmi e limiti temporali, possiamo ascoltare nella relazione analitica i suggerimenti del preconscious che, grazie ai sogni e alle libere associazioni, permette di attivare quel movimento di soggettivazione che porterà il paziente nell'analisi individuale e in quella di gruppo a recuperare il tempo e le stagioni della propria vita. Grazie a ciò che è fuori dal tempo, l'analisi rende presenti e attuali, parlabili e trasformabili, pensieri mai pensati che così possono entrare nel tempo cronologico arricchendolo con sogni e fantasie, e non più appiattiti su stereotipi omologabili. La relazione analitica dà al tempo il suo spessore e le cifre specifiche per ogni soggetto che lo attraversa. L'aspetto peculiare del lavoro gruppoanalitico è dato dal fatto che le narrazioni del singolo vengono arricchite e amplificate anche dalle interazioni e dai racconti degli altri con la produzione di movimenti fondamentali verso una sana individuazione e il piacere, e non l'obbligo, della condivisione e dell'appartenenza.

Il lavoro di gruppo, nell'incrociarsi dei tempi e delle relazioni, aggiunge la possibilità di costruire una storia condivisa, dove riattraversare o attraversare per la prima volta fondamentali snodi esistenziali. Ogni partecipante sperimenta direttamente, seduta dopo seduta, il valore fondativo dell'altro per la costituzione della propria identità. Nel gruppo si inventano nuovi riti per condividere e valorizzare i momenti di cambiamento profondo, gli eventi mutativi, quali la nascita, la morte, l'amore, la guerra. I riti sono importanti per contenere, per dotare gli accadimenti di un significato, e stimolare il passaggio dall'individuo al gruppo e viceversa, allacciando relazioni sostenitive, sia per il singolo sia per il gruppo tutto. La compresenza, nel lavoro gruppoanalitico, di diverse generazioni di pazienti, permette alla persona appena entrata di apprezzare il valore del cambiamento, della trasformazione, che sente raccontare dagli altri partecipanti, in particolare da chi sta concludendo il proprio percorso terapeutico. Ciò induce speranza e riduce il timore dell'ignoto che ogni cambiamento porta con sé. Ogni membro del gruppo sperimenta direttamente il detto di Terenzio: nulla di umano mi è estraneo. La cultura flessibile e in continuo divenire che si respira fa sì che il soggetto non venga appiattito sul sintomo e nemmeno sulla propria cultura di appartenenza. Nella quotidianità invece troppe volte si dimenticano la singolarità e il valore della storia per ogni essere umano, e si tende, a causa di pregiudizi costruiti per difendersi dall'angoscia dell'ignoto, a fare di ogni erba un fascio e a confondere la parte con il tutto. Spesso ci si difende da sentimenti negativi che non si vogliono riconoscere e che non si è in grado di metabolizzare proiettandoli sugli altri.

Nel sociale, nel grande o piccolo gruppo, è auspicabile che il modello gruppoanalitico possa, anche se a fatica, aver diritto di parola e diffondere una cultura dove i pregiudizi si possano mettere in discussione e divenire ipotesi da verificare, che non creano rigide barriere e scale di valore che arrivano a far ritenere l'altro non degno di appartenere allo stesso concetto di umanità. Nel lavoro di gruppo i movimenti evolutivi del singolo, l'emancipazione da comportamenti distruttivi e ripetitivi, vengono vissuti come il risultato di un processo condiviso, cui tutti hanno contribuito e possono e potranno attingere per nuovi orizzonti di speranza e di creatività. Si comprende allora la possibilità di una terza via oltre il lasciarsi andare in una rassicurante massa omogenea o crogiolarsi in un narcisismo esasperato. Ma tutto ciò nel gruppo non avviene senza conflitti che

a volte possono degenerare in scontri. In questo lavoro non solo verranno portati esempi clinici a sostegno di quanto precedentemente sostenuto ma anche di come il terapeuta debba poter trasformare lo scontro in una nuova e creativa consapevolezza identitaria, che non teme di mettersi con l'identità dell'altro. Questa tematica può essere un valido modello anche per il sociale contemporaneo che non può eludere il confronto con la migrazione che continuerà ad aumentare. La società in cui viviamo è in continuo divenire e non può esimersi dal misurarsi con l'Alterità e con le trasformazioni identitarie che ciò comporta. Ritengo che i paradigmi fondativi della gruppoanalisi e la cultura gruppoanalitica possano fornire un valido contributo al costituirsi di una sana identità che non teme ma valorizza il dialogo con l'alterità.

### **Bibliografia**

Corbella, S. (2014). *Liberi legami*. Roma: Borla.

Pontalis, J.B. (1999). *Questo tempo che non passa* (R. Clemenzi Ghisi, trad.). Roma: Borla. (Originariamente pubblicato nel 1997)

## **16.2 - Doctor... Who? Group analytic anchorages on Identity**

## **16.2 - Doctor... Who? Ancoraggi gruppoanalitici sull'Identità**

**Ivan Ambrosiano**

**Keywords:** *group analysis, matrix, mirroring*

**Parole chiave:** *gruppoanalisi, matrice, rispecchiamento*

Ogni persona nasce e cresce in un ambiente, in una comunità, in una cultura, in una parola nasce in una Matrice. La Matrice fondamentale è statica e preesistente al singolo individuo e si fonda su proprietà biologiche della specie e su valori e relazioni radicati e trasmessi culturalmente, un intreccio di biologico e culturale. Secondo Foulkes «l'intero modo di esprimersi, di respirare, di dormire, di svegliarsi, l'intero rapporto con il mondo, con gli oggetti, con gli altri, è stato modellato in modo decisivo dal gruppo familiare originario, anche se l'individuo non è consapevole di questo, poiché egli è convinto che il suo modo di essere sia proprio e spontaneo, e invece ci rendiamo conto che l'individuo è un frammento plasmato dinamicamente dal gruppo in cui è cresciuto».

La Gruppoanalisi teorizzata da S. H. Foulkes presuppone il trasferimento dei valori e della cultura dalla comunità al bambino, permeando l'essenza più intima della personalità individuale.

In Gruppoanalisi si pensa al processo di formazione dell'identità come composto da due movimenti: Idem e Autòs. Sono due disposizioni innate, una a prendere stabilmente dentro di sé (Idem) interiorizzando un mondo di persone, di relazioni e di cultura, e l'altra a rivisitare la dote psichica originale (Autòs) attraverso una attitudine espressiva, una predisposizione a una conoscenza trasformativa del mondo che spinge a liberarsi dai vincoli dell'istituzione familiare, reinterpretando i dati affettivi in unità simboliche e personali. La Simbolopoiesi è il processo di rivisitazione della cultura istituita a opera dell'Autòs che ha lo scopo di

mettere insieme, ricomporre il rapporto tra le cose del mondo secondo un senso proprio del soggetto che diviene autonomo e opera scelte originali.

L'identità si compone quindi di relazioni interiorizzate (identificazioni) che costituiscono la gruppaltà interna: insediamento nel tessuto dell'individuo di caratteri relazionali, di pensiero e comportamentali tipici dell'ambiente in cui nasce. Ne consegue che l'alterità è il fondamento della identità e viene così ribaltata l'idea che gli individui formano il gruppo ma al contrario è l'individuo a essere formato dal gruppo, ovvero dai suoi gruppi interni e dalle sue appartenenze.

L'Identità non è un possesso, ma un fenomeno e deriva da interazioni sociali: nominando, attribuendo un'identità, si omogeneizzano le differenze interne alla categoria nominata e l'eterogeneità diventa inconscia. Tutto il pensiero potrebbe essere definito come l'intrecciarsi di isole di inconsapevolezza: affinché l'identità funzioni lo spazio interno non deve essere verificato; al centro dell'identità c'è uno spazio simmetrico, una zona inconscia non rimossa, ma creata dalla struttura della comunicazione: perché una cosa sia detta, un'altra deve restare non detta.

Ogni insieme di pensieri, ogni discorso e narrazione ha i suoi punti ciechi: vengono considerate naturali alcune categorie (dove risiede l'inconscio sociale) e tralasciate altre: l'Identità è una omogeneità imposta, minacciata dall'omogeneità esterna e dall'eterogeneità interna e l'atto del nominare segna un confine, illusorio ma necessario per l'esistenza; è un evento topologico in quanto sedimenta due regioni, Me e non-Me.

Nel gruppo esistono molteplicità di discorsi e narrazioni di sé e del mondo che si interrompono e confondono vicendevolmente e ogni partecipante narra un discorso che sembra naturale, completo e coerente, ma che viene messo in crisi dai discorsi degli altri.

Durante il corso di una psicoterapia accade che i pazienti avvertano l'emersione di parti di sé che non riconoscono immediatamente o facilmente come proprie e che producono quella forma di spaesamento che è stato definito "Spazio senza", una condizione di rimaneggiamento della idea di sé di fronte ai rimandi del terapeuta ma soprattutto, nel gruppo terapeutico, degli altri pazienti.

Il gruppo di psicoterapia è come una sala degli specchi dove ognuno rimanda agli altri parti loro riflesse nello sguardo e nelle reazioni degli altri partecipanti: in questo modo ogni paziente può riflettersi negli altri e acquisire consapevolezza di sé e di aree fino a quel momento ignote o inconscie. Si tratta dello spossamento della maschera identitaria provocato dall'incontro con l'altro.

Questo meccanismo del rispecchiamento è uno dei fattori di cambiamento più importanti in Gruppoanalisi e mostra quale sia il valore della interazione tra i pazienti, quando il terapeuta la favorisce.

Rispetto al formato del piccolo gruppo, il dispositivo del gruppo mediano e grande spinge in modo immediato e specifico gli individui a rinunciare a parti della propria personale identità, e non solo essi diventano più consapevoli degli aspetti sociali dell'identità, ma hanno anche una più ampia scelta di dialogo con gli altri e quindi, in definitiva, diventano maggiormente in grado di cambiare la matrice culturale.

## **Bibliografia**

- Dalal, F. (2002). *Prendere il gruppo sul serio. Verso una teoria gruppoanalitica postfoulkesiana* (L. Pasqua, trad.). Milano: Raffaello Cortina Editore. (Originariamente pubblicato nel 1998)
- Foulkes, S.H. (2012). *Articoli scelti di Psicoanalisi e Gruppoanalisi* (G. Colangeli, trad.). Roma: Edizioni Universitarie Romane. (Originariamente pubblicato nel 1990)
- Friedman, R. (2015). A soldier's matrix: A group analytic view of societies in war. *Group Analysis*, 48(3), 239-257. doi:10.1177/0533316415588253
- Lo Verso, G., & Di Blasi, M. (2011). *Gruppoanalisi soggettuale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

### **16.3 - Real and virtual identity in new social and group contexts**

#### **16.3 - Identità reale e virtuale nei nuovi contesti sociali e di gruppo**

**Marco Longo**

*Keywords: identity, social life, internet*

*Parole chiave: identità, socialità, internet*

Da molti anni stiamo attraversando un periodo di profonde mutazioni, al contempo sia interne che esterne, da una parte rispetto al senso del sé e all'identità, così come percepiti e/o manifestati, dall'altra rispetto ai contesti e ai sistemi della gruppaltà. Siamo in un'epoca di cambiamento sia delle modalità di "rappresentarsi a se stessi" e di "presentarsi nelle relazioni e nella socialità", sia anche delle "modalità di vivere l'appartenenza e l'associazione" alle diverse e, sempre più spesso, anche "nuove forme della gruppaltà". Tutto ciò è determinato soprattutto dai cambiamenti economici e sociali, ma ovviamente anche dallo sviluppo superveloce di Internet e della comunicazione digitale, con la nascita di nuove forme di socialità, sia nel reale che nel cosiddetto "virtuale", ovvero di nuove forme di socialità e di nuovi tipi d'interazione sociale che si instaurano in Rete. Ne consegue un parallelo cambiamento nell'intimo degli individui, oltre che del concetto stesso di identità.

Alla globalizzazione corrispondono (o si oppongono?) anche forme di neo-tribalismo e neo-localizzazione. Il proliferare dei Social Networks, dei giochi online e dei cosiddetti "mondi virtuali immersivi" (second Life ecc.) permette agli individui di "entrare" in diversi "mondi paralleli" e di gestire (o illudersi di gestire?) identità parziali o frammentate, "maschere digitali", "nicknames" o "avatar" opportunamente costruiti per navigare e relazionarsi nei diversi ambiti digitali.

Siamo sempre più connessi o ... più disconnessi? Siamo in grado di controllare e integrare le diverse parti del Sé e dell'identità o piuttosto rischiamo di cadere in nuove forme di disintegrazione? Il rapporto tra comunicazione digitale e identità può essere interpretato secondo due punti di vista complementari.

Se da un lato Internet rappresenta un "non-luogo" dove è possibile osservare e verificare l'attuale andamento della crisi dell'identità, dall'altro costituisce un enorme "ciberspazio" di potenziale sviluppo per la formazione di nuove dimensioni dell'identità, oltre che della socialità.

Da una parte la Grande Rete, rende molto facile la messa in gioco, nei vari ambiti digitali, di diversi aspetti e componenti delle identità, favorendo però anche il camuffamento e/o la menzogna, dall'altra, attraverso una accelerazione, a volte persino frenetica, del ritmo delle esperienze e delle interazioni, contribuisce anche ad una evoluzione verso un carattere proteiforme dell'identità, che permette, o quantomeno promette, di poter vivere contemporaneamente diverse relazioni e appartenenze.

Tuttavia, nello stesso tempo, Internet, se utilizzata in modo incauto o più o meno francamente abusante e/o dipendente rappresenta la possibilità di mentire, di falsificare, di manipolare ecc, oltre che di cadere nella frammentazione, ma al contempo, se opportunamente utilizzata in modo avvertito e consapevole, di poter trasformare le insidie della frammentazione dell'identità della nostra epoca in nuove risorse e potenzialità per l'individuo e per i gruppi.

Nella relazione si analizzeranno le caratteristiche dei diversi Social Networks e degli altri ambiti digitali e il modo in cui sono artatamente costruiti per attrarre individui non solo di età e caratteristiche diverse, ma anche portatori di diverse tipologie di personalità e quindi anche di favorire determinate espressioni di particolari tratti o parti della personalità.

Tenendo ben presente che ciò che contraddistingue lo "stare in Rete" è una sostanziale condizione di incorporeità: il fatto di lasciare il corpo sospeso nel reale, all'esterno degli schermi, mentre ci si immerge con una pluralità di propri alias o avatar negli spazi virtuali, significa che la sensazione di "essere presenti" nei non-luoghi del ciberspazio rischia di acquisire un proprio personale senso di "realtà virtuale".

Per questo l'incorporeità che caratterizza le relazioni in rete, oltre a rappresentare un interessante oggetto di studio, va ad incidere anche sui processi di formazione e trasformazione dell'identità personale e della interazione sociale, sulla costruzione del sé e sulle manifestazioni delle strutture di ruolo.

Nella vita reale la socialità è più strutturata e "le componenti dell'identità", pur essendo molteplici, si presentano perlopiù integrate e coerenti, anche perché legate alla presenza del corpo. Nella Rete invece coesistono diversi sistemi e contesti virtuali tutti caratterizzati da una socialità non strutturata, in cui le persone si manifestano come maschere, una pluralità di alias e avatar, e le componenti dell'identità si decentrano, si distribuiscono nei diversi ambiti, divenendo quasi "entità processuali", partecipando ad una cultura dell'apparenza e della simulazione.

Nella relazione verrà analizzato in particolare, oltre al rapporto con il computer, il rapporto con il cellulare, che rappresenta una sorta di "protesi identitaria" che sembra ormai irrinunciabile, uno strumento che consente l'estensione dei sensi, che sembra donare così facilmente e gratuitamente un aumento di libertà, permettendo di agganciarsi alla Rete in qualunque luogo e momento ma che, proprio per questo, rappresenta al contempo anche un "guinzaglio digitale del Grande Fratello", un possibile strumento di tracciabilità e di controllo di tutto quanto cerchiamo o facciamo in Rete.

D'altra parte è ben comprensibile la necessità di monitorare e possibilmente prevenire fenomeni deteriori come la violenza nei social media, con il cyberbullismo, lo stalking online ecc. o anche la pornografia online,

il gioco d'azzardo, la truffa, l'hackeraggio ecc. Perché purtroppo da sempre l'uomo confonde o artatamente utilizza la libertà e i suoi strumenti anche per manifestare o dare spazio alle parti peggiori di sé.

Si farà dunque accenno anche alla propaganda manipolativa e a come viene utilizzata in Rete, spesso ingabbiando gli utenti in bisogni posticci e in situazioni di "appartenenze settarie imposte", utilizzando pressioni attrattive che invadono gli individui e prendono il posto di aspetti identitari scelti. Si farà inoltre accenno anche all'uso della Rete che fa il terrorismo ed alle prospettive in parte già attuali della "guerra informatica", non solo in campo militare, ma soprattutto nel campo finanziario e in quello politico.

Tuttavia, nonostante tutto questo, l'aspetto positivo di Internet risiede nel fatto che rappresenta la possibilità di trasformare le insidie della frammentazione dell'identità in nuove risorse e potenzialità per l'individuo. Purché venga utilizzata consapevolmente e permanga nell'utente la spinta ad Esser sé e non altro, ovvero che gli aspetti identitari mantengano sempre un chiaro ancoraggio nel reale e prevalgano sempre su quelli di immersione nel virtuale.

### **Bibliografia**

Marzi, A. (a cura di). (2013). *Psicoanalisi, Identità e Internet. Esplorazioni nel cyberspace*. Milano: Franco Angeli.

## **Chapter 17 – Terrorism, the true death's mask**

### **Capitolo 17 – Terrorismo, la vera maschera della morte**

#### ***17.1 - How to fight terrorism and fundamentalism***

#### **17.1 - Come combattere il terrorismo e il fondamentalismo**

**Hafez Haidar**

***Keywords:*** *terrorism, religion, intervention strategies*

***Parole chiave:*** *terrorismo, religione, strategie d'intervento*

Alcuni imam, approfittando della situazione nella quale navigano i giovani disperati, seminano nelle loro ingenuie menti sentimenti di odio e vendetta contro i responsabili dei loro Paesi che hanno ceduto alle lusinghe dell'Occidente e si sono arricchiti a scapito del popolo. Questi pseudoreligiosi, nei luoghi di preghiera, trasmettono la convinzione che il popolo sia destinato a marcire nel fango e nella disperazione. Insegnano che è possibile ottenere la salvezza e la liberazione solo combattendo contro i tiranni e contro coloro che aiutano economicamente e militarmente questi ultimi. I giovani musulmani vengono incitati a salvare l'Islam dalla tirannia degli occidentali che hanno colonizzato i Paesi arabi dopo la prima guerra mondiale, recando danni e devastazioni. Alcuni mufti sottolineano che le compagnie europee e occidentali si sono appropriate delle risorse naturali, dei porti, persino delle banche, garantendo in cambio ai figli dei ricchi

l'istruzione in Occidente, creando così dei feudatari che governino per loro i Paesi sottomessi alle loro egemonie espansionistiche.

Si diffonde così con veemenza l'idea che sia necessario indire crociate che colpiscano gli Americani e gli Europei per allontanarli dall'Oriente con la violenza. Coloro che uccidono i colonizzatori meritano il Paradiso promesso da Dio nel Corano e, nell'Aldilà, avranno diritto a diverse spose, castelli tempestati di diamanti, servi e animali volanti, fiumi di latte e di miele. Alcuni Imam fanno il lavaggio del cervello ai giovani, inducendoli a trasformarsi in bombe umane, pronte ad esplodersi e uccidere innocenti senza alcuna pietà nei mercati e nelle metropolitane, gridando: «Allah Wa Akbar, Allah Wa Akbar. Dio è Grande, Dio è Grande!».

Partendo da queste premesse, ci chiediamo ora cosa bisogna fare per sconfiggere il terrorismo.

A livello mondiale, occorre adottare le seguenti strategie:

- Chiudere le fabbriche di armamenti destinate ai terroristi.
- Catturare e punire severamente i trafficanti di armi e boicottare l'economia degli Stati che forniscono armi e denaro illecito ai terroristi.
- Spingere gli intellettuali a pianificare un piano culturale che privilegi l'istruzione delle donne e dei giovani sia dal punto di vista professionale che da quello tradizionale.
- Cancellare l'analfabetismo e insegnare le lingue straniere.
- Adottare nuove politiche di sviluppo economico, migliorare i rapporti commerciali e culturali tra Oriente ed Occidente.
- Combattere la disoccupazione e creare nuove scuole, università moderne, ospedali e mezzi di trasporto pubblico.
- Dialogare con l'Islam moderato ed incitare i musulmani a prendere delle posizioni decise nei confronti dei terroristi che consistono in:
  - Punire ogni individuo che offra vitto e alloggio o qualsiasi tipo di protezione a un fanatico estremista.
  - Denunciare alle autorità di sicurezza i nomi delle vecchie o nuove reclute dei terroristi.
  - Dichiarare pubblicamente a livello nazionale e mondiale di non approvare qualsiasi forma di terrorismo religioso o di stato.
- Collaborare con i Paesi stranieri per garantire la sicurezza negli aeroporti, nei porti e nelle stazioni ferroviarie.
- Non ospitare persone segnalate come terroristi o sospetti terroristi dall'Interpol, dall'FBI o dalle ambasciate.
- Aiutare i figli degli immigrati a integrarsi nella società e ad assimilare la cultura del Paese ospitante, mediante una politica di accoglienza non discriminatoria.
- Controllare costantemente i siti web e i Social Network per individuare i figli degli immigrati stabilitisi in Europa ed Oltreoceano che sono diventati preda del terrorismo.

- Indire convegni permanenti tra i rappresentanti delle tre religioni monoteistiche per combattere il terrorismo a livello nazionale ed internazionale.
- Affidare agli uomini religiosi il compito di insegnare correttamente i principi religiosi, senza fini politici ed economici.

Ancora una volta cito le parole del grande Nagib Mahfuz: «Nessuna religione utilizza la violenza e il terrorismo come strumenti per diffondere i suoi dettami. Non esiste una religione che colpisca con un coltello i suoi seguaci per obbligarli ad abbracciarla. E l'islam occupa il primo posto in questo senso: Dio ha detto che non esiste alcuna costrizione nella fede; chi vuole credere crede e chi non vuole può ripudiare la propria fede». Spetta ora più che mai ai capi arabi reagire con foga e determinazione contro queste orde barbariche di assassini assetati di fama, che non esitano a versare sangue innocente.

Infine, non bisogna cadere nel piano diabolico orchestrato dai fondamentalisti, che mira a creare paura, odio, razzismo e fanatismo religioso tra Oriente e Occidente e che tende a minare le basi della civiltà e della democrazia, oltre che i principi di convivenza tra i popoli.

Tocca al mondo intero e ai musulmani moderati reagire in maniera decisa contro i terroristi, per mettere fine a una pagina nera della storia dell'umanità, senza se e senza ma.



**Chapter 18 – The loss of self-image: aesthetic agony****Capitolo 18 – La perdita dell'immagine di sé: l'agonia estetica****18.1 - Psychology of Appearance: decision-making processes and psychosocial implications****18.1 - Psicologia dell'immagine di sé: processi decisionali ed implicazioni psicosociali**

**Cristina Marogna, Francesca Nobile**

*Keywords: psychology of appearance, psychic suffering, identity*

*Parole chiave: psychology of appearance, sofferenza psichica, identità*

La chirurgia Plastica-Estetica sta diventando parte integrante della nostra cultura e sempre più persone si rivolgono al chirurgo plastico-estetico con la speranza di correggere, cambiare o modificare particolari del proprio corpo che ritengono inaccettabili. Il profilo d'identità che emerge dalla richiesta di cambiamento è spesso scisso dagli equivalenti intrapsichici ed interpersonali.

A queste nuove aree di sofferenza psichica tenta di rispondere una nuova ed innovativa branca della Psicologia che, nel mondo anglosassone, viene definita "Psychology of Appearance" e in italiano potrebbe essere tradotta con Psicologia dell'Immagine di Sé.

La grande crescita del numero degli interventi ha portato gli psicologi a porsi alcune domande quali:

- esiste un profilo psicologico che accompagna la richiesta d'intervento di chirurgia plastica estetica?
- se sì, quale o quali possono essere i profili psicologici?
- da cosa dipende la soddisfazione post operatoria?
- per quale tipo di profilo psicologico potrebbe essere più difficile essere soddisfatto?

Molto spesso i pazienti che richiedono un intervento di chirurgia plastica/estetica soffrono anche di disagi di tipo psico-sociale e la tensione alla risoluzione del problema, può portare il soggetto a trascurare l'importanza della richiesta nelle sue implicazioni identitarie. Attraverso l'esposizione di alcuni casi clinici trattati nel corso degli anni, verranno presentate teorie, tecniche e strumenti di screening diagnostico in "Psychology of appearance".

**Bibliografia**

- Bollas, C. (1989), *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato* (D. Molino, trad.). Roma: Borla. (Originariamente pubblicato nel 1987)
- Erikson, E.H. (1963), *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Freud, S. (1986). *Psicologia delle masse e analisi dell'io. OSF Vol. 9*. Torino: Boringhieri. (Originariamente pubblicato nel 1921)
- Rumsey, N., & Hartcourt, D. (2012). *The Oxford handbook of the Psychology of Appearance*. Oxford: Oxford University Press.

## **18.2 - Getting ill because of beauty: aesthetic identity agonies**

### **18.2 - Ammalarsi di bellezza: agonie dell'identità estetica**

**Giuseppe Polipo**

*Keywords: aesthetic, beauty, identity*

*Parole chiave: estetica, bellezza, identità*

Siamo fondamentalmente “identificati” da una costellazione di caratteristiche che ci rendono unici (nome, provenienza, stato civile, lavoro), ma è soprattutto il corpo che informa istantaneamente sulla nostra identità, età, stato d'animo, personalità.

Una superficie, quella cutanea, luogo di desiderio e di potere, che porta a sperimentare l'esperienza di chi siamo, attraverso un continuo confronto tra una nostra valutazione e il giudizio degli altri. Il corpo, infatti, sancisce, valori, gerarchie, appartenenze, e l'esaltazione della bellezza e della gioventù sono temi amplificati più che mai dalla potenza dei mass media, che caratterizzano le società di tutti i tempi.

Quali cambiamenti individuali e collettivi, allora, si affacciano all'orizzonte nell'era delle promesse mediatiche di bellezza per tutti, e del desiderio infinito di “apparire” giovani a tutti i costi?

Che immaginario sociale c'è dietro l'agonia *anti-age* del corpo maturo femminile (e adesso anche di quello maschile) costretti ad una perenne performance seduttiva dentro gli standard arbitrari di taglie per anoressiche e di corpi palestrati?

Queste sono alcune domande che si propongono di comprendere come mai la naturale valorizzazione estetica del corpo diventi sempre più spesso nevrotica, agonica e caricaturale, e l'ossessione per la forma fisica trovare nella cantierizzazione cosmetico-chirurgica del corpo, il suo tratto distintivo. Mostrarci e offrire il nostro corpo alla vista degli altri rappresenta, infatti, l'essenza stessa dell'esistere, ma senza una proiezione consapevole della nostra immagine corporea non possiamo che ritrovarci chiusi e sofferenti. Per questo qualunque desiderio di cambiare l'immagine del corpo non può limitarsi al solo piano medico-chirurgico o cosmetico, ma ha bisogno di coinvolgere l'anima, allo scopo di evitare che il naturale tramonto della bellezza fisica porti all'agonica illusione di una impossibile eterna giovinezza.

#### **Bibliografia**

- Bowlby, J. (1978). *Attaccamento e perdita. vol. II. La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri.  
LeDoux, J.E. (1996). *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*. Milano: Baldini e Castoldi.  
Polipo, G. (2009). *La mente estetica*. Edizioni Psiconline.

### **18.3 - Cosmetic surgery and psychology of appearance. New fields of collaboration**

#### **18.3 - Chirurgia plastica estetica: la prospettiva del chirurgo. Nuove frontiere di collaborazione**

**Francesca Nobile, Luca Siliprandi**

**Keywords:** *psychology of appearance, cosmetic surgery, identity*

**Parole chiave:** *psicologia dell'immagine di sé, chirurgia plastica estetica, identità*

Gli Autori discutono e approfondiscono le tematiche relative alle relazioni che intercorrono fra la Psicologia dell'Immagine di sé e la Chirurgia plastica estetica e ricostruttiva, sottolineando l'importanza di una stretta collaborazione fra Chirurgo e Psicologo finalizzata all'analisi di richieste non sempre lineari e consapevoli rivolte dai pazienti candidati ad interventi che implicino mutamenti fisiognomici.

Negli ultimi anni si è assistito ad aumento esponenziale delle richieste di interventi di chirurgia plastica estetica finalizzate alla correzione o alla modifica di aspetti fisiognomici ritenuti inaccettabili. Nei testi di chirurgia plastica, nelle brochure e nei dépliant esplicativi, è frequentemente esposto il concetto che il chirurgo plastico debba possedere una spiccata sensibilità per gli aspetti psicologici, al fine di poter approfondire le tematiche relative alle motivazioni e alle attese del/della paziente. È infatti bene sottolineare che spesso è il paziente stesso a non essere in grado di chiarire le motivazioni e le aspettative che lo spingono alla richiesta di cambiamento, e ciò può creare oggettive difficoltà ad alcuni chirurghi. Inoltre l'ansia di alcuni pazienti nel ritenere urgente e comunque obbligato l'intervento può indurli a trascurare quanto il chirurgo comunica loro, in particolare con riferimento alle possibili ricadute negative nella procedura (convalescenza, complicanze, risultati inattesi o comunque non predittibili con precisione). Ogni aspetto sopracitato sarà riferito nella presente relazione a due categorie motivazionali distinte: i più giovani che richiedono il cambiamento di un'identità fisiognomica mai accettata; e i meno giovani che mai al contrario richiedono il recupero di un'identità perduta a causa dell'invecchiamento.

#### **Bibliografia**

- Cordeiro, C., Clarke, A., & White, P. (2010). A quantitative analysis of psychological and emotional health measures in 360 plastic surgery candidates. *Annals of Plastic Surgery*, 65(3), 349-353. doi:10.1097/SAP.0b013e3181c1fe5e.
- Nahai, F. (2009). Minimizing risk in aesthetic surgery. *Clinical Risk*, 15, 232-236. doi:10.1258/cr.2009.090048
- Orbach, S. (2009). *Bodies*. London: Profile BookLtd.
- Rumsey, N., & Hartcourt, D. (2012). *The Oxford handbook of the Psychology of Appearance*. Oxford: Oxford University Press.

## **18.4 - Presurgical agonies, how they affect presurgical psychological consultation**

### **18.4 - Angosce e immaginario preoperatorio: come influiscono dalla consultazione all'intervento**

**Marisa Martinelli**

**Keywords:** *agonies, presurgical screening*

**Parole chiave:** *agonie, valutazione preoperatoria*

La neurobiologia degli affetti e la psicologia in ottica psiconeuroendocrinoimmunologica (PNEI) conducono a un ampliamento di prospettiva in campo medico sanitario. I vissuti psicoemozionali quali: depressione, stress traumatico, bassa autostima, giocano un ruolo importante influenzando il sistema di regolazione del network psiconeuroendocrinoimmunologico. Il modello sistemico di valutazione comporta interventi e strategie integrate al fine di migliorare la compliance medico-paziente nelle varie fasi di diagnosi e cura pre e post operatoria. La valutazione non comprende solo una semplice raccolta di informazioni ma diventa essa stessa parte integrante del percorso terapeutico e nel considerare un problema fisico, esige molteplici competenze e la capacità di dialogo con gli altri professionisti coinvolti.

Dato lo stretto collegamento tra stress e sistema immunitario è necessario individuare e accedere ai fattori inconsci che possono bloccare i processi di guarigione delle ferite, comprendendo quali dinamiche psicologiche e sottendono interventi sul corpo che influiscono sul vissuto identitario.

Si tratta di:

- Desensibilizzare i vissuti negativi e traumatici associati al tipo di intervento;
- Desensibilizzare i pensieri disfunzionali (sono brutto), e le convinzioni bloccanti (non ho il controllo, sono sfiduciata, non sono amabile) e le fantasie rispetto alle cure e agli interventi sul corpo;
- Attivare risorse e neutralizzare i fattori stressanti e depressogeni.

In questa prospettiva la cura non può che essere un lavoro di sinergia tra diverse e interagenti professionalità.

#### **Bibliografia**

Cusani, M. (2009). *Psicosomatica oculare*. Genova: La Lontra.

Lazzari, D. (2007). *Mente & salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione*. Milano: Franco Angeli.

Martinelli, M., & Marcuglia, D. (2009, 23 maggio). Dall'analisi visiva alle sofferenze dell'anima: un approccio multidisciplinare integrato – ATTI del 1° Convegno AIVON. Montegrotto Terme.

**Chapter 19 – Physical illness, trauma, identity****Capitolo 19 – Malattia fisica, trauma, identità*****19.1 - To Escape death and don't find your own life anymore.******Loss of identity after a severe traumatic brain injury*****19.1 - Scampare alla morte e non ritrovare la propria vita.****La perdita dell'identità dopo un grave trauma cranico**

**Ilaria Donata Locati, Elisabetta Mondin, Giulia Angonese, Tommaso Martinolli, Sara Parise,**

**Luigi Alberto Gozzi, Eva Maria Giesler**

***Keywords:*** *traumatic brain injury, multidisciplinary team, identity*

***Parole chiave:*** *trauma cranico, équipe multidisciplinare, identità*

La perdita dell'identità è un fenomeno molto frequente dopo un trauma cranico grave; la persona traumatizzata può sperimentare cambiamenti importanti nel modo in cui i familiari, i colleghi e le persone della propria rete sociale interagiscono e si comportano nei suoi confronti. Spesso c'è una scarsa consapevolezza dei propri limiti e dei cambiamenti conseguenti il trauma che può riguardare un'alterazione dei comportamenti sociali, del controllo emozionale e dei comuni stili di vita oltre che le più facilmente identificabili difficoltà motorie, cognitive, linguistiche e sensoriali.

La persona sopravvissuta al trauma e risvegliatasi dal coma può sperimentare un vero e proprio "rigetto" sociale e familiare al momento del reinserimento: le proprie abitudini, le consuetudini relazionali e persino i piccoli gesti della quotidianità sono difficilmente recuperabili e possono provocare un senso di estraneità e disorientamento rispetto alla propria identità sia nella persona traumatizzata che nei suoi familiari.

La complessità del cambiamento post traumatico su molteplici fronti (cognitivo, motorio, emotivo, comunicativo, sensoriale, relazionale) implica la necessità di un lavoro integrato realizzato da un team multiprofessionale che opera con modalità interprofessionali (Basaglia, 2010). Dalla stretta collaborazione tra lo psichico ed il biologico supportata dalle ricerche delle neuroscienze abbiamo imparato che i confini delle mappe corticali possono cambiare radicalmente a seconda dei segnali provenienti dal corpo e dall'ambiente (anche relazionale). Questa visione dinamica dello sviluppo del cervello e della sua natura plastica che si arresta soltanto al momento della morte (Edelman, 2007) ci ha guidato nella realizzazione di progetti ed interventi riabilitativi nei quali la persona, costantemente immersa in un ambiente stimolante di gruppo, possa ri-attivare e ri-connettere nuove possibili configurazioni della propria identità.

Il lavoro in equipe multiprofessionale implica una rinuncia ai rassicuranti confini della propria disciplina (fisioterapia, musicoterapia, logopedia, neuropsicologia, psicologia clinica) integrando i propri saperi e prestando molta attenzione a non cadere in atteggiamenti di “colonizzazione” o “assimilazione” delle competenze altrui. Integrare i saperi significa dunque condividere una cultura terapeutica integrata (composta da più parti), integrante (che avvicina e non separa i professionisti) ed integra (non parziale, non mancante) (Dalle Luche, 1998). Lo strumento di lavoro per favorire la crescita e lo sviluppo di questo tipo di cultura è il gruppo.

Nel nostro modello operativo l'èquipe multidisciplinare attiva interventi di gruppo residenziali e diurni nei quali le persone traumatizzate, in gruppo, vengono costantemente stimolate e supportate con modalità ed in contesti differenti (in palestra, nei laboratori, a tavola, in piscina, al bar, ecc.) a confrontarsi con le proprie ed altrui difficoltà. I cambiamenti sono avvenuti in modo traumatico ed improvviso e richiedono un intervento a lungo termine che, basato sul modello bio-psico-sociale, promuove la ricerca di nuovi equilibri relazionali, familiari ed ambientali il più possibile in sintonia con l'identità perduta.

Presentazione di un caso che mostri i cambiamenti e le difficoltà di mantenere una continuità tra l'identità pre e post traumatica fornendo esemplificazioni cliniche del modello di intervento.

### **Bibliografia**

- Basaglia, N. (2010). La rete dei servizi e il lavoro in team interprofessionale. In A. Cantagallo, G. Pitoni, & G. Antonucci (a cura di), *Le funzioni esecutive*. Roma: Carocci.
- Dalle Luche, R. (1998). Per una psichiatria integrata, integrante e integra. *Comprendere*, 8, 215-127.
- Edelman, G.M. (2007). *Seconda natura. Scienza del cervello e conoscenza umana* (S. Frediani, trad.). Milano: Cortina Raffaello.

## **19.2 - Sense rafts in the archipelago of consciousness.**

### ***The drift of identities in dementia patients***

## **19.2 - Zattere di senso nell'arcipelago della coscienza.**

### **La deriva delle identità nei malati di demenza**

**Palma Minervini**

**Keywords:** *disease of the psyche, destruction of identity, double mourning*

**Parole chiave:** *dissociabilità della psiche, destrutturazione dell'identità, doppio lutto*

In questo lavoro l'autrice affronta il tema della perdita progressiva e irreversibile della coscienza nei malati di demenza secondo l'ottica psicoanalitica, servendosi di due diversi modelli: quello junghiano e quello post-fruediano/bioniano, stando nel punto di contatto relativo al funzionamento psichico.

L'autrice riprende il concetto junghiano di dissociabilità della psiche (Jung, 1947/1994), secondo il quale la dissociabilità è una caratteristica intrinseca della psiche, la quale non coincide con la sola coscienza, includendo anche processi inconsci in continuo divenire. Secondo Jung l'Io è il principale complesso ideofettivo di ogni individuo, è di mutevole composizione, e come una forza di gravità, attrae le singole parti verso un centro forse virtuale e le tiene unite.

La malattia della demenza nelle forme degenerative rompe e dissolve la relazione tra i contenuti psichici, restaurando gradualmente quella condizione psichica iniziale descritta da Jung agli albori della vita, quando non esistono che «isolotti di coscienza» sparsi, «analoghi a rare luci o a oggetti illuminati in una notte profonda» (Jung, 1930/1931/1994, p. 420).

In ambito post-fruediano l'attenzione viene rivolta al funzionamento dell'apparato psichico, e in particolare alla perdita dei legami tra i contenuti psichici, che con il progressivo collasso del linguaggio perdono il rapporto con la rappresentazione di parola, instaurando sempre di più il ritorno alla rappresentazione di cosa. Assistiamo ad uno slittamento dell'esperienza del conoscere (sia della realtà esterna sia della realtà interna) dal polo astratto-simbolico al polo percettivo-sensoriale: il pensiero si fa vuoto, gli oggetti esterni/interni si perdono, soprattutto si perdono i nessi associativi con l'attribuzione di significato (Le Gouès, 1995).

Con l'avanzare della malattia osserviamo inoltre il disintreccio delle tre modalità di funzionamento descritte da Ogden (1992), ovvero quella depressiva, quella schizo-paranoidea e quella contiguo-autistica con il prevalere dapprima della seconda e in seguito della terza. Gli oggetti interni (compreso il Sé) vanno incontro ad una scissione di tipo verticale, che viene proiettata all'esterno, per cui il mondo ora è buono ora è cattivo e persecutorio in una rapida alternanza, accompagnata da bruschi cambiamenti di stato interno. Il deficit della memoria per esempio attiva l'oggetto cattivo, così che il malato conserva di sé una rappresentazione buona contro una rappresentazione del mondo cattiva: ciò che non viene ritrovato è stato rubato.

Il funzionamento contiguo-autistico viene in primo piano a contrastare quello che Ogden chiama, sulla scia dell'espressione bioniana di "terrore senza nome", "terrore senza forma", ossia l'angoscia di perdere la continuità e l'integrità della superficie corporea.

Quando l'identità di pensiero viene meno, quando l'identità percettiva perde il rapporto con i significati e l'allucinazione non ripristina un livello di soddisfacimento seppure primitivo, ecco che il comportamento diventa la frontiera difensiva finalizzata a recuperare sensazioni di continuità contrastanti l'angoscia di annientamento. Dunque, rileviamo costante bisogno di presenza concreta di un soggetto/oggetto ausiliario con cui restare in contatto percettivo; parola incessante; manipolazione incessante; vagabondaggio senza sosta; iterazione continua di borbottii, lamenti, urla ecc. tutti comportamenti accomunati dalla caratteristica dell'essere incessanti, ripetitivi, privi di spazi vuoti, vissuti questi come spazi minacciosi per la continuità dell'essere.

La realtà esterna/interna per il paziente grave si fa traumatica e non elaborabile tramite la parola. Il livello implicito della comunicazione interpersonale assume una nuova rilevanza, ponendosi come ponte attraverso il quale far transitare significati e senso possibile.

La consapevolezza dell'importanza di tale livello relazionale implicito e profondo è fondamentale per riuscire a mantenere un contatto psichico all'interno della relazione con il malato. Anche la relazione tra la famiglia e il malato infatti si ammala, perdendo i riferimenti storici e complessuali consueti, imponendo un processo di lutto continuo anche per i familiari, che assistono impotentemente allo smantellamento dei nessi identitari sia del parente malato sia della relazione con lui. Dunque anche per i parenti si tratta di un doppio lutto, che non sempre trova in loro l'equipaggiamento psicologico necessario per far fronte a tale dissolvimento.

L'équipe dei curanti, nella misura in cui può accedere per prima ad una idea di cura per se stessa, intesa come capacità di accogliere, contenere, significare le angosce primitive scatenate dalla malattia, potrà porsi come contenitore ampio e solido anche della famiglia, nell'esperienza di fluttuare con il malato di demenza in stati della mente sempre più magmatici, equiparabili agli stati somatopsichici della vita ai suoi albori.

## **Bibliografia**

- Jung, C.G. (1994). Gli stadi della vita. In C.G. Jung, *Opere Vol. 8 La dinamica dell'inconscio*. Torino: Bollati Boringhieri. (Originariamente pubblicato nel 1930/1931)
- Jung, C.G. (1994). Riflessioni teoriche sull'essenza della psiche. In C.G. Jung, *Opere Vol. 8 La dinamica dell'inconscio*. Torino: Bollati Boringhieri. (Originariamente pubblicato nel 1947/1954)
- Le Goués, G. (1995). *La psicoanalisi e la vecchiaia* (E. Cimino, trad.). Roma: Borla. (Originariamente pubblicato nel 1991)
- Ogden, T.H. (1992). *Il limite primigenio dell'esperienza* (a cura di D. Ferreri). Roma: Astrolabio Ubaldini.



## **19.3 - Illness as a re-actualization of trauma, crisis and new significance opportunities**

### **19.3 - Malattia come riattualizzazione del trauma, tra destrutturazione e nuove opportunità di significazione**

**Silvana Rinaldi**

*Keywords: illness, body, trauma*

*Parole chiave: malattia, corpo, trauma*

La malattia somatica è una ferita narcisistica, una breccia aperta nel vissuto di continuità che è caratteristica fondante dell'identità. Le difese attuate variano da persona a persona, alcune portano ad un rafforzamento dell'investimento libidico su di sé, altre aprono la strada ad un vissuto prevalente di frammentarietà. Secondo Debray (2004) la malattia può diventare un oggetto di investimento e come tale aprire a nuove possibilità evolutive di riorganizzazione dell'identità oppure può strutturarsi come un oggetto non integrato e denegato. La seconda via porta ad una perdita di senso dell'esperienza di sé. La messa in crisi dell'identità apre un vuoto che rischia di essere colmato da un movimento di appiattimento sul concreto: il registro del bisogno torna a prendere il sopravvento. Il corpo desiderante viene sospinto sullo sfondo e sarà necessario un lavoro psichico per potersene riappropriare: il corpo sofferente deve tornare ad essere oggetto di piacere.

La criticità sta nel fatto che il sintomo fisico per sua natura non ha significato psichico: quello che gli conferisce senso soggettivo è l'esperienza emotiva che esso attiva e che non solo varia da individuo a individuo, ma assume anche significati diversi nella stessa persona a seconda del momento della vita che sta attraversando. In questa caratteristica sta parte della potenzialità traumatica della malattia: la sospensione di senso, per sua natura disturbante, può essere saturata da interpretazioni preconfezionate, alle quali viene riconosciuta capacità di fornire significato nella misura in cui vengono socialmente condivise. Nel caso di patologie rare autoimmuni questo meccanismo è particolarmente evidente. Alla quasi totalità dei pazienti è stata fatta l'ipotesi, che viene presa in considerazione con diversi gradi di adesione, che se il sistema immunitario attacca gli organi del proprio corpo questo significa che sono loro a farsi del male: "sono io che mi sto danneggiando" e l'io sta per la psiche. Viene così confezionato uno pseudo-pensiero che solo in apparenza fornisce un nuovo senso all'esperienza, perché in realtà si tratta di una equazione simbolica che si muove sul registro della concretezza. A questo si aggiunga l'implicita accusa che in questo modo viene rivolta al malato. Il rischio di una identità prima messa in crisi e poi di fatto negata, nel momento in cui le si conferisce un senso uguale per tutti, è alto. La malattia fisica diventa quindi trauma quando è in grado di rilevare una breccia, una rottura nella continuità del senso di sé.

Rilevare e non aprire, perché i vissuti che porta con sé possono essere pensati come la riproposizione di antichi conflitti, che ora hanno la possibilità di una rimessa in gioco che porta a nuove possibilità di significazione. In questo scenario una psicoterapia, individuale o di gruppo, fornisce il contesto ideale affinché

le istanze elaborative possano essere adeguatamente accolte. Sarà fondamentale lavorare per riaprire quello spazio di pensiero che l'appiattimento sulla dimensione concreta ha reso poco fruibile.

### **Bibliografia**

- Ambrosiano, I., & Rinaldi, S. (2013). Dal vincolo del dolore al legame di gruppo: Una psicoterapia di gruppo con pazienti somatici in ambito istituzionale. In N. Vasta, R. Girelli, & S. Gullo (cur.), *Quale omogeneità per i gruppi* (pp. 149-171). Roma: Alpes.
- Balsamo, M. (2009). Come si traduce "Nachträglichkeit" in italiano?. In M. Balsamo (cur.), *Forme dell'après-coup* (pp. 7-30). Milano: Franco Angeli.
- Debray, R. (2004). Psicopatologia e somatizzazione. In R. Debray, C. Dejours, & P. Fédida (cur.), *Psicopatologia dell'esperienza del corpo* (pp. 6-62). Roma: Borla.

## **19.4 - The carcinoma of the self - Palliative care: a model of intervention for the rebirth of identity**

### **19.4 - Il Carcinoma del Sé – Le cure palliative: modello di intervento per la rinascita dell'identità**

**Laura Rugnone**

*Keywords: palliative care, identity*

*Parole chiave: cure palliative, identità*

La diagnosi di una patologia con prognosi infausta e il terrore di una morte più o meno imminente squarciano i confini dell'individuo e hanno un'azione paralizzante sul pensiero. La sofferenza dell'ammalato che, lentamente, si sente e viene privato di uno statuto, di un riconoscimento, di un ruolo all'interno della propria famiglia e della società, rischia di ridurre l'identità della persona alla sua patologia.

Il contributo che presentiamo nasce dal lavoro di riflessione ed elaborazione su un caso clinico.

Gino era un pittore di 63 anni affetto da adenocarcinoma polmonare in fase avanzata. Era celibe e viveva da solo in una grande villa sul mare, fino a quando un ictus lasciava metà del suo corpo completamente inabile. Veniva allora attivata l'assistenza domiciliare di cure palliative. Dal medico palliativista che aveva effettuato la prima visita, mi veniva descritto come una persona colta, elegante e riservata che riusciva a essere gentile con le poche persone a cui permetteva di stargli vicino, nonostante le evidenti difficoltà ad esprimersi. La sua più grande sofferenza era infatti dovuta alla difficoltà di comunicare verbalmente, a causa di una tosse persistente che lo travolgeva ogniqualvolta provava a condividere un pensiero. Spesso preferiva rimanere da solo, nella penombra della sua stanza quasi spoglia di oggetti, in un silenzio carico di rabbia e dolore per tutto quello che sentiva di aver perso.

Proprio il silenzio mi colpì e mi avvolse la prima volta che mi recai in casa sua. Arrivate in camera, la sorella che mi aveva accolta, si dileguò e vidi un uomo molto gracile, disteso su un letto ortopedico, con uno sguardo severo, perso nel vuoto, riverso su un lato del corpo in una posizione che appariva piuttosto scomoda. Poche volte, durante il nostro primo incontro, Gino cambiò l'espressione del volto, mentre mi raccontava di sé, della sua professione, della sua famiglia d'origine e di come il suo estro artistico lo avesse portato a vivere come un nomade in diversi paesi del mondo. Quando, sul finire del nostro incontro, accennai alla possibilità di parlare della malattia che lo aveva colpito, vidi il suo sguardo diventare cupo e non volli forzare i suoi tempi. Durante i successivi incontri mi trovai ad accogliere sia le difficoltà pratiche legate alla malattia sia l'emergere della sofferenza emotiva che la condizione di ammalato gli comportava, compresa la rabbia che faticava a essere esplicitata. La possibilità che qualcuno sentisse il desiderio di vedere la persona, oltre il corpo sofferente, probabilmente permise, a Gino, di ricontattare le sue parti più intime e delicate. Il paziente era assistito da numerosi familiari. In particolare una delle sorelle, Rosa, su richiesta di Gino, si era trasferita da lui, per prendersene cura.

Gli altri familiari si alternavano per "fargli compagnia", anche se, ogni volta che mi recavo dal paziente, li trovavo, puntualmente, tutti seduti in cucina, spesso in silenzio, con la porta della stanza di Gino chiusa.

Una delle questioni che lo addolorava riguardava la mancata comprensione delle sorelle riguardo la sua richiesta di essere assistito da un badante estraneo alla famiglia. Questa richiesta è stata elemento di conflitto tra chi era d'accordo con Gino e chi, come Rosa, si sentiva tradita dal suo "assistito", prestandosi ad incarnare controversie familiari altre mai espresse direttamente. Gino, infatti, non autorizzandosi fino in fondo ad avanzare certe richieste, ne aveva timidamente parlato con me e attraverso me, l'aveva sottoposto all'attenzione delle sorelle, attivando delle dinamiche familiari che avevano radici profonde. L'aver accanto un estraneo che si occupasse dei suoi bisogni significava, per lui, sentire di esercitare ancora una quota di controllo e potere sulla propria vita. Poter disporre del proprio denaro, incaricando una persona estranea di assisterlo, lo faceva sentire meno dipendente dalla propria famiglia. Il lavoro di mediazione, fatto tra i bisogni di Gino e la posizione dei suoi fratelli, è stato apprezzato dal paziente che sentiva il rischio di perdere del tutto il proprio ruolo in famiglia, così come la propria identità. La nostra relazione ha rappresentato la possibilità di recuperare l'uomo che era stato e che temeva di perdere. Un pomeriggio mi fece trovare, accanto al letto, una scatola di cartone che conteneva alcune foto, importanti per lui, e insieme abbiamo ripercorso le tappe più significative della sua vita, gli amori, le donne, gli uomini e le opere che portava nel cuore.

In un momento di profonda disperazione mi strinse le mani dicendomi di non voler essere oggetto di accanimento terapeutico e portandosi i pugni alla testa, mi chiese se fosse corretto per un credente come lui, desiderare di morire, per porre fine alla sua sofferenza. Mi sono sentita gelare, mancavo di risposte, sono rimasta accanto a lui accogliendo, nel silenzio, il suo dolore.

È stato proprio il poter attraversare, con autenticità, le profonde crisi esistenziali ed etiche a permettere a Gino di approdare a un compimento pacificato della sua esistenza. Nella bara di legno grezzo, che lui stesso aveva scelto, spoglio dall'effimero, coperto soltanto da teli bianchi, gli stessi che utilizzava per realizzare le sue creazioni, Gino, ha conservato la sua identità fino alla fine, rendendo anche la sua morte un'ultima grandiosa opera d'arte.

Il caso clinico su riportato è stato oggetto della riflessione di un gruppo di psicologi che lavora nell'ambito delle cure palliative. La teoria e la metodologia di riferimento del gruppo sono mutate da un approccio gruppoanalitico. Emerge fortemente, dalla discussione del caso clinico, come l'incontro autentico tra lo sguardo dell'operatore e quello del paziente abbia consentito, a quest'ultimo, di recuperare la propria identità. La relazione si è rivelata reale strumento di cura laddove è riuscita a dare voce alla soggettività del patire, ha favorito il contatto del paziente con se stesso e, attraverso la possibilità di ri-narrarsi, gli ha permesso di riappropriarsi del proprio vivere e del proprio morire. Le cure palliative si propongono quindi di liberare la persona dall'orrore di vivere passivamente sotto lo scacco della morte e poter essere, invece, attore protagonista di quest'ultima fase della vita promuovendo un saper morire "competente".

## **Bibliografia**

- Ariès, P. (1980). *L'uomo e la morte dal medioevo a oggi* (M. Garin, trad.). Roma Bari: Laterza.  
Zapparoli, G.C., & Adler Segre, E. (1997). *Vivere e morire*. Milano: Feltrinelli.  
Le Breton, D. (2007). *Antropologia del dolore*. Roma: Meltem.  
Yalom, I.D. (2008). *Staring at the sun - Overcoming the terror of death*. San Francisco: Jossey-Bass.

## **19.5 - Stigma and skin diseases: a barrier between the self and the outside world.**

### ***The case of psoriasis***

## **19.5 - Stigma e malattie cutanee: una barriera tra sé e il mondo esterno.**

### **Il caso della psoriasi**

**Giorgia Salvagno**

**Keywords:** *psoriasis, stigma, psychosomatic*

**Parole chiave:** *psoriasi, stigma, psicosomatica*

La presente proposta, afferente alla tematica “stigma e malattie visibili”, si sofferma sulle malattie dermatologiche ad eziologia multifattoriale (comprendente aspetti sia genetici che psicologici), in particolare sulla psoriasi, e sui vissuti di stigmatizzazione che esse possono indurre in chi ne è affetto.

Lo stigma nelle malattie cutanee è dovuto alle caratteristiche estetiche e visibili della patologia e può portare a difficoltà di vario tipo: psicologiche (consumo di alcol, stress, depressione e ansia, in grado a loro volta di esacerbare le lesioni cutanee ed il malessere ad esse correlato), relazionali, legate all'autostima, lavorative ed a volte anche sessuali (Sampogna, Tabolli, & Abeni, 2012; Schmid-Ott, Schallmayer, & Callies, 2007).

A tal proposito, sembrerebbe che i vissuti di stigmatizzazione provati dalle persone affette da psoriasi siano indipendenti dalla gravità e dall'estensione della malattia e siano attribuiti in gran parte al fatto stesso di essere affetti da tale patologia, poiché in qualsiasi relazione interpersonale vi è l'esposizione del proprio aspetto esteriore (Hrehorów, Salomon, Matusiak, Reich & Szepietowski, 2012; Schmid-Ott et al., 2007).

Per tali motivi, trovo importante focalizzare l'attenzione sulle possibili conseguenze negative dei vissuti di stigmatizzazione, al fine di intervenire su di esse, prevenendole e/o trattandole. Ciò anche alla luce della forte e crescente pressione sociale odierna, dove corrispondere ai rigidi canoni di bellezza e accettazione trasmessi dai mass media è quasi un imperativo.

Cosa significa essere stigmatizzati? Hrehorów e collaboratori (2012) definiscono la stigmatizzazione come caratterizzata dal vissuto di «possedere un marchio di discredito, che impedisce la normale formazione di relazioni e porta alla discriminazione sociale e all'alienazione» (p. 67). Le malattie cutanee come la psoriasi hanno un impatto rilevante sull'aspetto esteriore di chi ne è affetto, potendo influenzare gli atteggiamenti degli altri e produrre il timore di essere contagiati e sentimenti di repulsione, fastidio, disgusto (Fassino, Burrioni e Ruggiero, 2010; Hrehorów et al., 2012). Tali reazioni altrui possono a loro volta produrre nella persona affetta da psoriasi sentimenti di inadeguatezza, vergogna e insicurezza, portandola anche all'isolamento sociale e all'evitamento di situazioni pubbliche in cui vi è l'esposizione della propria pelle (Fassino et al., 2010; Sampogna et al., 2012). Per tali motivi, in letteratura si è soliti affermare che, nelle relazioni interpersonali, la pelle gioca un ruolo chiave (Hrehorów et al., 2012).

La stigmatizzazione quindi può influenzare negativamente la vita personale e sociale del paziente affetto da psoriasi, portandolo anche a provare un continuo senso di allarme nei confronti del mondo esterno, specialmente

rispetto all'essere osservati, dalle altre persone, nei cambiamenti cutanei e nella presenza di escoriazioni, prurito e sanguinamento, aspetto considerato come più fastidioso ed in grado di suscitare sentimenti di timore e disgusto negli altri dato il suo essere antiestetico (Fassino et al., 2010; Hrehorów et al., 2012).

Il modo di percepire la malattia ed i vissuti di stigmatizzazione provati dai pazienti psoriasici sembrerebbero essere influenzati da alcuni fattori, come il genere, il livello di istruzione, lo stato civile e l'età (Hrehorów et al., 2012; Sampogna et al., 2012; Schmid-Ott et al., 2007). In particolare, sembrerebbe che il sesso femminile sia più sensibile alla stigmatizzazione rispetto a quello maschile, incontrando maggiori disagi e difficoltà a causa della psoriasi e sperimentando più frequentemente vissuti di vergogna (come anche i pazienti aventi un basso livello di istruzione), al contrario dei pazienti maschi che, rispetto alle donne, sembrerebbero essere più timorosi e sensibili alle critiche in ambito lavorativo (Hrehorów et al., 2012; Sampogna et al., 2012; Schmid-Ott et al., 2007). Inoltre, la letteratura (Hrehorów et al., 2012) suggerisce che l'impatto della psoriasi, sia particolarmente forte e drammatico nei giovani adulti, per i quali il proprio aspetto fisico riveste un ruolo di grande importanza, dato il loro trovarsi all'inizio della loro carriera lavorativa e delle loro relazioni sentimentali. Infatti, anche lo stato civile dei pazienti sembrerebbe giocare un ruolo chiave nei vissuti di stigmatizzazione, a sfavore dei *single*, che parrebbero più sensibili alle opinioni e ai giudizi altrui (Hrehorów et al., 2012).

Come detto precedentemente, la letteratura (Hrehorów et al., 2012) evidenzia anche una certa correlazione tra stigmatizzazione e stress. In particolare, parrebbe che i soggetti che riportano di provare vissuti di stigmatizzazione siano anche quelli più predisposti allo stress, il quale sembrerebbe essere causato non solo da una reale stigmatizzazione, ma anche dal timore di tale discriminazione, a causa della propria pelle. Ciò innesca una sorta di circolo vizioso poiché se da un lato la psoriasi causa l'aumento dei livelli d'ansia e stress, dall'altro l'aumento di tali livelli può a sua volta peggiorare le condizioni cutanee, l'estensione e la gravità della patologia, incrementando la preoccupazione per la malattia e prolungando l'attivazione fisiologica dei sistemi immunitario ed endocrino in risposta allo stress (Hrehorów et al., 2012).

Ancora, il potenziale stigmatizzante della psoriasi sembrerebbe essere anche in grado di incidere sulla salute mentale di chi è affetto da tale patologia, predisponendo questi pazienti ad una maggiore probabilità di soffrire di depressione maggiore, soprattutto coloro che hanno vissuto maggiori esperienze di rifiuto altrui (Hrehorów et al., 2012; Schmid-Ott et al., 2007).

In sintesi, quindi, la psoriasi non è solo una complicazione della pelle ma rappresenta anche un peso psicologico per i pazienti, equiparabile a tante altre patologie croniche o potenzialmente mortali, come il diabete, l'asma, l'artrite, il cancro o gli attacchi cardiaci (Schmid-Ott et al., 2007).

Al fine di diminuire la probabilità di insorgenza di conseguenze negative, quindi, potrebbe essere utile ridurre il livello di stigma provato, da un lato tentando di aumentare la consapevolezza del territorio dell'assenza di pericolo di contagio legato alla psoriasi, attraverso una maggiore informazione, e dall'altro mediante un intervento multidisciplinare tra psicologi e medici dermatologi e nutrizionisti o psichiatri, se necessario (Hrehorów et al., 2012; Schmid-Ott et al., 2007), anche al fine di migliorare la convivenza con la malattia in

tali pazienti e in chi si prende cura di loro (Fassino et al., 2010) e lo stile di vita del paziente psoriasico. Andrebbero, poi, prese in considerazione e trattate anche le conseguenze negative della psoriasi e dello stigma, come gli elevati livelli di stress e la presenza di sintomi ansioso-depressivi, anche in caso di gravità delle lesioni di grado lieve (Schmid-Ott et al., 2007).

Ancora, internet potrebbe -entro certi limiti- configurarsi come un mezzo di intervento, per contenere l'ansia e contrastare solitudine e sintomi depressivi, promuovendo solidarietà e speranza (Fassino et al., 2010). Il web, infatti, permette ai pazienti di inserirsi in gruppi e community, facilmente accessibili ed esenti dalla vergogna suscitata dall'aprirsi a degli estranei, in cui poter colloquiare (protetti dall'anonimato) con altri pazienti, condividendo le loro storie personali (Fassino et al., 2010).

In conclusione, interventi di informazione, sensibilizzazione e di trattamento psicologico atti anche a lavorare sull'auto-costruzione della rappresentazione di sé, sul vissuto e sull'identità di "malati" di tali pazienti, affiancati alle cure mediche e mirati specialmente alle "categorie più vulnerabili", come i single e i più giovani, potrebbero moderare le conseguenze dei vissuti di stigmatizzazione e gli effetti che la psoriasi comporta nelle relazioni interpersonali e sulla salute mentale.

## **Bibliografia**

- Fassino, M., Burrioni, A.G., & Ruggiero M. (2010). *La psoriasi: un male antico*. Genova: Fratelli Frilli Editore.
- Hrehorów, E., Salomon, J., Matusiak, Ł., Reich, A., & Szepietowski, J.C. (2012). Patients with Psoriasis Feel Stigmatized. *Acta dermato-venereologica*, 92(1), 67-72. doi:10.2340/00015555-1193
- Sampogna, F., Tabolli, S., & Abeni, D. (2012). Living with psoriasis: prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta dermato-venereologica*, 92(3), 299-303. doi:10.2340/00015555-1273
- Schmid-Ott, G., Schallmayer, S., & Calliess, I.T. (2007). Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clinics in dermatology*, 25(6), 547-554. doi: 10.1016/j.clindermatol.2007.08.008

**Chapter 20 – Disabling physical illness****Capitolo 20 – La malattia fisica invalidante****20.1 - Elaboration of heart patients' identity. The psychologist's role in rehabilitation****20.1 - Elaborazione dell'identità cardiopatica. Il ruolo dello psicologo nella riabilitazione**

**Alessandro Pinton, Mattered Albertinelli, Vito Sava, Federico Vignaga**

*Keywords: identity, rehabilitation, heart disease*

*Parole chiave: identità, riabilitazione, cardiopatia*

L'irrompere della malattia cardiologica e l'intervento chirurgico al cuore segnano in modo traumatico la vita di chi ne è colpito, mutandone significativamente il senso d'identità. Si vuole indicare la fondamentale importanza dello psicologo, all'interno dei cicli riabilitativi, nell'elaborazione della nuova identità di "soggetto cardiopatico", promuovendo e consolidando i risultati ottenuti dalla terapia chirurgica e dall'intervento educativo, favorendo il cambiamento verso una condotta di vita salutare e la ripresa di un ruolo attivo nella società.

Il soggetto cardiopatico spesso porta con sé una vera e propria sofferenza psicologica che necessita di essere intercettata grazie all'aiuto di strumenti professionali psicologici adeguati tra cui la capacità di riconoscere e agganciare in modo efficace un bisogno psichico, la capacità di diagnosi e un'offerta di cura individualizzata basata su incontri individuali, di gruppo e un monitoraggio testistico del processo. Questo permette la trasformazione da un'identità cardiopatica potenzialmente nociva, caratterizzata da depressione e ansia che sfociano in una ridotta adesione ai trattamenti e all'incremento della mortalità, a un'identità cardiopatica positiva che contempra la possibilità di trovare comprensione, motivazione e supporto dagli specialisti e dai pari. Il ruolo a cui è chiamato lo psicologo è quindi duplice: prevenzione secondaria all'acuzie e intercettazione primaria della sofferenza psichica emergente o slatentizzata dalla situazione fisica contingente.

Nella maggior parte dei pazienti cardiopatici, la presenza della grave condizione fisica maschera in modo efficace tutta quell'area che ha a che fare con la parte emotiva, cosicché ogni cosa tende ad essere ricondotta al piano fisico/corporeo, preminente. Ne è un esempio il cardiofrequenzimetro che spesso portano al polso: un aumento dei battiti viene subito ed esclusivamente ricondotto all'attività fisica svolta in quel frangente e non ad una possibile componente ansiogena.

Si propone quindi una riflessione su questi temi attraverso la descrizione dell'esperienza clinica di un progetto attivo presso la riabilitazione cardiologica del presidio ospedaliero di Cittadella, ex Ulss 15 Alta padovana ora Aulss 6 Euganea, che in sintonia con le linee guida nazionali, coinvolge le figure dell'infermiere specializzato, medico cardiologo, nutrizionista, psicologo e psichiatra. Si evidenziano i passaggi operativi e istituzionali necessari alla



promozione dell'elaborazione dell'identità cardiopatica in un'equipe multidisciplinare, attraverso la specificità dell'intervento psicologico con l'uso dei dispositivi gruppo, incontri individuali e test di autovalutazione.

Ciascun paziente, intercettato mentre ancora si trova degente presso il reparto di Cardiologia, riceve la proposta alla partecipazione al percorso di riabilitazione di durata quindicinale (si propongono anche periodi più lunghi se richiesti dalla particolarità della condizione clinica). Tale percorso è composto d'incontri di formazione e informazione sui corretti stili di vita, lezioni di ginnastica, incontri con un nutrizionista, gruppo di sostegno psicologico e colloqui individuali. Questo ciclo di consultazione psicologica individuale permette di distinguere tra elementi reattivi alla delicata condizione che il paziente sta attraversando, da elementi di personalità e quindi maggiormente strutturati nell'individuo, in un contesto maggiormente protettivo e privato rispetto al contesto grupपालe, in cui si è notato questi aspetti non si manifestano chiaramente. Questo screening consente di valutare in modo più accurato la tipologia di sofferenza e il grado di risorse presenti nell'individuo, predisponendo a conclusione della fase consultativa e del periodo di riabilitazione, invii ad hoc presso gli ambulatori specialistici per una presa in carico maggiormente strutturata del disagio psicologico riscontrato.

Si passa dunque a descrivere il gruppo, un'esperienza che, seppur breve (2 incontri nell'intero ciclo riabilitativo) e in parte frammentata per il continuo ricambio dei pazienti, esprime in modo chiaro il suo potenziale. La presentazione di una vignetta clinica, a giudizio degli autori emblematica, mostra un esempio del tipo di lavoro di elaborazione a cui lo psicologo è chiamato in questo delicato contesto.

Il Sig. Dario, paziente cardiopatico over 60, in riabilitazione, con la sua esperienza raccontata al gruppo di sostegno psicologico settimanale, sarà un chiaro esempio di come l'offerta di uno spazio ed un tempo protetti, in cui i pazienti possano condividere le proprie preoccupazioni e le angosce rispetto all'accaduto possa rappresentare un contenitore per questi vissuti, che possono così esser menzionati, riconosciuti e collegati ai propri stati affettivi, rompendo il senso di solitudine per trovare comprensione e supporto favorendo così la ricerca di un'immagine di sé positiva e attiva.

Si conclude sottolineando l'altro aspetto fondamentale di questo spazio: l'attribuzione di senso e valorizzazione delle diverse attività offerte dalla riabilitazione che agiscono sul corpo o sulla condotta, capace quindi di promuovere una compliance autentica all'intero percorso, estendendone l'efficacia post-dimissione, diventando fattore prognostico positivo.

### **Bibliografia e sitografia**

Corbella, S. (2004) *Gruppi Omogenei*. Roma: Borla.

Correale, A. (1991). *Il campo istituzionale*. Roma: Borla.

Gaddini, E. (1987). Notes on the Mind-Body Question. *International Journal of Psycho-Analysis*, 68(3), 315-329.

Griffo, R., Urbinati, S., Giannuzzi, P., Jesi, A.P., Sommaruga, M., Saggiocca, L., ... & Baldi, C. (2008). Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari: sommario esecutivo. *Giornale Italiano di Cardiologia*, 9(4), 286-297. Disponibile da: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45994963/Italian\\_guidelines\\_on\\_cardiac\\_rehabilita20160527-16985-1652jve.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1501176982&Signature=aFi3HRfs0wHIn%2F7MfS%2B2qXw%2BuQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DItalian\\_guidelines\\_on\\_cardiac\\_rehabilit.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45994963/Italian_guidelines_on_cardiac_rehabilita20160527-16985-1652jve.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1501176982&Signature=aFi3HRfs0wHIn%2F7MfS%2B2qXw%2BuQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DItalian_guidelines_on_cardiac_rehabilit.pdf)

**20.2 - Onco-haematological illnesses and identity to the test: criticalness and resources of living by dying, seen with the eyes of those who are ill and those who care**

**20.2 - Malattie oncoematologiche e identità alla prova: criticità e risorse del vivere morendo, viste con gli occhi di chi è malato e di chi cura**

**Federica Lo Dato**

*Keywords: psycho-oncology, thanatology, identity*

*Parole chiave: psiconcologia, tanatologia, identità*

Vivere una malattia oncoematologica come una leucemia, un linfoma oppure un mieloma, comporta un turbamento ed uno stravolgimento profondo dell'esistenza di chi la affronta, catapultandolo in una realtà di cura complessa che lo condurrà attraverso un'intensa sofferenza fisica e psicologica e in alcuni casi si concluderà con la morte (Borgna, 2003). Si tratta di malattie gravi, acute e per lo più croniche, che comportano trattamenti terapeutici ad alto impatto psicofisico (*id est* chemioterapie, trapianti autologhi e allogenei di cellule staminali emopoietiche, terapie sperimentali) spesso dall'esito incerto (Munno, 2008).

L'identità del malato, intesa come individuazione di se stessi e autenticità, è chiamata a fronteggiare una situazione fortemente stressogena, venendo messa alla prova durante tutto il percorso di cura. Spesso accade che l'omeostasi psichica ed emotiva venga compromessa, provocando una crisi a spirale dei ruoli, dei valori, delle difese (partendo dalla dimensione personale e allargandosi alla sfera familiare e sociale). Per la/il paziente comincia così una nuova fase dell'esistenza in cui non si può negare la consapevolezza della malattia e l'incertezza che questa comporta, in un continuo tentativo di ripristino dell'equilibrio spezzato e di ricerca della soluzione alla sofferenza globale percepita (Borgna, 2003).

Le identità in gioco però non riguardano solo chi si scopre malato. Coloro che per professione assistono e curano (siano essi medici, infermieri, operatori sociosanitari o psicologi clinici) si trovano coinvolti emotivamente, giorno per giorno, dai loro assistiti. Vengono cioè sottoposti ad un contatto intenso e continuo con la paura, la sofferenza e la morte degli altri. Sono chiamati a partecipare nella vita dei malati e dei loro familiari, inevitabilmente e necessariamente in relazione con il mondo dei pazienti, nell'esercizio del loro lavoro. È oramai deontologicamente riconosciuta al curante l'esigenza di umanità, sensibilità e capacità comunicativa quali conditio sine qua non della sua competenza professionale, senza peraltro considerare adeguatamente quanta fatica cognitiva ed emotiva e quanto lavoro interiore siano necessari per fronteggiare le paure e le crisi personali che questo comporta (Munno, 2008). Se nella società occidentale moderna viene maggiormente accettato il diritto alla vulnerabilità del malato e della sua famiglia, non è riconosciuta sufficientemente l'eventuale fragilità del professionista dell'aiuto, la cui identità personale e professionale è a sua volta messa alla prova, con rischio di esaurimento psicofisico.

Alla luce di queste evidenze emerse dalla pratica clinica, il Servizio di Assistenza Psicologica nasce nel 2010, essendo tuttora in corso, nel contesto ospedaliero del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna, sostenuto

dall'Associazione Bologna-AIL ONLUS, con l'intento di dare aiuto gratuitamente ai pazienti e familiari dell'Istituto di Ematologia e Oncologia Medica "L. e A. Seràgnoli". Nell'arco di 7 anni di attività, il Servizio è stato in continua crescita, riuscendo ad assistere centinaia di persone. Attualmente afferiscono pazienti affetti da ogni forma di patologia tumorale oncoematologica, indipendentemente dal tipo di trattamento a cui sono sottoposti, in base alla richiesta di aiuto effettuata da loro, dai familiari o dal team curante. Il Servizio segue anche i familiari che sviluppano disagio, nella consapevolezza del loro coinvolgimento. Agli assistiti offre servizi di sostegno psicologico, psicoterapia, counselling, consulenza psicofarmacologica, ambulatorialmente così come al capezzale del paziente ricoverato. Negli ultimi anni, si è dedicato alla formazione degli operatori sanitari, organizzando periodicamente gruppi di lavoro con gli staff di reparto e Day Hospital, supervisioni e corsi di formazione tematici, di stampo psicologico e tanatologico. Negli ultimi due anni sono stati organizzati Convegni gratuiti di formazione (con accreditamento ECM) aperti a tutte le professioni sanitarie ospedaliere ma anche a pazienti e familiari, sul tema della gestione del coinvolgimento emotivo in oncoematologia, con la collaborazione di Medici Ematologi e Palliativisti, Coordinatori Infermieristici, Psicologi e Life-Style Coach, al fine di sensibilizzare la comunità e supportare concretamente questa realtà, nel tentativo di allargarne gli orizzonti. Questi anni di attività intensa del Servizio, al fianco di pazienti e operatori, hanno soprattutto permesso numerose riflessioni e considerazioni di carattere psicologico e tanatologico sui protagonisti del sistema e l'individuazione di pratiche psicologiche cliniche utili al sostegno e alla crescita personale.

Rivolgendo il nostro sguardo ai pazienti, attraverso l'analisi attenta dell'essere in relazione, è possibile andare oltre gli epifenomeni dovuti al vissuto di malattia e oramai ben riconosciuti quali depressione, ansia e disturbi dell'adattamento. Il turbamento attinge a dimensioni profonde della persona e appare intimamente collegato al significato di identità dell'individuo (Borgna, 2003). L'identità del corpo viene a scontrarsi con il chimerismo biologico (ma anche psichico) di un trapianto allogenico ad esempio, dove i concetti di identità e alterità si sovrappongono. Il riconoscimento identitario del proprio corpo viene compromesso dagli stravolgimenti fisici conseguenti alle terapie (come ad esempio il dimagrimento patologico e la perdita dei capelli), con il rischio di perdere i propri confini.

Dalla relazione psicoterapeutica con i pazienti, nasce una visione più ampia e la comprensione che il vivere in relazione con gli altri risuona all'eco della propria sofferenza e del confronto con le paure e le angosce di morte (Testoni, 2015), nel paziente come nell'operatore. Se infatti per identità professionale intendiamo un senso profondo di adeguatezza rispetto al ruolo che si svolge e in cui ci si riconosce, allora l'identità professionale coincide con l'identità dell'individuo nella sua complessità. Le dimensioni implicate nell'identità personale non sono dunque disancorabili dal lavoro che si esercita. Secondo questa prospettiva, gli operatori quindi assurgono al ruolo di protagonisti tanto quanto i pazienti.

Attraverso un'analisi attenta e ampia dell'esperienza clinica e delle relazioni di aiuto, possiamo riflettere sui punti di forza e sulle fragilità dell'individuo nel suo insieme. Attraverso gli occhi di chi è malato così come quelli di chi cura, portando ad esempio numerosi colloqui e storie di vita raccolti tramite il sostegno

psicologico, possiamo costruire una rete di considerazioni che ci aiutano a delineare nuove dinamiche di intervento e modalità di aiuto atte a preservare e fortificare i riferimenti essenziali del proprio Io, per garantirne una sana continuità. Questa esplorazione ci porta ad interrogarci (Cheng, 2015). Possiamo riscontrare nel vissuto di malattia e terapia la possibilità di riconoscere e autenticare la nostra identità? Cosa accadrebbe se riscontrassimo nelle perdite e nelle mortificazioni del malessere oncologico, delle occasioni di rinascita personale e collettiva (come nel caso della condivisione di una sofferenza)?

Emerge inoltre la necessità di praticare, in questi contesti di vita, espressioni di *Death Education* per incontrare il bisogno condiviso da pazienti e operatori di fronteggiare la paura verso la morte e favorire un approfondimento dell'identità spirituale intesa come conoscenza profonda di sé e del proprio mondo valoriale, fino a spingersi ai confini dell'insondabile, nella pretesa di sopravvivere al contatto con l'ignoto (Testoni, 2015). Riflettiamo insieme come potere attuare questo approccio concretamente, partendo dall'esperienza clinica e dalla conoscenza, senza farci intimidire dalla novità, perseverando nella tensione continua verso la crescita.

### **Bibliografia**

- Borgna, E. (2003). *Le intermittenze del cuore*. Milano: Feltrinelli.  
Cheng, F. (2015). *Cinque meditazioni sulla morte – ovvero sulla vita* (C. Tartarini, trad.). Torino: Bollati Boringhieri.  
Munno, D. (2008). *Psicologia clinica per medici*. Centro scientifico editore.  
Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita: Psicologia del morire e «Death Education»*. Torino: Bollati Boringhieri.

### **20.3 - Emotions and heart – Psychological work with patients with total artificial heart**

### **20.3 - Emozioni senza cuore – Il lavoro psicologico coi pazienti con cuore artificiale totale**

**Chiara Cavalli, Vincenzo Tarzia, Biancarosa Volpe, Gino Gerosa**

**Keywords:** *psychological distress, quality of life, Total Artificial Heart*

**Parole chiave:** *distress psicologico, qualità di vita, cuore artificiale totale*

Il trapianto cardiaco rappresenta il gold standard di trattamento per i pazienti affetti da scompenso cardiaco avanzato. Tuttavia, alla luce del numero di donazioni insufficienti rispetto al numero di richieste ed in casi particolari (per esempio in presenza di tumori) dove il trapianto cardiaco è controindicato, sempre di più il cuore artificiale totale (TAH: Total Artificial Heart) viene utilizzato come trattamento definitivo o di passaggio in attesa del trapianto cardiaco (Gerosa, 2016). Tale dispositivo è un cuore meccanico che sostituisce ortotopicamente e funzionalmente il cuore biologico. Il suo corretto funzionamento è garantito tramite un compressore esterno rumoroso del peso di 6 kg, alimentato da batterie. L'aria compressa viene veicolata all'interno del dispositivo attraverso due tubi che escono dall'addome del paziente. Il TAH sostituisce completamente il cuore pertanto deve essere perfettamente funzionante altrimenti comporta la morte immediata. Dal punto di vista psicologico l'esperienza di vita con il cuore artificiale totale implica una

rielaborazione identitaria che coinvolge le capacità di integrazione del paziente sia dal punto di vista psichico che somatico: un lavoro a diversi livelli di consapevolezza che necessita un continuo monitoraggio clinico e riattiva dinamiche arcaiche di funzionamento.

Hanno un peso importante nel vissuto di questi pazienti la gravità della patologia, l'invasività dell'operazione e la situazione di pericolo mortale («se si ferma la macchina muoio») che impattano sulla regressione ed impotenza del paziente, sull'alterazione dello schema e dell'immagine corporea (la macchina è in parte esterna ed in parte interna al corpo). Altrettanto l'invasività dell'intervento chirurgico che comporta il prelievo del proprio cuore ed il trapianto di un dispositivo meccanico al suo posto; il lento lavoro di integrazione fisica e psichica per un nuovo equilibrio uomo-macchina. Tale percorso è caratterizzato da incertezza, paura ed angoscia in quanto la macchina potrebbe fermarsi in qualsiasi momento, sia il paziente che i suoi familiari devono fare i conti con la morte sempre presente sullo sfondo. Inevitabilmente vengono colpite l'integrità e la stabilità dell'io con conseguente riduzione dell'autonomia (Rupolo, 1999).

“L'io non è padrone in casa propria” (Freud, 1969) la macchina assume le caratteristiche di “perturbante”: oggetto salvifico ma allo stesso tempo di minaccia costante che lascia il paziente in balia di elevatissime angosce destrutturanti. I meccanismi di difesa che vengono attuati in tali circostanze sono la scissione e l'idealizzazione di sé. Il paziente vive la macchina come parte separata e ciò gli permette di tollerarla; quando realizza di essere vivo, la parziale sensazione di aver sconfitto la morte ed essere un “caso eccezionale” per l'eccezionalità di tale dispositivo (pochi nella realtà italiana), lascia spazio al vissuto di unicità e grandiosità. Tali eventi mostrano l'inevitabile situazione di irrequietezza pulsionale a cui il paziente è continuamente esposto, il lavoro psicologico sarà quindi inizialmente orientato al rafforzamento della relazione clinica in modo che il paziente possa essere aiutato ad affrontare la realtà del cuore artificiale totale.

I momenti di idealizzazione di sé, dei medici curanti si alternano a momenti di depressione e senso di perdita rilevanti. Il paziente si confronta infatti con l'angoscia di morte sempre presente, con lo scorrere del tempo e la sensazione di essere in trappola rispetto ai limiti fisici e relazionali che il dispositivo impone.

L'impegnativa fase di miglioramento fisico è strettamente collegata all'andamento della condizione emotiva. Si rilevano rilevanti ripercussioni anche nella qualità di vita dei caregiver che si trovano impegnati 24 ore su 24 nella cura del paziente a discapito della propria salute fisica e psicologica che a lungo andare possono risultare fortemente compromesse.

Il lavoro psicologico risulta pertanto di fondamentale rilevanza poiché risulta necessario sostenere le profonde implicazioni emotive, relazionali e sociali di questi pazienti e delle loro famiglie.

## **Bibliografia**

- Freud, S. (1969). *Saggi sull'arte, la letteratura e il linguaggio: il perturbante*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Gerosa, G., Gallo, M., Bottio, T., & Tarzia, V. (2016). Successful heart transplant after 1374 days living with a total artificial heart. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 49(4), e88-e89. doi: 10.1093/ejcts/ezv469
- Rupolo, G., & Poznanski, C. (a cura di). (1999). *Psicologia e psichiatria del trapianto d'organi*. Milano: Masson.

**20.4 - Liver transplantation in late adolescence and young adulthood.  
Qualitative results emerged from a pilot study conducted at Padua University Hospital**

**20.4 - Trapianto di fegato in tarda adolescenza e giovane età adulta.**

**Risultati emersi dall'indagine qualitativa realizzata all'interno di un progetto pilota  
condotto presso l'Azienda Ospedaliera – Università di Padova**

**Silvia Lazzaro, Natascia Bobbo, Patrizia Burra, Giuseppe Milan**

*Keywords: adolescence, transplantation, narration*

*Parole chiave: adolescenza, trapianto, narrazione*

*Introduzione e obiettivi dello studio*

Il delicato equilibrio sul quale la persona tenta, in età giovanile, di poggiare la propria costruzione identitaria può venire in alcuni casi alterato da una malattia o da una condizione di cronicità quale il trapianto (Aujoulat et al., 2014; Bobbo, 2010). Proprio in questa età, il paziente si trova inoltre coinvolto in un delicato processo di transizione dal servizio pediatrico al servizio di cura per adulti. Aspetto, questo, che può risultare particolarmente sfidante poiché chiama in causa il possesso di alcune abilità e competenze funzionali a una autonoma gestione della salute e dunque alla messa in atto di comportamenti aderenti (Dobbels, Damme-Lombaert, Vanhaecke, & Geest, 2005; Fredericks et al., 2011).

Nel presente contributo saranno presentati e discussi i risultati qualitativi di uno studio pilota più ampio che ha perseguito due principali obiettivi: i) analisi del vissuto di trapianto e dell'esperienza di transizione in un gruppo di pazienti in tarda adolescenza e giovane età adulta sottoposti a trapianto di fegato; ii) strutturazione, implementazione e verifica dell'efficacia di una serie di interventi educativi mediati dall'uso di strumenti di dialogo originali, nel medesimo gruppo di pazienti.

Per quanto concerne - nello specifico - il primo obiettivo sono state approfondite le idee, i sentimenti, gli stati d'animo e le emozioni in riferimento all'esperienza del trapianto, al rapporto con i genitori in relazione alla gestione della condizione cronica e al processo di transizione (nei termini di aspettative, prime esperienze ed eventuali timori).

*Materiali e metodi*

Lo studio ha previsto la messa in atto di un progetto pilota che si basa sull'impiego di metodologie di ricerca miste. Per quanto concerne il primo obiettivo, il vissuto di trapianto è stato indagato attraverso una intervista semi-strutturata. La costruzione del protocollo di intervista è stata guidata dalla disamina della letteratura. Si tratta di tre domande (con formulazione generica) relative ai principali temi connessi all'esperienza di trapianto in età giovanile che si focalizzano primariamente sul vissuto personale del giovane, sul rapporto con i genitori (in relazione alla gestione della salute) e sul processo di transizione. L'aver optato per una forma di intervista semi-strutturata (con domande che si prestano alla discussione di diversi possibili temi) trova

ragione nel fatto che tale strumento consente al giovane di esplorare anche aspetti differenti, dunque di proporre temi inediti su cui riflettere

Ogni intervista è stata audio-registrata, trascritta e sottoposta ad analisi tematica attraverso la ricognizione e discussione critica dei principali contenuti emergenti (software utilizzato: Atlas.Ti, versione 7.1.8).

### *Risultati*

Lo studio, condotto presso l'Azienda ospedaliera di Padova (Struttura Semplice Dipartimentale Trapianto Multiviscerale e Clinica Pediatrica) ha preso avvio a luglio 2015 e si è concluso ad ottobre 2016. Sono stati coinvolti 14 pazienti con un'età media ( $\pm$ DS) di 23,9 ( $\pm$ 4,7) anni (range: 16 – 30) e un'età media ( $\pm$ DS) al trapianto di 8,7 ( $\pm$ 7,2) anni.

L'analisi delle interviste ha permesso di approfondire diversi aspetti legati al trapianto identificabili nelle tre aree oggetto di indagine a partire dal protocollo di intervista:

1. vissuto di trapianto e processo di costruzione identitaria: i ragazzi hanno parlato della malattia prima del trapianto, il cui ricordo appare spesso sfumato e lontano e caratterizzato soprattutto da sensazioni e percezioni legate a esperienze sensoriali. In molte delle interviste il tema della cicatrice ha rappresentato uno snodo narrativo importante per la riflessione circa l'esperienza del trapianto, nonché crocevia dialogico di racconti, ricordi, domande e interrogativi sull'operazione stessa. Interrogativi posti in primis dai ragazzi ai genitori che hanno svolto una importante e insostituibile funzione di mediazione narrativa di questo cruciale evento di vita. Gli stessi hanno infatti gradualmente raccontato e spiegato ai giovani pazienti (molti troppo piccoli al momento del trapianto) cosa fosse accaduto, contribuendo significativamente al processo di costruzione identitaria del giovane anche alla luce dell'operazione. Relativamente al tema dell'identità è emerso inoltre un diffuso ed emergente desiderio di normalità, di vivere e sperimentare la propria giovinezza anche oltre il fatto di essere stati trapiantati (aspetto, questo, caratterizzato nei racconti dei pazienti da alcune problematiche);
2. il rapporto con i genitori in relazione alla gestione della salute dopo il trapianto: complessivamente i giovani hanno attribuito (in modo piuttosto ricorrente) due principali caratteristiche ai genitori: da una parte l'ansia, l'apprensione, il timore e la preoccupazione in merito alla loro salute; dall'altra la competenza che gli stessi genitori hanno sviluppato rispetto al trapianto e alla gestione della salute dopo l'operazione. Quest'ultimo aspetto incide particolarmente sulla gestione autonoma della salute da parte dei giovani che molto spesso si reputano, in riferimento a ciò, insicuri e vulnerabili. A partire da questa problematicità, sembra generarsi uno stato di equilibrio precario tra sentimenti di dipendenza e autonomia rispetto alle figure genitoriali (per altro tipico dell'età giovanile);
3. il processo di transizione: i giovani hanno descritto esperienze e aspettative in merito a questo importante processo di trasferimento da un servizio di cura ad un altro. In molti hanno il timore di

trovare, nel servizio per adulti, un ambiente nel quale la loro storia è poco conosciuta, un luogo in cui temono di perdere quel sentimento di vicinanza e familiarità tipico del servizio pediatrico.

#### *Discussione*

I diversi risultati presentati hanno permesso di elaborare alcune riflessioni in merito al vissuto dopo trapianto, a partire da alcune generali difficoltà espresse dai ragazzi nel parlare e raccontare questa esperienza. Difficoltà ravvisate anche - e soprattutto - sul piano psicologico ed emotivo, legate al processo di costruzione identitaria alla luce del vissuto di trapianto. Difficoltà inoltre nel rapporto con i genitori; criticità, questa, tipica dell'età giovanile e rispetto alla quale risulta necessario porre maggior attenzione nei ragazzi affetti da malattia cronica.

#### *Conclusioni*

Gli elementi rilevati contribuiscono alla formulazione di un orizzonte interpretativo maggiormente ampio in merito alla comprensione del vissuto di trapianto e del processo di costruzione identitaria in età giovanile. Aspetti legati alla vulnerabilità della narrazione personale, alla fragilità e al sentimento di limite che queste giovani persone possono esperire nel percorso di crescita devono essere debitamente considerati da parte dei professionisti sanitari.

#### **Bibliografia**

- Aujoulat, I., Janssen, M., Libion, F., Charles, A.S., Struyf, C., Smets, F., Stephenne, X., de Magnée, C., Sokal, E., Lerut, J., Ciccarelli, O., & Reding, R. (2014). Internalizing motivation to self-care: A multifaceted challenge for young liver transplant recipients. *Qualitative health research*, 24(3), 357-365. doi: 10.1177/1049732314523505
- Bobbo, N. (2010). *Ad ali legate. Adolescenza e malattia cronica: tra compliance e desiderio d'essere*. Padova: Cleup.
- Dobbels, F., Damme-Lombaert, R.V., Vanhaecke, J., & Geest, S.D. (2005). Growing pains: Non-adherence with the immunosuppressive regimen in adolescent transplant recipients. *Pediatric transplantation*, 9(3), 381-390. doi:10.1111/j.1399-3046.2005.00356.x
- Fredericks, E.M., Dore-Stites, D., Lopez, M.J., Well, A., Shieck, V., Freed, G.L., Eder, S.J., & Magee, J.C. (2011). Transition of pediatric liver transplant recipients to adult care: patient and parent perspectives. *Pediatric transplantation*, 15(4), 414-424. doi: 10.1111/j.1399-3046.2011.01499.x

### ***20.5 - Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS) screening project: multidisciplinary approach and intervention***

#### **20.5 - Progetto di screening per popolazione affette da Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS), aspetti multidisciplinari coinvolgenti la qualità della vita**

**Francesca Nobile, Maria Alessandra Scomparin, Luca Siliprandi**

*Keywords: sleep apnea, quality of life, agony*

*Parole chiave: apnea notturna, qualità della vita, agonia*

La sindrome dell'Apnea Ostruttiva del Sonno rappresenta secondo un documento emanato dal Ministero della Salute (2016) un grave e crescente problema sanitario, sociale ed economico (incidenza >20%), sia per



il sesso maschile che femminile. Le ripercussioni della mancata diagnosi e del mancato trattamento di questa sindrome determinano sul piano sanitario e sociale:

- diretto aumento della morbilità e mortalità della popolazione affetta;
- aumento dei costi sanitari dovuti sia al trattamento delle comorbidità cardiovascolari e metaboliche, sia all'elevato rischio di complicanze peri-operatorie cui soggetti OSAS sono esposti;
- perdita di produttività imputabile ad un aumento di assenza dal lavoro ed ad una ridotta performance lavorativa;
- maggior rischio di incidenti stradali e sul lavoro.

L'OSAS è oggi riconosciuta come una delle cause più frequenti di eccessiva sonnolenza diurna (Eccessive Daytime Sleepiness – EDS) e come tale individuata quale fattore o co-fattore determinate o favorente in un rilevante numero di incidenti stradali e lavorativi. Altri sintomi della OSAS sono non-specifici: cefalea mattutina, problemi di concentrazione, irritabilità, smemoratezza, cambiamenti nell'umore o nel comportamento, tachicardia, ansietà, depressione, aumento della frequenza delle minzioni notturne, enuresi notturna, bruciore di stomaco ed esofago e una forte sudorazione notturna. Il cuore soffre delle più serie conseguenze dovute alle apnee ostruttive. In casi severi e di lunga durata vi sono aumenti delle pressioni polmonari che vengono trasmessi al lato destro del cuore. Questo può provocare una forma grave di insufficienza cardiaca congestizia (cuore polmonare).

La cura per OSAS è variegata. Alcune di esse implicano cambiamenti nello stile di vita come: evitare l'alcol, evitare di assumere farmaci che rilassino il sistema nervoso centrale (ad esempio sedativi e farmaci per decontrarre i muscoli), perdere peso e smettere di fumare.

