



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia applicata

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in
Psicologia Clinico-dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

Bonding Psychotherapy: valutazione dell'efficacia dei gruppi residenziali.

Bonding Psychotherapy: evaluation of the effectiveness of
residential groups.

Relatrice
Prof.ssa Silvia Salcuni

Laureando: Andrea Genuin
Matricola: 1203381

Anno accademico 2019/2020

INDICE

INDICE.....	3
INTRODUZIONE	5
1. CAPITOLO I - BONDING PSYCHOTHERAPY.....	7
1.1. LE ORIGINI DEL METODO	7
1.2. LA DINAMICA DEL GRUPPO.....	12
1.2.1 La formazione del gruppo.....	13
1.2.2. Inizio del gruppo: la presentazione.....	15
1.2.3. Movimento espressivo ed esercizi di contatto.....	17
1.2.4. La tecnica del Bonding.....	20
1.2.5. Il lavoro sugli atteggiamenti.....	24
2. CAPITOLO II - L'ESSERE UMANO SECONDO LA BONDING PSYCHOTHERAPY	31
2.1. UN UOMO SFACCETTATO	31
2.2. LE MOTIVAZIONI	33
2.2.1. I bisogni di base.....	34
2.2.2. Il desiderio	41
2.3. LE EMOZIONI	42
2.4. CORPOREITÀ	54
2.5. COGNIZIONI.....	55
2.6. COMPORTAMENTO.....	58
2.7. SPIRITUALITÀ E SIGNIFICATO	59
2.8. CONCLUSIONI.....	61
3. CAPITOLO III - EZIOLOGIA E TRATTAMENTO DEI DISTURBI.....	63
3.1. L'UOMO NELLA SOCIETÀ OCCIDENTALE	63
3.2. IL MODELLO EZIOLOGICO DELLA BONDING PSYCHOTHERAPY	65
3.2.1. La mancata soddisfazione dei bisogni.....	66

3.2.2. Disturbi e attaccamento	69
3.2.3. La genesi interpersonale dei disturbi	71
3.3. TRATTAMENTO	74
3.4. UNA NUOVA PROSPETTIVA	87
4. CAPITOLO IV - VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEI GRUPPI RESIDENZIALI DI BONDING PSYCHOTHERAPY	89
4.1. DESCRIZIONE DEL PROGETTO	89
4.1.1. Obiettivi della ricerca	90
4.1.2. Ipotesi della ricerca.....	90
4.2. MATERIALI E METODO.....	91
4.2.1. Partecipanti	91
4.2.2. Procedura	92
4.2.3. Strumenti utilizzati	93
4.2.4. Analisi statistiche.....	95
5. CAPITOLO V - RISULTATI DELLA RICERCA	97
5.1. ANALISI DEL CAMPIONE.....	97
5.1.1. Consistenza interna.....	97
5.1.2. “Gruppo classico” e “Gruppo Covid”	98
5.1.3. Confronto Pre-Post intervento	100
5.1.4. Correlazioni	120
5.2. COMMENTO AI RISULTATI.....	121
5.2.1. Il gruppo di BP durante l'emergenza sanitaria da Covid-19	122
5.2.2. L'efficacia del gruppo di BP	123
5.3. CONCLUSIONI	126
APPENDICE.....	129
BIBLIOGRAFIA.....	131
RINGRAZIAMENTI.....	137

INTRODUZIONE

Questo elaborato nasce con l'intento di esplorare e approfondire la psicoterapia di gruppo condotta secondo il metodo della Bonding Psychotherapy (BP).

Nel primo capitolo il discorso si sofferma brevemente sulle origini del metodo per poi tentare di descrivere la dinamica del gruppo, svolto in forma residenziale, facendo di volta in volta riferimento ai riferimenti teorici che guidano le pratiche trattate. Il secondo e il terzo capitolo approfondiscono i fondamenti teorici della Bonding Psychotherapy. Nello specifico, nel secondo capitolo viene delineata l'immagine dell'essere umano secondo questa prospettiva. Le diverse sfaccettature dell'uomo sono considerate alla luce della teoria della BP e integrate con diversi contributi provenienti dalla letteratura psicologica più in generale; il lettore si imbatte in considerazioni di stampo psicodinamico, fenomenologico e costruttivista, elementi estrapolati dalla teoria dell'attaccamento e studi provenienti dalle neuroscienze e dalla neurofisiologia. Il terzo capitolo presenta invece il modello eziologico della BP e i fondamenti che guidano il trattamento. In questa sezione viene fatto riferimento in modo specifico alla letteratura sulla BP.

Gli ultimi due capitoli sono dedicati alla presentazione del progetto di ricerca sull'efficacia dei gruppi di BP, svolto dal Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università degli Studi di Padova, nella persona della Prof.ssa Silvia Salcuni, in collaborazione con la Fondazione Progetto Uomo in una col Centro di Solidarietà di Belluno (CeIS). Lo scopo della ricerca è stato quello di indagare quanto i gruppi residenziali di BP (della durata di 48 ore circa) riescano a portare un cambiamento positivo nello stato mentale ed emotivo e in termini di rilassamento e benessere nei partecipanti. Inoltre, è stato misurato l'impatto dei gruppi sulla consapevolezza delle proprie emozioni, sulla regolazione emotiva e sul funzionamento interpersonale. Il quarto capitolo presenta l'intero disegno di ricerca, mentre il quinto i risultati delle analisi effettuate e le conclusioni finali.

Per la scrittura è stato fatto principalmente riferimento ad "A un grido dalla felicità" (Casriel, 1972) e "Bonding Psychotherapy. Theoretical Foundations and Methods" (Stauss ed Ellis, 2007), i due testi fondamentali del mondo della BP. Inoltre, sono stati

consultati alcuni articoli inerenti alla BP ed altro materiale bibliografico specifico sulle varie tematiche trattate. Infine, è stato fondamentale e particolarmente interessante per la stesura di questo elaborato la consultazione di materiale d'archivio raccolto in trent'anni di esperienza di Bonding Psychotherapy presso il CeIS di Belluno.