Se questi metodi tradizionali non sono efficaci e la via chirurgica viene rifiutata o è impraticabile, i medici raccomandano spesso una C-PAP (ventilazione meccanica a pressione positiva della via aerea), in cui una maschera facciale è collegata a un tubo e a una macchina che immette aria pressurizzata nella maschera e attraverso le vie respiratorie per tenerle aperte. Ciò rappresenta una vera e propria dipendenza dal macchinario, che garantisce la sopravvivenza a discapito della qualità della vita del paziente e dell'ambiente familiare. Infatti sia la sindrome, sia il macchinario (C-PAP), sono forieri di gravi ed invalidanti disagi. La patologia da un lato con tutti i sintomi specifici e non-specifici rende la vita quotidiana difficile da gestire, non di meno la macchina C-PAP con la sua invadenza fisica, visiva (luci, led intermittenti) ed uditiva (rumori, beep, suoni) trasforma la notte del paziente e dei suoi familiari in un teatro molto spesso sfiancante, che può far percepire la sindrome e la cura come vere e proprie agonie.

Studi scientifici recenti (AlHammad, Hakeem, & Salama, 2015; Bascom A. et al. 2011; de Carvalho et al., 2013) indicano che l'OSAS è associata anche ad altre patologie croniche aritmie cardiache diverse dalla fibrillazione atriale, a disturbi cognitivi e dell'umore, alla sindrome depressiva, insonnia, asma bronchiale, insufficienza renale, neoplasie e steatosi epatica. OSAS è una patologia multidisciplinare che necessita di un'equipe specializzata in più ambiti che possa dialogare internamente al fine di produrre una visione olistica della

patologia. Nonostante le linee guida emanate dal Ministero della Salute (2016), la popolazione e la medicina di base spesso non sembrano essere al corrente di queste correlazioni.

È dalla considerazione di queste necessità che presso Clinica Cittàgiardino (Padova), è stato riunito un team multidisciplinare qualificato e specializzato per la diagnosi e cura dei disturbi OSAS. Il team è composto da: chirurgo maxillo-facciale, otorino, pneumologo, cardiologo, angiologo, psicologo, medico nutrizionista. Le finalità che si pone questo Laboratorio sono: prevenzione delle comorbidità, cura delle apnee, sostegno alla qualità della vita del paziente e dell'ambiente familiare, secondo le attuali linee guida ministeriali (2016).

### **Bibliografia e sitografia**

- AlHammad, N.S., Hakeem, L.A., & Salama, F.S. (2015). Orofacial findings associated with obstructive sleep apnea in a group of Saudi Children. *Pakistan Journal Medical Science*. 31(2), 388-392. doi:10.12669/pjms.312.6718
- Bascom, A., Penney, T., Metcalfe, M., Knox, A., Witmans, M., Uweira, T., & Metcalfe P.D. (2011). High risk of sleep disordered breathing in the enuresis population. *Journal of Urology*, 186(4), 1710-1714. doi:10.1016/j.juro.2011.04.017
- de Carvalho, L.B.C., do Prado, L.B.F., Ferreira, V.R., da Rocha Figueiredo, M.B., Jung, A., de Moraes, J.F., & do Prado, G.F. (2013). Symptoms of sleep disorders and objective academic performance. *Sleep medicine*, 14(9), 872-876. doi:10.1016/j.sleep.2013.05.011
- Ministero della Salute. Segretariato generale Ufficio III ex DCOM. Allegato al parere del Consiglio Superiore di Sanità – Sezione III. (2016, marzo). *Linee guida nazionali per la prevenzione ed il trattamento odontoiatrico del russamento e della sindrome delle apnee ostruttive nel sonno in età evolutiva*. Disponibile da: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2484\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2484_allegato.pdf)

## **FOURTH PARALLEL SESSION**

## **QUARTA SESSIONE PARALLELA**

### **Chapter 21 – Identity and treatment of psychiatric disorders in institutional context**

### **Capitolo 21 – Identità e trattamento delle patologie psichiatriche in ambito istituzionale**

#### **21.1 - The identity and treatment of psychiatric disorders in the institutional sphere**

#### **21.1 - L'identità e il trattamento delle patologie psichiatriche in ambito istituzionale**

**Roberto Carnevali**

*Keywords: crisis, limit, possibility*

*Parole chiave: crisi, limite, possibilità*

Il tema del “vivere morendo” assume, nel vissuto di pazienti psichiatrici gravi, un significato di particolare rilevanza. L'episodio psicotico rappresenta, nella vita di chi lo sperimenta, un momento di “rottura” dell'identità, che pone il soggetto in un drammatico contatto con l'angoscia di morte, rispetto alla quale la scissione dell'io mette in “crisi” il soggetto stesso, ponendo le basi per un processo trasformativo che può svilupparsi nel senso di una rinascita; questo può avvenire attraverso un lavoro terapeutico nel quale il

“vivere morendo” assuma il significato di un recupero del principio di realtà, nella prospettiva del *limite* vissuto *non* come *manca*za ma come *possibilità*.

Questo lavoro propone un confronto tra varie esperienze di lavoro in ambito istituzionale psichiatrico, affrontando il tema del rapporto tra l'identità e la morte sia nel vissuto di pazienti psichiatrici in trattamento, sia nel vissuto di operatori che si trovano a confrontarsi con le trasformazioni a livello istituzionale, che li espongono e sollecitano a un continuo processo adattativo nel quale sono cimentati a rielaborare e ridefinire la propria identità come terapeuti e come persone.

### **Bibliografia**

- Ballerini, A., & Rossi, Monti, M. (1990). *La vergogna e il delirio*. Torino: Bollati Boringhieri.  
Carnevali, R. (2014). *Scegliere la dipendenza*. Milano: ARPANet.  
Carnevali, R., & Pratelli, A. (a cura di). (2006). *Pensare il gruppo*. Milano: ARPANet.  
Napolitani, D. (1987). *Individualità e gruppalità*. Torino: Bollati Boringhieri.

## **21.2 - Birth and re-birth of identity in therapeutic process**

### **21.2 - La nascita e la ri-nascita dell'identità nel processo terapeutico**

**Alessandra Micheloni**

**Keywords:** *identity, co-construction, relational psychoanalysis*

**Parole chiave:** *identità, co-costruzione, psicoanalisi relazionale*

L'intervento cerca di riflettere sul tema di quelle che potremmo definire “identità bloccate”; identità che non sono in pericolo di vita da un punto di vista organico o che non sono minacciate da una forma grave di psicopatologia, ma che rischiano di restare sospese, agonizzanti in prigioni auto-costruite che le soffocano, anche a causa di condizioni di vita particolari, come quelle di prigionia.

Il lavoro si articola nell'esposizione sintetica di un caso clinico i cui protagonisti sono un giovane ventitreenne in attesa di giudizio agli arresti domiciliari per rapina a mano armata e una giovane psicoterapeuta in formazione tirocinante presso un Centro Psico-Sociale della provincia di Milano-est.

L'esemplificazione clinica offre una prospettiva su come sia possibile, facendo riferimento alle teorie psicoanalitiche relazionali, pensare il lavoro terapeutico in condizioni simili, ponendo come centrale il processo di co-costruzione della/delle identità tra paziente e terapeuta.

Secondo l'approccio di Psicoanalisi della Relazione (Minolli, 2015), lo strumento principe del lavoro terapeutico è il terapeuta stesso: non si tratta semplicemente del lavoro che l'analista fa su di sé, ad esempio attraverso l'analisi personale, una volta per tutte, bensì la sua disponibilità a ri-guardarsi ad ogni nuovo incontro e mettere ciò al servizio del paziente; si tratta di essere disposti a lasciare che ogni nuovo paziente mostri al terapeuta qualcosa di nuovo di sé. Tra paziente e terapeuta esiste dunque un “incastro”, nel quale i due si toccano reciprocamente. La natura di questo incastro è implicita, così come implicito resta il lavoro che il terapeuta fa sulla propria soggettività, ma passa nella relazione.

Il percorso di psicoterapia presentato mette in luce come un metodo simile possa favorire il processo trasformativo anche in condizioni poco favorevoli, in cui la terapia può sembrare per certi versi inutile.

Il caso di N. è rappresentativo di quelle situazioni caratterizzate da scarsissima motivazione al cambiamento, scarsa capacità di ritorno su di sé e dalla tendenza a esternalizzare le ragioni del proprio comportamento. La psicoterapia individuale, che ha inizio nella primavera del 2015 con cadenza settimanale, parte da queste premesse e si articola sinteticamente in due fasi separate tra loro da una sospensione di sette mesi in corrispondenza dell'incarcerazione di N. Nella prima fase, da marzo 2015 a ottobre 2015, l'incastro terapeutico si è giocato intorno al tema dell'*attesa*: per N. legata soprattutto alla condizione di arresti domiciliari, ma non solo, e per la terapeuta legata allo stato di gravidanza concomitante.

Come si vedrà, nonostante l'apparente diversità delle due condizioni, esse danno luogo in realtà a vissuti emotivi molto simili tra paziente e terapeuta, mettendoli di fatto a confronto con le rispettive fatiche legate al poter fare i conti con le proprie più o meno nuove identità. Sarà il poterselo riconoscere da parte della terapeuta la chiave per guardare oltre i sentimenti di inutilità, di stasi, di questa prima fase e iniziare così a dare un senso più profondo, personale all'incontrarsi.

Le cose purtroppo peggioreranno nuovamente dopo la detenzione di N., momento in cui la terapia diventerà imposta dal giudice fino al termine della pena, ora da scontare in affidamento sociale.

Nella seconda fase del percorso, iniziata a maggio 2016 e attualmente ancora in evoluzione (maggio 2017), paziente e terapeuta si sono invece trovati alle prese con la fatica dell'*immaginare/progettare un futuro possibile*. La fine della pena per N. e la fine del percorso di formazione/tirocinio per la terapeuta, ormai imminenti, hanno posto tra le altre difficoltà, anche quella del fare i conti con la ri-nascita e la nascita di identità del tutto nuove per entrambi.

Stephen Seligman, elaborando il concetto filosofico di "temporalità", afferma che ogni analisi è un'analisi di temporalità; in cui esiste una qualche rigidità rispetto all'intreccio di passato, presente e futuro, che si articola in vario modo. L'analisi a questo proposito diventa un tentativo ultimo per liberarsi da questa sensazione di prigionia. Le proposte teoriche di Seligman in particolare forniscono una chiave di lettura interessante nei casi come quello di N., in cui la sua identità di "poveraccio" (come lui si definisce) sembra la vera condanna, sancita al di là del tempo e pertanto immodificabile.

«Rinascere nel tempo che si declina è un beneficio di molte analisi» (Seligman, 2017) e può ben sintetizzare gli ultimi sviluppi della psicoterapia con N., in cui si fanno largo da qualche tempo progetti di vita concreti, realistici e lontani dalla devianza, nonché l'idea di scegliere finalmente la terapia per sé anche dopo il fine pena.

## **Bibliografia**

- Minolli, M. (2015). *Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo*. Milano: Franco Angeli.
- Seligman, S. (2017, aprile). *Disordini della simultaneità e della susseguenza*. In *Disordini della temporalità*, seminario di approfondimento, Milano.
- Vanni F. (a cura di). (2016). *Clinica psicoanalitica della relazione con l'adolescente*. Milano: Franco Angeli.

## **21.3 - Social Identity and clinical practice: depressive feelings arising from Self Categorization**

### **21.3 - Identità sociale e pratica clinica: i vissuti depressivi derivanti dalla Self Categorization**

**Marina Morgese**

*Keywords: social identity, Self Categorization*

*Parole chiave: identità sociale, Self Categorization*

#### *Introduzione*

La Teoria della Categorizzazione del Sé (SCT) di Turner e colleghi (Turner, Hogg, Oakes, Reicher & Wetherell, 1987; Turner, Oakes, Haslam, & McGarty, 1994) è uno degli sviluppi della Teoria dell'Identità Sociale. Secondo la Teoria della Categorizzazione del Sé, l'identità sociale costituisce un livello di astrazione della rappresentazione cognitiva di sé. Il Sé sembra muoversi lungo un continuum che va dal livello personale "Io" al livello sociale "Noi", fino al livello del sé in quanto essere umano. Questi livelli definiscono l'identità personale, ovvero l'insieme delle caratteristiche che rendono unica la persona, e le identità sociali, ovvero l'insieme delle caratteristiche prototipiche dei vari ingroups, intesi come i vari gruppi sociali di cui l'individuo si sente parte e con i quali si identifica. Il processo di spostamento lungo il continuum sembrerebbe abbastanza lineare, ma cosa succede quando una persona inizia a vedere se stessa come appartenente a un gruppo socialmente stigmatizzato come quello dei "malati psichiatrici"?

Verrà presentato un caso clinico per illustrare i vissuti depressivi legati alla consapevolezza di appartenere a un gruppo negativamente etichettato a livello sociale, le osservazioni e le modalità di intervento attuate secondo un orientamento cognitivo-comportamentale.

#### *Formulazione del caso clinico.*

Paziente donna di 42 anni, la storia clinica della paziente inizia nel 2006, quando viene ricoverata per un mese a seguito di un Disturbo Ossessivo Compulsivo molto invalidante. La diagnosi iniziale di "Disturbo Ossessivo Compulsivo" è stata poi sostituita da "Ansia Depressiva". Mesi dopo il primo ricovero la paziente inizia a sentire delle voci che le impediscono di uscire di casa e di lavorare. Dopo dieci anni di storia clinica, contrassegnati da ricadute depressive e vari ricoveri, da terapie di gruppo e da terapie individuali (prima ad orientamento psicoanalitico, in seguito cognitivo-comportamentale), la paziente inizia a manifestare pensieri autosvalutativi legati alla consapevolezza di far parte del gruppo "dei malati psichiatrici". La paziente riferisce a riguardo di sentirsi depressa, manifesta inoltre ipersonnia, apatia e abulia.

#### *Trattamento*

I vissuti depressivi della paziente sono stati affrontati secondo un approccio cognitivo comportamentale. Si è dapprima indagato il pensiero nato dalla consapevolezza dell'essere parte di un gruppo socialmente etichettato e le emozioni che questo pensiero ha suscitato, attraverso il metodo dell'ABC. Secondo un punto di vista cognitivo sono i pensieri scatenati da un evento a favorire l'insorgenza di determinate emozioni nel paziente (Ellis, 1989). Tali pensieri, attivati automaticamente in particolari situazioni, assumono un tale

carattere dogmatico da rinchiudere il paziente in uno stato duraturo di sofferenza. Conoscendo i pensieri si ha dunque la possibilità di intervenire per modificarli. Riconosciuto il pensiero disfunzionale della paziente, l'intervento si è avvalso di una delle tecniche più efficaci in psicoterapia cognitiva nel modificare i pensieri che generano sofferenza: il disputing (Ellis, 1974). Lo scopo generale di questa tecnica è quello di aiutare il paziente a mettere in discussione i suoi pensieri e a ripensare le idee irrazionali e scoprire dei modi alternativi di vedere se stesso, gli altri, il mondo. Il pensiero iniziale della paziente di non possedere più un valore personale in quanto l'unico modo di ritrovare una propria identità in un gruppo visto negativamente, è stato sottoposto a disputing e a successiva ristrutturazione cognitiva.

#### *Conclusioni*

A seguito del lavoro, la paziente ha modificato i propri pensieri riuscendo a esperire emozioni più positive riguardo alla sua storia clinica e alla sua attuale situazione. Anche dal punto di vista comportamentale si sono avuti dei miglioramenti, primo tra tutti una maggiore motivazione alla ricerca di un lavoro. La paziente è riuscita a rivedere se stessa, a ridonarsi una propria identità personale, precedentemente ingabbiata dalla sola identità di gruppo e dalla sua valenza negativa: attraverso il processo di Self Categorization il Sé della paziente è stato relegato nel solo polo sociale, non lasciandole scorgere l'insieme delle caratteristiche che rendono unica una persona e dunque degna di valore.

#### **Bibliografia**

- Ellis, A. (1974). *Disputing irrational beliefs (DIBS)*. New York: Institute for Rational Living.
- Ellis, A. (1989). *Ragione ed emozione in psicoterapia* (a cura di C. De Silvestri). Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Turner, J.C., Hogg, M.A., Oakes, P.J., Reicher, S.D., & Wetherell, M.S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Oxford: Basil Blackwell.
- Turner, J.C., Oakes, P.J., Haslam, S.A., & McGarty, C. (1994). Self and collective: Cognition and social context. *Personality and social psychology bulletin*, 20(5), 454-463. doi:10.1177/0146167294205002

### **21.4 - Preserving the personal identity in the rehabilitation of serious mental illness**

#### **21.4 - Preservare l'identità personale nella riabilitazione del grave disagio mentale**

**Gina Cadeddu, Benedetto Piccicacchi**

*Keywords: rehabilitation, personal identity, social and familiar networks*

*Parole chiave: riabilitazione, identità personale, reti sociali e familiari*

Oggi si rischiano nuovi processi di occultamento della follia, del male mentale con soluzioni riabilitative riduzioniste, semplicistiche, alcune volte violente e con implicazioni negative sull'identità personale.

La melanconia e la mania, come angoscia e disfatta della speranza, sono entrambe esperienze che sconvolgono mente e corpo e che riducono la persona alla solitudine autistica, interrompendo la comunicazione e le risorse provenienti dall'intersoggettività (Borgna, 2001).

Antonio, brillante studente di Medicina, già dipendente del SSN dall'età di 19 anni, ha una storia di notevole impegno negli studi e nel lavoro, interrotti dall'irrompere nella sua esistenza di un grave disturbo bipolare. Dopo ripetuti tentativi di suicidio e numerosi ricoveri, inizia a 32 anni una complessa riabilitazione in una Comunità Terapeutica che gli restituisce una parziale autonomia ed una vita possibile nei pressi della CT, molto distante geograficamente e culturalmente dalla sua famiglia.

Antonio ha sempre pensato ad un rientro nella sua bella isola natia, la Sardegna, posticipandolo nella vecchiaia, quando all'età di 52 anni, vittima di un incidente stradale, subisce gravi danni ai reni, rientra nella sua famiglia perché bisognoso di un'assistenza continua e di numerosi controlli specialistici.

Isolato, chiuso nella sua stanza, quasi mutacico con i familiari, vive con l'anziana madre di 83 anni, pieno di paure e rituali ossessivi sulle funzioni corporee, esplodendo in gravi crisi di angoscia ogni volta che deve sottoporsi alle frequenti e necessarie analisi ematocliniche o ai rilievi tomografici. A distanza di tre anni dalla tragedia dell'incidente, Antonio accetta la ripresa di un intervento riabilitativo solo quando la sorella, suo caregiver principale, richiede la collaborazione di due professionisti operanti nel territorio da circa 20 anni ma cofondatori, in passato, dell'esperienza della CT in cui Antonio ha vissuto la sua prima riabilitazione.

Dai primi veementi colloqui individuali è possibile ricostruire le sue difficoltà ad avere un dialogo con sua madre, donna da sempre molto attiva e dominante, centrata sui valori della dura fatica, del risparmio oculato e sprezzante delle emozioni e dei vissuti personali. Si sente in difficoltà anche con il fratello maggiore e con le tre sorelle perché anche da parte loro percepisce poco rispetto, come se fosse normale non avere più diritti e potere. Tutti sono sposati da tempo, tuttavia spesso sono a pranzo dall'anziana madre e anche in quelle occasioni la sua è una relazione muta, senza parole, fatta di pochi cenni per annuire o dissentire, modalità giustificata dalla "secchezza delle fauci" a suo dire sempre presente nella sua bocca.

Gradualmente nei colloqui individuali, pieni al contrario di parole, racconta come viva oggi nella sua stanza di ragazzo che un tempo ha condiviso con il fratello. A distanza di 40 anni sono ancora presenti i due letti di allora ed i libri di Anatomia utilizzati dal fratello, divenuto medico generico nel paese natio. Nell'armadio pieno zeppo di vecchi pantaloni, ci sono ancora quelli che Antonio usava da ragazzo a 14 anni. La sua biancheria quotidiana, invece, riposta in mobili sparsi nel resto della casa, è gestita dalla madre a cui deve rivolgersi per ogni necessità come se fosse un figlio di due anni.

Nel processo di riappropriazione di un senso di identità coerente con la sua età, un primo vero cambiamento si presenta quando finalmente il paziente in un incontro familiare chiede aiuto per liberarsi di tutta questa "carromanzia" – termine in lingua sarda che indica un cumulo indefinito di oggetti divenuti inutili e fastidiosi e che sembrano alludere ad un carico familiare depositato da troppo tempo nella sua esistenza, che lo priva della possibilità di esprimere bisogni, desideri e progetti.

La precedente riabilitazione, programmata sulle basi di un orientamento filosofico, non condiviso dagli scriventi, di affiliazione perenne alla CT dislocata al centro della penisola, prevedeva la costruzione, con pazienti provenienti da tutta Italia, di una sorta di "villaggio ideale". Tutto ciò sembra aver avuto particolari

esiti sull'identità personale di Antonio. La sua esistenza, stabilizzati gli aspetti psicopatologici maggiormente rilevanti, era stata coartata e semplificata e consisteva nella condivisione con due ex pazienti di una casa, curata da una governante ad ore, e nella partecipazione per circa 20 anni a gruppi terapeutici e laboratoriali divenuti nel tempo devitalizzati e privi di un reale potenziale trasformativo.

Antonio si era ritrovato ad identificarsi con l'istituzione, piuttosto che ad impegnarsi a costruire un'identità personale flessibile e adattativa quale esito dell'espressione autentica di sé e della sua cultura di appartenenza.

L'intervento odierno, oltre a quello farmacologico e quello assistenziale già attivi, ha perciò come obiettivo aiutare Antonio a riscoprire e preservare aspetti irrinunciabili della sua storia e della sua identità, integrando inoltre i dolorosi cambiamenti psicofisici intervenuti in seguito all'incidente stradale.

Si tratta di ripartire, per i terapeuti, dall'anelito per l'interesse della persona che soffre, trovare setting dove ci sia la ricerca di senso della sofferenza, la disponibilità ad un incontro con l'altro in una relazione autentica ed empatica, (Callieri, 2006) evitando la riduzione ad una gestione il più possibile economica della quotidianità, ampliando l'attenzione centrata sulla cura delle reti familiari e sociali.

Si sono organizzati colloqui individuali, incontri con lo psichiatra territoriale referente della terapia farmacologica, incontri con il paziente ed il caregiver principale, con il paziente e l'assistente domiciliare, incontri con la famiglia intera. Si è utilizzata, inoltre, la Carta di Rete come strumento che permettesse al paziente di condividere il suo modo di abitare il mondo (Fasolo, Ambrosiano, Cordioli, 2005) e ai curanti la possibilità di valutare il percorso di cura adattandolo alle reali potenzialità e risorse sia del paziente, sia dell'ambiente di appartenenza.

Durante gli incontri, un ascolto attento ha permesso di capire le reali esigenze nel "qui e ora", di garantire che tutte le voci fossero ascoltate e soprattutto di cercare di fornire un aiuto adattato ai bisogni specifici del paziente e dei familiari. Nulla è più necessario che essere uditi e presi seriamente ed è questo dialogo che aiuta a preservare l'identità personale anche laddove quest'ultima sia stata lungamente offesa e danneggiata.

A distanza di nove mesi, Antonio ha manifestato una riduzione dell'ansia, una maggiore tolleranza alle frustrazioni, una diminuzione dei rituali ossessivi, la scomparsa delle crisi d'angoscia ed una migliore compliance alle articolate cure da praticare per evitare o almeno ritardare l'avvio di una dialisi per i danni ai reni. Si evidenzia, inoltre, una convivenza con la madre e una relazione con i familiari maggiormente declinata nel rispetto e nel riconoscimento della sua identità individuale, nella dignità piena di significato dell'angoscia e dell'ansia esistenziale. Una nuova capacità di collaborare sta permettendo ad Antonio di risistemare la sua stanza, spazio personale che lo rappresenti e lo radichi in aspetti identitari coerenti con la sua età e le sue potenzialità evolutive. Una nuova relazionalità mostra i suoi primi passi sia nel dialogo che si sta riavviando nei luoghi di vita quotidiana e non solo nello spazio protetto degli incontri, sia nello sguardo che ora di nuovo



è rivolto alle persone con cui Antonio si incontra nelle passeggiate di oltre otto chilometri nel parco cittadino, nelle parole scambiate con gli avventori che cominciano ad avere un volto ed una storia.

### **Bibliografia**

- Binswanger, L. (1977). *Melanconia e mania*. Torino: Boringhieri.  
Borgna, E. (2001). *Melanconia*. Milano: Feltrinelli.  
Callieri, B. (2006). *Corpi esistenze mondi. Per una psicopatologia antropologica*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.  
Fasolo, F., Ambrosiano, I., & Cordioli, A. (2005). *Sviluppi della soggettività nelle reti sociali*. Padova: CLEUP.

## **21.5 - New forms of relationships for self-reintegration**

### **21.5 - Nuove forme di relazionalità per la reintegrazione del Sé**

**Raffaella Panzalis, Gina Cadeddu**

**Keywords:** *trauma, empathy, relationships*

**Parole chiave:** *trauma, empatia, relazionalità*

Ci si imbatte sempre più spesso in situazioni definibili come “*lonely relations*” (Amedei, 2011), pseudorelazioni, relazioni “come se”, inautentiche, di facciata, prive della sostanza che caratterizza una relazione autentica capace di promuovere la crescita personale.

Si descrive il caso di Pina, 65 anni, seguita con un modello di terapia integrato: uso dei farmaci, colloqui individuali, colloqui con la coppia. La paziente presenta un profondo stato depressivo, con isolamento sociale e imponenti sintomi fobico-ossessivi per tenere sotto controllo la paura della malattia e della morte. Il terrore della contaminazione e della morte compare all’improvviso in seguito alla morte della suocera, dopo una lunga esistenza condotta in un’apparente normalità.

L’intervento presentato è espressivo di un prendersi cura con rispetto della paziente, adattando la tecnica del percorso alle sue esigenze, attraverso una delicata accoglienza e la sintonizzazione empatica (Stern, 2011), per favorire una trasformazione della “*lonely relation*” alla “*lovely relation*” (Amedei, 2011).

La rivitalizzazione (Bromberg, 2007; Stern, 2011), ad un follow-up a distanza di sei anni, mostra in Pina un maggior senso di vitalità e di benessere, un aumento delle capacità di sintesi e di realizzazione del senso del proprio valore personale e del desiderio di una maggiore connessione con gli altri.

### **Bibliografia.**

- Amedei, G. (2011). Una lonely planet per il clinico relazionale. In V. Lingiardi, G. Amedei, G. Caviglia, & F. De Bei (a cura di). *La svolta relazionale. Itinerari Italiani* (pp. 33-71). Milano: Raffaello Cortina Editore.  
Bromberg, P.M. (2007). *Clinica del trauma e della dissociazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.  
Liotti, G., & Farina B. (2011). *Sviluppi Traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.  
Stern, D. (2011). *Le forme vitali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

**Chapter 22 – Supporting Operators: the Supervision****Capitolo 22 – Sostenere gli operatori: la supervisione****22.1 - Supervision and death anguish in a palliative care center****22.1 - Supervisione e angoscia di morte in un centro di cure palliative****Giorgio Cavicchioli***Keywords: palliative care, work group, supervision**Parole chiave: cure palliative, gruppo di lavoro, supervisione*

Il lavoro degli operatori sanitari che operano nell'ambito delle cure palliative si focalizza su un compito di cura denso di potenti angosce per il continuo contatto con la malattia terminale e con la morte. L'intervento di supervisione dell'equipe curante si pone come spazio-tempo di elaborazione di queste angosce attraverso la trattazione dei casi in carico e dei flussi emotivi, transferali e controtransferali che si attivano nel campo operativo e nel lavoro degli operatori sul loro compito istituzionale.

La supervisione degli operatori viene condotta attraverso l'approccio della supervisione istituzionale, in base allo schema di riferimento operativo della concezione operativa di gruppo. Il materiale raccolto nelle sedute mensili di supervisione consente una esplorazione dei vissuti degli operatori e dei fenomeni gruppali caratteristici del contesto di cura nell'ambito delle cure palliative.

In questo intervento si cercherà di mettere in luce sia come si struttura la supervisione, sia come essa viene vissuta dagli operatori; si cercherà, nel fare questo, di mettere in luce le dinamiche, i vissuti, i processi, specialmente quelli intersoggettivi e gruppali, che la supervisione dell'equipe intende prendere in considerazione al fine di facilitare il lavoro del gruppo sul compito di cura.

L'efficace metafora del "corpo curante" (Braidì, 2001) rappresenta quell'insieme di pratiche, di azioni, di comportamenti ma anche di persone, di vincoli relazionali e di oggetti racchiusi in un setting, quale può essere una struttura sanitaria, l'Hospice ad esempio, che va a costituire un *corpus*, un "corpo" che trova la sua finalità e il suo senso nella cura. La cura del corpo curante è quindi l'azione di chi si prende cura di questo *corpus*, attraverso azioni e tecniche specifiche, all'interno di un setting opportunamente dedicato proprio a questo particolare livello di cura. La supervisione è forse l'azione che più di tutte incarna e dà forma a questa possibilità di cura del corpo curante. In questo senso, infatti, viene intesa come un modo, forse il più efficace e funzionale, di prendersi cura di chi cura; di prendersi cura di chi opera professionalmente attraverso relazioni di cura e il cui compito professionale è appunto quello di curare persone in stato di sofferenza, bisogno o malattia. Questa, in effetti è la condizione di chi lavora nelle strutture sanitarie. Questo compito di cura accomuna gli operatori che lavorano in una struttura sanitaria come l'Hospice, siano essi medici,

psicologi, infermieri, operatori socio-sanitari. Oltre a ciò, nella struttura sanitaria dell'Hospice, esistono dimensioni specifiche legate al compito istituzionale, l'accompagnamento alla malattia terminale, che producono fortissime esposizioni emotive degli operatori; esposizioni che li mettono quotidianamente a contatto con la morte e con le relative, potenti, angosce ad essa associate.

L'intervento di supervisione nasce in ambito clinico, in particolare nel campo psicoanalitico, ove è finalizzato ad aiutare un operatore, in genere uno psicoterapeuta, medico o psicologo, ad elaborare le problematiche tecniche e relazionali che incontra nel corso della conduzione di una psicoterapia. Questo tipo di attività si era resa necessaria anche per effetto della presenza di una componente umana inscindibile ed imprescindibile da quella più strettamente tecnica del lavoro di cura. Ciò che in psicoanalisi era ed è noto attraverso il concetto di controtransfert, ovvero, possiamo dire l'insieme delle reazioni anche di natura emozionale che il curante sviluppa nella relazione terapeutica con un determinato paziente.

Le caratteristiche, le modalità, le dinamiche, i processi, le emozioni, i pensieri, le sensazioni, le fantasie, le paure, i desideri, le preoccupazioni, le attese, gli stati d'animo che inevitabilmente si attivano all'interno di queste relazioni interpersonali finalizzate al prendersi cura dell'altro, rappresentano una parte essenziale della "cura". Possiamo intendere il contesto sanitario delle cure palliative anche dal punto di vista del contenitore istituzionale al quale l'equipe e la struttura sono ascritti. L'istituzione, sul piano psicologico, non è solo la macro-struttura fisica e normativa di riferimento. Essa configura un livello di appartenenza, un ambito che ha caratteristiche proprie e particolari funzioni sul piano psichico. Autori quali E. Jaques, E. Enriquez, R. Kaës, E. Pichon-Riviere, J. Bleger e A. Bauleo, seppur con accezioni differenti, hanno messo in luce come l'istituzione configuri un luogo psichico che ha la funzione di contenitore delle angosce primarie e di deposito di aspetti primitivi della personalità dei singoli. L'appartenenza all'istituzione risponde, da questo punto di vista, a profondi e primordiali bisogni di sicurezza. L'integrità e la stabilità dell'istituzione, ove presenti, restituiscono all'individuo il senso di essere al sicuro e contrastano le angosce presenti fin dall'inizio della vita di potersi perdere nel mondo di sentire il proprio sé disgregato, non contenuto stabilmente. L'istituzione è quindi un luogo psichico che contiene il singolo e il gruppo di lavoro e consente un buon deposito delle parti più primitive e delle angosce più profonde. Il gruppo di lavoro stesso, per certi versi, ha un aspetto istituzionale in sé, proprio per la sua caratteristica di essere interno all'istituzione e di essere da essa fondato e mantenuto. L'istituzione sanitaria, in modo particolare, si configura come un grande spazio psichico con la funzione primaria di consentire ai singoli e ai gruppi familiari di depositare al sicuro le loro angosce di frammentazione, distruzione, perdita e morte.

### **Bibliografia**

- Bleger, J. (1966). *Psicoigiene e psicologia istituzionale*. Loreto: Lauretana.
- Bauleo, A., & De Brasi, M. (1994). *Clinica gruppale, clinica istituzionale*. Padova: Il Poligrafo.
- Cavicchioli, G. (a cura di). (2013). *Io-Tu-Noi. L'intersoggettività duale e gruppale in psicoanalisi*. Milano: Franco Angeli.
- Cavicchioli, G. (a cura di). (2015). *Curare chi non può guarire. Hospice: Cure palliative e approccio interdisciplinare*. Milano: Franco Angeli.

**22.2 - Professional identity agonies. Working in group with healthcare providers of pediatric onc-haematology: the utopia of structuring the emergency**

**22.2 - Agonie dell'identità professionale. Gruppo di parola con gli operatori sanitari di una oncoematologia pediatrica: l'utopia di strutturare l'urgenza**

**Francesco Sinatora, Silvia Casella, Nicoletta Di Florio**

*Keywords: institution, families, death*

*Parole chiave: istituzione, famiglie, morte*

Il lavoro che vogliamo presentare riguarda una riflessione scaturita dai tre anni di lavoro con un gruppo di parola con gli operatori, medici e infermieri, di una clinica ospedaliera pediatrica per le malattie oncologiche. Il gruppo nasce da un progetto di ricerca sulle sequele psicoaffettive della malattia oncologica pediatrica su pazienti e familiari, a cui si è voluto affiancare uno studio, sulle stesse implicazioni, sugli operatori sanitari. Il gruppo si presenta a partecipazione aperta, a cadenza quindicinale e della durata di un'ora e mezza in una stanza al di fuori del reparto. La scelta di questo formato, in particolar modo della partecipazione open, è stata dettata da una sorta di adeguazione al sistema di cura ospedaliero. Il sottotitolo dell'intervento "Utopia: strutturare l'urgenza", ha il senso evocativo di quanto sia impossibile dare struttura alla dimensione dell'urgenza che è fondativa, invece, dell'istituzione ospedaliera e in particolar modo di quella oncologica pediatrica, dove l'urgenza è data dalla vita germinativa infantile che sta sfuggendo.

L'aspetto fondamentale è di come il gruppo possa essere il luogo, molto probabilmente il solo, in cui è possibile osservare i movimenti emotivi all'interno dell'istituzione. L'ottica quindi è quella della clinica istituzionale, di ricerca e comprensione di cosa succede all'interno di una organizzazione le cui fondamenta sono intrise di vita e morte. Vorremmo intenderci molto bene su queste due parole che dette così potrebbero non significare molto. Vita e morte qui vanno intese nel loro aspetto Reale, come lo intende Lacan (1978), cioè in cui l'esperienza di vita straborda al di fuori, senza nessuna eccezione, la propria capacità di pensare, immaginaria o simbolica che sia.

L'analisi istituzionale comprende come paziente non un singolo soggetto o un gruppo, bensì è l'intera istituzione ad essere intesa come paziente, quindi anche questo tipo di intervento si inserisce come attività propriamente clinica. Bleger (1966/2011) ci ricorda in maniera energica, come il compito dello psicologo clinico sia proprio nei confronti dell'istituzione, essa è il suo primo e principale paziente.

Anche lavorando con un piccolo gruppo, il nostro operato è sempre stato fortemente orientato all'istituzione, ignorare le dinamiche dal vertice istituzionale e non leggere i movimenti del gruppo rispetto a questo tipo di lettura pone il clinico di fronte all'insuccesso della propria visione.

In questo senso è fondamentale conoscere la storia dell'istituzione, che sarà data da qualsiasi vicenda abbia attraversato fisicamente e mentalmente la struttura istituzionale, da qualsiasi soggetto umano che abbia partecipato, anche minimamente alla sua vita. Tutta questa memoria sarà sempre presente, anche se

silenziosa, anche se non direttamente visibile, come un fiume carsico che continua il proprio corso nel sottosuolo e che incide sulla geografia della mente dell'istituzione.

Qui la malattia non è il tumore ma la morte, la morte come lutto di fronte all'insuccesso clinico o rispetto ai cambiamenti istituzionali e generazionali. Non è scontata l'accettazione che l'età d'oro, che ovviamente non esiste realmente, sia giunta al termine.

Il binomio morte-vita nel loro aspetto reale mobilita tutte le parti psicotiche della personalità, che se non vengono immobilizzate, possono giocare un ruolo anticurativo nelle relazioni. Il lavoro del gruppo è stato tutto teso alla elaborazione mentale di quelle parti che vengono reciprocamente depositate tra istituzioni familiari e istituzione ospedaliera. C'è di fondo una grande confusione tra queste due istituzioni, convivono insieme per mesi, si compenetrano, ed è impossibile che non sia così; l'ospedale è, di fatto, casa per chi ci lavora, e diventa casa dei pazienti e delle loro famiglie, ma all'interno di tale confusione, ci deve essere nell'istituzione -perché questa ha il compito della cura- un punto, un limite, un ruolo, un camice, una divisa che separa e differenzia. Le angosce familiari impattano sull'ospedale e sul suo personale e il compito del personale è non trasformare la quotidianità del lavoro nella trama, grottesca e drammatica, allo stesso tempo, che può ricordare l'inquietante *The Kingdom* di Lars von Trier. Dal punto di vista istituzionale questo emerge nelle guerre più o meno silenziose tra operatori, che diventano i signori della guerra per il raggiungimento di più potere. Oppure nelle dinamiche famiglie-operatori, in cui la confusione del luogo di cura-casa può essere foriero di potenti incomprensioni, frustrazioni, accuse, o di invischiamenti in dinamiche che nulla hanno a che fare con il compito manifesto dell'istituzione. Quando nel racconto del gruppo emergono tali elementi, la difesa di fronte ai temi della morte, scompaiono i pazienti, scompare il compito del proprio lavoro. Ma quale è il compito del proprio lavoro? Perché se dal punto di vista manifesto il compito è quello di non permettere alla morte di consumare la vita troppo precocemente, dal punto di vista latente il compito è forse ben diverso. Questo riguarda l'interpretazione della divisa senza la perdita della propria umanità.

Quando arriva la morte, non soltanto cala il sipario sulla vita, ma anche la tecnica, medica e infermieristica, non ha più motivo d'essere e lascia l'operatore nudo alla sua umanità. Si necessita quindi di un lavoro che coniughi i due aspetti, oppure cambiare il senso della parola tecnica. Per Bleger (1966/2011) questa parola coincide con la parola etica, perché il lavoro tecnico, che ha a che fare con l'umano, non può mai tralasciare la nostra stessa umanità.

Di fronte al tramonto del proprio operato è l'istituzione che si può ammalare; e un'istituzione si ammala sempre della stessa malattia che vorrebbe curare. In questo caso la scissione tra buoni e cattivi, inter o intra-gruppo, giocata tra medici e infermieri è stata evidentissima. L'istituzione incarna la malattia oncologica, dove ci sono parti, dello stesso organismo, buone ma impotenti di fronte a quelle cattive. Quindi, all'interno di queste istituzioni ci sono almeno tre ambiti di dinamica differenti. Uno inter-istituzionale tra famiglie e operatori, uno inter-organizzativo tra medici e infermieri, e poi uno intra-gruppo dei medici e degli infermieri. Potremmo

aggiungerne un ultimo, anch'esso importantissimo, che si crea quando medici e infermieri si coalizzano e in cui il cattivo diventa il capo, il leader a cui in realtà, sempre, si attribuisce maggiore potere di quello che ha.

Un'ultima considerazione merita l'aspetto reale della vita, che è altrettanto angosciante quanto quello della morte, perché quest'ultima se in maniera manifesta esprime perdita, in maniera latente e scontata mostra come invece la vita sia sempre più forte e che questa "non voglia morire". Il fatto che la vita al di fuori continui, che prosegua nonostante la perdita e il lutto è un fatto scabroso, osceno per chi realmente affronta l'esperienza della morte, per cui oltre a tollerare ciò, la mente dei parenti, ma anche degli operatori, deve faticare e non poco ad accettare la "triste" realtà che la vita prosegue.

Il compito quindi della psicologia in tale ambito, non deve essere rivolta esclusivamente ai pazienti e ai familiari, ma riteniamo che il suo ruolo elettivo sia rispetto all'istituzione e alle persone che la compongono, perché se l'aspetto della cura affettiva passa solo ed esclusivamente attraverso una relazione, il nostro compito è quello di avere cura di chi ha effettivamente una relazione privilegiata con i gruppi familiari, cioè medici e infermieri.

### **Bibliografia**

- Bleger, J. (2011). *Psicoigiene e psicologia istituzionale. Psicoanalisi applicata agli individui, ai gruppi e alle istituzioni*. Molfetta: La Meridiana. (Originariamente pubblicato nel 1966)
- Lacan, J. (1978). *Il Seminario. Libro I. Gli scritti tecnici di Freud, 1953-1954*. Torino: Einaudi.

## **22.3 - Taking care of who cares.**

### ***The evaluation of burnout and alexithymia in palliative care department***

#### **22.3 - Prendersi cura di chi cura.**

#### **La valutazione del burnout e dell'alestitimia in un reparto di cure palliative**

**Simona Ghedin, Cristina Marogna, Floriana Caccamo**

**Keywords:** *alexithymia, burnout, palliative care*

**Parole chiave:** *alestitimia, burnout, cure palliative*

Gli operatori sociosanitari, particolarmente coloro che lavorano nelle cure palliative, si confrontano quotidianamente con situazioni che aumentano lo stress e la stanchezza emotiva, poiché costantemente esposti alla malattia e alla morte dei pazienti (Sanchez, Mahmoudi, Moronne, Camonin, & Novella, 2015). La vicinanza con il dolore e con i vissuti di sofferenza psicologica dei pazienti li sottopone ad un carico emotivo molto intenso rendendoli esposti al rischio di burnout. Le competenze richieste a chi si occupa di questo tipo di assistenza sono molto specifiche ed è quindi necessaria una formazione che sia finalizzata a dotare l'operatore sanitario di conoscenze e competenze fondamentali, sia professionali che empatiche, perché l'assistenza sia di buona qualità (Dunwoodie & Auret, 2007; Lange, Thom, & Kline, 2008). Il sostegno

psicologico rivolto agli operatori rappresenta un fattore fondamentale per dare voce alle angosce che inevitabilmente si sollevano nel lavoro in cure palliative.

Il lavoro presenta la valutazione di un intervento psicoterapeutico di breve durata rivolto agli operatori (medici e infermieri) di un Hospice del Centro Italia. Sono stati misurati il livello di burnout e il livello di alessitimia degli operatori con l'obiettivo di indagare eventuali relazioni tra i due costrutti e verificare l'eventuale cambiamento dei punteggi dopo l'intervento psicoterapeutico (Mattila et al., 2007). I risultati hanno evidenziato una correlazione positiva tra il punteggio totale dell'alessitimia e la sottoscala Esaurimento emotivo ( $r = .44$ ,  $p = .023$ ) ed una correlazione inversa tra il punteggio totale dell'alessitimia e la sottoscala Realizzazione personale ( $r = -0.55$ ,  $p = .003$ ).

Inoltre, si osserva una diminuzione dei punteggi sia nelle dimensioni dell'alessitimia che nella sottoscala dell'esaurimento emotivo. I risultati mostrano l'efficacia dell'intervento e invitano a proseguire nella ricerca di ulteriori relazioni tra il costrutto del burnout e dell'alessitimia e altre variabili.

### **Bibliografia**

- Dunwoodie, D.A., & Auret, K. (2007). Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *Internal Medicine Journal*, 37(10), 693-698. doi:10.1111/j.1445-5994.2007.01384.x
- Lange, M., Thom, B., & Kline, N.E. (2008, November). Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. In *Oncology nursing forum*, 35(6), 955-959. doi:10.1188/08.ONF.955-959
- Mattila, A.K., Ahola, K., Honkonen, T., Salminen, J. K., Huhtala, H., & Joukamaa, M. (2007). Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 657-665. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.01.002
- Sanchez, S., Mahmoudi, R., Moronne, I., Camonin, D., & Novella, J.L. (2015). Burnout in the field of geriatric medicine: Review of the literature. *European Geriatric Medicine*, 6(2), 175-183. doi:10.1016/j.eurger.2014.04.014

## **22.4 - Emotions in the care of people in a vegetative state: fifteen years of group supervision**

### **22.4 - Le emozioni nella cura delle persone in stato vegetativo:**

#### **quindici anni di supervisione di gruppo**

**Laura Mainardi**

**Keywords:** *vegetative state, identity, supervision*

**Parole chiave:** *stato vegetativo, identità, supervisione*

Lo stato vegetativo è una condizione di disabilità estrema caratterizzata da un grave disturbo della coscienza e dal mantenimento autonomo delle sole attività vegetative: respirazione autonoma e ritmo sonno/veglia.

La persona in stato vegetativo, che può essere anche molto giovane, dopo la fase acuta, ha una aspettativa di vita di molti anni e può, raramente, tornare al domicilio oppure venire ricoverato in appositi nuclei delle residenze sanitarie assistenziali.

La caratteristica principale della persona in stato vegetativo è che non è un malato terminale ma può vivere ancora molti anni in una condizione che cambia radicalmente la sua identità personale, familiare, sociale. Inizia un altro modo della persona di vivere (Mazzucchi, 2008). La sua storia subisce un trauma e nulla sarà più come prima.

Nelle strutture residenziali sanitarie (RSA) vengono creati appositi nuclei, con caratteristiche strutturali e di personale stabiliti dalla Regione, per accogliere queste persone e le loro famiglie.

Il gruppo dei curanti deve essere formato da un'equipe multiprofessionale: medico, infermieri, psicologo, fisioterapista, educatore e operatori addetti all'assistenza. Tale gruppo si trova impegnato su più fronti: la persona in stato vegetativo, la sua famiglia, le proprie competenze professionali ed emotive.

- La persona in stato vegetativo è caratterizzata da una grave disabilità, spesso stabile dal punto di vista clinico, ma con grandi complicazioni e di difficile gestione a causa delle difficoltà legate alla coscienza e alla capacità comunicativa che è, apparentemente, assente e comunque di difficile comprensione. Si parla di assenza di coscienza manifesta: sono presenti manifestazioni comunicative a volte intenzionali e a volte sono semplici riflessi, automatismi primitivi.
- La famiglia va incontro al medesimo trauma e va accolta e sostenuta affinché scopra nuovamente il suo caro, affinché trovi nuovi modi per stargli accanto e affinché possa trovare nuovi equilibri. Spesso accade che i familiari soffrano di quello che è stato definito "disturbo da dolore prolungato", imprigionata in un lutto che non ha fine e che spesso conduce a comportamenti simbiotici o di evitamento.

La famiglia deve fare il lutto della persona di prima e trovare un suo modo per accettare quella che c'è adesso e prendersene cura (Dolce & Salzbon, 2004).

- L'equipe si trova a fronteggiare paure legate alla cura che non sono di tipo tecnico ma emotive: paura di farsi coinvolgere troppo o di non essere in grado di gestire i rapporti con i familiari e le loro domande, la paura di svolgere un lavoro inutile quando altre persone ricoverate hanno bisogni più urgenti, la paura di confrontarsi con l'angoscia che scatena la vista di una persona in uno stato limite tra la vita e la morte.

In questo intervento si vuole condividere l'esperienza di quindici anni di supervisione del gruppo dei curanti di un nucleo per persone in stato vegetativo di una RSA del Veneto. Il gruppo si incontra una volta al mese, per novanta minuti, e ne fanno parte gli operatori, gli infermieri, i fisioterapisti, i logopedisti, gli educatori e gli psicologi del nucleo.

Di fronte alle persone "assenti" si sente il cambiamento di identità che anche loro sentono e si è di fronte a molte emozioni dolorose: angoscia, paure («e se si sveglia?»), la sensazione di perdita dei limiti («ha risposto», «ha riso», «è sveglio»), la solitudine («che lavoro fai?», «Ma non hai paura/schifo?», «Ma che senso ha, tanto non ti risponde?»). Si imparano la lentezza e la pazienza, un ritmo che è quello che ci chiede



una persona che ha un contatto con il mondo solo attraverso di noi: qualcuno che lo nutre, lo idrata, lo pulisce, lo muove (Mazzucchi, 2008).

La supervisione di gruppo, di tipo psicoanalitico, consente di sostenere i curanti nel loro lavoro, di nominare e condividere le emozioni: lo scoprire che anche gli altri provano le stesse emozioni difficili da confessare è di per sé un elemento indispensabile di prevenzione del *burnout* e di comprensione delle nostre modalità difensive.

In questi anni è emerso quanto sia importante avere uno spazio protetto in cui parlare delle paure, dell'angoscia, dell'impotenza, delle difficoltà che si incontrano ogni giorno nel prendersi cura di persone in una condizione di vita che pone ciascuno di fronte ai propri dilemmi etici, ai propri fantasmi sul senso della vita, al proprio sentire davanti ad una situazione difficile da definire sotto tutti i punti di vista. Aiuta a riflettere sulle proprie emozioni e su quelle del familiare, aiuta ad acquisire tecniche di comunicazione empatica e meccanismi di difesa più adattivi di fronte a situazioni spesso incomprensibili (Corbella, 2003).

La supervisione ha inoltre lo scopo di prevenire il *burnout*, di essere un'occasione di formazione continua, di consentire all'equipe di sentirsi un gruppo che lavora insieme per far fronte alle difficoltà della cura.

L'incontro mensile è anche il luogo dove poter dare voce alle scoperte relative al singolo paziente, al suo modo peculiare di comunicare e che ad uno sguardo poco attento può sfuggire ma che nella conoscenza approfondita che si crea, grazie alla riflessione congiunta, si può arrivare a decodificare le manifestazioni minime come segnali di benessere, disagio, dolore, stato di allerta.

L'obiettivo è di cercare una relazione con i pazienti e la miglior qualità di vita possibile, per loro e per l'equipe. La supervisione sostiene l'abbandono della cura magica e la ricerca di una comprensione di un fenomeno che è esterno (la persona in stato vegetativo e le sue caratteristiche individuali) e interno (le nostre emozioni legate ad esso).

A confronto con le tematiche del fine vita, dell'accanimento terapeutico e ai dilemmi etici dei nostri giorni il gruppo si pone come luogo del pensiero, luogo per pensare i pensieri di chi, apparentemente, non può più pensare che sia la persona in stato vegetativo o la nostra società. La provenienza multietnica del personale dell'equipe è stata una grande ricchezza del gruppo: confrontarsi sulle differenti culture riguardo alla morte, al morire, al lutto ha consentito a tutti di riflettere sulla propria cultura di appartenenza e sulle differenze e somiglianze con le altre.

## **Bibliografia**

Corbella, S. (2003). *Storie e luoghi del gruppo*. Milano: Cortina.

Dolce, G., & Salzbon, G. (2004). *Coma e stato vegetativo. Guida multimediale per i familiari: assistenza in ospedale e a domicilio*. Padova: Piccin.

Mazzucchi, A. (a cura di). (2008). *Stato o vita vegetativa? Gestione integrata di un percorso tra conoscenza ed etica per operatori e familiari*. Milano: Giunti.

## **22.5 - Body, the first level of consciousness.**

### ***Current relevance of traditional techniques of consciousness exploration***

## **22.5 - Il corpo, primo livello della coscienza.**

### **Attualità e tecniche di esplorazione della coscienza**

**Patrizia Liva**

**Keywords:** *consciousness, meditation, body*

**Parole chiave:** *coscienza, meditazione, corpo*

#### *Introduzione*

La coscienza è uno dei fatti fondamentali dell'esistenza dell'uomo. Allo stesso tempo, come sottolinea il filosofo D. Chalmers, è il fenomeno più misterioso dell'universo. Negli ultimi vent'anni c'è stato un fiorire di lavoro scientifico sulla coscienza che ha messo in luce delle correlazioni, ma ancora non è in grado di fornire spiegazioni: sappiamo quali aree del cervello si attivano con certe esperienze coscienti, ma non sappiamo perché lo fanno né cosa sia la coscienza.

Anche nelle grandi culture dell'antichità il mistero della coscienza ha rappresentato un tema centrale della riflessione in ambito filosofico e soprattutto spirituale, ma la ricerca e l'esplorazione di questa dimensione fondamentale non è stata realizzata unicamente attraverso vie intellettuali. Infatti, all'interno delle maggiori religioni, accanto alla tradizione basata sulle formulazioni teologiche e sulla filosofia speculativa, si sono sviluppate parallelamente correnti mistiche fondate sull'esperienza. Tra tali sistemi troviamo l'Esicasmò nel Cristianesimo, il Sufismo nell'Islam, il Shakta-Vedanta con il Kundalini Yoga e lo Shaivismo del Kashmir nell'Induismo, il Tantrismo, l'Alchimia Taoista.

#### *I livelli della coscienza*

Pur con delle differenze, la concezione dell'essere umano in queste tradizioni presenta delle importanti analogie. L'essere umano sarebbe costituito da diversi livelli di coscienza, definiti anche strati, o involucri, *kosha* nella tradizione indiana (Eliade, 1997). Noi non siamo in grado di avere una percezione completa della realtà della nostra coscienza; giungere a questa consapevolezza profonda richiede un percorso graduale che ne attraversi tutti i livelli e porti alla piena realizzazione delle potenzialità della persona.

Questo percorso di esplorazione della nostra coscienza può avvenire unicamente in modo esperienziale, ed è di fatto un viaggio nella nostra interiorità che si attua attraverso tecniche meditative specifiche.

#### *Il primo livello della coscienza: il corpo*

Viene particolarmente enfatizzata l'importanza del corpo, considerato il primo livello della coscienza. Il primo gradino del percorso evolutivo che porta ad attraversare tutti i livelli della coscienza è rappresentato infatti dal dominio del corpo e delle sue forze vitali. È necessaria una precisa conoscenza degli organi e delle funzioni fisiologiche; tale conoscenza è fondata su esperienze ascetiche e su pratiche specifiche, che hanno portato all'elaborazione di un complesso sistema di "fisiologia mistica". In questa visione, ogni elemento della nostra

corporeità, per esempio la colonna vertebrale, il respiro, i sensi, rimandano ad altri aspetti più sottili e non percepibili da chi vive accontentandosi di una esperienza superficiale della realtà, vittima dell'inganno delle apparenze. È interessante notare come, nell'ambito della ricerca scientifica attuale, alcuni autori, ritenendo necessaria, per la costruzione della coscienza, l'esistenza di un elemento stabile, arrivino a individuare proprio nel corpo questo punto di riferimento (Damasio, 2012).

#### *Le tecniche*

Al fine di conquistare quella profonda consapevolezza del corpo che rappresenta la condizione necessaria per avere accesso a una conoscenza diretta delle strutture della coscienza, è fondamentale innanzitutto una inversione radicale di direzione: dall'esterno dobbiamo rivolgerci all'interno. Volgersi all'esterno equivale a disperdersi, volgersi all'interno equivale a cercare il luogo della propria interiorità (Rossi, 2000). Si tratta di una conversione che sconvolge la vita intera, facendo passare dallo stato di una vita inautentica, oscurata dall'incoscienza e turbata dalle preoccupazioni, allo stato di una vita autentica, dove l'uomo raggiunge la coscienza di sé, la visione esatta del mondo, la pace e la libertà interiori (Hadot, 1988).

Essenzialmente le tecniche elaborate a questo fine consistono in pratiche di controllo del respiro, movimenti e posture, ricerca del silenzio, custodia dei sensi, concentrazione, meditazione.

#### *Proposta di percorsi esperienziali per la formazione dei care-givers*

Attualmente assistiamo ad una ampia diffusione di tecniche di rilassamento, esercizi respiratori, pratiche meditative che incontrano anche l'interesse del mondo medico e scientifico e della stessa WHO. Esiste una vasta letteratura che ne dimostra le potenzialità terapeutiche nella gestione dello stress, dell'ansia, dell'insonnia, della depressione e in varie patologie. Anche in campo oncologico e nell'ambito delle cure palliative costituiscono strumenti di provata efficacia nella riduzione di sintomi quali dolore, ansia, insonnia, fatigue e sono state integrate nei programmi terapeutici di vari hospice.

Oltre a valorizzare i benefici fisici di queste conoscenze, approfondirne lo studio e rivalutarle nell'accezione che avevano nell'antichità, potrebbe arricchire e completare la formazione umana e professionale dei *care-givers*. La proposta di strumenti che consentano di accedere al proprio mondo interiore e di fare esperienza del corpo come porta di accesso a piani più profondi della propria esistenza, contribuirebbe a favorire la maturazione di un diverso punto di vista e di una più elevata qualità della presenza nella relazione di assistenza. Intuire la vastità e il mistero della propria coscienza apre alla contemplazione del mistero dell'altro, soprattutto quando, di fronte alla degenerazione dovuta all'invecchiamento e alle malattie neurodegenerative, di fronte alla perdita della coscienza di sé e all'approssimarsi della morte, esiste il rischio di ridurre l'identità della persona al corpo degradato.

#### **Bibliografia**

- Damasio, A. (2012). *Il sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente*. Milano: Adelphi.
- Eliade, M. (1997). *Lo yoga. Immortalità e libertà*. Milano: Rizzoli.
- Hadot, P. (1988). *Esercizi spirituali e filosofia antica*. Torino: Einaudi.
- Rossi, L. (2000). *I filosofi greci padri dell'esicasmò. La sintesi di Nikodemo Aghiorita*. Torino: Il leone verde.

**Chapter 23 – Death, childhood and death education****Capitolo 23 – Morte, età evolutiva e death education****23.1 - Childrens' distress facing surgical experience: perception of death****23.1 - Angosce dei bambini di fronte all'esperienza chirurgica: la percezione della morte****Firenze Milano***Keywords: children distress, surgery, death perception**Parole Chiave: bambino, atto chirurgico, percezione morte*

I bambini esprimono il timore della morte e della malattia più frequentemente attraverso il linguaggio non verbale, ma in ogni caso è il mondo dell'adulto che, spesso, teme di affrontare il problema. Quando l'adulto rifiuta di parlare ad un bambino delle preoccupazioni per la morte e/o per l'esperienza di affrontare un intervento chirurgico che può avere anche esiti traumatici, ostacola il primo momento di elaborazione delle angosce di separazione dalle sue parti malate. Anche se l'intervento chirurgico ha caratteristiche correttive il successo dell'intervento dipende dalle possibilità di elaborazione del lutto o della perdita delle deformazioni del vissuto corporeo. L'informazione ambigua, inoltre, ostacola il raggiungimento, attraverso l'elaborazione della disperazione in cui il corpo viene vissuto come una fortezza segregante, di una situazione di "speranza" nel futuro. Attraverso il contributo teorico-tecnico della psicoanalista argentina Arminda Aberastury si svilupperanno alcune riflessioni teoriche collegate ad esperienze cliniche di percorsi psicoterapeutici pre-post operatori di alcuni piccoli pazienti esplorando le ansie di mutilazione legate al corpo e all'immagine del sé corporeo incluse le sofferenze legate alla nuova identità acquisita con l'intervento chirurgico. Il lavoro di Arminda Aberastury, e con lei la psicoanalisi dei bambini in Argentina, nasce sulla spinta di un interrogativo di carattere pedagogico: i cosiddetti bambini oligofrenici possono o no apprendere? Le difficoltà di apprendimento si rivelano, nel suo lavoro, delle inibizioni intellettuali legate alla presenza di conflitti, piuttosto che a fattori costituzionali. Questo tipo di disturbi dell'apprendimento li chiamerà "oligotimie" per stabilire la relazione e la differenza con il gruppo delle oligofrenie. Successivamente Arminda Aberastury svilupperà una grande attenzione per tutto ciò che accade quando un bambino deve affrontare e deve sottoporsi ad un intervento chirurgico. Osserva che, oltre agli effetti traumatici prodotti dall'intervento medesimo, si presentano forti ansie in relazione all'anestesia generale, soprattutto quando il bambino non è informato del tipo di anestesia utilizzata. Se si chiariscono i dettagli dell'anestesia e dell'intervento chirurgico diminuisce l'ansia di attesa e aumenta la fiducia rispetto a quanto dovrà sostenere. Le angosce di morte che accompagnano tali esperienze vengono amplificate, infatti, dall'incomprensione dell'adulto attraverso la mancanza di risposte o con risposte bugiarde che provocano maggior dolore causando rallentamenti al

processo di guarigione. Il corpo del piccolo paziente sottoposto ad intervento chirurgico è un corpo “sessuato”, attraversato, cioè, da investimenti libidici, rappresentazioni e immagini mentali che vanno a costituire un io corporeo dove ciascuno forma o distrugge l’immagine di sé e del proprio corpo. Il corpo, inoltre, già in fase neonatale, rappresenta lo spazio, la sede dove si costituiscono i primi vincoli giacché sarà attraverso il corpo che ci si sentirà amati, odiati, desiderati o rifiutati... e si amerà, odierà, desidererà etc. Il corpo è, quindi, un corpo “pensante” per cui ogni malattia che lo colpisce andrà coniugata con immagini, preoccupazioni e desideri del paziente per quei sintomi in quel momento. Ogni intervento sul corpo stimola fantasie di aggressione, fuga, seduzione e mutilazione che si riflettono direttamente sull’andamento, ad esempio, di un intervento chirurgico, influenzandone il decorso e la guarigione. La concezione dell’unitarietà nell’uomo di mente-corpo è imprescindibile per la formulazione di quanto J. Bleger afferma quando fa riferimento ad un pensiero “corporeo” in quanto nel corpo si incistano pensieri “non ancora pensati” in cui l’organo colpito o la disfunzione o la malattia degenerativa parla dei desideri e delle buone o cattive relazioni del paziente.

Ciò riguarda totalmente l’esperienza del bambino di fronte alla malattia, all’atto chirurgico ed alla percezione della morte.

### **Bibliografia**

Aberastury, A. (1974). *Teoria y tecnica del psicoanalista de niños*. Benos Aires: Paidos.  
Balello, L., Fischetti, R., & Milano, F. (1994). *La passione di crescere*. Bologna: Pitagora.  
Bleger, J. (1992). *Simbiosi e ambiguità*. Loreto: Lauretana.

## ***23.2 - Death Education and happiness.***

### ***A multidimensional path analysis between death and happiness***

## **23.2 - Death Education e felicità. Una path analysis multidimensionale tra morte e felicità**

**Ines Testoni, Marco Piscitello, Lucia Ronconi**

***Keywords:*** death education, identity, happiness

***Parole chiave:*** death education, identità, felicità

### *Introduzione*

Il concetto di morte, almeno in Occidente, è un concetto che non può essere separato dal tema dell’identità della persona, intesa come ciò che si mantiene uguale a se stessa nei cambiamenti cui si va incontro durante tutta la vita e che può perdurare anche dopo il suo inevitabile epilogo. Nei secoli le diverse culture, occidentali e non, hanno concepito il rapporto tra morte ed identità in funzione del grado di conservazione dell’identità personale dopo la morte. A tutt’oggi i più diffusi sono (Testoni, 2015):

- annientamento totale: rappresentazione secondo cui dopo la morte l’essere umano si annienti totalmente, sia come individuo che come specie, anche l’universo è destinato a scomparire;

- permanenza parziale di un principio di identità desoggettivato o depauperato: per cui in base al tipo di aldilà che lo attende il principio di identità subisce diverse limitazioni: 1) vita diminuita (e.g. Ade greco); 2) esistenza terrestre invisibile (culture arcaiche); 3) separazione dell'anima dal corpo e metempsicosi con perdita dell'autocoscienza o dell'identità, infine confusione con il tutto (e.g. induismo o buddismo); 4) immortalità corporea come dimensione biologica e tecnologica (e.g. mantenimento del DNA con perdita dell'autocoscienza del soggetto); 5) permanenza della traccia soggettiva della memoria storica (marxismo) senza mantenimento dell'identità individuale autocosciente;
- permanenza di un principio di identità essenzialmente soggettivo: come sostiene la tradizione filosofica occidentale (anima, spirito) e da quelle religioni che sostengono il mantenimento di un principio di identità dotato di autocoscienza che trascende la vita terrena, salvaguardando il permanere dell'individuo e la sua agentività in un tempo infinito in spazi di premiazione o punizione (Cristianesimo, Islam);
- eternità: concetto relativo alla differenza ontologica (ente-essere) che inerisce all'identità dell'essente, i cui essere sé e non altro da sé è identico all'eternità, in quanto l'essere non può essere l'altro assoluto che è il nulla.

Se da un lato la morte e l'identità sono legate tra di loro in funzione del destino dell'identità personale dopo la morte, una delle più famose teorie socio-cognitive che si occupano del tema, la Terror Management Theory (TMT), le mette in relazione attraverso l'autostima e la cultura. La TMT sostenendo che tutte le culture sono determinate dal terrore e dall'angoscia, i quali nascono dall'incontro tra la spinta istintiva all'auto-preservazione e l'umana consapevolezza della propria finitudine, e che l'essere umano ha imparato a gestire attraverso visioni del mondo capaci di negare la morte (e.g. miti, religioni, ecc.) ed offrire illusioni consolatorie. Secondo tale prospettiva l'identità soggettiva e sociale si costruiscono in funzione dell'autostima la quale è a sua volta un prodotto della cultura: più l'individuo è socialmente integrato e più forti saranno la sua identità e l'adesione ai valori e alla visione del mondo culturalmente offerti (Solomon, Greenberg, & Pyszczynski, 1991).

#### *Obiettivo*

Lo scopo di questo lavoro è duplice, da un lato quello di valutare un modello di *path analysis* in cui si prende in esame sia l'impatto diretto della rappresentazione ontologica della morte come annientamento, dell'ansia di morte, dell'alessitimia e della spiritualità/religiosità e convinzioni personali sulla felicità soggettiva, sia l'impatto diretto delle stesse sulla resilienza e l'impatto diretto di quest'ultima sulla felicità soggettiva, inserendo il genere come variabile di controllo; dall'altro esplorare le differenze sui costrutti considerati tra due gruppi di studenti universitari, uno che ha deciso liberamente di frequentare un corso di *DeEd*, per cui supponiamo avessero un maggior interesse ai temi della morte e del morire, e l'altro che non ha mai seguito nessun corso di *DeEd*.

## Metodo

Lo studio ha coinvolto 232 studenti universitari, 83 durante la frequenza di un corso universitario in cui era specificato che venivano affrontate tematiche di *Death Education* (DE-gr) ed aventi un'età media di 23.39 (ds, 1.61), di cui l'88% F e il 12 % M, ed i restanti 149 che frequentavano curricula diversi dell'Università di Padova (UP-gr) che non prevedono percorsi di questo tipo (e.g. ingegneria, veterinaria, ecc.) ed aventi un'età media di 22.85 (ds, 3.29), di cui 60.4% F e 39.6% M. Ai partecipanti abbiamo somministrato una serie di questionari on-line costruiti sulle seguenti scale relative ai sei diversi costrutti:

1. Testoni Death Representation Scale – TDRS (Testoni, Ancona, & Ronconi, 2015);
2. Death Anxiety Scale – DAS (Templer, 1970);
3. Toronto Alexithymia Scale – 20 items – TAS20 (Bagby, Parker, & Taylor, 1994);
4. WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs – WHOQOL-SRPB (WHOQOL-SRPB Group, 2002);
5. Connor-Davidson Resilience Scale – CD-RISC (Connor & Davidson, 2003);
6. Subjective Happiness Scale – SHS (Lyubomirsky & Lepper, 1999).

## Risultati

La *path analysis*, svolta con il software Lisrel, ha evidenziato che l'effetto del genere, la variabile di controllo, sulla spiritualità/religiosità e convinzioni personali (SRPB) è il medesimo nei due gruppi. Invece, solo nel DE-gr le femmine hanno un livello di rappresentazione ontologica della morte come annientamento minore dei maschi mentre solo nel UP-gr le femmine hanno maggiore ansia di morte rispetto ai maschi.

Per quanto riguarda la resilienza, il predittore che ha l'impatto maggiore è l'SRPB e se nell'DE-gr è l'unico costrutto ad avere un impatto, nell'UP-gr anche la rappresentazione ontologica della morte come annientamento contribuisce positivamente alla resilienza.

Infine, in merito alla felicità soggettiva osserviamo che in entrambi i gruppi che l'ansia di morte ha un impatto negativo, maggiore nel DE-gr, mentre la resilienza e la SRPB hanno un impatto positivo, rispettivamente maggiore nel DE-gr e maggiore nel UP-gr.

## Discussione

I risultati indicano che le ragazze che hanno seguito il corso di *DeEd* vedono meno la morte come un annientamento totale, mentre l'ansia di morte e l'alessitimia non presentano differenze di genere. Invece le ragazze che non hanno seguito il corso presentano un'ansia di morte maggiore rispetto ai ragazzi, mentre l'annientamento e l'alessitimia non presentano differenze di genere. A questo primo livello si nota che il genere femminile e la DeEd promuovono una rappresentazione ontologica della morte come passaggio. Inoltre nell'UP-gr la visione della morte come annientamento va ad aumentare la resilienza, cosa che non succede nel gruppo che ha seguito il corso. Questo risultato è apparentemente in contraddizione con quanto trovato da Testoni, Ancona e Ronconi (2015) per cui la resilienza e la rappresentazione ontologica della morte come annientamento presentano una correlazione inversa. Il legame tra questi due costrutti necessita quindi di ulteriori studi per capire bene come si influenzano.

Per quanto riguarda la felicità soggettiva i due gruppi si differenziano in quanto se da un lato l'UP-gr fa più affidamento alla SRPB, dall'altro il DE-gr fa più affidamento alla resilienza per cui ipotizziamo che il corso di *DeEd* abbia portato gli studenti a mettere in discussione le proprie convinzioni personali spirituali e religiose, diminuendone l'incidenza sugli altri costrutti e favorendo una maggior attivazione della resilienza, la quale a sua volta risulta il predittore più importante della felicità soggettiva.

### **Bibliografia**

- Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. *Advances in experimental social psychology*, 24, 93-159. doi: 10.1016/S0065-2601(08)60328-7.
- Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita: Psicologia del morire e «Death Education»*. Bollati Boringhieri.
- Testoni, I., Ancona, D., & Ronconi, L. (2015). The ontological representation of death: a scale to measure the idea of annihilation versus passage. *OMEGA-Journal of death and dying*, 71(1), 60-81. doi: 10.1177/0030222814568289.

## **23.3 - Children and death: how we talk to them about it, how they talk about it**

### **23.3 - Bambini e morte: come ne parliamo con loro, come loro ne parlano**

**Virginia Veruma**

**Keywords:** *children, death, bereavement*

**Parole chiave:** *bambini, morte, lutto*

Parlare della morte spesso mette in difficoltà e a disagio gli adulti. Se gli adulti devono per qualche motivo parlarne con dei bambini, allora le strategie di evitamento messe in atto dai primi saranno ancora più intense, in genere. Queste reazioni sono un mix di difficoltà personale ad affrontare un tema doloroso e dell'opinione che parlare della morte sia un tabù a livello culturale. Tuttavia è fondamentale dare agli adulti degli strumenti e delle informazioni per parlare della morte ai bambini e coi bambini, proprio per fare star meglio questi ultimi nel caso di un evento luttuoso. L'obiettivo di questo intervento è far capire come mai è importante parlare della morte coi bambini.

Intorno ai 4-7 anni i bambini iniziano a fare domande specifiche sul significato della morte. Alba Marcoli (2014) riporta alcune domande, ad esempio: «Mamma, perché Gesù è risorto e il nonno no?» (Federico, 5 anni). Queste domande mettono in crisi gli adulti, che da una parte non vogliono ferire il bambino e dall'altra sono consapevoli di non avere una risposta chiara neanche per se stessi. Tra i 3 e i 5 anni i bambini percepiscono la morte come qualcosa di momentaneo. Questa percezione è condizionata in parte dalla visione di cartoni animati e sempre più spesso videogiochi in cui i personaggi possono “morire” o essere sottoposti a violenza, per poi tornare a “funzionare” e continuare l'avventura. Va tuttavia ricordato che a questa età il bambino non è in grado di differenziare tra reale e virtuale, e questo potrebbe generare confusione nel momento in cui si parla di una morte reale. Un'idea più realistica della morte compare dopo i 7-8 anni, momento in cui anche le nozioni apprese a scuola possono aiutare a capire meglio la morte in



termini di “cessazione delle funzioni vitali”. Generalmente si ritiene che dopo gli 11 anni si sia in grado di comprendere la morte in termini adulti.

Nel momento in cui è necessario comunicare ad un/a bambino/a la morte di una persona cara o vengono fatte delle domande sulla morte da parte del/la bambino/a stesso/a, la tendenza delle persone potrebbe essere quella di evitare il discorso. Spesso le persone cercano delle analogie come ad esempio “riposare per sempre”, “addormentarsi e non poter più svegliarsi” oppure “andare molto lontano”, le quali, tuttavia, possono creare molta confusione e non essere di aiuto in quanto prese alla lettera da parte dei bambini. Questo atteggiamento di protezione nasce dalla convinzione che i bambini non siano in grado di comprendere il concetto di “morte” o che questa sia un dolore troppo grande da sopportare per loro. In realtà i bambini sono in grado di comprendere il concetto della morte se la spiegazione viene fatta loro in base al loro livello di sviluppo, inoltre la spiegazione può essere fatta in base alle domande del bambino (Lieberman, Compton, Van Horn, & Ghosh Ippen, 2007; Oppenheim, 2005). Nella triste evenienza in cui il bambino si trovi ad affrontare la perdita di un genitore, l'adulto che deve comunicare la tragica notizia sarà ancora più spaesato. Nel caso si tratti dell'altro genitore o di un adulto molto vicino sia al bambino che al genitore deceduto (zii, nonni...), infatti, l'adulto dovrà parlarne nel momento in cui egli stesso sta elaborando un lutto molto intenso e potrebbe essere emotivamente non accessibile al bambino, non essere pronto alle sue richieste, non sentirsi in grado di occuparsi di lui. Vanno inoltre differenziati i casi in cui la morte sia improvvisa ed inaspettata da quelli in cui la morte è la conseguenza di una lunga malattia. Il genitore in fin di vita, infatti, in alcuni casi sarà in grado di intraprendere un lavoro preparatorio insieme al bambino, che permetterà a quest'ultimo di essere più preparato e soprattutto partecipe a ciò che sta per accadere (Lieberman et al., 2007). In tutti i casi, i bambini ai quali sarà spiegato in maniera semplice e diretta (ma non brutale) e con parole adatte alla loro età cosa accade quando una persona muore, saranno protetti nel caso di traumi futuri.

In sintesi, esistono delle indicazioni chiare su come sia possibile parlare coi bambini di un argomento cruciale come quello della morte, e ci sono tutta una serie di ragioni per cui farlo è un prezioso regalo che si fa ai bambini in termini di fiducia e resilienza, e come suggerisce Alba Marcoli (2014) «di maggiore forza acquisita proprio attraverso il superamento delle difficoltà». Dare ai bambini i mezzi per capire cos'è la morte è inoltre fondamentale se si pensa che attraverso la televisione e Internet i bambini, anche molto piccoli, sono sottoposti quotidianamente a scene di violenza e morte (Oppenheim, 2005).

### **Bibliografia**

- Lieberman, A.F., Compton, N.C., Van Horn, P., & Ghosh Ippen, C. (2007). *Il lutto infantile*. Bologna: Il Mulino.
- Marcoli, A. (2014). *La nonna è ancora morta?*. Milano: Arnoldo Mondadori Editore.
- Oppenheim, D. (2005). *Dialoghi con i bambini sulla morte, le fantasie, i vissuti, le parole sul lutto e sui distacchi* (R. Di Folco, trad.). Trento: Erikson.

### **23.4 - Beginning by the end. Conversation about illness and lost in classroom**

#### **23.4 - Cominciamo dalla fine. Conversazioni sulla malattia e la perdita in classe**

**Vittoria Sichi, Silvia Varani, Adir Samolsky Dekel, Luca Franchini, Rossana Messana,**

**Franco Pannuti, Raffaella Pannuti**

*Keywords: death education, adolescents, end of life*

*Parole chiave: death education, adolescenza, fine vita*

##### *Background*

Se da una parte i numerosi progressi medici hanno permesso di aumentare le aspettative di vita delle persone, dall'altra, eventi come la malattia cronica invalidante e il morire, considerati fino a qualche decennio fa fasi naturali della vita, vengono oggi negati e rimossi dal vissuto psicologico delle persone. Tali temi, sono pertanto trattati come aspetti da relegare lontano dal nostro quotidiano. I media, oltre a mostrarci immagini di corpi sani e perfetti, spesso propongono una spettacolarizzazione della morte che non coinvolge personalmente ed emotivamente gli spettatori (Testoni, 2015). In aggiunta a ciò, la progressiva trasformazione della struttura familiare, da patriarcale a mononucleare, e i ritmi di vita sempre più frenetici a cui siamo esposti, hanno reso i tradizionali riti di saluto al defunto sempre più frettolosi. In tal modo però, viene in parte delegittimata la funzione fondamentale del provare sentimenti dolorosi, ma necessari, relativi all'elaborazione della perdita di una persona cara.

Ciò fa sì che gli adulti significativi (insegnanti e genitori) affrontino sempre meno i temi della malattia e della perdita con i ragazzi, impedendo così loro di acquisire quelle competenze cognitive ed emotive necessarie per fronteggiare tali situazioni (Testoni, 2015).

Anche se nell'adolescenza si è raggiunta una comprensione della morte simile a quella degli adulti (Testoni, 2015), vi è la tendenza a non parlare di morte con i ragazzi. Spesso, questo silenzio è da imputare alla volontà di proteggere i giovani, ma così facendo si lasciano da soli, privi di un confronto e di un conforto emotivo, senza la possibilità di poter porre agli adulti le domande che desiderano fare e senza poter condividere pensieri, preoccupazioni e paure (Slaughter & Griffiths, 2007). Parlando di morte e malattia agli adolescenti, viene loro offerta la possibilità di chiarire alcune incognite e ciò è utile a diminuire la potenza delle rappresentazioni che l'ansia di morte desta, donando al contempo un maggior valore alla vita (Doorenbos, Briller, & Chapleski, 2003). In questo senso, diversi studi hanno dimostrato che l'elaborazione delle emozioni legate al pensiero di morte possa attivare le strategie di *coping* adattive e stimolare la capacità di resilienza, riducendo l'incidenza di disturbi depressivi e rischio suicidario (O'Connor, Rasmussen, & Hawton, 2009).

##### *Obiettivo*

Una Onlus operante nel settore delle cure palliative (CP) domiciliari ha proposto un progetto nelle scuole superiori di Bologna, con l'obiettivo di sensibilizzare i giovani al tema della malattia e della perdita, restituendo un linguaggio al tema della morte.

### *Campione*

Nell'anno accademico 2016-17 il progetto ha coinvolto una classe quinta composta da 18 alunni (N=18; M=8; F=10).

### *Materiali e metodi*

Il progetto si è articolato in 5 incontri della durata di 2 ore ciascuno, tutti condotti da due psicologi, operanti da anni nel campo delle cure palliative domiciliari e capaci di accostarsi ai temi della malattia e della perdita in modo adeguato.

Il primo e l'ultimo incontro sono stati rivolti esclusivamente al personale docente, mentre gli altri si sono svolti assieme alla classe.

Al fine di favorire un dialogo aperto e franco sull'argomento è stata prediletta una metodologia interattiva, in cui brevi momenti di lezione frontale si alternano a *role playing*, discussioni in plenaria e visione di brevi filmati. Lo scopo è stato quello di far passare ai ragazzi l'idea che è possibile parlare di malattia e di perdita, così come è normale provare emozioni dolorose e sentimenti contrastanti in situazioni potenzialmente traumatiche.

Per quanto riguarda la valutazione di efficacia del progetto, è stata predisposta un'intervista semistrutturata dove, oltre a chiedere di esprimere il proprio parere e eventuali suggerimenti sul progetto, è stato chiesto loro di rispondere ad alcuni quesiti rispetto alle situazioni di perdita: se avessero mai sentito la necessità di parlare di malattia e morte con qualcuno, quale fosse il loro senso di efficacia percepito per affrontare situazioni potenzialmente drammatiche prima e dopo l'intervento (valutato su una scala da 0 a 10), se valutavano il progetto utile e se lo consiglierebbero ad un amico, che cosa avrebbero portato a casa (*take home message*) da questa esperienza.

Il contenuto delle interviste è stato analizzato tramite il software Atlas.ti, al fine di raggruppare le risposte dei ragazzi in macrocategorie.

### *Risultati*

Dal primo incontro con gli insegnanti è emerso come la spinta a realizzare il progetto sia stata motivata dal fatto che la classe in questione era già stata esposta a diversi lutti e situazioni di malattia. A causa di alcuni assenti, i questionari compilati sono stati 16 (M=8; F=8). Tredici ragazzi hanno dichiarato di avere sentito in passato la necessità di parlare con qualcuno di malattia e perdita, tuttavia non tutti avevano trovato una persona idonea con cui confrontarsi. Tutti gli alunni hanno trovato il progetto utile e lo consiglierebbero ad un proprio amico. Le motivazioni più frequentemente riportate circa l'utilità sono state l'aver offerto un punto di vista nuovo sull'argomento (riportata da 8 su 16) e l'aver "scoperto" che il lutto rappresenta una fase naturale ed affrontabile dell'esistenza (8 su 16). Per quanto riguarda eventuali suggerimenti o critiche relative agli interventi in aula, due alunni hanno affermato che gli sarebbe piaciuto andare ancora più in profondità nell'affrontare l'argomento. Tutti gli allievi hanno percepito un miglioramento del proprio senso di efficacia relativo al riuscire a fronteggiare ipotetiche situazioni di malattia e di perdita. I *take home message* riportati con più frequenza sono stati: l'importanza di accettare le proprie emozioni (9 su 16) e un maggiore

sensu di speranza e rassicurazione (6 su 16) seguita dalla possibilità di mantenere un legame con una persona defunta (5 su 16). Nell'incontro finale con i docenti, tutti hanno riconosciuto l'importanza di affrontare temi quali la malattia e la morte con i più giovani.

### *Conclusioni*

Il fatto che al termine degli incontri gli alunni si sentano maggiormente pronti ad affrontare situazioni potenzialmente drammatiche è coerente con quanto affermato in letteratura secondo la quale, parlare di malattia e morte sin dalla giovane età, prepara ad affrontare in maniera appropriata situazioni in cui possono venire coinvolti, come la malattia di un familiare. Il fatto che alcuni ragazzi abbiano dichiarato di portarsi a casa un maggiore senso di speranza può essere interpretato come un dato a sostegno dell'ipotesi che, parlare di morte non comporta un aumento dell'ansia relativa alla stessa, ma al contrario, la diminuisce

### **Bibliografia**

- Doorenbos, Z., Briller, H., & Chapleski, E. (2003). Weaving cultural context into an interdisciplinary End-of-Life curriculum. *Educational Gerontology, 29*(5), 405-416. doi:10.1080/713844358
- O'Connor, R.C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2009). Predicting Deliberate Self-Harm in Adolescents: A Six Month Prospective Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 39*(4), 364-375. doi:10.1521/suli.2009.39.4.364
- Slaughter, V., & Griffiths, M. (2007). Death understanding and fear of death in young children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12*(4), 525-535. doi:10.1177/1359104507080980
- Testoni, I. (2015). *L'ultima Nascita. Psicologia del morire e Death Education*. Torino: Bollati Boringhieri.

## ***23.5 - Taking life back after so much pain***

### **23.5 - Riprendersi la vita dopo tanto dolore**

**Daniele Venturini**

**Keywords:** *violence, trauma, resiliency*

**Parole chiave:** *violenza, trauma, resilienza*

### *Introduzione*

L'interesse per l'argomento qui presentato, nasce dalla motivazione personale e professionale di ricercare spiegazioni sull'origine della violenza, del trauma, del terrore, dell'atteggiamento predatorio verso la sensibilità umana e della degradazione del Sé che possono condurre ad un senso intimo di smarrimento e perdita della propria vita.

Questa condizione di enorme sofferenza può sortire nel tempo implicazioni negative sullo stato di salute fisica e mentale di chi ne è colpito o anche esplodere in comportamenti violenti etero diretti, fino a perpetuarsi al di là della singola esistenza, in violenze e sofferenze che si diffondono nella società, da una generazione all'altra.

Genocidi, omicidi, deportazioni, violenze su donne e bambini, abusi e maltrattamenti sono fenomeni che non sembrano mai cessare nel tempo oltre ogni denuncia.

La domanda che pertanto viene da porsi è questa: il dolore dell'esistenza, il terrore per l'oppressione, la denigrazione della vita possono trovare una propria origine in quei sistemi di accudimento disfunzionali che l'adulto può manifestare verso la propria prole già dal suo nascere?

Ed ancora: le singole vite lacerate fin dal loro apparire al mondo, una volta divenute adulte possono condizionare un'intera collettività nel riversare sulla società tutta la violenza e il dolore subiti nell'infanzia?

Con queste domande iniziali la nostra attenzione si è orientata verso i sistemi generali di protezione che l'uomo rivolge nei confronti della propria specie in età minorile per preservarla da tanta sofferenza o intervenire in essa quando il dolore diventa intollerabile.

La disattivazione di questi sistemi generali di accudimento può infatti generare una società violenta anche per le generazioni future.

A fronte di tali perversi meccanismi del vivere umano esiste comunque la speranza: la società che genera tanta sofferenza può essere la medesima che riesce ad organizzarsi per contrastare tali violenze attraverso alcune professioni. Le professioni di aiuto (DGR Veneto n. 4049/2004, allegato D, *Etica delle professioni di aiuto alla persona*).

Medici, assistenti sociali, psicologi e tutte le professionalità di cura, sostegno della vita umana e di valorizzazione delle relazioni in tutte le sue forme, possono diventare "testimoni soccorrevoli" (Miller, 1987) verso gli adulti maltrattanti che hanno frustrato i bisogni vitali del bambino.

### *Svolgimento*

Con la ratifica della Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (1991), anche l'Italia si riconosce nell'impegno di dar spazio alle identità di fatto e di diritto dei bambini e degli adolescenti.

Da quella ratifica il governo italiano si è fornito quindi vari strumenti normativi (L 285/1997; L 451/1997; L 328/2000) per garantire l'espressione delle identità dei minori di età nel loro manifestarsi ed accrescimento.

La crisi internazionale socio-economica (ad iniziare dal 2007) come già in altri Paesi, ha travolto anche l'Italia e gli effetti delle politiche ridimensionate di Welfare si sono resi progressivamente evidenti in tutte le fasce della popolazione, compresa quella minorile.

Alcune riforme statali quali l'introduzione del federalismo fiscale (L 42/2009) e le successive integrazioni governative di riordino fiscale hanno condotto progressivamente ad un assetto di Welfare in ambito minorile di tipo riparatorio (con politiche di intervento rivolte alle necessità e alla crisi) mentre l'aspetto della prevenzione e della promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza conquistati nei decenni passati ha assunto una dimensione sempre più residuale (*Batti il Cinque!*, documento, 2012 – [http://www.cnca.it/images/stories/cnca-nazionale/campagne\\_e\\_cartelli/2012\\_Documento\\_Lepdcs.pdf](http://www.cnca.it/images/stories/cnca-nazionale/campagne_e_cartelli/2012_Documento_Lepdcs.pdf)).

In tale contesto i bisogni di crescita fin'ora riconosciuti dei minori rischiano pertanto di rimanere inascoltati da un mondo di adulti che li governa (Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, 2015).

Tale inclinazione tuttavia può condurre ad una società adulta che, senza gli opportuni accorgimenti, avrà difficoltà a riconoscere il delicato mondo del bambino.

Il rischio nel medio periodo è quello di riavvicinarci verso una società significativamente distratta, caratterizzata già ora da segnali di disattenzione e maltrattamento verso l'infanzia.

Sono per esempio sotto gli occhi di tutta l'opinione pubblica fenomeni come quelli dei bambini killer, dei bambini soldato, di episodi a risonanza nazionale e internazionale di violenze, abusi e maltrattamenti che vedono come vittime i minori.

Dalla storia del passato sono ancora rintracciabili le personalità che hanno segnato nella vita delle persone e delle società sofferenze e traumi indicibili.

Eppure, questi stessi personaggi ancor prima di agire tali patimenti su individui e masse a loro volta sono stati in prima persona nella loro infanzia vittime di soprusi, violenze, terrore da parte di chi avrebbe dovuto proteggerli.

Sono un esempio emblematico le infanzie di Hitler, Saddam Hussein, Stalin, Ceausescu, ecc., personalità che una volta diventate adulte hanno riversato sulla società non tutelante dei comportamenti aberranti con le conseguenze storiche e catastrofiche a noi tutti note.

In ogni individuo della società maltrattante e disattento nei confronti di un minore si nasconde la storia di un bambino che non è stato a suo tempo rispettato nella sua unicità da un adulto per lui significativo.

Le conseguenze di traumi, violenze, terrore subiti da bambini si ripercuoteranno poi sulla società estesa in una spirale di violenza che si perpetua nella storia in se stessa continuando ad alimentarsi dei propri orrori tra violenze subite e agite.

I bambini infatti hanno fondamentali bisogni di protezione, bisogni affettivi, di cura, di educazione e crescita. Tali bisogni possono tuttavia venire frustrati da persone adulte che li maltrattano, manipolano, trascurano, ingannano minando l'integrità del Sé e la loro autostima con danni che possono essere irreparabili se non attraverso percorsi riabilitativi.

La reazione normale a tale integrità del Sé e di minaccia alla autostima del bambino sarebbe di rabbia, dolore e ribellione verso la fonte di aggressione e violenza, ma poiché egli deve comunque dipendere da un mondo adulto per una propria sopravvivenza fisica ed emotiva, reprime e nega tali sentimenti, rimuove il ricordo del trauma, salva i suoi aggressori fino a farne paradossalmente la loro idealizzazione.

In seguito crescendo, il bambino perderà completamente la consapevolezza di ciò che ha segnato le ferite del trauma e a sua volta perpetuerà verso altri minori indifesi quanto egli stesso ha subito in un tempo passato.

Infatti i sentimenti di disperazione, rabbia, paura, angoscia, dolore ormai scissi nel proprio Sé continueranno ad esprimersi in azioni distruttive verso sé stesso come il suicidio, le tossicomanie, l'alcolismo, la patologia psichiatrica, la prostituzione oppure verranno riversati verso l'esterno su altre persone (violenza, abusi) o verso cose (es. criminalità).

### *Conclusioni*

Per la protezione della società e a garanzia della sua sopravvivenza, occorre sempre più che vi siano dei testimoni soccorrevoli che possano guardare con sano interesse al mondo infantile.

Testimoni che possano essere presenti là dove si manifestino aberranti delitti contro la libertà del minore, nelle situazioni di terrore, nel degrado del Sé e in quanto impedisca la normale crescita dei bambini.

Tali testimoni possono essere già presenti nelle reti spontanee e prossime alla vita del bambino.

Oppure possono essere assenti o disfunzionali alla normale crescita.

In tali casi i professionisti dell'aiuto quali testimoni soccorrevoli, possono assumere funzioni tutelanti verso quella parte della società che ancora da sola non sa proteggersi: i minori d'età.

Si potranno in tal modo promuovere anche i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, la salvaguardia ed il benessere futuro della stessa comunità umana (*Un Welfare per i minori* - <http://www.unwelfareperiminori.org/documento/>).

### **Bibliografia e sitografia**

Bressan, F., Pedrazza, M., & Neve, E. (a cura di). (2011). *Il percorso formativo dell'assistente sociale*. Milano: Franco Angeli.

Corradini, A., Crema, S., Lupo, M., & Kaneklin, L.S. (2007). *Etica e deontologia per psicologi*. Roma: Carocci.

Giovannetti, M., & Marchesini, N. (a cura di). (2013). *L'Italia nella crisi. Un profilo della condizione socio-economica della popolazione italiana*. Rapporto ANCI. Cittalia – Fondazione ANCI Ricerche. Disponibile da: <http://www.cittalia.it/images/file/italianellacrisi.pdf>

Miller, A. (1987). *La persecuzione del bambino. Le radici della violenza* (M.A. Massimello, trad.). Torino: Bollati Boringhieri

## **SEVENTH PARALLEL SESSION**

## **SETTIMA SESSIONE PARALLELA**

### **Chapter 24 – Dealing with one's own and others' death: between biography, body and identity**

### **Capitolo 24 – Fare i conti con la morte propria e altrui: tra biografia, corpo e identità**

#### ***24.1 - The obscene dimension of death as an identitary question to its witnesses***

#### **24.1 - Dimensione oscena della morte come interrogativo identitario ai suoi testimoni**

**Matteo Albertinelli**

**Keywords:** *obscene, death, psychoanalysis*

**Parole chiave:** *osceno, morte, psicoanalisi*

Si propone che la morte possa essere intesa come qualcosa di osceno per chi viene in contatto con il morente. La scelta del termine "osceno" vuole rispecchiare l'orrore, il disgusto e la repulsione che possono invadere il testimone della morte. Si propone che la morte di una persona amata, cioè, diventi per chi vi assiste una

rappresentazione di un limite estremo del proprio desiderio. Da un punto di vista psicoanalitico, questo fenomeno presuppone almeno due elementi:

1. un processo di identificazione con il morente, o meglio, il rifiuto di accettare detta identificazione.
2. un insieme di rappresentazioni soggettive dell'idea di morte che rendono indigesta tale identificazione. Si suppone qui che queste rappresentazioni siano intimamente legate alle rappresentazioni personali del concetto di limite, del quale propongono una forma estrema e radicalmente contraria alle spinte vitali del soggetto.

Stare davanti alla morte farebbe cioè domandare al soggetto: «Sono anche io mortale, dunque? Anche se desidero non esserlo?». Il modello di questa situazione sarebbe quello del conflitto fra assunzione del limite e desiderio onnipotente, dinamica chiave della vita psichica. Tale esperienza di conflitto interno verrebbe riattivata dall'esperienza esterna della vicinanza ad un morente.

L'elemento fondamentale sarebbe che il turbamento soggettivo alla base della categorizzazione della situazione come "oscena" dipenda dalla messa in crisi dell'identità illusoria onnipotente di sé. Da questa crisi conseguirebbe una spinta alla ricontrattazione di tale identità. Si suggerisce che tale spinta sia giustificata dalla proiezione sull'altro morente della condizione di impotenza vissuta dal soggetto testimone della morte. In quest'ottica, l'osceno viene ad essere l'altra faccia della colpa, già ampiamente studiato nella letteratura psicoanalitica: se il senso di colpa rappresenta un movimento di introiezione dei sentimenti ostili nei confronti dell'oggetto che abbandona e limita il desiderio soggettivo, l'osceno, implicando il disgusto verso l'oggetto e la sua condizione di moribondo, si può intendere come movimento di proiezione di sentimenti di rifiuto di una propria condizione di impotenza.

Queste proposte vengono discusse attraverso tre spunti esemplificativi:

1. Un passaggio dal terzo atto de *La Traviata* di Verdi, come esempio di elaborazione culturale di contenuti psichici dell'ordine dell'osceno. La proposta di una rilettura di un testo operistico così noto e rappresentato vuole aiutare a identificare meglio l'oggetto della discussione e mettere in luce come la dimensione oscena della morte sia qualcosa di radicato nella cultura. I prodotti culturali svolgono quella che Kaës ha chiamato funzione di garante metapsichico, il cui compito è quello di mantenere un'alleanza psichica fra i soggetti, in modo da permettere loro di compiere il lavoro di elaborazione di contenuti psichici dolorosi.

Nel caso specifico, la morte per tisi di Violetta sollecita i sentimenti di amore dell'amato e del di lui padre, legati a sentimenti di colpa ma anche a manifestazioni dell'osceno (nel). Grazie a queste scene, il pubblico viene aiutato (inconsciamente) nel lavoro psichico; in questo caso nell'elaborazione dei penosi sentimenti legati all'impotenza che si scatenano davanti alla morte.

2. Un caso classico della letteratura psicoanalitica, quello di Elisabeth von R. (EvR), di nuovo familiare a molti, può essere d'aiuto nel tentativo di identificare il concetto proposto grazie all'accento messo sugli episodi di vita reale in questo periodo della produzione scientifica di Freud.



In questo caso clinico, la perdita della sorella della paziente si presta a mostrare come l'evento esterno della morte possa riattivare in modo brutale un conflitto interno fra desiderio di ottenere la soddisfazione pulsionale in modo onnipotente e dimensione del limite del proprio desiderio. La possibilità di soddisfare questo desiderio, cioè, è parzialmente indipendente dalla propria volontà. Tale conflitto attorno al desiderio si manifesta attraverso le sue rappresentazioni nella vita amorosa di EvR come ce l'ha descritta Freud.

EvR si innamora del marito di una sua sorella. Quando questa muore, EvR viene attraversata dalla gioia per la possibilità di sposare il cognato. Alcuni dei sintomi isterici di cui soffre, sono legati a questo desiderio. Qui si propone che questo desiderio si articoli in parti che può essere utile tenere distinte: la colpa, collegata all'introiezione dei sentimenti ostili verso la sorella, rivale in amore; l'osceno, collegato alla proiezione della propria condizione di impotenza (in quanto insoddisfatta nel suo desiderio di sposare il cognato) sulla sorella che non può più godere del matrimonio, in quanto defunta. EvR vive la morte della sorella in modo traumatico in quanto ricollegabile a sentimenti di odio verso quest'ultima quale rivale. Lo stesso evento mostra una rappresentazione esasperata del limite interno che in EvR si contrappone al proprio desiderio di avere il cognato. La rappresentazione che EvR probabilmente ha della sorella (odiata in quanto rivale e separata per sempre dal marito in quanto morta) è anche una rappresentazione di sé (colpevole in quanto rivale dell'odiata sorella per il cognato e angosciata dalla propria incapacità di soddisfare il desiderio di stare con lui). Si tratta, come proposto sopra, di due facce della stessa medaglia del desiderio: da un lato la colpa, per paura che la sua realizzazione sia suscettibile di scatenare forze punitive; dall'altro l'orrore per la rappresentazione di sé come fatalmente limitati, impotenti davanti al desiderio. In quest'ottica, il sentimento dell'osceno sembra essere più primitivo di quello della colpa.

3. Un caso clinico dell'autore in cui si può vedere come la dimensione dell'osceno si possa declinare oggi in una psicoterapia. Lorenza ha assistito l'amato marito, suo unico uomo, dall'insorgere della grave malattia sino alla morte. Lorenza esprime grande dolore quando parla delle sue difficoltà ad accettare di frequentare un altro uomo dopo la morte del marito e allo stesso tempo accettare di goderne l'eredità. Anche in questa situazione la diade colpa-osceno si presenta come una medaglia bifronte: da un lato vi è il un senso di colpa legato al piacere dell'eredità e della relazione con un nuovo compagno, in conflitto con la devozione verso il marito; dall'altro lato, la devozione si trasforma in una fonte di orrore, in quanto la morte del marito rappresenta il limite di quel desiderio inconscio precedentemente soddisfatto dalla condivisione della propria vita con l'amato. L'osceno qui emerge nella descrizione di una morte terribile del marito e allo stesso tempo nella rappresentazione di sé come persona il cui desiderio viene limitato indipendentemente dalla propria volontà (condizione di impotenza). In questo caso si vede inoltre come sentimenti prevalentemente

positivi verso il defunto (del tipo dell'idealizzazione) possano nascondere una diversa presentazione della dimensione dell'osceno.

Il percorso di psicoterapia psicoanalitica breve di sei mesi con questa paziente è passato per il riconoscimento che i sentimenti dolorosi legati ad eredità e nuovo compagno si collegassero al proprio desiderio di condurre una vita soddisfacente nonostante il lutto. I risultati, proporzionatamente al tipo di intervento, si possono riassumere nel momento in cui Lorenza ha potuto svuotare l'armadio pieno da diversi anni dei vestiti del marito, a testimonianza della possibilità di rappresentare se stessa non solo come qualcuno che non stava facendo un torto al marito svuotandolo (sentimento legato alla colpa) ma anche come persona in grado di riempirlo, soprattutto simbolicamente, con i vestiti di un altro uomo. Tale evoluzione rappresenterebbe la possibilità di rappresentare se stessi come capaci di soddisfare il desiderio in modo compatibile con la realtà, quindi in modo limitato, talvolta parziale, ma né onnipotente né impotente.

### **Bibliografia**

Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Studi sull'isteria* (Vol. 1). Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1905). *Tre saggi sulla teoria sessuale* (Vol. 3). Torino: Boringhieri.

Pianigiani, O. (1907). *Vocabolario etimologico della lingua italiana*. Roma: Dante Alighieri.

## ***24.2 - The professional and personal challenges and difficulties of the Hungarian medical/healthcare staff when facing pre- and perinatal infant death***

### **24.2 - Le sfide e difficoltà professionali e personali degli operatori sanitari nei casi di morti pre- e perinatali**

**Éva Zsák**

**Keywords:** *pre- and perinatal loss, grief, professional and personal difficulties*

**Parole chiave:** *morte pre- e perinatale, lutto, difficoltà personali e professionali*

#### *Context*

Losing a child in the perinatal period is a highly demanding event for all the people involved in it in a way or in another. While in 2015 the statistical number of perinatal death in Hungary is relatively low (0.65%), the total number of babies lost in perinatal mortality was 553, while 93,100 were born, yet, the burden it conveys is all the bigger. The sorrow, grief caused by pre- and perinatal loss may easily become a phenomenon of prolonged, complicated or even pathological mourning, a burden and risk for the parents, for their smaller and larger environment and for the medical personnel, as well, yet, it is a less studied field both nationally and internationally.

#### *Objectives*

- To analyse the presently applied practices in Hungarian healthcare institutions;

- to compare the valid protocol with the effective support provided and to examine the effects these events have on the helping personnel professionally and psychologically.

#### *Valid definitions in Hungary*

- Perinatal infant death: the death of a child after the 24th gestational week, with a minimum of 500 g weight and 30 cm length; or the death of a newborn child born alive, within 168 hours of birth.
- Prenatal, intrauterine foetal death: intrauterine death before the 24th gestational week; or if the age of the foetus cannot be determined, the weight is less than 500 g, and the body length less than 30 cm.

#### *Relevant legal and protocol measures, guidelines*

Guidelines for psychological support regarding perinatal loss, provided by the Hungarian Ministry of Human Capacities, operative since Dec, 2010 (Hungarian Protocol, 2010).

Ministry of Internal Affairs – Ministry of Health – Ministry of Youth, Common Directive nr. 34/1999 (IX. 24) regarding law nr. 154 of 1997 on the treatment of corpses and on the procedure in case of sudden death.

Government Decree nr. 145/1999 (X. 1) regarding law nr. 43 of 1999 on cemeteries and burial procedures; Art. 14.§ 7: «The burial of the stillborn infant is seen about by the relevant health care institution, unless someone else is willing to do so, upon his own request».

The official standpoint of the Hungarian College of Obstetrics and Gynaecology, as of July 2nd, 1998: «Should the parents wish so, they have the right to bury the foetus affected by intrauterine death».

#### *Hypotheses*

- Correlation exists between the quality of the professional help provided for the bereaved parents and the professional and personal attitude of the concerned health care staff (obstetricians, gynaecologists, neonatologists, nurses, mid-wives, psychologists) regarding grief and death.
- The professional and personal attitude of the concerned health care staff regarding grief and death has a significant impact on the implementation of sepulchral rights.

#### *Method*

In-depth interviews and questionnaires with the involved personnel. The research focuses on the practice of the institutions regarding the overall support of the bereaved families; on the existing and wanted theoretical and practical competencies; on personal attitudes of the health care workers regarding death and loss and on the experienced difficulties. Specific problems: Are there any institutional differences to be noticed – with special attention to sepulchral rights and the help provided for the bereaved parents? How are the medical/health-care personnel affected? What difficulties do they face, especially in communication and in providing psychological support? What tools, strategies do they possess to help the patients? (Engelhard, van den Hout, & Arntz, 2001). What tools, strategies do they possess to fully experience their own feelings of loss and grief, to heal in this process?

## Results

At present, as the preliminary research has found, significant differences can be identified in Hungary concerning pre- and perinatal death in the following: Whether the parents, families can see and hold the baby; Whether there exists a special room suitable for memorial purposes; Whether the families become informed about their rights to bury the child; whether they can get help from psychologists and/or priests as early as during hospitalisation (Kersting & Wagner, 2012). Incongruence exists between the operative protocol and the applied practical solutions and significant differences can be identified regarding sepulchral rights and processes. Thus, to act well professionally is a specially demanding task for the involved personnel, they bear few tools and competencies to adequately communicate, to help the parents cope with sorrow and grief, to face and cope their own feelings; though the difficulties differ depending on the functions they may have (Robinson, 2011). All these factors involve a high risk for burn-out and compassion fatigue for them.

## Conclusions

Specific trainings are to be implemented on all levels of the formative processes to improve coping strategies, communication and adequate supporting skills and competencies aimed at providing better support for the patients and offering self-protecting measures. Interinstitutional and international know-how regarding theoretical and practical methods, competencies and skills is required to cover the needs to be enhanced. Widening the scope of the research and the outreach horizontally and vertically as well may mean a wider involvement of professionals active in this field of medicine (medical students, mental hygienic experts, etc.). Emphasising the significance of thanatology in formative courses may results in better professional performance when facing loss and grief.

## Bibliografia e sitografia

- A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során. Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium és Országos Gyermekegészségügyi Intézet in HIVATALOS ÉRTESÍTŐ. A Magyar Közlöny melléklete 2010. évi 104. szám, 2010. december 29.: 15246-15258. (Protocollo ungherese per perdita pre- e perinatale)
- Engelhard, I.M., van den Hout, M.A., & Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry, 23*(2), 62-66. doi:10.1016/S0163-8343(01)00124-4
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci, 14*(2), 187-194. Disponibile da: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384447/>
- Robinson, G.E. (2011). Dilemmas related to pregnancy loss. *The Journal of nervous and mental disease, 199*(8), 571-574. doi:10.1097/NMD.0b013e318225f31e

### **24.3 - Dying Diaries: Writing until the End, Writing the End**

#### **24.3 - Diari del morire: scrivere fino alla fine, scrivere la fine**

**Mariarosa Loddo**

*Keywords: death, illness, narrative*

*Parole chiave: morte, malattia, narrazione*

Occupandomi di narrazioni autobiografiche della malattia e venendo queste spesso concepite in circostanze di patologie terminali, mi sono trovata di fronte a più di un testo scritto all'ombra di una fine imminente. Si tratta generalmente di opere in cui si assiste al farsi strada della morte, in questo caso reale, dell'autore, ascrivibili a un contesto contemporaneo in cui l'esperienza corporea e soggettiva è sovraesposta, la medicalizzazione pervasiva e una concezione della dimensione della cura da qualche decennio fortemente messa in discussione (come segnala l'emergere di *medical humanities* e medicina narrativa). Per questo la mia ricerca, che pure si avvale primariamente di strumenti letterari, fa propria una prospettiva interdisciplinare pronta ad accogliere elementi filosofici, sociologici, psicologici utili a una piena comprensione di queste patografie. È in questo senso e alla luce delle varie sfaccettature del morire individuate dal convegno che il presente contributo va inteso. In particolare, sulla base di una scrittura diaristica, l'intervento punta a mettere in evidenza gli effetti, sulla concezione identitaria della persona, di una diagnosi terminale o di una conclusione annunciata dalla vecchiaia. Ci si interrogherà pertanto su quale percezione si ha del corpo in decadimento, come si viene a patti tra chi si era quando in salute e chi si è ora, quale ruolo viene attribuito alla medicina, quale senso viene conferito alla propria morte e, per riflesso, all'intera esistenza, quali funzioni svolge la narrazione in queste situazioni.

Nel contesto occidentale contemporaneo la morte sembra aver assunto la sua forma più accettabile e concepibile venendo interpretata come problema medico. Quando la malattia o l'anzianità conducono alla morte naturale, è generalmente in ospedale che ciò avviene: fatto né scontato, né naturale, questo, se si pensa che almeno fino alla prima metà del Novecento il congedo dalla vita aveva luogo generalmente tra le pareti domestiche e non circondati da personale sanitario. Si tratta di un mutamento le cui radici sono da individuare nei progressi tecnici e scientifici della cura, a cui si associano determinati aspetti culturali, come il discorso spirituale messo ai margini a fronte del mito di una medicina onnipotente. Di fatto, però, la morte resta incurabile e i medici hanno finito con l'assumere anche il ruolo di traghettatori per l'aldilà, nella tacita, condivisa convinzione che del morire non si debba discutere e che ci si debba concentrare unicamente sull'agire, a livello medico si intende, fino all'ultimo respiro.

Una fine che attende tutti, un finale, tuttavia, che può essere scritto diversamente: non necessariamente all'insegna dell'eufemismo, della negazione, della perpetrizzazione della vita biologica, del trattamento medico che assorbe il tempo che resta, ma integrando l'ultimo capitolo della nostra storia a quelli che lo hanno preceduto, rendendolo, davvero, una questione esistenziale e cercando di esserne, finché è possibile, l'autore.

Scrittura, capitoli, finali, autorialità: sono termini che rimandano a una concezione narrativa della vita e, dunque, della morte, per cui ogni esistenza è una storia, con una sua singolarità e individualità. Figure di medici come Atul Gawande e Rita Charon sostengono una relazione medico-paziente improntata al dialogo e alla valutazione condivisa di scelte che incidono, non solo a livello fisico, sulla persona malata, sulla sua vita e su una eventuale conclusione imminente. Se i medici sono considerati i confessori, gli accompagnatori spirituali del nostro tempo, appare imprescindibile, da parte dei professionisti della salute, far propri gli strumenti per essere in grado di recepire e accogliere storie anche in prossimità della loro fine.

Vale allora la pena gettare uno sguardo a narrazioni contemporanee ad opera di persone che contemplano l'avvicinarsi della morte. Tuttavia, per capire quanto ammalarsi e morire non sia sempre stato un binomio ammantato di straordinarietà e inaccettabilità e inestricabilmente legato all'azione medica, occorre indietreggiare fino al *Diario* di Alice James (2006). L'autrice, sorella di Henry James, redige il manoscritto dal 1889 al 1892, anno della sua morte, sintetizzando un'esistenza costellata da varie patologie, perlopiù confinata a letto, ma non per questo estranea e disinteressata alle vicissitudini del mondo. Eppure è la diagnosi finale di cancro incurabile che segna la svolta nella vita di Alice, configurandosi come una liberazione: finalmente un nome definito da associare alla sua condizione e l'opportunità di distinguersi per un talento inusuale, ovvero il saper morire. Da quel momento, accompagnata dagli amici più cari e dalla famiglia, in un contesto esclusivamente domestico, Alice organizzerà la sua uscita di scena.

Quasi un secolo dopo, l'accettazione di una diagnosi potenzialmente letale, insieme a un tono trionfalistico, sebbene esaltato e non sereno come quello di Alice James, si ritrova in *Marte: il cavaliere, la morte e il diavolo* di Fritz Zorn, uscito a poca distanza dalla scomparsa dell'autore, avvenuta nel 1976. «[...] fra tutte le cose sgradevoli che mi sono portato appresso nella mia esistenza, avere un cancro è stata di gran lunga la cosa più intelligente ch'io abbia fatto.» (Zorn, 1986, p.3): per Zorn il cancro è sia l'ultima opportunità di riscatto, sia la strada senza ritorno, in cui non ha più nulla da perdere, che gli permette di formulare lo spietato atto d'accusa verso l'anemica società borghese che ritiene colpevole della propria parabola discendente. Un analogo forte richiamo alla comunità di appartenenza è presente in *Corpo a corpo: diario dall'interno dell'Aids* di Alain Emmanuel Dreuilhe (1987/1989), che analizza il fenomeno Aids dal punto di vista del malato omosessuale, includendo le ripercussioni dell'epidemia sulla società francese e americana tra cui l'autore si divide e concependo la scrittura come forma di resistenza. Ma anticipo della fine è pure il declino che contraddistingue la tarda età, in cui le capacità si riducono, i deficit si accumulano, l'orizzonte temporale si riduce sempre più. Non è un caso che l'autrice Christine Brooke-Rose (2006) definisca il suo romanzo autobiografico dal titolo emblematico *Life, End of* un diario sul morire, in cui, se mancano le caratteristiche indicazioni temporali della scrittura diaristica, è perché il senso stesso del tempo è andato svanendo.

Attesa, invocata, contrastata, temuta, metaforizzata: la morte assume per chi si trova a fronteggiarla un volto peculiare, legato innegabilmente alla cultura di appartenenza, ma non riducibile alle sole concezioni largamente condivise, né tanto meno alle associazioni che rimandano esclusivamente alla questione del fine

vita intesa in senso medico. L'obiettivo è pertanto di tentare di portare alla luce interpretazioni varie del morire nelle circostanze della malattia: da un lato attraverso l'attenzione a quegli approcci medici che prediligono la ricezione, nella loro complessità e interezza, delle storie dei pazienti; dall'altro tramite un'analisi di scritture assimilabili a quella diaristica in cui emergono nelle loro formulazioni particolari storie e identità che si accostano alla fine.

### **Bibliografia**

- Brooke-Rose, C. (2006). *Life, End of*. Manchester: Carcanet.
- Dreuilhe, A.E. (1989). *Corpo a corpo. Diario dall'interno dell'Aids*. Milano: Arnoldo Mondadori Editore. (Originariamente pubblicato nel 1987)
- James, A. (2006). *Il diario. 1889-1892*. Roma: Nutrimenti.
- Zorn, F. (1986). *Il cavaliere, la morte e il diavolo*. Milano: Arnoldo Mondadori Editore.

## ***24.4 - The dance of the identity: to identify themself with the mystery of being.***

### ***Death Education paths***

#### **24.4 - La danza dell'identità: identificarsi con il mistero dell'essere.**

#### **Percorsi di Death Education**

**Annagiulia Ghinassi, Deborah Messeri**

**Keywords:** *death education, identity, mystery*

**Parole chiave:** *death education, identità, mistero*

Il problema dell'identità in una civiltà come la nostra, caratterizzata dall'ossessione per il corpo, mostra la tendenza a un'identificazione pressoché totale della persona con il mantenimento del corpo come giovane, in uno stato di benessere e salute. Questo aspetto ha assunto le caratteristiche di un mito, sostenuto e generato dai messaggi mediatici e pubblicitari. Il rischio è quello che la persona si identifichi in modo predominante con l'oggettività materiale ed il corpo. Di fronte a tutte le degenerazioni corporee nella malattia e dell'approssimarsi del fine vita, si può allora generare una profonda crisi dell'identità personale.

Occorre quindi pensare a un lavoro a monte, anche al di fuori delle strutture sanitarie, per contribuire a creare una cultura differente che abbia un riflesso sull'efficacia delle terapie stesse e del funzionamento delle strutture, alleggerite da una diversa consapevolezza delle persone che ne usufruiscono.

Come ci mostra il modello proposto da Dudley Weeks (2015) un'identificazione rigida con visioni e parti ristrette del sé genera conflitto sia a livello inter-personale e sociale, sia a livello intra-individuale. Al contrario mantenendo una capacità di flessibile apertura della propria identità con dimensioni del sé più ampie, il conflitto viene a risolversi. Questo tipo di capacità di identificazione, partendo dalla persona a livello individuale, porta ad effetti sul piano delle relazioni interpersonali, ma anche a livello sociale, tanto che il modello nasce nel contesto della risoluzione di conflitti sociali. Cambiando il tipo di identificazione della

persona, cambia il tipo di coscienza e le strategie di  *coping*  a fronte di situazioni avverse, in particolare quando esse compromettono il corpo.

Dunque un'educazione spirituale, laica, aperta ed universale, capace di dare più spazio alla dimensione interiore, invisibile dell'essere umano, può permettere di cambiare prospettiva al momento in cui la persona deve affrontare questo tipo di eventi. Ciò può essere realizzato attraverso percorsi di  *Death Education (DeEd)* sia in età giovanile nel contesto scolastico, sia in età adulta, in particolare nel contesto sanitario. Come ci ricorda Testoni (2015), una ricchezza specifica offerta dalla  *DeEd*  è quella di fornire gli strumenti affinché la dimensione spirituale possa rafforzarsi. Questo permette di «rivolgersi al sacro senza abbandonare il confronto sociale nel proprio contesto, riconoscendo quelli e tutte le differenze che li costellano» (Testoni, 2015). Inoltre alcuni studi mostrano come questi percorsi educativi possano valorizzare scelte di tipo pro-sociale e fornire le risorse per affrontare le questioni esistenziali che si pongono nel corso della vita (Ebstyne King & Furrow, 2004).

La  *DeEd*  in questa prospettiva può proporre percorsi per favorire una disidentificazione in senso rigidamente esclusivo con il corpo e consentire un'identificazione della persona a livello più ampio e inclusivo. Si può pensare come livello di massima inclusività alla categoria del "mistero". Imparare a identificare se stessi come mistero, può favorire un'acquisizione di resilienza e di capacità di superare le avversità che si presentano. Il mistero come categoria di identificazione introduce una prospettiva che non può essere intaccata neanche dall'invalidazione fisica. Ciò può fornire degli strumenti per gestire il problema della crisi dell'identità nella malattia e nelle degenerazioni corporee del fine vita, così come in tutti quegli stati in cui c'è un'alterazione della consapevolezza, ad esempio gli stati comatosi. In questa prospettiva sia da parte dei  *care-givers* , sia della persona malata, l'identificazione di sé come mistero permette che l'identità non venga minata dalla degenerazione che è avvenuta, né con il rapportarsi con la morte e la mortalità.

In quest'ottica la  *DeEd*  si può collocare anche come prevenzione di comportamenti a rischio: «Il rischio in cui si imbatte un giovane che cerca di comprendere in che cosa consistano l'incontro con l'angoscia il  *tremendum*  del sacro è quello di intraprendere vie che manifestano attraverso l'autolesionismo una interrogazione che non trova parole per essere espressa» (Testoni, 2015). Si propone quindi di sviluppare delle aree di ricerca e di sviluppo di percorsi di  *DeEd*  che consentano l'identificazione della persona con la categoria più ampia di mistero, come strumento efficace di fronte a un'inevitabile crisi dell'identità a cui va incontro la persona con l'invecchiamento, la degenerazione legata alla malattia, agli stati vegetativi e più in generale il confronto con la propria e altrui mortalità.

## **Bibliografia**

Ebbyne King, P., & Furrow, J.L. (2004). Religion as a Resource for Positive Youth Development: Religion, Social Capital, and Moral Outcomes.  *Development Psychology, 40*(5), 703-713. doi:10.1037/1941-1022.5.1.34

Testoni, I. (2015).  *L'ultima nascita. Psicologia del morire e Death Education* . Torino: Bollati Boringhieri.

Weeks, D. (2015).  *Conflict Partnership Catalyst Process: An Alternative To Traditional Mediation* . New York: CreateSpace Independent Publishing Platform.



## 24.5 - 'After me' project

### 24.5 - Progetto "Dopo di me"

Giulia Guidotti, Luca Riccardi, Giuseppe Palermo, Vanessa Pozzali

*Keywords: grief resolution, group interventions, continuity of care*

*Parole chiave: elaborazione del lutto, interventi di gruppo, continuità di assistenza*

Dopo la morte del paziente oncologico, che ne è del caregiver e del suo dolore? Il bisogno di sostegno nel periodo del lutto spesso rimane taciuto o misconosciuto, esponendo la persona al rischio di sviluppare una depressione o una patologia fisica (Biondi & Picardi, 1996). Da queste premesse nasce il progetto di elaborazione del lutto "Dopo di me", con l'obiettivo di esplorare e accogliere il bisogno di chi resta, offrendo una continuità terapeutica che permetta al dolente di ricollocarsi nel presente e nel futuro di una vita ancora piena di significato. Il progetto si configura come una sorta di eredità di assistenza che, seppur non scritta, è insita in ogni esperienza umana di distacco, sia come volere di chi muore, sia come bisogno di chi resta.

Il progetto si sviluppa nell'arco di due mesi attraverso incontri di gruppo settimanali, condotti da uno psicoterapeuta e da uno psicologo. La dimensione del gruppo e la presenza di professionisti creano una rete di sostegno in cui i partecipanti possono finalmente esprimere e rielaborare i vissuti del lutto. Lo stato psicofisico dei partecipanti viene misurato all'inizio e alla fine del trattamento con appositi questionari, mentre l'andamento del gruppo viene costantemente monitorato tramite analisi dei contenuti delle audio-registrazioni. L'analisi dei dati raccolti in 4 diversi cicli di incontri, su un totale di 27 partecipanti, ha evidenziato un miglioramento significativo dei livelli di depressione e stress al DASS-21 (Bottesi et al., 2015), ansia e benessere al CBA-VE (Michielin, Bertolotti, Sanavio, Vidotto, & Zotti, 2009) e salute mentale all' SF-36 (Apolone, Mosconi, & Ware, 2000). Dall'analisi delle audio-registrazioni emerge, inoltre, l'importanza della dimensione del gruppo come spazio di narrazione e di ascolto dal notevole effetto terapeutico.

Tali risultati dimostrano che attuare un intervento per l'elaborazione del lutto significa tenere saldo quel principio fondamentale di continuità di assistenza che l'evento luttuoso non può far vacillare.

#### Bibliografia e sitografia

- Apolone, G., Mosconi, P., & Ware, J. (2000). *Questionario sullo stato di salute SF-36. Manuale d'uso e guida all'interpretazione dei risultati*. Milano: Guerini.
- Biondi, M., & Picardi, A. (1996). Clinical and biological aspects of bereavement and loss-induced depression: a reappraisal. *Psychotherapy and psychosomatics*, 65(5), 229-245. doi:10.1159/000289082
- Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive psychiatry*, 60, 170-181. doi:10.1016/j.comppsy.2015.04.005
- Michielin, P., Bertolotti, G., Sanavio, E., Vidotto, G., & Zotti, A. M. (2009). Manuale d'uso del CBA-VE Test per valutare l'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici. Disponibile da: [http://www.ordpsicologier.it/public/genpags/biggs/manuale\\_CBAVE.pdf](http://www.ordpsicologier.it/public/genpags/biggs/manuale_CBAVE.pdf)

**Chapter 25 – Migrants, culture, identity****Capitolo 25 – Migranti, cultura, identità****25.1 - Survive to meanings.*****The influence of thought of death and the reconstruction of migrant's identity*****25.1 - Sopravvivere ai significati.****L'influenza del pensiero di morte e la ricostruzione dell'identità dei migranti****Valentina Castellano Visaggi, Federica Osti***Keywords: identity, meanings, death**Parole chiave: identità, significati, morte*

Lavorare con i richiedenti asilo nelle strutture di prima accoglienza, in qualità di psicologhe, conduce a pensieri e riflessioni riguardo diversi temi.

Tra i principali argomenti riguardo la situazione dei migranti, emerge quello della morte, tema che spesso si ripresenta nei colloqui.

C'è chi ha visto persone care morirgli accanto, chi ha desiderato essere al posto di quella persona, chi ha chiesto a qualcuno di aiutarlo a farla finita, chi ha tentato e non c'è riuscito, chi nonostante tutto è riuscito a sopravvivere ma avrebbe preferito non farlo.

Quando si entra in un campo di prima accoglienza si incontrano "i sopravvissuti": Lei voleva perdere la sua vita ma poi il suo bambino le ha fatto cambiare idea, Lui ha visto persone perdersi a guardare il colore scuro del mare e volontariamente inciamparci dentro ma ha deciso di concentrarsi e guardare solo davanti a sé.

Lui e Lei hanno deciso, o qualcun'altro ha deciso al posto loro, che dovevano partire per trovare una nuova identità: più serena, più ricca, più viva.

Di fatto la loro identità si è costruita nel tempo: il loro paese e cultura d'origine, il grado di scolarità, il carattere personale, i loro genitori, il viaggio. Tuttavia Lei è stata vittima di torture e violenze, Lui ha assistito alla morte, in comune è la loro sofferenza.

Quando si prova ad immaginare il loro viaggio si riesce facilmente a scorgere il pericolo: è strano perché non ti lascia tregua, è incostante e sempre presente, non è prevedibile, è sempre dietro l'angolo. Perché se lei scappa dal primo campo di prigionia ce ne sarà un secondo o un terzo, e se lui prova a girarsi, nel deserto, vedrà gli scheletri di persone come lui, nel mare le persone che si buttano e non sanno nuotare.

Le storie raccontate ci insegnano quindi che la paura di morire e la possibilità di morire, sono una costante.

Chi affronta queste situazioni si trova a dover compiere una scelta: andare avanti non vedendo ciò che succede intorno o trovare una motivazione che permetta di sopravvivere. Si sceglie di vivere, nonostante tutto, o di morire.

A tal proposito ci si chiede se queste persone provino a dimenticare o utilizzino meccanismi di difesa, come la rimozione, o ancora se e quale significato attribuiscono a ciò che hanno vissuto o a cui hanno assistito.

Un ulteriore argomento di riflessione è la difficoltà di affrontare il tema della morte e il vivere morendo per chi entra in contatto con i migranti. Gli operatori sociali e sanitari si ritrovano a poter lavorare con quella donna e quell'uomo solo mettendo in atto un distacco, cosciente o non cosciente, che evita loro di entrare in contatto con qualcosa di troppo pericoloso e doloroso.

L'identità è il significato che attribuiamo alle esperienze: la loro identità è frutto dell'esperienza nel Paese d'origine, del costante vivere morendo, del viaggio affrontato e della possibilità di dare un significato a ciò che hanno vissuto.

Entrambi sono ancora vivi: lei ha un bambino, lui ha deciso di non guardare il mare.

### **Bibliografia**

Akhtar, S. (1999). *Immigration and identity: Turmoil, treatment, and transformation*. Lanham: Jason Aronson.  
Gabbard, G.O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Pub.  
McWilliams, N. (2012). *La diagnosi psicoanalitica* (A. Schimmenti, trad.). Roma: Astrolabio.

## **25.2 - The guest of Cote d'Ivoire**

### **25.2 - L'ospite della Costa d'Avorio**

**Chiara Zaniboni**

**Keywords:** *counter-transference, trauma, cultural identity*

**Parole chiave:** *controtransfert, trauma, identità culturale*

Il testo tratta di un percorso di psicoterapia, tutto'ora in corso e svolto secondo l'orientamento transculturale di Marie Ros Moro, con Y. un giovane ivoriano politraumatizzato dalla guerra civile nel suo paese. A marzo 2016, due mesi dal suo arrivo in Italia, viene inserito appena maggiorenne in un centro di accoglienza straordinario per richiedenti asilo politico di Bologna; a maggio 2016 viene inviato alla sottoscritta dagli operatori della struttura.

Il sintomo dominante che lo invalida gravemente e per cui appare ben disposto ad iniziare il percorso è una crisi simil-epilettica (senza le alterazioni nell'attività elettrica del cervello tipiche dell'epilessia) che si manifesta con sempre maggior frequenza. La spiegazione che egli stesso dà di tale manifestazione è la possessione. Dice di essere abitato da uno spirito ospite che si attiva quando percepisce attorno a sé un senso di minaccia e di pericolo. Ciò è invalidante perché il paziente sente l'attivazione di questo ospite interno anche

in situazioni di semplice confusione o disorientamento - tipiche dell'essere giunto da poco in un paese straniero - e teme di essere percepito dagli altri come pericoloso e distruttivo.

Il percorso di psicoterapia avviene in presenza di un mediatore linguistico culturale che condivide la lingua madre e i codici culturali del paziente. Inizia con la breve affermazione di Y. che racconta di aver perduto entrambi i genitori a causa della guerra e di esser stato poi costretto a combattere appena quattordicenne.

Il racconto è sintetico e breve per l'intensità del dolore della perdita mai elaborata e dei diversi traumi subiti a seguito di queste primi drammatici eventi; il percorso terapeutico si occuperà perciò di riconoscere e distinguere delicatamente i traumi in un'accoglienza graduale, rispettosa dei tempi e anche di favorire l'emersione e la valorizzazione delle competenze e capacità anche affettive ed emotive espresse dal paziente.

Contemporaneamente il percorso ha significato un intenso lavoro sugli aspetti controtransferali della terapeuta che ha lavorato in equilibrio tra i conosciuti e certi riferimenti diagnostici culturali psicodinamici e transculturali e il timore legato alla possibile manifestazione dell'ospite, sentito come presenza altra da accogliere e da temere al tempo stesso. Il percorso di ricostruzione della storia e quindi dell'identità del paziente è stato forse complementare al lavoro della terapeuta nel ritrovare i propri riferimenti culturali e quindi identitari attraversati dal disorientamento e spaesamento provocato dall'incontro con l'altro portatore di tale alterità.

#### **Bibliografia**

De Martino, E. (1959). *Sud e magia*. Milano: Feltrinelli.

Losi, N. (2000). *Vite altrove*. Milano: Feltrinelli.

Moro, M.R. (2009). *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*. Milano: Franco Angeli.

### ***25.3 - Cultural identity in a migrant group. Research in a reception center***

#### **25.3 - L'identità culturale in un gruppo di richiedenti asilo.**

##### **Ricerca e intervento in un centro di accoglienza**

**Tiziana Buonfiglio, Giorgio Cavicchioli**

*Keywords: Cultural Identikit, transcultural psychotherapy, migrants*

*Parole chiave: Identikit Culturale, psicoterapia transculturale, migranti*

Il presente lavoro tratta della tematica dell'identità culturale di soggetti richiedenti asilo accolti in una struttura comunitaria in provincia di Mantova. Nell'ambito di un articolato intervento di supporto transculturale rivolto a un gruppo di richiedenti asilo, abbiamo utilizzato lo schema di riferimento della psicoterapia transculturale e in modo particolare lo strumento dell'identikit culturale, applicandolo a una ventina di richiedenti asilo nell'arco temporale di circa un anno.

I risultati e i dati così raccolti hanno consentito la lettura di una serie di tematiche relative all'lo Culturale di queste persone con un triplice obiettivo:

- facilitare il lavoro di formazione e supervisione degli operatori che si occupano di accoglienza;

- orientare gli interventi di supporto psicologico rivolti ai richiedenti asilo;
- effettuare un lavoro di ricerca “sul campo”.

L’approccio teorico-tecnico della psicoterapia transculturale fa riferimento alla nozione di Io culturale; è centrato sui temi dell’*ethnos* – identità culturale dei soggetti (*epos, ethos, genos, logos, topos*), del processo e del progetto migratorio.

Lo strumento dell’Identikit Culturale consente di far emergere la caratteristica dell’Io Culturale del soggetto, tipizzandola nelle varianti tradizionale, modernizzato, acculturato, transculturale. È uno strumento di schedatura delle informazioni che si raccolgono nel corso di alcuni colloqui clinici, capace di sintetizzare la ricca storia di un individuo al fine di tipizzarlo come uomo culturale, ed è valido sia per pazienti italiani che stranieri. La psicodinamica della cultura è fondante dell’Io sia per gli appartenenti a culture altre non occidentali, sia per coloro che appartengono alle culture occidentali. L’idea di fondo presuppone che i soggetti posseggano una identità culturale originaria che è fondamentale per il mantenimento della salute mentale e che entra in gioco in modo determinante quando si cade nella sofferenza psichica o nella psicopatologia.

La compilazione dell’identikit culturale concorre a mettere in luce gli eventi della vita del paziente che contribuiscono a modificare, intaccare o favorire l’evoluzione armoniosa del soggetto come culturotipo e il suo processo transculturale verso un’identità espansa.

### **Bibliografia**

- Devereux, G. (2007). *Saggi di etnopsichiatria generale*. Roma: Armando Editore.
- Sow, I. (1977). *Psichiatrie Dynamique africaine*. Parigi: Payot.
- Terranova-Cecchini, R. (1991). L’Io Culturale: luogo del pensiero, luogo dello sviluppo. In P. Inghilleri & R. Terranova-Cecchini (a cura di), *Avanzamenti in psicologia transculturale*. Milano: Franco Angeli.
- Terranova-Cecchini, R., & Tognetti Bordogna, M. (1992). *Migrare*. Milano: Franco Angeli.

## ***25.4 - Death in the soul: fragmented identities in the stories of refugees***

### **25.4 - La morte nell’anima: identità frammentate nei racconti dei rifugiati**

**Giovanni Frigo**

**Keywords:** *refugees, identity, trauma*

**Parole chiave:** *rifugiati, identità, trauma*

Esiste la morte fisica, che lacera l’animo di chi resta a piangere i propri cari e che costringe l’essere umano, già dal paleolitico, a ricercarne il senso, a rintracciarne le coordinate simboliche sviluppando attorno ad essa mitologie e ritualità che la possano contenere. Ma esiste anche una “morte nell’anima”, la morte di una parte di sé dovuta ad eventi talmente traumatici da costringere la psiche ad abortire una parte di se stessa. Sappiamo che il trauma, se particolarmente intenso o ripetuto, ha profondi effetti sulla psiche, causando una frammentazione della coscienza (Carl Gustav Jung li ha definiti “psiche scisse” o complessi autonomi) scindendo delle parti che assumono connotati di autonomia funzionale, separate e non comunicanti con il

resto della coscienza. Queste “morti nell’anima” le riscontriamo spesso nei racconti dei migranti richiedenti asilo, nelle loro narrazioni di attraversamenti di inferni in terra, i cui segni sono a volte sul corpo e troppo spesso nei loro mondi interiori.

Attraverso alcuni racconti di rifugiati si vuole evidenziare come viene vissuta in prima persona questa perdita di una parte di sé, questa compromissione del proprio senso di identità e dove non può arrivare la parola parlerà l’immagine. Integrando un percorso di supporto psicologico con gli strumenti dell’arteterapia le narrazioni si dipanano tra parole ed immagini, lasciando emergere le mutilazioni inferte alla psiche dalle esperienze vissute. Si vuole con questo intervento portare l’attenzione sulla necessità di occuparsi, nei rifugiati, anche delle ferite psicologiche subite, che non sono visibili come quelle fisiche ma che possono avere effetti devastanti nel processo di ricostruzione di una nuova vita/identità, compromettendo le capacità resilienti del soggetto.

### **Bibliografia**

- Einaudi, L. (2007). *Le politiche dell’immigrazione in Italia dall’Unità ad oggi*. Roma: Laterza.  
Kalsched, D. (2001). *Il mondo interiore del trauma* (a cura di M. Ventura). Bergamo: Moretti & Vitali.  
Nathan, T. (1996). *Principi di etnopsicanalisi* (S. Inglese, trad.). Torino: Bollati Boringhieri.  
Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell’elaborazione delle memorie traumatiche* (S. Francavilla, trad.). Milano: Cortina Raffaello.

## **25.5 - Identity in the age of migrations: threats and opportunities**

### **25.5 - L’identità nell’era delle migrazioni: paure e opportunità**

**Barbara Carrai**

**Keywords:** *migrations, identity, conflicts*

**Parole chiave:** *migrazioni, identità, conflitti*

I sociologi Stephen Castle e Mark Miller hanno definito l’epoca contemporanea come «l’età delle migrazioni» (Castle & Miller, 1998). Decine di milioni di persone vivono infatti in un paese diverso da quello in cui sono nate nella speranza di migliori condizioni di vita. Per molte di queste è stata però una scelta obbligata, l’unica possibilità di sopravvivere all’orrore dalla guerra.

Fuggire dalla propria terra, seppur dilaniata, comporta un dolore pungente, una lacerazione dei riferimenti della memoria profonda, un brutale Traumatico e molteplice: perdita della famiglia e degli amici, della lingua, della cultura, della patria, dello status, dei contatti con il proprio gruppo etnico.

Spesso le persone che scappano dai propri paesi vengono classificate in modo anonimo come migranti, profughi, clandestini, gente senza terra, come se non appartenessero a nessun luogo o cultura. Chi emigra deve mettere in gioco l’identità personale, trasformarla e ridefinirla in base alla nuova esperienza. Per tale ragione può vivere il momento migratorio, anche se in fuga dall’orrore, come un “cambiamento catastrofico”, uno sradicamento dai luoghi affettivamente significativi della sua identità (Talamoni, 2012).

Ma la migrazione suscita grandi paure e angosce anche nelle comunità ospitanti. I migranti vengono percepiti non come portatori di una cultura da riconoscere e rispettare, ma spesso come corpi estranei da respingere ed espellere. Sono visti come una minaccia all'integrità della cultura nazionale, che mina quel "noi" che si identifica con una cultura, una lingua, un territorio. L'incontro e la coesistenza con l'altro infatti, se non sapientemente gestiti, tendono a essere percepiti come una minaccia ai pilastri della propria identità generando un diffuso sentimento di angoscia, di perdita di sé che può fornire terreno fertile per l'emergere di rivendicazioni identitarie, tendenze fondamentaliste e opposizioni violente.

L'antropologo Michel Agier ha stimato che nei prossimi quarant'anni gli sfollati saranno circa un miliardo. Come sostiene Bauman, dopo la globalizzazione di capitali, beni e immagini, ora è arrivato il tempo della globalizzazione dell'umanità. Ma costruire muri al posto di ponti e chiudersi in "stanze insonorizzate" non porterà ad altro che a una terra desolata, di separazione reciproca, che aggraverà soltanto i problemi.

Derida ricorda come occorra distinguere tra ospitalità e accoglienza: la prima riguarda il modo di proporsi sotto il profilo culturale ed è incondizionata; la seconda, invece, è condizionata dal quadro storico in cui si colloca l'incontro tra noi e l'altro e dovrebbe basarsi su pratiche concrete corrispondenti a politiche realiste e realizzabili.

Di qui la necessità che l'Italia, l'Europa, studino e realizzino politiche lungimiranti che siano in grado di governare tali movimenti, senza far confluire la presenza degli immigrati con gli interessi degli autoctoni. Negli ultimi tempi gli stati dell'Occidente si sono infatti dimostrati incapaci di gestire i flussi migratori con politiche diverse da quelle dettate dall'urgenza e dalla paura. Occorre invece senso di responsabilità e una visione di lungo periodo che non tratti l'aspetto migrazioni solo come emergenza; nello stesso tempo è indispensabile sviluppare azioni che partano dal basso e che portino le diverse realtà a dialogare tra loro.

Sostiene sempre Bauman «l'unico modo per uscirne è rinnegare con forza le viscide sirene della separazione, smantellare le reti dei campi per i "richiedenti asilo" e far sì che tutte le differenze, le disuguaglianze e questo alienamento autoimposto tra noi e i migranti si avvicinino, si concentrino in un contatto giornaliero e sempre più profondo. Con la speranza che tutto questo provochi una fusione di orizzonti, invece di una fissione sempre più esasperata».

Come afferma Umberto Curi in una recente intervista a L'Espresso: «Lo straniero porta sempre un dono. Di fronte a un fenomeno destinato a crescere è necessaria una politica razionale dell'accoglienza per evitare che una marea pacifica di disperati si trasformi in un esercito. Finché non verranno attuate politiche lungimiranti, la presenza di immigrati rischia di trasformarsi in una bomba sociale. Se si coltiva la marginalità, se si specula sulla pelle di queste persone, è inevitabile che prima o poi arrivino reazioni anche violente. Se questa marea umana continuerà a trovare muri, invece che chiedere aiuto sarà indotta a pretenderlo. Così, spinta da disperazione e odio, la fiumana pacifica potrebbe tramutarsi in un vero esercito». Di qui il paragone che alcuni hanno fatto tra il clima che stiamo vivendo e quello delle invasioni barbariche del V secolo. Quei barbari non erano in realtà bande di briganti dedite al saccheggio, ma popolazioni che si muovevano da Est

verso Ovest con donne e bambini e che tendevano a stabilirsi nei paesi conquistati. I Goti e i loro successori non volevano infatti abbattere l'Impero romano, anzi: ma solo inserirsi in un'area ricca e sicura dagli attacchi degli Unni. Di qui la somiglianza con le attuali migrazioni, dove le popolazioni, minacciate nella loro sicurezza o a causa di un impoverimento globale, si spostano in cerca di paesi più ricchi nel tentativo di sopravvivere. Per lo storico Alessandro Barbero, finché Roma ebbe una politica d'integrazione, i flussi migratori rafforzarono l'Impero, ma poi, con la corruzione, l'inefficienza e la crisi politica anche le organizzatissime strutture preposte al suo controllo fallirono e l'Impero d'Occidente crollò. Tuttavia, nell'ovvia diversità di contesti storici e culturali, Barbero trae alcune lezioni dall'esperienza dell'antica Roma: «L'immigrazione è una risorsa indispensabile quando è gestita bene, con regole chiare e diritti e doveri chiaramente stabiliti; mentre una società può collassare sotto il suo peso se manca una salda direzione politica. È anche molto importante che la piena assimilazione sia percepita dagli immigrati come possibile e concretamente molto vantaggiosa: i barbari sono stati una risorsa per Roma finché non hanno desiderato altro che diventare Romani, il disastro è cominciato quando i Goti hanno sentito che era più vantaggioso rimanere Goti anziché diventare Romani» (Barbero, 2010).

È oggi più che mai necessario uno sguardo che integri più competenze per comprendere e spiegare le migrazioni, un approccio volto a sostenere l'elaborazione dei traumi individuali e collettivi, un supporto alle istituzioni, ai territori coinvolti e alla popolazione autoctona per progettare nuove possibili modalità di gestione dell'accoglienza in un'ottica di multiculturalismo. Le identità infatti, come le culture, sono il prodotto di interazioni, scambi, influssi, contaminazioni. Soprattutto quando il discorso sull'identità si associa ai fenomeni migratori il concetto stesso deve essere rinegoziato e ridefinito. Si può così parlare di identità meticce, ibride, plurali, multiculturali, migranti che, in una costante rinegoziazione della sua definizione, fanno dell'identità una categoria mobile e provvisoria, fatta di incontri, mescolanze e intersezioni.

Come esorta Bauman «Bisogna cambiare mentalità: una rivoluzione simile presuppone tanti anni di instabilità e asperità. Anzi, in uno stadio iniziale, potrà scatenare altre paure e tensioni. Ma, sinceramente, credo che non ci siano alternative più facili e meno rischiose, e nemmeno soluzioni più drastiche a questo problema. L'umanità è in crisi. E l'unica via di uscita da questa crisi catastrofica sarà una nuova solidarietà tra gli umani» (Guerrera, 2015). «Non abbiate paura - è l'esortazione di Bergoglio - di costruire ponti tra le persone e tra i popoli».

### **Bibliografia e sitografia**

- Barbero, A. (2010). *Barbari. Immigrati, profughi, deportati nell'impero romano*. Bari: Laterza.
- Castle, S., & Miller, M. (1998). *The Age of Migration. International Populations Movements in the Modern world* (2. ed.). New York: The Guilford Press.
- Guerrera, A. (2015). Intervista a Zygmunt Bauman. I migranti risvegliano le nostre paure. La politica non può rimanere cieca. In *La Repubblica*. Disponibile da: [http://www.repubblica.it/esteri/2015/08/29/news/zygmunt\\_bauman\\_i\\_migranti\\_risvegliano\\_le\\_nostre\\_paure\\_la\\_politica\\_non\\_puo\\_rimanere\\_cieca\\_-\\_121836110/](http://www.repubblica.it/esteri/2015/08/29/news/zygmunt_bauman_i_migranti_risvegliano_le_nostre_paure_la_politica_non_puo_rimanere_cieca_-_121836110/)
- Talamoni, M. (2012). Di nessun luogo: la figura del migrante tra identità e transculturalità. In A. Passerini & M. Talamoni (a cura di), *Migranti: transculturalità ed esperienza immaginativa*. Roma: Alpe.



**Chapter 26 – Violence and Identities****Capitolo 26 – La violenza e le identità****26.1 - When Religious Identities Kill.*****The Case of the BBS's Buddhist Movement in Contemporary Sri Lanka*****26.1 - Quando le identità religiose uccidono.****Il caso del movimento buddista BBS nel contemporaneo Sri Lanka****Vincenzo Pace***Keywords: buddhism, politics of identity, religious warfare**Parole chiave: buddismo, politica di identità, guerra religiosa*

The paper deals with a new Sinhala Buddhist movement, the Bodu Bale Senna (BBS, the Buddhist Power Force), founded in Sri Lanka in 2012 by two monks three year after the end of a civil war (1983-2009) that has torn the post-colonial Sinhalese State apart. Tamil minority was the enemy, but since the defeat of the Tiger Tamil Army in April 2009, the Muslims are becoming a new target. The monks elected a text par excellence from among the large corpus of texts of the Buddhist school of Theravada, proclaimed as the unique sacred text, the source of an inerrant narrative of the history of Sinhala Buddhism in the Island of Dharma (Sri Lanka, former Ceylon). Consequently, they tend to mobilize symbols, signs and rituals pertaining to the monastic tradition as moral resources for a collective action in the political and social spheres. The construction of the myth of the pure and religious origin of the national identity needs an enemy. The other (Tamil, Muslim, Christian) is a potential threat, a dangerous source of contamination and corruption of the moral virtues of Buddhism, considered as the foundations of the social bond, the legitimacy of political power, the ultimate source of the organic solidarity of the Nation.

**26.2 - The present untenable. Annihilation and identity in the logic of terrorism****26.2 - Il presente insostenibile. Annientamento e identità nella logica del terrorismo****Adone Brandalise***Keywords: identity, annihilation, enjoyment**Parole chiave: identità, annientamento, godimento*

La neutralizzazione del presente inteso come apertura alla contingenza, come tempo non pregiudicato e già piegato dalla forza della tendenza, costituisce ad un tempo una condizione e un esito di quello che,

connettendo messa all'opera dell'immaginario e calcolo comunicativo calibrato sul sistema politico, si potrebbe chiamare la "logica del terrorismo". La coincidenza di interpretazione totalizzante e di distruzione olistica, come nel caso degli attentatori suicidi, rinvia ad un aspetto estremo della fissazione identitaria, quello costituito dalla anticipazione di morte che esime dal rischio di sperimentare la possibilità di scoprirsi altro dal proprio feticcio identitario, declinazione plausibile del comandamento, oggi socialmente così pervasivo, che impone il godimento immediato, in quanto rinuncia alla fatica-piacere della soggettivazione, come essenziale forma di obbedienza ai presunti imperativi di una "realistica" rappresentazione del bene comune.

### **Bibliografia e sitografia**

- Brandalise, A. (2012). Il tempo della pratica. Lacan, Wirkungstheorie. *International Journal of Žižek Studies*, 6(4), 1-12. Disponibile da: <https://philpapers.org/rec/BRAITD>
- Jünger, E., & Heidegger, M. (1989). *Oltre la linea*. Milano: Adelphi.
- Lacan, J. (2001). *Il Seminario. Libro XVII*. Torino: Einaudi.
- Roy, O. (201). *Generazione Isis*. Milano: Feltrinelli.

### ***26.3 - Between revenge and reconciliation. Possible relations between overcoming revenge and code of honour in contemporary Albania***

### **26.3 - Sangue e riconciliazione. Relazioni possibili tra il superamento della vendetta e il codice d'onore nell'Albania contemporanea**

**Amedeo Boros**

**Keyword:** *code of honor, Albania, conflict mitigation*

**Parole chiave:** *codice d'onore, Albania, mitigazione del conflitto*

In Albania ancor oggi il codice d'onore che prende il nome di "kanun delle montagne", ha una rilevanza culturale che supera i confini della zona d'origine, che si colloca nel cattolico nord, montuoso e "selvaggio". Il *kanun* è strettamente connesso al senso dell'onore che è considerato manifestazione fondamentale dell'identità del proprio gruppo di appartenenza. Le lesioni dell'onore corrispondono ad una lesione dell'identità individuale e collettiva, quindi vengono sanzionate duramente con un capitolo normativo specifico dedicato alle vendette. Del tradizionale repertorio normativo, originariamente trasmesso oralmente di generazione in generazione, oggi restano tracce rilevanti in particolare per quanto riguarda le norme che regolano la pratica della "vendetta del sangue", la *gjakmarrje*. Queste, però, sono reinterpretate in forme e con modalità che prescindono quasi completamente dalla complessa struttura tradizionale del *kanun*. Questa reinterpretazione in alcune aree del paese contribuisce a creare dei conflitti sociali estremamente violenti, di fatto assimilabili a vere e proprie faide.

La ricerca della quale qui presento alcune analisi, ha preso in considerazione una specifica variante di codice d'onore, quello attribuito al principe "Leke Dukagjini", che secondo la tradizione locale, intorno alla metà del

'400, avrebbe riunito vari elementi dei codici orali dando vita al sistema del codice d'onore del *Kanun*, la cui struttura verrà articolata e trascritta in 12 libri, 159 articoli e 1263 commi, nei primi anni del '900 dal padre francescano Shtjefen Gjecovi.

Il tema è parte di una più ampia ricerca empirica di tipo qualitativo, sui codici d'onore tradizionali legati alla gestione dei conflitti fra piccole comunità famigliari, clan, comunità aggregate in abitati, nelle aree geografico culturali dell'Albania del nord e della Grecia peninsulare meridionale, specificamente nella regione del Mani interno. Si tratta di due aree culturali che presentano interessanti analogie pur appartenendo a sistemi culturali distinti ma collegati, anche se indirettamente, dalla dominazione ottomana.

Il *kanun* e le sue norme consuetudinarie, come emerge dalla ricerca, si sono diffusi come un *ἀγγραφος νόμος* la cui complessità veniva appresa mnemonicamente, quasi si trattasse di un poema, durante vere e proprie recite domestiche dedicate ai famigliari, o presentazioni pubbliche, per esempio durante i *kuvende*, i consigli tribali. Il tratto culturale veniva agito con una messa in scena (Goffman, 1997) che lo riproduceva come parte di un sistema e che nel venir riprodotto riproduceva a sua volta i propri attori come membri del sistema, del clan. Dentro queste rappresentazioni potremmo dire, usando un neologismo caro ad Augusto Boal, che le nuove generazioni avevano un ruolo attivo, di "spettattori", poiché accumulando la conoscenza ritualizzata del codice si preparavano a divenirne i perpetuatori rispetto alle generazioni future, riproducendo oltre al tratto culturale anche la propria appartenenza alla comunità.

L'apprendimento del codice, la sua trasmissione, la sua osservanza, assumono i connotati del rito, che viene messo in scena, recitato; un rito profano di identificazione e identitario (Rivière, 1998), legato originariamente al contesto religioso minoritario dei cattolici albanesi. L'osservanza del *kanun* implica un sacrificio dell'individualità in favore dell'appartenenza comunitaria, un sacrificio che, coerentemente con l'etimo della parola, "rende sacro" il legame con la comunità.

La trascrizione del codice, la sua stabilizzazione politica, in qualche misura ha accentuato la centralizzazione del controllo sociale che passa attraverso il *kanun*. L'esistenza di questo apparato di norme consuetudinarie, anche se trascritte, ha comunque finito per scontrarsi con le leggi dello stato, e con l'avvento della dittatura comunista di Enver Hoxha, alla fine della seconda guerra mondiale, il *kanun* venne messo al bando. In tal modo il regime recuperò il monopolio della violenza che può essere detenuto solo dallo stato (Weber, 2005). Non c'era spazio per una solidarietà fra clan, costruita attraverso le alleanze promosse dal *kanun*, l'unica fedeltà ammessa e richiesta era quella al regime. Solo al regime era concesso stabilire il diritto di vita e di morte, attraverso l'attuazione della vendetta dello stato contro chi offendeva il suo onore, che era narrato come l'onore del popolo. In una sorta di solidarietà coatta, tutti dovevano temere la vendetta dello stato contro i trasgressori delle sue regole, perché la vendetta oltre a colpire il trasgressore colpiva anche la sua famiglia.

Nel contesto fin qui delineato dalla nostra analisi, emerge che col venir meno della dittatura di Hoxha, persino il recupero del *kanun* e del suo apparato normativo della violenza, ha assunto una valenza politica di contrasto al regime, rientrando a pieno titolo anche nel filone del “revival culturale”.

Oggi ci troviamo di fronte ad un processo di risignificazione dei tratti culturali legati al *kanun*, che nei nostri soggiorni sul campo si è delineato sempre più come mediato da un lato dal “*self display*” e dall’altro dal “*self knowledge*” (Herzfeld, 1989), producendo narrazioni della realtà apparentemente contrastanti.

Sul terreno il nostro approccio è stato quello dell’antropologia interpretativa di matrice geertziana. Ci siamo serviti di interviste semi-strutturate per rilevare nelle narrazioni degli odierni attori della cultura albanese quali aree tematiche vadano sviluppandosi e che relazioni queste determinino attorno al tema del codice d’onore. Abbiamo analizzato anche il lavoro di alcune associazioni internazionali la cui azione è mirata a portare le comunità locali interessate, ad un consapevole riposizionamento rispetto alla pratica della “vendetta del sangue”, in un’ottica iniziale di riduzione del danno. La risignificazione in corso infatti, sul piano pratico ha portato alcuni settori della società albanese a sviluppare modalità di “vendetta del sangue” che narrativamente si ispirano al *kanun*, di cui però non conoscono o ignorano le ferree regole, il cui effetto era anche quello di limitare la portata della vendetta a persone specifiche ed in condizioni ben precise, tendendo ad evitare “l’effetto faida”. La vendetta nelle narrazioni contemporanee è vista come “obbligata”, non negoziabile, e colpisce tutti i componenti delle famiglie in conflitto, a prescindere dal loro genere e dalla loro età. L’unica zona franca per una famiglia soggetta alla vendetta è la propria abitazione, da cui nemmeno i bambini possono muoversi, neppure per andare a scuola, pena la morte. In questo contesto per le famiglie soccombenti la minaccia di morte dura tutta la vita, fino a che una nuova morte non inverta i ruoli nel conflitto. La risorsa per mitigare il conflitto e poi risolverlo potrebbe essere rintracciata proprio nell’elemento più importante del *kanun*, oggi misconosciuto: la disciplina della *besa*. Il termine *besa* non ha una corrispondente parola italiana, ma si avvicina al concetto espresso dalla formula “parola data”, e compare nel *kanun* per indicare l’atto più virtuoso e potente che un individuo che doveva vendicare il sangue potesse compiere: promettere il perdono riconciliatore. Il complesso processo di riconciliazione, che si avvaleva di mediatori esperti, poneva fine alle vendette e stabiliva un legame per la vita fra le famiglie prima in conflitto. Con la parte della nostra ricerca che qui presentiamo stiamo cercando di individuare le aree tematiche nelle narrazioni raccolte, in cui la *besa* abbia ancora un ruolo attivo, che possa essere inserito all’interno dei percorsi di mitigazione del conflitto che attualmente i mediatori culturali cercano di attivare sul terreno, insieme alle associazioni internazionali.

## **Bibliografia**

- Herzfeld, M. (1989) *Anthropology Through the Looking-Glass: Critical Ethnography in the Margins of Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goffman, E. (1997) *La vita quotidiana come rappresentazione*. Bologna: il Mulino.
- Rivière, C. (1998). *I riti profani*. Roma: Armando Editore.
- Weber, M. (2005). *La politica come professione*. Roma: Armando Editore.

## **26.4 - Whole-life Imprisonment and Death Penalty. Institutions of Agony**

### **26.4 - Ergastolo e pena di morte. Istituzioni dell'agonia**

**Nicola Valentino**

*Keywords: whole-life Imprisonment, death penalty, agony*

*Parole chiave: ergastolo, pena di morte, agonia*

*Vivere morendo*

Nel mondo molte persone vivono una condizione di agonia, non a causa di una malattia terminale, ma perché vengono ridotte in agonia, poste in agonia, attraverso due istituti dei sistemi penali che sono la pena di morte e l'ergastolo.

*La riduzione in agonia*

Queste due forme di pena istituiscono l'agonia con l'atto stesso della sentenza, ed essendo fino alla morte, a differenza delle pene temporali, esse decretano la morte della persona a qualunque prospettiva sociale, questo è il significato dell'esclusione a vita dal consorzio umano e la loro caratteristica eliminativa. Per quel che riguarda l'ergastolo, è bene ricordare che una delle formule utilizzate in sentenza dichiara senza tanti giri di parole: «fino morte del reo». L'ergastolo, qualunque ergastolo, è fino alla morte del reo. Ed è nel momento in cui lo Stato lo dichiara che inizia l'agonia.

Queste due pene capitali configurano anche una condizione specifica, che è unica fra le condizioni umane. Nessuna persona ora sa dove morirà, per gli ergastolani e per i condannati a morte, al contrario, lo Stato sancisce dove moriranno e come moriranno, di carcere i primi, per mano di un boia i secondi. Deliberando sulla morte del condannato, lo Stato prende possesso della sua vita.

L'identità più profonda di ogni umano è quella di essere una creatura sociale, quando si viene privati per sentenza della stessa prospettiva sociale, l'identità profonda, quel "Sé relazionale" che caratterizza gli esseri umani, entra in uno stato di agonia, in un quotidiano vivere morendo che si consuma nella prigione. È con la sentenza che viene inoculato nel corpo del condannato il germe di questa condizione terminale.

Sia con la pena di morte che con l'ergastolo i congiunti della persona condannata, sono essi stessi privati di una prospettiva relazionale ed hanno a che fare da quel momento in poi con una persona morente. Per questa caratteristica specifica pena di morte ed ergastolo non hanno nulla a che spartire con altre forme di pena.

L'agonia istituzionalmente procurata e non contratta per una qualche malattia, configura fra chi la induce e chi la subisce una relazione di potere di tipo assoluto. Essendosi lo Stato preso la vita della persona decidendo sulla sua morte, questa riduzione in agonia per il prigioniero che la subisce definisce una condizione di tortura, la condizione di tortura propria delle pene capitali, all'interno della quale possono essere agite anche altre forme di tortura che fanno leva sull'incubo e sul terrore connaturato a questa condizione.

L'aspetto dell'agonia, si potrebbe dire, è ciò che caratterizza le pene capitali nella contemporaneità.

Sia pena di morte che ergastolo, infatti, osservate come istituzioni della riduzione in agonia propongono stringenti analogie.

#### *L'agonia nel braccio della morte*

La pena di morte non è più, come scriveva Cesare Beccaria, uno spettacolo passeggero. Bensì una esecuzione durevole nel tempo.

Nel braccio della morte del carcere di San Quentin in California ad oggi sono oltre settecento le persone in attesa dell'iniezione letale, in prevalenza afro americani e nativi.

Fernando Eros Caro, era un indigeno Yaqui Aztec nato nel 1949 nel sud della California. Dal 1981 è stato rinchiuso nel braccio della morte e nell'arco di trentacinque anni ha visto per tre volte la morte approssimarsi, ed essere rinviata. Eros Caro, riducendo all'osso la condizione di tortura del braccio della morte, amava dire: «si può vivere, si può morire ma non si può vivere aspettando di morire». Addirittura nel 2000 un giudice della Corte suprema aveva annullato la sua pena ma la situazione restava comunque sospesa e la sua condizione di prigionia inalterata. Intrappolato in questo limbo giuridico ed esistenziale il 28 gennaio del 2017 Eros Caro viene trovato morto in cella. Infarto dirà il medico anche se nulla lo lasciava presagire. Si potrebbe immaginare che stanco dei trentacinque anni vissuti nell'agonia dell'attesa, il suo spirito si sia definitivamente liberato, sottraendo allo Stato il potere di decidere della sua morte.

Lo Stato della California con l'allora governatore Schwarzenegger, non ha voluto rinunciare a questa prerogativa con il prigioniero Orso-Che-Corre, un nativo Cherokee. Prima condannato all'ergastolo e poi alla pena di morte, Orso-Che-Corre trascorre oltre venti anni nel braccio della morte. Gravemente malato, ridotto su una sedia a rotelle, viene sottoposto per decisione istituzionale ad un sofisticato intervento chirurgico al cuore per essere tenuto in vita, per poi essere ucciso poco tempo dopo con l'iniezione letale, all'età di 76 anni, nonostante un movimento internazionale si stesse battendo per la sospensione della sua esecuzione.

#### *La riduzione in agonia dell'ergastolo*

L'ergastolo non va visto né come la forma lunga di una pena temporale, dal momento che non ha un fine pena, né come un'alternativa alla pena di morte. L'ergastolo è una pena di morte. Attualmente in Italia sono condannate "fino a morte del reo" oltre 1600 persone. Tutte, senza eccezione, sono poste in questa condizione di lunga agonia nell'attesa della loro morte. Osservando le risposte adattive dei reclusi all'ergastolo, si può notare come in alcuni casi essi utilizzino le stesse procedure psicologiche e necessità di significazione studiate nell'elaborazione del lutto delle persone morenti, secondo il modello proposto da Elizabeth Kübler-Ross.

Nella lunga agonia dell'ergastolo è evidente che oltre all'annientamento della propria identità più profonda, di specie, ossia la morte alla stessa prospettiva sociale, c'è anche un corollario di progressivi annientamenti identitari per ciascuno diversi. L'agonia in sostanza configura la morte come un processo che spegne progressivamente componenti dell'identità, ed elimina definitivamente opportunità sociali e possibilità umane.

Mimmo De Simone (2006) aveva vissuto più di metà della sua vita nelle carceri e nei manicomi criminali, in un incubo del quale non era possibile vedere la fine. Commentando la sua uscita dal carcere e la sua difficoltà di collocazione nel mondo, così scriveva: «Vengo dalla morte perché ne ho vista tanta attorno a me, più di quanta se ne possa sopportare» (p.10).

Questa affermazione lascia immaginare che anche quando qualcuno riesce a non morire all'ergastolo, per le lavorazioni che il suo corpo ha subito nella riduzione in agonia, sia comunque una persona che viene dalla morte e dalla morte viene prestato al mondo.

### **Bibliografia**

De Simone, M. (2006). *I due volti dell'innocenza*. Dogliani: Sensibili alle foglie.

Valentino, N. (2009). *L'ergastolo. dall'inizio alla fine*. Dogliani: Sensibili alle foglie.

Valentino, N. (cur.). (2016). *Liberi dall'ergastolo. L'esperienza dei viaggi al cimitero degli ergastolani dell'isola di Santo Stefano. Porta un fiore per l'abolizione dell'ergastolo*. Roma: Sensibili alle foglie.

## **THIRD PARALLEL SESSION**

## **TERZA SESSIONE PARALLELA**

### **Chapter 27 – Parents and children: from the care of the other to the mourning process**

### **Capitolo 26 – Genitori e figli: dalla cura dell'altro all'elaborazione del lutto**

#### ***27.1 - Loss of parental identity after the birth of a disabled child***

#### **27.1 - Perdita dell'identità genitoriale dopo la nascita di un figlio disabile**

**Elisa D'Amato**

***Keywords:*** *parents and handicapped, loss of identity, active resources*

***Parole chiave:*** *genitori e handicap, perdita dell'identità, risorse attive*

L'handicap è un evento che provoca una profonda e non sempre rimarginabile ferita dell'immaginario genitoriale e comporta un difficoltoso e problematico adattamento: ogni atto della vita quotidiana, ogni progetto della famiglia passa attraverso un punto nodale rappresentato dal bambino "diversamente abile" (Chianura & Della Rosa, 1996). Con la nascita di un figlio diversamente abile, inizia per quella famiglia una più complessa fase di "adattamento"; infatti oltre ai compiti di sviluppo e alle problematiche che ogni famiglia incontra nell'arco del proprio ciclo di vita, in questo caso ve ne sono altri più specifici. «L'handicap è inteso, nel suo significato relazionale, come un'informazione che irrompe tragicamente nella vita del soggetto, nella sua famiglia e in tutta la società ...» (Cirillo & Sorrentino, 1986). È un evento traumatico che implica turbamento e determina disequilibrio della modalità di relazione tra i membri del sistema familiare. La nascita di un figlio problematico rappresenta un vincolo con cui la famiglia deve fare i conti. Il vincolo è qualcosa che gioca a priori nella possibilità della nostra vita ed è per questo caratterizzato dall'imprevedibilità. In questo senso la disabilità rappresenta un legame che non è accettato per la sua

tragicità e per l'angoscia che crea, provoca crisi nel funzionamento del sistema familiare. Ciò che acuisce l'angoscia è il carattere di non prevedibilità di un evento, è l'inaspettato e il non pensato che scuote profondamente la famiglia, all'interno della quale i membri non riescono, se non con difficoltà, a darsi ragione di un fatto che li ferisce così profondamente. Nel pensare di avere un figlio e per tutto il periodo della gravidanza, i genitori, e in modo particolare la madre, si creano un'immagine di come sarà il loro bambino. Tale immagine racchiude desideri, speranze e angosce, e questo è un processo psicologico naturale che accompagna i genitori fino alla nascita del figlio. Con la nascita di un bambino diversamente abile o la scoperta del deficit in un momento successivo, la realtà contraddice crudelmente le aspettative dei genitori. Finiscono tutte le speranze, i sogni, le fantasie e questo divario tra aspettative e realtà ostacola in misura ancora più grande la capacità di affrontare la situazione. Risulta evidente la profonda sensazione di solitudine con vissuto di immutabilità del dramma provata dalle madri. In modo particolare emergono due aspetti caratterizzanti il dolore: il primo aspetto è relativo al senso di colpa: la donna si sente fallita nel suo ruolo di madre e angosciata per aver dato un così grande dolore al marito, nella sua impossibilità di crescere un figlio sano. Il secondo aspetto fa riferimento alla difficoltà di pensare ad un progetto futuro per il figlio, collegando tale progetto ai modelli consueti della nostra cultura e società. Il figlio può essere vissuto come il frutto della propria inadeguatezza, come il fallimento per una madre che spesso aspetta, con ansia, di vedere la prima impressione del marito sul neonato. Si può aggiungere una ferita molto grande nel rapporto di coppia e della sua identità. I genitori non saranno e non faranno mai quello che si erano "programmati", il loro ruolo, il loro essere, adesso è legato ad un'attesa che li metterà spesso a dura prova. Nelle famiglie in cui vi è una disabilità, il tempo assume una connotazione molto particolare, sembra rallentare per poi fermarsi completamente. È un tempo concentrato sulla quotidianità... è il ritmo della quotidianità che determina il trascorrere del tempo... non c'è un tempo rivolto al futuro. Il dover essere madre e padre è, nella specie umana, un dovere lungo, faticoso, appagante, ma a termine. Inoltre è un ruolo che si modifica con il passare degli anni, e che richiede sempre meno energie e meno tempo in corrispondenza alla crescita della prole. La maternità e la paternità in una famiglia con disabilità è eterna, richiede maggiori energie nel tempo e quando ci si aspetta che il figlio si avvii verso una propria emancipazione, diventa invece un vincolo per tutta la famiglia. Vi è una sorta di tempo immobile, sospeso, sembra che tutta la famiglia si sia fermata attorno all'evento inaspettato della nascita di un figlio con delle difficoltà. Il tempo, infatti, non è fermo solo per il giovane adulto che rimane un eterno bambino, ma per tutto il sistema famiglia che non riesce a passare alle ultime fasi del suo ciclo vitale, non riuscendo a concludere il suo processo di separazione-individuazione. Il tempo, fermo nella crescita del nucleo familiare, ma veloce nella crescita dei genitori che invecchiano, crea molte ansie e paure. Se da un lato l'essere genitori a vita di un eterno bambino lascia l'illusione di avere tempo a sufficienza per organizzare il suo futuro; dall'altro, i genitori, all'improvviso, vivono l'ansia legata alla preoccupazione che non c'è più tempo per loro per stare con il figlio. L'angoscia per il "dopo di noi" può portare i genitori a fantasie di morte legate al figlio in concomitanza con la propria. I genitori vivono l'ansia legata al futuro del



figlio, pensano alla loro vecchiaia o alla loro morte con la consapevolezza che la separazione possa significare l'abbandono del figlio ad un destino che non sarà in grado di gestire. L'atteggiamento dei genitori è generalmente caratterizzato da posizioni ambivalenti: da un lato vivono l'illusione di poter bastare al loro figlio, ritardando sempre di più decisioni importanti, dall'altro, la realtà svela l'illusorietà di questa pretesa, costringendoli a confrontarsi per progettare il futuro del figlio, dando così importanza al presente per poter organizzare un futuro. Davanti a tutto questo ci sentiamo di parlare non solo di perdita dell'identità da parte dei familiari che non saranno mai quello che avevano immaginato, ma anche di un vero e proprio lutto. Lutto per il figlio che non è come quello idealizzato, lutto per la perdita della propria immagine e della relazione di coppia, lutto per l'imprevedibilità a cui dovranno affacciarsi ogni giorno. Riteniamo di poter dare a queste famiglie il giusto sostegno, attivando dei gruppi di sostegno per genitori con figli disabili pronti ad accogliere il loro smarrimento e ad evitare la "frantumazione del sé". Questa proposta nasce dalla convinzione che le persone e le famiglie, se aiutate a comprendere, possano sviluppare potenzialità e capacità impreviste, trovando le risorse necessarie a salvaguardare il benessere di ciascun componente della famiglia. Dare dunque un sostegno emotivo e un'opportunità di affrontare le varie problematiche attraverso lo scambio. Ognuno non è più solo con il proprio problema e le proprie categorie interpretative, ma ne conosce altre ed apprende il vantaggio della relativizzazione.

L'ipotesi è di proporre uno spazio di "gruppo d'incontro" in cui i genitori, accomunati dal fatto di essere all'inizio della loro esperienza con un figlio disabile possano condividere il loro stato emotivo, le loro fatiche psicologiche, tutti gli aspetti di difficoltà, perdita del sé, dolore, sofferenza che una vicenda umana di questo genere può scatenare; e che possano, inoltre, trovare un contenitore di questi vissuti e un aiuto nelle difficili sfide della loro accettazione ed elaborazione. Grazie ad un facilitatore, capace di gestire un gruppo con queste caratteristiche, i partecipanti potranno ulteriormente trovare uno spazio d'aiuto, grazie anche alla vicinanza reciproca e al sostegno vicendevole che crediamo possa giovare. Riteniamo infine che un gruppo di sostegno possa dare a queste famiglie gli strumenti necessari per affrontare situazioni stressanti e avere a disposizione informazioni provenienti non solo da un esperto, ma anche dall'esperienza di altri genitori; avranno inoltre la possibilità di conoscersi e di uscire da situazioni di solitudine ed isolamento che spesso limitano la vita impedendo loro di vivere e andare avanti.

### **Bibliografia**

- Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A.M. (a cura di). (2002). *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*. Milano: Cortina.
- Chianura, P., Chianura, L., & Fuxa E. (1996). *Manuale clinico di terapia familiare. Processi relazionali e psicopatologia (Vol. 1)*. Milano: Edizioni Franco Angeli.
- Cooper, D. (1994). *La morte della famiglia*. Torino: Edizioni Nuovo politecnico Einaudi.
- Steinberg, D.M. (2002). *L'auto/mutuo aiuto. Guida per i facilitatori di gruppo (Vol. 34)*. Trento: Edizioni Erickson.

**27.2 - Familiar caregivers of people with dementia:  
anticipatory mourning for the identity of the bond**

**27.2 - Familiari caregiver di persone affette da demenza:  
il lutto anticipato per l'identità del legame**

**Susanna Falchero, Emanuela Corneli**

**Keywords:** *primary caregivers, dementia, anticipatory grief*

**Parole chiave:** *caregiver primari, demenza, lutto anticipato*

La letteratura scientifica sul ruolo dei familiari di pazienti affetti da demenza si è focalizzata prevalentemente su fenomeni legati al distress fisico ed emotivo, quali il *caregiver burden*, l'affaticamento, la depressione e le difficoltà di vario genere legate alla gestione del malato (Pinquart & Sörensen, 2005).

La pratica professionale, però, ci pone quotidianamente a confronto con un ulteriore aspetto: la perdita progressiva dell'identità, non solo del paziente, ma del legame che unisce *caregiver* e *care recipient*. I sentimenti legati a tale perdita si configurano come una sorta di "lutto atipico" perché riguardano individui che sono ancora in vita, ma la cui identità reciproca si va progressivamente ridefinendo a seconda dell'andamento e della pervasività del deficit cognitivo. In queste situazioni non è raro osservare nei *caregiver* reazioni che ricalcano quelle tipiche della prognosi infausta (Kübler-Ross, 1969), con dosi massicce di negazione e/o tentativi di minimizzare il problema focalizzandosi esclusivamente o quasi sul mantenimento o recupero dell'autonomia e delle abilità cognitive. Nell'immediato e sotto il profilo emotivo questi atteggiamenti possono apparire più che comprensibili, ma nel medio e lungo termine non fanno altro che aumentare il vuoto e lo sgomento che l'approssimarsi di un percorso ignoto e doloroso portano con sé. Per questi e per altri motivi desideriamo porre l'accento sull'importanza di un lavoro precoce sulla perdita dell'identità cui va incontro il paziente affetto da demenza e sulla perdita dell'identità del legame che lo unisce al *caregiver*, poiché entrambe possono essere affrontate alla stregua di un lutto anticipatorio (Holley & Mast, 2009).

La nostra riflessione si è concentrata in particolare sui vissuti emotivi del *caregiver* che, gradualmente, assiste al disgregarsi di ciò che per anni ha contribuito a costituire l'identità di quel rapporto: ricordi legati ad eventi cruciali vissuti insieme. Avvenimenti che, oltre a costituire una parte del sé autobiografico del paziente, rappresentano la totalità di quello della diade, soprattutto se *caregiver* e *care recipient* sono coniugi. Da qui deriva la nostra scelta professionale che ci ha portate ad affiancare gli interventi di valutazione del decadimento cognitivo e di recupero o mantenimento delle abilità residue a colloqui di sostegno, sia per la diade sia, soprattutto, per il *caregiver*. Questi colloqui forniscono l'opportunità di affrontare gradualmente, e in un contesto emotivamente protetto, le tematiche della perdita, favorendo una riflessione personale e una prima elaborazione del lutto (lutto anticipato). Anche noi riteniamo infatti che il lavoro di elaborazione

possa costituire un fattore protettivo rispetto al rischio di sviluppare in tempi successivi un lutto complicato (Sanders & Corley, 2003).

### **Bibliografia**

- Holley, C.K., & Mast, B.T. (2009). The impact of anticipatory grief on caregiver burden in dementia caregivers. *The Gerontologist*, 49(3), 388-396. doi:10.1093/geront/gnp061
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), P112-P128. doi:10.1093/geronb/58.2.P112
- Sanders, S., & Corley, C.S. (2003). Are they grieving? A qualitative analysis examining grief in caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Social work in health care*, 37(3), 35-53. doi:10.1300/J010v37n03\_03

### **27.3 - «That man is not my father!» Dementia and ambiguous grief: an intervention of support and the accompanying in a Nursing Home Placement for Alzheimer's Patients**

#### **27.3 - «Quello non è più mio padre!» Demenza e lutto ambiguo: un intervento di sostegno e accompagnamento per familiari in Nucleo Alzheimer**

**Elisa Mencacci**

*Keywords: ambiguous grief, Alzheimer Disease, family caregiver*

*Parole chiave: lutto ambiguo, Malattia di Alzheimer, familiari caregiver*

La malattia di Alzheimer è un processo degenerativo irreversibile che distrugge le cellule cerebrali in modo lento e progressivo. Le persone con demenza provano e vivono sentimenti di perdita e lutto dal momento della diagnosi e lungo tutto il corso di malattia, attraverso i cambiamenti gradualmente delle loro abilità e capacità. Le perdite che le persone con demenza di Alzheimer si trovano a vivere sono molteplici, progressive e irreversibili, e contribuiscono inesorabilmente a risignificare la loro vita ed il proprio essere: la perdita della memoria, della capacità di alimentarsi, di riconoscere i propri luoghi e il proprio tempo, la capacità di risolvere problemi, le capacità sociali e relazionali. A queste perdite, più facilmente osservabili, se ne aggiungono di ulteriori, ad esse correlate, contrassegnate da quella minaccia, mai come nella Malattia di Alzheimer così pregnante, di "annientamento" dell'io: la perdita del proprio ruolo, della propria autonomia, della libertà e dell'autodeterminazione, la perdita dell'autostima, del controllo e della sicurezza, la perdita del proprio sé personale, passato, presente e futuro: la perdita progressiva della propria identità.

Così come i malati, anche i familiari che prestano assistenza (i *family caregiver*), spesso figli ma anche partners, sperimentano il lutto per qualcosa che non c'è più: la perdita di un'intera vita passata ma anche dei sogni e piani futuri, la perdita di un amico o di un compagno, la perdita delle responsabilità e dei ruoli condivisi. Il familiare può provare una serie di emozioni correlate al lutto, quali rimorso e senso di colpa (per

aver abbandonato il proprio caro in un luogo che non è più "casa"), vissuto di separazione, paura, angoscia, imbarazzo, delusione e fallimento verso se stesso.

Parlare del processo elaborativo di lutto nella demenza necessita però di attenzioni particolari, a cominciare dalla natura stessa del lutto, la quale può essere differente se ad esempio interessa il momento della diagnosi o quello invece in cui il paziente non riconosce più la famiglia (Doka, 2010).

Il problema del lutto nella demenza nasce principalmente da una realtà che non viene riconosciuta: quella di una morte che lentamente si presenta, come risultato della progressione della malattia, prima che realmente questa accada. La mancata percezione di una qualsivoglia coscienza di terminalità sembra contribuire a un diverso e spesso non adeguato approccio d'intervento per i caregiver che osservano quel declino inesorabile per anni e che necessitano di supporto.

Nonostante la morte del familiare arrivi anche dopo molti anni, l'esperienza del caregiver con un malato di demenza è stata descritta come il prendersi cura di "una persona vivente in realtà già morta". Questo comporta una presa in carico della famiglia che si concretizza in un'assistenza e un supporto tempestivi, in quanto ai membri della stessa occorre anzitempo ridefinire la loro relazione con il malato, il loro stato e le aspettative circa il loro futuro. Per tutto ciò si richiede un supporto che sia formale ma anche informale, nel postmortem quanto nel premortem: un supporto che oggi, troppo spesso, lascia le difficoltà dei familiari inosservate (Mencacci, Galiazzo, & Lovaglio, 2015).

Il cordoglio e il distress emotivo fortemente presenti nelle fasi avanzate della demenza dovrebbero richiamare l'attenzione per un supporto professionale che, così come per i malati, prenda in considerazione strutture e interventi specializzati, tempestivi e costanti nel tempo, per poter essere d'aiuto ai caregiver nel loro futuro lutto.

Riconoscere la terminalità nella situazione di demenza ha importanti implicazioni sul processo di presa in carico, con ripercussioni sulla corretta informazione riguardo decisioni di fine vita, sulla gestione efficace degli interventi, sulla qualità della cura alla persona, sulla programmazione dei servizi, sulla gestione dei familiari e, in modo particolare, sul percorso di perdite e il vissuto di lutto nella persona e in chi assiste.

Il vissuto di lutto nel familiare dell'anziano con demenza assume una sua peculiarità, definendolo come ambiguo ("*ambiguous grief*"): la persona con demenza è, allo stesso tempo, fisicamente presente e psicologicamente assente (Noyes et al., 2010), e tutto ciò complica la gestione dello stesso lutto, a partire da un mancato riconoscimento da parte del personale di assistenza.

Lavorare con il lutto non significa lavorare solo con la morte ma, attraverso un approccio orientato alla perdita, ottenere una presa in carico completa ed esaustiva della persona, accompagnandola lungo il percorso di cambiamento che sta affrontando (Mencacci, Galiazzo, & Lovaglio, 2015). Per favorire l'elaborazione del processo di lutto è necessaria una preparazione dei caregiver che sia emozionale, pragmatica e in primis informativa, attraverso una presa in carico precoce dei familiari e una comunicazione chiara con l'equipe di cura. Lo psicologo che lavora in Nucleo Alzheimer può risultare figura chiave per "guidare" la famiglia nel

percorso di malattia e di vita in residenza, permettendo l'espressione di alcuni passaggi fondamentali, rendendo i familiari protagonisti attivi nel percorso di cura, lavorando con loro sul "tempo della chiusura".

Si presenta a tal proposito un intervento di accompagnamento al percorso di malattia rivolto ai familiari di un Nucleo Alzheimer, attraverso un approccio di tipo narrativo. L'intervento è di tipo gruppale, in setting protetto e con cadenza mensile, condotto dal servizio psicologico e avente due principali finalità. Una prima finalità è a carattere psicoeducativo, con una condivisione di informazioni sul percorso di malattia, le emozioni correlate alle perdite e la progressione sintomatologica fino alle fasi più avanzate, attraverso l'utilizzo di video e opuscoli. Una seconda finalità è invece di supporto psicologico, con il sostegno del professionista ma anche dei familiari stessi, attraverso la lettura e la rielaborazione in gruppo di testimonianze e di testi autobiografici sul tema.

Le narrazioni divengono pertanto un possibile strumento di accompagnamento al complesso processo di distacco che il lutto per demenza comporta, parallelamente a quel lavoro di reminiscenza che, assieme all'anziano, si compie quotidianamente in istituzione attraverso il recupero costante dei ricordi autobiografici, delle fotografie sbiadite che divengono racconti, storie di un passato ancora presente, anzi ormai confuso con esso.

Con i familiari, il processo di accompagnamento diviene possibile attraverso lo scambio di gruppo e la condivisione delle narrazioni, le quali sono a volte le proprie («non mi riconosce più, a volte mi chiedo se abbia senso che io mi sforzi di farle ricordare che sono sua figlia; alla fine, è meno doloroso prenderla per mano e stare semplicemente in silenzio» Anna, figlia della signora O.); altre volte sono le parole di qualcun altro che ha già vissuto e messo per iscritto a testimonianza («Non essere più....Cancellare tutto come un segno sulla lavagna. Voilà. Non c'è più. Quel puntino che urlava "io" è sparito nel buio. Sollievo, pensi. Ma perché sollievo se non c'è più nessuno a sentire il sollievo di non essere?») (Sandias, 2005).

Le narrazioni aiutano il familiare a lasciar andare il "vecchio io" interrogandosi in maniera attiva sul suo nuovo ruolo e sulla sua nuova identità («chi sono adesso io? Cosa posso ancora fare per il mio caro e per noi?»); le narrazioni aiutano a normalizzare il vissuto di lutto e di perdita, ed il familiare si sente maggiormente compreso e accolto. Infine, le narrazioni aiutano a lenire la sofferenza indicibile del vivere morendo, dando parole a quel dolore, ed il dolore diventa immagine, metafora, nuova forma di vita.

## **Bibliografia**

Doka, K. (2010). Grief, multiple loss and dementia. *Bereavement Care*, 29(3), 15-20.

doi: 10.1080/02682621.2010.522374

Mencacci, E., Galiazzo, A., & Lovaglio, R. (2015). *Dalla malattia al lutto. Buone prassi per l'accompagnamento alla perdita*. Milano: Ambrosiana.

Noyes, B.B., Hill, R.D., Hicken, B.L., Luptak, M., Rupper, R., Dailey, N.K., & Bair, B.D. (2010). Review: The role of grief in dementia caregiving. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 25(1), 9-17.

doi: 10.1177/1533317509333902

Sandias, M. (2005). *Smarrirsi. La mente nel labirinto*. Roma: Armando.

## **27.4 - Interrupted lives, broken identities. Survive to the traumatic death of a son**

### **27.4 - Vite interrotte, identità spezzate. Sopravvivere alla morte traumatica di un figlio**

**Liviana Garau**

*Keywords: son's death, parental bereavement, grieving process*

*Parole chiave: morte di un figlio, lutto familiare, elaborazione del lutto*

La morte improvvisa e inaspettata di un figlio è considerata all'unanimità una delle tragedie più grandi che possa investire la vita di un genitore, un evento di per sé inaccettabile che inverte l'ordine naturale delle cose. Un avvenimento traumatico segna un solco indelebile nella vita dell'essere umano: uno strappo tra il "prima" e il "dopo", a partire dal quale il presente appare irrimediabilmente compromesso, il passato impalpabile e il futuro inesistente. L'evento luttuoso può comportare una violenta lacerazione dell'identità della coppia genitoriale e richiedere una profonda ristrutturazione del mondo intrapsichico ed interpersonale. Se sono presenti fratelli o sorelle "sopravvissuti", l'integrità dell'intera famiglia è scossa dal profondo.

Il presente contributo, si propone di offrire una panoramica sulle differenti modalità che possono essere manifestate dai membri di un nucleo familiare durante l'elaborazione del lutto traumatico. Numerosi studi (Kazak & Noll, 2004; Stroebe & Schut, 2001), hanno messo in luce molteplici elementi in grado di svolgere un ruolo decisivo nell'influenzare il processo e l'esito di elaborazione: dai fattori di rischio a quelli protettivi, dalle risorse ambientali a quelle personali. In particolare, si farà riferimento al modello teorico sviluppato da Francesco Campione (2012), il quale sostiene che, quando un legame si spezza, la modalità di elaborazione del lutto dipende in gran parte dal legame col defunto preesistente alla morte. Egli distingue tre identità specifiche: biologica, personale e umana; in ciascun individuo, una è prevalente rispetto alle altre e la sua identificazione permette di calzare l'intervento terapeutico in presenza di un lutto normale o patologico, al fine di favorirne il processo di elaborazione.

Field e Behrman (2003), sostengono che i genitori, alla morte del figlio, si trovino ad elaborare la perdita su 3 dimensioni fondamentali:

- la perdita del senso di competenza e potere personali;
- la perdita di una parte del sé;
- la perdita di una persona che, per importanza e caratteristiche di unicità, era parte integrante del sistema familiare.

Un figlio, per la coppia genitoriale, è il frutto del proprio amore, simbolo della capacità di generare e dar vita al futuro. Come accade più frequentemente alle donne, quando la loro identità coincide totalmente col ruolo di madre, se questo vacilla o viene a mancare, la loro esistenza è scardinata dal profondo.

Quando la morte di un figlio irrompe in maniera improvvisa nella vita di un genitore, l'inizio del lutto è spesso rallentato per via dello shock iniziale; può essere presente un congelamento emotivo, o prevalere

stordimento, confusione, negazione o rifiuto della realtà. In un secondo momento, questi meccanismi difensivi primari possono lasciare spazio a vissuti di impotenza, colpa, rabbia, disperazione o un dolore lancinante, inaccettabile.

Ognuno ha i propri modi e i propri tempi nell'affrontare il lutto che spesso differiscono completamente da quelli del partner. Un coniuge può abbandonarsi al dolore mentre l'altro continua a negarselo, uno piange tutte le lacrime, mentre l'altro appare incapace di piangere e giorno dopo giorno muore dentro. C'è chi non può fare a meno di esternare la propria sofferenza, parlare delle circostanze dell'accaduto e di colui che se n'è andato, e chi non trova parole per esprimere ciò che prova. C'è chi edifica un tempio incastonato da cimeli e fotografie del defunto perché ha la necessità di vederlo e sentirlo presente e chi, sopraffatto da qualsiasi ricordo, sente di doverne prendere le distanze. Uno trova sollievo nel far visita tutti i giorni alla tomba del figlio, mentre l'altro non riesce per il motivo opposto. C'è chi si sente a pezzi e vive trascinandosi dal letto al divano, tralasciando la cura di sé e di tutto il resto per lungo tempo, mentre l'altro sente di star abbastanza bene da poter tornare a lavoro e inserire un briciolo di normalità nelle proprie giornate. Questi estremi, possono creare divergenze tra i due dettate dall'incapacità di accettare che l'altro abbia modalità del tutto personali di affrontare il proprio dolore.

Quando i partner si trovano ad elaborare il lutto con modalità affini, la sofferenza condivisa può saldare maggiormente la coppia e farla evolvere verso obiettivi comuni, come portare avanti un progetto del figlio o semplicemente tenerne vivo il ricordo nel tempo.