La sfida, nella scrittura di questo testo, è stata quella di rendere con la parola un'esperienza che non può essere compresa fino in fondo se non vivendola in prima persona.

CAPITOLO I

BONDING PSYCHOTHERAPY

1.1. LE ORIGINI DEL METODO

La Bonding Psychotherapy (BP) nasce negli Stati Uniti negli anni '60 ad opera dello psichiatra Daniel Casriel. In quel periodo era in atto una profonda rivoluzione nella psicoterapia americana. Questa infatti era caratterizzata da tendenze contrapposte. Da una parte la ricerca biochimica, dall'altra l'emergere di tecniche psicoterapeutiche nuove, che tentavano di andar oltre la psicoanalisi tradizionale. In questo scenario, soprattutto dal 1968 in poi, ebbero grande diffusione varie forme di psicoterapia di gruppo, tra le quali rientra il metodo di lavoro relativo ai vissuti emozionali sperimentato da Casriel (1972).

Egli, dopo anni di formazione medica e psicanalitica, nei quali conobbe e fu in analisi con A. Kardiner, allievo di Freud, si ritrovò parecchio insoddisfatto rispetto alla pratica psicanalitica. Riferisce: *“Probabilmente anch'io avrei continuato a vedere le cose sotto questo punto di vista, se la mia attività non mi avesse messo di fronte ai problemi della tossicodipendenza”* (Casriel, 1972). Infatti, dopo aver dato inizio alla propria attività privata, iniziò a lavorare con gruppi governativi e giudiziari per l'applicazione di tecniche psicanalitiche nella riabilitazione di giovani tossicomani (Stauss ed Ellis, 2007). È proprio dall'incontro col mondo della droga che Casriel constata quanto la tossicodipendenza contribuisse alla delinquenza giovanile e quanto la psicanalisi non riuscisse a far smettere ai tossici di usare sostanze. Infatti, i giovani, una volta agganciati dalla droga, diventavano criminali per mantenere le loro abitudini e si servivano di tutta una serie di manipolazioni quali sono le lacrime, le menzogne, le bravate rabbiose, i ricatti emotivi, il fascino, la seduzione, i silenzi risentiti, per evitare di essere scoperti (Casriel, 1972). La psicanalisi falliva nel tentativo di penetrare queste difese, lavoro che richiedeva un numero elevatissimo di ore, tanto che Casriel iniziò a pensare che la dipendenza dalle sostanze fosse impossibile da curare, allineandosi a una convinzione diffusa nella psichiatria di quel periodo.

All'inizio degli anni '60, accettò l'incarico di consulente psichiatrico in una casa di ricovero parziale per tossicodipendenti a New York, progetto che faceva capo all'Istituto Nazionale di Salute Mentale. Prima dell'avvio del centro, l'istituto fornì il denaro per intraprendere una ricerca sulle organizzazioni già esistenti negli Stati Uniti preposte al controllo e al trattamento della tossicodipendenza. Così, "più scoraggiato che mai sulla possibilità di trasformare i tossicodipendenti in persone sane" (Casriel, 1972), nel 1962 visitò Synanon, una comunità della West Coast per la riabilitazione di alcolisti e tossicodipendenti fondata nel 1958 da Chuck Dederick.

Questa visita cambiò radicalmente l'approccio di Casriel nei confronti della dipendenza da droghe e anche della psichiatria in generale. Nella comunità egli vide "tossicomani incalliti diventare individui equilibrati e creativi" (Casriel, 1972). Si confrontò quindi con un metodo che aveva successo nel trattare i tossici; infatti, dal momento dell'ingresso, in cui veniva chiesto loro di abbandonare il sintomo "uso di sostanze", non avevano mostrato altre manifestazioni sintomatologiche di questo tipo. Riprendo le parole dell'Autore per descrivere quale fu la sua esperienza entrando nella comunità:

"La mia prima impressione fu di una attività frenetica e febbrile. Vidi maschi e femmine, bianchi e neri, persone di diversa età. Dipingevano, cucinavano, martellavano. Lavorando, chiacchieravano con entusiasmo gli uni con gli altri. L'espressione dei loro volti era sana e viva. Salutavano i visitatori in un modo aperto e amichevole. E tutto ciò contrastava in maniera impressionante con le personalità tristi, sempre sulla difensiva, spesso letargiche, che avevamo incontrato altrove durante la nostra indagine" (Casriel, 1972, pag.73).

Il successo di Synanon era dovuto principalmente a due elementi. Il primo erano i gruppi d'incontro (chiamati "giochi di Synanon") che si svolgevano tre volte a settimana. Questi gruppi, di cui Casriel fece esperienza in prima persona, erano il luogo in cui le persone della comunità potevano esprimersi liberamente e direttamente le emozioni, specialmente la rabbia, che provavano nei confronti degli altri. Erano dei luoghi di confronto interpersonale nei quali non era ammessa la violenza, ma si assistevano a frequenti e intensi attacchi verbali: si gridava, si urlava, si bestemmiava, ci si insultava, ma alla fine degli incontri le persone chiacchieravano tranquillamente

assieme con un senso di amicizia, calore e benessere. Diventava un momento dove dire il “non detto”, quello che non era possibile o non si era riuscito a dire nella quotidianità. Il secondo era l'importanza data al comportamento: ai tossicomani si diceva di smettere di drogarsi, smettere di raccontare bugie, smettere di rubare, smettere di bere alcool oppure di andarsene (Casriel, 1972). Si chiedeva ai nuovi entrati di abbandonare i propri sintomi per metterli subito a confronto col proprio comportamento. Questo faceva emergere rapidamente le forti emozioni e i vissuti che li alimentavano. Casriel iniziò quindi a riflettere su come avrebbero reagito i suoi pazienti se fosse stato chiesto loro di abbandonare i propri sintomi. Infatti, se non cambia il comportamento, non esiste alcuna speranza di terapia.