In altri casi invece, la coppia può vivere la morte di un figlio, specie se l'unico genito, come il fallimento del proprio progetto di vita insieme. L'impossibilità di affrontare in maniera condivisa il loro dolore può portare ognuno a soffrire in solitudine, vivendo come in mondi paralleli ma distanti, in uno stato di incomunicabilità e disgregazione in grado di sottolineare le diversità preesistenti tra i due o mettere in luce caratteristiche sconosciute, inaspettate e inaccettabili dell'altro.

Se, oltre alla coppia genitoriale, il nucleo familiare è composto da fratelli o sorelle, l'elaborazione richiede un lavoro di riadattamento da parte di ognuno al fine di ristabilire l'omeostasi familiare. Non è raro, infatti, l'instaurarsi di dinamiche potenzialmente problematiche tra genitori e figli come riflesso dell'evento luttuoso. Se, ad esempio, la morte ha suscitato sentimenti di intensa colpa e inadeguatezza nei genitori, essi potrebbero sviluppare un'eccessiva iperprotezione nei confronti dei figli "sopravvissuti", limitandoli via via nella loro ricerca di indipendenza e autonomia. Questi cambiamenti nello stile educativo potrebbero innescare ribellione o condotte trasgressive, in un vano tentativo di riaffermare la propria identità. Altre volte, invece, i figli rimasti divengono trasparenti agli occhi dei genitori, non più in grado di farsi carico dei loro bisogni.

Un lutto può considerarsi "risolto" quando inizia a riaffacciarsi la capacità di pensare al futuro con fiducia e al passato con affetto, senza contaminarli di rimpianto; quando il dolore per la perdita inizia a lasciare spazio alla nostalgia.

Tuttavia, ci sono dei lutti insuperabili, in quanto l'accettazione o la rassegnazione per la morte del proprio figlio risulta impossibile: il vivere diventa un "sopravvivere" e, nonostante col tempo si possa riiniziare a sorridere, sognare, sperare, rimane viva e costante la sensazione che niente possa essere più come prima. I genitori che si trovano a far i conti con la difficile perdita di un figlio, a volte affermano che la ferita non si rimargina mai e il dolore rimane immutato anche a distanza di anni. Semplicemente, imparano a convivere con questo dolore che, col tempo, si trasforma in una struggente colonna sonora di sottofondo, un inevitabile compagno di viaggio lungo il tortuoso cammino della vita.

### **Bibliografia**

- Campione, F. (2012). *Lutto e desiderio. Teoria e clinica del lutto*. Roma: Armando.
- Field, M.J., & Behrman, R.E. (2003). *When children die: improving palliative and end-of-life care for children and their families*. Washington DC: National Academie Press.
- Kazak, A.E., & Noll, R.B. (2004). Child Death From Pediatric Illness: Conceptualizing Intervention From a Family/Systems and Public Health Perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(3), 219-226. doi:10.1037/0735-7028.35.3.219
- Stroebe, M.S., & Schut, H. (2001). Models of coping with bereavement: a review. In: M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut, *Handbook of bereavement research: Con-sequences, coping, and care*. Washington DC: American Psychological Association.

## ***27.5 - Personal meaning profile, representations of death, and association with psychological distress symptoms***

### **27.5 - Personal meaning profile, rappresentazioni della morte e l'associazione con i sintomi di distress psicologico**

**Giulia Sansonetto, Maddalena Rodelli**

**Keywords:** *meaning of life, ontological representation of death, distress*

**Parole chiave:** *senso della vita, rappresentazioni ontologiche della morte, distress*

#### *Objective*

The paper presents a two-phase cross-sectional study aimed to examine the mitigating role of personal meaning of life and representation of death on psychological distress, anxiety and depression.

#### *Methods*

The first phase involved 219 healthy subjects, while the second encompassed 30 cancer patients. Each subject completed the Personal Meaning Profile (PMP) (Wong & Fry, 1998), the Testoni Death Representation Scale (TDRS) (Testoni, Ancona, & Ronconi, 2015), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983), and the Distress Thermometer (DT) (Roth et al., 1998).

#### *Results*

Structural analysis indicated that meaning of life was negatively correlated with depression and anxiety, which, in turn mediated the effect on distress. Negative correlations were found between several dimensions



of PMP and DT, HADS anxiety and depression, both in healthy and cancer subjects. Religious orientation (faith in God) was related to meaning of life and ontological representation of death as a passage, rather than annihilation.

#### *Significance of results*

Findings support the hypothesis that subjects who represent death as a passage and have a strong life meaning tend to have lower scores on distress, anxiety and depression. Personal meaning issues and representation of death should be more specifically and routinely examined in cancer and palliative care settings.

#### **Bibliografia**

- Roth, A.J., Kornblith, A.B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H.I., & Holland, J.C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. *Cancer*, 82(10), 1904–1908. doi: 10.1002/(SICI)1097-0142(19980515)82:10<1904:AID-CNCR13>3.0.CO;2-X
- Testoni, I., Ancona, D. & Ronconi, L. (2015). The ontological representation of death: a scale to measure the idea of annihilation versus passage. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 71(1), 60-81. doi: 10.1177/0030222814568289.
- Wong, P.T.P., & Fry, P.S. (1998). *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

## **FOURTH PARALLEL SESSION**

## **QUARTA SESSIONE PARALLELA**

### **Chapter 28 – Mental Health Services: Institutions’, Professionals’ and Patients’ identity**

#### **Capitolo 28 – Servizi di Salute Mentale:**

#### **identità delle istituzioni, dei professionisti e dei pazienti**

#### **28.1 - Identity Changes in Mental Health Professionals to Deep Institutional Transformations**

#### **28.1 - Cambiamenti identitari nei professionisti della salute mentale**

#### **di fronte alle profonde trasformazioni istituzionali**

**Alessandra Silvestro**

**Keywords:** *identity, mental health professionals, serious psychopathology*

**Parole chiave:** *identità, professionisti della salute mentale, psicopatologia grave*

In questo momento storico, l'area istituzionale psichiatrica padovana è estremamente ricca di progetti nuovi, di cambiamenti imposti ma anche rinnovamenti desiderati dagli operatori come nuovi modelli organizzativi e acquisizione di moderni trattamenti per le patologie gravi. In particolare l'accorpamento provinciale ha creato un grande dipartimento psichiatrico di tutta la provincia. Paradossalmente si assiste ad una

contrazione delle risorse nella gestione dei servizi, dal mancato turn over del personale, alla deriva della leadership. L'istituzione psichiatrica attuale vive, quindi, un dilemma fra possibili cambiamenti imposti e trasformazioni attivate e mediate dai gruppi di lavoro.

La patologia psichiatrica grave, proprio perché lesiva del senso di identità, genera spesso vissuti di frammentazione, annullamento e passività, e il mancato riconoscimento come soggetti aventi valore e *agency*. Gli operatori, nel travaglio "dell'essere con" tali pazienti e i loro familiari, sono costantemente esposti all'identificazione isomorfa con questi stati della mente.

Freud, nel *Disagio della Civiltà*, considera il lavoro come uno dei pilastri della salute psichica dell'uomo. Obholzer aggiunge come in una società in cui vi sia un disfacimento graduale dei sistemi di valori, le situazioni lavorative rivestano importanza crescente in quanto capisaldi dell'identità personale. Tuttavia lo scenario dei cambiamenti in atto si riverbera sugli operatori con il rischio di imporre in modo traumatico la messa in discussione dei fondamenti identitari della professione. Se l'identità è sempre ridiscussa nella relazione e in divenire di fronte alle evoluzioni del mondo esterno, non può essere brutalizzata, pena reazioni di *burn-out* con disaffezione al lavoro, perdita di interesse, trascuratezza, evasione dal compito e delega intrisa di resistenza passiva, fino a vere proprie psicopatologie nel personale.

Il cambiamento stesso può esser vissuto come evento traumatico, mettendo a repentaglio i legami consci e inconsci che sorreggono la struttura delle équipes, i cui membri si sentono feriti nei loro bisogni identitari e di appartenenza.

Riteniamo che gli operatori debbano mantenersi vivi nella motivazione al lavoro e per questo essere in grado di modificare i propri modelli identitari di fronte alle nuove richieste sociali e culturali, alle recenti innovazioni scientifiche. Tale modifica identitaria per essere esperienza e non trauma ha bisogno di dispositivi che integrino studio delle dinamiche gruppali e pratica nella gestione dei gruppi di lavoro dove porre particolare attenzione alle dinamiche relazionali in processi che si svolgono nelle "zone d'ombra" dell'organizzazione, processi in larga misura informali, inconsci e irrazionali, funzionali ai bisogni di appartenenza e sopravvivenza (Perini, 2013).

Molti colleghi dei servizi psichiatrici della provincia di Padova, dei quali alcuni soci ASVEGRA, si propongono come soggetti attivi in progetti formativi innovativi (es. modello del *case-management*), nell'implementazione di aree specialistiche per le patologie gravi dalla psicosi ai disturbi gravi di personalità, alla creazione di ambulatori dedicati e ad alta specializzazione. Ma tali trasformazioni si attuano nella cooperazione gruppale. Si valorizzano sia i gruppi di lavoro sia i gruppi terapeutici e fra questi vanno apprezzati i gruppi espressivi che vivificano la creatività nei pazienti e negli operatori, funzione forte nella possibilità di essere protagonisti del cambiamento. Ovunque lo si consideri, nella psiche di un individuo, in un'istituzione, nella storia delle idee o nel contesto sociale, il cambiamento è sempre una questione di identità, che chiama in causa il confine tra "me" e "non me" (Patalano, 2016).

## Bibliografia e sitografia

Perini, M. (2013). *Lavorare con l'ansia*. Milano: Franco Angeli.

Fubini, F. (2015). Incontri. Le istituzioni e i loro sogni. *Quaderni de gli argonauti*, 15(2), 77-92.  
doi: 10.17446/82345

Patalano, R. (2016). Ouverture. Istituzioni e pensieri verso un'intersezione creativa. *Funzione Gamma. Journal on line di psicologia di gruppo*, 36. Disponibile da: <http://www.funzionegamma.it/wp-content/uploads/Ouverture36.pdf>

Regione del Veneto. Azienda Ospedaliera di Padova. (2015, 15 ottobre). *Deliberazione del Direttore Generale n. 1474 del 15/10/2015*. Disponibile da: [http://www.sanita.padova.it/all/Atto\\_Aziendale\\_DDG\\_1474\\_del\\_201512.pdf](http://www.sanita.padova.it/all/Atto_Aziendale_DDG_1474_del_201512.pdf)

### **28.2 - Where voice incarnate. Self-harm in Borderline Personality Disorder**

### **28.2 - Dove s'incarna la voce. Autolesività nel Disturbo Borderline di Personalità**

**Ottavia Passaquindici**

**Keywords:** *borderline, self-harm, clinical practice*

**Parole chiave:** *borderline, autolesività, pratica clinica*

Il disturbo di personalità borderline è caratterizzato da instabilità dell'immagine di sé e degli affetti, delle relazioni interpersonali, e da marcata impulsività. Questi elementi sono indice di una profonda sofferenza e dello scadimento della qualità di vita. Recenti ricerche mostrano come circa l'80% dei soggetti borderline mette in atto comportamenti suicidari e/o autolesivi nei quali il danno alla persona può assumere livelli di gravità differenti, non sempre del tutto prevedibili, fino alla morte nel 10% dei casi. L'interesse per tali comportamenti dovrebbe essere cruciale in quanto la salvaguardia della vita dei pazienti è *conditio sine qua non* per qualsiasi psicoterapia.

Sebbene l'autolesività non sia un tratto prototipico del disturbo borderline la sua alta correlazione ha permesso di elaborare teorie e portare avanti ricerche empiriche su caratteristiche intrinseche al disturbo che facilitano l'espressione di questi agiti.

In passato il termine borderline è stato spesso utilizzato per descrivere pazienti molto differenti fra loro a sottolineare l'ambiguità e l'eterogeneità del termine stesso ma ad oggi le diverse teorie psicanalitiche sono d'accordo nel definirlo come una organizzazione patologica specifica e stabile della personalità che si identifica in una categoria diagnostica indipendente e a cavallo tra l'organizzazione nevrotica e psicotica con una dispersione dell'identità e una patologia delle relazioni oggettuali interiorizzate. Queste caratteristiche lasciano il soggetto con un corteo di operazioni difensive poco mature quali la scissione, l'acting-out, l'identificazione proiettiva, etc., che ne fanno un paziente grave, difficile da curare e che comporta spesso costi sociali importanti legati a continui accessi al pronto soccorso, ricoveri e disoccupazione o assenze lavorative.

Il lavoro si prefigge di dare delle informazioni di carattere teorico rispetto all'eziopatogenesi e il mantenimento del disturbo e dell'autolesività secondo una visione biopsicosociale per poi connettersi alla clinica con la presentazione di un caso seguito in istituzione.

A livello teorico verrà dunque presentato un lavoro statistico descrittivo del disturbo dando rilevanza ai comportamenti autolesivi diretti ed indiretti e i principali modelli funzionali di motivazione intrinseca, ossia di autoregolazione psichica, ed estrinseca, di natura relazionale, distinguendoli dai comportamenti suicidari propriamente intesi, secondo la recente letteratura scientifica.

Seguirà la presentazione di un caso clinico di una adolescente con disturbo borderline di personalità con presa a carico multipla psicologica e psichiatrica per meglio argomentare ed evidenziare aspetti psicopatologici del disturbo e modalità terapeutiche attingendo dalle teorie psicodinamiche di Kernberg, Clarking e Yeomans, di Bateman e Fonagy e dialettico comportamentale della Linehan per far fronte alla complessità del disturbo in modo efficace. Saranno inoltre presentati stralci di colloqui, basati su un approccio integrato, dei primi mesi di trattamento che hanno l'obiettivo di creare una relazione di fiducia, motivare al trattamento aumentando la consapevolezza di sé e la speranza nel cambiamento, garantire la continuità terapeutica e diminuire i comportamenti impulsivi e autolesivi.

#### **Bibliografia**

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline* (A. Ranieri, trad.). Milano: Raffaello Cortina.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F., & Freni, S. (2000). *Psicoterapia delle personalità borderline* (L. Bartocetti, S. Galati, M.C. Verga, trad.). Milano: Raffaello Cortina.
- Linehan, M.M. (2011). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline: Il modello dialettico* (M. Ascoli, C. D'Amore, & A. Pace, trad.). Milano: Raffaello Cortina.
- Sarno, I. (2008). *Autoferimento. Teorie e modelli*. Roma: Aracne Editore.

### ***28.3 - Group therapy for institutionalized patients with borderline personality disorder.***

#### ***A training for social identity***

### **28.3 - La terapia di gruppo per pazienti con disturbo borderline di personalità in istituzione.**

#### **Una palestra per l'identità sociale**

**Gabriella Bonifaci, Alessandra Silvestro, Francesco Rizzo**

*Keywords: group psychotherapy, identity, borderline personality disorder*

*Parole chiave: psicoterapia di gruppo, identità, disturbo borderline di personalità*

L'identità è una funzione fondamentale della mente che organizza e orienta un campo di significati, fornisce al soggetto il senso di un confine, di una forma del sé e di uno spazio esterno, altro da sé, costituendosi a partire dal rapporto con l'Altro e mantenendosi in vitale trasformazione nello stesso mondo relazionale.

L'identità si collega al concetto di senso di sé, inteso come un'esperienza che conferisce un certo senso di unità spaziale e temporale alla totalità delle attività mentali.

Nei pazienti con disturbo borderline di personalità il senso di sé viene spesso percepito come caotico o svuotato e l'identità risulta sempre in bilico: Kernberg (2012) parla di identità diffusa per rendere ragione di un costante deficit di autodefinizione e di stati mentali confusivi che rendono difficilmente leggibili i propri e gli altrui stati affettivi.

La terapia di gruppo risulta essere particolarmente indicata nel percorso terapeutico di questi pazienti, perché la funzione di rispecchiamento, esperienza fondante l'identità primaria (Lichtenstein, 1977) è maggiormente attivata rispetto alla terapia individuale. Lo sguardo dei membri del gruppo afferisce al corpo che si mostra e veicola primariamente messaggi intersoggettivi, il corpo che trasmette immediatamente stati affettivi non ancora dichiarabili. Attraverso lo svilupparsi di temi e discorsi da diversi punti di vista, con differenti sfumature, la dimensione affettiva viene alla luce favorendo il processo di mentalizzazione. Si crea una palestra plurima dove l'ambiente favorisce esercizi di socializzazione/sintonizzazione per la ridefinizione di sé e degli altri.

Nel presente lavoro verrà illustrata un'esperienza di psicoterapia di gruppo avviata all'interno del CSM del 1° Servizio Psichiatrico di Padova con pazienti giovani affetti da Disturbo Borderline di Personalità. Il contesto istituzionale permette, nella condivisione con il gruppo di lavoro, di attutire i rischi delle fratture nella terapia e dei drop-out inevitabili in un disturbo grave e predisposto alla rottura dei legami. Tale esperienza si inserisce in un più ampio progetto di studio che coinvolge numerosi Servizi di Salute Mentale della Regione Veneto supportato da un gruppo di lavoro interdipartimentale per il trattamento dei disturbi gravi di personalità.

### **Bibliografia**

- Lichtenstein, H.M.D. (1977). Narcissism and primary identity. In H.M.D. Lichtenstein, *The Dilemma of Human Identity* (pp. 207-221). New York: Jason Aronson.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2006). *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione per il disturbo borderline di personalità* (A. Ranieri, trad.). Milano: Raffaello Cortina.
- Kernberg, O.F. (2012). *Amore e aggressività. Prospettive cliniche e teoriche* (E. Preti & A. Prunas, cur.). Roma: Giovanni Fioriti.

## **28.4 - Could musical creativity paint the sounds of silence?**

### **28.4 - La creatività musicale può colorare i suoni del silenzio?**

**Mario Degli Stefani**

*Keywords: anguish, creativity, institutions*

*Parole chiave: angoscia, creatività, istituzioni*

Le facoltà di pensiero e di percezione emotiva, rendono gli esseri umani in grado di riconoscersi come individuo all'interno della propria specie, e conseguentemente consapevoli della propria "esistenza con un tempo determinato".

L'equilibrio tra la gravità di tale consapevolezza e la libertà della possibilità di scelta nella conoscenza, determina in buona misura la salute mentale di ognuno di noi. Un po' come dire che scoprire la morte induce a farne i conti.

In un Servizio di psichiatria alle volte capita che "si danno i numeri" e non sempre i "conti tornano", trovandosi talora a confluire in due corridoi di un CSM le angosce di un territorio anche di 200.000 abitanti. Nella capacità di accoglienza di tale "carico", e nella opportuna sua ri-organizzazione in tempi e luoghi di "decompensazione e drenaggio", una equipe psichiatrica struttura le proprie difese, più o meno rigide in base alle risorse in dotazione. In questa elasticità forse anche il destino verso la cronicità di alcune patologie gravi afferenti ai servizi istituzionali.

Per quanto ben organizzata, comunque una equipe psichiatrica è quotidianamente e per lunghi anni, sottoposta alla relazione con sentimenti di angoscia di morte, reali (la mortalità per suicidio dei paesi occidentali è dell'1% della popolazione), o fantasmatici e collegati ai vissuti più arcaici sollecitati.

In quest'ottica la proposta della possibilità di utilizzo e stimolo di elementi creativi, per arginare, contenere, elaborare e forse trasformare i profondi movimenti emotivi e pulsionali che afferiscono a una struttura di cura. Se la musica è "arte a tempo", adeguatamente proposta a livello terapeutico in un luogo di salute mentale può rappresentare una importante alternativa alla direzione involutiva delle dinamiche descritte in contrasto alla loro cronicizzazione.

In questa direzione una esperienza attiva da 10 anni al 2° Servizio di psichiatria di Padova. Partendo dalla organizzazione clinica di un ambulatorio di Salute Mentale e quindi rivolto a pazienti territoriali, e pensando spazi gruppali per la elaborazione-mentalizzazione dei percorsi di cura si è ipotizzato un linguaggio musicale adeguato nella sua dimensione socializzante, creativa e di migliore accessibilità alle funzioni di simbolizzazione nelle patologie gravi e medio gravi.

A una prima fase di "sensibilizzazione-formazione" della equipe curante, mediante riunioni, incontri e specifici corsi di formazione in merito alle possibilità e modalità di utilizzo del linguaggio musicale, è seguita l'organizzazione di gruppi di musicoterapica ambulatoriali diversificati per setting e afferenza a seconda delle patologie e dello stato di malattia.

Si sono così potuti costituire nel tempo gli attuali 4 gruppi di musicoterapica, cui si sono affiancate poi diverse nuove realtà nelle strutture riabilitative del Servizio psichiatrico.

In particolare, attualmente il “laboratorio musicale Collincanto” risulta composto da 4 operatori, 6 tirocinanti, 6 frequentatori soci delle “Banca del tempo” con cui è attiva una collaborazione, e una frequenza media di 25-30 pazienti alle prove di un gruppo musicale-corale che ha allestito un repertorio e che vanta già oltre 10 uscite-concerto in ambienti pubblici.

L’attività musicoterapica ad indirizzo psicoterapico dei “piccoli gruppi” (sedute settimanali di 90 min per 8-10 partecipanti), oltre alla buona risposta rilevabile alla valutazione sembra aver reso possibile una riduzione della terapia neurolettica (Degli Stefani & Biasutti, 2016).

L’attività clinica è stata affiancata da un lavoro di ricerca, studio, formazione organizzato in un gruppo di lavoro tutt’ora attivo: il “GMP: gruppo musicoterapica in psichiatria” ([www.congrmusicoterapia2013.altervista.org](http://www.congrmusicoterapia2013.altervista.org); [www.facebook.com/GMP](https://www.facebook.com/GMP); <https://www.facebook.com/GMP-Gruppo-Musicoterapia-in-Psichiatria>).

Si ritengono punti cardine dell’esperienza le concomitanti attività di ricerca-formazione e di inclusione-condizione, della intera equipe, a più riprese inserita e coinvolta sia direttamente nei progetti di cura e riabilitazione, che nelle “manifestazioni collaterali” come le feste musicali di Natale, primavera... etc o anche nelle giornate congressuali.

Tale inclusione si è estesa anche all’esterno del servizio rivolgendosi sia al Dipartimento di Psichiatria che anche ad altre aree della azienda ospedaliera.

A tale proposito alcune giornate di formazione che hanno coinvolto cadauna gruppi di 200 operatori ospedalieri che nel corso di un seminario di 1 giorno hanno pensato, scritto e cantato poi in coro una canzone centrata sulle difficoltà del lavoro con la salute (canzoni anche della durata di 25 minuti).

### **Bibliografia e sitografia**

Degli Stefani, M., Ferrari, G., & Xodo, L. (a cura di). (2008). *Risuonanze. Il senso del suono nel trattamento del disturbo mentale*. Padova: Scuola di musicoterapia G. Ferrari.

Degli Stefani, M., Ferrari, G., & Xodo, L. (a cura di). (2015). *“Suoni tempi e ritmi nella relazione di cura”, Opportunità musicali per la salute mentale*. Padova: CLEUP.

Degli Stefani, M., & Facchin, F. (a cura di). (2016). *PerSona, Voce e Identità*. Padova: CLEUP.

Degli Stefani, M., & Biasutti, M. (2016). Effects of Music Therapy on Drug Therapy of Adult Psychiatric Outpatients: A Pilot Randomized Controlled Study. *Frontiers in psychology*, 7, 1-8. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01518

**28.5 - The Ambulatorio's experience for maternal and paternal affective disorders:  
from early intervention screening of affective disorders in pregnancy and post partum  
to an interdepartmental intervention of psychiatry.**

***How to integrate professional skills and identity***

**28.5 - L'esperienza dell'Ambulatorio per i disturbi affettivi materni e paterni:  
da un intervento precoce di screening dei disturbi affettivi in gravidanza e post partum  
a un intervento interdipartimentale della psichiatria.**

**Come integrare competenze e identità professionali**

**Rossana Riolo, Belinda Ciulli, Luca Mesiano**

***Keywords:*** perinatal, postpartum, boundaries

***Parole chiave:*** perinatali, postpartum, confini

Il lavoro intende presentare l'esperienza di un Ambulatorio dedicato e ad alta specializzazione per l'individuazione e la cura precoce dei disturbi affettivi materni e paterni presente nel territorio del Distretto 4 della Aulss 6 Euganea nella prospettiva di un lavoro di integrazione dei vari servizi che si occupano della perinatalità in un'ottica sovra dipartimentale e sovra zonale.

Nel tempo delle grandi trasformazioni identitarie oggi più che mai, il ruolo di genitore spaventa e richiede una particolare attenzione. Nello specifico la depressione sarà nel 2020 la seconda causa di morbilità e colpisce in percentuale il 4,4% della popolazione mondiale, cioè 322 milioni di persone.

Una particolare attenzione va posta alla depressione che colpisce le donne nella fase perinatale.

I dati epidemiologici della letteratura riportano una prevalenza della Depressione Post-Partum (DPP) tra il 10 e il 15%. Se si considera che ogni anno partoriscono in Italia circa un milione di donne si intuisce subito la portata del problema: circa 150 mila soffrono di gravi forme depressive.

Studi recenti stimano che circa il 10% dei neo papà presenta disturbi emotivi e depressivi e ciò si ripercuote negativamente sulla salute mentale della madre e dell'intero nucleo familiare (Baldoni, Baldaro e Benassi, 2009; Baldoni e Ceccarelli, 2010).

La nostra esperienza in questi anni in cui hanno aderito alla nostra proposta di screening circa 3.200, cioè oltre il 50% delle donne a cui è stata offerta tale opportunità, e una positività di disturbi emotivi-affettivi che si aggira sul 21,7%, ci ha fatto riflettere sulla necessità per tutti gli operatori della salute mentale di confrontarsi con le problematiche emergenti di un cambiamento così rapido di ruolo e competenze.

Spesso le identità "fragili" davanti al cambiamento della nascita, per quanto desiderata e voluta, entrano in crisi profonda e solo un intervento precoce, rapido, focale e specializzato può aiutare a rinsaldare legami sempre più fluidi e compromessi.



In questi interventi con la madre, con il bambino, con la famiglia, viene chiesto all'operatore un'estrema modularità di competenze e interventi e una grande capacità di mediazione tra la rigidità delle istituzioni "preposte a" e la necessità delle famiglie di avere risposte integrate e immediate.

La "fluidità" delle relazioni e dei legami diventa necessariamente fluidità degli operatori, che però non debbono perdere le "identità" personali e professionali, pena una risposta caotica e inefficiente. Attraverso momenti di formazione comune e di confronti continui sarà possibile fornire risposte realmente "integrate". I confini territoriali in questi casi, saltano e la ricerca di un aiuto, di un luogo dove essere accolti e ascoltati diventa luogo privilegiato di osservazione dei grandi mutamenti che dalla famiglia investono il sociale e viceversa.

La sfida dei servizi e degli operatori della psichiatria è quindi quella di non arroccarsi su saperi cristallizzati ma di farsi permeare e rendersi permeabili alle conoscenze antropologiche, sociali e culturali.

### **Bibliografia**

Baldoni, F., Baldaro, B., & Benassi, M. (2009). Disturbi affettivi e comportamento di malattia nel periodo perinatale: correlazioni tra padri e madri. *CHILD DEVELOPMENT & DISABILITIES-SAGGI*, 25, 25-44. doi:10.3280/CDD2009-003002

Baldoni, F., & Ceccarelli, L. (2010). La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca clinica ed empirica. *Infanzia e adolescenza*, 9(2), 79-92. Disponibile da: <http://www.attachmentlab.net/index.php?act=pubblicazioni>

## **FIFTH PARALLEL SESSION**

## **QUINTA SESSIONE PARALLELA**

### **Chapter 29 – Challenges of identities**

### **Capitolo 29 – Le sfide delle identità**

#### ***29.1 - Multiple Identities: Digital Interferences Between Living and Dying***

#### **29.1 - Identità multiple: interferenze digitali tra il vivere e il morire**

**Davide Sisto**

**Keywords:** *digital death, identities, philosophy*

**Parole chiave:** *morte digitale, identità, filosofia*

Una novità del mondo contemporaneo, che incide in modo tanto inedito quanto significativo sul terrore generalmente provato dalle persone nei confronti della costante minaccia del vivere morendo, è la cultura digitale. A livello internazionale sono sempre più diffusi gli studi relativi alla cosiddetta *Digital Death*, termine con cui si intende solitamente l'insieme delle questioni che riguardano – in primo luogo – i modi in cui è cambiato il rapporto tra il singolo individuo e il fine vita a causa dello sviluppo delle nuove tecnologie informatiche e mediatiche, a partire soprattutto dalla diffusione popolare di Internet. E, in secondo luogo, le

conseguenze che ne derivano per quanto concerne la costruzione della propria identità personale e il suo legame con la memoria in seguito alla morte di sé o di un altro individuo (Carroll & Romano, 2011).

La cultura digitale genera, infatti, una particolare dissociazione tra l'esistenza biologica, unica e irripetibile, e l'identità elettronica, diluita in mille formati e di per sé perdurante. Se la nostra morte fisica ha luogo in un istante eccezionale, che costituisce – letteralmente – un'eccezione rispetto agli istanti che lo hanno preceduto e dopo il quale la presenza del nostro corpo svanisce, continuiamo tuttavia a vivere nella realtà digitale. Questa, in altre parole, sopravvive alla nostra vita corporea, dispersa in una molteplicità di banche dati o custodita in più luoghi virtuali, sotto forma di innumerevoli rappresentazioni e immagini. Tutto ciò che in Rete riguarda la singola persona – dalle e-mail ai profili sui social network – continua a essere operativo oltre la morte, determinando conseguenze inedite sulla gestione preventiva della memoria e dei ricordi personali, sull'elaborazione del lutto, sul concetto di immortalità e sulla stessa consapevolezza del morire (Sisto 2016, 2017a).

In altre parole, la cultura digitale intensifica l'incarnazione della presenza di un assente (Macho, 2016), emersa nel corso della storia con la pittura, la scultura, la fotografia e via dicendo. La fotografia, per esempio, definita a più riprese come l'inventario della mortalità, viene abitualmente posta sulla tomba dei nostri cari per fornire di un "corpo immortale" la persona deceduta, di modo che i vivi dimentichino in tutta fretta il processo di lenta decomposizione a cui si sottopone il suo "corpo mortale", oramai privo di vita, dentro la tomba. La cultura digitale non fa che rendere mobile e costantemente attiva questa tradizionale incarnazione della presenza di un assente, dandoci la speranza di lasciare una nostra traccia perennemente visibile nella vita che continua senza di noi. Per tale ragione si può dire che la cultura digitale rappresenti il punto di arrivo del rapporto tra l'essere umano e la sua consapevolezza, più o meno cristallina, di essere destinato all'oblio. Sulla base di tali premesse, il mio intervento intende mettere in relazione la dissociazione tra esistenza biologica e identità elettronica, determinata dalla cultura digitale, con la situazione psicologica ed emotiva di chi sta affrontando una malattia terminale. In particolar modo, si vuole cercare di descrivere quali effetti comporta un social network come Facebook sulla preparazione personale a morire e, quindi, sulla disposizione delle proprie memorie e sulla consapevolezza del tempo vitale che si accorcia. Essendo il più grande cimitero che vi sia al mondo, Facebook involontariamente fa sì che i defunti si muovano dalla periferia del mondo reale verso il centro di quello virtuale, tornando ad occupare con vigore lo spazio mentale e fisico dei vivi, i quali subiscono passivamente tale ritorno. Ciò influenza in modo notevole colui che sta affrontando una malattia terminale (ma anche colui che sta soffrendo per un lutto), ridefinendo i concetti di identità, lascito, memoria, oblio.

Oltre a Facebook, verranno tenute altresì in considerazione le principali problematiche che emergono dagli esperimenti digitali (per esempio: Eterni.me) che mirano a farci sopravvivere a noi stessi sotto forma di automatismi/spettri elettronici, di modo da aggirare il fenomeno naturale del morire e da alleviare presumibilmente le nostre paure e le nostre sofferenze in relazione alla fine della vita.

L'obiettivo dell'intervento è, in definitiva, quello di capire quale siano le opportunità e le criticità della cultura digitale da tenere in considerazione nell'ambito della *Death Education* per poter fornire tutto l'aiuto teorico e pratico possibile al malato. Quindi, evidenziare il ruolo all'interno della quotidianità di chi affronta la propria inevitabile mortalità degli attuali strumenti tecnologici, i cui effetti possono tanto accrescere quanto attutire il suo terrore esistenziale.

### **Bibliografia**

- Carroll, E., & Romano, J. (2010). *Your digital afterlife: When Facebook, Flickr and Twitter are your estate, what's your legacy?*. Berkeley: New Riders.
- Sisto, D. (2016). Digital Death. Come si narra la morte con l'avvento del web. In D. Sisto (a cura di), *Trópos. Ermeneutica del morire. La morte nell'epoca della cultura digitale* (pp. 29-46). Roma: Aracne.
- Sisto, D. (2017a). La morte ai tempi di Facebook: i cambiamenti digitali del fine vita. *La Rivista Italiana delle Cure Palliative*, in stampa.
- Sisto, D. (2017b). Digital Death: una morte postumana? *Lo Sguardo. Rivista di Filosofia*, in stampa.

## **29.2 - Public practices and new identity traits**

### **29.2 - Pratiche pubbliche e nuove trazioni identitarie**

**Anna Rita Barbuzzi**

*Keywords: public practices, groups, identity*

*Parole chiave: pratiche pubbliche, gruppi, identità*

In un contesto di cambiamento socio/economico legato all'apertura dei mercati, alla globalizzazione e all'avvento della tecnologia, le pratiche di lavoro hanno assunto fisionomia e caratterizzazioni molto diverse, modificando profondamente gli assetti identitari di organizzazioni, professioni e politiche pubbliche. L'espansione dei processi di internazionalizzazione, l'aumento di forme contrattuali flessibili e sempre più ibride, l'emergere della *gig-economy* o *app-economy*, sono solo alcuni aspetti che segnalano oggi la necessità di un diverso riposizionamento dei singoli e delle organizzazioni nei sistemi relazionali (nazionali ed internazionali) e di mercato, con un diverso utilizzo delle competenze professionali.

All'interno di questo quadro, anche le istituzioni che operano con finalità collettiva, sono sollecitate ad intraprendere più efficaci forme di programmazione e gestione dell'azione pubblica, allo scopo di fronteggiare l'evolvere del quadro competitivo, le crisi strutturali sopraggiunte e le domande sociali emergenti. In particolare, le istituzioni sono chiamate a gestire operazioni di allargamento del quadro dei soggetti con cui riuscire a garantire più accurati livelli di analisi dei problemi e un grado di compartecipazione allargata alle scelte strategiche e tecniche necessarie alla loro risoluzione.

A differenza del passato, i processi programmatici e realizzativi dell'azione pubblica (finalizzata a risolvere un problema collettivo), non si poggiano più su un solo soggetto di riferimento (l'ente pubblico responsabile), ma diventano il risultato di un intenso lavoro partenariale e di concertazione negoziata che vede coinvolti tanti soggetti (a seconda del tipo di problema intervengono lo Stato con i suoi ministeri, le Regioni, i Comuni, le

organizzazioni interessate, le associazioni di categoria, i sindacati, le imprese, le ASL o le scuole, i gruppi di cittadini, ecc.) (Dente, 1990).

Anche l'Europa in questi ultimi anni ha impresso una forte spinta verso nuove modalità di gestione delle pratiche pubbliche, assumendo in proprio un modello di *governance* basato sul riconoscimento di un sistema plurale (Unione Europea-Stato-Regioni) attraverso cui arrivare a decisioni vincolanti ma condivise. L'intera architettura istituzionale europea è disegnata attorno al principio partenariale della *governance* multilivello, sia in termini di scelta strategico-politica che di soluzione tecnica, a garanzia di una migliore efficacia delle politiche. Tutte le politiche sono perciò oggi il risultato (o più spesso il tentativo) di forme di "cooperazione virtuosa" tra diversi livelli di governo, rispetto a cui occorre attrezzarsi con strumenti e competenze adeguate.

Nonostante la diffusione di tale impostazione, però, la "messa in pratica" di un programma di azione pubblica (come ad es. quelle legate alle politiche del lavoro, dello sviluppo economico, dell'immigrazione, dell'inclusione sociale) risulta spesso attanagliato da criticità, con conseguenti blocchi nei processi di lavoro, dispersione di risorse e scarsi risultati.

Nella mia esperienza di lavoro, da clinica a supporto delle politiche pubbliche, osservo sistematicamente due rilevanti aspetti critici: lo scarso riconoscimento (e conseguente trattamento) dei fattori relazioni interpersonali, gruppalì e istituzionali che interessano lo sviluppo dell'azione pubblica, e la scarsa consapevolezza delle nuove fisionomie identitarie collegate alle pratiche gruppalì (nelle politiche).

Credo perciò molto importante investire sull'aumento del livello di consapevolezza e sulle competenze di quanti si occupano di pratiche pubbliche, in particolare:

- nel lavoro con i gruppi e tra gruppi coinvolti nella realizzazione di programmi di natura pubblica (supporto nella gestione delle dinamiche interistituzionali e nelle relazioni multilivello in base al principio di sussidiarietà);
- nella cura dei processi di lavoro utili per raggiungere esiti di cambiamento collettivo (in base a logiche di lavoro integrato, inclusivo e con il riconoscimento/coinvolgimento del pubblico di riferimento).

In ogni ambito di politica pubblica (come ad es. di sviluppo locale, lavoro, socio/sanitario, immigrazione) i vari soggetti istituzionali coinvolti (pubblici e privati) vanno sollecitati al riconoscimento di una sorta di campo scenico allargato, un campo d'azione espanso (richiamo al concetto di campo istituzionale di Correale (1991) esteso ad un livello inter-organizzativo), in cui collocarsi e disporsi ad agire con altri per la risoluzione o il miglioramento del problema trattato.

Il set-setting di lavoro non è dato in partenza ma deve essere disegnato/organizzato in base al problema trattato, ai soggetti coinvolti, in modo che quanti ne prendono parte possano riconoscersi in una cornice spaziotemporale e metodologica di riferimento (seguendo un processo di sviluppo nel tempo che ne vede graduali movimenti e ridefinizioni) – il rischio è che non lo si faccia, non tenendo il punto sul rapporto tra processi maturativi decisionali, responsabilità e livelli partecipativi (come spesso accade). I setting di lavoro per la messa in pratica dei programmi pubblici, quando funzionano, diventano veri e propri dispositivi di lavoro gruppalì

integrati, delle “organizzazioni temporanee di scopo”, supportate da strutture di implementazione, anche leggere, con funzione di accompagnamento dell’azione pubblica, fino alla sua chiusura e valutazione (richiamo al concetto di strutture di implementazione di Hjern & Porter (1981)). Occorre curarne le fasi istitutive, individuare un coordinatore o una funzione di cura/accompagnamento riconosciuta a garanzia del processo dinamico di sviluppo dell’azione di *governance*.

Tali nuovi raggruppamenti non rispondono più a logiche amministrative quanto a logiche progettuali, specifiche di un programma di azione di *policy*. La partecipazione ad essi presuppone un passaggio maturativo da identità legate ad appartenenze amministrative-istituzionali, in cui l’investimento è rivolto ad un oggetto coincidente con aspetti dell’organizzazione di riferimento, verso identità più flessibili/mobili legate ad appartenenze di programma (campi interorganizzativi), che prevedono un investimento su un nuovo oggetto comune, trasversale a tutti, il programma di azione (una pratica di azione comune), che determina una ridefinizione dei ruoli, dei compiti e delle funzioni di ognuno a servizio del bene comune. Questo implica per il personale delle amministrazioni lo sforzo faticoso di ripermire continuamente nel gruppo partenariale la propria posizione identitaria, ponendo in dialogo il proprio ruolo, il progetto lavorativo personale e istituzionale con gli oggetti di lavoro comune e la progettualità di *policy* a cui si è chiamati a contribuire insieme agli altri.

Le organizzazioni che operano con finalità pubbliche sono così chiamate ad un continuo allenamento per potenziare le proprie capacità istituzionali (nell’Accordo di Partenariato Italia-Europa è previsto un enorme investimento su tale debolezza di sistema), anche attraverso l’acquisizione di competenze trasversali (le *soft skills*), che insieme a quelle più propriamente tecniche (le *hard skills*), possono permettere l’acquisizione di nuovi stili relazionali, pratiche di lavoro grupppale e istituzionale, nuovi sistemi di visualizzazione dei quadri di *policy*, utili per rispondere con efficacia a problemi di interesse pubblico (rafforzamento competenze di *leadership*, *teamwork*, *problem solving*, capacità di comunicazione e narrazione delle politiche).

### **Bibliografia e sitografia**

- Bobbio, L. (2004). *A più voci. Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi. Analisi e Strumenti per l’Innovazione. I Manuali*. Roma: Edizioni Scientifiche Italiane. Disponibile da: <http://partecipazione.formez.it/sites/all/files/A%20più%20voci.pdf>
- Correale, A. (1991). *Il campo istituzionale*. Borla: Roma.
- Dente, B. (1990). *Le politiche pubbliche in Italia*. Bologna: Il Mulino.
- Hjern, B., & Porter, O.D. (1998). Le struttura di implementazione: una nuova unità di analisi amministrativa, in S. Zan (a cura di), *Logiche di Azione Organizzativa* (pp. 235-253). Bologna: Il Mulino. (Originariamente pubblicato nel 1981)

### **29.3 - Rumors of the crisis: identity changes in trade unions and workers**

#### **29.3 - I rumori della crisi: mutamenti identitari nel sindacato e nei lavoratori**

**Federica Cavallaro**

*Keywords: institution, identity, workers*

*Parole chiave: istituzione, identità, lavoratori*

Di fronte ad un sociale che emerge e si organizza ma che non fa più perno sul lavoro industriale di massa, davanti ad una società di mercato, di fronte ad un processo di globalizzazione che sta mutando la produzione e il lavoro, diventa evidente e d'obbligo un cambiamento identitario anche della funzione del sindacato.

In ogni epoca storica i lavoratori hanno prodotto forme organizzative che rispondevano al mutarsi delle forme dell'economia, della società, passando dalle corporazioni alle società di mutuo soccorso, alle diverse forme cooperative e poi, con l'avvento della società industriale, al sindacato. Seguendo l'evoluzione storica, possiamo pensare che anche nel futuro, i lavoratori economicamente dipendenti, qualsiasi siano i contenuti professionali, di mestiere e le competenze, avranno sempre l'esigenza di associarsi per rappresentarsi di fronte al potere del denaro e della politica.

I sindacati, dal loro punto di osservazione, hanno visto mutare il contesto culturale nel quale sono nati. Dall'inizio della crisi economica del 2008, circa 567.000 lavoratori dipendenti hanno perso il lavoro; nel 2013, circa 13 milioni di persone hanno subito riduzioni di stipendi, di orario di lavoro, oppure un cambiamento nella natura del loro contratto, che da indeterminato è passato a tempo determinato. È così che in pochi anni i sindacati si sono trovati a inseguire nuovi modi di tutela senza essere riusciti ad anticiparli e a prevederli. Parte dei lavoratori precari non è costituita da dipendenti, ma da lavoratori autonomi privi di tutele sindacali, come ad esempio i freelance, i tecnici e i professionisti che lavorano in proprio.

La perdita d'identità tocca la natura, la funzione e il ruolo dell'istituzione sindacato (i tesserati ancora in attività sono il 25% rispetto al totale dei lavoratori in attività; gli iscritti al sindacato sono il 40% di pensionati e il 10% di giovani) infatti l'istituzione fa fatica a rappresentare in questo momento le nuove forme di lavoro dei giovani, dei lavoratori privi di tutele e di tutti coloro che devono ricorrere agli ammortizzatori sociali per avere un minimo di garanzia.

La lettura di questo mutamento, avviene attraverso lo sguardo di una psicologa clinica consulente esterna che si muove nella propria attività tra la presa in carico e il supporto dei singoli lavoratori, dei cassaintegrati, ma anche dell'istituzione sindacale e la collaborazione con soggetti territoriali per l'attivazione di politiche attive, di sostegno e prevenzione.

In questi ultimi anni il sindacato ha investito nei servizi sul territorio, negli sportelli di consulenza giuridica, fornendo così forme dirette di sostegno e supporto alla collettività. Ma l'elemento più incisivo potrebbe essere quello di uscire dalla dinamica autoreferenziale e porsi in una ottica di progettualità condivisa. In

questo senso potrebbero essere utili compartecipazione con altri servizi, altri enti e altre aree per il raggiungimento di singoli obiettivi specifici.

In questo lavoro, secondo la lettura fornita, verranno citati alcuni esempi concreti di gestione rispetto ai mutamenti in atto sia per quanto riguarda il sostegno ai singoli lavoratori (sostegno cassaintegrati, supporto al disagio lavorativo), sia per quanto riguarda dinamiche gruppali all'interno di aree del pubblico e del privato (tematiche di conciliazione vita-lavoro, coesistenza di lavoratori nel pubblico e privato, prevenzione sicurezza e malattie professionali, problemi organizzativi all'interno di strutture pubbliche, comuni, province e del privato sociale).

### **Bibliografia**

- Bleger, J., Enriquez, E., Kaës, R., Fornari, F., Fustier, P., Roussillon, R., & Vidal, J.P. (1991). *L'istituzione e le istituzioni. Studi Psicoanalitici* (Verdolin, trad.). Roma: Borla.
- Lemoine, C. (2010). *Risorse per il bilancio di competenze. Percorsi metodologici e operativi*. Milano: Franco Angeli.
- Franchi, M. (2015). *Il sindacato al tempo della crisi: Analisi e proposte per un cambiamento necessario*. Roma: Ediesse.
- Carrieri, M., & Feltrin, P. (2016). *Al bivio. Lavoro, sindacato e rappresentanza nell'Italia d'oggi*. Roma: Donzelli.

## **29.4 - Male identity and dis-identity. Crisis, challenges, transformations**

### **29.4 - Identità e dis-identità maschili. Crisi, sfide, trasformazioni**

**Luca Flesia**

*Keywords: masculinity, identity*

*Parole chiave: maschilità, identità*

Nell'attuale società i maschi, a meno di situazioni identitarie particolari, subiscono direttamente o indirettamente una certa pressione, sin dall'infanzia, nell'aderire a un modello normativo di virilità. Vigeva un assunto silenzioso per cui gli uomini dovrebbero tendenzialmente conformarsi al modello della "maschilità eteronormativa egemonica e dominante" (Connell & Messerschmidt, 2005), pena la messa in discussione della presunta certezza della loro virilità e, dunque, la stessa appartenenza al genere maschile. Tale modello poggia su un sistema invisibile di credenze e divieti, una fitta trama di costruzioni culturalmente determinate: rifiuto e subordinazione del femminile; potere; lavoro produttivo; successo economico; forza; aggressività; razionalità; autocontrollo; sessualità prorompente; rimozione del corpo; emancipazione dai suoi vincoli e dai suoi segnali; utilizzo estremo delle potenzialità offerte dalla corporeità; omofobia (Ruspini, 2012). Tale modello viene considerato come un dato, naturale ed implicito, indiscusso e indiscutibile.

Il silenzio che nel tempo ha avvolto gli uomini è stato per secoli strumento di potere, dominio e supremazia su altri generi, etnie e generazioni. Eppure, se da un lato tale strutturazione stereotipata dei sessi e delle relazioni tra essi ha generato una serie di disagi e difficoltà nelle categorie cosiddette non dominanti (bambini, donne, omosessuali), i costi di questa visione hanno pesato e continuano a pesare, forse meno visibilmente, anche sui maschi stessi, a loro volta sottoposti a un complesso dispositivo di controllo che ne vincola esistenze e desideri e ne disciplina l'espressione (Ciccone, 2009).

Nonostante nella nostra cultura siamo portati ad associare il maschile all'idea di libertà, la sensazione degli uomini di essere bloccati dentro ruoli e schemi rigidi emerge spesso nel corso di psicoterapie con uomini. Il tentativo di esplorare qualcosa di diverso all'interno della propria interiorità o del proprio campo di esperienza viene spesso messo a tacere dal timore di apparire ridicoli e dal tentativo di evitare la vergogna che ne deriverebbe. Il cosiddetto maschio alfa - o quella parte di esso che abita l'identità di quasi ogni uomo - vive nel continuo avvertimento del baratro in cui potrebbe precipitare se non corrispondesse a quei modelli fissi e costrittivi che costruiscono i loro corpi, desideri, destini, le loro presunte attitudini naturali, le forme delle loro sessualità e socialità.

Da questo punto di vista, sono numerosi i risvolti negativi dell'esperienza di essere e sentirsi maschi. Fra tutti, l'ingiunzione al godimento nello sfidare i limiti e il rischio, a negare il dubbio o l'incertezza, simboli di mancanza di forza, ingiunzione alla base del maggior tasso di morbilità e mortalità tra la popolazione maschile rispetto a quella femminile. Mostrare un limite, un dolore, accettare la precarietà della propria virilità indicherebbe l'appartenenza alla categoria dei mezzi uomini (Ciccone, *ibidem*). Ecco allora che dolore e



vulnerabilità vengono spesso negati e, quando accessibili alla coscienza, possono essere vissuti solo in solitudine, celati, accompagnati da sentimenti conflittuali ed ambivalenti. Ecco allora che la perdita del lavoro, garante del ruolo sociale, o ancor più la perdita della propria donna possono costituirsi come eventi altamente destrutturanti il senso stesso di identità per il maschio alfa, esitando non di rado in soluzioni regressive e violente, quasi che l'attingere a reazioni primitive e di funzionamento elementare tentasse un recupero di quell'atavica e granitica immagine maschile egemonica.

Eppure, a ben vedere, quanto questo modello, nella richiesta di essere e rimanere uguale a se stesso, è stato veicolo e quanto invece ostacolo per la singola identità soggettuale dell'uomo, essere umano di sesso maschile? Quanto è stato stimolo e quanto invece agonia dell'identità, intesa come dimensione di unicità e consapevolezza personale? Più che fonte di reale libertà, il modello maschile egemonico sembra aver costituito e costituire una delle gabbie più potenti per la mascolinità contemporanea. Quando e quanto, allora, possiamo parlare di identità, piuttosto che di dis-identità maschile? Quale, in questo contesto, il confine tra relazioni umane e dis-umane con se stessi e con l'altro o l'altra?

Per certi versi da alcuni anni stiamo assistendo ad una destrutturazione del concetto di virilità a livello socio-culturale. Da parte di alcuni filoni, soprattutto di matrice femminista, è emerso uno sguardo critico nei confronti del modello egemonico e, con esso, sono affiorati una serie di lati oscuri e scomodi di tale forma di maschilità: la virilità come norma, coi suoi confini stretti e obbligati, limita l'esperienza maschile, ne censura ed ostacola la dinamicità, cela il volto dell'uomo dietro la maschera del maschio. Al contempo sta diventando sempre più possibile accettare alcune espressioni diverse dell'identità e dell'orientamento sessuale, con un'apertura verso maschilità meno bisognose di virilismo. Sembra emergere sempre più chiaramente la necessità di assumere la parzialità dell'esperienza maschile.

D'altra parte, tuttavia, a livello macro e micro-sociale il maschio continua ad essere sollecitato da richieste di virilismo e machismo, come se anche sul piano allargato il mantenimento dell'utopia del modello alfa risultasse per molti - e molte - più facilmente riconoscibile, discutibile e tematizzabile.

Per quanto non più sostenibile, l'eredità della solida resistenza del maschile alle modifiche socio-culturali sembra perdurare nella difficoltà a storicizzare il maschile, quasi mancassero categorie, modelli, mappe per contestualizzare ed accettare le possibili trasformazioni del modello di maschile, nel suo venire a patti con le sfide ed opportunità di cambiamento offerte dal periodo storico in cui siamo immersi ed immerse.

Winnicott (1971) esprimeva le differenti prerogative del maschile e del femminile rispettivamente con i termini *doing* e *being*. Integrare nella visione del maschile la dimensione della forza, della virilità con la dimensione relazionale e dei sentimenti, al contatto con l'interiorità e con le emozioni, risulta ancora difficile. Forse non solo per gli uomini.

Le implicazioni dell'aprirsi alla ricerca di un equilibrio tra *being* e *doing* sono non di poco conto: tale movimento comporta mettere in discussione e far sfumare l'idea che, per il maschile, tutto possa essere controllabile e governabile. Significa rinunciare ad un immaginario sicuro ed unidimensionale, per aprirsi ad

una complessità variegata e multiforme, insatura. Significa, ancora, scendere a patti con i propri demoni, con la propria ombra, riflettere su fragilità, ambivalenze e contraddizioni di questa illusoria identità.

Eppure è proprio nell'incontro tra *being* e *doing* che è possibile rinvenire quella dimensione generativa di un percorso identitario e personalizzante, in cui poter scoprire il proprio volto di sé, uomo maschio.

Va in questo senso il progetto Salviamo Otello (per salvare Desdemona), promosso dalla Fondazione Foresta ONLUS. A partire dal riconoscimento della crisi che l'uomo di oggi sta attraversando e dalla consapevolezza del "vuoto di parola" che finora ha circondato l'uomo, il progetto si propone di dare voce a tutti gli uomini che sentono di comunicare con violenza, proponendo dei gruppi di psicoterapia e di parola per uomini, orientati alla costruzione di percorsi di comprensione dell'essere, oggi, uomo. Gruppi all'interno dei quali aprirsi al dialogo con se stessi e con l'altro a partire dalle potenzialità evolutive e trasformative del piccolo gruppo terapeutico, in questo caso omogeneo. Un'occasione preziosa per ricomporre quella storica frattura fra polo maschile e polo femminile, fra *doing* e *being* e darsi l'opportunità di conquistare relazioni più autentiche e libere.

#### **Bibliografia e sitografia**

Winnicott, D. (1971). *Gioco e realtà* (G. Adamo & R. Gaddini, trad.). Roma: Armando.

Connell, R.W. & Messerschmidt, J.W. (2005). Hegemonic masculinity. Rethinking the concept. *Gender & Society*, 19(6), 829-859. doi: 10.1177/0891243205278639.

Ciccione, S. (2009). *Essere maschi. Tra potere e libertà*. Torino: Rosenberg & Sellier.

Ruspini, E. (2012). Chi ha paura dei men's studies?. *AG About Gender-Rivista internazionale di studi di genere*, 1(1), 37-49. Disponibile da: <http://www.aboutgender.unige.it/index.php/generis/article/view/10>

### **29.5 - Omosexual identity between nature and culture**

#### **29.5 - L'identità omosessuale tra natura e cultura**

**Francesco Rizzo**

**Keywords:** *omosexuality, gay, LGBT*

**Parole chiave:** *omosessualità, gay, LGBT*

Negli ultimi anni, all'interno del dibattito animatosi intorno all'universo LGBT, sembra essersi imposto con particolare rilievo l'epifenomeno che potremmo classificare sotto il nome di *identità omosessuale*. Vorrei proporre, sotto tale catalogazione, l'idea di una dimensione umana che travalica il senso più comune dell'orientamento sessuale gay, per rimarcare invece un'accezione di respiro culturale e sociale più ampio e multiforme. La diffusione dei luoghi pubblici d'incontro - fisici e virtuali - i *coming out*, l'attenzione politica e l'intensa riflessione culturale prodotta al riguardo, sembrano puntualizzare l'affermazione di una specifica identità omosessuale, affiancata da richieste di riconoscimento sociale e giuridico tutt'altro che sottintese e oggi più che mai protagonista di un contraddittorio aspro, talvolta persino feroce.

Tale identità omosessuale, che potremmo dunque definire come la concezione profonda che un segmento consistente della comunità gay sembra nutrire di se stessa, cui si accompagna uno specifico repertorio di rituali, tradizioni, costumi, ha investito il dominio delle relazioni umane con carica decisamente prorompente, non soltanto quando espressa nelle rivendicazioni per i diritti della popolazione gay (unioni civili, matrimoni, adozioni), ma anche quando evidenziata da fatti di cronaca nera, che hanno scosso anche piuttosto violentemente l'opinione pubblica.

Mentre una parte del mondo sembra insomma guardare all'emergente identità omosessuale con diffidenza e sospetto, un'altra parte pare invece avvicinarsi in maniera sempre più stringente. Uno studio del 2016 condotto da YouGov, un istituto di ricerca anglosassone online, su un campione di soggetti britannici, mostra in tal senso numeri interessanti: la metà dei giovani britannici, di età compresa tra i 18 e i 24 anni - i 49% della popolazione coinvolta nella ricerca - si dichiara "né gay né eterosessuale", ma una sorta via di mezzo tra questi due diversi orientamenti sessuali. Fra i soggetti più anziani, invece, il 96% si è dichiarato eterosessuale, e solo l'1% si è per contro definito omosessuale, rendendo la fascia degli "indecisi" piuttosto marginale. È ipotizzabile, forse, che oggi gli individui desiderino esplorare in maniera sempre più estesa tutti gli ambiti della sessualità, fino a varcare ciò che un tempo era considerato un confine naturale, come ad esempio la certezza assoluta, granitica, su ciò che poteva essere l'identità e l'orientamento sessuali. L'indirizzo sessuale di tipo "omo" si è guadagnato una dignità e un riconoscimento sociali indubitabili, nel mentre che la società umana sembra avviarsi nella direzione di quella organizzazione liquida già preconizzata e descritta da Bauman.

L'ipotesi che si propone in questo lavoro è che l'orientamento omosessuale, o ancor di più in generale le nuove forme di sessualità (sessualità fluida, per l'appunto, o *gender fluidità*) diano consistenza a un passaggio evolutivo che, pur ancora lontano da una sua realizzazione definitiva, sembra stagliarsi all'orizzonte con definitezza sempre maggiore: il passaggio da "uomo natura" a "uomo cultura". Il movente riproduttivo dettato dalla scelta d'oggetto eterosessuale, proprio dell'"uomo natura" secondo una concezione di marca darwiniana, sembra evaporare all'interno delle dinamiche sessuali cosiddette "fluide" dell'"uomo cultura", che sperimenta forme di gratificazione erotica poliedriche, sotto la spinta della ricerca di un piacere emancipato dalle consuete logiche evolutive. Tale spostamento del baricentro sessuale-evolutivo potrebbe dunque essere al centro di manovre e movimenti difensivi massicci, all'origine dell'avversione e dell'ostilità di certa parte della società nei confronti della cultura e dell'identità gay.

## **Bibliografia**

- Bassi, F., & Galli, P.F. (2000). *L'omosessualità nella psicoanalisi*. Torino: Einaudi.  
Barbagli, M., & Colombo, A. (2007). *Omosessuali moderni*. Bologna: Il Mulino.  
Bauman, Z. (2013). *Communitas. Uguali e diversi nella società liquida* (a cura di C. Bordoni). Roma: Aliberti.  
Pozzi, O., & Thanopoulos, S. (2006). *Ipotesi gay*. Roma: Borla.

**Chapter 30 – Living in close contact with the disease****Chapter 30 – Vivere a contatto con la malattia****30.1 - Five red blood cells****30.1 - Cinque globuli rossi****Giulia Spada****Keywords:** *imaginary, presentification, creativity***Parole chiave:** *immaginario, presentificazione, creatività*

In questo mio contributo vorrei illustrare il contenuto di una pubblicazione recentemente editata dalla casa Editrice Sensibili alle foglie che porta il titolo *Cinque globuli rossi*, della quale sono co-autrice (Spada & Spada, 2016). Di seguito vi è una premessa che illustra la genesi del libro alla quale segue poi l'analisi delle risorse vitali messe in campo per andare al di là del limite imposto dalla malattia. In questo vivere morendo consapevole, si esaminerà l'importante ruolo delle relazioni sociali nella malattia e nel fine vita che amplierà le connessioni tra i ruoli familiari e che porrà il ricordo della fine come effettiva pietra miliare nell'elaborazione del lutto successiva.

**Premessa**

Luigi entra in ospedale nell'agosto 2002 in seguito alla diagnosi di leucemia. Per il particolare tipo di patologia, sperimenta da subito un'ospedalizzazione totale: viene sistemato in camera sterile dentro la quale gli arredi sono ridotti al minimo. Anche le visite sono ridotte ai minimi termini, solo sua moglie potrà entrare a fargli visita. Nel brevissimo arco temporale di alcune settimane, Luigi si trova a doversi misurare con tempi e luoghi imposti e personaggi in transito; tutte le persone che gli fanno visita, arrivano per andarsene. Per cercare di sopperire alle mancanze relazionali e per cercare di dare un senso al tempo entro il quale si trova costretto, si fa portare del materiale e inizia a disegnare delle vignette. I personaggi saranno tratti dalla sua nuova quotidianità, ed interagiranno con lui di attualità, politica, si scambieranno pensieri sulle loro reciproche condizioni. Gli interlocutori fissi di Luigi saranno dunque il frigo, la tv, sua moglie, un folto gruppo di medici e infermieri e infine il cappellano del reparto, identità che sembra rimandare ad una costante presenza di morte, evento che in effetti si realizzerà ad un anno dal ricovero.

**Le vignette**

Le vignette sono dei piccoli ossimori: Luigi ama la nitidezza del tratto, traccia le linee con geometrica perfezione, non c'è una sbavatura nel foglio, l'ordine della matita a mina sottile impedisce che ci siano cancellature evidenti. Eppure, questo ordine e questa nitidezza contrastano fortemente con l'esperienza afflittiva che sta vivendo e con la devastante consapevolezza che non c'è più un percorso rettilineo nel suo

domani. Il suo è un tratto “parlante”: il tratto diventa linguaggio a se stante e si sostituisce a qualsiasi parola aggiuntiva, assumendo il compito di mortificare l’esperienza, cioè di farla morire seppellita da ironia pungente, a volte sarcasmo. Il linguaggio scritto riportato dentro le vignette diventa quasi un surplus: serve a commentare la vita di fuori, è un supporto al disegno che dimostra che si può parlare di tutto, anche in ospedale, anche da malati. È un invito al coraggio verso chi, da fuori, teme che parlare di cose “normali” con una persona in situazione di sofferenza, sia inappropriato, persino sacrilego. Uomini e donne sono rappresentati alla stessa maniera: camice lungo, mascherina, calzari e copricapo. Luigi invece non si rappresenta mai per intero, ma avvolto da un viluppo di cavi che vanno ad intersecarsi in una giungla di apparecchiature collegate tra loro a monitorare i suoi stati vitali. Di lui si vedono solo i piedi con una loro gestualità: a volte uniti, a volte posati sul pavimento, a volte sul letto, a volte divaricati. Indicano in maniera incontrovertibile l’umore o la tonalità del discorso. Anche in questo caso, l’operazione è mortificante rispetto alla sofferenza: si disegna a partire da una delle parti del corpo più denigrate. Un invito a prendere in contropiede l’esperienza stessa.

#### *Le risorse vitali*

La creatività è la risorsa vitale che l’essere umano mette in atto per immaginarsi al di là del limite nelle situazioni di difficoltà (Valentino, 2017). Grazie alla creatività, l’immaginazione è capace di compiere un balzo. La mente creatrice diventa regista di un mondo in disordine e attraverso lo slancio e alla dissociazione creativa, sviluppa modalità di risposta al limite stesso. Nel caso di Luigi, la sua è un’immaginazione istituyente perché elabora l’istituto della malattia e dello stare nella malattia. L’operazione simbolica che compie nella sua personale rilettura e significazione della realtà è di presentificazione: convocare in presenza un oggetto esistente ma assente o un oggetto totalmente inesistente e fantastico (Kirchmayr, 2007). In questo caso Luigi presentifica se stesso richiamandosi e ritagliandosi uno spazio nel mondo che sembra non avere più bisogno di lui. La realtà di cui è regista segue unicamente le sue indicazioni. Se soddisfatto, i segni sul foglio rimangono, altrimenti vengono cancellati.

#### *Malattia come esperienza*

Siamo abituati a considerare la malattia come un inciampo, una maledizione, in generale un fatto estraneo a noi. Dimentichiamo però che la condizione di malattia è intrinseca al nostro organismo; è una possibilità che si può sviluppare. Per meglio comprendere il ragionamento possiamo osservare la malattia dal punto di vista semantico: una persona non ha una malattia: non possiede infatti un accessorio; una persona non è malata: il verbo essere caratterizza ma soprattutto crea identità perfetta. Occorre allora specificare che una persona fa l’esperienza della malattia, in più, produce e costruisce la sua esperienza nei modi in cui la significa e la immagina mano a mano che questa progredisce.

#### *Malattia come fatto collettivo*

Siamo abituati a considerare la malattia come un fatto individuale, poiché colpisce la persona e il suo corpo. Si sente spesso dire inoltre, che il dolore non si può condividere perché lo si conosce ed esperisce solo

individualmente. In realtà la malattia è un fatto sociale: con il malato soffrono anche le persone che appartengono alla sua comunità. Queste si adoperano affinché al malato non manchi sostegno sia materiale che relazionale. Si attiva una rete indispensabile che sostituisce o implementa mansioni che non si possono più fare oppure che si fanno in maniera differente.

#### *Malattia come fatto relazionale*

La comunità è fatta di legami. Il malato e la sua comunità di riferimento producono e costruiscono nuovi significati ai legami, partendo da una condizione del tutto nuova in cui il vero foglio è la malattia. Come si è detto in apertura, Luigi potrà vedere solamente sua moglie che andrà a trovarlo tutti i giorni durante la sua degenza in ospedale. Sua figlia tredicenne non potrà vederlo, se non in rarissime occasioni. Sarà proprio questa condizione di limite ad evidenziare l'urgenza di immaginare altre strade relazionali, per portare la presenza del legame padre-figlia pericolosamente in bilico. I due avvieranno allora una corrispondenza (che attraverserà i confini grazie alla moglie). Si immagineranno nei panni dei protagonisti di un libro appena letto da entrambi. La corrispondenza annulla il mondo nel senso che lo mette sullo sfondo e presentifica gli affetti; mittente e destinatario immaginati come personaggi altri, vivono un'esperienza parallela che li rende registi unici della loro storia peculiare. Sempre per la figlia, Luigi realizzerà una collezione di cammei ricavati dai blister vuoti delle medicine. Li decorerà con dei pennarelli e li sagomerà con le dita, creando delle mascherine. Luigi costruisce una nuova narrazione di sé oltre il rifiuto sociale: dando nuova vita ai rifiuti ospedalieri, di fatto rifiuta il rifiuto. Lo scarto, l'oggetto sociale guasto difficilmente aggiustabile, diventando risorsa.

#### **Bibliografia**

- Kirchmayr, R. (cur.). (2007). *Jean-Paul Sartre: L'immaginario. Psicologia fenomenologica dell'immaginazione*. Torino: Piccola biblioteca Einaudi.
- Spada, G., & Spada, L. (2016). *Cinque globuli rossi*. Roma: Sensibili alle foglie.
- Valentino, N. (2017). *L'arte ir-ritata*. Roma: Sensibili alle foglie.

### ***30.2 - A leap into the vacuum: chronic pain***

#### **30.2 - Un salto nel vuoto: il dolore cronico**

**Elisa Paravati**

**Keywords:** *allodynia, chronic pain, fibromyalgia*

**Parole chiave:** *allodinia, dolore cronico, fibromialgia*

Quando si parla di malattie "moderne", si parla spesso di dolore. Il primo fu Cartesio, il quale riteneva che il dolore fosse un meccanismo di risposta ad uno stimolo. Si riteneva che lo stimolo arrivasse al cervello e causasse una riorganizzazione arrivando poi al corpo sotto forma di dolore. Pavlov cambia le cose. Egli considera il dolore come risposta appresa (cultura e esperienze), che può essere compensata dal condizionamento. Altri autori hanno scritto sul dolore ma, la teoria sicuramente più accreditata è la *Gate Control Theory (GTC)* (Melzack & Wall, 1965; American Society for Pain Management Nursing, 2010). La GTC

analizza gli aspetti fisiologici e quelli psicologici della propagazione del dolore. L'esperienza del dolore implica tre dimensioni distinte ma interconnesse: la prima fisiologica, che descrive il cammino dello stimolo doloroso attraverso le vie afferenti al SNC, la seconda, riguarda la dinamica di valutazione cognitiva collegata al processo di costruzione di significato dell'esperienza del dolore; la terza di natura psicologica, si riferisce al processo affettivo-emozionale, che dipende dai valori, dalle credenze, dalle esperienze del singolo individuo. Secondo la GTC esistono barriere (*gate*) in grado di controllare l'afflusso delle informazioni nervose: barriere che in condizioni particolari possono essere a loro volta inibite, favorendo la sensazione dolorosa e spesso la confusione di localizzazione. La teoria è alquanto complessa anche se, il concetto fondamentale della teoria del *Gate Control* si basa sul fatto che esiste un'interazione e modulazione tra le fibre nervose nocicettive e quelle non-nocicettive. A livello dei neuroni del midollo spinale, convergono diversi tipi di fibre. Ognuna porta informazioni sensitive di tipo diverso (principalmente tattili, termiche, propriocettive, cinestesiche e dolorifiche): il neurone deve essere quindi in grado di discriminare tra i vari tipi di sensibilità e di assegnare una "priorità" diversa a ciascuno di essi, in modo da produrre a livello cerebrale un'informazione chiara. Il dolore può essere distinto in acuto e cronico. Il dolore acuto è il risultato di lesioni dei tessuti, come quelle dovute a traumi o interventi chirurgici, scompare appena la lesione guarisce e il paziente riprende le normali attività. Il dolore cronico, invece, è un dolore che dura oltre il normale periodo di guarigione di 3-6 mesi ed è il risultato di potenziali lesioni o danni ai tessuti. Esso può esistere anche in assenza di danno. Il paziente subisce un cambiamento nelle normali attività: il dolore cronico, è oggi uno dei problemi sanitari più gravi, ma poco conosciuto e affrontato. Le statistiche dimostrano che il dolore cronico ha un impatto negativo sulla qualità della vita.

È stato riconosciuto a livello mondiale che il dolore è una condizione che incide fortemente sulla qualità della vita dei pazienti e deve essere la priorità di ogni sistema sanitario nazionale. Il dolore cronico produce nel paziente, un complicato insieme di cambiamenti fisici, psicologici e sociali e grava pesantemente sulla società. Pertanto, dal nostro punto di vista possiamo cercare di affrontare il problema in un'ottica più olistica e più mirata al benessere globale della persona, piuttosto che alla diminuzione del sintomo. Riassumendo. Il dolore è un'esperienza soggettiva, influenzata da fattori culturali, dal significato della situazione specifica e da altre variabili psicologiche. I processi del dolore non cominciano con la semplice stimolazione dei recettori. Ferite e malattie producono segnali neuronali che entrano in relazione con il sistema nervoso con esperienze passate, cultura, ansia e depressione. Questi processi mentali partecipano attivamente nella selezione, astrazione e sintesi delle informazioni che provengono dagli input sensoriali. Il dolore, quindi, non è semplicemente il prodotto finale di un sistema di trasmissione sensoriale, ma è un processo dinamico che produce continue interazioni tra sistema nervoso e processi infiammatori. Da sempre il dolore cronico è stato affrontato come sintomo secondario, a volte come disturbo psicogeno e psicosomatico. Ultimi studi hanno descritto il dolore cronico non più come un sintomo, ma come una vera e propria malattia. Tra questi il dolore Neuropatico periferico, raffigura una vera e propria patologia che, a quanto pare, si sta diffondendo velocemente. Tale patologia esibisce infiammazioni delle terminazioni nervose cutanee, composte da minuscole fibre nervose, preposte alla sensibilità cutanea (tatto, freddo, caldo, ecc.). Quando si innesca un'infiammazione, normalmente, il

nostro organismo sviluppa alcuni meccanismi che sono in grado di arrestarla. Quando l'ipersensibilità delle fibre infiammate si trasforma in dolore parliamo di: Allodinia, cioè di «dolore suscitato da uno stimolo che normalmente non è in grado di provocare una sensazione dolorosa» (Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain, 1994). I muscoli si presentano contratti, a volte immobilizzati, il dolore percepito può variare da: un senso di trafittura, al bruciore, al dolore, al prurito, ecc. La varietà di sintomi spesso rende difficile la diagnosi; infatti non vengono riconosciuti come sintomi della cute, l'attenzione del curante, si concentra esclusivamente sul dolore muscolare. La diagnosi diventa difficile e spesso la conclusione è che il sintomo è su base psichica (Baron, Binder, & Wasner, 2010). A causa dell'infiammazione delle fibre nervose, si altera la sensibilità per cui lo stimolo (anche se debole) viene avvertito in modo più forte, fino a sentire dolore. In alcune forme gravi si avverte bruciore al semplice sfioramento della cute o delle mucose. Va sottolineato che un paziente può presentare una o più aree di Allodinia; per tale motivo, a seconda della sede colpita, è stata creata una classificazione. Di seguito sono elencate alcune Allodinie.

Penodinia: la localizzazione è il pene. È una forma rara (sottodiagnosticata per paura del giudizio). Spesso viene diagnosticata come Herpes genitale. Il paziente avverte bruciore, a volte intenso prurito.

Coccigodinia: la localizzazione è il coccige. È un disturbo caratterizzato da dolore nel tratto terminale della colonna vertebrale.

Tricodinia: questa forma di Allodinia colpisce il cuoio capelluto, consiste in un persistente fastidio o dolore localizzato sulla superficie dello stesso. A volte i pazienti hanno la sensazione di "aver dolore ai capelli". È una patologia che colpisce in particolare le donne. L'origine è una microinfiammazione dei follicoli piliferi; la causa è poco chiara.

Vulvodinia: è una delle patologie sottodiagnosticate. Sono molte le donne che soffrono di disturbi ai genitali esterni (Vulva) ma fanno fatica a parlarne, altre credono sia normale. La Vulvodinia è uno stato dolorifico cronico che crea estremo disagio, e può durare tutta la vita. I sintomi sono: una sensazione di trafittura, punture di spilli, bruciore intenso, irritazione protratta, dolore durante il rapporto sessuale.

Fibromialgia: è una sindrome dolorosa cronica, che colpisce muscoli, tendini, tessuto adiposo, ecc. La FMG è una sindrome molto "sfuggente", con sintomi molto comuni che appaiono anche nella popolazione sana. Pertanto è sottodiagnosticata. Spesso viene confusa con stati nevrotici.

### **Bibliografia e sitografia**

- Melzack, R., & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971-979. doi:10.1126/science.150.3699.971
- American Society for Pain Management Nursing. (2010). *Core curriculum for pain management nursing* (2. ed.; a cura di B. St. Marie). Dubuque: Kendall Hunt Publishing.
- Baron, R., Binder, A., & Wasner, G. (2010). Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. *The Lancet Neurology*, 9(8), 807-819. doi:10.1016/S1474-4422(10)70143-5
- Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain (1994). *Classification of Chronic Pain. Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (a cura di H. Marseky, N. Bogduk; 2. ed.). Seattle: IASP Press. Disponibile da: <https://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>



**30.3 - Cancer and identity: the role of extraordinary experiences  
in the modification of identity and relational theories**

**30.3 - Cancro e identità: il ruolo delle esperienze straordinarie  
nella modificazione delle teorie identitarie e relazionali**

**Elena Pasquin, Paola Castellan**

**Keywords:** *cancer, identity, psychological wellbeing*

**Parole Chiave:** *cancro, identità, benessere psicologico*

Nonostante i numerosi e significativi progressi scientifici in ambito oncologico, che hanno determinato un netto miglioramento degli approcci terapeutici e un aumento della sopravvivenza dei pazienti, il cancro resta a tutt'oggi una delle malattie a più ampia diffusione ed una delle principali cause di morte. Nel momento in cui ci chiediamo se esiste un luogo, un linguaggio per rappresentare il processo del morire, non possiamo evitare di far cenno alla malattia oncologica che, per le sue caratteristiche, appare un osservatorio privilegiato per poter cogliere l'irruzione della morte nella nostra vita. Una morte che non è solo biologica ma che spesso è preceduta da morti parziali ovvero da perdite, separazioni e modificazioni fisiche, sociali, emotive e relazionali (Morelli, 1999). Per questi motivi, il cancro, a prescindere dalla sua curabilità, evoca profonde angosce che non hanno uguali rispetto a nessun'altra malattia. Le malattie come il cancro, dunque, non si verificano solo nel corpo ma, anche, nella vita, nel tempo, in un contesto, nella famiglia, nel mondo sociale e nella storia.

In effetti, così come molti sforzi sono stati diretti alla ricerca di cure per il cancro come affezione biologica, negli ultimi anni altrettanta energia è stata impiegata nel tentativo di "curare" il cancro come malattia. Sul cancro si rivela, infatti, un'esuberante produzione di metafore cariche di tenaci pregiudizi e di fantasmi di antiche paure. È il linguaggio metaforico che si incarica di veicolare, in forme sempre mutevoli, la nozione invariata di malattia come destino mortale, che investe i comportamenti e la psicologia dei singoli e dei gruppi (Sontag, 1979).

La malattia, nella sua inscindibile globalità, è influenzata in modo significativo da dinamiche ed esperienze psicologiche spesso sottovalutate: la mancata considerazione degli aspetti psichici ed emozionali rischia di amplificare i sentimenti di disagio, solitudine e dolore non solo del paziente e del suo contesto familiare, ma anche dell'équipe che si occupa dell'assistenza medico-infermieristica al malato oncologico stesso.

È necessario, quindi, confrontarsi con il concetto di vissuto, per cercare di comprendere i significati che tale termine assume rispetto alla malattia, un momento estremamente critico in cui, per il paziente, si fa ancora più difficoltoso conservare, ed essere riconosciuto, in un ruolo attivo. La ragione risiede, principalmente, in due ordini di motivazioni: l'una relativa al piano intrasoggettivo del malato (i significati che la persona attribuisce all'esperienza della malattia in quello specifico momento di vita e rispetto la sua storia biografica), l'altra a quello intersoggettivo del rapporto tra il malato e il suo contesto socio-relazionale.

La manifestazione di una malattia comporta un mutamento degli equilibri precedenti ed una situazione di crisi. Un cambiamento riguarda l'acquisizione di una nuova etichetta identitaria: il divenire paziente, colui del quale ci

si deve prendere cura; le credenze e le autorappresentazioni della persona relative al ruolo e la rappresentazione cognitiva e affettiva dell'esperienza di malattia assumono connotazioni dello smarrimento del senso della propria esistenza (Lanfranchi & Pagliaro, 2002). La persona che diventa paziente è costretta a rivedere profondamente il rapporto con il proprio corpo che ritorna ad essere osservato, scrutato e controllato come mai prima. Si fa riferimento, quindi, ad un concetto chiave qual è quello di crisi, come «...momento di cambiamento, rottura dell'equilibrio precedente, nell'ambito del quale possiamo distinguere tre momenti: l'esplicitazione del problema, la mobilitazione della rete sociale prossima al paziente (familiari, curanti), lo sviluppo di un nuovo equilibrio attraverso l'individuazione di soluzioni adattive e l'accettazione del cambiamento» (Morasso & Di Leo, 2002, p. 4). Il cancro ha tuttora, oltre che una sua realtà clinica, con i pur notevoli progressi terapeutici, una sua "mitologia" carica di metafore di un vero e proprio viaggio tra le strade tortuose della malattia. La stessa diagnosi porta con sé, in grande percentuale, una reazione da shock traumatico, che innesca un processo di crisi esistenziale, con la percezione di una transizione brusca verso una malattia minacciosa per la vita, potenzialmente carica di prolungate sofferenze, nonché caratterizzata da possibili trasformazioni di ruolo e di identità oltre ai cambiamenti corporei. Questa percezione di "frattura", nel senso di continuità dell'esperienza di sé, è radicata su una delle emozioni umane più basilari: la paura. La paura dell'ignoto, di quello che può esserci oltre, la paura della solitudine, dell'isolamento e dell'abbandono, la paura di perdere il proprio corpo, la propria integrità, autonomia ed identità, la paura di perdere l'autocontrollo, di essere in balia degli altri, la paura del dolore e della sofferenza, delle cure e dei loro effetti collaterali, la paura di non riuscire a dare un senso completo alla propria vita, di essere sommersi dall'angoscia della morte (Buckman, 1992). Ovviamente gli effetti secondari della terapia giocano la loro parte nel consolidare la percezione del passaggio "dall'esser sani all'essere malati" come frattura del senso di continuità dell'esperienza di sé. Vissuti emotivi, atteggiamenti e strategie di adattamento non sono intesi come costrutti generalizzabili, ma sono considerati come espedienti linguistici per comprendere il patrimonio originale e unico di ogni singolo paziente, in base alla propria storia e alle precedenti esperienze di malattia e quindi alle rappresentazioni di significato riferite alla propria esperienza, alla gravità e intensità dei sintomi, alle risorse personali e dell'ambiente familiare e sociale. Significativi, inoltre, sono l'insieme dei valori espressi da una persona, tra cui non ultimi quelli religiosi o spirituali in senso lato.

Il vissuto del malato oncologico, dunque, non si identifica solamente con gli aspetti organici della malattia, ma risulta essere una combinazione unica e soggettiva di reazioni psicologiche e vissuti emozionali, a loro volta fortemente influenzati da variabili quali le credenze, le aspettative e le esperienze dell'individuo. È su queste basi che si è sviluppata un'attenzione specifica verso le variabili psicosociali connesse alla prevenzione e alla cura dei tumori, in associazione alla necessità di una comprensione allargata e globale delle malattie neoplastiche, come epifenomeno di processi somato-psichici e interpersonali (Grassi & Morasso, 1999).

Alla luce di queste considerazioni nasce il presente lavoro che ha come obiettivo l'analisi del cambiamento di alcune dimensioni rilevanti all'interno della teoria identitaria in pazienti oncologiche che hanno partecipato come modelle ad una sfilata organizzata dall'Associazione Oncologica San Bassiano Onlus.

Tale evento è nato per far vivere a tutte queste donne, che si conoscono e riconoscono solamente per il ruolo dato loro dalla malattia (quello di pazienti), un'esperienza straordinaria che mettesse in discussione la loro coerenza identitaria, riscoprendosi anche e ancora donne il cui corpo continua ad essere simbolo di bellezza. La raccolta dei dati è stata effettuata attraverso un'intervista semistrutturata creata ad hoc che indaga le seguenti dimensioni: il significato dato alla malattia, il vissuto corporeo, le relazioni interpersonali e la dimensione della femminilità. Tale strumento è stato somministrato prima e dopo l'esperienza della sfilata ed è stato analizzato attraverso il calcolo delle frequenze delle risposte date a ciascun item delle variabili in essa considerate. Il campione è composto da 37 pazienti oncologiche in diversi stadi di malattia. L'analisi è ancora in corso e si concluderà a settembre 2017 dopo la seconda edizione della sfilata.

### **Bibliografia e sitografia**

- Lanfranchi C., & Pagliaro G. (2002). Gli interventi psicosociali e la qualità della vita del paziente oncologico. In A. Salvini, & N. Galieni (a cura di), *Diversità, devianze e terapie. Strumenti, ricerche e interventi in psicologia clinica*. Padova: Uppesel Domeneghini Editore.
- Morelli, G. (1999). Il dilemma della comunicazione di diagnosi e prognosi al paziente oncologico: malattia e morte si possono "dire"? *Informazione, psicologia, psicoterapia, psichiatria*, 36-37, 26-45. Disponibile da: <http://test.in-psicoterapia.com/wp-content/uploads/2013/05/Il-dilemma-della-comunicazione-di-diagnosi-e-prognosi-al-paziente-oncologico.pdf>
- Ruggiero, G. (2004). Gli universi del soma. La malattia oncologica come narrazione familiare. In M. Mariotti, F. Bassoli, & R. Frison, *Manuale di psicoterapia sistemica e relazionale*. Padova: Edizioni Sapere.
- Sontag, S. (1979). *Malattia come metafora: il cancro e la sua mitologia* (E. Capriolo, trad.). Torino: Einaudi.

## **30.4 - Parental hope in children with Duchenne muscular dystrophy disease**

### **30.4 - "L'accettazione costruttiva" nei genitori di ragazzi con distrofia muscolare di Duchenne**

**Daniele Ghezzi**

*Keywords: dystrophy, cronic illness, acceptance*

*Parole chiave: distrofia, malattia cronica, accettazione*

La Distrofia Muscolare di Duchenne (DMD) è la più comune forma di distrofia che colpisce un individuo nel periodo della fanciullezza, è geneticamente determinata, incurabile e progressiva.

L'assenza nel muscolo della proteina distrofina, codificata dal gene DMD, porta ad un progressivo impoverimento delle funzioni motorie e, dal suo esordio, inizia una perdita della capacità di deambulazione in autonomia che porta, nella prima adolescenza, ad aver necessita della carrozzina. Durante il decorso possono insorgere impoverimento cognitivo e complicanze cardiache e/o respiratorie. La patologia è uniformemente fatale.

La condizione di DMD è stata descritta da Nereo, Fee e Hinton (2003) come una «complessa condizione cronica ad esito infausto» che per le sue caratteristiche intrinseche e per la traiettoria di malattia mette a dura prova le capacità di adattamento cognitivo del soggetto portatore e dei famigliari che se ne prendono cura. La traiettoria della patologia, con i suoi picchi ed avallamenti, risulta essere una forte causa di stress

per coloro che se ne prendono cura, allontanandoli da scelte di convivenza con la patologia di tipo evolutivo-costruttivo portando, *post-mortem*, a possibili situazioni di lutto complicato.

In accordo con le ricerche di Kim, Kim, Schwartz-Barcott e Zucker (2006) sul ruolo fondamentale dell'“accettazione costruttiva” (*hope*), inteso come stato positivo di adattamento evolutivo alla situazione, si è condotto uno studio sottoponendo ad un test semistrutturato (Samson et al., 2009) 14 famiglie venete che hanno avuto in passato (+16 mesi) un decesso per DMD.

Esistono ovvie difficoltà nella definizione e nel significato operativo del concetto di *hope*, poiché si deve tener conto della sua dinamicità, che può essere positiva o negativa, delle sue due dimensioni, cognitiva e socio-ambientale, nonché di quel senso intangibile associato alla spiritualità.

Quattro processi (Farren et al. 1992) concorrono nel significato di *hope*: un processo sperimentale, un processo spirituale, uno razionale ed uno relazionale.

Il primo viene riferito al fatto che ogni individuo, data una realtà, è ultimo decisore di quei cambiamenti che impongono una direzione alla propria esistenza, il secondo implica che un processo di “accettazione costruttiva” trascende la realtà materiale che possiamo osservare, il terzo processo, razionale o cognitivo, fa riferimento alla costruzione del concetto di *hope* che viene fatto su tanti piccoli “traguardi” e l'ultimo aspetto implica la sua costruzione in relazione al proprio senso di appartenenza ad un contesto socio ambientale. L'individuo può avere un'“accettazione costruttiva” del vissuto di malattia perché è libero, responsabile, trascendente e sociale.

La presenza di una *hope* positiva diviene un prerequisito essenziale di *coping* familiare e di adattamento alla malattia mentre una sua assenza porta ad un impatto negativo della realtà che diviene principio di mal'essere fisico e psicologico.

Lo studio, che si propone di indagare su eventuali problemi di lutto complicato, mette in evidenza che, tanto più, il costruito dell'accettazione positiva viene meno lasciando posto ad atteggiamenti di rassegnazione e sconfitta, *coping* negativo, tanto più aumenta nei familiari la presenza di episodi riconducibili ad un lutto complicato.

## **Bibliografia**

- Jacob, P. (1989). Current approach to Duchenne muscular dystrophy. *Med North Am*, 34, 6301-6303.
- Nereo, N.E., Fee, R.J., & Hinton, V.J. (2003). Parental stress in mothers of boys with Duchenne muscular dystrophy. *Journal of pediatric psychology*, 28(7), 473-484. doi:10.1093/jpepsy/jsg038
- Kim, D.S., Kim, H.S., Schwartz-Barcott, D., & Zucker, D. (2006). The nature of hope in hospitalized chronically ill patients. *International Journal of Nursing Studies*, 43(5), 547-556. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.07.010
- Samson, A., Tomiak, E., Dimillo, J., Lavigne, R., Miles, S., Choquette, M., Chakraborty, P., & Jacob, P. (2009). The lived experience of hope among parents of a child with Duchenne muscular dystrophy: perceiving the human being beyond the illness. *Chronic Illness*, 5(2), 103-114. doi: 10.1177/1742395309104343

## **30.5 - Creativity in the end of life: a generative path beyond the confines of the self**

### **30.5 - La creatività nel fine-vita: un percorso generativo oltre i confini del sé**

**Rosaria Ruffini**

**Keywords:** *creativity, end-of-life, identity*

**Parole chiave:** *creatività, fine-vita, identità*

Il malato terminale è genericamente considerato dalla società come una persona senza futuro e prospettive, a “vitalità ridotta”. Il suo corpo sembra essere associato ad un’idea di decadenza che lo allontana dalla vita, dalla produzione vitale e dalla fertilità intesa come capacità di generare non solo biologicamente, ma soprattutto idealmente. Contrariamente a questa visione stereotipata, l’intervento vuole render conto della vitalità creativa, spesso senza pari, che in molti casi emerge in fase terminale. In particolare si porteranno alcuni esempi di produzioni artistiche concepite in fase terminale e legate alla trasfigurazione della malattia e della morte. Verrà proposta una ridotta selezione di artisti noti, rappresentanti di diverse generi – teatro, arte visiva, cinema, musica – che hanno trasformato la loro fase terminale in arte, affrontando la morte attraverso gli strumenti offerti dalla loro identità artistica : David Bowie e il suo ultimo disco *BlackStar* (2015), Leonard Cohen e il disco *You want it darker* (2016), Marcello Mastroianni e la sua ultima interpretazione teatrale ne *Le ultime lune* (1995), Brion Gysin e il suo ciclo pittorico *Calligraphiti of Fire* (1986), l’ultima regia di Derek Jarman *Blue*, gli ultimi spettacoli di Dario Fo (2016) e di Mariangela Melato (2012), l’ultima interpretazione di Sotigui Kouyaté nel film *London River* (2009) che gli vale l’Orso come miglior attore protagonista al Festival di Berlino. Verranno riportate le loro testimonianze tratte da diari e interviste e, se tecnicamente possibile, verranno mostrati alcuni estratti audio e/o video delle loro ultime opere.

Tutti i casi sopracitati sono i risultati di creazioni molto “fisiche” in cui il corpo è centrale e rappresenta il motore e il generatore della realizzazione. I limiti fisici del corpo malato vengono oltrepassati, ma presentati, senza fatica e senza affanno: alcuni attori ormai non deambulanti stanno in piedi in scena per molto tempo senza apparente difficoltà (un caso limite fu la maratona teatrale di due ore di azioni, canti e mimo che Dario Fo regalò al suo pubblico a poche settimane dalla morte sopraggiunta per patologia oncologica). E se gli attori agiscono con energia in scena, i cantanti dimostrano una limpidezza e una precisione vocalica eccezionali, anche quando affetti da ridotta capacità polmonare. Gli artisti visivi, come Brion Gysin, riescono a portare a termine estenuanti lavori di manualità, nonostante il corpo minato da operazioni e dolori.

Osservando questo processo artistico e la produzione che ne emerge, la fase terminale sembra essere qui uno stato di grazia, una sorta di trascendenza che supera la profonda sofferenza fisica. È soprattutto una condizione da cui si intravede oltre, un bagliore di bellezza prima non accessibile. Durante la sua malattia, Brion Gysin scriveva a William Burroughs: «*I have decided to finish my life’s work. Like the Old Chinese Painter I intend to work on to the point where I can bow three times and disappear into my picture.* [Ho deciso di

finire l'opera della mia vita. Come il Vecchio Pittore Cinese, voglio lavorare fino al punto in cui io posso inchinarmi tre volte e sparire nella mia immagine]» (citato in Geiger, 2005).

La determinazione a creare prevale su tutto, così come la volontà a trasmettere l'ultima dichiarazione vitale, sintesi di forza e lucidità. L'avvicinarsi alla morte crea uno stato di chiarezza e di sensibilità luminosa che apre a dimensioni future. Questa ultima fase creativa è caratterizzata dalla varietà di forme e linguaggi e da una dinamica generativa superiore a quella dimostrata nell'epoca pre-malattia. Si crea qui un'identità nuova che oltrepassa l'identità precedente e inaugura una nuova nascita. Anche l'opera si allontana dagli stili e dalle maniere artistiche che avevano caratterizzato il percorso artistico precedente, sorpendendo con soluzioni mai formali né strutturate, che incrociano generi e temi in una sintesi di grande libertà. Si assiste a una vera e propria reinvenzione del sé e di tutto il processo artistico. Come insegna l'antico testo giapponese sull'arte dell'attore del XV secolo, *Fushi-kaden*: La trasmissione del fiore dell'interpretazione, quando il corpo si dirige verso la morte «il fiore che appare allora è il fiore autentico» (Zeami, 2012).

### **Bibliografia**

Geiger, J. (2005). *Nothing Is True-Everything is Permitted: The Life of Brion Gysin*. New York: The Disinformation eds.

Zeami, M. (2012). *Lo spirito del fiore. Fushikaden. L'arte del Nô*. Roma: Edizioni Mediterranee.

## **SEVENTH PARALLEL SESSION**

## **SETTIMA SESSIONE PARALLELA**

### **Chapter 31 – Narration of death between the West and the East**

### **Capitolo 31 – La narrazione della morte tra Occidente e Oriente**

#### **31.1 - Death and writing: technical resurrection tests**

#### **31.1 - Lutto e penna: prove tecniche di resurrezione**

**Giulio Maffii**

*Keywords: death, poetry, anthropology*

*Parole chiave: lutto, poesia, antropologia*

L'antropologia e la poesia sono due discipline che si interfacciano e si alimentano a vicenda. Entrambe hanno studiato a fondo gli aspetti tanatologici dell'uomo: i rapporti morte-vita, la morte che ungarrettianamente si sconta vivendo, l'angoscia e la depressione del vivere, la via d'uscita e di resurrezione nella scrittura, o nella ri-scrittura – come Eliot (2000) intende – con la capacità di cambiare il “copione” del lutto (Recalcati 2009). Ciò lo si trova non soltanto in *The waste land*, ma anche in altre produzioni del poeta anglo-statunitense, come i *Quattro quartetti* e nell'opera saggistica *Il bosco sacro* (Eliot, 2000). I suoi frammenti di voci si sovrappongono come un antico coro greco che interagisce con il portavoce dei versi: il poeta. Il narratore in

versi diviene soggetto antropologico portatore e porgitore di miti, paure, di evocazioni luttuose, diviso tra l'apotropaico e l'incognita dubbiosa.

Una libera rilettura della storia della poesia diventa un viaggio nelle mappe del dolore; utilizzando le opere di alcuni autori, si arriva a capire il meccanismo d'angoscia tout court, generato da un mondo altro paradossalmente visibile nella propria inconcretezza. Psiche e penna. Narrare in versi è mezzo apotropaico di conoscenza; la poesia è "medium" nella duplice accezione del suo significato: tramite e strumento, una risalita dall'Ade per giungere ad un inferno moderno, tangibile, dove le ombre si sommano alla luce. Dai racconti epici greci, con Omero preso a modello, ai gironi danteschi dove morti, vivi e semi-vivi dialogano (Alighieri, 2014). In tutte le culture il copione del lutto replica la sua scena ineluttabile: il dialogo dio-uomo. Le anime hanno perso gli affetti, la terra, le radici da cui trarre sostanza per una elaborazione. Spetta al poeta risanare la ferita, attingendo alle fonti storiche e alla Storia dell'uomo. Da Francois Villon e i suoi impiccati - nei quali trova una salvezza dell'anima attraverso la carità laica, una sorta di pseudoautoanalisi - ai metafisici inglesi - con John Donne in testa e il tentativo di capire il dolore della morte viva, unendo il sacro ed il profano - fino a giungere ad Eliot (2000) con la sua morte per acqua e tutti i simboli impliciti e non, che esemplificano ed amplificano la caduta dell'uomo moderno e il suo vivere morendo. *The waste land* (Eliot, 2000), il capolavoro poetico del 900, è un concentrato di frammenti dove si celebra la Storia e l'ontologia umana, la natura mortifera e angosciata dell'uomo. Il *Tema dell'addio*, in cui De Angelis racconta lo stillicidio del dolore per la morte della persona amata, con un'elaborazione costante della pena quotidiana. *Tersa morte* dove Benedetti parla di malattie senza speranza ma non solo. Questi stessi argomenti sono stati trattati anche nella mia produzione poetica nel corso degli anni ed in particolare in *Misinabi* (Maffii, 2014): una narrazione in versi mutuata dai miti di morte degli Indios Taino, e in *Arische rasse. Novella di guerra*, testo sul dolore ineluttabile della guerra, basato su di una storia familiare realmente accaduta.

Percorsi in cui storia, antropologia e poesia mostrano come la versificazione contenga valenze di riflessione umana, di un sé angosciato e angosciante, ma teso sempre ad una conoscenza e ad una agnizione benefica, rigenerante, per superare traumi e paure in una scrittura positivamente indirizzata. Lo scopo è trasfigurare il proprio sé *patiens in triumphans*, inteso come sopra-vivenza e possibilità di crescita e cambiamento.

### **Bibliografia**

Alighieri, D. (2014). *Inferno*. Milano: Garzanti.

Eliot, T.S. (2000). *Opere*. Milano: Bompiani.

Maffii, G. (2014). *Misinabi*. Milano: Marco Sava Edizioni.

Recalcati, M. (2009). *Lavoro del lutto, melanconia e creazione artistica*. Alberobello: Poesis.

### **31.2 - Nullifying Nihilism:**

#### ***Shadows of Nothing and Performative Contradictions in Pirandello's Metatheatre***

### **31.2 - Nichilismo nullificante(si):**

#### **Ombre del nulla e contraddizioni performative nel metateatro pirandelliano**

**Francesco Chillemi**

**Keywords:** *nihilism, metatheatre, contradiction*

**Parole chiave:** *nichilismo, metateatro, contraddizione*

This paper addresses the tenets of nihilism by examining, from a philosophical perspective, Luigi Pirandello's trilogy of metatheatre (comprising *Six Characters in Search of an Author*, 1921/25; *Each in His Own Way*, 1924/33; and *Tonight We Improvise*, 1930). In general terms, my inquiry into Pirandello's plays aims to shed a light on the identity crisis of contemporary Western civilization – which nowadays appears to be devoid of meaning, essentially exhausted by scientific rationales, and nihilistically defined by the effects of its globally dominant technology. More specifically, I contend that the 'performative power' of such theatrical works can provide insight into the impasse of twentieth-century and contemporary thought (in its oscillation between a skeptical descent *and* a post-philosophical, techno-scientistic attitude).

The paper is divided into three parts. The first one focuses on the distinctive narrative and scenic elements of Pirandello's plays. Based on Monika Fludernik's typology of metanarration (Fludernik, 2003), I intend to demonstrate how the employment of metafictional (story-level), metanarrational (discourse-level) and metatheatrical (performance-level) devices serves the dual purpose of staging the fragmentation of the Self and exposing the crisis of aesthetic representation.

The second part investigates how such anti-mimetic strategies overturn the relationship between (theatrical) illusion and reality. Not only does the multiplication of fictional levels blur the boundaries between the framing narrative and the framed one; it also triggers a sort of suspension of the "suspension of disbelief". Suddenly, theatre is no longer the *locus* where the simulation of a fictitious reality takes place; rather it ends up exposing reality itself (and its epistemic foundations) as inconsistent, as "a form of simulation" (Grande, 1999), a deceptive illusion which is doomed to collapse. In philosophical terms, that means: "every belief, every act of taking something to be true, is necessarily false: because there is no world of truth at all" – as Nietzsche contends in *The Will to Power* (Nietzsche, 1883-1888/2017).

Lastly, the third and crucial part is devoted to exploring the counterintuitive implications of my analysis of Pirandello's works. I suggest that the self-reflective and *self-reflexive* nature of these plays makes the inconsistencies of nihilism to emerge. Following Emanuele Severino's definition and critique of nihilistic thought as elaborated in *Essence of Nihilism* (Severino, 1972/2016), I advance that the very negation of reality as such (which, in Severino's terminology, corresponds to the negation of "beings as such" – since, according to Western tradition, they would come from nothing and would be destined to return to nothing) and its



identification with its opposite, namely illusion, eventually proves to be a self-refuting assertion. By suspending the suspension of disbelief, the plays themselves, as fictional representations, cannot but disappear. As a result, they performatively restore precisely what they were meant to abolish. Indeed, what remains in front of the spectators is the real act of performing, which shows itself to be the condition of possibility of any play, including those which stage the denial of reality as such.

#### References

- Grande, M. (1999). Pirandello and the theatre-within-the-theatre: thresholds and frames in *Ciascuno a suo modo*. In G. Biasin & M. Gieri (a cura di), *Luigi Pirandello: Contemporary Perspectives* (pp. 53-63). Toronto, Buffalo & London: University of Toronto Press.
- Fludernik, M. (2003). Metanarrative and Metafictional Commentary: From Metadiscursivity to Metanarration and Metafiction. *Poetica*, 35(1/2), 1–39. Disponibile da: <http://www.jstor.org/stable/43028318>
- Nietzsche, F. (2017). *The Will to Power*. London: Penguin Classics. (Originally printed in 1883-1888)
- Severino, E. (2016). *The Essence of Nihilism (a cura di A. Carrera & I. Testoni; G. Donis, trad.)*. London & New York: Verso Book. (Originally printed in 1972)

### **31.3 - Cremation: a rite of passage to a new dimension**

#### **31.3 - Il passaggio per una nuova dimensione**

**Maria Angela Gelati**

**Keywords:** *cremation, crematorium, remains*

**Parole chiave:** *cremazione, crematori, resti umani*

La recente e innovativa considerazione da parte della società occidentale del rito della cremazione quale scelta alternativa rispetto alla tradizionale sepoltura, ha valorizzato e implementato l'istituto del cerimoniere. Da qualificato operatore rituale, il cerimoniere acquisisce l'ufficialità, mai prima riconosciuta, di interpretare ed individuare le modalità più adatte nel processo di allontanamento dalle spoglie del defunto, attraverso la composita concretizzazione del rito, le cui fasi identificano e definiscono l'organizzazione e la realizzazione della cerimonia del commiato.

La specifica formazione e la capacità di valutare ciò che è più consono rispetto alla situazione complessiva, determina nel cerimoniere la non semplice determinazione a farsi carico della scelta, nel rispetto delle volontà del defunto, di ciò che è più consono a valorizzare la fine di un'esistenza.

Il rito della cremazione, che con l'intervento del cerimoniere potrebbe divenire un modo simbolico per impresiosire e rendere più significativo l'inizio di una nuova esistenza, acquisirebbe un diverso significato legato ad una più personale visione del processo di decomposizione, molto simile a quello della cultura indiana, quale passaggio fondamentale per permettere all'anima di raggiungere - forse il più rapidamente possibile - una nuova dimensione.

## **Bibliografia**

- Capone, C. (2004). *Uomini in cenere. La cremazione dalla preistoria ad oggi*. Roma: Editori Riuniti.
- Davies Douglas, J. (2001). *Morte, riti, credenze. La retorica dei riti funebri* (G. Fubini, trad.). Torino: Paravia Scriptorium.
- Di Nola, A.M. (2006). *La nera signora. Antropologia della morte e del lutto*. Roma: Newton Compton.
- Gelati, M.A. (2012). Riti funebri e nuove funzioni: il cerimoniere. In I. Testoni, *Dopo la notizia peggiore. Elaborazione del morire nella relazione* (pp. 371-382). Padova: Piccin.

### ***31.4 - Time of reception, time of inclusion***

#### **31.4 - Tempo di accoglienza, tempo di inclusione**

**Nicola Policicchio**

***Keywords:*** migration, identity, interaction

***Parole chiave:*** migrazione, identità, interazione

Il concetto di tempo acquista diverse valenze nelle differenti culture, ma anche all'interno dei diversi momenti personali: l'esperienza del tempo non ha caratteristiche omogenee.

Nell'ambito dei progetti di accoglienza per migranti richiedenti/titolari di protezione<sup>1</sup>, ci si trova quindi a dover confrontare, oltre ad una molteplicità di altre differenze, tempi culturali e soggettivi dissimili. Ci si trova, inoltre, nella necessità di tentare di intrecciarli con i tempi istituzionali che seguono proprie logiche e scadenze, non sempre apparentemente ragionevoli e coerenti tra ciò che viene previsto e quello che effettivamente viene realizzato.

In questo contesto si incontrano ed interagiscono operatori e beneficiari dei progetti che sono portatori di idee ed obiettivi diversi, che necessitano di negoziare le proprie relazioni anche rispetto alla dimensione del tempo. Infatti, le interazioni del presente vengono influenzate in maniera fondamentale, ed in alcuni casi sono quasi completamente determinate, dalle rappresentazioni rispetto al tempo passato ed alle prospettive riguardanti il futuro: basti pensare, infatti, che la stessa procedura per il riconoscimento della protezione internazionale richieda la ricostruzione del passato e si fondi sul timore ragionevole per il futuro.

Per l'operatore spesso esiste una difficoltà ad armonizzare i tempi ragionevoli secondo la propria prospettiva soggettiva (personale, professionale, ideologica), con le scansioni determinate dalla struttura e dal contesto sociale ed istituzionale in cui viene prestato il servizio.

Nella pratica, le richieste temporali che vengono fatte alle persone accolte tendono a mostrare aspetti potenzialmente antinomici: viene data ospitalità, favorendo la creazione di legami di attaccamento e fiducia e tuttavia, parallelamente, viene ricordata la temporaneità del progetto e la conseguente necessità di allontanamento; si creano lunghe attese che investono diversi aspetti della vita (sanitario, legale, di

---

<sup>1</sup> Queste riflessioni partono dalla esperienza di diversi progetti SPRAR e CAS conosciuti come consulente o supervisore

inserimento...), ma contemporaneamente le attività vengono scandite da continue e non sempre comprensibili scadenze.

In questo contesto costellato di elementi potenzialmente caotici viene tuttavia sollecitata la creazione di piani di coerenza narrativa, che si esplicano nel passato con la cosiddetta raccolta di memorie in vista della richiesta di protezione internazionale e si proiettano nel futuro con i piani individuali di autonomia. Entrambe queste narrazioni tendono a mescolare elementi del reale con quelli dell'immaginario, ponendo un costante piano di incertezza sulla veridicità e credibilità ed un parallelo scollamento, non sempre esplicitato, tra la funzione teorica ideale o formale e quella realmente messa in atto.

Queste parti attinenti, seppur da diverse prospettive, alla medesima storia si legano in maniera complessa ed influenzano reciprocamente le rappresentazioni, le interazioni e, in ultima istanza, le identità. Non è raro, infatti, assistere ad una sorta di soggiacente contraddizione tra un obiettivo dichiarato di autonomia dei beneficiari dei progetti e le modalità organizzative che sembrano indurre a frequenti condizioni di dipendenza da parte del sistema di accoglienza in associazione ad una comune difficoltà ad ospitare soggettività che si pongano in maniera critica, differente, anche in maniera conflittuale, dalla rappresentazione auspicata nei percorsi progettuali e nei desideri degli operatori. Tale discorso può essere declinato nelle rappresentazioni e nelle autorappresentazioni di tutti i soggetti coinvolti.

La temporalità diventa in questo caso un luogo privilegiato di confronto (o scontro) di desideri. In alcune situazioni più estreme un'emersione muta del disagio si manifesta attraverso un congelamento assoluto di persone che trascorrono giorni interi immobili o in maniera non finalizzata. Altre volte il tempo della elaborazione del proprio dolore interno cede il passo a quello della somatizzazione, dove i ritmi ed i messaggi del corpo non sempre restituiscono in maniera immediatamente evidente tempi e storia della sofferenza. Più frequentemente la temporalità diventa il luogo in cui il beneficiario sembra impantanarsi in una forma di inedia non cogliendo le occasioni proposte dal progetto a cui fanno da contraltare movimenti rivendicativi incapaci di accettare le attese organizzative a cui le diverse attività sono sottoposte. Se da una parte i significati dati al tempo e lo stravolgimento della percezione di temporalità caratterizzano stati che vengono interpretati classicamente come psicopatologici, le forme del disagio presenti in questi contesti si manifestano e si caratterizzano in modalità, che pur richiamando sindromi classiche, non si esauriscono in una medesima origine, significato e decorso, costringendo a ripensare e considerare in maniera più ampia le categorie della clinica e della relazione tra individui e nei confronti del sociale e dei cambiamenti e conflitti che produce (sia negli aspetti psichici che sociali).

Un ulteriore livello in cui tutto questo intreccio si incastona è infatti quello del tempo storico. Questa dimensione si dispiega in ciascuno dei migranti che a partire da situazioni di origine differenti si trova proiettato, nella sua ricerca di un futuro migliore, in un campo nuovo in cui le regole sociali e le scansioni temporali non coincidono con quelle da lui possedute. Questo influenza in maniera forte anche le cosiddette seconde generazioni ed in generale si muove anche su un piano transgenerazionale. Allo stesso tempo anche

la società ospite si evolve continuamente attraversata dalle dinamiche sociali e correnti contemporanee di difficoltà, paure, risorse, desideri.

Si evidenzia quindi la costituzione di un campo complesso in cui interagiscono una molteplicità di storie e di portatori di interessi, offrendo la possibilità di vedere con particolare chiarezza alcune contraddizioni che non sono riducibili ai singoli soggetti, ma che hanno un carattere più universale ed interrogano sui significati profondi e condivisi quali fondamenta della vita in comune nelle proprie regole e nei propri valori costituenti. Tutto questo non avviene in maniera innocua: ogni mutamento della propria identità espone potenzialmente a momenti di angoscia e di incertezza. Ogni confronto significativo con identità diverse può provocare scontri anche importanti, senso di spaesamento e di perdita delle proprie certezze. Il confronto con la diversità sovente genera paura, determinando la concezione di categorie come la devianza, la patologia, la differenza come disvalore fino ad arrivare al nemico, all'alieno. In questi passaggi, inquieti movimenti personali e sociali reattivi possono favorire scelte e comportamenti capaci di ostacolare o di mettere a repentaglio la stessa permanenza di una pacifica vita in comune.

Una riflessione sulle diverse temporalità, a partire dal limitato osservatorio dei progetti di accoglienza (nella loro costituzione basica comprendente beneficiari, operatori, comunità ed istituzione), può suggerire dei modelli di lettura su scala più vasta delle interazioni tra migranti e società ospite. La considerazione dei modi in cui esse interagiscano, sappiano coesistere e gestire le proprie conflittualità, offre spunti per affrontare questi temi anche su altri livelli. Pur con le dovute cautele, in esso possiamo cogliere alcuni elementi di grande complessità che possono aiutare a leggere i fenomeni in atto nelle loro evoluzioni e i reciproci influenzamenti. La capacità di generare un sapere capace di aiutare a comprendere ed indirizzare queste interazioni potrà essere di aiuto nella realizzazione di più efficaci progetti di inserimento, nella capacità di sviluppare le competenze di accoglienza delle comunità ospiti e di offrire prospettive per una più adattiva forma di interazione in una società di crescente complessità culturale.

### **Bibliografia**

- Minkowski, E. (1933). *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*. Torino: Einaudi.  
Pestre, E. (2014). *La vie psychique des réfugiés*. Losanna: Payot.  
Semi, A.A. (1997). *Trattato di psicoanalisi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.  
Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

### **31.5 - Consideration about Psyche and Consciousness in Traditional Chinese Medicine**

#### **31.5 - Spunti di riflessione dalla Medicina Tradizionale Cinese su Psiche e Coscienza**

**Valeria Toso**

**Keywords:** *consciousness, psyche, SHEN*

**Parole chiave:** *coscienza, psyche, SHEN*

L'antica Medicina Tradizionale Cinese (MTC) può suggerire degli spunti di riflessione sulla complessità dell'essere umano e sul suo funzionamento anche psichico.

Si fonda su pochi principi fondamentali, che stabiliscono le relazioni. Il Macrocosmo, l'universo, per esempio si riflette nel Microcosmo che è l'essere umano, e viceversa, ognuno interagisce con l'altro e non possono essere separati. L'essere umano perciò interagisce con la Terra e con il Cielo naturalmente, e come ci sono tre livelli di Esistenza all'esterno: Terra - Essere Umano - Cielo, così all'interno del corpo umano troviamo l'energia di difesa, il livello nutritivo, l'essenza (Wang & Robertson, 2013).

La vita è interazione con l'ambiente, e gli organi e i visceri presenti all'interno del corpo hanno ruoli diversi, da come si conoscono in Occidente.

Il corpo e la mente umani hanno la caratteristica di adattarsi sempre, sono alla ricerca della situazione migliore, per cui si può concludere che la vera patologia è la rigidità, ovvero il non adattamento al cambiamento. Essa è l'ultima reale malattia, in quanto non posso più aprirmi a tutte le possibilità, non solo sul fisico. Anche la ristrettezza mentale crea malattia: la non-conoscenza è proprio il non riuscire a seguire il cambiamento e a capire dove la persona è.

In MTC la teoria dei 5 Movimenti, anche conosciuti come 5 Elementi, spiega la relazione e consonanza degli avvenimenti in natura, così come all'interno di ciascun corpo animale la relazione dei suoi organi tra di loro e la risonanza di ciascuno con l'ambiente.

Ad ogni elemento cioè corrisponde un numero, una stagione, un organo, un viscere, un'emozione, un colore, una nota musicale, un'anima... (Maoshing Ni, 1995).

Ogni Organo ospita un particolare aspetto mentale-spirituale dell'essere umano, che sono: *SHEN* per il Cuore, *HUN* per il Fegato, *PO* per i Polmoni, *YI* per la Milza, *ZHI* per i Reni (Maoshing Ni, 1995).

Questi cinque aspetti formano lo "Spirito", che nei testi classici è chiamato anch'esso *SHEN* o a volte i "Cinque Shen" (Rossi, 2002). Per esemplificare scriverò *Mente* per indicare lo *Shen* di Cuore, responsabile del pensiero, della coscienza, dell'identità, della consapevolezza e della memoria, mentre "Spirito" *Lo Shen* che comprende anche gli altri 4 aspetti, ovvero: «l'anima eterea del Fegato- *HUN*, l'anima corporea -*PO* dei polmoni, l'intenzionalità -*YI* della Milza, e la Volontà -*ZHI* renale» (Maciocia, 2009). Si può perciò intravedere un modo diverso di vedere l'essere umano e la psiche umana: la sede non è nel cervello e il suo funzionamento è un concorso di azioni dei vari organi, con una specifica attività per ciascuno di essi.

Per concludere il paradigma dinamico e complesso cinese, che prende in considerazione tutti gli organi interni e le loro funzioni anche psichiche, permette di intravedere più piani e livelli interpretativi dell'essere umano. Le patologie possono colpire selettivamente una "identità" d'organo che si rifletterà sul tutto. E viceversa.

### **Bibliografia**

- Maoshing, N. (1995). *The Yellow Emperor's classic of medicine*. Boston: Shambhala.
- Wang, J.Y., & Robertson, J.D. (2013). *La teoria dei canali in Medicina Cinese*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Maciocia, G. (2009). *La Clinica in Medicina Cinese. Il trattamento delle malattie con agopuntura ed erbe cinesi* (a cura di C.M. Givanardi & U. Mazzanti; A. Vannaci & C. Lopilato, trad.). Milano: Elsevier.
- Rossi, E. (2002). *Shen. Aspetti psichici nella medicina cinese: i classici e la clinica contemporanea*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

**4 November, Saturday**

**4 Novembre, Sabato**

**PLENARY SESSION**

**SESSIONE PLENARIA**

**Chapter 32 – New ideas in death studies**

**Capitolo 32 – Nuove idee negli studi sulla morte**

**32.1 - Disease, Identity Change, and Suicide**

**32.1 - Malattia, Cambiamento Identitario e Suicidio**

**Diego De Leo**

*Keywords: chronic illness, identity, awareness*

*Parole chiave: malattia cronica, identità, consapevolezza*

The passage from acute to chronic that accompanies many pathological conditions does impose changes in personal identities that may not be accepted by affected individuals. In fact, several diseases create the grounds for profound modifications not only in the quality of life and the psycho-social environment of people, but also in the perception of the Self. When such modifications are lived as irreversible, the acceptance of the new identity – a gross *diminutio* as compared to the previous state – can involve a process deeply challenging all residual energies of an individual. If the process ends in non-acceptance, suicide becomes a possible exit from the unbearable psychache that the disease has created in the lives of those affected.

Chronic depressions, schizophrenias, drug and alcohol abuse disorders, and dementias are among the conditions that more frequently modify the identities of those who suffer from them. Awareness of the changed identity is then at the basis of fatal behaviours.

**32.2 - Lingering deaths at the margins of life: Searching for a good death in nursing homes**

**32.2 - Morti che si soffermano ai margini della vita:**

**alla ricerca di una buona morte nelle case di cura**

**Cristina Douglas**

*Keywords: end-of-life, good death, social death*

*Parole chiave: fine vita, buona morte, morte sociale*

Since the hospice reconceptualization of death as a socio-biological process, the wellbeing of dying people (those with dementia or other degenerative disorders included) became the focus of numerous care policies especially in facilities where death was most recurrent: hospitals and nursing homes. In sum, these policies

address what is considered to be the main constituents of a good death, i.e. dignity; relief from pain; tailored care to respond to personal choices, both of patients and their family. However, as literature and various personal/media accounts point out, the concept of good death is not always achieved in practice. The prolongation of the dying process; the impossibility of choosing (e.g. people with dementia; people with no families); contradictory choices (patient, family, facility staff); unspecific definitions of concepts; bureaucracy and structural factors of end-of-life facilities are just a few factors that contribute to the difficulty in having good death defined by care policies especially in the case of older people with long-term degenerative disorders (physiological and cognitive). My presentation is based on a year's experience working in an end-of-life ward at a New Zealand nursing home and aims to discuss the multiple contradictions between the policy discourses and care practices for people whose death might last some months or even years before biological death occurs. My presentation will be illustrated with examples and will critically discuss concepts such as social death, good death, successful/active ageing, compassion/compassionate care, dignity, and personal choice in the light of the institutional care practice of prolonged death.

#### **Bibliografia**

- Borgstrom, E. & Walter, T. (2015). Choice and compassion at the end of life: A critical analysis of recent English policy discourse. *Social Science & Medicine*, 136-137, 95-105. doi:10.1016/j.socscimed.2015.05.013.
- Brannelly, T. (2011). Sustaining Citizenship: People with Dementia and the Phenomenon of Social Death. *Nursing Ethics*, 18(5), 662-671. doi:10.1177/0969733011408049.
- Gilleard, C. & Higgs, P. (2015). Social Death and the Moral Identity of the Fourth Age. *Contemporary Social Science*, 10(3), 262-271. doi:10.1080/21582041.2015.1075328.
- Sweeting, H. & Gilhooly, M. (1997). Dementia and the Phenomenon of Social Death. *Sociology of Health and Illness*, 19(1), 93-117. doi:10.1111/j.1467-9566.1997.tb00017.x.

### **32.3 - Thanatical metaphors in recent Romanian media representations of old people.**

#### ***From undermined identities to social death***

### **32.3 - Metafore tanatologiche nelle recenti rappresentazioni mediatiche degli anziani in Romania. Dalle identità minacciate alla morte sociale**

**Adriana Teodorescu, Dan Chiribucă**

**Keywords:** *old people, thanatical metaphors, social death*

**Parole chiave:** *anziani, metafore tanatologiche, morte sociale*

The present study aims at analysing the representations of old people and old age comprised in the media narratives (articles and the comments and reactions they caused, visible on the internet) emerged in the latest Romanian political context – the huge public manifestations from February 2017 against the attempts of Romanian government to decriminalise corruption – and at underscoring the thanatical collective imagery that underpins them. Subsequently, the paper discusses the main possible social implications of such representations, by taking into consideration the most prominent contemporary Romanian and Western



social perceptions on ageing and old age. The methodology is qualitative, the approach is sociological and cultural, using concepts and theories from gerontology and death studies.

These discourses, as well as the reactions they entail use a virulent rhetoric (sometimes very close to hate speech) and operate with a dichotomic (and at least quasi-thanatic) social syntax, namely the syntax of war. A war which, simply put, is the war between young people and old people. However, this war is to be found, as our paper reveals, at various levels: at an inter-personal level (the sharp distinction between “us and them”, where “us” refers to the authors of the discussed articles and opinions, and “them” refers to Romanian old people), at a social level (the young vs. the elders, the generational conflict), at a historical and political level (the future/the democrat capitalists vs. the past/the communists). Within the logic of these discourses, the moral responsible for this war are the old people who voted with the Social Democratic Party (left-centred) and who are believed to continue to endorse their corrupt politics, while the active trigger is the young generation who is determined to “take back its future”.

From both a stylistic and conceptual point of view, there are three main thanatical metaphors articulating the social syntax of war. These metaphors are not accidental, nor peripheral, playing a central role and being employed multiple times in the same text or even transgressing the text and being incorporated in the commentaries: 1. the toothless mouth (there is a strong cultural and symbolic correlation between teeth and death), 2. the bowed head (from the Romanian adage: bowed head sword will not cut off/in English, a semantic, non-literal, equivalent that does not contain all the aggressive nuances from Romanian would be “better to be a live dog than a dead lion”), and, finally, 3. living on borrowed time/fading away/reaching the end of line (more literally, the Romanian adage would sound like: you lived your life, you ate your porridge). We also examine the images spread on the internet (newspapers, Facebook pages), focusing on the ways in which they try to convey the idea of old age as an age of rage/venom (that functions as an indication, as a suggestion of social disruption) and physical ugliness (a visual representation of a rotten self/spirit and an avatar/anticipator of corpse decomposition). Old people are represented in an over-simplified manner, their identities being constantly undermined. Old age is correlated with ignorance and even stupidity.

According to one of the authors that we analyse, this ignorance is not something that occurs at a certain point, something acquired randomly through the process of ageing, but a feature that is deeply embedded within old people, as it appears their entire life was constructed according to the principle of minimum effort and lack of personal voice. Thus conceived, ignorance touches the whole identity of Romanian old people, not only some elements such as, for instance, the ability to do or to judge politics. We are, suggests some of our authors, witnesses of their human degradation and we should resist the impulse of being compassionate. In fact, some discourses are even presenting a sort of utopias of the communist past, where, while enjoying an easy life, today’s old people were taught to live in a shallow way and where their critical thinking was forever, irremediably confiscated. Many times, especially within the comments on the articles, old people

are portrayed as zombies and there are even voices who suggest, more or less seriously, the possibility of euthanasia in order to remove the burden they impose to society.

The paper also discusses the mechanisms through which these thanatic and ageist representations of old people contribute significantly to phenomena and tendencies such as: the proliferation of negative stereotypes concerning old age, the false association of, on one hand, old age and, on the other hand, illness and disability, the stigmatisation of poverty (feature of old individuals), the postmodern infantilization and, on top of them, a consequence of all these, the social death to which old people are prone to be sentenced all over the Western world.

## References

- Hareven, T.K. (1995). Changing Images of Aging and The Social Construction of The Life Course. In M. Featherstone & A. Wernick (Eds.). *Images of Aging. Cultural representations of later life* (pp. 117-133). Routledge.
- Hess, T.M. (2006). Attitudes toward Aging and Their Effects on Behavior. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of The Psychology of Aging* (6<sup>th</sup> ed., pp. 379-408). Elsevier Academic Press.
- Hiller, S.M., & Georgia M.B. (2011). Stereotypes and images. In *Aging, the Individual and Society* (pp. 32-60). Belmont: Wadsworth.
- Mullan, P. (2002). *The Imaginary Time Bomb. Why an Ageing Population is Not a Social Problem*. London & New York: I.B. Tauris.

**Chapter 33 – Dilemmas on identity between mind, brain and technique****Capitolo 33 – Dilemmi sull'identità tra mente, cervello e tecnica*****33.1 - Using machine deep learning technology to make individualised inferences  
in brain-based disorders******33.1 - L'uso dell'approccio deep-learning per fare inferenze individualizzate  
in disturbi psichiatrici e neurologici*****Andrea Mechelli*****Keywords:*** *deep learning technology, neuroimaging****Parole chiave:*** *apprendimento profondo, neuroimmagini*

Brain-based disorders, including psychiatric and neurological illnesses, represent 10.4% of the global burden of disease. A major clinical challenge is the lack of objective biological tests for detecting these disorders, monitoring their progression over time and optimising treatment in individual patients. Traditional neuroimaging techniques, which provide average estimates at group level, have proved inadequate for developing such tests due to the high degree of heterogeneity within psychiatric and neurological cohorts. In recent years an emerging analytical approach, known as deep learning technology, has been gaining considerable attention in the wider scientific community. Inspired by how the human brain processes information, deep learning networks are made of “artificial neurons” loosely modelled after biological neurons. As in the human brain, learning is achieved through an iterative process of adjustment in the interconnections between artificial neurons in different layers of the network. Relative to traditional neuroimaging techniques, deep learning technology has two key advantages: first, it allows inferences at individual rather than group level, and therefore generates results with greater potential of being translated into tests for clinical use; second, its superior ability to achieve high orders of complexity and abstraction makes this technology ideally suited for detecting complex, distributed and subtle patterns in the data. I will introduce the main concepts of deep learning technology and provide an overview of studies that have used this approach to classify brain-based disorders. I will conclude by discussing the main promises and challenges of applying this technology to neuroimaging data and possible directions for future research.

### **33.2 - Cluster failure: why fMRI inferences for spatial extent have inflated false positive rates**

#### **33.2 - Errore dei cluster: perché i metodi inferenziali di misura spaziale nella fMRI sottostimano il tasso di falsi positivi**

**Anders Eklund**

*Keywords: fMRI, simulated data, statistical methods*

*Parole chiave: fMRI, dati simulati, metodi statistici*

Functional magnetic resonance imaging (fMRI) has since 1992 been used as an important tool to study the human brain, as it provides a high spatial resolution and full brain coverage without any ionizing radiation. Complicated algorithms are, however, required to obtain the nice brain activity images. These (statistical) algorithms are based on a number of assumptions, for example that the data follow a normal distribution. Simulated data have in many cases been used to test the validity of the statistical methods used in fMRI. While simulated data are often very helpful, they cannot capture the complex spatio-temporal noise that exists in real fMRI data, as it is virtually impossible to simulate a human brain inside an MR scanner. A major reason for using simulated data is that it is rather expensive to collect fMRI data (e.g. 500 euro per subject). Through the introduction of big data sharing initiatives (e.g. 1000 functional connectomes project, OpenfMRI, human connectome project), it has become possible to use real fMRI data from a large number of subjects to test the statistical methods. This talk will explain how real fMRI data from over 600 healthy controls were used to test the statistical methods used in the software packages SPM, FSL and AFNI. A total of 3 million random group analyses were performed (for example comparing healthy controls to healthy controls) to test how different parameters, such as spatial smoothing and group size, affect the degree of false positives. Briefly, the statistical methods were found to be conservative for voxel inference (testing one voxel at a time), and invalid for cluster inference (testing groups of voxels together, to achieve a higher statistical power). The talk will also briefly cover how graphics processing units (GPUs) were used to run a total of 384,000 non-parametric permutation tests, a task that would have taken 10 - 20 years using FSL and a standard computer.

### **33.3 - Inaccurate fMRI analysis for spatial extent and ROIs:**

#### ***old remedies and new perspectives***

### **33.3 - Inadeguatezza delle analisi di misura spaziale ROI con la fMRI:**

#### **vecchi rimedi e nuove prospettive**

**Livio Finos**

**Keywords:** *fMRI, spatial specificity paradox, All-Resolutions Inference*

**Parole chiave:** *fMRI, paradosso di specificità spaziale, All-Resolutions Inference*

The most prevalent approach to activation localization in neuroimaging with functional magnetic resonance imaging (fMRI) is to identify brain regions as contiguous supra-threshold clusters, check their significance using random field theory, and correct for the multiple clusters being tested. Besides recent criticism on the validity of the random field assumption, a spatial specificity paradox remains: the larger the detected cluster, the less we know about the location of activation within that cluster. This is because cluster inference implies «there exists at least one voxel with an evoked response in the cluster», and not that «all the voxels in the cluster have an evoked response».

Considering inference on voxels within clusters is considered bad practice, due to the voxel-wise false positive rate inflation associated with this circular inference. The Bonferroni-Holm method over all brain voxels (i.e. the minimal inferential unit) is an old remedy that guarantees the Familywise Error rate control, hence allowing for some circular inference. This is the most stringent approach but is rarely used because of low power. In this talk, we propose a different remedy to the spatial specificity paradox. Our approach may also serve for cluster inference, thus eschewing recent criticism on the validity of the random field approach. Exploiting historical results of the statistical literature such as Closed testing and Siemes inequality, we are able to quantify the proportion of truly active voxels within selected clusters, an approach we call All-Resolutions Inference (ARI). If this proportion is high, the paradox vanishes. If it is low, we can further "drill down" from the cluster level to sub-regions, and even to individual voxels, in order to pinpoint the origin of the activation. In fact, ARI allows inference on the proportion of activation in all voxel sets, no matter how large or small, however these have been selected, all from the same data. We use two fMRI datasets to demonstrate the non-triviality of the spatial specificity paradox, and its resolution using ARI. The conservatism of ARI inference permits circularity without losing error guarantees, while still returning informative estimates.

#### **References**

Rosenblatt, J.D., Finos, L., Weeda, W.D., Solari, A., & Goeman, J.J. (2017). All-Resolutions Inference for Brain Imaging. Submitted.

**33.4 - Effects of supine vs sitting position on cortical and cognitive activity:  
implications for fMRI method and clinical research**

**33.4 - Effetti della posizione supina e seduta sull'attività corticale e cognitiva:  
implicazioni per la tecnica fMRI e la ricerca clinica**

**Alessandro Angrilli**

*Key words: posture, cortical activity, EEG*

*Parole chiave: postura, attività corticale, EEG*

An important portion of neuroscience research in the last two decades has been carried out by means of PET and fMRI methods. These necessarily measure brain activity while the subject lays down horizontally. Another portion of research was performed with Evoked Potentials, Electroencephalography, Magnetoencephalography, Transcranial Magnetic Stimulation, methods that require the participant to be typically seated. All these methods measure different aspects of functional activation of the brain: indeed, results achieved by measuring the electrical cortical activity with the EEG or MEG can not be compared easily with the metabolic measures (PET, fMRI) of brain activation. In addition to the instrument, also body position might play an important role in the differences typically found among the methods. The sitting position can be considered a more ecological condition for awake active individuals, but fMRI and PET methods force individuals to lay down in a supine position. A first pioneering study using simulated microgravity condition (which mimics astronaut's condition by placing participants supine with the head down by 6 degrees), evidenced greater cortical inhibition as assessed by an increased theta and delta EEG activity (Vaitl & Gruppe, 1992). Recent research, based on the less extreme and more natural horizontal body position, showed how supine compared to the sitting control posture was associated with altered cortical and cognitive activation. Current literature is discussed both in relation to clinical implications for old hospitalized bedridden patients and to the comparability/generalization of the studies carried out with fMRI in which participants are typically held in supine position.

**Chapter 34 – Conclusion – Identity: matter and conscience****Capitolo 34 – Conclusione – Identità: materia e coscienza*****34.1 - Mind as part of the world and as original horizon*****34.1 - La mente come parte del mondo e come orizzonte originario****Emanuele Severino*****Keywords:*** *techno-science, truth, mind****Parole chiave:*** *tecno-scienza, verità, mente*

Oggi la scienza intende soprattutto trasformare il mondo per ottenere risultati ritenuti desiderabili dalle forme di società in cui essa opera. Da tempo la “conoscenza” del mondo ha come scopo questa trasformazione. Un gigantesco rovesciamento culturale ha condotto dalla convinzione che le trasformazioni autenticamente desiderabili richiedano la conoscenza della “Verità” alla convinzione che la “Verità” le ostacoli e che esse siano invece favorite dalla specializzazione del sapere, sempre provvisoria e capace di rivedere i risultati raggiunti, sulla base del metodo sperimentale. La “Verità” vuol essere invece conoscenza innegabile e quindi non limitata a un ambito particolare della realtà.

Anche le neuroscienze, le scienze psichiatriche e psicologiche hanno carattere specialistico e non considerano definitivi i risultati raggiunti. Per esse - ma ormai anche per gran parte del pensiero filosofico - la mente è un oggetto particolare, esistente tra gli altri oggetti del mondo. Sulla base di questa convinzione è poi possibile il progetto “riduzionista” che considera la mente come funzione del cervello; darwinismo e neodarwinismo intendono l’“evoluzione” come un processo in cui solo a un certo punto della storia del mondo l’“uomo” e pertanto la mente fanno la loro comparsa; a sua volta la fisica prevede la fine dell’uomo in seguito alla crescita dell’entropia. Che la mente sia parte del mondo perché innanzitutto appartiene a singoli individui umani è ormai senso comune.

In quanto metodo sperimentale e specializzazione, la tecno-scienza sviluppa una crescente potenza sul mondo. La “Verità” non serve. La filosofia non può ostacolare la volontà di potenza della scienza - anche perché il guadagno più essenziale del pensiero filosofico del nostro tempo consiste nel mostrare l’impossibilità di ogni “Verità” definitiva e di ogni “Realtà” incorruttibile. (“Più essenziale”, tale guadagno, ma anche più nascosto e per lo più ridotto a un banale rifiuto della grande tradizione filosofica). L’esistenza di “Verità” definitive e di “Realtà” incorruttibili blocca lo sviluppo della potenza.

Eppure ogni forma di attività e di pensiero dell’uomo, ogni civiltà, quindi anche ogni scienza sono un prender posizione rispetto alla manifestazione del mondo: non rispetto al mondo ma, appunto, rispetto alla manifestazione del mondo. Terra, cielo, sole, galassie, amici, nemici, pensieri, impulsi, passato, futuro sono

lo spettacolo in cui sin dall'inizio ogni uomo si trova. Come i termini corrispondenti ad esempio nel latino e nel greco, "spettacolo" proviene dalla radice indoeuropea *spek\**, che indica ciò che si mostra, appare, si manifesta. Per prender posizione rispetto al mondo è infatti necessario che qualcosa come "mondo" sia noto, cioè appaia. La manifestazione del mondo include anche l'uomo, anche il sentirsi coscienza di qualcosa. Include anche il sentirsi un "io" e anche la mente che si crede di avere - che quindi appare come parte della manifestazione del mondo, la parte a cui un certo gruppo di discipline scientifiche si rivolge.

Ma la mente a cui si rivolge la scienza è innanzitutto l'apparire di qualcosa - che però è parte della manifestazione del mondo, ossia dell'orizzonte all'interno del quale tutto si manifesta. È quindi alla manifestazione del mondo che spetta innanzitutto il carattere dell'esser-mente. Essa è la mente originaria. La scienza se ne disinteressa e ne è spesso la critica; ma la può accantonare e criticare solo in quanto prende le mosse da essa, si trova inizialmente all'interno di essa. D'altra parte la volontà di potenza richiede - e soprattutto in quanto tecno-scienza - la "manipolazione" di qualcosa che sia parte del tutto che appare. Le scienze del cervello e della mente ritengono che la manipolazione della mente risulti tanto più efficace quanto più stretta è la relazione della mente al cervello, cioè se le sinapsi cerebrali vengono intese come causa delle modificazioni mentali o se il cervello è addirittura inteso come causa dell'esistenza della mente. La crisi a cui in ambito scientifico è andato incontro il principio di causalità con la comparsa della meccanica quantistica è molto meno avvertita nelle neuroscienze, che anche quando giungono a riconoscere il carattere ipotetico, statistico-probabilistico, delle loro conoscenze continuano, più o meno implicitamente, a trattare le relazioni causali tra mente e cervello come "Verità" necessarie invece che come regolarità empiriche. Il che accade in particolare nelle forme estreme di riduzionismo, che in tal modo finiscono col tradire la loro propensione per il carattere caduco di tutte le cose e quindi anche della mente. (Che il nesso causale necessario - come d'altronde la "libertà", *free will* - della mente - non sia un contenuto "osservabile", "sperimentabile", è un ordine di questioni che tende a stare sullo sfondo delle diverse forme di sapere scientifico).

D'altra parte la volontà di potenza della tecno-scienza è la conseguenza più rigorosa della volontà di potenza in cui consiste la stessa manifestazione originaria del mondo. Per avere potenza è necessario aver fede che le cose diventano altro da ciò che esse sono. Il mondo si manifesta come un incessante diventar altro ed è sul fondamento di questa fede che l'uomo sin dall'inizio vuole trasformare il mondo per vivere. La tecno-scienza porta al culmine questa volontà originaria. Ma qual è il fondamento di questa fede? La stessa manifestazione originaria del mondo è una "Verità" indiscutibile (alla quale la scienza si appoggia senza guardarla in faccia), o alle sue spalle si apre l'autentica manifestazione originaria di ciò che è?

La volontà di potenza si disinteressa della "Verità". Ma fino a che punto si può dire che la potenza è? Che non è un sogno? Per la scienza, soprattutto questa domanda suona scandalosa. Se ne libera anche alla svelta. E dal suo punto di vista "fa bene" (ossia le è utile), perché anche se la potenza fosse un sogno, alla scienza



importa avere potenza all'interno di questo che qualcuno vuol chiamare "sogno", e che peraltro è sognato da tutti. Ma è sognato da tutti?

La domanda se la potenza non sia un sogno sottintende che la stessa esistenza della potenza sia il contenuto di una fede. Tuttavia tra le istanze fondamentali della scienza si trova il principio che il carattere della scientificità richiede il consenso intersoggettivo intorno a ciò che viene affermato e all'esistenza stessa della potenza. Non è scientifico ciò che viene affermato solo da uno o da una minoranza: non ha carattere scientifico una potenza di cui solo uno o alcuni si accorgono. La scienza è sapere intersoggettivo. È necessario che, se di "sogno" si vuole parlare, esso sia sognato da tutti o dai più.

D'altra parte, in che modo si viene a conoscere che un certo evento ha carattere intersoggettivo? Basta guardare, si risponde. Ma questo "guardare" vede soltanto dei comportamenti che sono interpretati come "umani" e come "consenso intersoggettivo". E l'interpretazione è sempre una fede - anche quando possiede l'estrema raffinatezza concettuale del sapere scientifico. Che esista consenso intersoggettivo e che quindi esista la potenza che è oggetto di tale consenso, e che pertanto ha carattere scientifico, è il contenuto di una fede. Ma, si diceva, la scienza non si cura di questo tipo di considerazioni ed elabora le pratiche che le consentono di sviluppare, all'interno della fede, la maggiore potenza che l'uomo abbia mai conosciuto.

Il nostro tempo è destinato al dominio della volontà della tecno-scienza. La destinazione non è il semplice fatto. Il semplice fatto può trasformarsi da un momento all'altro nel suo opposto. La potenza sta in bilico su questo fatto. Si tratta di comprendere il senso della destinazione. Qui (anche qui) la voce della filosofia non è accantonabile. Essa dice anche che il tempo della potenza - che peraltro si preannuncia di lunga durata - non è l'ultima parola. Dice anche che il volersi disinteressare dei problemi relativi al senso della verità è una fede che considera sé stessa come "Verità" indiscutibile.

### ***34.2 - Flesh made Soul: bodily representations in the brain of healthy and diseased people***

#### **34.2 - Carne fatta anima: rappresentazioni cerebrali del corpo in soggetti sani e con lesioni del sistema nervoso centrale**

**Salvatore Maria Aglioti**

*Keywords: the body in the brain, EEG, immersive virtual reality*

*Parole chiave: il corpo nel cervello, EEG, realtà virtuale immersiva*

Talking about the body implies talking about the very "special object" that allows a deep interconnection between the ability to have self-consciousness and the ability to experience a world of objects. My talk will be based on the studies we performed in the past years on the neural representation of the body in humans. I will start describing the neurophysiological and neuroimaging studies on the existence of bodily representations in the visual and the motor brain of healthy and brain damaged people and of the seemingly pervasive tendency to embody a variety of complex cognitive functions like empathy for the pain of others

and the self-transcendence. I will also discuss the studies concerning two main features of embodiment, videlicet ownership and agency, as investigated using neuropsychological as well as using neurophysiological and immersive virtual reality approaches in healthy people and in patients with massive somatosensory and motor deprivation due to spinal cord lesions. I will end by putting forward the idea that, although trivially made of flesh, blood and bones, the body can be considered the “psychic object” par excellence, that mediates and implements a variety of complex functions, ranging from the notion of self to social interactions and negotiations.

## **Chapter 35 – Master Projects Presentation**

### **Capitolo 35 – Presentazione progetti Master**

#### ***35.1 - “They called him Africa”:***

##### ***support and accompanying in post-traumatic grieving in migrants***

#### **35.1 - "Lo chiamavano Africa": progetto di sostegno e accompagnamento**

##### **nell'elaborazione del lutto post traumatico nei migranti**

**Raffaella Acerbi, Giuseppina Balzano, Lorenza Palazzo**

***Keywords:*** *post-traumatic grief, migrants, accompanying*

***Parole chiave:*** *lutto post traumatico, migranti, accompagnamento*

La proposta che si intende presentare nasce dalla consapevolezza che non è più possibile chiudere gli occhi di fronte al fenomeno della migrazione che da diversi anni si presenta sui nostri confini e, più ancora, alle nostre coscienze. Tra le emergenze drammatiche che questo spostamento di massa epocale ha generato è diventato urgente chiedersi: cosa avviene nel migrante quando, durante la migrazione, perde una persona cara in modo traumatico o assiste ad una morte violenta, non necessariamente di qualcuno a cui è legato da rapporti di parentela? Quando i soggetti, come nel caso delle morti in mare, vivono già il pesante dramma dell'essere lontano dai propri riferimenti familiari, culturali e religiosi? Le persone coinvolte, infatti, vengono sopraffatte da sentimenti molto intensi e caratteristici della loro condizione di sopravvissuti all'esperienza del naufragio: lo sconforto e la disperazione, ma anche la rabbia, amplificate dall'isolamento culturale e dalle difficoltà di comunicazione linguistica, rischiano di trasformarsi in patologia permanente e di evolvere in lutto complicato. L'isolamento e l'impossibilità di vivere i riti funebri tipici della propria cultura di appartenenza, possono, inoltre, peggiorare i vissuti ed esporre ad un rischio significativo di psicopatologia e di condotte autolesive, o ad atti di violenza incontrollata come ci testimonia la cronaca oramai quotidianamente (da qui il titolo del progetto che si riferisce al caso di suicidio di un migrante originario del Gana avvenuto il gennaio scorso nella laguna di Venezia). La problematica del migrante è quella di essere sospeso tra due mondi, non

ha più una cultura omogenea con cui confrontarsi, vive in una doppia assenza che rappresenta il complesso transito da un ethos all'altro (Brunori, 2006; Sayad, 2002). Eisenbruch (1991) indica come la perdita di una struttura sociale e culturale possa causare reazioni di lutto e definisce questo genere di perdite "lutto culturale": della struttura sociale, del sistema di valori culturali e della propria identità (Eisenbruch, 1991; Bhugra & Becker, 2005). La persona migrante dovrà riprogettare continuamente la propria dimensione mentale e fisica, reinterprestando se stesso. L'identità non è ciò che si fissa localmente, ma ciò che consente di negoziare la traversata di spazi, spazi a loro volta mobili (Mbembe, 2001). Nel contempo lo spazio che il migrante percorre può essere lacerante, lasciando in lui profonde ferite indelebili. Akhtar (1999) ritiene che «la migrazione da un paese ad un altro è un complesso processo psicosociale con effetti significativi e durevoli sull'identità dell'individuo e come altri eventi traumatici può immobilizzare il processo del lutto». Tale processo può ritardarsi negli anni successivi all'immigrazione, poiché l'individuo è impegnato ad integrarsi nella nuova cultura del paese in cui è arrivato; molti sono "bloccati" in una sorta di lutto patologico e non sono in grado di elaborare le perdite subite. L'esperienza migratoria è dunque un processo psico-sociale di perdita e di cambiamento, noto nella psichiatria di migrazione come processo del dolore (Carta, 2005). Questo ha delle conseguenze sulla salute mentale dei migranti: in letteratura si evidenzia come il PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) sia di gran lunga il problema di salute mentale più comune tra i rifugiati e richiedenti asilo, seguito dai disturbi dell'umore (Carta, 2005). Gli psichiatri del Servizio di Assistenza Psicopatologica e Psico-sociale per Immigrati e Rifugiati (SAPPPIR) con sede a Barcellona hanno individuato alcuni sintomi comuni nei migranti delineando un quadro sindromico complesso, definito come "sindrome multipla da stress cronico degli immigrati". Lo sviluppo di questa sindrome emerge quando l'immigrato incontra una serie di ostacoli durante il processo di migrazione: distanza dal proprio nucleo familiare, difficoltà a trovare lavoro e cibo, ottenere i documenti necessari e soprattutto il razzismo sofferto nel paese di arrivo. In un rapporto di Medici Senza Frontiere (MSF, 2016) "Traumi ignorati" compaiono dati certi della presenza di una serie di sofferenze psicologiche negli immigrati. Il rapporto affronta il problema attraverso una ricerca qualitativa condotta in alcuni centri di accoglienza straordinaria (CAS) in Italia, tra il 2015 e il 2016. Tra i 199 pazienti presi in carico nei CAS di Ragusa, il 42% presentava il PTSD, seguito dal 22% di persone affette da disturbi legati all'ansia. La probabilità di avere disagi psicopatologici è risultata di 3,7 volte superiore tra gli individui che avevano vissuto un trauma, prima o durante il viaggio. In questo rapporto dei MSF, inoltre, è stata osservata la mancanza di un sistema di sostegno psicologico e l'inadeguatezza dei servizi territoriali nel farsi carico della salute mentale dei migranti nonché la diffusa assenza di figure professionali con una expertise del contesto migratorio e degli eventi traumatici. Da ciò si evince quanto sia necessario un intervento di supporto con queste persone che cerchi di far emergere i vissuti legati a tali esperienze, così da poterle elaborare evitando l'insorgenza di ulteriori sofferenze. Il percorso di supporto al lutto dei migranti "Lo chiamavano Africa" si inserisce in questa cornice complessa e rappresenta un tentativo progettuale del tutto innovativo nell'ambito dell'accoglienza di persone immigrate, per rispondere a bisogni fino a questo

momento inascoltati e non adeguatamente affrontati. Da un lato si propone un percorso di elaborazione per il migrante: individuale, mediante colloqui clinici e valutazioni, allo scopo di raccogliere informazioni relative alle esperienze traumatiche, alle eventuali perdite subite o assistite, all'eventuale presenza di sintomi psicopatologici associati ad esse; di gruppo, mediante l'utilizzo di gruppi di musicoterapia e di auto mutuo aiuto guidati da uno psicologo psicoterapeuta transculturale con sostegno di tanatologhe culturali e del mediatore culturale dal momento che si ritiene necessario porre particolare attenzione alle differenze culturali e alle peculiarità di ogni singola persona. Inoltre, il progetto si propone di formare gli operatori in modo più specifico per il counselling tanatologico allo scopo di sensibilizzarli al tema del lutto e del trauma e di renderli maggiormente consapevoli e preparati. Si ritiene che un percorso così strutturato possa andare incontro in maniera professionale e competente a bisogni finora non ascoltati o trattati con modalità improvvisate e non sempre opportune con la speranza di contribuire a creare un ambiente sensibile, sicuro, accogliente ed utile al migrante.

### **Bibliografia e sitografia**

- Bhugra, D., & Becker, M. A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World psychiatry*, 4(1), 18-24. Disponibile da: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414713/>
- Brunori, P. (2006). *Dinamiche psicologiche nei percorsi di emigrazione e di esilio*, In Frosio I., & Villone S. (a cura di), *La Formazione Interculturale degli Operatori Pubblici. Un'esperienza interdisciplinare*. Torino: L'Harmattan Italia. Disponibile da: <http://www.contextus.org/files/dinamiche-psicologiche-percorsi-emigrazione-esilio.pdf>
- Carta, M.G., Bernal, M., Hardoy, M.C., & Haro-Abad, J.M. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 1(1), 13. doi:10.1186/1745-0179-1-13
- Eisenbruch, M. (1991). From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: Diagnosis of Southeast Asian refugees. *Social Science & Medicine*, 33(6), 673-680. doi:10.1016/0277-9536(91)90021-4

## **35.2 - With You. Support path to parenting in front of the child's illness**

### **35.2 - Con Voi. Percorso di sostegno alla genitorialità di fronte alla malattia del figlio**

**Barbara Boin, Alessandro Doria, Giuseppe Palermo, Elena Rasi, Lisa Rossi**

*Keywords: ingenuity, endurance, family*

*Parole chiave: inguaribilità, terminalità, famiglia*

Nei momenti più prossimi alla morte del figlio o in un periodo più o meno lungo di questa fase del percorso di malattia del bambino si avverte un forte senso di solitudine e di isolamento pur rimanendo fisicamente attornati, a volte addirittura accerchiati, da molte persone (Kübler-Ross, 1992) come ad esempio i sanitari che hanno in cura il loro figlio, i genitori degli altri bambini malati, gli altri familiari e la rete amicale più stretta che li aiuta nell'assistenza e nelle attività del quotidiano. I soli, spesso, costretti a sostenere un carico emotivo ed organizzativo enorme non sempre compreso nella sua reale portata da chi li circonda, sia all'interno dell'équipe curante che delle figure esterne di riferimento.

Il presente contributo si propone il sostegno della coppia a partire dal momento della comunicazione della diagnosi di inguaribilità della malattia del figlio. Un intervento di supporto alla genitorialità in un momento difficile e doloroso da affrontare, affinché la rabbia ed il dolore scatenati da una situazione tanto straziante non diventino distruttivi per la coppia. Viene posta attenzione alla genitorialità sia come sostegno alla coppia genitoriale, sia in relazione alla presenza di altri figli all'interno del nucleo familiare. Si riscontrano diverse perdite che iniziano ancor prima della morte: il lutto anticipatorio, la solitudine, la rabbia, i sensi di colpa, la congiura del silenzio, la necessità di prendere delle decisioni terapeutiche che non si conoscono, lo scontrarsi con il tecnicismo sanitario spesso presente.

Il progetto si propone di supportare i genitori di fronte a diverse necessità:

- dare un senso al fatto che appare drammaticamente insensato;
- capire bene le cure e l'evoluzione della malattia;
- capire come comportarsi nei confronti del figlio e delle sue domande, che esigeranno risposte più articolate in base all'età.

Si proporranno diversi strumenti utili per trattare la rabbia, il dolore e tutte le emozioni e vissuti forti che caratterizzano questo momento anche attraverso la produzione artistica. Per esempio attraverso l'uso della pittura o della fotografia.

Le attività previste dal progetto dovranno essere svolte prevalentemente all'interno del reparto di Pediatria dell'Azienda Sanitaria scelta oppure, ove presenti, in Hospice Pediatrici, in ambito ospedaliero e/o di associazioni varie. In tali contesti si cercherà di indagare i bisogni disattesi sia rispetto alle persone direttamente coinvolte e cioè le famiglie, sia rispetto agli operatori del settore.

La necessità di conoscere meglio alcuni aspetti della malattia quali ad esempio il tipo di esperienza vissuta dai pazienti, il significato che la malattia riveste all'interno della loro storia, le caratteristiche psico-emotive del processo di guarigione ed il ruolo del sostegno interpersonale, hanno messo in evidenza come le tecniche qualitative possano rappresentare una metodologia di studio elettiva, come ad esempio i colloqui individuali. Il lavoro sarà coordinato da professionisti come, Psicologi e Psicoterapeuti, Assistenti Spirituali, Educatori esperti nell'ambito della tanatologia culturale, con una formazione interdisciplinare che proviene dalla frequenza del Master in *Death Studies & The end of life* dell'Università degli Studi di Padova.

Il lavoro in gruppo viene considerato rilevante e di grande importanza, aiutando ad imparare a gestire la relazione centrata su questi temi, senza affidare alle lacrime il compito di essere l'unico medium tra il dolore interiore e il mondo (Testoni, 2015).

Il progetto in questione prevede di raggiungere i seguenti risultati: incoraggiare il nucleo familiare a verbalizzare pensieri e sentimenti negativi relativi alla malattia; chiarire l'influenza di eventuali esperienze precedenti sulla reazione attuale dei genitori di fronte alla diagnosi; valutare il "peso" psichico aggiuntivo e la necessità di trattamento di situazioni stressanti concomitanti ed indipendenti dalla malattia; aiutare i genitori ad affrontare l'incertezza sul futuro e le tematiche esistenziali generalmente associate ad una

diagnosi di terminalità; chiarificare ed interpretare pensieri, emozioni e comportamenti disadattativi relativi alla malattia; favorire la comunicazione tra i membri della famiglia; aiutare le famiglie a trovare alternative di soluzione ai problemi pratici posti dalla malattia e dal trattamento; sostenere la coppia come unità nell'affrontare l'avvicinarsi della perdita di un figlio, prevenendo così la possibilità di sviluppare un lutto patologico.

### **Bibliografia**

- Costantini, A., Grassi, L., & Biondi, M. (1998). *Psicologia e tumori: una guida per reagire*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Kübler-Ross, E. (1992). *La morte e il morire* (C. Di Zoppola, trad.). Assisi: Cittadella.
- Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita. Psicologia del morire e «Death Education»*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Testoni, I., Bertucci, E., & Ronconi, L. (2006). Lutto e crisi della genitorialità. Il difficile percorso di elaborazione di chi abbia perso il figlio in incidenti stradali, in I. Padoan (a cura di), *Forme del disagio adulto* (pp. 201-215). Lecce: Pensa Multimedia.

### **35.3 - Following Nature.**

#### ***A path of reflection about the naturalness of death through nature's vitality***

### **35.3 - Secondo Natura.**

#### **Un percorso di riflessione sulla naturalità della morte e attraverso la vitalità della natura**

**Giulia Parise, Maria Barbara Liccardi, Madalena Minello**

**Keywords:** *metaphor, nature, Death Education, awareness*

**Parole chiave:** *metafora, natura, Death Education, consapevolezza*

Il progetto di *Death Education* nell'Orto botanico di Padova nasce nell'ambito del Master in *Death Studies & the end of life*, svoltosi presso l'Università degli Studi di Padova, nell'anno accademico 2016/2017.

Tale scelta deriva da due considerazioni principali. L'Orto botanico di Padova è un luogo simbolico ed emblematico per parlare di morte e di rinascita attraverso la metafora della natura: la ciclicità delle stagioni, la coesistenza di elementi morenti e vitali sullo stesso vegetale, le piante che nel corso delle stagioni e degli anni hanno mutato la loro forma, la loro decomposizione, sono alcuni esempi provenienti dal mondo naturale che rimandano in modo più o meno esplicito all'allegoria della vita e della morte. Inoltre, l'Orto è un'istituzione di grande valore culturale e storico nonché uno tra i patrimoni più rilevanti dell'Università e della città di Padova e del mondo. Tali caratteristiche lo rendono il contesto ideale per supportare una innovativa e profonda riflessione sul ruolo che l'istituzione culturale potrebbe/dovrebbe avere nella sensibilizzazione e formazione della comunità su queste tematiche.

Il progetto si articolerà in due fasi: una preliminare formativa e una effettiva. La prima è rivolta a un team di professionisti provenienti da differenti campi disciplinari (artistico, culturale e scientifico) ed ha come obiettivo principale quello di stimolare la riflessione critica e la sensibilità artistica sulla tematica. In questo

modo, ciascuna figura professionale potrà apportare un contributo personale alla realizzazione del progetto, rielaborandolo e restituendolo con un'ottica innovativa alla popolazione.

La seconda, invece, porterà alla realizzazione del progetto grazie al lavoro sinergico degli stessi professionisti. Quest'ultima fase sarà suddivisa in: visite guidate su specifiche tematiche di *Death Education* (ad esempio, "piante che curano e piante che uccidono", "i fiori e le piante alle soglie dell'Aldilà"); laboratori didattici (ad esempio, laboratori di fotografia e scrittura narrativa); un'attività di multivisione (in cui, grazie all'unione di musica, danza e fotografia, si proporrà una riflessione sulla tematica in chiave artistica).

Lo scopo principale del progetto è quello di sensibilizzare e rendere consapevoli i visitatori e i professionisti coinvolti circa la morte e il morire, attraverso l'utilizzo della metafora della ciclicità della natura. Inoltre, si forniranno ai visitatori nuove opportunità di scoperta dell'Orto botanico e del suo Erbario (anche nel periodo invernale) attraverso i percorsi guidati di *Death Education*.

Verrà proposto un questionario costruito ad hoc per monitorare gli effetti del progetto e gli eventuali cambiamenti nella percezione della tematica, nonché nelle opinioni e riflessioni dei visitatori. Sarà somministrato all'utenza prima della partecipazione all'attività di *Death Education* e successivamente. Inoltre, verrà favorito uno scambio con i professionisti che parteciperanno all'evento, così da aprire uno spazio per l'individuazione di eventuali criticità e per i suggerimenti.

### **Bibliografia**

- Cattabiani, A. (1996). *Florario. Miti, leggende e simboli di fiori e piante*. Milano: Arnoldo Mondadori.
- Feifel, H. (1959). *The meaning of death*. NewYork: McGraw-Hill.
- Sozzi, M. (2009). *Reinventare la morte. Introduzione alla tanatologia*. Milano: Laterza.
- Testoni I. (2015). *L'ultima nascita. Psicologia del morire e Death Education*. Torino: Bollati Boringhieri.

**Posters****Poster*****'But I still smile'. Declinations of a strong identity*****"Ma io sorrido comunque". Declinazioni di una forte identità****Tiziana Bruna Bertinotti*****Keywords:*** *identity, courage, resiliency****Parole chiave:*** *identità, coraggio, resilienza*

La guerra all'identità, ferocemente condotta nei contesti sociali che popolano l'universo collettivo, assume forme molto diversificate di violenza e di minaccia. La stessa cultura, in cui l'individuo vive e cresce, può diventare la culla fattiva e simbolica delle proprie agonie, esprimendo in modo diretto od indiretto, l'intento di condurre la persona ad un'assenza d'identità propria, in favore di un'identità di massa "promiscua ed indifferenziata", incapace di sviluppare individui e gruppi in possesso di soggettività, ossia distinzione nell'accezione junghiana (Jung, 2014b) e di pluralità, ossia reciprocità, legame ed autonomia (Spaltro, 1993). Questi ultimi due aspetti sottendono la capacità di mantenere un contatto con la duplicità dell'Esistenza umana e con il suo profondo significato, misterioso ed ignoto, fonte di curiosità e di ricerca creativa, equiparabile al potere che sviluppa la ricerca della verità, nella maieutica socratica, origine parimenti di paura (ed in certi casi di terrore) e di coraggio (libertà ed individuazione come realizzazione del Sé). Emblematica appare infatti la fine che verrà riservata all'antico filosofo greco, precursore di concetti fondamentali, utilizzati successivamente nel lavoro psicoanalitico. Accogliere il doppio significato della vita (debole/forte, bene/male, luce/ombra, vita/morte) vuol dir anche saper coniugare le proprie responsabilità con le responsabilità altrui e nel significato etimologico del termine latino, significa "respondere", vale a dire dare una risposta, essere chiamati a rispondere in prima persona, alle situazioni che coinvolgono la propria esistenza, benché si tratti di condizioni "estreme" come la morte. Occuparsi di tale tematica, ossia del "fine vita", conduce inesorabilmente ad occuparsi di duplicità, di sofferenza oltre che di gioia (Jung, 2014a) e rappresenta uno dei tanti modi possibili in cui le società contemporanee ed i loro "membri costituenti", possono occuparsi davvero di benessere e di salute. La comunità scientifica può aiutare l'individuo a prendersi le proprie responsabilità solo nella misura in cui è in grado, essa stessa, di rispettarlo, senza sostituirsi al soggetto (Jung, 1996).

Assumersi le proprie responsabilità permette alle persone di camminare all'interno di quel lungo processo individuativo, che conduce all'autorealizzazione del Sé o per lo meno all'affermazione del proprio carattere



distintivo, così come delineato dal noto psicoanalista svizzero C. G. Jung ed a quel punto, vivere il “fallimento” è come poter vivere il “successo”.

L'autrice del libro autobiografico *Ma io sorrido comunque* correrà in pieno questo rischio, assumendosi tutte le responsabilità determinate dall'emergere di una diagnosi nefasta, che vedeva coinvolta in prima persona la propria bambina neonata, ma inevitabilmente se stessa.

Quella minaccia di morte incombente, che pesava sulla propria figlia, si rivelerà la strada maestra per uscire da una situazione “mortifera” vissuta nel ruolo di donna, apportando in lei la forza di un cambiamento radicale della propria esistenza, che condurrà progressivamente alla sua rinascita ed alla “rinascita” della sua bambina.

Il poster servirà per focalizzare maggiormente l'attenzione sul “bambino”, simbolico e reale, quell'infante psichico, nella mente dell'adulto, che rappresenta il ponte fra “al di là e al di qua”; un legame psicofisico che esprime il senso dell'esistenza umana e costituisce il contatto tra passato e futuro, attraverso il suo viver nel presente.

### **Bibliografia**

- Jung, C.G. (1996). *Tipi psicologici*. Torino: Gli Archi. (Originariamente pubblicato nel 1921).  
Jung, C.G. (2014a). *L'analisi dei sogni. Gli archetipi dell'inconscio. La sincronicità*. Torino: Bollati Boringhieri. (Originariamente pubblicati separatamente rispettivamente nel 1909, 1934-54, 1952).  
Jung, C.G. (2014b). *Ricordi, sogni, riflessioni* (G. Russo, trad.). Milano: BUR. (Originariamente pubblicato nel 1961).  
Spaltro, E. (1993). *Pluralità. Psicologia dei piccoli gruppi*. Granarolo dell'Emilia: Patron.

## ***New Identities? Considerations on migrants meeting a new culture***

### **Nuove identità? Riflessioni sull'incontro dei migranti con una nuova cultura**

**Anna Paola Capriulo, Valentina Zifarelli**

**Keywords:** *identity, migration, self and culture*

**Parole chiave:** *identità, migrazione, sé e cultura*

Il fenomeno dei flussi migratori, consistente e rilevante, assume oggi sempre più frequentemente carattere di urgenza ed emergenza sociale, provocando sconcerto nella nostra società e richiedendo risposte strutturate alla politica, soprattutto in merito ai processi dell'accoglienza, dell'integrazione e della gestione dei cambiamenti che si vengono a creare.

Le attuali condizioni geopolitiche prefigurano che la realtà delle migrazioni continuerà a coinvolgere i nostri Territori per lungo tempo, non essendo più una situazione imminente, temporanea e transitoria, richiedendo articolate strategie di sistema.

Per migrazione si intende «ogni spostamento di individui, per lo più in gruppo, da un'area geografica a un'altra, determinato da mutamenti delle condizioni ambientali, demografiche, fisiologiche e non solo»; è

«uno spostamento di popolazione verso aree diverse da quella di origine, nelle quali ci si stabilisce permanentemente (a differenza di quanto avviene nel nomadismo), dovuto a fattori quali la sovrappopolazione, mutazioni climatiche, carestie, competizione territoriale con altre popolazioni, ricerca di migliori condizioni di vita, vere o presunte» - «Esse coinvolgono in genere una parte di popolazione, dipendono da complesse cause economiche e culturali» (enciclopedia Treccani). Il migrante di oggi, “parte” e “arriva” ma anche “resta” nello stesso luogo e non si può ignorare il suo contributo nel territorio, vivo e tangibile, che dà luogo a mutamenti che coinvolgono tutti gli attori in campo, «arricchendo il patrimonio di risorse interpretative con cui le persone danno senso a se stesse e alle vicende che quotidianamente accadono attorno a loro e che le coinvolgono» (Mantovani, 2008) in una ottica che porta frequentemente sconvolgimento e aumenta l'incertezza e l'imprevedibilità. Siamo di fronte ad un processo fortemente interattivo, non più inteso come mero spostamento unidirezionale, in cui il migrante è co-protagonista nella costruzione della realtà quotidiana; influenza la cultura di un dato Paese, e ne è a sua volta profondamente influenzato: per parlare di cultura e migrazione è necessario osservare l'interazione che si genera, guardando «ai nodi e agli annodamenti ed in particolare alla competenza di fare e disfare nodi», definire aspetti e peculiarità nuove di ordine culturale e sociale (Zanfrini, 2007).

Il sé per Goffman (2003) è una costruzione dialettica tra le caratteristiche identitarie del singolo e le caratteristiche sociali del contesto. Il suo approccio, squisitamente interazionista, vede, nella vita sociale, il momento in cui gli esseri umani sono impegnati a fornire una rappresentazione del sé, a mostrarsi in base alle richieste della specifica situazione sociale, a rispondere alle aspettative attese.

Più in generale possiamo dire che il sé rappresenta la consapevolezza che ognuno ha di se stesso: è la conoscenza che abbiamo fatto di alcuni aspetti della nostra personalità.

Altro approccio significativo è quello di Zavalloni e Louis-Guèrin in cui l'identità è vista come «il punto di giunzione tra l'individuale e il collettivo, il prodotto della storia sociale e della storia personale». Tale modello è la sintesi di dimensioni sociali e dimensioni personali, e permette simultaneamente di analizzare le rappresentazioni di sé, degli altri e del sociale, nonché le relazioni che le uniscono. Secondo le autrici la nozione di identità è inseparabile da quella di appartenenza sociale e culturale, in quanto è attraverso le sue appartenenze sociali che l'individuo stabilisce il proprio rapporto con l'ambiente che lo circonda.

Come asseriva James, «un uomo ha tanti sé quanti sono gli individui che lo riconoscono e conservano una sua immagine nella loro mente» (James, 1892). Successivamente farà riferimento non tanto al riconoscimento del singolo individuo, ma al riconoscimento dei gruppi di individui con cui si rapporta, che lo portano a mutare la sua maniera di essere.

L'identità si può dividere in “identità personale” e “identità sociale”. Quest'ultima può dipendere dal processo di categorizzazione sociale, che fornisce coordinate all'individuo per collocarsi nella società, organizzando in maniera diversificata le sue interazioni con gli altri.

Per Berger e Luckmann (1967) «l'identità è un elemento chiave della realtà soggettiva ed è in rapporto dialettico con la società [...]. La società penetra direttamente nell'organismo anche nel suo funzionamento». Cosa può succedere dunque, in quei soggetti che sono costretti oggi ad abbandonare il proprio Paese, la propria cultura di riferimento per approdare in un mondo dove i significati condivisi sono diversi, a volte nettamente diversi, dai propri? I migranti, qualsiasi sia la ragione che li abbia spinti ad abbandonare il proprio Paese, non abbandonano però le loro credenze, i loro idiomi, le abitudini. Quando due culture entrano in contatto, entrambe possono sperimentare qualche cambiamento, non sempre lineare e condiviso, dando luogo a meccanismi di esclusione o inclusione sociale. Questi ultimi ad oggi si declinano più comunemente in approcci di acculturazione e omogeneizzazione culturale, multiculturalità e interculturalità.

Per i clinici è di fondamentale importanza cogliere l'incontro culturale che si genera affinché si possa meglio comprendere l'eventuale sofferenza del migrante e i possibili cambiamenti nell'identità a seguito dell'incontro con un'altra cultura, soprattutto se il soggetto passa da una società collettivistica, in cui gli individui sono incoraggiati a mettere gli interessi del gruppo prima dei propri, ad una società individualistica, nella quale i principi cardine sono quelli dell'autonomia e dell'indipendenza (economica ed affettiva) (Bhugra, 2004).

Le sfide che sono richieste al migrante sono numerose e difficili: infatti non solo si potrebbe ritrovare a vivere in un Paese che spesso non condivide con lui alcun universo simbolico, ma è anche chiamato ad integrarsi in una società che ad oggi sempre più lo considera negativamente. Le difficoltà linguistiche, culturali, i problemi socioeconomici che devono essere affrontati possono incidere sulla propria autostima (Bhugra, 2004); inoltre l'essere in un gruppo etnico minoritario, escluso ed emarginato può aumentare le avversità sociali croniche e la discriminazione. Difficoltà sociali, un'educazione più povera, alti tassi di disoccupazione e condizioni di povertà possono essere addizionali alle difficoltà che le minoranze etniche svantaggiate ed escluse devono affrontare. Tutto ciò può avere una ricaduta sul senso di identità e sulla possibile comparsa di patologie psicologiche.

### **Bibliografia**

- Goffman, E. (2003). *L'identità negata*. Verona: Ombre corte.  
James, W. (1892). *The Stream of Consciousness*. New York: Harvard University Press.  
Mantovani, G. (2008). *Intercultura e mediazione: teorie ed esperienze*. Roma: Carocci.  
Zanfrini, L. (2007). *Sociologia delle migrazioni*. Roma: Laterza.

***Your smile is in my heart***  
**Il tuo sorriso è nel mio cuore**

**Viviana Ciovati**

***Keywords: mourning prenatal, perinatal mourning, rare disease***

***Parole chiave: lutto prenatale, lutto perinatale, malattia rara***

L'assistenza ai genitori colpiti da lutto prenatale e perinatale è stata studiata negli ultimi 30 anni in svariati paesi del mondo: Stati Uniti, Inghilterra, Canada, Paesi Scandinavi e Australia. Gli stati citati pocanzi hanno portato numerosi e validi contributi scientifici allo studio, alla ricerca ed alla clinica del lutto prenatale (Bulleri & De Marco, 2013; Haussaire-Niquet, 2004; Ravaldi, 2011).

Per vita prenatale si intende quel periodo nel quale i futuri genitori iniziano a costruire nei propri pensieri il nido per il proprio bambino e termina con il parto; invece per periodo perinatale si intende il periodo intorno alla nascita ed inizia alla 28a settimana e termina 28 giorni dopo la nascita (Bulleri & De Marco, 2013).

Le due definizioni citate pocanzi possono legarsi alle varie tipologie di lutto in gravidanza e dopo il parto l'esperienza provoca infatti, un trauma specifico a cui si riconnettono nodi transgenerazionali.

Il mio lavoro possiede tre obiettivi fondamentali: la conoscenza del silenzio che circonda il dolore legato alla morte, sia reale che fantasmatica del proprio figlio durante i 9 mesi di vita fetale, la comprensione delle emozioni legate alle varie tipologie di lutto in gravidanza e dopo il parto e la prevenzione dei disturbi clinici all'interno dei quali le persone potrebbero affondare nei mesi successivi. Esistono profonde differenze culturali, sociali e di genere nell'esprimere il lutto e nell'affrontarne l'elaborazione.

È importante partire dalla considerazione etimologica delle parole feto ed embrione. Entrambe significano bambino. Nel cuore dei genitori, fratellini, nonni non esiste la frase: «aspettiamo un feto, embrione» ma aspettiamo un/a bambino/a, un/a fratellino/sorellina, un/a nipotino/a.

La perdita del proprio figlio reale o fantasmatico, per qualunque motivo ed in qualsiasi settimana gestazionale avvenga, è un vero e proprio lutto ed è talmente forte che si rischia di impazzire, si rimane increduli per svariati mesi o addirittura per tutta la vita.

I legami affettivi con i parenti più stretti vengono deformati ed all'interno della coppia genitoriale il dolore è diverso ed ognuno avverte un senso di incomprendimento e solitudine.

Il dolore per la perdita del bambino reale è descritto dalle mamme come orrendo. I papà invece negano l'espressione di molte emozioni. Eliminare totalmente il dolore cercando di mettere in atto dei meccanismi di difesa tra i quali si evidenziano l'intellettualizzazione e l'isolamento contribuiscono a complicare il lutto. La perdita può risvegliare uno o più traumi insabbiati.

La dr.ssa Ravaldi (2011) afferma che la morte di un figlio trasforma la coppia in "genitori orfani" e li spoglia dalle loro speranze ed attese.

La relazione dei genitori con i figli messi al mondo prima o dopo un aborto cambia, mamma e papà possono trascurare i superstiti o, al contrario, diventare iper protettivi e riportare un quadro clinico denominato Sindrome del sopravvissuto (Bulleri & De Marco, 2013).

La decisione di avere immediatamente un altro figlio andrebbe valutata.

L'aborto spontaneo è svuotato del suo reale significato di morte. Il termine derivante dal latino significa «venir meno nel nascere, non nascere».

È un evento frequente, con numerose cause e spesso ignote. La maggioranza degli aborti accadono tra l'8a e la 12a settimana di gestazione ed il 30% delle gravidanze si fermano prima della 6a settimana (Hausnaire-Niquet, 2004).

La nostra cultura rende difficile esercitare il "diritto al lutto" soprattutto per un aborto.

La legge italiana sull'Interruzione Volontaria della Gravidanza (I.V.G.) è la Legge n° 194 del 22 maggio 1978, con la quale sono venuti a cadere i reati previsti. L'aborto volontario, dal punto di vista psicologico e psicosociale, è un procedimento complesso, ambivalente e solitario, vissuto di nascosto per timore dei giudizi, dei principi morali, etici e religiosi relativi all'ambiente sociale.

Il lutto legato all'I.V.G è caratterizzato da alcuni periodi faticosi, i quali corrispondono al giorno della presunta nascita, alla scoperta di essere incinta ed al momento dell'interruzione.

Interruzione Terapeutica della Gravidanza (I.T.G.) è consentita dalla legge n° 194 del 1978, anche dopo i primi novanta giorni di gestazione e, in casi particolari, tra la 22<sup>a</sup> e la 24<sup>a</sup> settimana quando la gravidanza comporta un grave pericolo per la vita della donna e del nascituro o siano accertati processi patologici.

Quando gli esami segnalano la presenza di un problema per i genitori si apre un tornado, in cui predominano la paura ed il senso di colpa.

Il bambino reale prende il posto del figlio immaginato, far nascere o meno un bambino malato comporta lo scontro diretto con il proprio bambino fantasticato (Ciovati, 2010).

La morte endouterina fetale (M.E.F.) è la morte del feto in utero. La morte in utero è un evento drammatico che colpisce la coppia nel momento in cui è ad un soffio dalla nascita. Le cause della morte del figlio la maggior parte delle volte sono ignote, raramente sono legate alla situazione clinica della coppia.

Perdere il figlio nel periodo perinatale è un evento frequente, straziante e coinvolge genitori di tutto il mondo. In molti casi la causa della perdita rimane ignota ed avviene anche, in gravidanze asintomatiche. La fine inaspettata della gravidanza cancella dunque una relazione fatta di proiezioni future che s'infrangono. Ciò che si perde, tuttavia, è qualcuno con cui non si hanno ricordi di una vita sociale condivisa, non esistono tracce di un passato insieme. Un figlio desiderato che muore, ancor prima di nascere, è una cosa inimmaginabile e soprattutto incomprensibile.

Il lutto legato alla morte fantasmatica emerge davanti alla consapevolezza della malattia rara del figlio. Questa esperienza è un lutto devastante, nessuno è pronto per dare alla luce un figlio diverso.

Le ricerche che hanno indagato il trauma della nascita di un figlio malato non sono molte. In letteratura si trovano alcuni risultati collegabili al senso di colpa della coppia aver dato in eredità al figlio il gene sbagliato, alla paura di generare un altro figlio diverso, alla gioia davanti ai progressi, all'angoscia dei pensieri della gente ed alla paura per il futuro del proprio bambino (Ciovati, 2010).

Molto spesso il corpo della madre orfana conserva la memoria della gravidanza che può biologicamente predisporre all'allattamento. Alcune donne continuano a sentire i movimenti nella pancia o avere una sgradevole sensazione di dolore alle braccia (Bulleri & De Marco, 2013). Possono chiudersi al piacere, il corpo e la zona pubica vaginale non sono più il tempio dell'amore ma diventano il luogo simbolo del dolore.

La letteratura scientifica dice che le donne colpite da una perdita soffrono in elevata percentuale di ansia, insonnia, disturbi depressivi, dell'alimentazione, dell'apparato riproduttivo e gastro-intestinale collegato alla difficoltà di defecazione.

Il trauma potrebbe emergere anche nelle gravidanze successive tramite fobie, stili di attaccamento, eccessiva medicalizzazione, nausea o sterilità psicogene (Bulleri & De Marco, 2013; Rivaldi, 2011).

All'interno sia della mia esperienza clinica che della letteratura italiana riporto alcune testimonianze:

«Non era neanche un bambino!» (Sig.ra età 62 anni).

«Sarebbe stato per sempre handicappato ed escluso dalla società» (Sig.ra età 72 anni).

«È colpa mia!» (Ragazza di 23 anni).

«Perché a noi? Perché al nostro bambino?» (Coppia genitoriale).

«Mi spiace ma non c'è più il battito» (Rivaldi, 2011)

«Poche persone hanno la fortuna di avere un angelo in casa che li protegge» (Rivaldi, 2011).

### *Conclusione*

Non esiste una cura psicologica e medica giusta per uscire da questo trauma. C'è chi ritrova una ragione di vivere nel lavoro, in un altro figlio, in una nuova famiglia, nel volontariato, nella meditazione, nella Mindfulness, nella psicoterapia e nei gruppi di supporto (Bulleri & De Marco, 2013).

### **Bibliografia e stiografia**

Bulleri, L., & De Marco, A. (2013). *Le madri interrotte. Affrontare e trasformare il dolore di un lutto pre e perinatale*. Milano: Franco Angeli.

Ciovati, V. (2010). Il dottore mi ha detto: "Il bambino che porta in grembo è un diverso". Io gli ho risposto: "Caro dottore, tutti siamo diversi!". *Il Giornale Italiano di Psicologia e di Educazione Prenatale*, 19. Disponibile da: <http://www.anpep.it/sitecmsanp1a1.aspx?id=135>

Haussaire-Niquet, C. (2004). *Guarire il lutto perinatale secondo la psicosintesi*. Giaveno: Amrita.

Rivaldi, C. (2011). *La morte in-attesa. Assistenza e sostegno psicologico nel lutto in gravidanza e dopo il parto*. Iper testo

***Vita tua, vita mea.***

***Vegan representations: like acrobats who could protect bodies and worlds from death***

***Vita tua, vita mea.***

**Rappresentazioni vegane: come acrobati in grado di preservare i corpi e i mondi dalla morte**

**Mirco Costacurta**

***Keywords: etnografia, vegan, morte***

***Parole chiave: etnografia, vegan, morte***

Il seguente contributo presenta i primi risultati di un'indagine etnografica in corso sulle identità vegane. Il materiale empirico cui farò riferimento è costituito da 15 interviste in profondità somministrate a giovani vegani italiani, scelti tramite campionamento a palla di neve.

La rilevanza del tema è riscontrabile anche quantitativamente a partire dai dati Eurispes 2017, nei quali emerge che il 3 % degli italiani conduce una dieta vegana. Questo significa che sempre più italiani ritengono che utilizzare gli animali per soddisfare i bisogni umani (nutrirsi, vestirsi o curarsi...) sia eticamente ingiusto. Ma quali sono le ragioni che spingono la maggioranza di chi si dichiara vegan ad estendere i diritti universali propri dell'essere umano anche a tutti gli altri esseri senzienti? Per provare a fornire una risposta a questa domanda ho scelto di formulare delle premesse teoriche tramite un approccio filosofico, quello della asceti despiritualizzata del filosofo tedesco Sloterdijk.

Secondo Peter Sloterdijk (2010) «tutta la storia è storia di lotte tra sistemi immunitari» (p. 555) che ci preservano dagli attacchi della natura, dagli stessi umani e da quelle costanti minacce simboliche perpetuate dal destino, inclusa la morte. Adesso che il sistema difensivo offerto per millenni dalla religione è venuto a mancare, la posta in gioco non è la continuazione della vita umana dopo il decesso, ma la sua stessa sopravvivenza in questo universo assieme a quella di molti altri esseri viventi. Per ovviare ai rischi che costituiscono a livello ontologico l'essere umano, si ricorre sempre di più ad un affinamento dell'antropotecnica, ossia quell'insieme di «condotte mentali e fisiche basate sull'esercizio, con le quali gli esseri umani delle culture più svariate hanno tentato di ottimizzare il loro *status* immunitario sia cosmico sia sociale, dinnanzi a vaghi rischi per la propria vita e a profonde certezze di morire» (Ivi., p. 14). In particolare, poiché l'essere umano si avvale del consumo di animali a partire dalla nutrizione, si attiva una catena di conseguenze che vanno poi a ricadere su se stesso. Avvertendo l'anacronismo di questo comportamento in un'era in cui si vive per mangiare e non viceversa, egli si converte, ossia prende consapevolezza del fatto che «le cose non possono più andare avanti così» (Ivi., p. 545) e si deve cambiare la propria vita, per la propria salvezza e per quella degli altri, attraverso la narrazione di una filosofia. La biologia stessa assume i connotati di una «tanatologia storica» (Ivi., 144), la sfera del corpo coincide con quella del mondo e si comprende la necessità per quella specie che vuole sopravvivere di escogitare quel gioco acrobatico che le consenta di ridurre la sua condizione di precarietà.

Tramite un'analisi qualitativa delle interviste è emerso che nel processo di de-costruzione delle diete carniste (Joy, 2011) da parte delle persone che si sono dichiarate vegane, vi sono anche aspetti legati alla percezione della vita e della morte non solo dell'essere umano, ma anche degli animali non umani; pertanto, tramite le rappresentazioni della sofferenza di tutti gli esseri viventi, a partire dalle riflessioni di stampo antispecista dei partecipanti, è stato possibile aprire nuovi scenari non biasimanti nei confronti delle persone che hanno intrapreso uno stile di vita vegano.

### **Bibliografia e sitografia**

Eurispes. (2017). Rapporto Italia 2017. Disponibile da: <http://www.eurispes.eu/content/eurispes-rapporto-italia-2017-tavola-gli-italiani-amano-il-made-italy-741-e-i-prodotti-di>

Joy, M. (2011). *Why We Love Dogs, Eat Pigs and Wear Cows*. San Francisco: Conari Press.

Sloterdijk, P. (2010). *Devi cambiare la tua vita: sull'antropotecnica* (S. Franchini, trad.). Milano: Raffaello Cortina.

### ***Psychological therapies to defeat emotional involvement, expectations and fears in organ donation and transplantation***

### **Terapie psicologiche per sconfiggere il coinvolgimento emotivo, aspettative e timori nella donazione e nel trapianto di organi**

**Daria Debowska**

**Keywords:** *Death anxiety, organ donation, psychological therapies*

**Parole chiave:** *Tanatofobia, trapianto di organi, tecniche psicologiche*

I trapianti d'organo sono senza dubbio uno dei più importanti successi ottenuti al giorno d'oggi nel campo della scienza medica. Senza ombra di dubbio, il progresso di alcune tecniche come quella di conservazione degli organi e lo sviluppo di medicinali immunosoppressori sono fondamentali per la sopravvivenza dell'organo trapiantato e per la buona riuscita dell'intervento. Il numero di trapianti d'organo è aumentato in tutto il mondo, mentre il numero di organi donati non è cresciuto nella stessa misura. Di conseguenza, il periodo di attesa per i candidati al trapianto si è prolungato, con un incremento della sofferenza psico-fisica durante tutto il processo (Bjørk & Nåden, 2008) dato che a volte la morte del candidato sopravviene prima della disponibilità dell'organo da trapiantare (Goetzmann et al., 2006). Secondo Testoni et al. (2017), nel percorso che porta al trapianto non solo è importante tenere conto della sofferenza psico-fisica del malato ma anche della rappresentazione che egli ha della morte. Infatti si è notato che, nei pazienti per i quali la morte è rappresentata come un passaggio, sono meno frequenti i comportamenti di evasione e la paura del trapianto stesso. Secondo Routledge e Juhl (2010), le persone che sostenevano che la loro vita fosse piena di significato risultavano meno ansiose di fronte all'idea della morte rispetto a soggetti privi di valori spirituali. Infatti, un altro studio indica che il senso della vita gioca un ruolo importante nel funzionamento adattivo dell'essere umano. D'altro canto, percepire la vita come piena di significato è un fattore fondamentale della



salute psico-fisica (King & Napa, 1998; Zika & Chamberlain, 1992), mentre la mancanza di significato della vita è indice di depressione (Wong, 1998) e di un comportamento disadattato (Harlowe, Newcomb, & Bentler, 1986). In tutto questo processo sono importanti la cultura, le credenze religiose, le opinioni personali ed il contesto socio-familiare dei soggetti interessati (Testoni et al., 2017). I trapianti costituiscono un tema complesso che richiede la collaborazione tra i differenti professionisti in modo da aiutare tanto i familiari quanto i malati ad affrontare e a gestire le emozioni durante tutto il percorso (Mena-Nájera et al., 2014); in particolar modo è fondamentale la presenza dello psicologo in un team multidisciplinare.

La necessità di ricevere un sostegno psicologico è associata alla personalità, all'età e ai parametri somatici del paziente (Goetzmann et al., 2006). Per questo motivo, quanto prima saremo in grado di conoscere e valorizzare gli aspetti personali di ogni paziente, tanto più rapidamente potremmo evitare o diminuire l'incidenza di alcune problematiche psicologiche che emergono. Nei candidati al trapianto si evidenziano paura della morte (Burke, 2010), ansia di ricevere l'organo e cambiamenti nell'ambito lavorativo e familiare; nei pazienti scelti per il trapianto si manifestano depressione, ansia di morte, irritabilità, comportamenti ostili, mancanza di cooperazione o dipendenza eccessiva e negazione della gravità della malattia; i pazienti trapiantati presentano tanatofobia, disturbi dello stato d'animo, disturbi sessuali, incubi sul donatore, insoddisfazione dell'immagine corporea, difficoltà ad accettare la possibilità di complicazioni mediche (Di Martini, Crone, Fireman, & Dew, 2008; Santos, Gonçalves, Buzzo, et al., 2012). Per tali ragioni risulta estremamente importante realizzare sessioni di psicoterapia durante tutte le fasi del trapianto. Lo psicologo adotterà vari approcci psicoterapeutici:

1. Tecniche di disattivazione psicologica: di rilassamento progressivo (Wolpe, 1958); di respirazione (Benson, Beary & Carol, 1974); di visualizzazione o rilassamento nell'immaginario (Mena-Nájera, et al., 2014).
2. Tecniche psicoterapeutiche basate sull'effetto diretto della parola: psicoterapia di appoggio (Mena-Nájera et al., 2014); rational-emotive therapy (Ellis & Harper, 1997); acceptance and commitment therapy (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2015).
3. Tecniche cognitive: tecniche di coping (Lindqvist, Carlsson, & Sjoden, 2004); esposizione graduale (Wolpe & Lazarus, 1996).
4. Questionario di valutazione ed autovalutazione: CBA 2.0 Primary Scale (Calia et al., 2011); the depression anxiety stress scales-21 - DASS-21 (Botessi et al., 2015); testoni death rapresentation scale - TDRS (Testoni, Ancona, & Ronconi, 2015); subjective anxiety scale - SAS (Wolpe, 1996).
5. Musicoterapia (Ghetti, 2011; Manarolo, 2009).
6. Dinamiche di gruppo e psicoterapia di gruppo (Mena-Nájera et al., 2014).
7. Ipnosi: rilassamento autogeno (Schultz, 1935) e hypnotic relaxation and empathic attention (Lang, et al., 2008).
8. Mindfulness (Davis & Hayes, 2011; Gross, et al., 2009).