L'esperienza di Synanon influenzò parecchio Casriel e il suo lavoro. Egli tornò a New York e co-fondò Daytop Lodge, un centro costruito sul modello di Synanon a Westport nel Connecticut, e Daytop Village a New York. Nella sua duplice esperienza con i tossicomani e con i propri pazienti privati iniziò ad introdurre e sperimentare alcune delle dinamiche che aveva visto a Synanon. Nel 1963 fece un primo gruppo sperimentale con 8 suoi pazienti ossessivi e con disturbi della personalità (che lui definisce “caratteriali”). Il gruppo ebbe un enorme successo: mentre nelle sedute di analisi i pazienti erano riusciti a tenere sotto controllo le loro emozioni, nel gruppo, una volta confrontati sul proprio comportamento (sul modello di quanto avveniva a Synanon), le loro reazioni furono più rapide, intense ed emotive e questo creò nel gruppo un modo di entrare in relazione molto diverso dal solito, più caldo e in sintonia con gli altri. Il confronto tramite l'espressione emozionale era utile, non solo ai tossici, ma alle persone in generale.

Da questo primo esperimento riuscito positivamente, la sua attività andò ad ampliarsi poco per volta, procedendo con prudenza nello sperimentare nuove tecniche e dinamiche. Nel 1970 lasciò Daytop per fondare una propria comunità terapeutica per tossicomani e altri pazienti, AREBA (Accelerated Re-education of Emotions, Behaviours, and Attitudes).

Inizialmente, sulla scia dell'esperienza di Synanon, Casriel era interessato a come il confronto, tramite la rabbia espressa, desse origine, in un secondo momento, a sentimenti di affetto sia nell'aggressore che nell'agredito. Infatti, la manifestazione immediata di emozioni intense dava origine a rapporti buoni e terapeutici e stimolava

atteggiamenti più sani e nuovi "insights" (Casriel, 1972). Inoltre, un individuo, confrontato sul proprio comportamento inadeguato o irresponsabile, incominciava a modificare quelle condotte che erano state oggetto di critiche. Questo tipo confronto sembrava particolarmente utile per smuovere le rigide difese che caratterizzavano molti dei suoi pazienti e questi sembravano non ricevere giovamento dall'analisi.

Nello sviluppare la sua pratica di gruppo con pazienti non tossici, si rese conto della necessità di dare loro non soltanto sfida e provocazione, ma anche amore e appoggio, in particolare per sostenerli in seguito agli attacchi del gruppo. La rabbia era sicuramente un'emozione umana di fondamentale importanza che, come tale, chiedeva di essere espressa, ma Casriel riteneva che i gruppi potessero essere luogo di espressione anche di sentimenti più dolci e più teneri di quanto avesse visto negli incontri di Synanon (Casriel, 1972). L'attenzione ad altre emozioni e sentimenti era necessaria, anche perché la rabbia costituiva chiaramente il preludio a molte altre emozioni. Alcune persone, ad esempio, nel momento in cui percepivano la collera, si spaventavano e scoppiavano in lacrime. A questo proposito, egli racconta un episodio chiave:

“Durante uno di quei primi gruppi, accadde un'altra cosa importante che non aveva nulla a che fare con la collera. Un giorno, una donna di nome Elizabeth sedeva piangendo disperatamente. Commoso dal suo dolore, il "catalizzatore" del gruppo e un'altra donna si alzarono spontaneamente dalle loro sedie, fecero alzare Elizabeth e la abbracciarono. Questo gesto mi colpì. Ero commosso anch'io dalle lacrime di Elizabeth, ma la mia formazione professionale e il mio ruolo all'interno del gruppo mi impedivano di fare ciò che il "catalizzatore" e l'altra persona avevano fatto” (Casriel, 1972, pag.84-85).

Casriel, riferendosi a questo aneddoto, dice che fu un momento cruciale nell'evoluzione del suo metodo. Osservò infatti che tenere tra le braccia la persona che gridava costituiva un sostegno emozionale in più, che rendeva più facile sopportare il vissuto emotivo di dolore o di paura. I suoi gruppi stavano diventando sempre meno un incontro-scontro basato sulla collera e sempre più un luogo di espressione e accoglienza di tutte emozioni portate dai pazienti. Nei gruppi c'era ancora rabbia, ma anche amore.

In queste righe emerge un altro evidente vantaggio dei gruppi. Questi permettevano un confronto che sarebbe stato impossibile in un rapporto analista-paziente. Gli attacchi

verbali, le accuse, il confronto reciproco tra più di due punti di vista infatti non erano leciti né possibili nella situazione a due. Inoltre, egli afferma che il training professionale gli aveva insegnato a evitare la collera nel rapporto con i pazienti, tanto che per lui nei primi gruppi era difficile gridare loro in faccia la propria rabbia. Questo fatto lo spinse ad avvalersi di alcuni "catalizzatori", che non erano psichiatri né psicologi, ma avevano avuto una lunga esperienza diretta dei gruppi, poiché li riteneva maggiormente in grado di esprimere apertamente i loro sentimenti agli altri membri del gruppo.

L'esperienza nel gruppo si rivelò terapeutica per la maggior parte dei partecipanti: *“(I pazienti) venivano incoraggiati a buttare fuori con il grido la loro collera o la paura o il dolore, con la massima intensità, a pieni polmoni. [...] Si confrontavano reciprocamente, sovente con molta più collera di quanto ciascuno non meritasse. Venivano rimproverati, attraverso il grido, di essere emotivamente disonesti; si sentivano dire che erano noiosi quando divagavano narrando i fatti, senza manifestare le emozioni; venivano ammoniti a voce alta, quando fuggivano emotivamente dal gruppo. E venivano sfidati ad abbandonare i loro sintomi distruttivi. Questi pazienti, per la maggior parte, progredivano verso l'equilibrio emotivo più rapidamente di quanto avessero fatto durante la loro terapia strettamente analitica. Soltanto in pochi casi non vidi un reale miglioramento”* (Casriel, 1972, pag.84).