Generalmente la letteratura sui trapianti si focalizza su aspetti specifici relativi ai singoli soggetti interessati: il paziente (Bjork & Naden, 2008), i familiari, gli psicologi, il personale sanitario oppure tratta in maniera specifica i diversi tipi di trapianto come il trapianto di fegato (Annema et al., 2015; Goetzmann et al., 2006), di rene (Calia, et al., 2006; Eisendrath, 1969; Pradel, Mullins & Bartlett, 2003), ecc., od ancora si sofferma soltanto ad analizzare gli aspetti psicologici (Calia et al., 2011; Czerwinski, Kalicinski, & Danielewicz, 2015; Santos et al., 2012; Schultz & Kroencke, 2015; Stewart et al., 2014) o le tecniche psicologiche specifiche (Ghetti, 2011; Gross et al., 2009; Lindqvist, Carlsson, & Sjoden, 2004; López-Navas et al., 2010; Mena-Nájera, Barragán-Fuentes, & de Regil, 2014) durante il percorso di trapianto. In questo contributo, al contrario, si sono valutati gli aspetti psicologici e le terapie che insorgono nei vari attori così come le dinamiche che si presentano nelle varie fasi del trapianto e i diversi tipi di trapianto da mettere in atto.

In particolare si è cercato di definire gli step, gli aspetti etici e le tecniche psicologiche che possano essere d'aiuto agli operatori per garantire la qualità dell'assistenza psicologica nel contesto della donazione e del trapianto d'organi, così da poter migliorare il benessere psicologico nei pazienti e nei familiari tenendo presente che in ogni individuo soma e psiche sono aspetti diversi in costante relazione tra loro.

### **Bibliografia**

- Di Martini, A., Crone, C., Fireman, M., & Dew, M.A. (2008). Psychiatric aspects of organ transplantation in critical care. *Critical Care Clinics*, 24(4), 949–981. doi: 10.1016/j.ccc.2008.05.001
- Routledge, C., & Juhl, J. (2010). When death thoughts lead to death fears: Mortality salience increases death anxiety for individuals who lack meaning in life. *Cognition and Emotion*. 24(5), 848-854. doi: 10.1080/02699930902847144
- Schultz, K.H., & Kroencke, S. (2015). Psychosocial challenges before and after organ transplantation. *Transplant research and risk management*, 7(4), 45-58. doi: 10.2147/TRRM.S53107
- Testoni, I., Milo, V., Ronconi, L., Feltrin, A., Zamperini, A., Rodelli, M., Germani, G., & Cillo, U. (2017). Courage and representations of death in patients who are waiting for a liver transplantation. *Cogent Psychology*, 4(1), 1294333. doi: 10.1080/23311908.2017.1294333

***Happiness is not a goal to reach, it's a home to come back***

**La felicità non è una meta da raggiungere, è una casa a cui tornare**

**Marcella De Pra**

**Keywords:** *happiness, unconscious, family system*

**Parole chiave:** *felicità, inconscio, sistema familiare*

Ho sempre svolto la professione di assistente sociale consapevole di rispondere ad un richiamo lontano, ad una memoria che, sebbene vissuta spesso come pesante ed ingombrante, reclamava prepotentemente di emergere e diventare vivida.

Due mesi dopo la laurea la vita mi ha proiettato, senza possibilità di replica, a lavorare come libero professionista in un consultorio familiare di montagna ritrovandomi ad ascoltare, impaurita ed agitata, storie di donne, uomini e famiglie intrise di fragilità, preoccupazioni, sofferenza. Colpita dalle emozioni che

riverberavano in me dopo certi racconti, attraversata da un eco silenzioso che andava oltre le conoscenze teoriche e replicava «con quali certezze, con quale autorevolezza, con quale saggezza, da quale altitudine ti occupi delle fragilità e dei problemi delle persone, delle famiglie e dei bambini».

A questa voce devo il viaggio che ancor oggi mi impegna.

Ho cercato comprensione e sicurezza nella formazione e in diverse specializzazioni, ho cercato dentro di me riattraversando la mia storia con l'analisi personale, continuo a viaggiare ora nella psicologia transpersonale e della ricerca consapevole.

Nascere, vivere e morire sono fatti divini ai quali non è dato spiegare l'appartenenza. Così come non lo è spiegare perché i bambini si ammalano, muoiono prima dei genitori, perché alcune persone vivono malate, perché ci sono eventi traumatici che si accaniscono sempre sulla stessa persona. Domande esistenziali, comuni. Normali. Interrogativi impossibili. Domande che le teorie psicologiche, sociali, pedagogiche non possono completamente spiegare e che spesso diventano terreni insidiosi e minacciosi per chi si occupa delle persone e dei loro drammi.

L'inconscio, l'agito, i sistemi familiari, la sincronicità degli eventi sono state le parole chiave e i campi di approfondimento e di comprensione per me fondamentali.

Uno strano e stretto intreccio di sincronicità quali la richiesta di fondare un servizio pubblico a sostegno della genitorialità, l'incontro con Bert Hellinger e le costellazioni familiari, la fisica quantistica, la gestalt e la psicogenealogia oggi, dopo 20 anni di pratica, mi permettono di dire che è essenziale, nella vita e nella professione, aprirsi ad una ricerca sistemica e al significato della frase di Carl Gustav Jung: «tutto ciò che non sale a livello di coscienza diventa un destino»

Ho iniziato a cogliere, riconoscere, e accogliere quelle sfumature comunicative ed emotive che aprono ad una visione capace di dare senso alla fitta rete di relazioni di cui fa parte e di cui è portatore ogni essere umano.

Ho potuto comprendere e accogliere la necessità di andare oltre il concetto della specificità individuale perché, per la psiche e per il corpo, è necessario integrare aspetti biologici, personali, relazionali ed esistenziali.

La biografia personale, è l'esperienza fondamentale per ciascuno di noi così come sono le cause inconscie che l'hanno generata e di cui essa fa parte. Il viaggio della vita non finisce mai, perché come dice Josè Saramago «bisogna vedere quello che non si è visto, vedere di nuovo quello che si è già visto, vedere in primavera quello che si è visto in estate, vedere di giorno quello che si è visto di notte. Bisogna ritornare sui passi già dati, per ripeterli, e per tracciarvi a fianco nuovi cammini. Bisogna sempre ricominciare il viaggio. Sempre».

Ciascuno di noi è ciò che è. Verità e idealità.

Pensiero e meditazione che evoca ed apre a suggestioni che ci connettono a frammenti del nostro essere molto spesso taciuti ed inesplorati.

La Natura, se ci abbandoniamo al suo incanto, è la nostra grande maestra, è il grande specchio nel quale si riflette la vita. Se permettiamo ai nostri occhi di guardare, essa, in ogni sua manifestazione, albero, animale, fiore ci restituisce sensazioni di compiutezza, armonia ed energia.

Se osserviamo il ritmo delle stagioni modula il tempo portando a compimento il ciclo vitale: il seme, protetto nella terra, diventa germoglio, poi frutto e nuovamente seme. «Il linguaggio della natura è musica e canto», rivela Giordano Bruno.

Per l'essere umano, spesso, questa è una dimensione complicata ed oscura, diversa dal quotidiano, alla quale è più facile contrapporsi. Occorre tempo, esperienza, umiltà e coraggio per ritrovare significato e appartenenza profonda a questa dimensione, l'unica che ci riunisce e rende compartecipi di questo grande, meraviglioso e misterioso circolo della Vita.

Intraprendere questo viaggio, assecondare questa trasformazione significa farsi coinvolgere da intimi desideri e bisogni profondi, da impulsi che cercano oltre l'apparenza, fidarsi di quei disagi creativi che frantumano la sicurezza quotidiana e premono per cercare di comprendere, ascoltare ed includere vibrazioni, sensazioni che non si vedono e che si avvertono. Si percepiscono.

Ho incontrato Bert Hellinger nel 2009. Uomo di straordinaria vitalità, con una vita immersa nella ricerca attraverso intense e particolari esperienze personali e professionali. Ha attraversato il sacerdozio, la vita nelle tribù africane, diventando uno psicoterapeuta analitico, un esperto dell'analisi transazionale, dello psicodramma di Moreno, della gestalt e della terapia familiare sistemica.

È un ricordo speciale quella giornata, densa di vissuti, di sensazioni perturbanti, certa di aver incontrato una grande forza, un uomo capace di essere nella Conoscenza.

Ripeteva in modi diversi e poi lo dimostrava, attraverso la pratica delle costellazioni, che la vita di ciascuno è condizionata da destini e sentimenti che non sono veramente propri e personali e ogni qualvolta un membro della famiglia viene escluso o dimenticato, a causa di un destino difficile, ciò si ripercuote nelle esperienze delle successive generazioni.

Fino a quando l'elemento escluso non ritrova il "suo posto emotivo" nel suo campo affermando che in un sistema la singola individualità non è importante di per sé, ma in funzione di qualcosa di più grande, il sistema. Forze importanti sono coinvolte in questa dinamica, molto oltre la nostra capacità di comprensione perché, a parte quella che tradizionalmente definiamo anima, sembra esistere un'anima più grande che unisce i vivi ai morti, meglio ancora un'anima familiare che connette i vivi ai defunti.

Spiegava che malattie gravi, il desiderio di morte, problemi sul lavoro, possono essere dovuti a irretimenti del sistema familiare e possono essere portati alla luce attraverso il processo delle costellazioni familiari.

Le descriveva come "una messa in scena" nella quale dei rappresentanti del cliente e del problema ricreano le interdipendenze esistenti tra i componenti della famiglia e dove si mostrano le dinamiche inconsce che causano sofferenza.

Per me che uso istintivamente il canale visivo osservare, guardare la scena, riattraversare nell'attimo presente, *l'hic et nunc*, il movimento e la dimensione psichica delle persone, continua ad essere la prospettiva immateriale, che più mi meraviglia e avvolge di questa pratica.

La costellazione familiare è un'esperienza sia grupitale che individuale anche se nel gruppo si esprime in tutta la sua potenza. Essa mostra ed esplicita un movimento della persona verso il suo tema, il suo problema in quanto appartenente ad un campo morfico.

Tutti gli accadimenti che si compiono in una costellazione sono collegati ad una realtà sovrastante, ad un campo di coscienza in cui le persone della famiglia, o la situazione coinvolta, si comportano ed esprimono il proprio vissuto mostrando l'essenza, la profondità dei legami, l'intensità delle emozioni in risonanza con il campo.

Cos'è che caratterizza le costellazioni familiari, come possiamo descriverle? Sicuramente non sono né una forma di psicodramma né sono una variante della terapia psicoanalitica; sono un preciso e spesso inaspettato momento di verità nella storia di una famiglia e del suo passato.

Questo strumento restituisce allo sguardo qualcosa che riguarda il campo di coscienza, perché nella scena il campo comunica l'essenza della situazione e palesa la realtà del movimento presente.

La mia esperienza di aiuto, in gruppo e individuale, negli ultimi 20 anni si è così arricchita.

Sono un professionista che sostiene, accoglie e accompagna le persone attraverso percorsi di consulenza breve, vigile e prudente. Non interpretativa. Accompagnare le persone a comprendere esperienze di vita, di malattia, di dolore rappresenta l'occasione di entrare in contatto con frammenti di vita unici, senza giudizio e pregiudizio. Ognuno unico e irripetibile. Accadono sintonie uniche, intensità speciali.

Le domande non sono più dei buchi neri ma delle porte che aprono ad una dimensione relazionale, interiore ed esistenziale multidimensionale.

Azzardo, la felicità e la vita non sono delle mete da raggiungere, sono una casa a cui tornare.

## **Bibliografia**

- Bert, H. (2008). *Riconoscere ciò che è. La forza rivelatrice delle Costellazioni Familiari* (S. Miclavez, trad.). Milano: Tecniche Nuove.
- De Pra, M., Sculari, P. (2009). *Nascere e crescere. Il mestiere dei genitori*. Bari: La Meridiana.
- Schützenberger, A.A. (2004). *La Sindrome degli antenati. Psicologia transgenerazionale e i legami nascosti nell'albero genealogico*. Roma: Di Renzo Editore.
- Sheldrake, R. (2006). *La mente estesa. Il senso di sentirsi osservati e altri poteri inspiegati della mente umana*. Milano: Apogeo.

## ***Narrative construction of death***

### **La costruzione narrativa della morte**

**Ciro De Vincenzo, Marco Locatelli**

***Keywords: narrative, dying, interaction***

***Parole chiave: narrazione, morire, interazione***

La Morte, nell'attuale contingenza storico-culturale, si impone all'attenzione scientifica, sia come oggetto di indagine, sia come oggetto di intervento e sia, in ultimo, come elemento che solleva criticità all'interno della Comunità umana. È esplicita, oggi, una richiesta operativa e legislativa, che richiama alla Responsabilità tutti gli attori protagonisti delle situazioni di fine-vita siano queste attinenti a pratiche eutanasiche, al diritto di poter scegliere i trattamenti a cui sottoporsi o, ancora, alle modalità con cui poter disporre di una morte dignitosa. Come si è giunti a questo peculiare assetto? (Youngner, Arnold & Schapiro, 1999).

La presente relazione vuole offrire una rinnovata riflessione epistemologica, teorica e metodologica che si ponga come snodo per gestire, a differenti livelli di intervento, le problematicità che emergono allorché i membri della nostra specie si trovano a costruire narrazioni e resoconti attorno alla Morte.

Nel corso del XIX secolo, dopo essere stata circoscritta ed essere stata fonte di conoscenza, divenuta luogo della Verità terapeutica del Medico sui tavoli dissestatori, la Morte è stata al contempo oggetto del tentativo di puntualizzarla in un momento e in un istante sempre più preciso, in cui fosse possibile definire con infinitesimale meticolosità il suo trionfo sulla Vita. È stato dirimente, ad un certo momento dell'impresa conoscitiva delle scienze sanitarie, poter sfilare le trame della decomposizione cadaverica per far emergere la chiara struttura del vivente; per poter inquadrare la facies hippocratica e non diagnosticare o prognosticare, erroneamente e malauguratamente, la Morte, vanificando un ancor possibile progetto di guarigione. Dunque da metafisico oggetto di speculazione, che transitava da reami filosofici, teologici, mitologici e antropologici la Morte rapidamente si trasforma in quello stato, in quel luogo, "lieto di soccorrere la Vita", come recita l'ingresso al Teatro Anatomico di Padova.

Dalla tripode vitale descritta da Bichat, e dai signa mortis raccolti durante l'800, la "maschera della Morte" – nel corso del XX secolo – rinnova i tratti del suo volto: da sorgente conoscitiva a momento di possibilità per dispiegare quanto la tecnica bio-medica s'apprestava ad offrire: terapie rianimatorie, trapiantologia organica e tecniche di supporto artificiali alle funzioni vitali. Nuovamente, la Morte è crocevia per la guarigione dei Vivi e, contemporaneamente, indicatore epistemologico da cui partire per articolare la prassi sanitaria. Diversamente, però, non illustra al medico le segrete viscere che ha serbato per una Vita allo scopo di informarne le manovre di guarigione, bensì pone al guaritore la sfida più ardua: riconoscerla nell'istante stesso in cui accade, si verifica; certificarla, non un secondo prima né un secondo dopo, e acclararla con quanta più certezza possibile. La Morte biologica così s'allarga: non è più una questione meramente individuale, la cui lotta il medico affronta in nome del morente, ma diviene un perno collettivo, attorno alla

cui indubbia attestazione viaggia la possibilità di poter disporre di un organo da donare ad un altro individuo. È in quest'alveo, che attiene ad una dimensione epistemologica squisitamente organica-corporea, che proliferano le teorie, le definizioni e i criteri che l'apparato scientifico medico, nella moltitudine delle sue componenti, prontamente mette in campo per fornire una bussola di riferimento sia nella pratica quotidiana sia nella legislazione che la regola. Oramai, 57 anni sono passati dal momento in cui ci si è spostati dal rilievo cardio-circolatorio all'encefalico per articolare e impostare il nocciolo della faccenda; ad oggi, però, il clinico, nelle contingenze in cui la "barriera della Morte" sfida l'istantaneità, stenta a raccogliere inoppugnabili sentenze e, spesso, occorre il Diritto, più che il senso scientifico, in suo aiuto per porre fine alla questione. In sostanza, al livello corporeo la Morte è una sfida atomica: sfugge e si trasfigura, stentando ad emergere con brillante vividezza allo sguardo clinico; saturata all'osso, è un problema teorico, non epistemologico, ed attiene al modo in cui viene definita e, conseguentemente, vengono posti i criteri di un suo accertamento (De Ceglia, 2014).

Ma la Morte, storicamente ed epistemologicamente, non è stata solo considerata un folgorante istante ma è stata altresì configurata come *exitus*, come passaggio, come transizione, come processo. Due visioni contrastanti rivaleggiano per garantirsi priorità sul morente: o vi è un momento in cui questi può essere dichiarato tale, o il processo che lo conduce a questa condizione è così sfumato e aleatorio che un intervento di questo tipo è impossibile. Emerge così alla superficie epistemologica non tanto la Morte, quanto il Morire, un tragitto che pur si trova depositato e documentato nelle letture del passato, nell'arte come nelle poesie e nella letteratura: la morte di Socrate, di Seneca, di Ivan Il'ic sono testimoni imperituri di come le particolarità dell'istante si dissolvano nelle diversità del processo.

Ed è al Morire che si pone ora l'impresa scientifica: non tanto inquadrarlo negli infiniti istanti temporali in cui avanza, perché ciò sarebbe cimento biologico, ma nel fondarlo come evento che accade nell'interazione tra individui, come processo che alberga nella dimensione del racconto e della narrazione, come possibilità – a disposizione di ciascuno – di costruire il proprio modo di generare connotazioni e aggettivi diversi del sostantivo Morte, così granitico alla lente microscopica eppur così plurimo nel reame del dialogo. Al cospetto del Morire, la Morte perde le sue caratteristiche consustanziali organico-corporee e si fa racconto, si sveste della dimensione biologica e affida a chi la dice la possibilità di costruirla e rinnovarla in sempre diverse modalità. È così che oggi è possibile osservare la complessa grammatica della morte al plurale che si dispiega di fronte all'operatore: un'infinità di coloriture accompagnano la Morte al sostantivo in virtù del fatto che, discorsivamente, ognuno ha – più che il diritto – la possibilità di poter costruire in uno specifico modo l'oggetto Morte. È nel pieno paradigma interazionistico che il Morire si innerva e si snoda: un processo interattivo che coinvolge tutti e in cui tutti sono chiamati ad esprimere la propria voce (László, 2009; Murray, 1999).

Gettando lo sguardo sul Morire, la Morte cessa di essere automatico produttore di sensazioni o sentimenti e diventa essa stessa l'unico e irripetibile precipitato delle situazioni interattive e narrative: non è essa che, secondo una logica aristotelica, fa paura o genera angoscia, non è depositaria e proprietaria di qualsivoglia

caratteristica ontologica ma, al contrario, è costruita in questa o quella specifica modalità nel momento in cui gli individui la pongono nei discorsi, la ravvivano e la vivificano. Al livello narrativo del Morire tutti sono Responsabili dell'assetto che si costruirà attorno alla Morte: gli operatori sanitari, detentori della Verità corporea, ma anche, e soprattutto, il morente ed i suoi cari, esperti della condizione biografica e dei modi in cui si può promuovere una modalità che della Morte non dica più solo "paura" ma dica anche "salute".

La condizione biologica, e le sfide che essa pone, s'affacciano al dominio sanitario. La condizione biografica, che ad un certo momento ruota attorno ad un'inesorabile Morire, s'affaccia al dominio delle scienze umane e sociali, illuminando il campo del sapere non attorno all'interrogativo di cosa è la Morte ma al quesito, pertinente, di come le narrazioni costruiscono la realtà Morte e di come, l'operatore, possa inserirsi in questo delicato processo traghettandolo verso assetti più salutari.

Lavorare con le narrazioni degli interagenti comporta considerarle costruttrici della realtà Morte e non detentrici della sua Verità che, ancorché dubbia, alligna alla dimensione organica.

### **Bibliografia**

De Ceglia, F.P. (a cura di). (2014). *Storia della definizione di morte*. Bari: Franco Angeli.

László, J. (2009). *The science of stories: An introduction to narrative psychology*. London: Routledge.

Murray, M. (1999). The Storied Nature of Health and Illness. In M. Murray & k. Chamberlain (Eds), *Qualitative Health Psychology. Theories and Methods* (pp. 47-63). London: SAGE Publications. doi:10.4135/9781446217870.n4

Youngner, S.J., Arnold, R.M., & Schapiro, R. (1999). *The definition of death: Contemporary controversies*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press

## ***Dignity therapy, not only for oncology diseases***

### **Dignity Therapy, oltre la malattia oncologica**

**Mino D'Ippolito, Elisa Mencacci**

***Keywords: dignity, aging***

***Parole chiave: dignità, invecchiamento***

*Nuove prospettive di utilizzo della terapia della dignità: una sperimentazione nella struttura residenziale per anziani "Villa Tamerici"*

Storicamente il modello di Chochinov sulla Dignità nasce come strumento di supporto ai malati oncologici per diminuire la sofferenza e influenzare positivamente l'esperienza di fine vita.

Con lo scopo di testare l'utilizzo della Dignity Therapy in un contesto diverso da quello originario, si è deciso di effettuare una ricerca-intervento all'interno della residenza per anziani "Villa Tamerici", situata nel comune di Porto Viro (RO), ipotizzando che questo possa produrre un miglioramento delle condizioni di salute psicologica dell'anziano ospite e dei suoi familiari, producendo una riduzione degli stati depressivi e dei pensieri suicidari, così come avviene nei pazienti con diagnosi oncologica (Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson, & Harlos, 2002) e in pazienti affetti da Alzheimer (Johnston et al., 2014).



Nello svolgimento della ricerca si è deciso di coinvolgere circa 20 soggetti, con un buon livello cognitivo, selezionati attraverso la somministrazione della versione short del *Mini Mental State Examination*. La ricerca si svolgerà attraverso l'utilizzo di un'intervista semi-strutturata, che verterà su temi correlati al concetto di dignità individuati da Chochinov (2006). I dati qualitativi emersi durante la ricerca saranno analizzati attraverso l'uso del software *ATLASS.TI*.

Il progetto di ricerca prevede due distinte fasi:

- nella prima vengono raccolte, attraverso gruppi di auto mutuo aiuto, le diverse definizioni soggettive che ogni anziano possiede riguardo al concetto di dignità, in particolare facendo riferimento al contesto di residenzialità nella struttura in cui si trovano. Si cerca di stimolare la riflessione su temi particolarmente significativi, come la percezione di cambiamento della dignità all'entrata in casa di riposo, le cause principali di questo cambiamento e l'impatto sul benessere psicologico percepito;
- nella seconda fase vengono effettuate delle interviste individuali, utilizzando il protocollo di Chochinov che individua nel suo modello diversi fattori che possono influenzare la percezione di dignità dei pazienti, raggruppabili in tre categorie distinte: la prima è quella delle prospettive di conservazione della dignità tra cui si annoverano i fattori legati alla malattia, come il livello di sofferenza fisica, di lucidità e di dipendenza da altri; la seconda categoria è quella dei fattori psicologici e spirituali, denominati pratiche di conservazione della dignità, che comprendono la preservazione del proprio ruolo nella società, la resilienza e il lascito, ossia il ricordo di sé che si vuole lasciare ai propri cari; infine nella terza categoria si ascrivono i fattori legati all'ambiente esterno, denominati anche come inventario della dignità sociale, tra i quali troviamo il tenore delle cure, i confini della privacy e la percezione di essere un peso per gli altri.

Al termine della terapia sarà redatto un documento finale che potrà essere condiviso dall'ospite con i propri cari: trasmettere in forma scritta pensieri, emozioni e desideri che altrimenti non si sarebbero potuti esprimere soddisfa il bisogno di generatività e offre la possibilità di generare un lascito da poter poi donare alle persone più vicine. Il documento finale contiene gli aspetti principali della vita del paziente, gli insegnamenti di vita che si vogliono trasmettere e le dichiarazioni di affetto ai propri cari. Gli operatori della salute coopereranno nella fase creativa di tali documenti, registrando la storia del paziente così come emerge dall'intervista, trascrivendo e stampando le sue parole dopo averle rielaborate.

Lo scopo di questa fase è quello di favorire la narrazione degli anziani su temi che spesso non trovano spazio e modo di emergere, come il livello di benessere percepito. Attraverso quest'intervista viene fornita sia ai pazienti che ai familiari la possibilità di narrarsi e di far conoscere agli operatori le proprie esigenze, richieste ed in generale il proprio punto di vista sulla qualità di vita all'interno della struttura. I dati emersi dalla ricerca saranno inoltre utilizzati per la formazione del personale sanitario.

Al termine della ricerca verrà redatta una relazione scritta su ogni partecipante, che sarà condivisa all'interno dell'equipe: ciò consentirà a chi lavora con gli utenti di ricevere informazioni utili e di facile applicazione, atte

a migliorare notevolmente la dignità percepita dagli utenti del servizio e il loro benessere psicologico, andando quindi anche ad intervenire sui fattori ambientali descritti nel modello di Chochinov.

### **Bibliografia e sitografia**

- Chochinov, H.M. (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA: a cancer journal for clinicians*, 56(2), 84-103. doi:10.3322/canjclin.56.2.84
- Chochinov, H.M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: A developing empirical model. *Social science & medicine*, 54(3), 433-443. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00084-3
- Johnston, B., Lawton, S., Munro, G., Murray, J., Gibb, J., Rodriguez, C., & Law, E. (2014). Living well with dementia: Enhancing dignity and quality of life, using a novel intervention, Dignity Therapy. *International journal of older people nursing*. Disponibile da: <https://www.qnis.org/wp-content/uploads/2016/11/Living-Well-with-Dementia-Report.pdf>

### **«Do not let anyone suffer alone». The experience of the Pope John XXIII Community**

### **«Non lasciate nessuno soffrire da solo». L'esperienza della Comunità Papa Giovanni XXIII**

**Chiara Forni, Debora Grandis**

**Keywords:** *life sharing, faith, family*

**Parole chiave:** *condivisione diretta, fede, famiglia*

«A tutte le famiglie che mi ascoltano: non lasciate nessuno soffrire da solo. No, no, apritevi!» (Benzi, 2014, p. 96). Queste parole di don Oreste Benzi racchiudono in parte il carisma e l'esperienza di vita dei membri della Comunità Papa Giovanni XXIII da lui fondata, come espresso nella Carta di Fondazione, Statuto e Direttorio (2011): condividere direttamente la vita degli ultimi, mettendo la propria vita con la loro vita, facendosi carico della loro situazione, mettendo la propria spalla sotto la loro croce. Persone con gravi disabilità e malattie terminali, anziani con malattie degenerative o non più autosufficienti trovano posto all'interno delle famiglie, delle Case Famiglia e delle Case di accoglienza, tutte caratterizzate da rapporti di tipo familiare con figure di riferimento precise e continuative, che vivono stabilmente sotto lo stesso tetto 24 ore su 24, 7 giorni su 7. La Comunità Papa Giovanni ha messo in atto anche altre realtà di sostegno alla persona per esempio attraverso l'apertura di Centri Diurni, come la Casa dei Nonni a Forlì, in cui le attività quotidiane si svolgono sempre in un ambiente caratterizzato da rapporti di tipo familiare, con la partecipazione non solo degli anziani (che vengono proprio chiamati nonni), ma anche di famiglie e bambini. In ogni realtà di accoglienza la complementarietà delle presenze è una caratteristica che fa dell'originalità di ognuno una ricchezza per l'altro.

Il tema dell'approssimarsi della morte emerge spesso nel vivere quotidiano. Ciò che inquieta maggiormente non è tanto il momento del passaggio, ma il come ci si arriva. Spaventano la sofferenza e le gravi infermità, la perdita delle capacità cognitive e la paura di non riconoscere e di non veder riconosciuta la propria dignità, ma ancora di più spaventa l'idea di affrontare tutte queste situazioni da soli, senza il sostegno e la vicinanza

di una persona cara. Giovanni Paolo II (1995) nella sua enciclica *Evangelium vitae* afferma che «la domanda che sgorga dal cuore dell'uomo nel confronto supremo con la sofferenza e la morte, specialmente quando è tentato di ripiegarsi nella disperazione, quasi di annientarsi in essa, è soprattutto domanda di compagnia, di solidarietà e di sostegno nella prova. È richiesta di aiuto per continuare a sperare, quando tutte le speranze umane vengono meno» (pp. 93-100). Il vivere secondo lo stile della condivisione diretta porta chi accoglie e chi è accolto ad appartenersi l'un l'altro, trovando spazi per l'ascolto reciproco delle ansie e delle paure, cercando insieme strategie per affrontarle, pregando insieme, continuando a vivere insieme anche quando le situazioni di malattia e di disabilità si aggravano. Si cerca di vivere quel sogno di don Oreste per cui nessun uomo deve essere lasciato soffrire da solo, per cui ognuno può sentire di essere amato fino alla fine e di essere portatore di vita fino alla fine, se possibile in un ambiente di tipo familiare. Questa intuizione è nata e si è radicata in don Oreste parecchi anni fa dalla condivisione di vita con E. che, seppur gravata dalle complicità di un AIDS in fase terminale, ha potuto trascorrere gli ultimi giorni della sua vita "a casa", nella comunità terapeutica per tossicodipendenti che lei considerava la sua casa. Da allora decine e decine di bambini, adulti e anziani sono stati accompagnati fino al momento della morte.

In questo cammino insieme ciò che emerge chiaramente è che anche persone nelle situazioni più disperate possono essere portatori di novità di vita e di umanizzazione delle famiglie stesse e dell'intera società. Nel vivere insieme nella condivisione diretta non c'è più chi salva e chi è salvato, ma ci si salva insieme. «Ogni uomo che è su questa terra è protagonista e artefice della storia in ogni momento, in ogni situazione dell'esistenza umana, sempre. Dal vecchio malato di Alzheimer, a chi non ragiona, tutti sono protagonisti indispensabili e artefici della storia in ogni istante e guariscono gli altri perché li costringono ad abbandonare se stessi» (O. Benzi, comunicazione personale, 11 Maggio 2002). L'uomo scopre così la sua vera identità, riconosce di non essere fine e riferimento di sé, ma di avere un respiro e una dignità più grandi. Con uno sguardo di fede e con il sostegno dell'efficacia dei sacramenti, come l'unzione degli infermi, si può arrivare ad accogliere con maggiore serenità anche l'approssimarsi della morte, che per don Oreste Benzi (2007) altro non era che «il momento dell'abbraccio col Padre, atteso intensamente nel cuore di ogni uomo, nel cuore di ogni creatura» (pp. 11-12). La sua profonda relazione con Dio gli ha permesso di esclamare: «Nel momento in cui chiuderò gli occhi a questa terra, la gente che sarà vicino dirà: è morto. In realtà è una bugia. Sono morto per chi mi vede, per chi sta lì. Le mie mani saranno fredde, il mio occhio non potrà più vedere, ma in realtà la morte non esiste perché appena chiudo gli occhi a questa terra mi apro all'infinito di Dio».

## **Bibliografia**

- Benzi, O. (2007). *Pane quotidiano. Le letture di ogni giorno commentate da don Oreste Benzi. Novembre-dicembre 2007*. Rimini: Sempre.
- Benzi, O. (2014). *Un matrimonio a tre*. Rimini: Sempre.
- Comunità Papa Giovanni XXIII. (2011). *Carta di Fondazione, Statuto e Direttorio*. Rimini: Sempre.
- Giovanni Paolo II, (1995). *Evangelium vitae. Lettera enciclica del sommo pontefice Giovanni Paolo II sul valore e l'inviolabilità della vita umana*. Torino: Elledici.

## ***I share therefore I am: being offline as a self-destruction***

### **Condivido e dunque sono: essere offline come distruzione del sé**

**Mattia Furlan, Ines Testoni**

**Keywords:** *technology, identity, FOMO*

**Parole chiave:** *tecnologia, identità, FOMO*

In un mondo che cambia velocemente, risulta quantomeno necessario rivolgere l'attenzione verso ciò che sta modificando radicalmente il nostro modo di essere sia per ciò che riguarda il nostro contesto sociale sia per ciò che concerne la nostra identità. È con la speranza che una maggiore consapevolezza riguardo a questa tematica migliori la vita delle persone sotto molteplici punti di vista che ho deciso di occuparmi di nuove tecnologie e del loro rapporto con l'essere umano.

Il rapido sviluppo della tecnologia ha cambiato enormemente le nostre attività giornaliere ed i nostri comportamenti. In particolare, tra le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (*Information and Communication Technologies – ICT*), il telefono cellulare ha subito uno sviluppo eccezionale negli ultimi anni. I moderni Smartphone (telefoni mobili di gran lunga superiori ai predecessori) sono apparecchi tecnologici divenuti un'importantissima parte della vita quotidiana delle persone (Gezgin & Çakır, 2016; Jena, 2015). Tale attaccamento sembra riscontrarsi maggiormente nella popolazione giovane, soprattutto la *Generazione Z* (nati tra il 1995 ed il 2010), la *iGeneration* (nati negli anni novanta) e la *Net Generation* (nati negli anni ottanta) (Rosen et al., 2012; Rizzacasa d'Orsogna, 2015; Lazzati, 2016). Le stime del *Pew Internet and Life Project* (Brenner, 2013) indicano che quasi il 60% degli americani possiede uno smartphone e che l'aumento di utilizzo attraversa tutte le fasce demografiche anche se, tuttavia, i giovani delle aree urbane posseggono smartphone più delle persone più adulte delle aree rurali e che non frequentano il college (Smith, 2012). Come risulta chiaramente dalla rassegna della Lenhart del 2015 sull'uso della tecnologia e dei social network da parte degli adolescenti, essi dichiarano, per il 92%, di andare online ogni giorno e, di questi, il 24% dichiara di essere online "quasi costantemente". Più della metà (56%) dei ragazzi (tra i 13 ed i 17 anni) si collega a internet varie volte al giorno, mentre il 12% dice di connettersi solo una volta al giorno. Solo il 6% degli adolescenti dice di connettersi una volta a settimana ed il 2% meno frequentemente. Lo stesso report ci dice che Facebook continua ad essere il sito di social networking più utilizzato tra i teenager (tra i 13 ed i 17 anni) attraendo il 71% di essi, mentre più di metà utilizzano Instagram (52%), quattro decimi usano Snapchat (41%) ed un terzo usa Twitter (33%) e Google (33%). Inoltre, gli adolescenti negli Stati Uniti si diversificano nell'utilizzo dei social network in quanto il 71% di loro usa più di un sito di social networking.

In tale contesto si va delineando una tipologia di attaccamento a questi apparecchi elettronici che sembra generare una sorta di paura (o di ansia) quando non si ha la possibilità di utilizzarli. Essa risulta talmente evidente da aver richiesto la formulazione della parola Nomofobia (no-mobile-phobia), per riferirsi alla

pervasiva paura di rimanere senza il proprio telefono cellulare. Questa nuova tipologia di fobia sembrerebbe strettamente legata ad un altro tipo di ansia: la FOMO.

FoMO o FOMO è l'acronimo di *fear of missing out* ed è un costrutto di recente formulazione, difficilmente traducibile nella lingua italiana. Con questo termine si fa riferimento ad un'ansia sociale esperita a causa della consistente preoccupazione di potersi perdere l'importante opportunità che abbia luogo un'interazione sociale, un'esperienza unica o qualche altro evento particolarmente soddisfacente (Przybylski, Murayama, DeHaan, & Gladwell, 2013). Riflette la preoccupazione che gli amici stiano vivendo esperienze gratificanti durante la propria assenza (Dossey, 2014) ed è strettamente collegata alle nuove tecnologie come gli smartphone ed i tablet e a tutto ciò che consente l'interazione sociale per mezzo di tali oggetti. I social network, come ad esempio Facebook, Twitter e Instagram (alcuni tra tanti), investono dunque un ruolo centrale nella formazione e definizione di questo tipo di ansia.

Questo attaccamento ai nostri smartphone (o tablet), dunque, sembrerebbe essere dovuto a principi psicologici pre-tecnologici, come i bisogni di socialità e di appartenenza, ma non solo. Studi nell'ambito del rapporto tra esseri umani e computer hanno dimostrato che questi strumenti (come tutti gli strumenti, del resto) stanno modificando e dando forma alla nostra identità. La realtà stessa sta iniziando ad essere pensata in termini informatici. Basti pensare all'utilizzo di metafore informatiche quali "*debugging*" (risoluzione di un problema) e "*programmazione*" che vengono oggi utilizzate per pensare alla politica, all'educazione alla vita sociale e, nondimeno, a sé stessi (Turkle, 2011). Il modo stesso con cui l'essere umano si relaziona a questi nuovi strumenti sta cambiando molto rapidamente: negli anni 80 questa relazione (in ambito domestico e per il grande pubblico) era di tipo uno-a-uno, una persona da sola con una macchina; già dalla metà degli anni 90, invece, iniziò ad esser chiaro che queste macchine sarebbero state solo un portale che avrebbe permesso alle persone di sperimentare una "vita virtuale". Oggi, non siamo più limitati ad avere una stretta cerchia di amici e contatti ma, potenzialmente, possiamo averne a centinaia, a migliaia o addirittura milioni. Questo, inevitabilmente, si ripercuote sulla tipologia di relazioni che instauriamo con le persone e, secondariamente, sulla nostra identità. Si è passati dalla condivisione di sensazioni, sentimenti e pensieri ad una stretta cerchia di conoscenti alla possibilità di condividere tutto ciò (potenzialmente) con il mondo intero. Questa incredibile opportunità ha portato con sé la possibilità, per di più, di controllare il contenuto e la forma di ciò che comunichiamo e di ricevere appagamento e autostima come risposte dirette a questi nostri disvelamenti controllati. Più siamo in grado di percepire cosa piace alle altre persone più riceviamo approvazione se ci conformiamo a tale stile comportamentale (basti pensare al sistema dei like sui social network). Si è passati, dunque, da avere una sensazione da condividere a condividere per avere una sensazione (quasi sempre piacevole): usiamo la tecnologia per definire noi stessi. Come molto intelligentemente ci fa notare la Turkle, però, il problema di questo regime del "condivido e dunque sono" è che se non abbiamo una connessione non ci sentiamo più noi stessi. Questo sembra essere il motivo per cui ci connettiamo sempre di più.

Al giorno d'oggi, dunque, insicuri delle nostre relazioni e ansiosi riguardo all'intimità, guardiamo alle tecnologie come il modo per rimanere in relazione e, allo stesso tempo, per proteggerci da essa (Turkle, 2011). Questa componente del controllo sulle relazioni è qualcosa di totalmente nuovo che, sicuramente, ha un'importanza cruciale nella gestione di un'ansia di tipo sociale.

Interessante risulterebbe, dunque, approfondire questo tipo di ricerca nella direzione dell'individuazione di caratteristiche più specifiche dell'ansia di perdersi importanti interrelazioni sociali (FOMO), magari correlandola ad altri tipi di ansia come, ad esempio l'ansia di morte. Essa, infatti, è innegabilmente caratterizzata da una pervasiva paura del distacco dalla propria rete sociale di appartenenza. Così facendo, si dimostrerebbe inequivocabilmente come il distacco dagli apparecchi mobili di comunicazione sia, a tutti gli effetti, una morte sociale del sé e, dunque, una perdita di identità.

### **Bibliografia**

- Argumosa-Villar, L., Boada-Grau, J., & Vigil-Colet, A. (2017). Exploratory investigation of theoretical predictors of nomophobia using the Mobile Phone Involvement Questionnaire (MPIQ). *Journal of Adolescence*, 56, 127-135. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.02.003
- Cheever, N.A., Rosen, L.D., Carrier, L.M., & Chavez, A. (2014). Out of sight is not out of mind: The impact of restricting wireless mobile device use on anxiety levels among low, moderate and high users. *Computers in Human Behavior*, 37, 290-297. doi: 10.1016/j.chb.2014.05.002
- Przybylski, A.K., Murayama, K., DeHaan, C.R., & Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1841-1848. doi: 10.1016/j.chb.2013.02.014
- Turkle, S. (2011). *Alone together: why we expect more from technology and less from each other*. New York: Basic Books.

### ***Before I die I want to...***

#### ***Cross-cultural and gender research on the desires to be achieved before dying***

### ***Before I die I want to...***

#### **Ricerca cross-culturale e di genere sui desideri da realizzare prima di morire**

**Sonia Fusina, Maddalena Floriani, Ines Testoni**

**Keywords:** *desires, cross-cultural, gender*

**Parole chiave:** *desideri, cross-culturale, genere*

Il tema della morte e della sua applicazione pratica nella vita quotidiana può essere analizzato mediante l'utilizzo di progetti specifici creati ad hoc per portare nella quotidianità un tema così impegnativo: uno di questi è l'intervento '*Before I die I want to...*'. Questo progetto, ideato negli Stati Uniti nel 2008 da K.S. Rives e Nicole Kenney, risulta essere una collezione di ritratti polaroid di tutte le persone, di ogni età e provenienza, che rispondono alla domanda «Cosa vuoi fare prima di morire?». L'intervento vuole stimolare un sano dialogo sugli obiettivi della vita e sulla sua finitudine, dando un'occasione alle persone che vengono in contatto con questo progetto di pensare e agire su cosa realmente fa la differenza nella loro vita. Si scatta la foto quando gli

intervistati rispondono alla domanda, si chiede loro di scrivere sul fondo del loro ritratto «Prima di morire vorrei...» e di completare con il loro sogno appena espresso. Il progetto è stato esportato in giro per il mondo e colleziona 1355 foto tra Stati Uniti, India, Giappone e Italia. Questa vasta gamma di desideri, di così diverse società, restituisce un'immediata e accessibile comparazione interculturale e un sano reminder della nostra comune (finita) umanità. Motiva le persone a trovare il loro senso della vita, accettando che, purtroppo, non durerà per sempre e le incoraggia a riflettere e ad agire su ciò che per loro è davvero importante. Pensare alla morte significa concepire la vita, ricordarsi perché viviamo, apprezzare ciò che abbiamo, comprendere quali sono le nostre priorità, ma anche sognare, desiderare e fantasticare (Testoni, 2011). La base metodologica su cui si fonda il progetto è la ricerca-azione partecipata, con il Photovoice in particolare, e la Terror Management Theory (TMT). A differenza della semplice applicazione del Photovoice in ambito sociale e comunitario, atta a portare ad un cambiamento a livello della società di riferimento, il progetto mira ad attivare nelle persone un pensiero relativo alla morte e le sue conseguenze: infatti, porsi un obiettivo così ambizioso come realizzare il proprio sogno permette di progredire e non rimanere statici in un determinato momento della propria vita. A partire da questo i dati raccolti sono stati sottoposti ad un'analisi rigorosa incentrata sulla codifica dei bisogni mediante l'uso della Piramide delle necessità ideata da Maslow nel 1954. I dati così categorizzati hanno permesso di esplicitare come le persone reagiscono di fronte al *prime* della *Mortality Salience* e sul loro modo di difendersi da questo stimolo considerato, troppo spesso, negativo (Maslow, 1943). Il progetto riesce quindi ad inserirsi bene e in modo leggero nella vita di ogni giorno riuscendo però ad instaurare un dialogo costruttivo con il fine di portare alla luce quei costrutti interni ad ogni persona legati alla propria mortalità. Il confronto poi tra i desideri delle persone in Hospice o intercettate in un giorno qualsiasi in una città permette di rendere palese come il desiderio finale cambia in prospettiva di un'imminente perdita della propria vita o inconsapevolezza implicita della propria morte. Al fine di analizzare al meglio il problema del fine vita in un contesto quotidiano e informale è stato scelto il metodo delle polaroid e della singola frase per concentrare l'attenzione delle persone per esplicitare al meglio, in modo chiaro e conciso, cosa si desidera realizzare prima di morire. Per la rielaborazione dei dati raccolti è stato scelto il metodo dell'analisi testuale per poter esplorare sistematicamente, rapidamente e, talvolta in modo semi automatico, la struttura dei testi, anche molto ampi e difficilmente esplorabili in altro modo, con il vantaggio di poter tornare in ogni momento ai testi originari. Per identificare i nominativi dei soggetti è stato scelto il codice univoco riportato nelle polaroid scattate in giro per il mondo in ordine crescente e cronologico. I nomi e cognomi delle persone sono stati riportati in un database privato e sono stati utili per far rientrare i partecipanti nelle categorie "uomo" e "donna". Oltre a ciò è stato riportato il paese e la città dove è stata scattata la foto e il desiderio espresso in lingua natia, in inglese e in italiano per poter meglio analizzare eventuali corrispondenze. Il progetto quindi, come già spiegato, funziona mediante lo scatto di una fotografia tramite macchina Polaroid mentre gli intervistati rispondono alla domanda «Cosa vorresti fare prima di morire?». Viene poi chiesto loro di scrivere il proprio desiderio sul fondo della foto. Una volta completato ciò le foto

scattate vengono caricate nel sito ufficiale del progetto internazionale e catalogate in un database. I dati così raccolti sono stati identificati e catalogati basandosi sulla Teoria dei Bisogni di Maslow del 1954.

Dai dati analizzati emerge come non ci siano significative differenze tra il genere dei soggetti e il paese di origine per quanto riguarda il tipo di difesa messa in atto per salvaguardare il loro equilibrio. Anche il fatto di ricorrere al materialismo e al consumismo in genere delinea, nonostante gli alti e bassi dovuti a varie crisi economiche generali, una visione edonistica e narcisista legata al "qui ed ora" della felicità e della realizzazione personale. Nella condizione postmoderna l'identità non è più mutuabile da valori metafisici né sostenuta da agenti educativi. Le proposte di identità si moltiplicano, diventano fungibili e coesistenti: ancora una volta viene esaltato il principio di molteplicità e fluidità. Spazio e tempo si frammentano nelle varie situazioni e spazi sociali: il tempo si restringe alla "everyday life", il mito americano della possibilità di ricominciare diventa il credo quotidiano, che spinge a ripartire da zero e a ricostruire una propria identità, persino il turismo, la vacanza e i viaggi in generale (desiderio espresso sovente) sono occasioni di cambiamento ma anche di adattamento all'immagine sociale che vogliono dare di sé al proprio gruppo di appartenenza. Al contrario, una personalità con una sola identità coerente e razionale dispone di un range di motivazioni al consumo limitato, perché mossa dal principio di coerenza e della ricerca di una soluzione (quindi di acquisto) solo in caso di bisogno e quindi esprimerà desideri relativi più alla spiritualità o all'appartenenza familiare (Pyszczynski, Greenberg, Solomon, & Hamilton, 1990).

I risultati riportati sono particolarmente affascinanti perché dimostrano che non è presente alcuna differenza tra i vari paesi presi in esame: abitare in una comunità di natura collettivista o individualista non va ad influire sui meccanismi di difesa messi in campo; il culto per il materialismo tipico di certi paesi occidentali non va a modificare i sentimenti delle persone nei confronti dei drammi esistenziali che vivono ogni giorno e soprattutto a contatto con il lutto e la perdita. Rifugiarsi negli affetti, nel consumismo, nell'autoproclamazione risulta vincente in queste culture per sopperire al sentimento di mancanza esperito. Tutto ciò poi è avvalorato dagli studi condotti dagli esponenti della TMT: la cornice teorica di riferimento risulta quindi essere salda e in linea con quanto riportato nella seguente analisi (Solomon, Greenberg, & Pyszczynski, 1991).

### **Bibliografia e sitografia**

- Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370-396. Disponibile da: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34195256/A\\_Theory\\_of\\_Human\\_Motivation\\_-\\_Abraham\\_H\\_Maslow\\_-\\_Psychological\\_Review\\_Vol\\_50\\_No\\_4\\_July\\_1943.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1502726608&Signature=ymlWY3yqY0dT25jb0fZU%2F9DCHs%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA\\_THEORY\\_OF\\_HUMAN\\_MOTIVATION.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34195256/A_Theory_of_Human_Motivation_-_Abraham_H_Maslow_-_Psychological_Review_Vol_50_No_4_July_1943.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1502726608&Signature=ymlWY3yqY0dT25jb0fZU%2F9DCHs%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA_THEORY_OF_HUMAN_MOTIVATION.pdf)
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., & Hamilton, J. (1990). A terror management analysis of self-awareness and anxiety: The hierarchy of terror. *Anxiety research*, 2(3), 177-195. doi:10.1080/08917779008249335
- Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. *Advances in experimental social psychology*, 24, 93-159. doi:10.1016/S0065-2601(08)60328-7
- Testoni, I. (2011). *Dopo la notizia peggiore. Elaborazione del morire nella relazione*. Padova: Piccin-Nuova Libreria.



## ***Jehovah's witnesses: social mourning analysis between crisis of Self and death anxiety***

### **Testimoni di Geova: l'analisi del lutto sociale tra crisi del Sé ed ansia di morte**

**Giulia Gengarelli, Marianna Capriati**

**Keywords:** *Jeovah's witnesses, death anxiety, identity crisis*

**Parole chiave:** *Testimoni di Geova, ansia di morte, crisi di identità*

I Testimoni di Geova sono un movimento religioso fondato da Charles Russel nel 1880; originariamente definito Watchtower (Torre di guardia), ha adottato l'attuale nome solo nel 1931. La comunità si definisce il vero movimento Cristiano ed è conosciuta a livello mondiale per il proselitismo, perseguendo l'assiduo obiettivo di convertire i non credenti. Seguendo alla lettera la Bibbia professa la Verità tra gli adepti attraverso riunioni settimanali chiamate Adunanze. Tale congregazione viene definita a carattere totalizzante, con una leadership assertiva, centralizzata, con obiettivi specifici e ristretti (Pietkiewicz, 2014). Benché non si definisca una setta, però, a tale religione si rimandano problemi di culto ed elevato controllo sugli adepti: l'Organizzazione infatti è sorvegliata dall'organo direttivo con sede a New York.

L'aspetto e l'elemento di forte complessità considerato in tale progetto, riguarda l'analisi della fuoriuscita da tale movimento di coloro che non vi si identificano più, sottolineando ancora una volta l'estremo controllo che l'Organizzazione detiene sulla vita di coloro che ve ne hanno fatto parte. I Testimoni di Geova impongono ai propri adepti che decidono di abbandonare la congregazione a recidere ogni legame comunicativo con tutti coloro che ve ne fanno ancora parte.

L'analisi effettuata è volta ad esplorare i vissuti emotivi legati alla perdita di legami familiari e reti sociali in Testimoni di Geova che hanno abbandonato o stanno abbandonando la comunità.

In particolare ci si vuole rivolgere a due tipologie biografiche di soggetti:

- coloro che sono nati all'interno della comunità e che ne fanno parte da generazioni;
- e coloro che invece, convertitesi a tale religione ed essendosene pentiti, hanno deciso di uscirne.

In riferimento a ciò si indagherà il fenomeno di crisi di identità dei partecipanti in riferimento ai bisogni e le cause di ingresso ed uscita dal gruppo in coloro che hanno già abbandonato la congregazione; ed i bisogni e le cause che spingono alcuni a non uscire totalmente da tale religione.

Si farà inoltre richiamo alla dimensione religiosa ed al significato che essa assume nelle due tipologie di soggetti, con particolare riferimento all'ansia di morte ed il suo ruolo nelle singole scelte.

L'indagine sarà effettuata attraverso il metodo dell'*Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA), ovvero un'intervista semi-strutturata di stampo idiografico-fenomenologico, articolata in tre fasi:

a) la fase di raccolta dei dati comporta un'intervista di circa un'ora o più in cui al partecipante, figura centrale del colloquio, vengono proposte una griglia di domande precedentemente ideate per mettere in luce il suo vissuto esperienziale. b) la fase analitica consiste nella lettura approfondita di tutte le interviste e nell'individuazione di temi centrali. c) la fase interpretativa che consente allo sperimentatore di significare il

mondo del partecipante tramite l'analisi di contenuto (Pietkiewicz & Smith, 2014), svolta attraverso il programma di analisi dei dati ATLAS.ti.

Lo scopo di tale metodo è quello di fare sì che si possa comprendere il più approfonditamente possibile il vissuto del partecipante a partire da come lui interpreta ciò che vive o ha vissuto.

Tale progetto fonda le sue radici nell'analisi della sofferenza e della profonda crisi identitaria ed immagine sociale che tali soggetti possono esperire nel loro percorso di consapevolezza, affrontando talvolta senso di colpa, rabbia, frustrazione, senso di liberazione.

Le analisi del contributo sono tutt'ora in corso promettendo la loro conclusione e la pubblicazione dei risultati nel mese di dicembre 2017.

### **Bibliografia**

Pietkiewicz, I.J. (2014). Salutory, pathogenic, and pathoplastic aspects of the Jehovah's Witness culture. *Journal Of Family Studies*, 20(2), 148-165. doi: 10.1080/13229400.2014.11082003

Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*, 20(1), 7-14. doi: 10.14691/CPJ.20.1.7

## ***Can our dreams hurt?***

### **I sogni fanno male?**

**Roberto Gennaro**

**Keywords:** *mind/body, consciousness, dreams*

**Parole chiave:** *mente/corpo, coscienza, sogni*

*Introduzione. Il concetto di coscienza nel pensiero di J.R. Searle*

Nel suo *La mente*, J.R. Searle propone di riferirsi alla coscienza sotto la prospettiva del «naturalismo biologico» (Searle, 2005, p. 102) considerando una sopravvenienza di tipo causale, non costitutiva,<sup>1</sup> sugli stati cerebrali. Secondo il filosofo statunitense, la nostra nozione di inconscio è logicamente connessa alla nozione di coscienza, nei termini in cui uno stato mentale inconscio deve essere inteso come avente la piena potenzialità di divenire uno stato mentale cosciente. Questo assunto è definito “principio di connessione”.<sup>2</sup> Anche la nozione stati non coscienti viene definita in termini di strutture neurobiologiche inconsce o, altrimenti, di «fenomeni neurobiologici» (Searle, 2005, pp. 217-219).<sup>3</sup> Per spiegare la propria posizione, Searle propone un semplice esempio, ricordando come, a seguito di una frattura di un polso, avesse notato come durante la notte non avesse provato dolore alcuno e come tuttavia il suo corpo si muovesse come se

---

<sup>1</sup> Un «livello di sistema» (Searle, 2005, pp. 104–105) ovvero «l'aspetto costituito dalle esperienze ontologicamente soggettive» (Searle, 2005, p. 115).

<sup>2</sup> Sulle problematiche principio si cfr. il dibattito tra Fodor & Lepore (1994) e lo stesso Searle (1994).

<sup>3</sup> Searle ritiene che le riflessioni di molti autori precedenti sul concetto di *inconscio* abbiano contribuito a una travisazione, secondo cui sarebbe da intendersi non cosciente uno stato mentale identico a uno stato cosciente, ma privo di coscienza (cfr. Searle, 2005, p. 214)

tendesse a proteggere l'arto fratturato (Searle, 2005, p. 219). La nozione di inconscio così assunta e il principio di connessione che ne deriva, rappresentano tuttavia un problema per l'intero impianto teorico del naturalismo biologico.

#### *Conseguenze del principio di connessione*

Le premesse teoriche di Searle rendono possibile la costruzione di un primo argomento valido di questo tipo:<sup>4</sup>

1. Se dormo → non provo dolore
2. Se dormo → non sono cosciente
3. Provo dolore ↔ sono cosciente
4. Provo dolore ↔ NB funziona
5. Dormo

---

6. NB non funziona

Ogniqualevolta ci si trovi nella condizione (non cosciente) del sonno, ciò implica che non si dia attività del sistema neurobiologico. Ciò contraddice l'affermazione di Searle secondo la quale anche quando dormo vi è una struttura neurobiologica soggiacente che determina (quantomeno) il mio comportamento in modo da farmi prevenire stimolazioni dolorose; altresì, viene smentito lo stesso principio di connessione. L'argomento dimostra la tesi secondo cui ogni qualvolta dormo la mia attività cerebrale è inerte,<sup>5</sup> in altri termini: quando dormo sono morto.<sup>6</sup> Oltre agli ovvi paradossi terminologici, e alle peraltro potenzialmente drammatiche conseguenze sul piano etico-pratico, ciò è significativamente un assurdo.

Un secondo argomento<sup>7</sup> altrettanto valido è meno articolato, ma ancor più incisivo; esso mostra come, laddove non si dà coscienza, non si dà neppure l'attività del sistema neurobiologico. Ciò capovolge l'assunto teorico di base e ne mostra chiaramente le contraddizioni.<sup>8</sup>

1. Provo dolore ↔ sono cosciente
2. Provo dolore ↔ NB funziona

---

3. Se non sono cosciente → NB non funziona

Una via di uscita da questa impasse potrebbe essere tentare di dimostrare che vi è un tipo di processo neurobiologico che sovrintende gli stati consci e un altro tipo che sovrintende gli stati inconsci; entrambi i

---

<sup>4</sup> Indico con NB l'attività neurobiologica come intesa da Searle. Con "provo dolore" intendo "sono nella possibilità di provare dolore". La prima premessa è ridondante, ma comunque utile per mostrare i passaggi logici dedotti nell'argomentazione di Searle.

<sup>5</sup> Sul fatto che la coscienza sia *unificata* e sulla conseguenza che processi neurobiologici che la causano siano *unici* ved. *infra*.

<sup>6</sup> Chiamo questo argomento "*sleeping dead argument*". La prospettiva non sarebbe peraltro filosoficamente priva di suggestioni. Secondo alcuni filosofi di altri orientamenti, infatti, «dormire è una forma di morte» (cfr. Johnstone, 1976; cit. in Anton, 2006; trad. mia).

<sup>7</sup> Chiamo questo argomento "*living dead argument*".

<sup>8</sup> Non solo "dormire è morire": Considerato che per Searle si danno stati non coscienti (inconsci) anche in condizioni di veglia, si deve altrettanto assurdamente concludere che "essere svegli è essere morti".

processi dovrebbero essere però, almeno in prima ipotesi, descrizioni di una stessa base neurobiologica. La coscienza, tuttavia, oltre ad essere un processo neurobiologico, è per Searle anche «per sua propria essenza qualitativa, soggettiva e unificata» (Searle, 2005, p. 124; corsivo mio). Per coerenza teorica,<sup>9</sup> quindi, anche gli stati non coscienti devono considerarsi altrettanto qualitativi, soggettivi e unificati.<sup>10</sup> Pertanto, nella prospettiva del naturalismo biologico, tutti gli stati mentali sono unificati, unitari, ovvero unici. Da ciò ne consegue che il processo neurobiologico ad essi soggiacente deve essere altrettanto unico.<sup>11</sup> La conclusione (3) dell'argomento sottostante<sup>12</sup> mostra come tale possibile ragionamento sia valido e come non lo sia un altro tipo di ragionamento che conclude (3a) rispetto a una pluralità di processi neurobiologici.

1.  $x$  è uno stato mentale  $\leftrightarrow x$  è un processo neurobiologico (mentale)
2. Se  $x$  è uno stato mentale  $\rightarrow x$  è unico

---

3. Se  $x$  è un processo neurobiologico (mentale)  $\rightarrow x$  è unico
- 3a. Se  $x$  è un processo neurobiologico (mentale)  $\rightarrow x$  non è unico ( $\perp$ )<sup>13</sup>

Vi possono essere, a questo punto, due sole strade per tentare di salvare la teoria del naturalismo biologico. In un caso, si può ammettere che la sussistenza di processi di tipo diverso derivi dall'esistenza di due tipi distinti di strutture neurobiologiche: in altri termini, un *double brain*.<sup>14</sup> L'altra possibile e ultimativa ammissione potrebbe essere quella di escludere la sussistenza di stati mentali non coscienti, ma ciò non sarebbe consentito dallo stesso filosofo, atteso il suo deciso impegno per il riconoscimento dello statuto e dell'importanza dell'inconscio nella vita (biologica, personale, sociale) di un individuo.

### Conclusioni

Sono state analizzate la posizione del naturalismo biologico e le conseguenze del principio di connessione formulate da J.R. Searle per tentare di spiegare come uno stato intenzionale inconscio, assunto quale potenziale di espressione di uno stato cosciente, intervenga attivamente nel causare il comportamento di un agente. Si è notato come vari tentativi di salvare la teoria del filosofo statunitense condotti in *extrema ratio* si dimostrino fallimentari e in ogni caso estremamente problematici o poco efficacemente e verosimilmente sostenibili.

<sup>9</sup> Con il principio di connessione.

<sup>10</sup> Da questa riflessione trae ancora maggior forza il *living dead argument*.

<sup>11</sup> Lo stesso Searle rimarca che «Il fatto che i poteri causali della coscienza e quelli della sua base neuronale siano esattamente gli stessi mostra *che non stiamo parlando di due cose diverse, la coscienza e i processi neuronali*» (cfr. Searle, 2005, p. 115; corsivo mio). Si può sviluppare agevolmente un argomento valido che mostri come vi sia un solo e unico tipo di processo neurobiologico "totale".

<sup>12</sup> Chiamo questo argomento "*double brain argument*".

<sup>13</sup> Questa via possibile via d'uscita è "bloccata" proprio dal fatto che nel *naturalismo biologico* di Searle la differenza tra gli stati mentali coscienti quelli inconsci va considerata al più come una differenza a livello di *token* non di *type*.

<sup>14</sup> La teoria risultante necessiterebbe di un impegno ontologico deciso e sarebbe scadente rispetto ad altre posizioni, per mere ragioni di esigenze di parsimonia ontologica. Essa, inoltre, tradurrebbe una certa forma di *dualismo*, forse ancora più problematico di quello cartesiano.

Del resto, come lo stesso Searle fa laconicamente notare al termine delle riflessioni esposte al capitolo 9 del volume *La mente*, la conclusione sul concetto di inconscio non lo soddisfa appieno, ma, come egli afferma (Searle, 2005, p. 230), fino a quel momento non era riuscito a concepirne una migliore.

### **Bibliografia**

- Anton, C. (2006). Dreamless Sleep and the Whole of Human Life: An Ontological Exposition. *Human Studies*, 29(2), 181–202. doi:10.1007/s10746-006-9018-5.
- Fodor, J., & Lepore, E. (1994). What is the connection principle?. *Philosophy and Phenomenological Research*, 54(4), 837-845. doi:10.2307/2108414.
- Searle, J.R. (1994). The connection principle and the ontology of the unconscious: a reply to Fodor and Lepore. *Philosophy and Phenomenological Research*, 54(4), 847-855. doi:10.2307/2108415.
- Searle, J.R. (2005). *La mente* (C. Nizzo, trad.). Milano: Raffaello Cortina.

### ***Symbolic identity between loosing a job and death anxiety:***

### ***a qualitative research concerning the identity consequences linked to the job loss***

### **Identità simbolica tra perdita del lavoro e paura della morte:**

### **una ricerca qualitativa sulle ripercussioni identitarie connesse alla perdita dell'occupazione**

**Tommaso Ghellar, Filippo Baretta**

***Keywords:*** *job loss, identity, suicide*

***Parole chiave:*** *perdita del lavoro, identità, suicidio*

La recente crisi economica ha avuto ripercussioni a vari livelli del tessuto sociale, dal livello personale e familiare, a livello locale e comunitario, la perdita del lavoro è associata a un generale incremento delle condizioni di malessere della popolazione, all'aumento della criminalità e al rischio di messa in atto di azioni lesive personali che in alcuni casi possono portare anche ad azioni suicidarie.

Dai dati forniti dal Servizio Statistico della Regione Veneto ([www.statistica.regione.veneto.it](http://www.statistica.regione.veneto.it)), i disoccupati in Italia a dicembre 2016 sono più di tre milioni. La Regione Veneto, pur essendo una delle regioni che dal 2007 al 2016 ha visto decrescere in misura minore il suo tasso di occupazione, rimane in linea con il trend negativo nazionale, contando nel 2016 151.100 disoccupati, con più di 2000 aziende chiuse nello stesso anno.

L'Italia si colloca tra i Paesi del mondo a più basso rischio di suicidio ([www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)); tuttavia, sono circa 4000 le persone che ogni anno si tolgono la vita nel nostro Paese. Nonostante l'impossibilità di ricondurre tali morti alla perdita dell'occupazione, si è inferito che dal 2012 al 2016 sono più di 700 i casi di suicidio all'anno per motivi economici, con il Nord-Est come area più colpita (26.6%) ([www.unilink.it](http://www.unilink.it)). L'aumento dei suicidi, avvenuto in concomitanza con l'inizio dell'attuale crisi economica, ha riguardato in modo pressoché esclusivo gli uomini nella fascia di età lavorativa; nel 2014 ad esempio le morti per suicidio attribuibili a cause economiche sono 187 gli uomini e 14 le donne, dai 45 ai 54 anni di età, di cui il 48.3% disoccupati.

La ricerca che presentiamo, effettuata in collaborazione con CGIL Padova, ha coinvolto gli ex dipendenti dell'Hotel Plaza, hotel di lusso e rilevanza storica della città di Padova, chiuso in seguito a fallimento. A circa sei mesi dalla perdita dell'occupazione, sono state effettuate delle interviste semistrutturate, utilizzando come tracce guida alcuni tra gli items del Reason For Leaving Inventory (RFL) di Linehan, Goodstein, Nielsen, e Chiles (1983) e stimolando l'uso di metafore nelle narrazioni. L'analisi Computer-Assisted effettuata, utilizzando il metodo dell'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), ha messo in luce l'identificazione dei dipendenti con un'importante azienda e come il suo farne parte garantisca un'identità personale positiva legata a una positiva identità di gruppo (Tajfel, Billig, Bundy, & Flament, 1971). Tale identità simbolica che la cultura di gruppo conferisce ai suoi membri, può essere interpretata alla luce della Terror Management Theory (Solomon, Greenberg & Pyszczynski, 1991) come difesa distale; l'impressione di immortalità simbolica, l'averne una visione del mondo comune e l'alto grado di autostima dei membri di un gruppo, sembrano essere strategie utili ad allontanare l'angoscia che scaturisce dall'idea della propria morte.

La perdita del lavoro lede le fondamenta della costruzione di un sé positivo e della propria identità sociale, si traduce in sentimenti di rancore e sconfitta personale e rende difficile il cammino di ricostruzione di un sé ideale e simbolico che una nuova occupazione può fornire. Di conseguenza il proprio futuro diviene drammaticamente impensabile e l'idea della propria morte da un lato è una strategia risolutiva e rassicurante, dall'altro va allontanata affiliandosi ad altri gruppi.

Dalle interviste emergono fortemente sia la salienza dei pensieri di morte e delle ideazioni suicidarie di chi perde il lavoro, sia l'importanza della resilienza e delle strategie di coping, per ricominciare a vivere dovendo ristrutturare il proprio tempo di vita e tornando alla ricerca di un lavoro, per ridefinire la propria identità personale e di gruppo.

## **Bibliografia**

- Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L., & Chiles, J.A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of consulting and clinical psychology, 51*(2), 276-286. doi: 10.1037/0022-006X.51.2.276.
- Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. *Advances in experimental social psychology, 24*, 93-159. doi:10.1016/S0065-2601(08)60328-7.
- Tajfel, H., Billig, M.G., Bundy, R.P., & Flament, C. (1971). Social categorization and intergroup behaviour. *European journal of social psychology, 1*(2), 149-178. doi: 10.1002/ejsp.2420010202.
- Ronconi, L., Testoni, I., & Zamperini, A. (2009). Validation of the Italian version of the Reasons for Living Inventory. RFL. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology, 16*(3), 151-159. doi: 10.4473/TPM.16.3.4.

***From biographic identity loss to the construction of 'migrant' identity  
in the contemporary age: which task for psychologists?***

**Dalla perdita dell'identità biografica alla costruzione dell'identità di migrante nell'epoca  
contemporanea: quale compito per lo psicologo?**

**Riccardo Girolimetto, Martina Contiello, Alessandro Fabbian, Natalia Maffei, Giulia Volponi**

***Keywords:*** *psychologist, identity, migrant*

***Parole chiave:*** *psicologo, identità, migrante*

*Analisi critica del problema*

«Così muoiono i profughi. Così annega un immigrato.» Sono questi i lapidari enunciati scelti dal giornalista Fabrizio Gatto nel momento in cui ridesta, per L'Espresso, i fatti assopiti di un lontano 11 ottobre 2013, data memoriale di un "rimbalzo di responsabilità" tra Italia e Malta nella gestione di un barcone carico di 268 storie perdute, altre 212 sono sopravvissute e si accodano nella testimonianza di un problema profondo.

Il "problema migranti" è un dato ad oggi reale e consolidato, discusso dalla classe politica e all'interno dei bar, propugnato dalle testate giornalistiche e connotato secondo un linguaggio che sempre meno parla di persone, sempre più ingloba una moltitudine di vite in etichette generalizzanti e distanzianti (clandestino, immigrato, immigrato di seconda/terza generazione). Intorno a - e a partire da - tali etichette si costruiscono quelli che potremmo definire "stereotipi" e "luoghi comuni", che contribuiscono a descrivere la realtà dei migranti come connotata da elementi trasversali, precisi e pungenti, come le malattie che essi porterebbero in Italia, i posti di lavoro che "ruberebbero agli italiani", i crimini che commetterebbero, il decoro urbano che deturperebbero.

Proviamo dunque ad inquadrare la questione prendendo come spunto alcuni fatti di cronaca, non trascurando però le normative in materia che riguardano lo Stato italiano, e l'Italia come membro della Comunità europea.

*La riflessione sociologica*

Le testimonianze reperite dall'odierno coro di voci poc'anzi summenzionato, costituito da mass media, politici, social network, operatori dei centri d'accoglienza, normative europee e nazionali, trovano radici profonde nei flussi migratori del passato. Fenomeni che, seppur differenti, sono caratterizzati da analoghe regole sociali che già sono state studiate e criticate, ma forse, per certi aspetti, trascurate.

Intendiamo avvalerci di studi d'insieme come quello offerto dal sociologo algerino Abdelmalek Sayad nella sua analitica del "pensiero di stato" (conformazione conoscitiva che mette a disposizione delle categorie nazionali con cui pensare all'immigrazione (Sayad, 2002), per poter indagare sia il telaio occidentale su cui si dispone l'immagine dell'immigrato, sia le possibili immagini che da esso si riflettono per apparire nei giornali, alla radio, alla televisioni, o più semplicemente nel nostro discorso quotidiano. Passando successivamente al contesto nazionale italiano, ci avvaliamo del contributo del sociologo Alessandro Dal Lago, la cui analisi si

sofferma maggiormente sulle risposte date dallo Stato Italiano ad una richiesta portata da qualcuno che è “altro”: lo straniero, nemico da escludere in quanto non appartenente alla nazione. Tipologia di risposta che, mostreremo, essere condizione di possibilità per lo scacco della convivenza civile comune (Dal Lago, 2004), spazio critico ancora aperto che richiede una pronta risposta pragmatica, e forse d’apertura per una psicologia che sia pronta a farsi carico di tale complessità.

### *Il contributo dello psicologo*

Il presente contributo che siamo qui a presentare si colloca all’interno del pensiero Interazionista, così come sintetizzato nell’opera Psicologia Clinica e dell’Interazione e Psicoterapia da parte di Alessandro Salvini e Monica Dondoni. All’interno di questo filone postmoderno, l’Identità che si configura nasce dai limiti della visione Positivista Ottocentesca (storicamente inserita in mondo connotato per la scarsa mobilità, rispetto all’attuale situazione), retaggio di un’episteme moderna ancora invischiata con la volontà di verità e di classificazione, che assoggetta l’individuo ad un’ontologia della personalità, proprietà fattuale di un soggetto che spiegherebbe, infondatamente e tramite un ordine causale, il suo muoversi nel mondo. In costrutto di Identità, in linea con le critiche di Norbert Elias, Walter Mischel e Rom Harré (per citarne solo alcuni), viene riportato dai suddetti autori come scevro di riflessione rispetto alla posizione dell’Osservatore rispetto al Sistema Osservato e ancorato ad un determinismo etnocentrico. La proposta teorica interazionista, antinomicamente si vuole contrapporre proponendo l’Identità come costrutto polisemico, “fatto sociale totale” costruito a partire dalle interazioni provenienti da istanze psicologiche, sociologiche, storiche, etiche, antropologiche, e altresì un relativo intervento clinico che si collochi in una dimensione pluralista e pragmatica (Salvini, Dondoni, 2011). Lo scarto netto che demarca la frattura da una matrice tassonomica e ontologica, oramai (ma specialmente in un mondo globalizzato ove differenti sistemi di pensiero sono in continua interazione, in continuo scambio - di cui i cosiddetti flussi migratori ne fanno da portavoce) pertinente solo al senso comune, si sostanzia nell’abbandono effettivo (segno dell’episteme contemporanea) di un empirismo dell’uomo per abbracciare una metafisica kantiana del come conosco l’uomo nel suo manifestarsi.

In termini operativi, una siffatta prospettiva teorica pluralista che richiama il sapere sociologico, storico, etico, antropologico, senza trascurare il limite normativo del diritto, ciò che vogliamo presentare in termini di proposta si declina, nel contesto specifico dei flussi migratori, rispetto a come gestire le interazioni che s’invischiano nel raccontare chi, per (e al di là delle) ragioni belliche, di indigenza, etc., giunge nel nostro paese “alla ricerca di nuova fortuna”.

Quale ruolo dunque ci immaginiamo per lo psicologo? Linee guida d’intervento pragmatico d’equipe nei centri d’accoglienza volte ad arginare la limitazione delle possibilità biografiche di chi giunge ai nostri porti e dunque la costruzione di una vera e propria “carriera biografica” di migrante. Ciò diviene possibile entrando nel merito di “cosa ci portiamo dietro” quando usiamo l’etichetta di migrante, intercettando e promuovendo una biografia che contempi il migrante quale-membro della Comunità portatore di nuovi valori e conoscenze (Turchi, Romanelli, 2013).



Lo psicologo diviene, dunque, quel ruolo preposto alla “salvaguardia” della biografia; quel ruolo che vigila e insieme promuove che le possibilità e le modalità di raccontarsi e - quindi - di essere parte della Comunità possano costantemente costruirsi, ripristinarsi e mutare; quel ruolo che si occupa della Comunità intera e delle diversità in essa contemplate e non delle differenze, le quali si giocano sui contenuti.

### **Bibliografia**

Dal Lago, A. (2004). *Non persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*. Milano: Feltrinelli.  
Salvini, A., & Dondoni, M. (2011). *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*. Firenze: Giunti Editore.  
Sayad, A. (2002). *Testimonianza di un algerino immigrato in Francia*. Milano: Raffaele Cortina Editore.  
Turchi, G.P., & Romanelli, M. (2013). *Flussi migratori, comunità e coesione sociale*. Milano: FrancoAngeli.

## ***Agony of the identity of a young generation***

### **Agonia dell'identità di una giovane generazione**

**Walter Gusella**

***Keywords: agony, young generation***

***Parole chiave: agonia, giovane generazione***

#### *Globalizzazione Economica, sociale e psicologica*

Un problema che abbiamo oggi, consiste nel dare dignità alla nuova generazione. Ogni giorno i giovani sperimentano difficoltà a trovare lavoro. Si dice che non c'è lavoro per via della crisi economica, iniziata in America. Tale crisi si deve alla globalizzazione, in particolare ai mutui sub prime, cioè mutui concessi a molti senza le dovute garanzie. È scoppiata la bolla speculativa, il risultato è stato che chi aveva un mutuo sulla prima casa, si è ritrovato senza casa, sono fallite banche tra cui due molto rilevanti. La crisi si è trasferita in Europa e in Italia. Stanno succedendo le stesse cose avvenute in America. Le recenti storie delle banche Venete, Monte dei Paschi di Siena ne sono l'evidenza. La terapia economica ha inondato di liquidità il paese, cioè denaro dato alle banche a tassi molto ridotti. In Europa i BOT hanno tassi sotto zero. Questo grazie a Draghi. Se questa è stata per 10 anni la situazione economica, la situazione sociale e psicologica è stata: suicidi di imprenditori, a Treviso 200 suicidi, difficoltà ad avere mutui dalle banche, chiusura di fabbriche. Risultato: licenziamenti, disoccupati e giovani che non trovano lavoro, per cui non si sposano e non fanno figli. Sofferenze psicologiche enormi. Futuro negato.

#### *Localizzazione Economica, sociale e psicologica*

In ambito istituzionale, durante una lezione, un docente universitario di circa 70 anni tiene la lezione inaugurale nel corso di studi, anno accademico 2016/2017. Si rivolge agli allievi dell'ultimo anno. Dice cose molto interessanti. L'allievo Paolo, mentre sta leggendo un SMS sente una frase: «Pagherete voi le nostre pensioni». Questa frase resta impressa nella mente di Paolo. Al termine della lezione è contento. Va con gli amici, mangia un tramezzino, un aperitivo, parla con amici e con una ragazza che gli piace molto. Durante la notte fa un sogno. Si sveglia, sudato, ricorda solo una frase: «Dovrò pagare le pensioni degli anziani». Di

giorno, gli viene un pensiero che annota sul blocco note del suo cellulare. Il pomeriggio va in un gruppo terapeutico. Il gruppo è composto da terapeuta, osservatore, 8 pazienti, età compresa tra i 20 e 40 anni, 3 uomini e 5 donne.

Report della seduta: I pazienti entrano, salutano, siedono, dopo breve silenzio inizia Paolo: «Ho fatto un sogno, al mattino ricordavo solo una frase: dovrò pagare le pensioni degli anziani. Ho provato ansia e ho avuto alcuni pensieri: Troverò lavoro? Vicino o lontano dalla mia città? Quale sarà il mio stipendio? Come sarà la mia vita? Felice o infelice? Lunga o breve? Avrò Figli? Quale sarà la mia pensione? Ce la farò a pagare la pensione di mio padre e di mia madre?».

Primi pensieri dei componenti il gruppo. Luca fa notare che, al datore di lavoro, chiede: «ha lavoro per me? che stipendio mi dà?» Il datore di lavoro risponde: «Cosa sai Fare?». Inoltre, ha sentito che, nel caso uno venisse assunto, spesso mi propongono un contratto al di sotto del titolo di studio posseduto, sotto pagato. Interventi di altri pazienti: 1) L'ottimista: «sono giovane e forte, ce la farò»; 2) Il pessimista: «come posso fare a reggere un peso così gravoso?»; 3) Il benestante: «la mia famiglia non ha problemi, mi hanno acquistato casa, seguirò papà»; 4) Il disoccupato: «faccio fatica a pagare l'affitto della casa. Mi hanno licenziato»; 5) Il decisionista: «espatrio all'estero»; 6) L'informato: «Ho sentito alla TV che le pensioni future per i giovani saranno molto basse, metà di quanto si prende oggi. Inoltre verseremo molti contributi»; 7) «Non voglio pagare le pensioni dei nostri padri, madri e pensionati vari»; 8) L'Economista: «i debiti dell'Italia sono 2.300 miliardi Euro, il 130% del PIL che è 1.800 miliardi di euro. Ogni italiano, da 0 a 90 anni, ha circa 40 mila euro di debito da pagare». Ognuno propone un'idea per risolvere il problema che riguarda tutti i giovani, ma anche gli anziani, e soprattutto i nati nei prossimi anni.

Varie proposte allo stato nascente:

- 1) Andiamo all'estero in un paese che ci offre lavoro, un futuro per la nostra vita;
- 2) Chi si è arricchito ingiustamente, chi è corrotto o raccomandato, paga il debito dello stato;
- 3) Quando un padre o una madre muore, lascia una eredità ai propri eredi: risparmi, case, azioni, a volte debiti. Se prevalgono gli attivi, gli eredi accettano l'eredità, mentre se prevalgono i debiti, gli eredi possono rifiutare l'eredità. La stessa cosa vale per le eredità di tipo sociale, affettivo, relazionale. Possiamo fare la stessa cosa anche noi. Rifiutiamo una eredità così gravosa. I debiti restano ai debitori;
- 4) Possiamo proporre una patrimoniale o sui redditi o sugli immobili posseduti. Stanno rifacendo gli estimi catastali e questo porterà una migliore tassazione sugli immobili;
- 5) Collegare la cultura del dono con l'economia. Gli anziani cedono allo stato una buona parte dei loro beni accumulati. In media potrebbero donare 20.000 euro allo stato e il deficit dal 130% passerebbe al 65% come quello della Germania. A quel punto l'Italia ripartirebbe a livello economico e sociale, tutti avrebbero un lavoro;
- 6) Il 75% del debito pubblico, circa 1800 miliardi, è posseduto dagli Italiani. Lo paghino loro;

- 7) Se gli anziani volessero essere più generosi, darebbero un anno intero del loro stipendio, circa 1800 miliardi di euro allo stato. A quel punto si avrebbe un debito di: 2.400 meno 1800 fa 600 miliardi di euro di debito. Il debito pubblico al 25% del PIL. Italia starebbe meglio della Germania;
- 8) E se dopo il dono, fatto dagli anziani per i giovani, i corrotti continuano a rubare? Siamo punto e a capo!!!! Oppure mettiamoli in carcere, no il carcere facile, ma ai lavori forzati tutti i grandi ladri. Sarebbe una bella idea. Anzi a ogni ladro scoperto tagliamo una mano come si faceva in Islam;
- 9) I ladri lavorano gratis per 10 anni e ripagano il debito pubblico;
- 10) Italia esce dall'euro. Riprendiamo la vecchia lira. Non abbiamo più l'euro come moneta. Parte subito una inflazione galoppante che distrugge tutte le pensioni accumulate e i risparmi messi da parte. Gli anziani diventano subito poveri. I giovani si trovano nella situazione di avere le risorse economiche;
- 11) Non si fa nulla: chi ha avuto ha avuto, chi ha dato ha dato, scordiamoci il passato;
- 12) Saranno gli immigrati a pagare le nostre pensioni, ora senza i loro contributi non si potrebbero pagare le pensioni degli anziani;
- 13) Fare un ricalcolo delle pensioni con il metodo contributivo. Tutte le pensioni e i vitalizi fino ad ora erogati vanno ricalcolati col metodo contributivo. In passato si usava il metodo retributivo ed è stato fatto a loro un grosso regalo perché hanno pensioni più alte rispetto ai contributi versati. A noi giovani si applica il metodo contributivo;
- 14) Applicare la Rupe Tarpea per gli anziani: prima di andare in pensione, gli anziani vengono dolcemente soppressi, si evita di pagare loro pensione e si risparmia su spese sanitarie. Immediatamente ci troviamo eredi senza carichi pendenti da saldare. Vivremo bene la nostra vita;
- 15) Altre proposte...

Quale sarà la scelta fatta, la soluzione e la terapia al problema per dare dignità e identità a una giovane generazione? Primo articolo costituzione: "L'Italia è una repubblica fondata sul lavoro".

Tra varie proposte preferisco quella nell'ambito della "cultura del dono", anche se forse gli italiani sono poco propensi al dono. Siamo molto individualisti, il senso del bene comune poco sviluppato. È ancora valida la frase di Cavour: «fatta l'Italia si devono fare gli Italiani». Lo stesso per l'Europa: «fatta l'Europa si devono fare gli Europei». In questo i giovani, grazie al progetto Erasmus Plus ed Erasmus Mundo sono molto avvantaggiati. Sono i primi europei di fatto. Quale scelta faranno i giovani Europei? Parliamone.

### **Bibliografia**

- Fasolo, F., (2005). *Psichiatria senza rete. Trattatello comico redatto per aree tematiche su una distopia dei nostri tempi*. Padova: CLEUP.
- Fasolo, F. (2009). *Gruppo analisi e salute mentale*. Padova: CLEUP
- Fasolo, F. (2011). *Respirare il gruppo. Introduzione alla gruppoanalisi senza neutralità*. Padova: CLEUP.
- Fasolo, F., Ambrosiano, I., & Cordioli, A. (2005). *Sviluppi della soggettualità nelle reti sociali. Psicoterapie di gruppo e carte di rete in psichiatria di comunità*. Padova: CLEUP.

## ***Agony of a school of psychotherapy***

### **Agonia di una scuola di psicoterapia**

**Walter Gusella**

**Keywords:** *agony, psychotherapy school*

**Parole chiave:** *agonia, scuola di psicoterapia*

A Padova, dopo la morte del padre fondatore, una scuola di psicoterapia sta per chiudere. Altre scuole di psicoterapia sono in crisi economica, di identità o in calo del numero degli allievi.

Domanda: Anche le scuole possono chiudere o morire? Partiamo dalla realtà padovana

Tabella 1 Analisi della situazione

<i>N°</i>	<i>Scuole di Psicoterapia a Padova: Istituzioni Private n° 12</i>
1	Scuola di formazione in Psicoterapia Training SPI Società Psicoanalisi Italiana
2	Scuola di psicoterapia COIRAG Psicoterapia Analitica di Gruppo
3	CPD - Centro Psicologia Dinamica Scuola di Specializzazione: Analisi Transazionale Psicodinamica Integrata
4	Institute of Constructivist Psychology srl - Scuola di Psicoterapia Costruttivista
6	Istituto Aretusa - Scuola di Psicoterapia Psicoanalitico-Fenomenologica
7	Scuola Lombarda Psicoterapia Cognitiva Neuropsicologica (Cognitivo Costruttivista)
8	CESIPc - Centro Studi in Psicoterapia Cognitiva Psicoterapia Cognitiva Costruttivista
9	SEF - Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale
10	CISSPAT - Centro Italiano Studio Sviluppo Psicoterapia a Breve Termine
11	CPTF - Centro Padovano di Terapia della Famiglia
12	ITCC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva Comportamentale
<hr/> <i>Scuole di Psicoterapia a Padova: Istituzioni Statali n° 1 + 4</i>	
13	Psicologia Clinica Biennale UNIPD
14	In fase di Istituzione: 4 scuole di Psicoterapia UNIPD percorsi quadriennali

#### ***Riflessioni***

Nel futuro è importante investire a tutti i livelli nella formazione attraverso scuole e Università in Italia e Europa. In Italia abbiamo livelli di eccellenza, ma anche livelli medi o molto bassi. Esistono inoltre alcuni Sistemi di Valutazione della Scuola Pubblica tra i quali: INVALSI, EDUSCUOLA e UNIVERSITÀ che indicano la qualità dei singoli livelli di istruzione e le singole regioni e scuole. Vediamoli:

INVALSI si occupa di valutare i livelli di apprendimento in Matematica e Lettere. Valuta i livelli di apprendimenti nelle classi seconda e quinta elementare, prima e terza media, seconda e quinta superiore. I

dati indicano i livelli di apprendimento di ogni singola scuola, regioni e macro aree. Un esempio: In matematica, risulta che, fatto 100 il valore nazionale, il Nord EST è sotto del 6%, il centro del 15% e il sud del 25%. In Italiano invece il valore del sud è meno 10% rispetto al valore Nazionale.

EDUSCUOLA, portale della fondazione Agnelli, valuta 4 fattori per ogni singola scuola: alunni in uscita, voto di uscita maturità, % iscritti a università e voto esami del primo anno di università. Elaborando tali indici, tutti disponibili in banche dati del MIUR, confrontandoli a livello nazionale, il portale fornisce un indice della qualità delle scuole superiori. Esprimendo un punteggio per ogni scuola.

Le UNIVERSITÀ vengono valutate con dei parametri particolari. Gli indici ottenuti sono utilizzati per fornire informazioni agli allievi per iscriversi. Inoltre altri indici servono al ministero per finanziare i singoli atenei e per dare i relativi contributi economici. Inoltre sono indici sulla qualità dell'università.

Come si vede con la tabella 1, a Padova le scuole di psicoterapia private sono 12 mentre quelle statali una è attiva e quattro in fase di approvazione. Le scuole hanno problematiche simili: sede adeguata, segreteria, insegnanti, costi di gestione, bollette, personale e numero di alunni che si iscrivono ogni anno. Soprattutto le capacità del direttore.

Domanda: Come vengono valutate le Scuole di Specializzazione in Psicoterapia?

E in che modo gli allievi decidono a quale scuola iscriversi?

Inizio di Risposta: ci sono scuole che nascono crescono, vivono, si sviluppano, stanno bene, hanno un buon numero di allievi, a volte il numero di allievi diminuisce, hanno periodi di crisi e a volte chiudono. Possono rinascere.

Come Individuare dei criteri di valutazione di una scuola di psicoterapia?

Proposta di ricerca

- 1) Domanda: Come vengono valutate le Scuole Specializzazione Psicoterapia? Come gli allievi decidono a quale scuola iscriversi?
- 2) Alcuni criteri di valutazione della efficacia delle scuole di formazione in psicoterapia:
  - A. numero di allievi iscritti al primo anno
  - B. costi di iscrizione annuali
  - C. numero di allievi che abbandonano al termine del primo anno
  - D. grado di soddisfazione in uscita
  - E. numero di pazienti che gli allievi hanno dopo un anno di professione
  - F. Reddito dopo un anno di professione
  - G. reddito dopo 10 anni di professione
  - H. Quanti specializzati lavorano nel pubblico, nel privato o in modo misto in entrambi?
  - I. Capacità imprenditoriali del direttore
  - J. Capacità dello staff dirigente

Proposte Operative di soluzione della crisi di alcune scuole di formazione:

- 1) Proposta di soluzione individuale:

a livello individuale la scuola in oggetto mette in campo una serie iniziative e cerca di tirarsi fuori dalla crisi individualmente. Concretamente ci si fa il mazzo per risalire la china e mantenere così intatto nome ed identità. Da sola potrebbe riuscire o morire. Il bivio vita e morte, vivacchiare o sopravvivere mette a rischio la salute della scuola.

2) Proposta di soluzione di gruppo:

con la ricerca si potrebbe valutare, se sia possibile procedere ad alcune proposte di collaborazione tra istituti formativi. Per offrire un buon servizio agli specializzati, si potrebbe pensare ad una confederazione delle scuole di psicoterapia esistenti a Padova, con l'obiettivo di razionalizzare i costi, ridurre gli sprechi, ma mantenere la ricchezza di indirizzi presenti a Padova. Inoltre rispettare l'identità culturale tipica di ogni indirizzo.

Il modello potrebbe essere: una certa % di lezioni comuni per tutti gli allievi individuando i migliori Insegnanti e introdurre validi sistemi organizzativi.

Resterebbero differenziati i Training professionalizzanti specifici che fanno parte di ogni singola scuola. Ogni indirizzo potrebbe dare un suo contributo con i migliori docenti e poi approfondire il percorso con gli alunni che hanno scelto l'indirizzo specifico.

Il nuovo nome della ipotetica scuola potrebbe essere: CISPP - Consorzio di Istituti per la Specializzazione in Psicoterapia Padova.

Avrebbe un dirigente, un consiglio direttivo con i 12 rappresentanti delle scuole private presenti a Padova. Ad ogni componente verrebbe dato un diverso incarico o un diverso "ministero". Inoltre la confederazione o il consorzio potrebbe coinvolgere anche UNIPD.

Vantaggi: A livello economico la quota di iscrizione per ogni singolo specializzando sarebbe la metà dei costi attuali. A livello del Sé, si manterrebbero le identità dei singoli istituti. A livello sociale si creerebbe una Scuola Formativa in Psicoterapia Padovana o Italiana visto che molte realtà locali hanno riferimento nazionale, alcune a livello Europeo o Internazionale. A livello etico le energie messe in campo formerebbero una nuova comunità che svilupperebbe l'etica dello scambio e della condivisione, cosa fondamentale per la crescita degli individui, della loro mente e dei gruppi, e delle comunità. A livello politico la nuova realtà avrebbe senz'altro un peso rilevante, anche come forza politica ed etica. Avrebbe una buona capacità propositiva e contrattuale

Personalmente, come gruppo analista formazione SGAI, Società Gruppo Analitica Italiana istituto di Milano, scelgo la proposta 2: soluzione di gruppo. Discutiamone.

### **Bibliografia**

- Fasolo, F., (2005). *Psichiatria senza rete. Trattatello comico redatto per aree tematiche su una distopia dei nostri tempi*. Padova: CLEUP.
- Fasolo, F. (2009). *Gruppo analisi e salute mentale*. Padova: CLEUP
- Fasolo, F. (2011). *Respirare il gruppo. Introduzione alla gruppoanalisi senza neutralità*. Padova: CLEUP.
- Fasolo, F., Ambrosiano, I., & Cordioli, A. (2005). *Sviluppi della soggettualità nelle reti sociali. Psicoterapie di gruppo e carte di rete in psichiatria di comunità*. Padova: CLEUP.

***Project «Before I die I want to...»: snapshot of 'close death'***

**Progetto «Before I die I want to...»: istantanea di una “morte ravvicinata”**

**Erika Iacona, Maddalena Floriani, Ines Testoni**

***Keywords:*** death, desires, needs

***Parole chiave:*** morte, desideri, bisogni

La scelta di trattare questo tema è dettata dall'essere stato l'argomento discusso nella mia tesi di laurea, seguita dalla professoressa Testoni, oltre allo specifico personale interesse dovuto al coinvolgimento con la Fondazione Floriani e per i futuri impegni che mi vedranno ancora partecipe.

Nella presente ricerca due gruppi di studenti provenienti rispettivamente dai Corsi di Psicologia e di Servizi Sociali sono stati coinvolti in un progetto denominato «*Before I die I want to...*», sorto negli Stati Uniti e introdotto in Italia dalla Fondazione Floriani, ente che si occupa di diffondere e applicare le cure palliative.

«*Before I die I want to...*» consiste nel chiedere alle persone che cosa vogliono fare prima di morire, nel momento in cui il partecipante risponde alla domanda viene immortalato da una fotografia scattata con una macchina fotografica polaroid. Il desiderio espresso viene trascritto dallo stesso intervistato nella parte inferiore dell'immagine.

Tale progetto, grazie alla sua capacità di stimolare nei partecipanti una riflessione critica e personale sul tema della morte, contribuendo ad accrescere la consapevolezza della mortalità umana nelle persone coinvolte, si inserisce all'interno degli interventi di *Death Education* in un'ottica di prevenzione primaria.

Al campione della ricerca in oggetto è stato chiesto di rispondere, in un momento successivo, a cinque domande aperte in merito all'esperienza di «*Before I die I want to...*» che permettevano di approfondire i desideri espressi e di rilevare se gli studenti percepissero dei cambiamenti in seguito all'attività.

Attraverso l'autosomministrazione è stato chiesto loro di compilare una scheda socio-anagrafica ove riportare alcuni dati personali e anagrafici ed un questionario, la Testoni Death Representation Scale (TDRS), che attraverso sei item, in cui esprimere il proprio accordo su scala Likert agli enunciati, consente di indagare il tipo di rappresentazione della morte degli individui, ovvero se ritengono che il decesso coincida con un annientamento totale della persona o se, al contrario, identifichino la morte come un passaggio. (Testoni, Ancona, & Ronconi, 2015)

Gli obiettivi della ricerca consistevano nel rilevare le differenze, negli atteggiamenti nei confronti della dipartita, emerse nei testi tra gli studenti con una visione della morte come passaggio con coloro che la percepiscono come un annientamento; valutare se «*Before I die I want to...*» abbia prodotto dei cambiamenti nei partecipanti, evidenziare le divergenze nei desideri espressi nei due gruppi.

I desideri che gli studenti riportavano sono stati correlati alla piramide dei bisogni di Maslow (1954), in quanto si è ipotizzato che tali aspirazioni celassero delle motivazioni più profonde. La piramide delle necessità del 1954, elaborata dall'autore è stata riletta alla luce della *Terror Management Theory* (Solomon, Greenberg, &

Pyszczynski, 1991), tesa ad indagare quali stratagemmi gli individui mettano in atto per occultare l'eventualità della propria morte dalla coscienza.

Nello studio si è teorizzato che i bisogni collocati nella parte inferiore della piramide (bisogni fisiologici, di sicurezza e di appartenenza) generino comportamenti coerenti con le difese prossimali, che attraverso delle distorsioni cognitive illudono l'individuo di essere immune dai pericoli esterni, compresa la morte; i bisogni superiori (di stima e di autorealizzazione) si inseriscono, al contrario, nelle difese distali basate sull'adeguamento ai valori promossi dalla cultura per assicurarsi la protezione della società in modo da difendersi dall'eventualità del decesso. (Solomon, Greenberg, & Pyszczynski, 1991)

L'analisi dei testi prodotti in riferimento all'attività correlata alle risposte fornite nel questionario hanno permesso di dimostrare come i desideri enunciati dagli studenti potessero nascondere dei bisogni sottostanti, tali desideri avevano infatti il ruolo di proteggere l'individuo dalla consapevolezza della morte.

Le risposte alle domande aperte hanno fatto emergere come coloro che hanno rappresentato la morte come un annientamento totale e definitivo dell'individuo, percepivano una maggiore paura nei confronti del fine-vita manifestando atteggiamenti negativi nei confronti della propria mortalità.

Nel tentativo di difendersi dal *Death Reminder* e dall'angoscia ad esso associata, facevano ricorso in misura maggiore a difese di tipo prossimale, orientate a dimostrare l'invulnerabilità umana di fronte ai pericoli, citando, rispetto all'altro gruppo, con maggiore frequenza desideri di appartenenza.

Invece, gli studenti che ammettevano l'esistenza di una dimensione trascendente entro il quale l'anima potrà trasferirsi in seguito alla morte del corpo, si dichiaravano maggiormente propensi ad accettare la dipartita, consolandosi attraverso il pensiero di poter continuare a vivere anche in seguito alla disintegrazione materiale. La minore paura nei confronti della morte li portava a prediligere desideri accomunabili a difese distali, dichiarandosi, inoltre, maggiormente fiduciosi nel riuscire a realizzare i propri sogni.

Queste differenze scompaiono nell'analisi deputata ad intervistati di genere maschile, dove al contrario non emerge la componente dell'angoscia nei confronti del pensiero della propria morte, un dato che comunque non può essere generalizzato a causa del numero esiguo di partecipanti di sesso maschile.

Si è cercato di rilevare attraverso i testi da cosa derivi questa paura nei confronti della dipartita, che sembra essere attribuibile alla paura dell'incertezza che la morte genera, alla paura di non poter rivedere i propri cari, eventualità che si verifica sia nel caso il decesso sopraggiunga per l'individuo stesso che per le persone a lui vicine; ma la paura che emerge in modo più preponderante riguarda il timore di non riuscire a realizzare i propri obiettivi e morire con dei rimpianti.

Proprio considerando quella che sembra essere la prospettiva più spaventosa che emerge nel caso del decesso, si è rilevata l'importanza per gli studenti di un'attività come «*Before I die I want to...*» che permette di prendere consapevolezza dei propri obiettivi e sogni e di impegnarsi nel realizzarli per non arrivare al momento del fine-vita rimpiangendo la vita passata e accrescendo l'inclinazione nell'accettare la finitezza del tempo a disposizione.



Tuttavia, nonostante le differenze rilevate, entrambi i gruppi prediligono, nel loro estenuante tentativo di allontanare la consapevolezza della propria mortalità, le difese distali, in quanto i desideri pronunciati sono per lo più orientati nella direzione del “tentativo di ottenere prestigio e ammirazione” da parte degli altri e di conseguenza la propria autorealizzazione.

### **Bibliografia e sitografia**

<http://fondazionefloriani.eu/bidiwt/>

Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.

Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). A Terror Management Theory of Social Behavior: The Psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. *Advances in Experimental Social Psychology*, 24(93), 159. doi: 10.1016/S0065-2601(08)60328-7.

Testoni, I., Ancona, D., & Ronconi, L. (2015). The ontological representation of death: a scale to measure the idea of annihilation versus passage. *OMEGA-Journal of death and dying*, 71(1), 60-81. doi: 10.1177/0030222814568289.

***Pesach***

**Pesach**

**Paola Ispiro**

***Keywords:*** death, cemetery, architecture

***Parole chiave:*** morte, cimitero, architettura

*“Verum ipsum factum”*

L’interesse per l’architettura sacra e, in particolare modo per i luoghi della memoria, mi ha accompagnata fin da adolescente. Durante gli studi presso la facoltà di Architettura, ho potuto poi approfondire questo tema, sia dal punto di vista storico che progettuale.

Ritengo che, sebbene vi siano molti modi per approcciarsi al ricordo, questo tema continui a segnare la nostra vita terrena e che oggi vi sia la necessità, più che mai, di ricomporre un dialogo consapevole con la morte, per poterla riconoscere parte dell’esistenza.

Emanuel Swedenborg (1785), in *De Coleo et inferno* scrive: «È dunque evidente che l’uomo, quando muore, passa soltanto da uno stato all’altro: per questo Morte, in quanto parola, nel suo senso interiore significa resurrezione e continuazione della vita».

Negli ultimi decenni si è assistito alla modificazione dei parametri culturali che ha provocato l’estromissione della dimensione del morire dalla nostra coscienza, lasciando però, dietro di sé, un vuoto che non consente di esorcizzare la morte.

Anche se illusoriamente abolita, oggi la morte è comunque un’ingombrante “assenza”, un assordante silenzio, quasi un fenomeno a carattere globale e per nulla individuale.

Anche le architetture che la riguardano hanno subito una rimozione dalle nostre città: i cimiteri infatti, sono sempre meno visibili e sempre più lontani dal punto di vista urbanistico e sentimentale.

Ma è anche grazie alla frequentazione dei cimiteri che si realizza, con un gesto laico, un contatto concreto con la morte. Passeggiare tra le tombe permette di interrogarci sul senso della vita e della morte e di rinnovare quel rapporto misterioso tra morti e viventi che trascende il tempo ma, soprattutto, ci distingue dagli animali.

Compito dell'architettura, forse, è anche quello di aiutare la nostra civiltà a superare questa distanza, di dare nuove forme e spazialità a nuove sensibilità, attraverso il proprio linguaggio metaforico.

Di dare una rinnovata e profonda identità ai luoghi di sepoltura, affinché riescano ad esprimere il proprio valore simbolico e possano divenire luoghi di ricordi, carichi di storia, individuale e collettiva.

### **Bibliografia**

Ariès, P. (1998). *Storia della morte in occidente: dal Medioevo ai giorni nostri*. Milano: BUR – Biblioteca Universale Rizzoli.

Girard, R. (1993). *Delle cose nascoste sin dalla fondazione del mondo*. Milano: Adelphi.

Loos, A. (1972). *Parole nel vuoto*. Milano: Adelphi.

Pigafetta, G. (2011). *La più vuota delle immagini. Arte e figure della morte*. Torino: Bollati Boringhieri.

## ***Digital identity and manifestation of mourning on Facebook***

### **Identità digitale e manifestazione del lutto su Facebook**

**Raffaella Maiullo**

**Keywords:** *Facebook, death, grief*

**Parole Chiave:** *Facebook, morte, cordoglio*

L'indagine ha preso corpo in seguito ad una esperienza di natura personale. Dopo la morte di una persona cara ho potuto osservare come, alla morte "biologica" di un soggetto, non corrisponda necessariamente alla sua scomparsa dal mondo digitale. Questo effetto va oltre la semplice persistenza della memoria che non può ritenersi un corrispettivo di quei luoghi che occupano uno spazio fisico, come i cimiteri, ma può essere considerato come un surrogato di esistenza virtuale. In questo modo vediamo come rispetto a tutte le altre forme di socializzazione che contribuiscono alla costruzione di rappresentazioni sociali del mondo, giochino un ruolo preponderante i mezzi di comunicazione.

L'aspetto che maggiormente colpisce di questo fenomeno è descritto soprattutto dalla possibilità di rendere pubblico ciò che prima era totalmente privato se non ad esclusiva egida parentale o amicale in senso stretto. La morte, dunque, si emancipa dalla condizione di emarginazione e smette di essere confinata dietro le quinte della vita sociale. Tuttavia è necessario specificare che è pur sempre il ricordo ed il cordoglio ad emergere e non il momento della morte in sé che risulta essere ancora tabuizzato e lontano dall'immaginario collettivo comune come facente parte della vita quotidiana.

La ricerca ha evidenziato come, l'interesse verso la pubblicazione di contenuti con lo scopo di mettere gli altri al corrente dei propri pensieri, si sposti in secondo piano rispetto all'esigenza di pubblicare in tempo reale

ciò che accade, e se tra queste cose vi è la morte, anche questa sarà oggetto di condivisione. Succede così che i pensieri non trovano modo di sedimentare e l'impazienza di esprimere se stessi porta alla dinamica sopra descritta.

Il compito del ricercatore è stato indirizzato alla scoperta di alcuni dei metodi di commemorazione on-line (è bene precisare che ogni riferimento al mondo del web è da intendersi in relazione a Facebook.com), esaminando proprio il *modus comunicandi* di chi si rivolgeva al defunto. Una prima divisione è stata fatta proprio sulla modalità di condivisione; chi pubblicava un contenuto sulla propria pagina aveva uno scopo diverso da chi, invece lo faceva sulla pagina dell'amico defunto. Proprio in questo spartiacque risiede la prima riflessione in merito al fenomeno. I media divengono strumenti dell'ascetismo contemporaneo e si fa strada l'ipotesi secondo la quale il luogo non-luogo di internet possa contenere in sé altri mondi intangibili e tra questi, perché no, anche l'aldilà.

La persistenza online dei morti aiuta ad affrontare la morte ed il lutto: i morti vivono come soggetti di culto anche se non hanno cessato completamente di esistere. La memoria non si abitua a gestire il ricordo come un fatto naturale, ma si affida alla *wall* ovvero al modo in cui viene chiamata la pagina Facebook.com in inglese. La potenziale comunicazione con il defunto giustificata da una serie di fattori come il discorso diretto e la celebrazione delle ricorrenze come compleanni e anniversari (con frasi del tipo: «Non dovevi andare via così presto»; «mi manchi sempre di più»; «salutami i nostri parenti»; «oggi sarebbe stato il tuo compleanno e vorrei che tu potessi festeggiarlo»; «le feste di Natale non sono le stesse senza di te», ecc.) e in parte il fatto che Internet rimane un luogo estraneo alla realtà tangibile.

Tutta questa serie di atteggiamenti porta a ritenere il fenomeno come sinonimo di una nuova ritualità dove non si riscontra nessuna gerarchia sociale apparente e tutti si sentono liberi portatori del proprio contributo su una morte, specie nei casi più eclatanti dove gli sfortunati protagonisti sono persone che non ci si aspettava sarebbero morte: di giovane età, coinvolti in incidenti di varia origine, affette da malattie improvvise e così via. La ritualità legata alla perdita, ovvero al lutto, in prima istanza «potrebbe apparire semplicemente come un rito di separazione per il morto, poiché scandisce la cessazione della condizione di vivo e il riconoscimento di un nuovo status, di un passaggio sia fisico che simbolico, per il parente del defunto rappresenta una situazione di *limen*».

L'uso del social network come strumento per l'esternazione delle proprie esperienze si traduce nella condivisione di frasi, foto, video e contenuti multimediale e quindi, anche la morte, presente come esperienza si esplica con la pubblicazione dei medesimi contenuti producendo un monologo immaginativo dei vivi ai morti.

Come suggerisce l'approccio di Durkheim la funzione dei riti è quella di riflettere i legami e la struttura sociale di una società, anche se ci si allontana dal passato l'aspetto più saliente di questo argomento ci suggerisce che i riti collegati alla morte, con o senza tecnologia sono indissolubilmente legati alle relazioni sociali.

Con questi presupposti si è deciso di indagare la dimensione del ricordo perpetrato mediante l'utilizzo del media sociale, nella fattispecie Facebook.com, utilizzando il metodo Cawi, che si espleta mediante l'utilizzo della connessione Internet, con sicuri vantaggi sotto il punto di vista logistico rispetto all'utilizzo di altri strumenti. Sono stati effettuati due test, con 513 soggetti nel primo caso e 226 nel secondo. In un primo momento lo scopo della ricerca è stato quello di indagare generalmente se si erano verificate le condizioni per la presenza del fenomeno e soprattutto se vi erano dei presupposti empirici per indagare con una cognizione teorica. Il primo test, effettuato su una parte della popolazione che consta di 512 soggetti ha riscontrato una evidente maggioranza di rispondenti nella fascia di età 18-24, seguita dalla 25-35. Il risultato ha dimostrato che il 41% del totale dei rispondenti ha fatto uso di pratiche commemorative sul il social, dichiarando di pubblicare direttamente sulla bacheca del defunto. Il secondo Test distribuito entro il territorio nazionale e svolto a distanza di una settimana dal primo ha riscontrato 226 casi. Riacciandoci al discorso della co-presenza di Goffman riletta in chiave contemporanea sarà necessario includere anche lo spazio dei media digitali. Poiché lo spettro che abbiamo deciso di considerare riguarda uno scambio unilaterale, vale a dire la comunicazione con i morti sarà bene soffermarsi qualche tempo sull'importanza di questo metodo comunicativo; in un luogo storico dove è preminente il dominio della comunicazione della informazione il valore che si attribuisce ad un bene non materiale si determinerà in base alla sua diffusione. La spontaneità con cui si innescano questo genere di atteggiamenti nel contesto virtuale sta ad indicare quanto il mondo digitale si sia inter-connesso con il nostro modo di percepire le cose di condurre l'esistenza.

### **Bibliografia e sitografia**

- Micalizzi, A. (2012). *La rete di Thanatos: Memorie digitali, commemorazioni e riti di commiato dell'IperModernità*. Homeless Book, ebook.
- Onuoha, C.G. (2011). *Death of Facebook* (Thesis in Bachelor of Arts, Princeton University, New Jersey, U.S.A.). Disponibile da: <https://static1.squarespace.com/static/5147c437e4b096a97cf3defd/t/5148bd03e4b052d00329c9b4/1363721475355/Thesis.pdf>
- Stokes, P. (2012). Ghosts in the machine: do the dead live on in Facebook?. *Philosophy & Technology*, 25(3), 363-379. doi:10.1007/s13347-011-0050-7
- Bauman, Z. (1995). *Il teatro dell'immortalità. Mortalità, immortalità e altre strategie di vita* (G. Arganese, trad.). Bologna: Il Mulino.

***Chochinov's Dignity Therapy and Schwartz's Theory of Basic Human Values:  
an integrated perspective***

**La Terapia della Dignità di Chochinov e la Teoria dei Valori Umani Fondamentali di Schwartz:  
una prospettiva integrata**

**Gaia Luisa Marinoni**

***Keywords:*** *dignity therapy, theory of basic human values, take care*

***Parole chiave:*** *terapia della dignità, teoria dei valori umani fondamentali, prendersi cura*

Dignity Therapy (DT) is a brief psychotherapy developed by Harvey Chochinov, a distinguished Professor of Psychiatry at University of Manitoba. DT is a personalized intervention addressed to people whose life is limited or threatened by incurable illnesses. It has solid empirical basis (Chochinov, 2015) and it was developed to promote dignity and reduce stress associated with the end of life. Researches show that both the person and his/her parents feel the utility of the therapy. They affirm a higher level of wellbeing, quality of life and dignity (Lindqvist, Threlkeld, Street, & Tishelman, 2015).

In 2012, the social psychologist Shalom Schwartz elaborated the Theory of Basic Human Values. Schwartz's model is based on empirical cross-cultural research, as well the DT. The Schwartz's theory points out ten universal values. These values are expressed differently from various cultures and populations of the Earth (Schwartz, 2012). Every person in their singularity gives different importance to the ten values, and priorities can vary throughout a person's life.

Nowadays, oncological diseases are the second cause of death, after cardiovascular diseases (De Beni & Borella, 2015). Therefore, they are a big challenge for the health organizations, because they reduce the quality of life in the final days.

For this reason DT was developed. It consists of a semi-structured interview conducted by a formed person and addressed to people who are facing the last months or days of their life (Chochinov, 2015). Chochinov (2015) recommends DT to people with a life expectancy not exceeding six months, so that the awareness of their condition of extreme fragility is greater. However, DT is not recommended for people too close to the end of their life because they may not have the strength to carry on therapy that, though brief, requires at least three or four meetings over seven or ten days (Chochinov, 2015).

The strength of the Dignity Therapy is that it offers the opportunity for the person to tell his/her story and talk about his/her life to a person who is genuinely interested. Through this narrative, the person has the opportunity to restructure his/her own self and his/her vision of the world so that he/she can give meaning to his/her life again and perceive masters of his/her own existence, worthy of respect, value and dignity.

Combining the Chochinov's and Schwartz's contributions allows the investigation of headlights that led the person's life. In addition, Dignity Therapy offers the opportunity to transmit these lights to the dearest people, leaving a tangible sign of one's own existence. The final product of DT is, in fact, the generative

document, the legacy that the people give to their loved ones. It is the part they feel most important to themselves and who wish to go beyond their death, as a memory of a worth life. Knowing the values that has inspired the person allows us to understand the frame within which his/her story has been unfolded, an original story, unique in its kind, never written before then. In this way, the person's choices, attitudes and behaviors become important and meaningful.

In conclusion, leading DT through the perspective of the Theory of Basic Human Values can promote the overall vision of the person, allowing a greater understanding of his/her existence.

### **Bibliografia**

- Chochinov, H.M. (2015). *Terapia della dignità. Parole per il tempo che rimane*, G. Moretto & L. Grassi (a cura di). Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- De Beni, R., & Borella, E. (2015). *Manuale di psicologia dell'Invecchiamento e della longevità*. Bologna: il Mulino.
- Lindqvist, O., Threlkeld, G., Street, A.F., & Tishelman, C. (2015). Reflections on using biographical approaches in end-of-life care: Dignity therapy as example. *Qualitative health research*, 25(1), 40-50. doi:10.1177/1049732314549476
- Schwartz, S.H. (2012). An overview of the Schwartz theory of basic values. *Online readings in Psychology and Culture*, 2(1), 11. doi:10.9707/2307-0919.1116

### ***Political removal of Death and 'Spiral of Silence':***

#### ***analysis of the political communication about Fabiano Antoniani (DJ Fabo)'s case***

#### **Rimozione politica della morte e spirale del silenzio:**

#### **analisi della comunicazione politica rispetto al caso Fabiano Antoniani (Dj Fabo)**

**Carol Martinelli, Alessandra Fantozzi, Zeno Mutton, Nicola Stocco**

**Keywords:** *taboo of death, political communication, critical incident*

**Parole chiave:** *tabù della morte, comunicazione politica, incidenti critici*

Con il presente lavoro ci poniamo l'obiettivo di problematizzare e approfondire il processo della rimozione politica della morte nel contesto storico, sociale e politico italiano. Per rimozione politica della morte intendiamo l'incapacità, da parte dell'istituzione politica di far fronte alle problematiche che sorgono oggi attorno al morire (Mutton & Stocco, 2016). Di fatto, dopo sedici anni dalla legge del 28 marzo 2001 n. 145, con cui lo Stato Italiano ha recepito la Convenzione di Oviedo, il principio di autodeterminazione non è ancora stato introdotto nella legislazione italiana e l'attuale approvazione del DdL sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento sta incontrando diverse resistenze. Il concetto di rimozione politica della morte può però risultare contraddittorio e aporético, poiché soprattutto durante il verificarsi di eventi critici come il suicidio assistito di Fabiano Antoniani, conosciuto come dj Fabo, o l'interruzione delle cure per Eluana Englaro, si assiste allo sviluppo di intensi dibattiti politici attorno a questi fatti. L'obiettivo della nostra ricerca è quindi quello di analizzare la comunicazione politica attorno a questi eventi critici adottando la prospettiva teorica della "Spirale del Silenzio" (Noelle-Neumann, 1974; 2002).

Tale teoria descrive il processo nel quale le persone che percepiscono la propria opinione come appartenente alla minoranza, sono restie ad esprimerla per il timore di essere isolate socialmente. Il dibattito a livello mediatico non implica di per sé la volontà di affrontare seriamente il problema, spesso consiste nell'exasperare il conflitto concernente l'evento critico, distogliendo l'attenzione dei cittadini da altri problemi sociali, per non arrivare ad un confronto. La comunicazione autentica viene quindi svuotata e la riflessione sul morire resa sterile. Procederemo quindi con l'analisi testuale di interviste e dichiarazioni rilasciate da esponenti politici italiani in merito al caso "dj Fabo", facendo ricorso al materiale reperibile nei Social Media e in riviste on-line. L'obiettivo è quello di cercare di definire se tale dibattito riflette le dinamiche descritte nella teoria della "Spirale del Silenzio" o se invece genera un confronto autentico sui temi del vivere e del morire. Tale caso viene preso in considerazione come evento critico, inteso come analizzatore della società. Tali eventi infatti generano reazioni da parte delle istituzioni che, se analizzate e studiate, permettono di comprendere quale posizionamento abbiano assunto nei confronti del problema emerso (Zamperini, 2017). Questo lavoro si colloca nella corrente di studi sociali che si occupano del "tabù della morte" ovvero della scomparsa dalla vita quotidiana di un discorso autentico sul morire (Testoni, 2015), in quanto a nostro parere, la politica può giocare un ruolo fondamentale nella rottura o nel mantenimento di tale tabù. Ed è qui che sorge la necessità di distinguere la politica dalla "Politica". La scelta della maiuscola è voluta, e intende marcare il senso alto della politica, dal suo etimo Lat. *politica* e Gr. *politike*: "che attiene alla città", derivante da *polis*: "città, cittadinanza", che possa quindi avere valore pubblico, appartenente alla cittadinanza. In questo senso della politica un evento critico non può essere individualizzato, "ostaggio di un principio di separazione", ma deve essere reso pubblico, occasione per una riflessione sociale, un analizzatore della società (Zamperini, 2017). L'evento critico porta con sé un enorme peso, che deve però gravare sulle spalle della comunità, e in questo entra in gioco la politica con la "p" minuscola, dove i suoi esponenti attraverso la comunicazione alla cittadinanza dell'evento critico possono promuovere la costruzione di diverse letture tra cui il riportare alla "responsabilità condivisa" dalla Polis o il rimando all'individuo, quasi come elemento avulso dalla società, pecora nera o eccezione che conferma la regola (o la legislazione). La prospettiva che adotteremo come lente di ingrandimento per leggere questi fenomeni sarà quindi la psicologia sociale con approccio relazionale. Il filo conduttore del nostro pensiero è infatti quello che la morte sia un evento relazionale e politico che chiama in causa la collettività. Quella stessa collettività che si fa costitutiva delle nostre esperienze soggettive e personali, attraverso cui diamo significato alla vita.

## **Bibliografia**

- Mutton, Z., & Stocco, N. (2016). *Incapacità di agire e illusione di immortalità: Una riflessione psico-sociale sul disimpegno civile*. Relazione al convegno "III guerra mondiale? La gestione della morte tra le nuove emergenze sociali e la loro soluzione", Padova, 3-5 ottobre 2016. Padova: Padua University Press.
- Noelle-Neumann, E. (1974). *The spiral of silence. A theory of public opinion*. *Journal of Communication*, 24(2), p. 43-51. doi:10.1111/j.1460-2466.1974.tb00367.x
- Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita. Psicologia del morire e «death education»*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Zamperini, A. (2017, aprile). *Incidenti critici e pratiche di assistenza sanitaria*. Relazione al seminario "Vivere e morire tra sacralità, religiosità e laicità", Padova.

## ***I'LL WATCH OVER YOUR SLEEP.***

### ***The medical professionals' experiences in palliative sedation***

## **VEGLIERÒ IL TUO SONNO. Il vissuto degli operatori nella sedazione palliativa**

**Maddalena Minello**

**Keywords:** *palliative care, palliative sedation, medical professionals*

**Parole chiave:** *cure palliative, sedazione palliativa, operatori sanitari*

Le vicende umane riportate sulle prime pagine di quotidiani e di servizi televisivi degli ultimi mesi hanno riaperto i riflettori su questioni etiche di fine vita. Dobbiamo quindi ringraziare uomini come Walter Piludu, “dj Fabo”, Dino Bettamin, Gianni Trez, per aver raccontato la loro storia permeata di grande sofferenza personale, con lo scopo di portare l’attenzione pubblica su temi di fondamentale importanza. Queste persone chiedevano il rispetto dell’autodeterminazione dell’individuo fino agli ultimi atti di vita, ricordandoci che anche il morire è parte fondamentale della vita stessa, e che merita rispetto, attenzione, legiferazione.

Collegandosi, seppur non direttamente, a questi recenti fatti di cronaca, nel contesto italiano delle cure palliative è tornata in auge la questione riguardante la sedazione palliativa: la sua definizione, la sua liceità, le condizioni necessarie per avviarla, le differenze che intercorrono tra la suddetta e l’eutanasia.

Le informazioni diffuse dai mass media a riguardo non hanno sempre una base scientifica, e creano a volte confusione. Sarebbe doveroso fare chiarezza su questi temi con la comunità delle persone malate, degli operatori sanitari, della cittadinanza e delle Istituzioni. Evitare confusione e strumentalizzazioni, a volte semplicistiche, a volte contorte e incomprensibili, potrebbe essere un primo passo verso scelte consapevoli che coinvolgono, prima o poi, ogni essere umano.

Come è legittimo, il focus, in questo momento di iniziale dibattito, è tutto sul paziente.

Partendo da questi due aspetti, è nata la necessità di fare ordine intorno ad un tema (la sedazione palliativa) di cui ultimamente si parla molto, sapendone forse troppo poco. In concomitanza sorge la curiosità di analizzare un altro punto di vista: quello degli operatori, co-protagonisti insieme al paziente di scelte difficili e delicate da proporre, spiegare, e ancor più da attuare. Per conoscere l’altra faccia della medaglia: quella di chi la sedazione la compie, la attua, in maniera indiretta sempre la vive.

Per svolgere questo studio è stato necessario eseguire una ricerca bibliografica per approfondire l’argomento. Si è cominciato dai documenti nazionali redatti da fonti autorevoli, nello specifico: il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica pubblicato nel 2016 dal titolo *Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte*; la *Raccomandazione della Società Italiana di Cure Palliative sulla sedazione terminale/sedazione palliativa* del 2006; la raccomandazione della European Association for Palliative Care *Recommended framework for the use of sedation in palliative care* del 2009. Da questi documenti è stata estrapolata la definizione di sedazione e il suo inquadramento all’interno delle procedure terapeutiche. Tramite la banca dati PubMed sono stati in un secondo momento selezionati articoli internazionali, editi negli



ultimi 5 anni, che affrontassero la sedazione dal punto di vista dell'operatore. Visto l'esiguo numero di articoli a riguardo, è sembrato interessante raccogliere le testimonianze di alcuni operatori del settore (sia infermieri che medici) e confrontarle con quanto offerto dalla letteratura attualmente.

Gli obiettivi specifici di questo lavoro sono due. Anzitutto, quello di definire la sedazione palliativa seguendo le indicazioni più autorevoli e recenti come: il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica pubblicato nel 2016 dal titolo *Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte*, che a sua volta riprende e cita la *Raccomandazione della Società Italiana di Cure Palliative sulla sedazione terminale/sedazione palliativa* del 2006, la raccomandazione della European Association for Palliative Care *Recommended framework for the use of sedation in palliative care* del 2009.

Il secondo obiettivo consta nel conoscere il vissuto di medici e infermieri durante la somministrazione della sedazione palliativa e successivamente ad essa.

In conclusione, la documentazione che affronta il tema della sedazione palliativa si è rivelata internazionalmente vasta, a dimostrazione di quanto sia sentito l'argomento e la necessità di fare chiarezza a riguardo.

Per quanto riguarda la sua definizione, si assume come modello quella del Comitato Nazionale per la Bioetica, che viene di seguito riportata: «per sedazione palliativa si intende l'intenzionale somministrazione di farmaci ipnotici nella dose necessaria richiesta, per ridurre la coscienza fino al suo possibile annullamento, al fine di alleviare o abolire la percezione di uno o più sintomi refrattari fisici e/o psichici altrimenti intollerabile dal paziente, in condizione di malattia terminale inguaribile in prossimità della morte». Nella letteratura spesso è utilizzata l'espressione "sedazione terminale". Le fonti più recenti ed autorevoli ritengono però che sia una espressione da evitare, in quanto potrebbe suscitare equivoci: l'aggettivo terminale può essere utilizzato per riferirsi alla fase finale della vita (fase agonica); altresì può indicare che con tale procedura si pone fine alla vita del paziente; oppure ancora potrebbe fare riferimento al carattere irreversibile dell'evento. Per tali motivi si propone la definizione di "sedazione palliativa profonda continua".

Da tutti gli scritti analizzati per lo sviluppo del presente lavoro, risulta chiaro che la sedazione palliativa si configura come un atto non solo lecito, ma doveroso nei confronti dei pazienti che presentino sintomi refrattari, siano questi fisici (dispnea, nausea, emorragia) o psichici (distress psicologico). Appare netta e universalmente riconosciuta la differenza tra la sedazione palliativa e l'eutanasia. Già nel documento redatto dall'European Association of Palliative Care (EAPC) pubblicato nell'anno 2003 dalla rivista *European Journal of Palliative Care* dal titolo: *Euthanasia and physician-assisted: a view from EAPC Ethics Task force*, si sottolineava come sedazione ed eutanasia si distinguono per finalità, esiti e procedura. A novembre 2015 l'EAPC ha confermato tale posizione in un "white paper" che aggiorna il precedente documento. Riprendendo sinteticamente tali articoli, la finalità della sedazione palliativa è quella di eliminare la sofferenza data da un sintomo refrattario, non altrimenti controllabile; l'alterazione della coscienza si pone quindi non come scopo della procedura, ma come sua diretta conseguenza. La procedura è complessa e delicata, necessita di

costante monitoraggio nella fase della titolazione dei dosaggi dei farmaci, che potrebbero essere rimodellati in base alla reazione del malato. Nell'eutanasia, la morte del paziente rappresenta la finalità e l'unico esito possibile; è una procedura tecnicamente semplice.

Dalla ricerca effettuata tramite la banca dati scientifica PubMed è tuttavia emersa una scarsità di articoli che affrontassero l'argomento dalla prospettiva degli operatori, soprattutto nel panorama italiano. L'articolo di De Vries e Plaskota, *Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer* (2017) pubblicato in *Palliative Support Care*, evidenzia come facilitare una morte serena sia il primo obiettivo delle infermiere, dove attraverso la somministrazione della sedazione palliativa loro vedono l'impossibilità per il paziente di provare benessere, essere calmo e rilassato nello stadio finale della loro malattia. I dilemmi etici legati al processo decisionale sono uno dei fattori che ha portato al raggiungimento dell'obiettivo. Nello specifico riguardano: le decisioni sui trattamenti, la manipolazione dei farmaci, il "causare la morte", la sedazione di giovani pazienti, la credenza che l'hospice sia un luogo in cui la morte viene affrettata. Secondo l'articolo di Abarshi, Papavasiliou, Preston, Brown, Payne, e IMPACT: *The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: a systematic literature review*, pubblicato nel 2014 dal *Journal of Pain Symptom Management*, in generale, gli infermieri hanno un atteggiamento positivo ma prudente verso la sedazione palliativa. La maggior parte di loro la considera un trattamento di ultima scelta per alleviare i sintomi refrattari; la pratica è stata spesso influenzata dal livello di istruzione, competenza e ruolo svolto dagli infermieri. La maggior parte di loro ha somministrato la sedazione fino alla morte solo nelle circostanze specifiche a causa dei benefici previsti nel controllo dei sintomi e della sofferenza refrattari. Alcuni di loro hanno rilevato delle difficoltà nella gestione della sedazione palliativa; queste potrebbero essere risolte da linee guida operative e formazione degli operatori.

### **Bibliografia e sitografia**

- De Vries, K., & Plaskota, M. (2017). Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer. *Palliative & supportive care*, 15(2), 148-157. doi: 10.1017/S1478951516000419
- Mercadante, S., & Vitrano, V. (2010). Palliative care in Italy: problem areas emerging from literature. *Minerva Anestesiologica*, 76(12), 1060-71. Disponibile da: [https://www.researchgate.net/profile/Sebastiano\\_Mercadante/publication/45200358\\_Palliative\\_care\\_in\\_Italy\\_Problem\\_areas\\_emerging\\_from\\_the\\_literature/links/00b4951b7606a073d2000000/Palliative-care-in-Italy-Problem-areas-emerging-from-the-literature.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sebastiano_Mercadante/publication/45200358_Palliative_care_in_Italy_Problem_areas_emerging_from_the_literature/links/00b4951b7606a073d2000000/Palliative-care-in-Italy-Problem-areas-emerging-from-the-literature.pdf)
- Miccinesi, G., Caraceni, A., & Maltoni, M. (2017). Palliative sedation: ethical aspects. *Minerva Anestesiologica*, 7(12). doi: 10.23736/S0375-9393.17.12091-2
- Veronesi, U. (2008). *L'ombra e la luce: La mia lotta contro il male*. Torino: Einaudi Editore.

## ***'Crossing places': an experience of Death Education with adolescents***

### **"I luoghi dell'attraversamento": un'esperienza di Death Education con gli adolescenti**

**Lorenza Palazzo**

**Keywords:** *death education, adolescence, death representation.*

**Parole chiave:** *death education, adolescenza, rappresentazione della morte.*

La modalità con cui l'essere umano ha affrontato il tema della morte ha subito, nei secoli, molteplici modificazioni fino a rendere, oggi, la morte un tema occulto, vittima della cosiddetta "congiura del silenzio", un tema innominabile, un tabù, un fatto privato. L'uomo, consapevole di essere destinato a morire, mette in atto delle difese che lo portano a rintanarsi in ideologie "rassicuranti ed illusorie" per far fronte all'angoscia che lo accompagna costantemente. Tali espedienti sono ancor più marcati nei confronti dei più giovani, verso i quali si tende ad essere erroneamente protettivi, credendo di preservarli da sentimenti negativi e di evitare che questo possa aumentare in essi paura ed ansia di morte (Testoni, 2015). Adams et al. (1999) hanno evidenziato quali sono i miti comuni più diffusi tra gli adulti su come venga rappresentata la morte tra i bambini e gli adolescenti: che non soffrano intensamente come un adulto, che vadano protetti per cui non è necessario renderli partecipi delle scelte riguardo ai riti commemorativi, che non sia bene per loro conoscere ciò che è avvenuto, che non abbiano bisogno, all'interno del sistema educativo, di spazi per affrontare temi come la morte e il morire, essendo loro in un'età di spensieratezza e di lontananza da ciò che riguarda il fine vita. In realtà tale operazione non fa altro che incrementare ciò che si cerca di evitare, laddove sarebbe invece necessario che i genitori e le figure educative sapessero parlare ai giovani della morte, sapessero rispondere con limpidezza e chiarezza alle loro domande evitando di lasciare loro dei vuoti di pensiero che, facilmente alla loro età, potrebbero essere colmati con delle fantasie illusorie e lontane dalla realtà. Il compito di fare apprendere agli individui, fin da giovanissimi, la capacità del distacco e del congedo dovrebbe essere affidato agli educatori e ai contesti tutti di insegnamento. Nelle pratiche educative quotidiane, e soltanto in alcuni casi, ci si occupa di morte nel momento in cui ci si trova esposti direttamente ad essa quando, invece, bisognerebbe anticiparla tramite storie, libri, materiali informativi e programmi ben strutturati di *Death Education (DeEd)* che fungano da prevenzione e da preparazione per bambini e adolescenti (Mantegazza, 2004).

Il progetto "I luoghi dell'attraversamento" rappresenta una delle prime esperienze italiane di DeEd rivolta a ragazzi tra i 17 e i 19 anni, nata per colmare il vuoto esistente nel nostro paese di percorsi per poter affrontare il tema della morte in adolescenza. Il progetto di ricerca, che ha coinvolto 441 studenti, è stato condotto con un metodo misto: quantitativo, tramite la presentazione dei questionari Death Anxiety Scale (DAS), the Personal Meaning Profile (PMP), the Testoni Death Representation Scale (TDRS) e the Toronto Alexythimia Scale (TAS-20); e qualitativo mediante l'analisi del contenuto di due domande a risposta aperta rivolte ai ragazzi del gruppo sperimentale riguardo all'esperienza fatta e a come/se avvertissero cambiamenti nella propria rappresentazione della morte. L'intervento è stato articolato in diversi incontri che hanno previsto la

visione di un film documentario sul tema della morte dal punto di vista delle diverse tradizioni spirituali dall'Occidente all'Oriente e che permette riflessioni sul senso più profondo dell'esistenza umana; condivisioni di gruppo sul significato che si dà al morire, per permettere un confronto con i coetanei su temi difficilmente affrontati e creare nello stesso tempo un'occasione per approfondire i legami e la conoscenza tra gli studenti; una lezione tenuta da un esperto di scienze religiose, nella quale sono stati affrontati temi come la salvezza, il passaggio e l'attraversamento dopo la morte; una visita guidata presso l'Hospice della città durante la quale gli studenti hanno potuto osservare gli spazi e hanno avuto la possibilità di incontrare gli operatori dell'équipe socio-sanitaria e confrontarsi con loro; la produzione di un video, da parte di ogni classe di studenti, sui temi trattati durante questa esperienza.

Questo lavoro ha dimostrato che un percorso di DeEd può contribuire alla diminuzione dell'ansia di morte e alla modalità con cui la si rappresenta: il fatto che i punteggi della rappresentazione della morte dei ragazzi del gruppo sperimentale siano diminuiti indica che un percorso di DeEd può agire positivamente nella modificazione del modo con cui si guarda alla morte e può fornire un nuovo punto di vista rispetto a quello dell'annientamento totale, spesso alimentato dall'angoscia di non sapere cosa ci attende. Ancora, è stato confermato il fatto che parlare di morte significhi parlare di qualcosa che fa parte della propria vita e non è l'opposto di essa: le rivalutazioni di sé stessi, delle proprie relazioni, degli aspetti della propria vita che si desidera cambiare, dei valori che si custodiscono, rappresentano un importante contributo che un percorso di DeEd può apportare e ne confermano la funzione protettiva verso comportamenti a rischio. Un elemento altrettanto importante sta nel fatto che i ragazzi stessi abbiano riconosciuto al progetto il merito di aver fornito l'occasione per parlare di un tema molto sentito, soprattutto a questa età – età tumultuosa e sconvolgente, momento di cambiamento, di definizione di sé, della propria identità e dei propri punti di vista sul mondo – ma che non è mai stato affrontato in nessun modo; sebbene per alcuni il tempo dedicato non sia stato sufficiente, sicuramente averne iniziato a parlare e aver dato loro modo di esprimere le loro paure, ha reso questa esperienza un punto di inizio verso una ricerca di senso e di significato che li accompagnerà nel corso della vita. L'analisi qualitativa è stata un mezzo molto potente sia per comunicare ai ragazzi l'interesse nel conoscere a fondo le loro opinioni, sia per cogliere, ancor più in profondità, ciò che questa esperienza, in negativo così come in positivo, ha significato per loro. Ulteriori ricerche potranno sicuramente contribuire a confermare questi aspetti e a fornirne di nuovi.

### **Bibliografia**

- Adams D.W., Corr, A.C., Davies, B., Deveau, E., de Veber, L.L., Martinson, I.M., Sister Noone, M., Papadatou, D., Pask, E., Stevens, M.M., Stevenson, R.G. (1999). Children, adolescents, and death: Myths, realities, and challenges. *Death studies*, 23(5), 443-463. doi: 10.1080/074811899200957
- Mantegazza, R. (2004). *Pedagogia della morte, l'esperienza del morire e l'educazione al congedo*. Troina: Città Aperta.
- Testoni, I., Ancona, D., & Ronconi, L. (2015). The ontological representation of death: a scale to measure the idea of annihilation versus passage. *OMEGA-Journal of death and dying*, 71(1), 60-81. doi: 10.1177/0030222814568289
- Testoni I. (2015). *L'ultima nascita. Psicologia del morire e «Death Education»*. Torino: Bollati Boringhieri.

## ***Inner death: pain, loss and transformation***

### **La morte interiore: dolore, perdita e trasformazione**

**Giuseppe Palermo**

**Keywords:** *Inner death, struggle to live, torment, loss*

**Parole chiave:** *morte interiore, fatica di vivere, tormenti, perdita*

Ci sono eventi tragici che, nel corso della vita turbano l'esistenza, creando nel mondo interiore di una persona rabbia, interrogativi, angosce, ripensamenti. Ad esempio un tradimento inatteso, la perdita del lavoro, il lutto di una persona cara, una malattia invalidante, sono solo alcuni esempi.

Se è vero che esiste nella nostra società contemporanea un processo di "rimozione" della morte, che, come afferma N. Elias (2011) in *La solitudine del morente*, ha un doppio significato: individuale e sociale, è plausibile che la "rimozione" individuale non riguardi soltanto i meccanismi di difesa psicologici in senso freudiano, ma contempli sfumature forse non del tutto esplorate.

Infatti, non si tratta solo di quell'insopportabile angoscia infantile sul tema della morte e del morire che nell'infanzia viene resa più sopportabile immaginandosi immortali, c'è qualcosa di diverso, d'inesplorato. "La morte interiore" appare sulla scena della vita come una sorta di limbo senza confini, senza colori, senza specchi dove perfino i ricordi, quelli buoni, soccombono o diventano opprimenti.

Nel lavoro quotidiano di uno psicoterapeuta sistemico-relazionale, l'incontro con "la morte interiore" non è affatto raro. Uno psicoterapeuta dovrebbe saper cogliere la sottile sfumatura che contraddistingue la stessa rispetto alla depressione e alla melanconia, nell'accezione di Jung (2009) e del filosofo Umberto Galimberti (1999). Poiché si tratta di sfumature, appunto, può non essere semplice cogliere le differenze. Si è pensato pertanto di descrivere "la morte interiore" ricorrendo all'ausilio di un dipinto, piuttosto che di un brano musicale o del colore della voce di una cantante famosa che interpreta un brano d'opera, o di alcune pagine di un romanzo o di un saggio. Questa scelta è sostanziata dall'immediatezza con la quale gli artisti riescono a racchiudere in un sussulto i contenuti di aspetti complessi che saranno sistematizzati anche in un tempo successivo molto lontano. La Cibernetica, una nuova scienza, nata a cavallo della seconda guerra mondiale e definita da Norbert Wiener (1950), che ne ha ideato il termine, come «la scienza del controllo e della comunicazione nell'animale come nella macchina» (Loriedo, 2000), ci viene in aiuto per comprendere il funzionamento dei pazienti e delle loro famiglie. Sulla base di questa ricerca, i requisiti essenziali per l'operatività dei sistemi, sono la comunicazione e la regolazione attraverso la comunicazione. Diventa pertanto molto importante il concetto di "informazione"; quella che riguarda i risultati delle attività passate è conservata nel sistema e ne influenza il comportamento futuro e, questo processo, denominato retroazione autocorrettiva è l'interesse principale della Cibernetica. Secondo questa nuova ottica, un sistema, mettendo in atto dei meccanismi atti a correggere la sua azione, tende a mantenersi in uno stato di equilibrio (omeostasi) e a regolare lo stato di disordine. Secondo Von Bertalanffy (2004) «la malattia mentale è, in

sostanza, una perturbazione delle funzioni di sistema dell'organismo psicofisico. È questa la ragione per cui la malattia, come entità, non è definita da sintomi o sindromi isolate». A questo proposito bisogna ricordare che anche la Scuola di Palo Alto vedeva la famiglia come un sistema cibernetico, che si autogovernava attraverso la retroazione. La famiglia era un sistema omeostatico, con una "autoregolazione automatica", che tendeva a "mantenere il sistema" riducendo qualsiasi deviazione dall'introduzione di nuove informazioni. Nella teoria dei sistemi si parla di Cibernetica di primo ordine e di secondo ordine. Semplificando molto, possiamo dire che la differenza tra le due sta nel fatto che l'osservatore, nella Cibernetica di secondo ordine, sta dentro al sistema osservato, a differenza che nella Cibernetica di primo ordine. Possiamo vedere quanto in due famosi dipinti di Francisco Goya, "Don Luis" (1783-1784), conservato presso la Fondazione Magnani-Rocca di Parma, e la "Famiglia reale di Carlo IV", (1800-1801), conservato al Museo del Prado di Madrid, il pittore dipingendosi all'interno dello stesso quadro, avesse colto perfettamente i paradigmi della Cibernetica di secondo ordine. Goya considerava suo Maestro un altro grande pittore spagnolo del '600, Diego Velàzquez (1656), "Las Meninas". Anche Velàzquez, quasi cento anni prima di Goya, si ritraeva all'interno dello stesso dipinto.

### **Bibliografia**

- Elias, N. (2011). *La solitudine del morente* (M. Keller, trad.). Bologna: Il Mulino.
- Loriedo, C., & Picardi, A., (2000). *Dalla teoria generale dei sistemi alla teoria dell'attaccamento. Percorsi e modelli della psicoterapia sistemico-relazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Von Bertalanffy, L., (2004). *Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppo, applicazioni* (E. Bellone, trad.). Milano: Mondadori.
- Wiener, N. (1966). *Introduzione alla cibernetica. L'uso umano degli esser umani* (D. Persiani, trad.). Milano: Bollati Boringhieri. (Originariamente pubblicato nel 1950).

## ***Cosmetic surgery: beauty of the body, health of the soul***

### **Chirurgia estetica: bellezza del corpo, salute dell'anima**

**Carlo Alberto Pallaoro**

**Keywords:** *cosmetic surgery, beauty, soul reconstruction*

**Parole chiave:** *chirurgia estetica, bellezza, ricostruzione dell'anima*

Human beings are in good health when they are in perfect harmony with their body and mind throughout the many phases of their lives. This concept used to belong to Philosophy and Medicine in general; today it belongs exclusively to Cosmetic Surgery. "Cosmetic surgery history begins with a trauma: after destruction comes reconstruction". During an interview with the American journal "W" in 2008, Ivo Pitanguy reminded that, during the First World War, Cosmetic surgery was created to help disfigured soldiers.

At the beginning of the XIX century, patients tried to increase breasts' volume with injections of synthetic material, such as paraffin, beeswax and vegetal oils, that caused serious damages to patients. Then, one has created implantable prosthesis made of glass or ivory, and in 1962 the first silicone prosthesis was made.

Plastic surgery is about the functional and morphological reconstruction of structures affected by malformations, degenerations or mutilations. Cosmetic surgery, instead, is about seeking perfection in every single detail, like increasing breast's size, making it more harmonious and seductive.

Cosmetic surgery cures the big imperfections as well as the small ones, which seems to be unimportant for others, but that make the patient feel very uncomfortable: who ask for the help of a cosmetic surgeon are the ones that want to find their psycho-physical balance, and re-establish harmonic coexistence with their body to start hoping again.

Seeking intimate wellness is a concept that gives dignity to this branch of Medicine, in the past underestimated; in the past Pitanguy did not tolerate that anyone refers to cosmetic surgery as a "superficial" branch of Medicine. "Being happy with themselves is not superficial at all. My procedures are not just about my patients' body, but also about their souls". He made a scientific revolution, importing the reconstructive procedures in cosmetic surgery and, moreover, he made an even more important revolution by shaping the new role of the cosmetic surgeon: "I am a psychologist with a scalpel". If today, seeking Beauty is considered an essential need, and the seek of balance and of a better shape that could help to fix daily problems, the merit goes to Pitanguy.

There are many reasons why patients decide to go for cosmetic surgery: from the little "adjustment" to feel more comfortable with their image, to more complex procedures to improve the shape of their body and face. Pitanguy was the first that made women and men more similar to the image they had of themselves. He improved those imperfections they saw in the mirror, helping them to finally find themselves, without any drastic transformation. The fact that the cosmetic surgeon is a magician able to transform the body with some magic spell is just a myth to debunk: catalogues of images to pick-up, that could solve one's problems, do not exist.

There might be some people that are going through a real identity crisis caused by their disharmonic shapes, not accepted by Society and, because of that, also not accepted by them. Body image is strictly connected to emotions, feelings and thoughts of the person, and it becomes a social phenomenon, as the image one has of himself, does not exist without the image perceived by others. A body is the expression of a personality related to a specific space. This space belongs to the real and virtual world, where beauty standards are ruled by fashion and advertisements, and from movie stars. These standards are almost unreachable, but cosmetic surgery is able to get very closer to them.

Collision between these models and one's identity resulted in different patterns. The one considered more serious is called Body dysmorphic disorder, when oneself has a negative opinion of his or her physical aspect; because of that, the subject suffered from an emotional stress and has serious problems to relate to others. Body dysmorphic disorder can be cured and, in the least serious cases, the patient dissociates only from a part of himself or herself: a part of the body, which is inadequate, rejected, becomes an obstacle to self-realization, in job and relationships field. Patients who ask for help of a Cosmetic surgeon are looking for a second chance and the requests can be various: who does not recognize his or her face anymore, weighted by sagging eyelid,

falling on life as a curtain. Who does not accept the slackening skin of the face, as something that does not belong to his or her soul. It happens that the cosmetic surgeon has to fix damages caused by past and excessive surgeries; if Pitanguy had a secret, it would have been “not to overdo creating fiction, a mask without expression; as expression is life”. He used to call the face of a person extremely changed the “mask of death”.

Young women, adults and elderly: the phenomenon involves many categories of women and also the percentage of male patient is growing. In 2016, there had been done 1780.987 cosmetic surgery operations in the USA (+4% from 2015), and 15.411.829 non-invasive cosmetic surgery treatments (+3% of botox, filler, peeling, laser hair removal). The most requested procedures are augmentation mastoplasty (290.467), lipoaspiration (235.237), rhinoplasty (223.018), blepharoplasty (209.020) and face lifting (131.106), which in 2016 overcame abdominoplasty.

Specifically, we do not have statistics regarding Italian situation specifically, but 80% of cosmetic surgeons confirmed that the first place held by breast surgery, as breast ages over the time and it becomes suddenly empty because of breastfeeding and weight loss, or it stays flat, according to what Nature decides. Demand for Cosmetic surgery procedures to look younger are growing thanks to 40-50-year-old patients who generally can afford the cost of the operation.

What encourages people to undergo procedure of cosmetic surgery is a whole set of psychological problems, which should be known in advance. If we think of one's identity as an intact paper document, the crisis could be represented by a series of scattered, disordered, uncertain pieces of paper. In order to do a good job, the surgeon needs to know the real motivations and hopes of the patient, to help him or her to achieve the shapes desired; even if, one must remember that the surgeon can intervene only in some cases and in certain conditions. When the patient is understood and listened, through the surgeon is able to extracting the most intimate needs and the deepest problems of a person. After the procedure has been done, the patient finds again his or her high self-esteem and they gain more confidence. A person who feels comfortable in his or her body gains more respect from others, and this is a concept that goes beyond the idea of Beauty. In order to live life with satisfaction, one must have a realistic image of himself or herself, beginning from that image, the surgeon is able to improve that imperfection that seems to be superficial for others, but that for the patient is really important. Adjusting some parts of the body helps the patient to feel more peaceful and to live in harmony with the society. The numbers related to the big success of cosmetic surgery speak for themselves: they compose a puzzle that has in the background self-love and a body-soul unitary vision.

### **Bibliografia e sitografia**

Pitanguy, I. (1981). *Aesthetic Plastic Surgery of Head and Body*. Springer Berlin Heidelberg.

Statistiche: <http://www.aicpe.org/>

<http://www.sicpre.it/wp-content/uploads/2017/04/ASPS-dati-2016.pdf>



# ***The use of Virtual Reality in Palliative Care***

## **L'uso della Realtà Virtuale nelle Cure Palliative**

**Giulia Parise**

**Keywords:** *virtual reality, palliative care, psycho-physical well-being*

**Parole Chiave:** *realtà virtuale, cure palliative, benessere psico-fisico*

This article regards the use of Virtual Reality (VR) in Palliative Care, in order to show the psychological and physical benefits that VR efforts in the traditional therapy of oncological patients. It also introduces its potential application in medical's training.

The methodology adopted is the review, that consists in a collection of the fundamental studies analysed this topic.

After a briefly definition about Virtual Reality, it will be illustrated how the medical interest of VR was born. Then, it will be presented a specific overview concerning its use in Palliative Care with different targets of patients and techniques. Particularly it explains its potentiality as distraction from pain and its application in medical's training.

The main results allow to understand that short sessions of VR could effort actual benefits in oncological patients because it reduces their anxiety, depression and perception of pain. Furthermore, it is an efficient training tool because it helps doctors to manage their feelings and their communication skills with terminally ill patients. Moreover, it is easy to use, it has a scant price and it hasn't dangerous side effects.

In conclusion, VR is a tool that could be easily introduce in Hospice or in Oncological ward, to support traditional pain therapy. Nevertheless, its application in medical training needs more studies.

### **References**

- Hoffman, H.G, Patterson, D.R., & Carrougher, G.J., (2000). Use of virtual reality for adjunctive treatment of adult burn pain during physical therapy: a controlled study. *Clinical Journal of Pain*, 16(3), 244-250. Disponibile da: [http://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/2000/09000/Use\\_of\\_Virtual\\_Reality\\_for\\_Adjunctive\\_Treatment\\_of.10.aspx](http://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/2000/09000/Use_of_Virtual_Reality_for_Adjunctive_Treatment_of.10.aspx)
- Wiederhold, M.D., & Wiederhold, B.K., (2007). Virtual Reality and Interactive Simulation for Pain Distraction. *Pain Medicine*, 8(3), 182-188. doi: 10.1111/j.1526-4637.2007.00381.x
- Wismeijer, A.A.J., & Vingerhoets, J.J.M., (2005). The Use of Virtual Reality and Audiovisual Eyeglass Systems as Adjunct Analgesic Techniques: A Review of the Literature. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(3), 268–278. doi: 10.1207/s15324796abm3003\_11
- Vasterling J., Jenkins R.A., Tope D.M., & Burish T.G., (1993). Cognitive distraction and relaxation training for the control of side effects due to cancer chemotherapy. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(1), 65–80. doi: 10.1007/BF00844755

## ***Two different approaches to death in SLA***

### **Morte accolta Vs morte negata nella SLA**

**Alessia Passaquieti, Tiziana Ceccagnoli**

***Keywords: SLA, death, life***

***Parole chiave: SLA, morte, vita***

La fase del fine vita nella SLA in generale, si caratterizza per un decadimento progressivo della funzionalità muscolare, le capacità motorie e comunicative vengono meno, gradualmente si arriva ad un isolamento sociale, da un lato, mentre dall'altro si ha necessariamente bisogno di essere accuditi da diverse figure, quindi si ha un'intensificazione dei contatti fisici e di relazioni sociali medicalizzate.

La perdita del linguaggio e dei movimenti autonomi volontari e non (compresa deglutizione e respirazione) comportano l'utilizzo di terapie di supporto come tracheostomia e alimentazione assistita, condizione che può farci pensare al malato affetto da SLA come ad un neonato, o addirittura un feto. Tali condizioni cliniche, sommate a dinamiche familiari non adeguate, e a vissuti affettivi non consapevoli, non comunicati o non comunicabili trasformano le parole non dette in aria respirata, talvolta tossica.

In questo lavoro presentiamo due casi a confronto di come la medesima malattia può portare, attraverso due percorsi di vita differenti, a due modalità di "morire".

Marta ha 75 anni, l'aggravamento della malattia la porta a decidere che le terapie di supporto non sono più idonee alla sua vita, la rinuncia di queste terapie comporterebbe il decesso. La famiglia si ribella a questa scelta e contatta una psicoterapeuta per convincerla a cambiare idea. Pochi incontri bastano per capire che Marta ha bisogno soprattutto dell'appoggio e della comprensione della famiglia, rispetto all'accettazione della sua volontà. Tuttavia si fa convincere ad accettare le terapie di supporto (respirazione e alimentazione artificiale), che le permettono un miglioramento temporaneo delle condizioni cliniche. Nei due anni successivi Marta e la famiglia, nella condivisione della malattia, raggiungono una interiorizzazione delle scelte precedentemente rifiutate, ed avviano un percorso legale per consentire a Marta di riconsiderare l'accettazione delle stesse terapie che le consentono di restare in vita. Quindi viene costituita un'equipe di professionisti (medici e psicologa) che seguono tutta la famiglia. Dopo 9 mesi Marta, viene sedata ed estubata, muore serenamente così, accanto alle persone che ama.

In questo primo caso osserviamo come il processo di accettazione della malattia e della nuova fase di vita porti ad una presa di coscienza, non solo individuale, ma di tutta la famiglia, e di come attraverso un'attribuzione di significato alla sofferenza si giunga ad un nuovo equilibrio ed a una crescita inaspettata, che conduce ad una morte accolta con serenità e pace. Quindi in questo caso la morte non è vissuta come separazione tragica, ma come un saluto armonico, un passaggio da una condizione materiale ad un nuovo stato fisico non separato, ma parte della vita stessa.

Giovanni, 50 anni, nega la malattia e spera di guarire grazie al progresso della medicina. La sua vita relazionale ed affettiva è sempre stata caratterizzata da una ripetuta trasgressione alle regole familiari. Un matrimonio, che gli ha dato due figli, e una convivenza, ambedue falliti, lo costringono a tornare ad abitare con i genitori anziani, che si prendono cura di lui, in modo esclusivo, insieme la sorella di poco più grande. Ella cerca di tenere in piedi la famiglia che si trova in uno stato di costante tensione. Giovanni manifesta molta rabbia sia verbale, che attraverso i gesti residui, e la madre riflette la frustrazione che subisce attraverso un modo di accudimento talvolta brusco e anaffettivo. In famiglia regna una grande sofferenza e incomunicabilità, dovuta soprattutto al fatto che Giovanni, non riuscendo ad adattarsi a questa nuova fase vitale, continua a non accettare le regole imposte in primis dalla malattia, in secondo luogo dalla famiglia.

In questo secondo caso la privazione di significato alla sofferenza che si osserva, porta continue esplosioni di rabbia, frustrazione e tanta sofferenza. La morte non esiste, e se colui che per primo ne è investito la nega, in una dinamica familiare incapace a contenere l'angoscia, il risultato è una continua e frustrante disarmonia. La morte sarà vissuta in modo tragico ed il conseguente lutto risulterà inelaborabile.

I due casi presentanti sono esempio dell'importanza del sostegno psicoterapeutico nelle diverse fasi di elaborazione del lutto descritte dalla Kübler-Ross (2016b). Ella spiega che per garantire il benessere dei soggetti coinvolti anche nei momenti più dolorosi, si deve considerare la malattia e la morte come una nuova fase vitale. Definisce "il morire" non tanto come morte o fine, in senso stretto, ma proprio come un momento di transizione attraverso la vita: «...morire è come nascere...» (Kübler-Ross, 2013), quindi un momento di rinnovamento di sé, della propria identità all'interno di dinamiche familiari anche patologiche.

Non c'è nulla nella vita che non abbia un senso e la morte ci insegna ciò che talvolta la vita non è stata in grado di farci imparare.

### **Bibliografia**

- Kübler-Ross, E. (2013). *La morte e la vita dopo la morte «morire è come nascere»* (M. Fogliani Sanguinetti, trad.). Roma: Edizioni Mediterranee. (Originariamente pubblicato nel 1983).
- Kübler-Ross, E. (2016a). *La morte è di vitale importanza. Riflessioni sul passaggio dalla vita alla vita dopo la morte* (V. Galassi & V. Zini, trad.). Milano: Armenia. (Originariamente pubblicato nel 1995).
- Kübler-Ross, E. (2016b). *La morte e il morire* (C. Zoppola, trad.). Assisi: Cittadella. (Originariamente pubblicato nel 1976).

## ***Living Will***

### **Il Testamento Biologico**

**Savina Passaro**

***Keywords: will***

***Parole chiave: testamento***

Il lavoro svolto si propone di chiarire se sulla base dei principi dettati dal Codice Civile, si possa ricavare una piena tutela del soggetto e del diritto di autodeterminazione sulle scelte di fine vita e se e in che modo il diritto possa intervenire per offrire adeguate risposte. In primis, viene definito l'istituto del Testamento Olografo per poi arrivare alla nascita del Testamento Biologico (TB), ovvero, di quel particolare negozio di volontà col quale si dispone in merito ai trattamenti sanitari a cui si intende o meno essere sottoposti nel caso in cui in futuro venga a perdersi la capacità di poter decidere autonomamente. Spiegare perché alcune scelte vengano tutelate da quello che viene definito potere-dovere di intervento dello Stato, nonostante esse siano legate fortemente alla vita dell'essere umano. Spesso, si effettuano passaggi errati che portano ad una falsa valutazione del TB che si intreccia con il contorto dibattito dell'eutanasia. Pertanto la mia ricerca è volta a definire e valutare quanto il diritto metta a disposizione per la tutela dell'ammalato e ciò che è fondamentale in materia di cura del paziente, ovvero: il consenso informato; il diritto di autodeterminazione del paziente; la valutazione dei desideri espressi dal paziente quando era capace; la cura del paziente incapace ed il consenso espresso dal legale rappresentante.

Il tutto rappresentato nella disciplina del TB, che è una materia molto complessa ed è influenzata dal modo di intendere la vita, la morte, il dolore, la sofferenza e la libertà dell'individuo. Non a caso, alcuni ordinamenti giuridici degli Stati membri hanno legiferato sul tema del testamento biologico con risultati alquanto diversi tra loro. Dopo un breve *excursus* sulle nozioni generali del testamento olografo e i requisiti del testatore, passando dalla locuzione Testamento Biologico, che richiama l'atto *mortiscausa* disciplinato nel nostro codice civile, fino ad arrivare alla nascita del *Living Will*: Testamento di vita. L'istituto di fine vita, e cioè l'analisi dei diritti della personalità che attengono alla persona si rappresentano nel diritto della personalità, il diritto alla vita, all'integrità fisica e all'onore o dignità. Il diritto privato, infatti, è espressione di autonomia privata, la valorizzazione dell'uomo e, la sua dichiarata centralità nell'ordinamento non è concetto astratto, esso si concretizza, appunto, nell'idea. Il concetto di autonomia privata significa che il singolo soggetto di diritto è libero di regolare come meglio crede i propri rapporti ed è per questo che il riferimento all'idea di autonomia privata è al centro dell'intero diritto privato: la fedeltà a questo principio importa l'idea che il diritto altro non è che lo strumento per la tutela della libertà dell'uomo.

La questione del consenso informato, importantissimo traguardo che permette al paziente di conoscere passo dopo passo lo stadio della malattia, le cure intraprese e quelle future. Si affronteranno poi, le soluzioni giuridiche messe in campo dalla dottrina e dalla giurisprudenza, rispetto ad un ambito che risente fortemente

delle difficoltà e dei limiti derivanti dal complesso intreccio tra diritto e vita. La materia del TB, nonostante ciò, non è completamente priva di una disciplina giuridica, infatti la definizione di TB evoca l'istituto del testamento con il quale il testatore dispone, per quando avrà cessato di vivere, di tutte le proprie sostanze o di parte di esse (art. 587 c.c.). Com'è noto, il testamento non produce effetti fino all'apertura della successione, che coincide con la morte del testatore, ed ha la funzione di indirizzare la successione del testatore in favore dei soggetti dallo stesso prescelti. Al contrario, il TB, definito anche testamento di vita o dichiarazione anticipata di trattamento, produce effetti prima della morte del testatore e non contiene disposizioni a favore di altri soggetti. Secondo la definizione data dal Comitato Nazionale di Bioetica (CNB), per TB si intende quel complesso di disposizioni con le quali una «persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato. Di questi documenti si discutono in letteratura le diverse tipologie (alcune delle quali hanno ottenuto in alcuni paesi un riconoscimento giuridico)».

Concludo il mio lavoro sul TB valutando i pro e i contro e cosa ha portato l'uomo a decidere di aver "bisogno", con l'ultimo atto di vita, di qualcuno o qualcosa che lo tuteli nel caso dovesse perdere la così detta "capacità di intendere e di volere", di fronte alla paura della morte o di perdere il controllo di se stessi nel momento del passaggio della "fine".

Trovare la risposta alla domanda del significato di "dignità nel morire" del senso che la morte può avere il termine dignità, se sia per etimologia legata alla vita stessa della persona umana e non alla sua fine, e poi il morire, il percorso finale del nostro essere, psiche e corpo: «il rispetto della dignità personale dell'individuo al termine della vita è il principio fondamentale, senza il quale qualsiasi intervento sarebbe inefficace sin dalla partenza. La capacità di concepire l'uomo terminale come persona, e dotata di individualità ed unicità è il primo passo per riuscire a considerare i suoi diritti inviolabili. (...) La morte è un evento universale, che colpisce tutti, deve essere pertanto un momento dell'esistenza umana da condividere».

A questo punto arrivo alla conclusione che il termine "dignità di morire" è solo uno status mentale da condividere dopo aver sposato l'idea di far entrare la morte tra i diritti inviolabili da tutelare e in quanto tale, farlo valere quando vogliamo.

Ormai viviamo in un tale benessere, tutelato, garantito e pubblicizzato che la nostra paura di morire, di soffrire è diventata più grande di noi, ci spaventa la malattia al punto che cerchiamo di allontanarla anche allontanando da noi gli ammalati, arrivando a pensare a loro come di intralcio alla nostra "normale vita", l'ammalato diventa un peso e la malattia ci fa pensare che ormai vivere e lottare non ha più un senso, che ormai la vita ci ha dato tutto quello che poteva, e che non può darci nient'altro.

Il nostro benessere ha raggiunto un tale livello da farci desiderare di poterci assicurare che la morte sia come un dolce addormentarsi, senza sofferenze e senza poter perdere il controllo di se stessi, come poi è stata la scelta del

Cardinal Martini, rappresentante della fede cattolica per tutta la sua vita ma che al momento del trapasso, preso dalle paure umane, ha guardato alla morte con gli occhi dell'uomo e non con quelli dell'uomo di fede.

Tutto questo porta all'irrazionale decisione di voler scegliere momenti e modi per porre fine alla nostra vita. Capita sovente che trovandosi in bilico tra la stessa vita e la morte, optiamo per la seconda definendo la prima come non più degna, ed eccoci ad invocare quel perfetto slogan "La dignità nel morire".

A mio avviso, analizzando la questione sotto il profilo giuridico, le vari fasi del TB nel quale un adulto cosciente dichiara quali trattamenti non dovranno essere applicati, in determinate circostanze, per prolungare la propria vita è la mera sottoscrizione di un contratto che lo tuteli. Nel suo accurato, ma discutibile, parere il CNB chiede che certi punti essenziali siano rispettati, in modo che la Dichiarazione venga presentata come un atto positivo che vada contro l'eutanasia.

Chiamiamolo *Living Will*, o secondo una formulazione più opportuna, "direttive anticipate" o "dichiarazioni anticipate di trattamento", il risultato rimane invariato, un argomento dai contenuti straordinariamente ampi, che riesce miracolosamente a mettere d'accordo sia i promotori dell'eutanasia che coloro che ad essa si oppongono con assoluta fermezza.

### **Bibliografia e sitografia**

- Martinelli, N. (2009). *Alla fine decido io. Il testamento biologico visto da cittadini professionisti leader politici religiosi*. Roma: Gruppo Editoriale l'Espresso.
- Maurer Libori, B. (2005). Dal living will al modo sbagliato d'interpretare il diritto all'autonomia. *Oikonomia – Journal of Ethic & Social Sciences*, 3, 35-40. Disponibile da: <http://oikonomia.it/index.php/it/oikonomia-2005/ottobre-2005/571-dal-living-will-al-modo-sbagliato-d-interpretare-il-diritto-all-autonomia-1>
- Neri, D. (a cura di). (2010). *Autodeterminazione e testamento biologico: perché l'autodeterminazione valga su tutta la vita e anche dopo*. Firenze: Le lettere.
- Pizzetti, F.G. (2008). *Alle frontiere della vita: il testamento biologico tra valori costituzionali e promozione della persona*. Milano: Giuffrè.

## ***Skin diseases and identity agonies***

### **Le malattie della pelle come agonia dell'identità**

**Nerella Petrini**

**Keywords:** *skin diseases, identity, mineness*

**Parole chiave:** *malattia della pelle, identità, consapevolezza di esserci*

La pelle, la copertura che avvolge il corpo stabilendo il confine e contemporaneamente il contatto con il mondo esterno, inclusi ovviamente gli altri esseri viventi, ha una posizione privilegiata nel costituire l'identità dell'individuo attraverso il processo di evoluzione dell'immagine (Panconesi, 1984).

Didier Anzieu concettualizza l'idea di "*Moi-peau*" (Io-pelle; *Skin-Ego*) come la configurazione che l'ego (il sé) del bambino usa nel corso della fase precoce dello sviluppo per rappresentare se stesso come un'identità. Identificarsi attraverso la formazione dello schema corporeo significa "creare un'identità" dove prima non c'era e questo inizia con l'esperienza della superficie del proprio corpo (Anzieu, 1974).

Lo *Skin-Ego* è basato sulle tre funzioni principali della cute: la prima è vedere la pelle come una sacca che trattiene all'interno le cure materne con le conseguenti emozioni; in secondo luogo la pelle è la superficie che marca il confine del mondo interno con il mondo esterno e lo tiene fuori come una barriera protettiva (seconda funzione); infine la terza funzione è di essere il luogo ed il mezzo primario di scambio con gli altri.

I confini fisici e le limitazioni psicologiche che conseguono al processo d'identificazione hanno come effetto collaterale il costringerci a divenire "coscienti di esistere" come un individuo separato dal resto del mondo. Si diventa quindi una entità individuale identificata nella consapevolezza di "esserci" (*mineness*) (Brizzi, 2016).

Da queste considerazioni si estrapola facilmente come la pelle possa, nel corso della vita, diventare la valvola di scarico di conflitti psichici attraverso l'insorgere di varie patologie dermatologiche dall'alopecia, al prurito, all'orticaria, alla vitiligine, alla psoriasi e un'infinità di altre. Tutto ciò ha fatto affermare ai padri della dermatologia psicosomatica che «*The smallest skin lesion, if it concerns the feelings, concerns the whole personality*» (Wittkower & Russell, 1953).

In conclusione, a nostro avviso le malattie della pelle sono il mezzo attraverso il quale "le agonie dell'identità" si superficializzano, diventando visibili come messaggio e, forse come dono di una nuova consapevolezza riguardo la precarietà dell'identificazione con l'apparato psicofisico.

#### **Bibliografia**

- Anzieu, D. (1974). Le dehors et le dedans: le moi-peau. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 9, 195-208.  
Brizzi, S. (2016). *Come la pioggia prima di cadere. Appunti di non-dualità*. Torino: Antipodi.  
Panconesi, E. (1984). *Stress and Skin Diseases: Psychosomatic Dermatology*. Philadelphia: J.B. Lippincott & Co.  
Wittkower, E.D., & Russell, B. (1953). *Emotional factors in skin disease* (Vol. 11). New York: Hoeber.

## ***Meditative practice: effects on body, mind and consciousness***

### **La pratica meditativa: effetti sul corpo, la mente e la coscienza**

**Massimo Pizzetti**

**Keywords:** *meditation, mind, consciousness*

**Parole chiave:** *meditazione, mente, coscienza*

Nella nostra vita sperimentiamo un alternarsi di diversi stati di coscienza, come quelli rappresentati dalla veglia, dal sonno e dal sogno. Sono questi momenti in cui facciamo esperienza dell'apertura a stati interiori diversi, momenti che ci fanno intuire l'esistenza di potenzialità interiori che vanno oltre i limiti dell'ordinario, possibilità diverse e più efficaci. Da millenni, in tutte le tradizioni, si fa ricorso alla Meditazione per accedere a stati diversi, più profondi, per esplorare le possibilità inesprese della nostra mente e della nostra coscienza, e attraverso queste aprirci alla trascendenza e alla dimensione spirituale. Per quanto riguarda la ricerca scientifica, ci sono numerosi studi che mirano alla comprensione delle potenzialità della nostra mente, di cui sappiamo ancora poco. Ad ogni stato interiore corrisponde un preciso stato fisico, e ogni volta che noi sperimentiamo uno stato di coscienza, simultaneamente si manifesta qualche processo misurabile a livello somatico. E a stati differenti, quali appunto la veglia e il sonno, corrispondono stati metabolici diversi.

La Meditazione è un altro stato di coscienza, uno stato particolare, diverso dal sonno, in cui il corpo riposa e la mente è incosciente, e anche diverso dalla veglia in cui corpo e mente sono attivi. È lo stato in cui il corpo riposa profondamente e la mente è vigile, consapevole ed equilibrata. Durante la Meditazione, contrariamente a quello che si potrebbe pensare, il cervello aumenta la sua attività. Questo stato è caratterizzato da modificazioni fisiologiche precise, tipiche solo di quello stato particolare.

Una caratteristica della Meditazione è che non si può parlare della sua esperienza in sé. Gli studi scientifici, la registrazione di parametri fisiologici non possono dirci quale sia l'esperienza di questo particolare stato di coscienza, possiamo solo constatarne gli effetti. Alcuni li possiamo osservare durante la pratica, come, ad esempio, la riduzione della frequenza cardiaca e di quella respirazione, e anche del tono muscolare, altri effetti invece sono più a lungo termine e permangono anche fuori da quel particolare stato di coscienza, come la riduzione delle conseguenze somatiche dello stress o la riduzione del rischio cardiovascolare. La pratica regolare induce trasformazioni stabili nel corpo, il che porta ad affermare che la Meditazione abbia un effetto sia preventivo che curativo.

#### **Bibliografia**

- Khalsa, S.S., Rudrauf, D., Davidson, R.J., & Tranel, D. (2015). The effect of meditation on regulation of internal body status. *Frontiers in psychology, 6*, 924. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00924
- Tang, Y.Y., Lu, Q., Feng, H., Tang, R., & Posner, M.I. (2015). Short-term meditation increases blood flow in anterior cingulate cortex and insula. *Frontiers in psychology, 6*, 212. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00212
- Chen, F., Lv, X., Fang, J., Yu, S., Sui, J., Fan, L., ... & Jiang, T. (2015). The effect of body–mind relaxation meditation induction on major depressive disorder: A resting-state fMRI study. *Journal of affective disorders, 183*, 75-82. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.030
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological medicine, 40*(8), 1239-1252. doi: 10.1017/S0033291709991747



***EidoSophy: an approach to the alteration of identity in oncology patients***  
**EidoSofia: un approccio all'alterazione dell'identità nel paziente oncologico**

**Daniele Rostellato**

***Keywords:*** *hope, EidoSophy, oncology*

***Parole chiave:*** *speranza, EidoSofia, oncologia*

“L'identità dell'umano si caratterizza come una complessità informativa dinamica e persistente, accessibile nella realtà dell'esistere, fusa con le aspettative, radicata nei ricordi”.

È necessario riferirsi all'informazione relativa all'identità come ad una complessità per render conto della pluralità e della eterogeneità dei fattori (sensoriali, mnemonici, elaborativi) che portano alla sua determinazione. L'identità, che tende alla stabilità, esiste come causa ed effetto dinamici nello spazio virtuale della relazione che l'individuo instaura con la realtà, secondo le sue peculiarità fisiologiche e mentali. Il reale è connotato da una imprevedibile instabilità: una significativa alterazione del reale produce nell'individuo, con un'infinita gradazione di livelli di intensità, la consapevolezza circa l'inevitabile cambiamento dell'identità stessa, con effetti variabili e non determinabili aprioristicamente. Le alterazioni, negative, positive o neutre, sono rappresentabili come nuove informazioni o mutamenti fisici che accadono ed hanno un impatto diretto sull'identità, impatto che muta la relazione con la realtà ed altera allo stesso tempo le aspettative ed i ricordi. Al momento della diagnosi della malattia oncologica, l'individuo sperimenta istantaneamente l'aporia generata dall'associazione dell'informazione appena ricevuta con l'idea, garantita dalla speranza, della immaginata e quindi in qualche modo possibile realizzazione delle sue aspettative.

Il concetto di speranza è da considerarsi da un punto di vista antropologico: se nel mito greco il vaso di Pandora la ospita sul fondo, quasi fosse il più greve dei malanni procurati da Zeus per punire l'uomo favorito da Prometeo con il dono del fuoco, nella civiltà Occidentale odierna esso è considerato alla stregua di un valore, scordando che essa è il mezzo con il quale si zittiscono i lamenti umani, che soffrono «in silenzio, perché Zeus avveduto ha loro strappato la voce» (Esiodo, 1994, p. 99). Speranza e paura esprimono la loro similitudine mostrandosi entrambe in grado di portare il paziente oncologico altrove rispetto alla realtà che sta vivendo, l'una mostrando un futuro desiderabile, l'altra spaventoso, spostando drammaticamente il baricentro dell'identità. Il paziente scopre di non potere esercitare controllo sul proprio divenire con la conseguente impossibilità di veder attuarsi le aspettative: è allora comune il senso di stare vivendo una vita altra e non a causa necessariamente di qualche cambiamento fisico che, già avvenuto, impedisca la normale interazione con il reale, ma in conseguenza alla spaventosa geometria che assume la proiezione della nuova, teorizzata identità sull'immaginato divenire del soggetto. Aspettative ed identità, fuse, le prime a vestire la seconda, a formare un unicum agognato e perseguito, divengono altro a causa di una informazione, la diagnosi, che le altera radicalmente non solo perché minaccia la loro stessa possibilità di esistere ma poiché,

nel suo accedere al luogo dell'accadere della speranza, cioè al reame dell'immaginazione prefigurante, al luogo del sogno, vi inocula l'incubo.

Solo allora diventa palese quanta parte della nostra identità sia intessuta del filo illusorio del divenire della nostra identità stessa e quanto fragile, proprio per l'imprevedibilità che caratterizza gli eventi tutti, sia in realtà complessivamente la struttura di ciò che l'essere umano, allevato in una civiltà della speranza, indica con l'espressione "io". Ecco allora che il tradimento della speranza, un tempo madre prodiga di asserzioni, un tempo quasi obbligo zuccherino, diviene il principio della vita altra, che non può appartenere perché non è stata scelta, che quindi deve essere di qualcun altro, nell'impossibilità del suo esser mia. Possibilità e scelta si rivelano quindi per essere intese, nella vita dei sani, alla stregua di un solo oggetto, mentre si riaffaccia alla mente del malato l'eco di un non voglio che ha le sfumature del pensiero magico, dell'infanzia.

L'EidoSofia rappresenta un modo per porre il paziente in contatto con la natura dei suoi pensieri, aiutandolo non a controllare ma a comprendere sia la speranza che la paura e consentendogli di dimorare nella realtà, compiendo un passo indietro, necessario alla conoscenza, che conduce a monte della fenomenologia del pensiero, nel solo non-luogo dove è possibile osservare senza essere totalmente parte di ciò che si osserva. Attraverso degli esercizi di tipo meditativo, di difficoltà crescente anche se di livello comunque elementare, si ottiene la possibilità di fruire di una sorta di spazio mentale libero, con il preciso scopo di vederlo popolare dai pensieri con i quali per la prima volta il paziente è incoraggiato ad avere a che fare, valutandoli, conoscendoli, tentando di rafforzare la propria capacità di gestire l'attenzione. Il momento dell'educazione alla pratica è stato preceduto da semplici nozioni inerenti la fisiologia, le logiche di rafforzamento sinaptico (Hebb, 1949) ed i concetti fin qui già esposti, in un'ottica complessiva di potenziamento del soggetto. I pazienti sono stati quindi incoraggiati a proseguire a casa gli esercizi, per circa dieci minuti al giorno, nel periodo tra un incontro e l'altro (si sono avuti con ciascun paziente tre incontri individuali, intervallati da una settimana).

Già a partire dal secondo incontro (lo studio, recente, ha coinvolto sei pazienti) si è potuta apprezzare, per mezzo dell'H.A.T., una riduzione della sensazione di non essere più in grado di gestire la propria attenzione, fattore che probabilmente ha incoraggiato una notevole regolarità nella pratica casalinga: è emerso infatti come i pazienti avvertissero la possibilità di essere nuovamente in grado di poter riprendere il controllo, anche parzialmente, di una vita, quella del malato, che di fatto è scandita dalle esigenze diagnostiche e terapeutiche. Il non essere in grado di gestire la propria attenzione è sintomo non solo di un inevitabile correlato mentale del disagio fisico causato dalle aggressive terapie cui i pazienti sono sottoposti, questo chiaramente fattore al momento poco evitabile, ma anche di una importante ed altamente invasiva conseguenza del costante rimuginio generato dalla minaccia all'identità che la comunicazione della diagnosi comporta. Proprio alla base di questo si sono evidenziate durante lo studio preoccupazioni essenzialmente di tre tipologie: verso chi è dipendente dalle cure del soggetto (anziani, invalidi, fanciulli), paura della morte di per se stessa (senso del dover abbandonare, del finire), ricerca della causa della malattia nel proprio passato (sensi di colpa per azioni compiute od omesse in qualche modo collegate dal soggetto all'insorgenza

della malattia oncologica). La metodica adottata nello studio di ricerca ha portato i pazienti, molto rapidamente, a riguadagnare una qualche possibilità di fruire della propria realtà, della propria esistenza, apprendendo in modo progressivo ad adottare un atteggiamento equanime innanzi ai pensieri negativi e, contemporaneamente, a quelli positivi, nel tentativo di valutare i primi per ciò che sono, immagini (il nome EidoSofia si riferisce proprio alla “conoscenza delle immagini”) senza diretto influsso immediato sul reale, ed a godere appieno dei secondi, non aggiungendo nulla alla felicità del momento, nel tentativo di non vederla mutare in malinconia.

Sarà di prossima realizzazione uno studio comprendente un campione più ampio ed una metodica inevitabilmente resa più accurata dai risultati del progetto già svolto.

### **Bibliografia**

Esiodo (1994). *Le Opere e i Giorni* (V. Costa, trad.). Pordenone: Edizioni Studio Tesi.  
Hebb, D.O. (1949). *The Organisation of Behavior*. New York: Wiley and Sons.

## ***Homeless identity***

### **Identità senza casa**

**Salvatore Russotto**

***Keywords:*** *homeless, home, identity*

***Parole chiave:*** *persone senza dimora, casa, identità*

Dare una definizione univoca del termine *homeless* non è semplice. Vari sono stati i tentativi di racchiudere la complessità di questo fenomeno in una definizione esaustiva. Tali tentativi sono stati dettati da due esigenze: la prima, quella di prendere consapevolezza della specifica identità di un soggetto sociale complesso e dinamico, profondamente diversificato al suo interno e costantemente sottoposto alle pressioni determinate dal cambiamento di periodi storici, luoghi geografici, habitat culturali di riferimento; la seconda, quella di creare delle politiche di welfare adeguatamente orientate al fenomeno stesso. Vengono identificati tre domini che costituiscono l’abitare, l’assenza dei quali delinea un problema abitativo che può condurre all’esclusione abitativa totale vissuta dall’homeless:

- *Physical domain*, uno spazio abitativo adeguato sul quale una persona e la sua famiglia possano esercitare un diritto di esclusività;
- *Social domain*, la possibilità di mantenere in quello spazio relazioni soddisfacenti e riservate;
- *Legal domain*, un titolo legale riconosciuto che ne permetta il pieno godimento.

Nell’approccio di Edgar (2009) le cause *dell’homelessness* possono essere correlate a quattro tipi di fattori: strutturali, istituzionali, relazionali e personali.

Tajfel in *Social Identity and Intergroup Relations* (1982) definisce l’identità sociale (SI) come quella parte del concetto di sé che deriva dalla consapevolezza dell’individuo della sua partecipazione a un gruppo sociale (o

a più gruppi), insieme al valore e al significato emotivo legati a questa appartenenza. L'identità personale (PI) si riferisce invece a delle caratteristiche dell'individuo tipicamente espresse come tratti che emergono attraverso il confronto con sé e con gli altri, specialmente con gli altri membri dell'*ingroup*. SI e PI, com'è evidente, seppur distinti sono in stretta relazione. L'assunto di base di tutto ciò è che l'individuo non è mai isolato, ma situato in un contesto specifico, che lui determina e da cui lui è determinato. Anche nel caso degli *homeless* è importante comprendere la relazione tra il singolo che, soprattutto nelle prime fasi, si percepisce solo e in una situazione nuova (che per lo più non ha scelto), e la sua appartenenza al gruppo degli *homeless*, che matura nel tempo e nelle nuove relazioni che si instaurano in questo contesto.

Di fronte a un'identità sociale percepita come negativa, Tajfel sostiene che vengano messe in atto determinate strategie di coping. In particolare ne propongono tre tipi:

- *Social mobility*: lasciare il gruppo per raggiungerne un altro con più caratteristiche positive percepite;
- *Social change*: cambiare la struttura della società perché il gruppo possa avere possibilità più favorevoli in futuro;
- *Social creativity*: optare per una soluzione creativa, cercando di porre nuove basi per il confronto tra *ingroup* e *outgroup*, attraverso il cambiamento delle dimensioni confrontate.

Farrington ha osservato in che modo tali strategie siano messe in atto dagli *homeless*. Tra quelle descritte, la social creativity costituisce una strategia di coping particolarmente efficace tra gli *homeless*. L'altruismo e la solidarietà reciproca tra gli *homeless* costituiscono un ricorrente esempio di *social creativity* e sono per lo più direttamente proporzionali al tempo trascorso in strada, e quindi anche al consolidamento di una determinata immagine di sé.

Il periodo di tempo individuato come obiettivamente più critico nella vita di un *homeless* è quello dei primi due anni in strada. Inizialmente (fase 1: *Aspirant exiters*) vi è una profonda difficoltà ad identificare se stessi con gli altri *homeless*. Si pongono distanze sia comportamentali che cognitive. Superato il primo anno in strada (fase 2: *Deniers*) la principale strategia messa in atto è quella di negare l'appartenenza al gruppo *homeless*, infatti è presente il tentativo di affermare una nuova identità, diversa sia dalla condizione precedente alla vita in strada sia da quella specifica degli *homeless*. Il desiderio di uscire dalla situazione si carica ulteriormente di speranze e progetti futuri e sono frequenti dei vissuti di dissociazione. Questa fase è una delle più difficili da affrontare e gli esiti possono essere molto diversi, per lo più sintetizzabili in due principali strade: l'accettazione o la non-accettazione della nuova identità sociale.

Tra il primo e il secondo anno la non accettazione della SI di *homeless* può evolversi in comportamenti bizzarri o in vera e propria malattia mentale. Tale fase particolarmente critica potrebbe anche trovare esito nella decisione di togliersi la vita o nella scelta non del tutto consapevole di una progressiva erosione suicidaria.

Nel periodo di tempo tra i 2 e i 4 anni in strada, superata la fase di negazione, comincia ad essere utilizzata la *social creativity*: gli *homeless* identificano se stessi con un particolare sottogruppo (fase 3: *Subgroupers*) e usano tale identità per un favorevole confronto intergruppo tra *homeless*. Man mano che matura

l'integrazione tra identità sociale e identità personale diventa sempre più necessario un confronto con lo stigma sociale: frequentare luoghi pubblici e percepirsi sotto lo sguardo di un mondo dal quale ci si rende conto di essere ormai esclusi può orientare verso due tipi di reazione:

- Aumentare il senso di condivisione con gli altri *homeless*, in particolare con quelli del proprio *subgroup* (fase 4a: *Carers and Sharers*).
- Chiusura al confronto (fase 4c: *Typicals*): nonostante venga accentuata la consapevolezza di similarità con l'*ingroup*, la coscienza della propria posizione stigmatizzata è particolarmente angosciante. L'esito di tutto ciò diventa un progressivo e sempre più rovinoso isolamento, che espone ancora di più a pericolose strategie d'internalizzazione (volte dunque verso l'autodistruzione) o di esternalizzazione (condotte antisociali).

Di fronte al fenomeno *homelessness* sono due i modelli di intervento che si sono affermati maggiormente: lo *staircase approach* (detto anche "modello a gradini") e l'*Housing First approach*.

Lo *staircase approach* è un approccio più tradizionale e prevede l'accompagnamento degli *homeless* verso l'autonomia attraverso un intervento che comporta il passaggio progressivo da un sistema di servizi, facendo muovere gradualmente le persone dalla prima accoglienza al reinserimento in veri e propri alloggi.

L'*Housing First approach* (HF), un modello più moderno, prevede che le persone senza dimora vengano rapidamente inserite nelle abitazioni da loro scelte, che sia loro offerto un supporto da un team di specialisti e che siano così accompagnati in un percorso di reintegrazione sociale e lavorativa.

### **Bibliografia e sitografia**

- Edgar, B. (2009). European review of statistics on homelessness. *European observatory on homelessness*. Brussels: Feantsa. Disponibile da: <http://www.feantsaresearch.org/en/other-observatory-publications/2009/07/08/sixth-review-of-statistics-2009>
- Farrington, A., & Robinson, W.P. (1999). Homelessness and strategies of identity maintenance: A participant observation study. *Journal of community & applied social psychology*, 9(3), 175-194. doi: 10.1002/(SICI)1099-1298(199905/06)9:3<175::AID-CASP497>3.0.CO;2-R
- Mitchell, C.U., & LaGory, M. (2002). Social capital and mental distress in an impoverished community. *City & Community*, 1(2), 199-222. doi: 10.1111/1540-6040.00017
- Tajfel, H. (1982). *Social Identity and Intergroup Relations*.

***Euthanasia in Italy: an exploratory research.***

***The point of view of authoritative witnesses and religious leaders***

**Eutanasia in Italia: una ricerca esplorativa.**

**Il punto di vista di testimoni autorevoli e di leader religiosi**

**Zarina Zargar**

***Keywords:*** euthanasia, suffering, religion

***Parole chiave:*** eutanasia, sofferenza, religione

«Il dibattito sull'eutanasia percorre la storia e si misura con uno degli eventi più significativi dell'esistenza dell'uomo: la morte. Insieme a quello sulle origini della vita, scava nelle coscienze, mette alla prova la capacità dell'uomo di percepire l'essenza delle cose e il senso stesso dell'esistenza» (Botti, 2011).

Anche se le persone cercano generalmente di evitare la morte, ci sono alcune situazioni in cui accolgono la fine della vita. Per esempio quando qualcuno prova un dolore lancinante, spesso vuole che la morte arrivi prima e in modo più umano. La paura della prospettiva di una morte lunga e terribile può portare la gente a considerare l'eutanasia come un'opzione desiderabile. Ciò è particolarmente vero per le malattie come il cancro (Wasserman, Clair, & Ritchey 2005).

Nella mia ricerca, condotta insieme alla Prof.ssa Testoni, ho voluto esplorare la relazione tra l'eutanasia e la religione. In particolare, ho preso in considerazione le tre principali religioni monoteiste diffuse sul suolo italiano quali quella cristiana, ebraica e musulmana e l'opinione di diversi testimoni autorevoli. Questi ultimi sono costituiti da persone che hanno vissuto una vicenda relativa all'eutanasia in prima persona, magari tramite l'esperienza di un familiare.

La morte medicalmente assistita è legale in poche nazioni come l'Olanda e il Belgio e la discussione sulla legalizzazione va avanti in molte altre, come in Italia. In Italia, appunto, l'eutanasia è ad oggi assimilabile all'omicidio volontario e punibile con la reclusione da 6 a 11 anni. Sembrano, però, esserci dei fattori in grado di orientare il proprio giudizio, favorevole o contrario, nei confronti di questa difficile scelta di fine vita, forse anche l'appartenenza religiosa, come vuole indagare la presente ricerca. I sostenitori dell'eutanasia, decanerebbero l'immagine di una morte dignitosa e la conclusione della sofferenza estrema che sovente affligge chi opterebbe per questa soluzione (Mak, Elwyn, & Finlay, 2003). Gli oppositori sottolineano i potenziali rischi per i pazienti, i professionisti della salute e la società. (Woodruff, 1999).

Nella presente ricerca si vuole indagare il ruolo della propria fede religiosa nell'influenzare le scelte relative al tema del fine-vita.

L'indagine è effettuata attraverso il metodo IPA (Interpretative Phenomenological Analysis), un approccio alla ricerca qualitativa psicologica con un focus idiografico, cioè che mira a offrire approfondimenti su come una determinata persona, in un determinato contesto, attribuisca senso a un dato fenomeno. Questo approccio mi ha guidata nella mia ricerca che si è svolta in tre fasi:

- la raccolta dei dati tramite interviste semi-strutturate
- la lettura approfondita di tutte le interviste
- l'analisi dei dati ottenuti tramite il programma di analisi dei dati ATLAS.ti

La ricerca non è ancora stata conclusa e l'analisi dei dati sarà portata a termine entro marzo 2017.

### **Bibliografia e sitografia**

Botti, F. (a cura di). (2011). *Saggi sull'eutanasia*. Torino: Giappichelli.