La sperimentazione nei gruppi fu molto positiva e proficua tanto che Casriel decise di diminuire il numero di sedute individuali dei pazienti e di aumentare la frequenza dei gruppi. Egli afferma inoltre che quei pazienti, che prima sembravano inaccessibili dall'analisi, ora si rivelavano molto più aperti e maggiormente coinvolti nel processo terapeutico, le sedute di analisi più interessanti e utili.

La sperimentazione continuò, così come l'evoluzione della dinamica del gruppo. Casriel chiamò il suo metodo “New Identity Process” (NIP), col chiaro intento di sottolineare la trasformazione dell'identità personale che il gruppo favoriva. Nel 1972 pubblicò “A Scream Away from Happiness”, il suo terzo libro, nel quale sviluppò le basi teoriche del proprio metodo. Negli anni successivi Casriel viaggiò per gli Stati Uniti e l'Europa conducendo workshop e insegnando il New Identity Process ad altri psicoterapeuti. Nel 1977 venne fondata la “American Society for New Identity Process” e nel 1981 la

Società Internazionale (ISNIP). Nel 1983 Casriel morì prematuramente, mentre stava scrivendo una versione rivista del suo libro.

Nel 2001, nel corso del board dell'ISNIP, tenuto a Belluno, il nome "New Identity Process" venne cambiato in "Bonding Psychotherapy", perché il termine "nuova identità" poteva essere fuorviante. Si scelse invece di sottolineare il bisogno degli esseri umani di sentirsi in rapporto con gli altri, il bisogno di "bonding" appunto, che viene sperimentato e vissuto fisicamente nella dinamica del gruppo.

Anche il logo della Società Internazionale riprende questo bisogno, rappresenta infatti due persone stilizzate che si abbracciano ed è per questo chiamato "The Huggers".

Al giorno d'oggi la Bonding Psychotherapy (BP) viene praticata negli USA, in Argentina e in molti stati europei, quali Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda, Portogallo, Slovenia e Svizzera.

In Italia, nel 1987 è stata fondata la SIPE (Società Italiana di Psicoterapia Emozionale), che fa proprio questo metodo.

Come Casriel (1982) affermava, "*Il New Identity Process (Bonding Psychotherapy) è un processo vivo che continuerà a cambiare; che è capace di adattarsi ai nuovi problemi che si presentano*" (Stauss ed Ellis 2007, pag 17).

1.2. LA DINAMICA DEL GRUPPO

Alla fine di ogni gruppo di Bonding Psychotherapy, viene detto sempre ai partecipanti di non provare a raccontare quello che è stato fatto o è successo nel gruppo, poiché si tratta di un'esperienza sempre diversa, irripetibile e, soprattutto, difficilmente comprensibile a chi non l'ha sperimentata precedentemente in prima persona. È un dato di realtà: molte delle cose che avvengono nel gruppo sono difficili da raccontare a parole. Questo avviene perché nella dinamica di gruppo sono di centrale importanza dimensioni esperienziali, difficilmente riproducibili tramite una conoscenza dichiarativa, quali sono: l'uso del corpo, l'espressione fisica delle emozioni, le sottili sensazioni che emergono, il contatto e la vicinanza. Lo stesso Casriel, nel primo capitolo del suo libro "A un grido dalla felicità", accingendosi a parlare del suo lavoro con i gruppi, sottolinea questo fatto: "*questo metodo costituisce un procedimento basato*

sull'esperienza. Esso trae origine prima di tutto dai sentimenti delle persone ed è difficile da tradurre in parole” (Casriel, 1972, pag. 19).

Premessa questa difficoltà insita nel compito, si procederà ora a descrivere in generale come si svolge nel concreto un gruppo BP, in modo da illustrare e rendere più facilmente comprensibili le dinamiche che si creano all'interno e avere un background comune, per discutere poi i fondamenti teorici del metodo.

Al giorno d'oggi, i gruppi di Bonding Psychotherapy vengono svolti in diversi contesti e perciò sono strutturati in maniera diversa. Come riferiscono Stauss ed Ellis (2007), sono spesso usati in un setting ambulatoriale in combinazione con la terapia individuale. Si tratta di gruppi che si svolgono generalmente una volta alla settimana, di una durata di due ore o due ore e mezza, nelle comunità terapeutiche, luogo nel quale sono nati, per il trattamento delle dipendenze e dei disturbi della personalità e anche nella forma di gruppi aperti della durata di un weekend.

In queste righe verrà descritta l'esperienza del gruppo BP, strutturato in quest'ultima modalità, così come viene condotto nelle date organizzate dalla Fondazione Progetto Uomo assieme al CeIS di Belluno, gruppi nei quali si è svolta la ricerca che verrà presentata negli ultimi capitoli. Si tratta un gruppo, della durata di 48 ore circa (dal venerdì sera alla domenica pomeriggio), che si svolge mensilmente da 30 anni.

1.2.1. La formazione del gruppo

La partecipazione al gruppo è libera, chiunque può prendervi parte dopo aver svolto un colloquio preliminare, effettuato per valutare l'idoneità alla partecipazione. Il colloquio iniziale, come suggerisce Kats (2004), è importante soprattutto per valutare alcune condizioni per cui l'esperienza del gruppo BP è sconsigliata: questo riguarda le persone con disturbi psicotici in corso, con disturbo borderline di personalità grave, gli individui che si trovano nella fase maniacale di un disturbo bipolare e i tossicomani che non hanno smesso di usare sostanze per un sufficiente periodo di tempo. Altre condizioni da escludere preliminarmente sono invece di natura somatica, come le malattie cardiovascolari, l'ipertensione con cause organiche, il distacco di retina e lo stato di gravidanza.

Il colloquio è un momento importante anche per sondare i motivi che spingono una persona a partecipare, per valutare quindi quanto l'esperienza nel gruppo possa essere utile per lo scopo che l'aspirante partecipante spera di ottenere o invece per concordare degli obiettivi più realistici che egli può effettivamente raggiungere.