Mak, Y.Y., Elwyn, G., & Finlay, I.G. (2003). Patients' voices are needed in debates on euthanasia. *BMJ: British Medical Journal*, 327(7408), 213-215. doi: 10.1136/bmj.327.7408.213

Woodruff, R. (1999). Euthanasia and physician-assisted suicide-are they clinically necessary?. *International Association for Hospice and Palliative Care*. Disponibile da: <https://hospicecare.com/resources/ethical-issues/essays-and-articles-on-ethics-in-palliative-care/euthanasia-and-physician-assisted-suicide-are-they-clinically-necessary>

Wasserman, J., Clair, J.M., & Ritchey, F.J. (2005). A scale to assess attitudes toward euthanasia. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 51(3), 229-237. doi: 10.2190/FGHE-YXHX-QJEA-MTM0

## FACULTY

Acerbi Raffaella, Professoressa, Master in Death Studies & The End of Life, [racerbi2011@gmail.com](mailto:racerbi2011@gmail.com)

Aglioti Salvatore Maria, Professore, Università di Roma La Sapienza, [salvatoremaria.aglioti@uniroma1.it](mailto:salvatoremaria.aglioti@uniroma1.it)

Akkad Nader, Imam di Trieste, Centro Culturale Islamico di Trieste e del F.V.G., [nader.akkad@gmail.com](mailto:nader.akkad@gmail.com)

Albertinelli Matteo, Psicologo, COIRAG, [ma.albertinelli@gmail.com](mailto:ma.albertinelli@gmail.com)

Alfonsi Elena, Critica d'Arte, libera professionista, [elena.ocimin@gmail.com](mailto:elena.ocimin@gmail.com)

Ambrosiano Ivan, Psicoterapeuta, COIRAG, [ivanambrosiano@gmail.com](mailto:ivanambrosiano@gmail.com)

Andreotti Francesco, Regista, Santifanti, [info@santifanti.net](mailto:info@santifanti.net)

Angonese Giulia, Logopedista, libero professionista, [angonese.giulia@gmail.com](mailto:angonese.giulia@gmail.com)

Angrilli Alessandro, Professore, Università degli Studi di Padova, [alessandro.angrilli@unipd.it](mailto:alessandro.angrilli@unipd.it)

Balzano Giuseppina, Psicologa, Master in Death Studies & The End of Life, [giuseppina.balzano@studenti.unipd.it](mailto:giuseppina.balzano@studenti.unipd.it)

Barbano Gina, Consigliere OPV, OPV, [gbarbano@ulss.tv.it](mailto:gbarbano@ulss.tv.it)

Barbieri Dania, Psicoterapeuta, Ausl Modena, [dania.barbieri@gmail.com](mailto:dania.barbieri@gmail.com)

Barbuzzi Anna Rita, Psicoterapeuta, Associazione ASVERGA, [arbarbuzzi@alice.it](mailto:arbarbuzzi@alice.it)

Baretta Filippo, Psicologo, Università degli studi di Padova, [filippo.baretta86@gmail.com](mailto:filippo.baretta86@gmail.com)

Basello Gina M., Vice Chair, Jamaica Hospital Medical Center, [gbasello@jhmc.org](mailto:gbasello@jhmc.org)

Beltrami Antonella, Psicologa, Università degli Studi di Padova, [antonella.beltrami@yahoo.it](mailto:antonella.beltrami@yahoo.it)

Benini Franca, Dirigente Medico, Azienda Ospedaliera di Padova, [franca.benini@aopd.veneto.it](mailto:franca.benini@aopd.veneto.it)

Berlanda Sabrina, Ricercatrice Post-Doc, Università degli Studi di Verona, [sabrina.berlanda@univr.it](mailto:sabrina.berlanda@univr.it)

Bersani Pier Luigi, Deputato della Repubblica Italiana

Bertinotti Tiziana, Psicologa, Associazione VENERE, [tizianabrunabertinotti@gmail.com](mailto:tizianabrunabertinotti@gmail.com),

Bobbo Natascia, Ricercatrice, Università degli Studi di Padova, [natascia.bobbo@unipd.it](mailto:natascia.bobbo@unipd.it)

Boin Barbara, Infermiera, Master in Death Studies & The End of Life, [barbara.boi@studenti.unipd.it](mailto:barbara.boi@studenti.unipd.it)

Bonardi Alessandro, Professore, Università di Modena e Reggio Emilia, [bonardialessandro@libero.it](mailto:bonardialessandro@libero.it)

Bonfanti Elide, Psicologa, Università degli Studi di Padova, [elide.bonfanti@studenti.unipd.it](mailto:elide.bonfanti@studenti.unipd.it)

Bonifaci Gabriella, Psichiatra, AULSS Euganea 6, [gabriella.bonifaci@gmail.com](mailto:gabriella.bonifaci@gmail.com),

Bormolini Guidalberto, Monaco, Università degli Studi di Padova, [guidalberto.bormolini@gmail.com](mailto:guidalberto.bormolini@gmail.com)

Boros Amedeo, Professore, Università degli Studi di Padova, [amedeo.boros@unipd.it](mailto:amedeo.boros@unipd.it)

Boscarino Sebastiana, Psicologa, Università degli Studi di Enna kore, [sebastiana.boscarino@gmail.com](mailto:sebastiana.boscarino@gmail.com)

Bovero Andrea, Psicoterapeuta, Università di Torino, [a.bovero@tiscali.it](mailto:a.bovero@tiscali.it)

Brandalise Adone, Professore, Università degli Studi di Padova, [adone.brandalise@unipd.it](mailto:adone.brandalise@unipd.it)

Brondolo Elisabeth, Professor, St. John's University, [brondole@stjohns.edu](mailto:brondole@stjohns.edu)

Brunazzo Daniele, Neuropsicomotricista, Associazione La Nostra Famiglia

Buonfiglio Tiziana, Psicoterapeuta, AIPSIT, [buonfiglio.t@gmail.com](mailto:buonfiglio.t@gmail.com)



Burra Patrizia, Professore, Università degli Studi di Padova, [patrizia.burra@unipd.it](mailto:patrizia.burra@unipd.it)

Caccamo Floriana, Psicoterapeuta, Università degli Studi di Padova, [florianacaccamo@virgilio.it](mailto:florianacaccamo@virgilio.it)

Cadeddu Gina, Psicoterapeuta, COIRAG, [ginacadeddu@tiscali.it](mailto:ginacadeddu@tiscali.it)

Capozza Dora, Professoressa, Università degli Studi di Padova, [dora.capozza@unipd.it](mailto:dora.capozza@unipd.it)

Capriati Marianna, Psicologa, Università degli Studi di Padova, [marianna.capriati@studenti.unipd.it](mailto:marianna.capriati@studenti.unipd.it)

Capriulo Anna Paola, Psicologa, ATS Milano Città Metropolitana, [acapriulo@gmail.com](mailto:acapriulo@gmail.com)

Carnevali Roberto, Psicoterapeuta, ASST Melegnano e Martesana, [roberto.carnevali@fastwebnet.it](mailto:roberto.carnevali@fastwebnet.it)

Carrai Barbara, Formatrice, Tutto è Vita Onlus, [barbaracarrai@tuttovita.it](mailto:barbaracarrai@tuttovita.it)

Casella Silvia, Psicoterapeuta, libero professionista, [casella2202@gmail.com](mailto:casella2202@gmail.com)

Castagnoli Gabriella, Arte Terapeuta, Libera Professionista, [gabriella.castagnoli@arteterapiabologna.it](mailto:gabriella.castagnoli@arteterapiabologna.it)

Castellan Paola, Psicoterapeuta, Cooperativa Adelante Onlus, [pao.castellan@gmail.com](mailto:pao.castellan@gmail.com)

Castellano Visaggi Valentina, Psicologa, COIRAG, [vale.cv@hotmail.it](mailto:vale.cv@hotmail.it)

Cavallaro Federica, Psicoterapeuta, CGIL provinciale di Rovigo, [cavallarofederica@gmail.com](mailto:cavallarofederica@gmail.com)

Cavalli Chiara, Psicoterapeuta, Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova, [cavalli.cc@gmail.com](mailto:cavalli.cc@gmail.com)

Cavicchioli Giorgio, Psicoterapeuta, Istituto di Psicologia Psicoanalitica di Brescia, [cavicchioli.g@gmail.com](mailto:cavicchioli.g@gmail.com)

Ceccagnoli Tiziana, Psicoterapeuta, Istituto Gaetano Benedetti (PG), [tizianaceccagnoli@tiscali.it](mailto:tizianaceccagnoli@tiscali.it)

Cenedese Lorella, Assistente Sociale, AULSS2 Marca Trevigiana, [lorella.cenedese@yahoo.it](mailto:lorella.cenedese@yahoo.it)

Chillemi Francesco, Instructor, CIEE, [chillemi.francesco@hotmail.it](mailto:chillemi.francesco@hotmail.it)

Chiribucă Dan, Professor, Cluj-Napoca University, [dchiribuca@socasis.ubbcluj.ro](mailto:dchiribuca@socasis.ubbcluj.ro)

Ciacci Giulia, Infermiera, AUSL Modena, [ciacci.giulia@libero.it](mailto:ciacci.giulia@libero.it)

Ciancio Bruno, Direttore Scientifico e Didattico, Master Interculturale, [bruno.ciancio@unimore.it](mailto:bruno.ciancio@unimore.it)

Ciovati Viviana, Psicologa, Libera Professionista, [ciovati.viviana@gmail.com](mailto:ciovati.viviana@gmail.com)

Ciulli Belinda, Psicoterapeuta, AULSS 6 Euganea, [belinda.ciulli@gmail.com](mailto:belinda.ciulli@gmail.com)

Coglievina Stella, Professoressa, Università degli Studi dell'Insubria, [stella.coglievina@uninsubria.it](mailto:stella.coglievina@uninsubria.it)

Consoli Carmelo, Scrittore, La Camerata dei poeti di Firenze, [consoli.carmelo@libero.it](mailto:consoli.carmelo@libero.it)

Contiello Martina, Psicologa, Università degli Studi di Padova, [martina.contiello@gmail.com](mailto:martina.contiello@gmail.com)

Corbella Silvia Dina, Docente, COIRAG, [silviricor@gmail.com](mailto:silviricor@gmail.com)

Corneli Emanuela, Psicologa, Coop. Oikia per la famiglia - Padova, [emanuco@hotmail.it](mailto:emanuco@hotmail.it)

Costacurta Mirco, Filosofo, Università degli Studi di Padova, [costacurtamirco@gmail.com](mailto:costacurtamirco@gmail.com)

Costigliolo Marica, Arte Terapeuta, Associazione Onlus L'orchestra, [marica.costigliolo@gmail.com](mailto:marica.costigliolo@gmail.com)

Cotroneo Massimo, Docente, Università Europea di Roma, [massimo.cotroneo@gmail.com](mailto:massimo.cotroneo@gmail.com)

Cruciani Massimiliano, Infermiere, AUSL Modena, [ma.cruciani74@gmail.com](mailto:ma.cruciani74@gmail.com)

Crupi Robert, Medical Director, NewYork-Presbyterian-Queens Hospital, [rcrupi54@gmail.com](mailto:rcrupi54@gmail.com)

D'Amato Elisa, Psicologa, Associazione Tutto è Vita, [elisadamato@gmail.com](mailto:elisadamato@gmail.com)

D'Iapico Giovanna, Infermiera, AUSL Modena, [diapo70@hotmail.it](mailto:diapo70@hotmail.it)

D'Ospina Laura, Psicoterapeuta, RSA Anni Azzurri di Favaro Veneto, [lauradospina@gmail.com](mailto:lauradospina@gmail.com)

Dal Corso Laura Professoressa, Università degli Studi di Padova, [laura.dalcorso@unipd.it](mailto:laura.dalcorso@unipd.it)

De Carlo Alessandro, Presidente OPV, OPV, [alessandro.a.decarlo@gmail.com](mailto:alessandro.a.decarlo@gmail.com)

De Gregorio Alessandra, Psicoterapeuta, Azienda Ospedaliera di Padova, [degregorioales@gmail.com](mailto:degregorioales@gmail.com)

De Leo Diego, Professore, Griffith University, Australia, [D.DeLeo@griffith.edu.au](mailto:D.DeLeo@griffith.edu.au)

De Martino Flora, Psicoterapeuta, Centro per la documentazione pedagogica e la didattica laboratoriale, [flodemartino@hotmail.it](mailto:flodemartino@hotmail.it)

De Pra Marcella, Assistente Sociale, ULSS 1 Dolomiti Belluno, [marcelladepra@gmail.com](mailto:marcelladepra@gmail.com)

De Tommasi Valentina, Psicoterapeuta, Azienda Ospedaliera di Padova, [valentina.dt@gmail.com](mailto:valentina.dt@gmail.com)

De Vincenzo Ciro, Psicologo, Università degli Studi di Padova, [cirodevincenzo1992@gmail.com](mailto:cirodevincenzo1992@gmail.com)

Debowska Daria, Psicologa, Master in Death Studies & The End of Life, [daria.debowska@gmail.com](mailto:daria.debowska@gmail.com)

Degli Stefani Mario, Psichiatra, AULSS 6 euganea, [mario.deglstefani@AULSS6.veneto.it](mailto:mario.deglstefani@AULSS6.veneto.it)

Dekel Adir Samolsky, Psicoterapeuta, Fondazione ANT Italia Onlus, [adir.samolsky@ant.it](mailto:adir.samolsky@ant.it)

Deledda Giuseppe, Psicoterapeuta, Libero professionista, [giuseppedeledda@hotmail.com](mailto:giuseppedeledda@hotmail.com)

Di Florio Nicoletta, Psicologa, Medé s.n.c., [diflorio.nicoletta@gmail.com](mailto:diflorio.nicoletta@gmail.com),

Di Qual Elisa, Assistente Sociale, Associazione Onlus ACCANTO A SILVIA, [ediq@libero.it](mailto:ediq@libero.it)

Di Tillo Eliana, Psicologa, Libera Professionista, [elianaditillo@hotmail.it](mailto:elianaditillo@hotmail.it)

D'Ippolito Mino, Psicologo, Università degli Studi di Padova, [mino.dippolito@gmail.com](mailto:mino.dippolito@gmail.com)

Doria Alessandro, Dottore in Scienze Politiche, Master in Death Studies & The End of Life, [alessandro@dorsoduro.biz](mailto:alessandro@dorsoduro.biz)

Douglas Cristina Mihala, Ph.D. in Philology, University of Bucharest, [cristina.mihala@gmail.com](mailto:cristina.mihala@gmail.com)

Eklund Anders, Professor, Linköping University, [anders.eklund@liu.se](mailto:anders.eklund@liu.se)

Endrizzi Cristina, Psicoterapeuta, Hospice il Gelso, [c.endrix@alice.it](mailto:c.endrix@alice.it)

Fabbian Alessandro, Psicologo, Università degli Studi di Padova, [fabbian.alessandro@gmail.com](mailto:fabbian.alessandro@gmail.com)

Facco Enrico, Professore, Università degli Studi di Padova, [enrico.facco@unipd.it](mailto:enrico.facco@unipd.it)

Facincani Gaetano, Psicologo, CSR Mente eCorpo, [info@gaetanofacincani.com](mailto:info@gaetanofacincani.com)

Falcetti Elisabetta, Psicoterapeuta, Associazione La Nostra Famiglia, [elisabetta.falcetti@libero.it](mailto:elisabetta.falcetti@libero.it)

Falchero Susanna, Psicologa, Università degli Studi di Padova, [susanna.falchero@unipd.it](mailto:susanna.falchero@unipd.it)

Fantozzi Alessandra, Psicologa, Università degli Studi di Padova, [alessandra.fantozzi63@gmail.com](mailto:alessandra.fantozzi63@gmail.com)

Finos Livio, Professore, Università degli Studi di Padova, [livio.finos@unipd.it](mailto:livio.finos@unipd.it)

Flesia Luca, Psicoterapeuta, Libero Professionista, [luca.flesia@ordinepsicologiveneto.it](mailto:luca.flesia@ordinepsicologiveneto.it)

Floriani Maddalena, Direttrice Fondazione Floriani, Fondazione Floriani, [m.floriani@fondazionefloriani.eu](mailto:m.floriani@fondazionefloriani.eu)

Forni Chiara, Oncologa, Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII, [chiar.mat@tin.it](mailto:chiar.mat@tin.it)

Franchini Luca, Psicologo, Fondazione ANT Italia Onlus, [luca-franchini@live.com](mailto:luca-franchini@live.com)

Freda José Alberto, Professore, Università Enna-Catania, [joalfreda@gmail.com](mailto:joalfreda@gmail.com)

Frigerio Maria Adele, Dirigente Ospedaliero, ASST di Lecco, [a.frigerio@asst-lecco.it](mailto:a.frigerio@asst-lecco.it)

Frigo Giovanni, Psicoterapeuta, Libero Professionista, [giovanni\\_frigo@hotmail.com](mailto:giovanni_frigo@hotmail.com)

Fronteddu Francesca, Psicologa, Università degli Studi di Padova, [francesca.fronteddu33@gmail.com](mailto:francesca.fronteddu33@gmail.com)

Furlan Chiara, Assistente Sociale, [chiara.furlan91@gmail.com](mailto:chiara.furlan91@gmail.com)

Furlan Mattia, Psicologo, Università degli Studi di Padova, [furlan.mattia.7@gmail.com](mailto:furlan.mattia.7@gmail.com)

Fusina Sonia, Psicologa, Università degli Studi di Padova, [sonia.fusina@libero.it](mailto:sonia.fusina@libero.it)

Galantin Laura Padmah, Psicologa Psicoterapeuta, Hospice Lendinara, [gunungan0@gmail.com](mailto:gunungan0@gmail.com)

Galbussera Marisa, Presidente di ADESSO PADOVA, ADESSO PADOVA, [marisagalbussera@gmail.com](mailto:marisagalbussera@gmail.com)

Galletti Matteo, Assegnista di ricerca, Università degli Studi di Firenze, [matteo.galletti@uni.it](mailto:matteo.galletti@uni.it)

Garau Liviana, Psicoterapeuta, Tutto è Vita Onlus, [garau.liviana@tiscali.it](mailto:garau.liviana@tiscali.it)

Gardani Ilenia, Infermiera, Fondazione Mazzucchini Onlus, [ilegarda@virgilio.it](mailto:ilegarda@virgilio.it)

Gelati Maria Angela, Tanatologa, Segnali di vita APS Parma, [gelati.mariangela@gmail.com](mailto:gelati.mariangela@gmail.com)

Gengarelli Giulia, Psicologa, Università degli Studi di Padova, [giulia.gengarelli@studenti.unipd.it](mailto:giulia.gengarelli@studenti.unipd.it)

Gennaro Roberto, Università degli Studi di Genova, [robygen@gmail.com](mailto:robygen@gmail.com)

Gerosa Gino, Professore, Università degli Studi di Padova [gino.gerosa@unipd.it](mailto:gino.gerosa@unipd.it)

Ghedin Simona, Psicoterapeuta, Hospice Le Rose, [simonaghedin@gmail.com](mailto:simonaghedin@gmail.com)

Ghellar Tommaso, Psicologo, Università degli Studi di Padova, [tommaso.g.86@gmail.com](mailto:tommaso.g.86@gmail.com)

Ghezzi Daniele, Psicologo, AMCN Onlus, [daniele.ghezzi@libero.it](mailto:daniele.ghezzi@libero.it)

Ghinassi Annagiulia, Psicologa, Tutto è Vita Onlus, [annagiulia.ghinassi@yahoo.it](mailto:annagiulia.ghinassi@yahoo.it)

Giesler Eva Maria, Musicoterapeuta, Associazione BRAIN, [evigies@virgilio.it](mailto:evigies@virgilio.it)

Girolimetto Riccardo, Psicologo, Università degli Studi di Padova, [riccardo.girolimetto@gmail.com](mailto:riccardo.girolimetto@gmail.com)

Giunti Livia, Regista, Santifanti, [liviagiunti@gmail.com](mailto:liviagiunti@gmail.com)

Gozzi Luigi Alberto, Psicologo, Associazione BRAIN, [luigi.gozzi.1@gmail.com](mailto:luigi.gozzi.1@gmail.com)

Grandis Debora, Assistente Sociale, Casa Famiglia Zaltron, [casafamigliazaltron@apg23.org](mailto:casafamigliazaltron@apg23.org)

Grosso Leopoldo, Vicepresidente del Gruppo Abele, [universtrada@gruppoabele.org](mailto:universtrada@gruppoabele.org)

Guadagno Carmine, Direttore, ULSS 3 Serenissima, [info@laterradihope.it](mailto:info@laterradihope.it)

Guardamagni Carlotta, Psicologa, Cooperativa Laerte Servizi ONLUS, [c.guardamagni@gmail.com](mailto:c.guardamagni@gmail.com)

Guidotti Giulia, Psicologa, ULSS 6 Euganea, [giulia.guidotti87@gmail.com](mailto:giulia.guidotti87@gmail.com)

Gusella Walter, Gruppoanalista, ASVEGRA, [walter.gusella@tin.it](mailto:walter.gusella@tin.it)

Haidar Hafez, Professore, Università degli Studi di Pavia, [h.haidar@alice.it](mailto:h.haidar@alice.it)

Iacona Erika, Psicologa, Università degli Studi di Padova, [iaconaerika@gmail.com](mailto:iaconaerika@gmail.com)

Iannaccone Bruno, Antropologo, Fondazione Benvenuti in Italia, [bruzdj@hotmail.it](mailto:bruzdj@hotmail.it)

Ispiro Paola, Università degli Studi di Padova, [paola.ispiro@studenti.unipd.it](mailto:paola.ispiro@studenti.unipd.it)

Kaur Amanda, St. John's University, [amandakaur0@gmail.com](mailto:amandakaur0@gmail.com)

Kawai Fernando, Program Director, New York Presbyterian-Queens Hospital, [kawaimd@gmail.com](mailto:kawaimd@gmail.com)

Lamarca Luciano, Medico-Chirurgo, ULSS N.4 Veneto Orientale, [luciano.lamarca@aulls4.veneto.it](mailto:luciano.lamarca@aulls4.veneto.it)

Laugelli Emilia, Psicoterapeuta, Regione Veneto, [emilia.laugelli@AULSS7.veneto.it](mailto:emilia.laugelli@AULSS7.veneto.it)

Lazzaro Silvia, Educatore Professionale, Università degli Studi di Padova, [lazzaro.silvia@gmail.com](mailto:lazzaro.silvia@gmail.com),

Levi Joseph, Rabbino Capo della Comunità Ebraica di Firenze, [firenzerav@fol.it](mailto:firenzerav@fol.it)

Lev-Wiesel Rachel, Professor, University of Haifa, [rlev@univ.haifa.ac.il](mailto:rlev@univ.haifa.ac.il)

Liberale Laura, Scrittrice, Libera Professionista, [laura.libe@fastwebnet.it](mailto:laura.libe@fastwebnet.it)

Liccardi Maria Barbara, Event Manager, Master in Death Studies & The End of Life, [mblicc@gmail.com](mailto:mblicc@gmail.com)

Liva Patrizia, Fisioterapista, Tutto è Vita Onlus, [patri.liva@gmail.com](mailto:patri.liva@gmail.com)

Lo Dato Federica, Psicoterapeuta, Ospedale Sant'Orsola Malpighi di Bologna, [dr.federalodato@gmail.com](mailto:dr.federalodato@gmail.com)

Locatelli Marco, Psicologo, Università degli Studi di Padova, [marco.locatelli.1992@gmail.com](mailto:marco.locatelli.1992@gmail.com)

Locati Ilaria Donata, Psicoterapeuta, ASVERGA, [ilaloca@hotmail.com](mailto:ilaloca@hotmail.com)

Loddo Mariarosa, Dottoranda, Università degli Studi del Piemonte Orientale, [mariarosa.loddo@hotmail.it](mailto:mariarosa.loddo@hotmail.it)

Longo Marco, Gruppoanalista, COIRAG, [marcolongopsi@gmail.com](mailto:marcolongopsi@gmail.com)

Lorenzoni Veronica, Tanguera, Scuola Puro Tango, [wondervero@yahoo.it](mailto:wondervero@yahoo.it)

Lucangeli Daniela, Professoressa, Università degli Studi di Padova, [daniela.lucangeli@unipd.it](mailto:daniela.lucangeli@unipd.it)

Lucidi Fabio, Professore, Università degli Studi di Roma La Sapienza, [fabio.lucidi@uniroma1.it](mailto:fabio.lucidi@uniroma1.it)

Luigi Grassi, Professore, Università degli Studi di Ferrara, [luigi.grassi@unife.it](mailto:luigi.grassi@unife.it)

Lynn Clemow, Professor, Robert Wood Johnson Medical School, [lynn.clemow@rutgers.edu](mailto:lynn.clemow@rutgers.edu)

Maffei Natalia, Psicologa, Università degli Studi di Padova, [nataliamaffei92@gmail.com](mailto:nataliamaffei92@gmail.com)

Maffii Giulio, Docente, Associazione Studi Antropologici Pallaio Firenze, [dudolibero@libero.it](mailto:dudolibero@libero.it)

Mainardi Laura, Psicoterapeuta, Libera Professionista, [mainardi.lau@gmail.com](mailto:mainardi.lau@gmail.com)

Maiullo Raffaella, Psicologa, Università degli Studi di Firenze, [raffaella.maiullo@stud.unifi.it](mailto:raffaella.maiullo@stud.unifi.it)

Marella Marta, Psicologa, Associazione Centro Studi e Ricerche Mente e Corpo, [marellamarta@gmail.com](mailto:marellamarta@gmail.com)

Marinoni Gaia Luisa, Psicologa, Università degli Studi di Padova, [gaialuisa.marinoni@studenti.unipd.it](mailto:gaialuisa.marinoni@studenti.unipd.it)

Marogna Cristina, Professore, Università degli Studi di Padova, [cristina.marogna@unipd.it](mailto:cristina.marogna@unipd.it)

Martignago Gioia, Assistente Sociale, IPAB di Treviso, [gioiamartignago@me.com](mailto:gioiamartignago@me.com)

Martinelli Carol, Psicologa, Università degli Studi di Padova, [carol.martinelli@studenti.unipd.it](mailto:carol.martinelli@studenti.unipd.it)

Martinelli Marisa, Psicoterapeuta, SIPNEI, [info@marisamartinelli.it](mailto:info@marisamartinelli.it)

Martinelli Nicola, Assistente Sociale, Ordine Assistenti Sociali del Veneto, [nicolamartinelli@hotmail.com](mailto:nicolamartinelli@hotmail.com)

Martinez Regla Alvarez, Psicologa, Master in Death Studies & The End of Life, [regla.alvarezmartinez@studenti.unipd.it](mailto:regla.alvarezmartinez@studenti.unipd.it)

Martinolli Tommaso, Fisioterapeuta, Libero Professionista, [tommaso.martinolli@gmail.com](mailto:tommaso.martinolli@gmail.com)

Mechelli Andrea, Professore, King's College, [a.mechelli@kcl.ac.uk](mailto:a.mechelli@kcl.ac.uk)

Mencacci Elisa, Psicologa, CSA Villa Tamerici, [elisamencacci@libero.it](mailto:elisamencacci@libero.it)

Merlante Francesca, Infermiera, Libera Professionista, [fmerlante@gmail.com](mailto:fmerlante@gmail.com)

Mesiano Luca, Psicoterapeuta, AULSS 6 Euganea Distretto 4, [lucamesiano@gmail.com](mailto:lucamesiano@gmail.com)

Messana Rossana, Dottoressa in Scienze della Comunicazione, Fondazione ANT Italia Onlus, [rossana.messana@ant.it](mailto:rossana.messana@ant.it)

Messeri Deborah, Tanatologa, Tutto è Vita Onlus, [deborahmesseri@tuttovita.it](mailto:deborahmesseri@tuttovita.it)

Micheloni Alessandra, Psicologa, CPS Gorgonzola, [psico.alessandramicheloni@gmail.com](mailto:psico.alessandramicheloni@gmail.com)

Milan Giuseppe, Professore, Università degli Studi di Padova, [giuseppe.milan@unipd.it](mailto:giuseppe.milan@unipd.it)

Milano Fiorenza, Psicoterapeuta, Regione Veneto, [fiorenza.milano@gmail.com](mailto:fiorenza.milano@gmail.com)

Milcu Marius, Professore, Università Lucian Blaga di Sibiu, [marius.milcu@ulbsibiu.ro](mailto:marius.milcu@ulbsibiu.ro)

Minello Maddalena, Infermiera, Master in Death Studies & The End of Life, [maddalenaminello@gmail.com](mailto:maddalenaminello@gmail.com)

Minervini Palma, Psicoterapeuta, Associazione ASVERGA, [palma.minervini@tiscali.it](mailto:palma.minervini@tiscali.it)

Mondin Elisabetta, Psicoterapeuta, Ospedale San Bortolo di Vicenza, [elisabetta@elisabetamondin.com](mailto:elisabetta@elisabetamondin.com)

Mondin Tiziana, Assistente Sociale, Hospice San Giuseppe di Marzana (VR), [tiziana.mondin@hotmail.it](mailto:tiziana.mondin@hotmail.it)

Morgese Marina, Psicologa, CPS Gorgonzola, [marina.morgese@gmail.com](mailto:marina.morgese@gmail.com)

Morris Jane, Clinical Coordinator, NewYork Presbyterian-Queens Hospital, [janemorris718@gmail.com](mailto:janemorris718@gmail.com)

Mutton Zeno, Psicologo, Università degli Studi di Padova, [zeno.mutton@studenti.unipd.it](mailto:zeno.mutton@studenti.unipd.it)

Nobile Francesca, Psicoterapeuta, Clinica Cittàgiardino, [f.nobile1@gmail.com](mailto:f.nobile1@gmail.com)

Notari Valentina, Responsabile Scientifico, La Terra di Hope, [info@laterradihope.it](mailto:info@laterradihope.it)

Osti Federica, Psicologa, EDECO Onlus, [osti.federica@alice.it](mailto:osti.federica@alice.it)

Pace Vincenzo, Professore, Università degli Studi di Padova, [vincenzo.pace@unipd.it](mailto:vincenzo.pace@unipd.it)

Palathra Brigit C., Medical Doctor, NewYork Presbyterian-Queens Hospital, [bpalathra@yahoo.com](mailto:bpalathra@yahoo.com)

Palazzo Lorenza, Psicologa, Master in Death Studies & The End of Life, [lorenza.palazzo92@gmail.com](mailto:lorenza.palazzo92@gmail.com)

Palermo Giuseppe, Psicoterapeuta, Master in Death Studies & The End of Life, [giuseppe.palermo1967@gmail.com](mailto:giuseppe.palermo1967@gmail.com)

Pallaoro Carlo Alberto, Medico chirurgo, Pallaoro Medical Laser Clinic, Padova, [clinica@pallaoro.com](mailto:clinica@pallaoro.com)

Pan Cynthia X., Chief, New York Presbyterian-Queens Hospital

Pannuti Franco, Oncologo, Fondazione ANT Italia Onlus, [direzione@ant.it](mailto:direzione@ant.it)

Pannuti Raffaella, Chimica, Fondazione ANT Italia Onlus, [raffaella.pannuti@ant.it](mailto:raffaella.pannuti@ant.it)

Panzalis Raffaella, Neuropsichiatra, ISIPsÉ, [raffaelepanzalis@tiscali.it](mailto:raffaelepanzalis@tiscali.it)

Paravati Elisa, Psicologa, CSR Mente eCorpo, [info@csrmentecorpo.eu](mailto:info@csrmentecorpo.eu)

Parise Giulia, Psicologa, Master in Death Studies & The End of Life, [parisegiulia91@gmail.com](mailto:parisegiulia91@gmail.com)

Parise Sara, Psicologa, Brain Onlus Associazione Traumi Cranici, [saraparise.nps@gmail.com](mailto:saraparise.nps@gmail.com)

Pasquale Guido, Psicologo, Università degli Studi di Padova, [guidogpasquale@gmail.com](mailto:guidogpasquale@gmail.com)

Pasquin Elena, Psicoterapeuta, ULSS 7 Pedemontana, [elenapasquin@gmail.com](mailto:elenapasquin@gmail.com)

Passaquieti Alessia, Psicoterapeuta, Istituto Gaetano Benedetti, [alessia.passaquieti@gmail.com](mailto:alessia.passaquieti@gmail.com)

Passaquindici Ottavia Maria, Psicologa, ASST Melegnano e Martesana, [o.passaquindici@gmail.com](mailto:o.passaquindici@gmail.com)

Passaro Savina, Università Pegaso, [savina.passaro@gmail.com](mailto:savina.passaro@gmail.com)

Patron Zennaro Alvisè, Psicoterapeuta, CISOM, [alvipat.psicofarmer@gmail.com](mailto:alvipat.psicofarmer@gmail.com)

Pavesi Alberto, Architetto, Libero Professionista, [venicerain@yahoo.it](mailto:venicerain@yahoo.it),

Pedrazza Monica, Professore, Università degli Studi di Verona, [monica.pedrazza@univr.it](mailto:monica.pedrazza@univr.it)

Perrella Ettore, Psicoanalista/saggista, Libero Professionista, [ettore.perrella@me.com](mailto:ettore.perrella@me.com)

Petrini Nerella, Medico-Chirurgo, Tutto è vita Onlus, [nerellapetrini@gmail.com](mailto:nerellapetrini@gmail.com)

Pibiri Roberta, Ricercatrice, Università degli Studi di Torino, [bruzdj@hotmail.it](mailto:bruzdj@hotmail.it)

Piccicacchi Benedetto, Psicoterapeuta, Fondazione Giuspini per la Vita, [benedettopiccicacchi@tiscali.it](mailto:benedettopiccicacchi@tiscali.it)

Pignatto Antonio, Coordinatore di Ricerca, La Terra di Hope, [info@laterradihope.it](mailto:info@laterradihope.it)

Pilacúan, Juan Carlos, Psicologo, Master in Death Studies & The End of Life, [carlo\\_esp@hotmail.com](mailto:carlo_esp@hotmail.com)

Pinton Alessandro, Psicologo, COIRAG, [a.pinton@outloo.it](mailto:a.pinton@outloo.it)

Piscitello Marco, Psicologo, Università degli Studi di Padova, [piscitello.marco@gmail.com](mailto:piscitello.marco@gmail.com)

Pisello Nicolò, Psicologo, Università degli Studi di Perugia, [nicolopisello@gmail.com](mailto:nicolopisello@gmail.com)

Pizzetti Massimo, Tanatologo, Tutto è Vita Onlus, [massimopizzetti@tuttovita.it](mailto:massimopizzetti@tuttovita.it)

Poles Giovanni, Oncologo, Ulss 3 Serenissima, [info@laterradihope.it](mailto:info@laterradihope.it)

Policicchio Nicola, Psicoterapeuta, Libero Professionista, [nicola.policicchio@gmail.com](mailto:nicola.policicchio@gmail.com)

Polipo Giuseppe, Psicoterapeuta, Associazione Italiana Psicologia Estetica, [gpdactor@infinito.it](mailto:gpdactor@infinito.it)

Pomi Massimo, Dirigente Scolastico, Fondazione Nazionale Centro Studi A. Capitini di Perugia, [massimopomi@virgilio.it](mailto:massimopomi@virgilio.it)

Pozzali Vanessa, Psicologa, Fondazione Altre Parole Onlus, [vanessa.pozzali.psy@gmail](mailto:vanessa.pozzali.psy@gmail)

Rasi Elena, Psicologa, Master in Death Studies & The End of Life, [elenarasi@libero.it](mailto:elenarasi@libero.it)

Riccardi Luca, Dirigente Psicologo, ULSS 6 Euganea, [luca.riccardi@AULSS6.veneto.it](mailto:luca.riccardi@AULSS6.veneto.it)

Rinaldi Silvana, Psicoanalista, Associazione ASVERGA, [silvana972r@gmail.com](mailto:silvana972r@gmail.com)

Riolo Rossana, Psichiatra, AULSS 6 Euganea Distretto 4, [ross.riolo@gmail.com](mailto:ross.riolo@gmail.com),

Rizzo Francesco, Psicologo, COIRAG, [francescorizzo.11@libero.it](mailto:francescorizzo.11@libero.it)

Rodelli Maddalena, Psicologa, Università degli Studi di Padova, [madalena.rodelli@gmail.com](mailto:madalena.rodelli@gmail.com)

Ronconi Lucia, Tecnico Statistico, Università degli Studi di Padova, [l.ronconi@unipd.it](mailto:l.ronconi@unipd.it)

Rossi Lisa, Psicologa, Master in Death Studies & The End of Life, [sasili@libero.it](mailto:sasili@libero.it)

Rostellato Daniele, Filosofo, Università degli Studi di Padova, [daniele.rostellato@gmail.com](mailto:daniele.rostellato@gmail.com)

Roth Alan R., Chairman, Jamaica Hospital Medical Center, [aroth@jhmc.org](mailto:aroth@jhmc.org)

Ruffini Federico, Psicologo, Università degli Studi di Padova, [federicoruffini2@gmail.com](mailto:federicoruffini2@gmail.com)

Ruffini Rosaria, Professore, Università IUAV di Venezia, [rosa.ruffini@gmail.com](mailto:rosa.ruffini@gmail.com)

Rugnone Laura, Psicoterapeuta, Università degli Studi di Palermo, [rugnonelaura@gmail.com](mailto:rugnonelaura@gmail.com)

Russotto Salvatore, Psicologo, COSEP Società Cooperativa Sociale, [s.russotto90@gmail.com](mailto:s.russotto90@gmail.com)

Salvador Debora, Operatore Socio Sanitario, Master in Death Studies & The End of Life, [salvaroddemora0@gmail.com](mailto:salvaroddemora0@gmail.com)

Salvagno Giorgia, Psicologa, Libero Professionista, [giorgia.salvagno@gmail.com](mailto:giorgia.salvagno@gmail.com)

Sansonetto Giulia, Tanatologa, Università degli Studi di Padova, [giulia.sansonetto@gmail.com](mailto:giulia.sansonetto@gmail.com)

Sava Vito, Psicoterapeuta, ULSS 6 Euganea, [vito.sava@AULSS6.veneto.it](mailto:vito.sava@AULSS6.veneto.it)

Scagnetto Fiorenza, Capo Ricerca, La Terra di Hope, [info@laterradihope.it](mailto:info@laterradihope.it)

Scomparin Maria Alessandra, Angiologa, Clinica Cittàgiardino, [ma.scomparin@clinicacittàgiardino.it](mailto:ma.scomparin@clinicacittàgiardino.it)



Sedghi Nader Alessandro, Università di Torino

Severino Emanuele, Accademico dei Lincei, Università Ca' Foscari di Venezia

Sichi Vittoria, Psicologa, Fondazione ANT Italia Onlus, [vittoria.sichi@ant.it](mailto:vittoria.sichi@ant.it)

Siliprandi Luca, Medico-Chirurgo, Clinica Cittàgiardino, [l.siliprandi@clinicacittagiardino.it](mailto:l.siliprandi@clinicacittagiardino.it),

Silvestro Alessandra, Psichiatra, ULSS 6 Padova, [alessandra\\_silvestro@libero.it](mailto:alessandra_silvestro@libero.it)

Sinatora Francesco, Psicoterapeuta, Università degli studi di Padova, [sinatora.francesco@gmail.com](mailto:sinatora.francesco@gmail.com)

Sisto Davide Giovanni, Ricercatore, Università degli Studi di Torino, [da.sisto@gmail.com](mailto:da.sisto@gmail.com)

Spada Giulia, Antropologa, Pro Mentis Learning Centre, [dr.ssagiuliaspada@gmail.com](mailto:dr.ssagiuliaspada@gmail.com)

Sperotto Maria Teresa, Assistente Sociale, Associazione Onlus ACCANTO A SILVIA, [terry.sperotto@virgilio.it](mailto:terry.sperotto@virgilio.it)

Stocco Nicola, Psicologo, Università degli Studi di Padova, [nicolastocco6@gmail.com](mailto:nicolastocco6@gmail.com)

Tarzia Vincenzo, Cardiocirurgo, Azienda Ospedaliera di Padova, [v.tarzia@gmail.com](mailto:v.tarzia@gmail.com)

Teodorescu Adriana, Researcher, Cluj-Napoca University, [adriana.teodorescu@gmail.com](mailto:adriana.teodorescu@gmail.com)

Testoni Ines, Professore, Università degli Studi di Padova, [ines.testoni@unipd.it](mailto:ines.testoni@unipd.it)

Torta Riccardo, Università di Torino

Toso Valeria, Medico-Chirurgo, Tutto è Vita Onlus, [valeriatoso@tuttovita.it](mailto:valeriatoso@tuttovita.it)

Tressoldi Patrizio, Professore, Università degli Studi di Padova, [patrizio.tressoldi@unipd.it](mailto:patrizio.tressoldi@unipd.it)

Turchi Gian Piero, Professore, Università degli Studi di Padova, [gianpiero.turchi@unipd.it](mailto:gianpiero.turchi@unipd.it)

Valentino Nicola, Socioanalista, Cooperativa Sensibili alle foglie, [nicovalentino@tiscali.it](mailto:nicovalentino@tiscali.it),

Varani Silvia, Psicoterapeuta, Fondazione ANT Italia Onlus, [silvia.varani@ant.it](mailto:silvia.varani@ant.it)

Vargas Ana Cristina, Direttore Scientifico, Fondazione Fabretti Torino, [cristinavargas@fondazionefabretti.it](mailto:cristinavargas@fondazionefabretti.it)

Venturini Daniele, Psicologo, Azienda ULSS 9 Scaligera Veneto, [daniele.venturini1@gmail.com](mailto:daniele.venturini1@gmail.com)

Veruma Virginia, Psicologa, Libero Professionista, [virginia.veruma@gmail.com](mailto:virginia.veruma@gmail.com)

Vignaga Federico, Psichiatra, ULSS 6 Euganea, [federico.vignaga@gmail.com](mailto:federico.vignaga@gmail.com)

Visentini Gianluigi, Psicoterapeuta, Associazione La Nostra Famiglia

Vizziello Grazia Fava, Professore, Università degli Studi di Padova, [gm.vizziello@gmail.com](mailto:gm.vizziello@gmail.com)

Volpe Biancarosa, Psicoterapeuta, Azienda Ospedaliera di Padova, [biancarosa.volpe@unipd.it](mailto:biancarosa.volpe@unipd.it)

Volponi Giulia, Psicologa, Università degli Studi di Padova, [volp.giulia@gmail.com](mailto:volp.giulia@gmail.com)

Welby Mina, Associazione Luca Coscioni

Zamperini Adriano, Professore, Università degli Studi di Padova, [adriano.zamperini@unipd.it](mailto:adriano.zamperini@unipd.it)

Zaniboni Chiara, Psicoterapeuta, COIRAG, [czaniboni@gmail.com](mailto:czaniboni@gmail.com),

Zielo Alessia, Archeologa, Università degli Studi di Padova, [alessia.zielo@unipd.it](mailto:alessia.zielo@unipd.it)

Zifarelli Valentina, Psicologa, Università degli Studi di Padova, [valentia.zifarelli@studenti.unipd.it](mailto:valentia.zifarelli@studenti.unipd.it)

Ziliotto Anna, Antropologa, [annaziliotto27@gmail.com](mailto:annaziliotto27@gmail.com)

Zsák Éva, Ricercatrice, Università Semmelweis Budapest, [zsak.eva@phd.semmelweis-univ.hu](mailto:zsak.eva@phd.semmelweis-univ.hu)

Zullo Silvia, Ricercatrice, Università degli Studi di Bologna, [silvia.zullo@unibo.it](mailto:silvia.zullo@unibo.it)

## INDEX – INDICE

<b>Foreword</b>	1
<b>Prefazione</b>	
<b><i>'Identity and dignity: the challenge of the millennium'</i></b>	1
<b><i>"Agonie dell'Identità: la sfida del millennio"</i></b>	
Ines Testoni, Luigi Grassi, Marius Milcu	
<b>Chapter 1 – Interrupted Identities</b>	3
<b>Capitolo 1 – Identità Interrotte</b>	
<b><i>1.1 - Interrupted identities</i></b>	3
<b>1.1 - Identità interrotte</b>	
Alessandro De Carlo, Laura Dal Corso	
<b><i>1.2 - Become what you are. Some epistemological reflections on "identity" and "agony"</i></b>	5
<b>1.2 - Divenire quello che si è. Alcune riflessioni epistemologiche su "identità" e "agonia"</b>	
Ettore Perrella	
<b><i>1.3 - Perinatal loss</i></b>	7
<b>1.3 - Lutto perinatale</b>	
Gina Barbano	
<b><i>1.4 - The community's emergencies management: the urgency of the crisis as an opportunity for Social Cohesion's promotion</i></b>	10
<b>1.4 - La gestione delle emergenze comunitarie: l'urgenza della crisi come occasione di promozione della coesione sociale</b>	
Emilia Laugelli, Gian Piero Turchi	
<b><i>1.5 - Drug addiction: the roots of vulnerability</i></b>	12
<b>1.5 - Tossicodipendenze: le ramificazioni della vulnerabilità</b>	
Leopoldo Grosso	
<b><i>1.6 - Hikikomori's life shame</i></b>	14
<b>1.6 - La vergogna di vivere dell'hikikomori</b>	
Marisa Galbussera	
<b>Chapter 2 – New Frontiers of Palliative Care</b>	17
<b>Capitolo 2 – Le Nuove Frontiere delle Cure Palliative</b>	
<b><i>2.1 - The problem of incurability in pediatric age</i></b>	17
<b>2.1 - Il problema dell'inguaribilità in età pediatrica</b>	
Franca Benini	
<b><i>2.2 - Palliative care and dignity</i></b>	18
<b>2.2 - Le cure palliative e la dignità</b>	
Luciano Lamarca	
<b><i>2.3 - Pain and oncological disease</i></b>	19
<b>2.3 - Dolore e malattia oncologica</b>	
Giuseppe Deledda	
<b>Chapter 3 – Social intervention in the End of life care</b>	22
<b>Capitolo 3 – Interventi sociali nella cura del fine vita</b>	
<b><i>3.1 - Social intervention in end-life care</i></b>	22
<b>3.1 - L'intervento sociale nella cura del fine vita</b>	



Nicola Martinelli	
<b>3.2 - So many identities in a difficult family</b>	23
<b>3.2 - Le identità di una famiglia difficile</b>	
Tiziana Mondin	
<b>3.3 - The environments: between life and death. Presences of territorial social service in home care</b>	25
<b>3.3 - Gli ambienti: tra vita e morte. Presenze di servizio sociale territoriale nelle cure domiciliari</b>	
Daniele Venturini	
<b>Chapter 4 – NDE? Intersection between spirituality and science</b>	28
<b>Capitolo 4 – NDE? Incroci tra spiritualità e scienza</b>	
<b>4.1 - Identity agony and resilience: the role of Eastern philosophies, meditation and hypnosis</b>	28
<b>4.1 - Agonie dell'identità e resilienza: il ruolo delle filosofie orientali, della meditazione e dell'ipnosi</b>	
Enrico Facco	
<b>4.2 - Telepathy and psychoanalysis</b>	31
<b>4.2 - Telepatia e psicoanalisi</b>	
Silvia Dina Corbella	
<b>4.3 - Is there life after death? Evidences from mediumship researches</b>	33
<b>4.3 - C'è vita dopo la morte? Evidenze dalle ricerche sui medium</b>	
Patrizio Tressoldi	
<b>Chapter 5 – Hospice, care strategies and dignity</b>	33
<b>Capitolo 5 – Hospice, strategie di cura e dignità</b>	
<b>5.1 - Paediatric Hospice Care team facing life and changing care through death</b>	33
<b>5.1 - L'équipe dell'Hospice pediatrico di fronte alla vita cambiando la cura attraverso la morte</b>	
Grazia Maria Fava Vizziello	
<b>5.2 - Quality and Dignity as Care Objective</b>	35
<b>5.2 - Qualità e Dignità come obiettivo di cura</b>	
Valentina De Tommasi, Alessandra De Gregorio	
<b>5.3 - Communication and fear</b>	37
<b>5.3 - La "comunicazione" e le paure</b>	
Elisabetta Falcetti, Daniele Brunazzo, Gianluigi Visentini	
<b>5.4 - End-of-life patients' dignity evaluation in hospice</b>	38
<b>5.4 - Valutazione del senso di dignità nei pazienti nel fine vita in hospice</b>	
Andrea Bovero, Nader Alessandro Sedghi, Riccardo Torta	
<b>5.5 - A new Clinical - Rehabilitative and Relational Protocol with Animal Assisted Interventions (Pet Therapy) in Hospice</b>	40
<b>5.5 - Un nuovo protocollo clinico riabilitativo e relazionale per gli Interventi Assisiti con gli Animali (Pet Therapy) in Hospice</b>	
Giovanni Poles, Carmine Guadagno, Fiorenza Scagnetto, Valentina Notari, Antonio Pignatto	
<b>Chapter 6 – Resilience, self-esteem and dignity to stem the pain and anguish of death</b>	42
<b>Capitolo 6 – Resilienza, autostima e dignità per arginare il dolore e l'angoscia di morte</b>	
<b>6.1 - Pain and Resilience: "Global Pain" and End-of-Life Choices. First contribution to the Italian validation of the Pain Resilience Scale</b>	42

<b>6.1 - Dolore e resilienza: “dolore globale” e scelte di fine vita. Primo contributo per la validazione in lingua italiana della Pain Resilience Scale</b>	
Massimiliano Cruciani, Giulia Ciacci, Francesca Merlante, Ilenia Gardani	
<b>6.2 - <i>A light in the night! The resilience and the dignity</i></b>	45
<b>6.2 - Una luce nella notte! La resilienza e la dignità</b>	
Giovanna D’Iapico, Massimiliano Cruciani	
<b>6.3 - <i>Counseling, dignity and palliative care</i></b>	46
<b>6.3 - Il counseling, la dignità e le cure palliative</b>	
Giovanna D’Iapico	
<b>6.4 - <i>High and low self esteem and patients’ responses to poor diagnoses’ communication</i></b>	48
<b>6.4 - Autostima e risposta del paziente alla comunicazione di diagnosi infausta</b>	
Monica Pedrazza, Sabrina Berlanda	
<b>6.5 - <i>The support of sufferers and older people through the ‘culturing’ of pet animals: a psychological and anthropological approach</i></b>	49
<b>6.5 - Sostegno del malato e dell’anziano attraverso la “culturalizzazione” dell’animale da compagnia: un approccio psicologico e antropologico</b>	
Antonella Beltrami, Anna Ziliotto	
<b>Chapter 7 - Social Workers, Healthcare Operators and Psychologists facing the end of life</b>	51
<b>Capitolo 7 – Assistenti Sociali, OSS e Psicologi di fronte al fine-vita</b>	
<b>7.1 - <i>Perish... The end or a part of the process? Proposal of an operational instrument in resthomes</i></b>	51
<b>7.1 - Morire... Fine o parte del processo? La proposta di uno strumento operativo all’interno delle case di riposo</b>	
Carlotta Guardamagni, Francesca Fronteddu, Federico Ruffini, Guido Pasquale	
<b>7.2 - <i>«What can I say? What can I do?» Training as an operational tool for healthcare professionals in the end-of-life process</i></b>	54
<b>7.2 - «E io cosa gli dico? Cosa faccio?» La formazione come strumento operativo per gli operatori sanitari nel processo di fine vita</b>	
Carlotta Guardamagni, Guido Pasquale, Federico Ruffini	
<b>7.3 - <i>Narrative as sharing and development of the bereavement</i></b>	56
<b>7.3 - La narrazione come condivisione ed elaborazione del lutto</b>	
Marta Marella	
<b>7.4 - <i>The role of the social worker in end of life care</i></b>	59
<b>7.4 - L’assistente sociale nei percorsi di fine vita</b>	
Gioia Martignago	
<b>7.5 - <i>Suicidal attitudes or depressive-reactive behavior: Social Service strategies</i></b>	61
<b>7.5 - Condotte autolesive o depressivo-reattive: strategie di Servizio Sociale</b>	
Lorella Cenedese	
<b>Chapter 8 – Care experiences between different spaces and times</b>	62
<b>Capitolo 8 – Esperienze di cura tra spazi differenti e tempi in divenire</b>	
<b>8.1 - <i>What never dies – Agonies and the Powerful Contact</i></b>	62
<b>8.1 - “L’Amore che non muore” – Vivere il Contatto nell’agonia</b>	
Laura Padmah Galantin	
<b>8.2 - <i>The Way Home. Architecture reformulation to live the end of life</i></b>	64

<b>8.2 - La strada verso casa. Ripensare l'architettura per abitare il fine vita</b>	
Alberto Pavesi	
<b>8.3 - Living the 'waiting time' in the context of an RSA: problems and resources in support of the elderly</b>	67
<b>8.3 - Vivere il "tempo dell'attesa" nel contesto di una RSA: problematiche e risorse a sostegno della persona anziana</b>	
Chiara Furlan	
<b>8.4 - Self-help groups in the grieving process</b>	70
<b>8.4 - L'Auto Mutuo Aiuto nella elaborazione del lutto</b>	
Elisa Di Qual, Maria Teresa Sperotto	
<b>8.5 - Clinical hypnosis, existential changes and identity exploration processes</b>	72
<b>8.5 - Ipnosi clinica, mutamenti esistenziali e processi esplorativi identitari</b>	
Massimo Cotroneo	
<b>Chapter 9 – Different interventions in relationship with the other</b>	73
<b>Capitolo 9 – Interventi diversi nella relazione con l'altro</b>	
<b>9.1 - Intersubjectivity between therapeutic alliance and informed consent</b>	73
<b>9.1 - Intersoggettività tra alleanza terapeutica e consenso informato</b>	
Gaetano Facincani	
<b>9.2 - Guided Affective Imagery in the building and loss of the identity</b>	76
<b>9.2 - Il Vissuto Immaginario Catatimico nella costruzione e perdita dell'Identità</b>	
Marisa Martinelli	
<b>9.3 - Clinical evidences of a Death Education pathway</b>	78
<b>9.3 - Evidenze cliniche di un percorso di Death Education</b>	
Alvise Patron Zennaro	
<b>9.4 - To be and to seem to be through a fantastic storytelling about the self. A qualitative, observational study involving adolescents afflicted by eating disorders</b>	80
<b>9.4 - Essere ed apparire nella narrazione di sé. Una indagine osservativa mediata dal racconto di fantasia con adolescenti affetti da disturbi del comportamento alimentare</b>	
Natascia Bobbo	
<b>9.5 - The territorial pharmaceuticals in Lombardy region: from 'to heal' to 'to care'</b>	83
<b>9.5 - La farmaceutica territoriale in Regione Lombardia: da "curare" a "prendersi cura"</b>	
Maria Adele Frigerio	
<b>Chapter 10 – Representations of death in art and literature</b>	85
<b>Capitolo 10 – Rappresentazioni della morte nell'arte e nella letteratura</b>	
<b>10.1 - Post-mortem identity transformations in ancient world, east and west</b>	85
<b>10.1 - Trasformazioni identitarie post-mortem nel mondo antico orientale e occidentale</b>	
Alessia Zielo, Laura Liberale	
<b>10.2 - The colour from the dark</b>	88
<b>10.2 - Il colore dal buio</b>	
Elena Alfonsi	
<b>10.3 - The Bee and the Hornet. Poetry book</b>	90
<b>10.3 - L'Ape e il Calabrone (silloge poetica)</b>	
Carmelo Consoli	
<b>10.4 - Illness in the work of Andreij Tarkosvkij: a philosophical point of view</b>	91

<b>10.4 - La malattia nel cinema di Andreij Tarkovskij: una lettura filosofica</b> Marica Costigliolo	
<b>10.5 - «We left the camp singing». Removal of death or absoluteness of being present to God? The last days of Etty Hillesum</b>	94
<b>10.5 - «Abbiamo lasciato il campo cantando». Rimozione della morte o assolutezza dell'essere presenti a Dio? I giorni ultimi di Etty Hillesum</b> Massimo Pomi	
<b>10.6 - Rhythm docet - The interactive dance between psychoanalysis, neuroscience and phenomenology</b>	96
<b>10.6 - Ritmo docet - La danza interattiva tra psicoanalisi, neuroscienze e fenomenologia</b> Nicolò Pisello	
<b>Chapter 11 – The role of the body between awareness, disease and relationship</b>	98
<b>Capitolo 11 – Il ruolo del corpo tra consapevolezza, malattia e relazione</b>	
<b>11.1 - Living the body: the psyche-soma relation</b>	98
<b>11.1 - Abitare il proprio corpo: la relazione tra psiche e soma</b> Flora De Martino	
<b>11.2 - The perspective of the body language in the metamorphosis of Self near to death and the need for a different paradigm of care</b>	101
<b>11.2 - La prospettiva del linguaggio corporeo nella metamorfosi del Sé in prossimità della morte e la necessità di un diverso paradigma della cura</b> Cristina Endrizzi	
<b>11.3 - 'CORPOREAMENTE': a Tango Therapy experience to help oncological patients regain a better awareness of their emotions and body strength</b>	104
<b>11.3 - "CORPOREAMENTE": un'esperienza di Tangoterapia per aiutare il paziente oncologico a recuperare una maggiore consapevolezza delle proprie emozioni e dell'energia del corpo</b> Dania Barbieri, Veronica Lorenzoni	
<b>11.4 - Why is it important to be resilient?</b>	106
<b>11.4 - Perché è importante essere resilienti?</b> Sebastiana Boscarino, José Alberto Freda	
<b>11.5 - The philosophical problem: mind-body</b>	107
<b>11.5 - Il problema filosofico: mente-corpo</b> Sebastiana Boscarino, José Alberto Freda	
<b>11.6 - Mirror neurons and self-perception</b>	110
<b>11.6 - Neuronmi specchio e percezione del sé</b> Laura D'Ospina	
<b>11.7 - La scala tra terra e cielo. I livelli dell'essere e della coscienza nell'antropologia e nella storia delle religioni</b>	112
<b>11.7 - The stairway between heaven and earth. The levels of being and consciousness in anthropology and the history of religions</b> Guidalberto Bormolini	
<b>Chapter 12 – The room of silence</b>	115
<b>Capitolo 12 – La stanza del Silenzio</b>	
<b>12.1 - The room of silence: a multifaceted tool of intercultural and psychological needs integration</b>	115
<b>12.1 - La stanza del silenzio: strumento poliedrico di integrazione interculturale e dei bisogni intrapsichici</b>	

Alessandro Bonardi, Gabriella Castagnoli, Eliana Di Tillo

<b>Chapter 13 – Preserving Identity in Dying: tools and reflections</b>	117
<b>Capitolo 13 – Preservare l’Identità nel Morire: strumenti e riflessioni</b>	
<b>13.1 - End of life ethics and identity pluralism. Can we still talk about ‘good death’?</b>	117
<b>13.1 - Etica di fine vita e pluralismo identitario. È ancora possibile parlare di “buona morte”?</b> Matteo Galletti	
<b>13.2 - Deciding and sharing: is the advance care planning a guardian of personal identity and the right to self-determination?</b>	120
<b>13.2 - Decidere e condividere: l’advance care planning custode dell’identità personale e del diritto all’autodeterminazione?</b> Silvia Zullo	
<b>Chapter 14 – Body and awareness in mystique and religions</b>	122
<b>Capitolo 14 – Corpo e coscienza nella mistica e nelle religioni</b>	
<b>14.1 - Body and awareness in mystique and religions</b>	122
<b>14.1 - Corpo e coscienza nella mistica e nelle religioni</b> Guidalberto Bormolini, Nader Akkad, Joseph Levi, Paolo Trianni	
<b>Chapter 15 – Identity, trauma and loss</b>	124
<b>Capitolo 15 – Identità, trauma e perdita</b>	
<b>15.1 - Dying as Cultural Beings: Implications for End-of-Life Care</b>	124
<b>15.1 - Morendo come Esseri Culturali: implicazioni per la cura del fine vita</b> Robert Crupi	
<b>15.2 - Provider concerns about emotional regulation and advanced care planning: New findings and Implications for intervention</b>	125
<b>15.2 – Preoccupazioni dei caregiver riguardo la regolazione emotiva e la pianificazione anticipata di cura: nuovi risultati e implicazioni per gli interventi</b> Elizabeth Brondolo, Amanda Kaur, Gina M. Basello, Alan R. Roth	
<b>15.3 - Implementation of an End of Life Curriculum in Family Medicine that Incorporates Elements of Emotional Communication</b>	126
<b>15.3 - Realizzazione di un curriculum di fine vita nella medicina familiare che incorpora elementi di comunicazione emotiva</b> Lynn Clemow, Rutgers-Robert Wood	
<b>15.4 - Indecisive Surrogate Consenting for Organ Donation After Withdrawing Life Support: Ethical Challenges Requiring Interdisciplinary Approach</b>	127
<b>15.4 - Consenso Surrogato Incerto per la donazione degli organi dopo la sospensione del supporto vitale: sfide etiche che richiedono un approccio interdisciplinare</b> Brigit C. Palathra, Fernando Kawai, Cynthia X. Pan, Jane Morris	
<b>15.5 - When time stands still: Childhood sexual abuse from conceptualization to treatment</b>	129
<b>15.5 - Quando il tempo si ferma: l’abuso sessuale infantile dalla concettualizzazione al trattamento</b> Rachel Lev-Wiesel	
<b>Chapter 16 – The one, the group, the society: a cure for identity?</b>	130
<b>Capitolo 16 – La persona, il gruppo, il sociale: curare l’identità?</b>	
<b>16.1 -The Groupal analytical model for the formation of a dynamic personal and social identity</b>	130
<b>16.1 - Il modello gruppoanalitico per la costituzione di una identità personale e sociale dinamica</b>	

Silvia Dina Corbella

**16.2 - Doctor... Who? Group analytic anchorages on Identity** 132

**16.2 - Doctor... Who? Ancoraggi gruppoanalitici sull'Identità**

Ivan Ambrosiano

**16.3 - Real and virtual identity in new social and group contexts** 134

**16.3 - Identità reale e virtuale nei nuovi contesti sociali e di gruppo**

Marco Longo

**Chapter 17 – Terrorism, the true death's mask** 136

**Capitolo 17 – Terrorismo, la vera maschera della morte**

**17.1 - How to fight terrorism and fundamentalism** 136

**17.1 - Come combattere il terrorismo e il fondamentalismo**

Hafez Haidar

**Chapter 18 – The loss of self-image: aesthetic agony** 139

**Capitolo 18 – La perdita dell'immagine di sé: l'agonia estetica**

**18.1 - Psychology of Appearance: decision-making processes and psychosocial implications** 139

**18.1 - Psicologia dell'immagine di sé: processi decisionali ed implicazioni psicosociali**

Cristina Marogna, Francesca Nobile

**18.2 - Getting ill because of beauty: aesthetic identity agonies** 140

**18.2 - Ammalarsi di bellezza: agonie dell'identità estetica**

Giuseppe Polipo

**18.3 - Cosmetic surgery and psychology of appearance. New fields of collaboration** 141

**18.3 - Chirurgia plastica estetica: la prospettiva del chirurgo. Nuove frontiere di collaborazione**

Francesca Nobile, Luca Siliprandi

**18.4 - Presurgical agonies, how they affect presurgical psychological consultation** 142

**18.4 - Angosce e immaginario preoperatorio: come influiscono dalla consultazione all'intervento**

Marisa Martinelli

**Chapter 19 – Physical illness, trauma, identity** 143

**Capitolo 19 – Malattia fisica, trauma, identità**

**19.1 - To Escape death and don't find your own life anymore. Loss of identity after a severe traumatic brain injury** 143

**19.1 - Scampare alla morte e non ritrovare la propria vita. La perdita dell'identità dopo un grave trauma cranico**

Ilaria Donata Locati, Elisabetta Mondin, Giulia Angonese, Tommaso Martinolli, Sara Parise, Luigi Alberto Gozzi, Eva Maria Giesler

**19.2 - Sense rafts in the archipelago of consciousness. The drift of identities in dementia patients** 145

**19.2 - Zattere di senso nell'arcipelago della coscienza. La deriva delle identità nei malati di demenza**

Palma Minervini

**19.3 - Illness as a re-actualization of trauma, crisis and new significance opportunities** 147

**19.3 - Malattia come riattualizzazione del trauma, tra destrutturazione e nuove opportunità di significazione**

Silvana Rinaldi

<b>19.4 - <i>The carcinoma of the self - Palliative care: a model of intervention for the rebirth of identity</i></b>	149
<b>19.4 - Il Carcinoma del Sé – Le cure palliative: modello di intervento per la rinascita dell’identità</b> Laura Rugnone	
<b>19.5 - <i>Stigma and skin diseases: a barrier between the self and the outside world. The case of psoriasis</i></b>	151
<b>19.5 - Stigma e malattie cutanee: una barriera tra sé e il mondo esterno. Il caso della psoriasi</b> Giorgia Salvagno	
<b>Chapter 20 – Disabling physical illness</b>	154
<b>Capitolo 20 – La malattia fisica invalidante</b>	
<b>20.1 - <i>Elaboration of heart patients’ identity. The psychologist’s role in rehabilitation</i></b>	154
<b>20.1 - Elaborazione dell’identità cardiopatica. Il ruolo dello psicologo nella riabilitazione</b> Alessandro Pinton, Mattero Albertinelli, Vito Sava, Federico Vignaga	
<b>20.2 - <i>Onco-haematological illnesses and identity to the test: criticalness and resources of living by dying, seen with the eyes of those who are ill and those who care</i></b>	156
<b>20.2 - Malattie oncoematologiche e identità alla prova: criticità e risorse del vivere morendo, viste con gli occhi di chi è malato e di chi cura</b> Federica Lo Dato	
<b>20.3 - <i>Emotions and heart – Psychological work with patients with total artificial heart</i></b>	158
<b>20.3 - Emozioni senza cuore – Il lavoro psicologico coi pazienti con cuore artificiale totale</b> Chiara Cavalli, Vincenzo Tarzia, Biancarosa Volpe, Gino Gerosa	
<b>20.4 - <i>Liver transplantation in late adolescence and young adulthood. Qualitative results emerged from a pilot study conducted at Padua University Hospital</i></b>	160
<b>20.4 - Trapianto di fegato in tarda adolescenza e giovane età adulta. Risultati emersi dall’indagine qualitativa realizzata all’interno di un progetto pilota condotto presso l’Azienda Ospedaliera – Università di Padova</b> Silvia Lazzaro, Natascia Bobbo, Patrizia Burra, Giuseppe Milan	
<b>20.5 - <i>Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS) screening project: multidisciplinary approach and intervention</i></b>	162
<b>20.5 - Progetto di screening per popolazione affette da Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS), aspetti multidisciplinari coinvolgenti la qualità della vita</b> Francesca Nobile, Maria Alessandra Scomparin, Luca Siliprandi	
<b>Chapter 21 – Identity and treatment of psychiatric disorders in institutional context</b>	164
<b>Capitolo 21 – Identità e trattamento delle patologie psichiatriche in ambito istituzionale</b>	
<b>21.1 - <i>The identity and treatment of psychiatric disorders in the institutional sphere</i></b>	164
<b>21.1 - L’identità e il trattamento delle patologie psichiatriche in ambito istituzionale</b> Roberto Carnevali	
<b>21.2 - <i>Birth and re-birth of identity in therapeutic process</i></b>	165
<b>21.2 - La nascita e la ri-nascita dell’identità nel processo terapeutico</b> Alessandra Micheloni	
<b>21.3 - <i>Social Identity and clinical practice: depressive feelings arising from Self Categorization</i></b>	167
<b>21.3 - Identità sociale e pratica clinica: i vissuti depressivi derivanti dalla Self Categorization</b> Marina Morgese	
<b>21.4 - <i>Preserving the personal identity in the rehabilitation of serious mental illness</i></b>	168
<b>21.4 - Preservare l’identità personale nella riabilitazione del grave disagio mentale</b>	



Gina Cadeddu, Benedetto Piccicacchi	
<b>21.5 - New forms of relationships for self-reintegration</b>	171
<b>21.5 - Nuove forme di relazionalità per la reintegrazione del Sé</b>	
Raffaella Panzalis, Gina Cadeddu	
<b>Chapter 22 – Supporting Operators: the Supervision</b>	172
<b>Capitolo 22 – Sostenere gli operatori: la supervisione</b>	
<b>22.1 - Supervision and death anguish in a palliative care center</b>	172
<b>22.1 - Supervisione e angoscia di morte in un centro di cure palliative</b>	
Giorgio Cavicchioli	
<b>22.2 - Professional identity agonies. Working in group with healthcare providers of pediatric onc-haematology: the utopia of structuring the emergency</b>	174
<b>22.2 - Agonie dell'identità professionale. Gruppo di parola con gli operatori sanitari di una oncoematologia pediatrica: l'utopia di strutturare l'urgenza</b>	
Francesco Sinatora, Silvia Casella, Nicoletta Di Florio	
<b>22.3 - Taking care of who cares. The evaluation of burnout and alexithymia in palliative care department</b>	176
<b>22.3 - Prendersi cura di chi cura. La valutazione del burnout e dell'alessitimia in un reparto di cure palliative</b>	
Simona Ghedin, Cristina Marogna, Floriana Caccamo	
<b>22.4 - Emotions in the care of people in a vegetative state: fifteen years of group supervision</b>	177
<b>22.4 - Le emozioni nella cura delle persone in stato vegetativo: quindici anni di supervisione di gruppo</b>	
Laura Mainardi	
<b>22.5 - Body, the first level of consciousness. Current relevance of traditional techniques of consciousness exploration</b>	180
<b>22.5 - Il corpo, primo livello della coscienza. Attualità e tecniche di esplorazione della coscienza</b>	
Patrizia Liva	
<b>Chapter 23 – Death, childhood and death education</b>	182
<b>Capitolo 23 – Morte, età evolutiva e death education</b>	
<b>23.1 - Childrens' distress facing surgical experience: perception of death</b>	182
<b>23.1 - Angosce dei bambini di fronte all'esperienza chirurgica: la percezione della morte</b>	
Fiorenza Milano	
<b>23.2 - Death Education and happiness. A multidimensional path analysis between death and happiness</b>	183
<b>23.2 - Death Education e felicità. Una path analysis multidimensionale tra morte e felicità</b>	
Ines Testoni, Marco Piscitello, Lucia Ronconi	
<b>23.3 - Children and death: how we talk to them about it, how they talk about it</b>	186
<b>23.3 - Bambini e morte: come ne parliamo con loro, come loro ne parlano</b>	
Virginia Veruma	
<b>23.4 - Beginning by the end. Conversation about illness and lost in classroom</b>	188
<b>23.4 - Cominciamo dalla fine. Conversazioni sulla malattia e la perdita in classe</b>	
Vittoria Sichi, Silvia Varani, Adir Samolsky Dekel, Luca Franchini, Rossana Messana, Franco Pannuti, Raffaella Pannuti	



<b>23.5 - Taking life back after so much pain</b>	190
<b>23.5 - Riprendersi la vita dopo tanto dolore</b>	
Daniele Venturini	
<b>Chapter 24 – Dealing with one’s own and others’ death: between biography, body and identity</b>	193
<b>Capitolo 24 – Fare i conti con la morte propria e altrui: tra biografia, corpo e identità</b>	
<b>24.1 - The obscene dimension of death as an identitary question to its witnesses</b>	193
<b>24.1 - Dimensione oscena della morte come interrogativo identitario ai suoi testimoni</b>	
Matteo Albertinelli	
<b>24.2 - The professional and personal challenges and difficulties of the Hungarian medical/healthcare staff when facing pre- and perinatal infant death</b>	196
<b>24.2 - Le sfide e difficoltà professionali e personali degli operatori sanitari nei casi di morti pre- e perinatali</b>	
Éva Zsák	
<b>24.3 - Dying Diaries: Writing until the End, Writing the End</b>	199
<b>24.3 - Diari del morire: scrivere fino alla fine, scrivere la fine</b>	
Mariarosa Loddo	
<b>24.4 - The dance of the identity: to identify themselves with the mystery of being. Death Education paths</b>	201
<b>24.4 - La danza dell’identità: identificarsi con il mistero dell’essere. Percorsi di Death Education</b>	
Annagiulia Ghinassi, Deborah Messeri	
<b>24.5 - ‘After me’ project</b>	203
<b>24.5 - Progetto “Dopo di me”</b>	
Giulia Guidotti, Luca Riccardi, Giuseppe Palermo, Vanessa Pozzali	
<b>Chapter 25 – Migrants, culture, identity</b>	204
<b>Capitolo 25 – Migranti, cultura, identità</b>	
<b>25.1 - Survive to meanings. The influence of thought of death and the reconstruction of migrant's identity</b>	204
<b>25.1 - Sopravvivere ai significati. L’influenza del pensiero di morte e la ricostruzione dell’identità dei migranti</b>	
Valentina Castellano Visaggi, Federica Osti	
<b>25.2 - The guest of Cote d'Ivoire</b>	205
<b>25.2 - L’ospite della Costa d’Avorio</b>	
Chiara Zaniboni	
<b>25.3 - Cultural identity in a migrant group. Research in a reception center</b>	206
<b>25.3 - L’identità culturale in un gruppo di richiedenti asilo. Ricerca e intervento in un centro di accoglienza</b>	
Tiziana Buonfiglio, Giorgio Cavicchioli	
<b>25.4 - Death in the soul: fragmented identities in the stories of refugees</b>	207
<b>25.4 - La morte nell’anima: identità frammentate nei racconti dei rifugiati</b>	
Giovanni Frigo	
<b>25.5 - Identity in the age of migrations: threats and opportunities</b>	208
<b>25.5 - L’identità nell’era delle migrazioni: paure e opportunità</b>	
Barbara Carrai	

<b>Chapter 26 – Violence and Identities</b>	211
<b>Capitolo 26 – La violenza e le identità</b>	
<b>26.1 - <i>When Religious Identities Kill. The Case of the BBS's Buddhist Movement in Contemporary Sri Lanka</i></b>	211
<b>26.1 - Quando le identità religiose uccidono. Il caso del movimento buddista BBS nel contemporaneo Sri Lanka</b>	
Vincenzo Pace	
<b>26.2 - <i>The present untenable. Annihilation and identity in the logic of terrorism</i></b>	211
<b>26.2 - Il presente insostenibile. Annientamento e identità nella logica del terrorismo</b>	
Adone Brandalise	
<b>26.3 - <i>Between revenge and reconciliation. Possible relations between overcoming revenge and code of honour in contemporary Albania</i></b>	212
<b>26.3 - Sangue e riconciliazione. Relazioni possibili tra il superamento della vendetta e il codice d'onore nell'Albania contemporanea</b>	
Amedeo Boros	
<b>26.4 - <i>Whole-life Imprisonment and Death Penalty. Institutions of Agony</i></b>	215
<b>26.4 - Ergastolo e pena di morte. Istituzioni dell'agonia</b>	
Nicola Valentino	
<b>Chapter 27 – Parents and children: from the care of the other to the mourning process</b>	217
<b>Capitolo 26 – Genitori e figli: dalla cura dell'altro all'elaborazione del lutto</b>	
<b>27.1 - <i>Loss of parental identity after the birth of a disabled child</i></b>	217
<b>27.1 - Perdita dell'identità genitoriale dopo la nascita di un figlio disabile</b>	
Elisa D'Amato	
<b>27.2 - <i>Familiar caregivers of people with dementia: anticipatory mourning for the identity of the bond</i></b>	220
<b>27.2 - Familiari caregiver di persone affette da demenza: il lutto anticipato per l'identità del legame</b>	
Susanna Falchero, Emanuela Corneli	
<b>27.3 - <i>«That man is not my father!» Dementia and ambiguous grief: an intervention of support and the accompanying in a Nursing Home Placement for Alzheimer's Patients</i></b>	221
<b>27.3 - «Quello non è più mio padre!» Demenza e lutto ambiguo: un intervento di sostegno e accompagnamento per familiari in Nucleo Alzheimer</b>	
Elisa Mencacci	
<b>27.4 - <i>Interrupted lives, broken identities. Survive to the traumatic death of a son</i></b>	224
<b>27.4 - Vite interrotte, identità spezzate. Sopravvivere alla morte traumatica di un figlio</b>	
Liviana Garau	
<b>27.5 - <i>Personal meaning profile, representations of death, and association with psychological distress symptoms</i></b>	226
<b>27.5 - Personal meaning profile, rappresentazioni della morte e l'associazione con i sintomi di distress psicologico</b>	
Giulia Sansonetto, Maddalena Rodelli	
<b>Chapter 28 – Mental Health Services: Institutions', Professionals' and Patients' identity</b>	227
<b>Capitolo 28 – Servizi di Salute Mentale: identità delle istituzioni, dei professionisti e dei pazienti</b>	

<b>28.1 - Identity Changes in Mental Health Professionals to Deep Institutional Transformations</b>	227
<b>28.1 - Cambiamenti identitari nei professionisti della salute mentale di fronte alle profonde trasformazioni istituzionali</b>	
Alessandra Silvestro	
<b>28.2 - Where voice incarnate. Self-harm in Borderline Personality Disorder</b>	229
<b>28.2 - Dove s'incarna la voce. Autolesività nel Disturbo Borderline di Personalità</b>	
Ottavia Passaquindici	
<b>28.3 - Group therapy for institutionalized patients with borderline personality disorder. A training for social identity</b>	230
<b>28.3 - La terapia di gruppo per pazienti con disturbo borderline di personalità in istituzione. Una palestra per l'identità sociale</b>	
Gabriella Bonifaci, Alessandra Silvestro, Francesco Rizzo	
<b>28.4 - Could musical creativity paint the sounds of silence?</b>	232
<b>28.4 - La creatività musicale può colorare i suoni del silenzio?</b>	
Mario Degli Stefani	
<b>28.5 - The Ambulatorio's experience for maternal and paternal affective disorders: from early intervention screening of affective disorders in pregnancy and post partum to an interdepartmental intervention of psychiatry. How to integrate professional skills and identity</b>	234
<b>28.5 - L'esperienza dell'Ambulatorio per i disturbi affettivi materni e paterni: da un intervento precoce di screening dei disturbi affettivi in gravidanza e post partum a un intervento interdipartimentale della psichiatria. Come integrare competenze e identità professionali</b>	
Rossana Riolo, Belinda Ciulli, Luca Mesiano	
<b>Chapter 29 – Challenges of identities</b>	235
<b>Capitolo 29 – Le sfide delle identità</b>	
<b>29.1 - Multiple Identities: Digital Interferences Between Living and Dying</b>	235
<b>29.1 - Identità multiple: interferenze digitali tra il vivere e il morire</b>	
Davide Sisto	
<b>29.2 - Public practices and new identity traits</b>	237
<b>29.2 - Pratiche pubbliche e nuove trazioni identitarie</b>	
Anna Rita Barbuzzi	
<b>29.3 - Rumors of the crisis: identity changes in trade unions and workers</b>	240
<b>29.3 - I rumori della crisi: mutamenti identitari nel sindacato e nei lavoratori</b>	
Federica Cavallaro	
<b>29.4 - Male identity and dis-identity. Crisis, challenges, transformations</b>	242
<b>29.4 - Identità e dis-identità maschili. Crisi, sfide, trasformazioni</b>	
Luca Flesia	
<b>29.5 - Omosexual identity between nature and culture</b>	244
<b>29.5 - L'identità omosessuale tra natura e cultura</b>	
Francesco Rizzo	
<b>Chapter 30 – Living in close contact with the disease</b>	246
<b>Chapter 30 – Vivere a contatto con la malattia</b>	
<b>30.1 - Five red blood cells</b>	246
<b>30.1 - Cinque globuli rossi</b>	

Giulia Spada	
<b>30.2 - A leap into the vacuum: chronic pain</b>	248
<b>30.2 - Un salto nel vuoto: il dolore cronico</b>	
Elisa Paravati	
<b>30.3 - Cancer and identity: the role of extraordinary experiences in the modification of identity and relational theories</b>	251
<b>30.3 - Cancro e identità: il ruolo delle esperienze straordinarie nella modificazione delle teorie identitarie e relazionali</b>	
Elena Pasquin, Paola Castellan	
<b>30.4 - Parental hope in children with Duchenne muscular dystrophy disease</b>	253
<b>30.4 - “L'accettazione costruttiva” nei genitori di ragazzi con distrofia muscolare di Duchenne</b>	
Daniele Ghezzi	
<b>30.5 - Creativity in the end of life: a generative path beyond the confines of the self</b>	255
<b>30.5 - La creatività nel fine-vita: un percorso generativo oltre i confini del sé</b>	
Rosaria Ruffini	
<b>Chapter 31 – Narration of death between the West and the East</b>	256
<b>Capitolo 31 – La narrazione della morte tra Occidente e Oriente</b>	
<b>31.1 - Death and writing: technical resurrection tests</b>	256
<b>31.1 - Lutto e penna: prove tecniche di resurrezione</b>	
Giulio Maffii	
<b>31.2 - Nullifying Nihilism: Shadows of Nothing and Performative Contradictions in Pirandello's Metatheatre</b>	258
<b>31.2 - Nichilismo nullificante(si): Ombre del nulla e contraddizioni performative nel metateatro pirandelliano</b>	
Francesco Chillemi	
<b>31.3 - Cremation: a rite of passage to a new dimension</b>	259
<b>31.3 - Il passaggio per una nuova dimensione</b>	
Maria Angela Gelati	
<b>31.4 - Time of reception, time of inclusion</b>	260
<b>31.4 - Tempo di accoglienza, tempo di inclusione</b>	
Nicola Policicchio	
<b>31.5 - Consideration about Psyche and Consciousness in Traditional Chinese Medicine</b>	263
<b>31.5 - Spunti di riflessione dalla Medicina Tradizionale Cinese su Psiche e Coscienza</b>	
Valeria Toso	
<b>Chapter 32 – New ideas in death studies</b>	265
<b>Capitolo 32 – Nuove idee negli studi sulla morte</b>	
<b>32.1 - Disease, Identity Change, and Suicide</b>	265
<b>32.1 - Malattia, Cambiamento Identitario e Sicidio</b>	
Diego De Leo	
<b>32.2 - Lingering deaths at the margins of life: Searching for a good death in nursing homes</b>	265
<b>32.2 - Morti che si soffermano ai margini della vita: alla ricerca di una buona morte nelle case di cura</b>	
Cristina Douglas	

<b>32.3 - <i>Thanatical metaphors in recent Romanian media representations of old people. From undermined identities to social death</i></b>	266
<b>32.3 - Metafore tanatologiche nelle recenti rappresentazioni mediatiche degli anziani in Romania. Dalle identità minacciate alla morte sociale</b>	
Adriana Teodorescu, Dan Chiribucă	
<b>Chapter 33 – Dilemmas on identity between mind, brain and technique</b>	269
<b>Capitolo 33 – Dilemmi sull'identità tra mente, cervello e tecnica</b>	
<b>33.1 - <i>Using machine deep learning technology to make individualised inferences in brain-based disorders</i></b>	269
<b>33.1 - L'uso dell'approccio deep-learning per fare inferenze individualizzate in disturbi psichiatrici e neurologici</b>	
Andrea Mechelli	
<b>33.2 - <i>Cluster failure: why fMRI inferences for spatial extent have inflated false positive rates</i></b>	270
<b>33.2 - Errore dei cluster: perché i metodi inferenziali di misura spaziale nella fMRI sottostimano il tasso di falsi positivi</b>	
Anders Eklund	
<b>33.3 - <i>Innaccurate fMRI analysis for spatial extent and ROIs: old remedies and new perspectives</i></b>	271
<b>33.3 - Inadeguatezza delle analisi di misura spaziale ROI con la fMRI: vecchi rimedi e nuove prospettive</b>	
Livio Finos	
<b>33.4 - <i>Effects of supine vs sitting position on cortical and cognitive activity: implications for fMRI method and clinical research</i></b>	272
<b>33.4 - Effetti della posizione supina e seduta sull'attività corticale e cognitiva: implicazioni per la tecnica fMRI e la ricerca clinica</b>	
Alessandro Angrilli	
<b>Chapter 34 – Conclusion – Identity: matter and conscience</b>	273
<b>Capitolo 34 – Conclusione – Identità: materia e coscienza</b>	
<b>34.1 - <i>Mind as part of the world and as original horizon</i></b>	273
<b>34.1 - La mente come parte del mondo e come orizzonte originario</b>	
Emanuele Severino	
<b>34.2 - <i>Flesh made Soul: bodily representations in the brain of healthy and diseased people</i></b>	275
<b>34.2 - Carne fatta anima: rappresentazioni cerebrali del corpo in soggetti sani e con lesioni del sistema nervoso centrale</b>	
Salvatore Maria Aglioti	
<b>Chapter 35 – Master Projects Presentation</b>	276
<b>Capitolo 35 – Presentazione progetti Master</b>	
<b>35.1 - <i>"They called him Africa": support and accompanying in post-traumatic grieving in migrants</i></b>	276
<b>35.1 - "Lo chiamavano Africa": progetto di sostegno e accompagnamento nell'elaborazione del lutto post traumatico nei migranti</b>	
Raffaella Acerbi, Giuseppina Balzano, Lorenza Palazzo	
<b>35.2 - <i>With You. Support path to parenting in front of the child's illness</i></b>	278
<b>35.2 - Con Voi. Percorso di sostegno alla genitorialità di fronte alla malattia del figlio</b>	
Barbara Boin, Alessandro Doria, Giuseppe Palermo, Elena Rasi, Lisa Rossi	

<b>35.3 - Following Nature. A path of reflection about the naturalness of death through nature's vitality</b>	280
<b>35.3 - Secondo Natura. Un percorso di riflessione sulla naturalità della morte e attraverso la vitalità della natura</b>	
Giulia Parise, Maria Barbara Liccardi, Madalena Minello	
<b>Posters</b>	282
<b>Poster</b>	
<b><i>'But I still smile'. Declinations of a strong identity</i></b>	282
<b>"Ma io sorrido comunque". Declinazioni di una forte identità</b>	
Tiziana Bruna Bertinotti	
<b><i>New Identities? Considerations on migrants meeting a new culture</i></b>	283
<b>Nuove identità? Riflessioni sull'incontro dei migranti con una nuova cultura</b>	
Anna Paola Capriulo, Valentina Zifarelli	
<b><i>Your smile is in my heart</i></b>	286
<b>Il tuo sorriso è nel mio cuore</b>	
Viviana Ciovati	
<b><i>Vita tua, vita mea. Vegan representations: like acrobats who could protect bodies and worlds from death</i></b>	289
<b>Vita tua, vita mea. Rappresentazioni vegane: come acrobati in grado di preservare i corpi e i mondi dalla morte</b>	
Mirco Costacurta	
<b><i>Psychological therapies to defeat emotional involvement, expectations and fears in organ donation and transplantation</i></b>	290
<b>Terapie psicologiche per sconfiggere il coinvolgimento emotivo, aspettative e timori nella donazione e nel trapianto di organi</b>	
Daria Debowska	
<b><i>Happiness is not a goal to reach, it's a home to come back</i></b>	292
<b>La felicità non è una meta da raggiungere, è una casa a cui tornare</b>	
Marcella De Pra	
<b><i>Narrative construction of death</i></b>	296
<b>La costruzione narrativa della morte</b>	
Ciro De Vincenzo, Marco Locatelli	
<b><i>Dignity therapy, not only for oncology diseases</i></b>	298
<b>Dignity Therapy, oltre la malattia oncologica</b>	
Mino D'Ippolito, Elisa Mencacci	
<b><i>«Do not let anyone suffer alone». The experience of the Pope John XXIII Community</i></b>	300
<b>«Non lasciate nessuno soffrire da solo». L'esperienza della Comunità Papa Giovanni XXIII</b>	
Chiara Forni, Debora Grandis	
<b><i>I share therefore I am: being offline as a self-destruction</i></b>	302
<b>Condivido e dunque sono: essere offline come distruzione del sé</b>	
Mattia Furlan, Ines Testoni	
<b><i>Before I die I want to... Cross-cultural and gender research on the desires to be achieved before dying</i></b>	304
<b>Before I die I want to... Ricerca cross-culturale e di genere sui desideri da realizzare prima di morire</b>	

Sonia Fusina, Maddalena Floriani, Ines Testoni

- Jehovah's witnesses: social mourning analysis between crisis of Self and death anxiety*** 307  
**Testimoni di Geova: l'analisi del lutto sociale tra crisi del Sé ed ansia di morte**  
Giulia Gengarelli, Marianna Capriati
- Can our dreams hurt?*** 308  
**I sogni fanno male?**  
Roberto Gennaro
- Symbolic identity between loosing a job and death anxiety: a qualitative research concerning the identity consequences linked to the job loss*** 311  
**Identità simbolica tra perdita del lavoro e paura della morte: una ricerca qualitativa sulle ripercussioni identitarie connesse alla perdita dell'occupazione**  
Tommaso Ghellar, Filippo Baretta
- From biographic identity loss to the construction of 'migrant' identity in the contemporary age: which task for psychologists?*** 313  
**Dalla perdita dell'identità biografica alla costruzione dell'identità di migrante nell'epoca contemporanea: quale compito per lo psicologo?**  
Riccardo Girolimetto, Martina Contiello, Alessandro Fabbian, Natalia Maffei, Giulia Volponi
- Agony of the identity of a young generation*** 315  
**Agonia dell'identità di una giovane generazione**  
Walter Gusella
- Agony of a school of psychotherapy*** 318  
**Agonia di una scuola di psicoterapia**  
Walter Gusella
- Project «Before I die I want to...»: snapshot of 'close death'*** 321  
**Progetto «Before I die I want to...»: istantanea di una "morte ravvicinata"**  
Erika Iacona, Maddalena Floriani, Ines Testoni
- Pesach*** 323  
**Pesach**  
Paola Ispiro
- Digital identity and manifestation of mourning on Facebook*** 324  
**Identità digitale e manifestazione del lutto su Facebook**  
Raffaella Maiullo
- Chochinov's Dignity Therapy and Schwartz's Theory of Basic Human Values: an integrated perspective*** 327  
**La Terapia della Dignità di Chochinov e la Teoria dei Valori Umani Fondamentali di Schwartz: una prospettiva integrata**  
Gaia Luisa Marinoni
- Political removal of Death and 'Spiral of Silence': analysis of the political communication about Fabiano Antoniani (DJ Fabo)'s case*** 328  
**Rimozione politica della morte e spirale del silenzio: analisi della comunicazione politica rispetto al caso Fabiano Antoniani (Dj Fabo)**  
Carol Martinelli, Alessandra Fantozzi, Zeno Mutton, Nicola Stocco
- I'LL WATCH OVER YOUR SLEEP. The medical professionals' experiences in palliative sedation*** 330  
**VEGLIERÒ IL TUO SONNO. Il vissuto degli operatori nella sedazione palliativa**  
Maddalena Minello

<b><i>'Crossing places': an experience of Death Education with adolescents</i></b>	333
<b>"I luoghi dell'attraversamento": un'esperienza di Death Education con gli adolescenti</b>	
Lorenza Palazzo	
<b>Inner death: pain, loss and transformation</b>	335
<b>La morte interiore: dolore, perdita e trasformazione</b>	
Giuseppe Palermo	
<b><i>Cosmetic surgery: beauty of the body, health of the soul</i></b>	336
<b>Chirurgia estetica: bellezza del corpo, salute dell'anima</b>	
Carlo Alberto Pallaoro	
<b><i>The use of Virtual Reality in Palliative Care</i></b>	339
<b>L'uso della Realtà Virtuale nelle Cure Palliative</b>	
Giulia Parise	
<b><i>Two different approaches to death in SLA</i></b>	340
<b>Morte accolta Vs morte negata nella SLA</b>	
Alessia Passaquieti, Tiziana Ceccagnoli	
<b><i>Living Will</i></b>	342
<b>Il Testamento Biologico</b>	
Savina Passaro	
<b><i>Skin diseases and identity agonies</i></b>	345
<b>Le malattie della pelle come agonia dell'identità</b>	
Nerella Petrini	
<b><i>Meditative practice: effects on body, mind and consciousness</i></b>	346
<b>La pratica meditativa: effetti sul corpo, la mente e la coscienza</b>	
Massimo Pizzetti	
<b><i>EidoSophy: an approach to the alteration of identity in oncology patients</i></b>	347
<b>EidoSofia: un approccio all'alterazione dell'identità nel paziente oncologico</b>	
Daniele Rostellato	
<b><i>Homeless identity</i></b>	349
<b>Identità senza casa</b>	
Salvatore Russotto	
<b><i>Euthanasia in Italy: an exploratory research. The point of view of authoritative witnesses and religious leaders</i></b>	352
<b>Eutanasia in Italia: una ricerca esplorativa. Il punto di vista di testimoni autorevoli e di leader religiosi</b>	
Zarina Zargar	
<b>FACULTY</b>	354





UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

**Identity agonies: Living dyingly**  
*Approaches from Psychology, Neuroscience, Medicine,  
Sociology and Philosophy*

**Agonie dell'identità: Vivere morendo**  
*Approcci da Psicologia, Neuroscienze, Medicina,  
Sociologia e Filosofia*

**SPONSOR - PATROCINI - PARTNERSHIP**

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
**MASTER**  
E CORSI DI PERFEZIONAMENTO E AGGIORNAMENTO

**FISPPA**

DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA,  
SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E  
PSICOLOGIA APPLICATA



PATROCINIO  
REGIONE DEL VENETO

**DPG**

DIPARTIMENTO DI  
PSICOLOGIA  
GENERALE



COMUNE DI PADOVA

**DPSS**

DIPARTIMENTO DI  
PSICOLOGIA DELLO  
SVILUPPO E DELLA  
SOCIALIZZAZIONE



Provincia di Padova

**CIRSIM**

Centro Interdipartimentale di Ricerca  
per gli Studi Interculturali e sulle Migrazioni



Associazione  
Italiana  
di Psicologia





UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

**Identity agonies: Living dyingly**  
*Approaches from Psychology, Neuroscience, Medicine,  
Sociology and Philosophy*

**Agonie dell'identità: Vivere morendo**  
*Approcci da Psicologia, Neuroscienze, Medicina,  
Sociologia e Filosofia*



ACCADEMIA DELLE SCIENZE  
DI MEDICINA PALLIATIVA  
CAMPUS BENTIVOGLIO - Bologna



AFRICANA  
Rivista di Studi Extraeuropei



ANMIG  
Associazione Nazionale Mutilati  
e Invalidi di Guerra