La procedura d'inserimento comprende anche la compilazione di un'autointervista, utile per i conduttori del gruppo per focalizzare i nuclei centrali su cui lavorare, che raccoglie i dati personali, riguardanti la condizione psichica e medica, l'anamnesi familiare e personale e informazioni sulle relazioni con gli altri, in particolare con la famiglia.

La composizione del gruppo è solitamente eterogenea, sia per età, che per sesso, che per esperienze fatte col metodo della BP. Dal momento che, come affermano Stauss ed Ellis (2007), nella Bonding Psychotherapy l'origine di un disturbo emozionale viene ricondotta a problemi interpersonali, essa può essere considerata un modello generale di trattamento, per questo è possibile lavorare in gruppo con individui con disturbi e sintomatologie molto eterogenee. L'eterogeneità delle persone risulta essere non solo una possibilità ma un elemento auspicato e ricercato nella composizione del gruppo: una buona presenza sia di maschi che di femmine risulta essere un fattore molto importante poiché, nelle dinamiche che si creano, questo può facilitare l'emergere di conflitti nel rapporto con uno specifico sesso o portare alla luce bisogni d'accudimento o d'appartenenza legati alla figura materna o paterna. Le differenze di età e la varietà di stili relazionali dei partecipanti possono inoltre attivare emozioni e vissuti legati a specifiche importanti figure della vita individuale. Risulta fondamentale che il gruppo sia il più variegato possibile perché, oltre a riportare in superficie conflitti, atteggiamenti e schemi che guidano le relazioni interpersonali dei partecipanti, permette che questi siano attivati nel qui ed ora e rielaborati tramite un'esperienza emotiva correttiva che può essere fatta nel gruppo (Stauss ed Ellis, 2007).

Anche la presenza di persone che hanno già esperienza con la Bonding Psychotherapy fornisce dei vantaggi: infatti, nei gruppi si verifica un rapido apprendimento nel riconoscere le emozioni e gli atteggiamenti che guidano i comportamenti degli altri. I partecipanti più esperti aiutano quindi, direttamente e indirettamente, i conduttori nel favorire il processo di gruppo e i nuovi entrati ad aver fiducia nel metodo.

È invece controindicata la presenza di familiari stretti nello stesso gruppo, soprattutto quando il legame di parentela è verticale, come nel caso dei genitori e dei figli. Ci si

attiene a questo perché il partecipante possa concentrarsi appieno sul proprio lavoro nel gruppo e perché le emozioni espresse, molto intense, spesso rivolte a queste figure significative, potrebbero essere difficili da sostenere e da capire nel qui ed ora per i diretti interessati. Diverso è il caso dei rapporti di coppia o di amicizia: spesso persone amiche partecipano a uno stesso gruppo mentre il caso delle coppie è più complicato. Coppie, meglio se già esperte di BP, possono lavorare assieme nel gruppo e da questo trarre benessere, una maggior apertura emotiva e migliorare la loro relazione. Casriel (1972), nei propri gruppi, se riteneva che fosse una cosa opportuna ai fini della terapia, chiedeva che il paziente coinvolgesse il coniuge. Tuttavia, nei gruppi svolti dal CeIS di Belluno si verifica raramente che una coppia lavori assieme nella stessa sessione di gruppo.

La numerosità del gruppo nella durata di un weekend è variabile, solitamente ci sono tra i 15 e 25 partecipanti, ma è possibile arrivare anche a condurre una sessione con 30 persone. Guidano il gruppo più conduttori, nel numero minimo di due. Si tratta di persone specificamente formate che hanno svolto il training presso l'International Society for Bonding Psychotherapy (ISBP).

1.2.2. Inizio del gruppo: la presentazione

Il gruppo, come precedentemente accennato, ha inizio il venerdì sera. Riuniti in cerchio, si svolge l'introduzione al gruppo: vengono fatte le presentazioni e spiegate poche regole base. Come già indicato da Casriel (1972), viene vietata l'assunzione di alcool e droghe (al di là dei farmaci prescritti dal medico) per tutta la durata del gruppo, viene consigliato di abbandonare le sigarette e vengono proibiti i comportamenti violenti. Infatti, l'assunzione di sostanze psicoattive compromette il processo terapeutico, poiché esse influenzano chimicamente l'umore e la percezione delle emozioni e impediscono l'espressione autentica. In questo primo momento viene chiarita subito anche la questione della violenza spesso viene confusa e accostata alla rabbia. La rabbia infatti non è violenza, la rabbia è emozione che richiede di essere espressa e che ci spinge ad affrontare la difficoltà e ad andare al di là dell'ostacolo. La violenza invece è un'azione, fisica o meno, che va a violare alcune norme sociali; essa non è espressione ma azione, azione che solitamente prende il posto dell'espressione autentica della rabbia e

nasconde la paura. Dal momento che molti esercizi vengono fatti in gruppo e presuppongono il contatto fisico con espressione della rabbia, questa specificazione è fondamentale, anche dal punto di vista etico e professionale, perché non si possa assistere al passaggio alla violenza.

Oltre a queste regole, vengono vietati anche gli approcci sessuali e i tentativi seduttivi per intraprendere relazioni amorose, relazioni che rischiano di compromettere la coesione del gruppo, che deviano dall'obiettivo primario del processo e che spesso si rivelano degli acting-out.

Una volta definiti i confini del gruppo, raccomandato un vestiario comodo (tuta), la messa da parte di cellulari, orologi, braccialetti, cose che interferiscono e distraggono, la seduta comincia. I partecipanti, a turno, rispondono alla domanda: "come mi sento in questo momento e su cosa intendo lavorare?" (Kooyman, Olij, e Storm, 2014). In questo momento tutte le persone hanno la possibilità di raccontare perché hanno scelto di partecipare al gruppo, che cosa le ha condotte lì e di focalizzare su cosa hanno bisogno di lavorare. Questo non è solo un momento informativo, necessario ai terapeuti per indirizzare il successivo lavoro, ma ha già valore terapeutico e educativo. In particolare, i presenti si prendono la responsabilità del loro essere nel gruppo, prendono atto di alcune difficoltà che riscontrano nella vita quotidiana ed esprimono al gruppo un bisogno, generalmente quello di stare meglio. Si tratta dell'espressione responsabile di un bisogno che può trovare risposta solo se comunicato e ha già in sé un forte valore educativo.

L'emozione che solitamente pervade i nuovi partecipanti, in questi primi momenti, è la paura. Hanno paura, molto semplicemente, di manifestare qualsiasi tipo di emozione, compresa la paura stessa. Il gruppo accoglie positivamente questi sentimenti, senza giudizi, poiché gli altri presenti ricordano la propria inquietudine al primo gruppo e capiscono perfettamente lo stato dei loro compagni. Più nello specifico, la reazione del gruppo dipende anche da quanto è sincero il nuovo venuto, da quanto si coinvolge con gli altri, e dai sentimenti che ha dimostrato (Casriel, 1972). La sincerità emotiva è uno degli elementi che più il gruppo ricompensa. In ogni caso, di solito, non si chiede mai troppo a un nuovo venuto.

Una volta che ognuno si è presentato e ha raccontato cosa l'ha portato a partecipare al gruppo la serata si conclude. La seduta dura in rapporto al numero di presenti e alla capacità dei conduttori di gestire le comunicazioni e i racconti delle persone.

1.2.3. Movimento espressivo ed esercizi di contatto

La mattina del sabato inizia il lavoro vero e proprio nel gruppo. Come affermano Kooyman et al. (2014), nel gruppo i partecipanti lavorano principalmente con due tecniche: la tecnica del Bonding e quella dell'atteggiamento, di cui parlerò a breve. In preparazione a questi momenti, si inizia il lavoro con degli esercizi di movimento espressivo e di contatto.

Si tratta di esercizi che, secondo Brocchini (manoscritto inedito, ultima modifica febbraio 2020), permettono *“l'esperienza personale e unica di contatto con sé stessi e gli altri attraverso il movimento individuale e grupale, nell'immersione profonda nella musica e nel suo ritmo”*. Tramite questi è possibile cominciare a muovere e ad ascoltare il corpo e iniziare ad incontrare gli altri: incontro che è di sguardi, di mani, di voci ed emozioni, di movimenti. Il gesto che rappresenta l'incontro in modo profondo è l'abbraccio, il Bonding, in cui ognuno dona sé stesso e riceve l'altro, in una sintonizzazione che porta all'appartenenza. In molti esercizi, infatti, il contatto inizia dagli occhi e culmina col contatto fisico, nell'abbraccio con gli altri. Come affermano Kooyman et al. (2014), questi sono il primo passo verso l'esperienza di intimità con l'altra persona. Brocchini (2020) classifica questi esercizi in sette categorie:

1. Esercizi di accoglienza
2. Esercizi di riscaldamento corporeo
3. Esercizi di respirazione
4. Esercizi di espressività corporea
5. Esercizi per infondere energia
6. Esercizi espressivi di Bonding Psychotherapy
7. Esercizi di salute

Gli esercizi sono molto vari (consiglio le fonti in bibliografia a chi volesse approfondirli) e, come si può intuire dalla classificazione, hanno diverse finalità. Queste possono essere raggruppate, come suggerisce Brocchini (2020), in tre direttrici principali: comportamento, emozioni e atteggiamenti, che si rifanno allo schema dell'uomo triangolare proposto da Casriel (1972). Il Movimento espressivo coinvolge e va a lavorare su tutte e tre le facce dell'essere umano:

- Comportamento: si sviluppa sull'intera gamma di comportamenti attuabili, dalla staticità, percependo il respiro e il battito cardiaco, fino alla corsa, diventando frenesia e perdita di controllo;
- Emozioni: sollecita vari stati e sensazioni, permette di sperimentare le emozioni primarie e i sentimenti che si dipanano: piacere-dispiacere, vitalità-astenia, paura e chiusura-sorpresa e apertura;
- Atteggiamenti: permette l'emergere di giudizi su di sé negativi, prima inconsapevoli, sul proprio essere inadatto, sbagliato, brutto, incapace (Brocchini, 2020).

L'utilizzo della musica è molto importante, in particolare, favorisce la sintonizzazione con i ritmi alternati del sistema simpatico e parasimpatico: le musiche ritmiche e gioiose attivano il sistema simpatico, quelle lente e melodiche favoriscono stati di regressione e stimolano il sistema parasimpatico. Inoltre, il contenuto emotivo della musica influenza il movimento, che si allinea ad essa favorendo il sentire gruppale (Brocchini, 2020).

La fisicità dei movimenti e del contatto è la qualità fondamentale degli esercizi. Tramite essi si fa esperienza diretta delle tensioni, delle emozioni che emergono, del piacere e delle difficoltà che nascono facendo un particolare movimento, piuttosto che incontrando un'altra persona in un contatto ravvicinato. "Mi piace-non mi piace, mi dà fastidio, mi fa rabbia, è divertente o, al contrario, mi annoia..." tutti vissuti che nascono dall'esperienza, elementi su cui sarà possibile ritornare a lavorare in seguito, perché sono stati sperimentati. Il che è diverso dal capire o dal conoscere.

È opportuno fare alcune precisazioni sulla centralità dell'esperienza fisica, approfondendo cosa avviene a livello fisico ed emotivo quando si muove profondamente il corpo. Per fare questo ci soffermeremo su alcuni principi della

bioenergetica, metodologia con la quale la BP condivide alcuni principi teorici e alla quale fanno riferimento alcuni esercizi di movimento.

L'analisi bioenergetica è un metodo di psicoterapia, sviluppato da Alexander Lowen a partire dalla metà del secolo scorso, che integra il corpo nel processo analitico. Secondo Lowen (1989), mente e corpo non possono essere separati e quindi non ci possono essere esperienze che non influenzino equamente entrambi: ogni esperienza nella vita, così come viene ricordata nella mente, viene infatti strutturata nel corpo di una persona. Ogni stress produce uno stato di tensione nel corpo ma, mentre la normale tensione scompare quando viene meno la fonte di stress, quella cronica persiste come atteggiamento corporeo o assetto muscolare inconscio (Lowen & Lowen, 1977). Per questo motivo la tensione cronica (o ipotonia simpatica), che pone l'individuo in un costante atteggiamento difensivo, e la repressione degli impulsi emozionali piacevoli producono nel tempo una serie di blocchi che si organizzano in una corazza muscolare che riduce la mobilità delle cellule e l'irrorazione sanguigna dei tessuti (Galimberti, 2018c). Secondo Lowen (1989), per lavorare la struttura del carattere di un individuo, "incarnata" nel corpo, è necessario sciogliere le tensioni fisiche. Per questo motivo, iniziando il lavoro nel gruppo BP, si utilizzano specifici movimenti per aiutare la persona a iniziare a sentire il proprio corpo, le tensioni che lo pervadono e che ne limitano la mobilità e l'energia posseduta. Ridurre la tensione muscolare, infatti, migliora la capacità di sentire e la vitalità del corpo. Inoltre, tramite gli esercizi di movimento-bioenergetica, si inizia ad abbassare la curva dello stress e si aumenta la capacità di provare piacere (Padrini, Lucheroni, e Bruttomesso, 2011).

Un ruolo importante in questa fase è dato al respiro. L'obiettivo è quello di riacquisire una respirazione libera. Il respiro infatti, più di tutti, ci mostra l'unità o la reciproca interazione tra mente e corpo. Quando abbiamo paura, per esempio, naturalmente ci si blocca il fiato e interrompiamo la normale respirazione. Si tratta di una reazione per controllare la situazione pericolosa; però, se lo stato di paura permane, il blocco diventa cronico e la respirazione si fa rigida e meno ampia. Sciogliendo le tensioni, invece, riacquistiamo la capacità di respirare in modo più naturale, come quando eravamo bambini. Una respirazione libera e profonda favorisce la nostra carica energetica e ci permette una maggiore possibilità di espressione (Padrini et al., 2011).

Inoltre, iniziare a mobilitzare il corpo attraverso una respirazione più profonda, con esercizi pure di bioenergetica, è molto utile per iniziare il lavoro con le emozioni, poiché spesso evoca sentimenti che sono stati a lungo soppressi. Secondo Lowen (1989), il dolore è sempre coinvolto nella contrazione muscolare. In particolare, quest'ultima è una manovra funzionale a diminuire il dolore, dolore di una lesione, di un desiderio insoddisfatto, di un'umiliazione, della perdita o della frustrazione. "Piuttosto che continuare a sentire dolore, diminuisco il mio sentire", questo è quello che accade a livello inconscio. Quando la tensione muscolare viene rilasciata, spesso la paura e la causa storica a cui è legata emergono alla consapevolezza. Infatti, dal contatto più profondo col proprio corpo un partecipante può iniziare a capire la relazione tra il suo presente stato fisico e le esperienze della sua infanzia che l'hanno creato. Perciò, rilasciare il controllo è inizialmente sperimentato come doloroso, ma dopo il rilascio questa diventa gradualmente una sensazione di piacere.

Ri-iniziare a sentire è l'obiettivo di questo primo momento del gruppo e verrà poi approfondito nei momenti successivi. Nella Bonding Psychotherapy non interessa tanto l'interpretazione delle tensioni ma che, sciogliendole, si possa sentire di più. Questo è ancor più importante oggi dal momento che, come affermano Padrini et al. (2011), assistiamo a una tendenza esasperata alla cerebralizzazione come meccanismo di difesa per poter sopravvivere e reggere lo stress del conflitto emotivo. Tramite la mente, infatti, compiamo un'operazione di astrazione che inevitabilmente ci porta ad avere un'immagine della realtà (che può assumere carattere difensivo). Gli esercizi fisici, invece, sfavoriscono questo processo poiché portano subito l'attenzione sul sentire, sulle sensazioni e le emozioni che nascono dal corpo, e le collocano nella realtà del "qui e ora". Le emozioni ci mettono sempre a contatto con la realtà vera da cui è possibile iniziare un cambiamento radicale, questo è uno dei fondamenti della BP. Ogni sintomo nevrotico, infatti, nasce dall'incapacità personale di conoscere e accettare la realtà base del corpo; il capirsi, al contrario, inizia sentendo il proprio corpo (Lowen, 1989).

1.2.4. La tecnica del Bonding

Terminati gli esercizi di movimento e di contatto, dopo un breve spazio di feedback dove ognuno esprime qual è l'emozione che sente prevalente in quel momento, si

svolge l'esercizio del Bonding, con il quale il gruppo entra nel vivo. L'esercizio viene fatto in coppia e si lavora a turno. Nella formazione delle coppie c'è un'unica particolare attenzione verso i nuovi arrivati: si chiede loro di scegliere un compagno che ha già lavorato nel Bonding, in modo che ci sia almeno una persona esperta in ogni coppia. L'esercizio è portato avanti in contemporanea da tutti i partecipanti, sotto la supervisione di due terapisti (Klerk-RoscamAbbing, 1994).

La persona che inizia a lavorare circonda con le braccia il "partner", abbracciandolo. Secondo Kooyman et al. (2014), questo può stare in piedi, seduto o stendersi giù a terra. Nei gruppi in questione l'esercizio si svolge a terra, stesi su dei materassi: chi lavora sta sotto, il compagno invece si stende prono sopra di lui in una posizione di intimità. Si tratta di una posizione in cui chi sta sopra può fornire contenimento e protezione a chi sta lavorando, senza intervenire sul suo lavoro.



- Figura 1.1 – Posizioni per effettuare l'esercizio del Bonding.

L'esercizio inizia invitando le persone che stanno sotto a iniziare a esprimere le emozioni che avvertono, sentendo e avvalendosi del compagno come contatto sicuro e sostegno in questo compito. Le emozioni sentite, gradualmente, sono dette sempre più forte ed eventualmente espresse gridando. Ciò avviene quando viene stabilito il contatto con emozioni represses del passato (Geerlings & De Klerk-RoscamAbbing, 1985; Stadtmüller & Gordon, 2011). Come affermano Kooyman et al. (2014), quando c'è un'intensa liberazione o rilascio dell'emozione, le parole generalmente vengono meno e non resta che "buttare fuori", gridando la rabbia, lo spavento o il dolore con un "Aaah!". Non sempre è facile per i partecipanti agganciare le emozioni profonde e sono i terapisti che li aiutano in questo. Quando questo compito risulta difficile, una tecnica per arrivare

in contatto con le emozioni represses sta nell'usare piccole ed efficaci affermazioni: in genere sono versioni positive di atteggiamenti negativi, per esempio "merito di essere amato - ho diritto di amore", profondamente legati alle emozioni (Kooyman et al., 2014).

Dopo aver espresso l'emozione fino in fondo, il partecipante di solito sperimenta una sensazione di rilassamento che gusta in silenzio, sentendo la positiva intimità dell'altro partner (Bonding), durante un periodo di quiete (Kooyman et al., 2014).

Tale esercizio di solito risveglia molte emozioni nascoste e profonde. Infatti, come sottolineano Kooyman et al. (2014), giacendo abbracciati insieme sul materasso, con il contatto fisico, ma senza il contatto visivo, può essere stimolata la regressione. Stadtmüller e Gordon (2011) riportano una vignetta clinica che parla di quest'esperienza, affermano:

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

Nell'esercizio del Bonding non solo possono essere toccate emozioni sopresse molto antiche, di solito connesse a eventi traumatici, ma alcuni fanno un'esperienza completa di regressione. Le emozioni che emergono portano con sé eventi specifici o ricorrenti del passato a cui sono legate, spesso avvenuti addirittura nella prima infanzia; permettono di rivivere queste situazioni e di sperimentarle, così come erano state vissute in quel preciso momento (nella vignetta descritta le emozioni sono sperimentate nel “qui e ora” così come le aveva vissute allora il bambino di tre anni). Per questo, per avere un Bonding efficace, è importante esprimere le emozioni che sono connesse con esperienze del passato non risolte, affinché le emozioni negative siano espresse in un ambiente sicuro (Kooyman et al., 2014). L'atmosfera sicura del gruppo permette, infatti, un'esperienza correttiva che si concretizza in una certezza perfino fisica: *“sono accettato in tutta l'intensità delle mie emozioni”* (Kooyman et al., 2014; Stadtmüller e

Gordon, 2011). Tramite il Bonding, l'intimità fisica, che fu all'origine terribile e minacciosa, può essere sperimentata nel "qui e ora" del gruppo come piacevole e sicura.

Kooyman et al. (2014) evidenziano alcune problematiche di questo esercizio di cui i terapeuti devono essere consapevoli:

- È opportuno tracciare le linee di confine e togliere confusione tra Bonding e sessualità dal momento che, durante la BP e in particolare nell'esercizio del Bonding, c'è molto contatto fisico. Il terapeuta deve essere consapevole del "rischio", specialmente a livello etico, ed è tenuto ad aderire al codice etico che è stato pubblicato dalla Società Europea per la BP. Nella pratica, in genere, i ruoli del gruppo e il clima di sincerità aiutano a rassicurare che non ci sia spazio per le azioni sessuali.
- È importante prestare attenzione che non ci possano essere episodi di violenza fisica. In realtà, Kooyman et al. (2014) riportano che in questi gruppi non è mai successa alcuna violenza fisica e spiegano che ciò è probabilmente dovuto al fatto che le emozioni primarie sono espresse con il grido o per abreazione in un modo sicuro. L'espressione renderebbe più difficile il passaggio all'azione (violenta). L'attenzione per l'incolumità fisica dei partecipanti è particolarmente alta durante gli esercizi sulla rabbia: se il partecipante aggancia una fortissima rabbia durante il Bonding, dove l'intimità con l'altra persona non può essere tollerata a lungo, gli si può permettere di colpire un cuscino affinché la rabbia venga espressa in modo sicuro.
- L'attenzione va anche alla possibilità che si verifichino reazioni psicotiche durante un esercizio così intenso. Gli autori (Kooyman et al., 2014) riferiscono che reazioni psicotiche, riportate dagli specialisti della BP, si sono avute solo poche volte nella loro pratica. In questi casi si assistette a una breve reazione maniacale provocata, in una sessione di gruppo, per un eccesso emotivo di amore e piacere. Affermano, inoltre, che questa può avvenire a seguito della dissociazione e della regressione e che, quando il partecipante si dissocia, il terapeuta può risolvere il caso riportando il membro del gruppo nel "qui-e-ora" col contatto oculare, recando incoraggiamento e offrendo rassicurazione.

Normalmente, superata la crisi col rassicurante contatto oculare, il partecipante è ancora capace di rilasciare le emozioni profonde.

- Infine, i terapeuti devono essere vigili e prendersi cura dei partecipanti per proteggerli da ulteriori esperienze traumatiche. Quest'attenzione è importante soprattutto nel caso di persone che hanno subito violenze o che hanno avuto esperienze di incesto, che potrebbero rivivere nel contatto fisico con persone dello stesso sesso dell'abusatore.

Il Bonding, in un gruppo della durata di un weekend, può essere fatto una o più volte, secondo le decisioni che i terapeuti prendono in riferimento alle necessità che riscontrano nei partecipanti. Se l'esercizio viene ripetuto più volte viene raccomandato ai partecipanti di scegliere in ogni sessione compagni differenti. L'esercizio del Bonding è probabilmente il momento emozionalmente più intenso dell'intera esperienza del gruppo di Bonding Psychotherapy.

1.2.5. Il lavoro sugli atteggiamenti

L'altro momento fondamentale del gruppo BP è il lavoro sugli atteggiamenti (o attitudini). L'atteggiamento è un pensiero basilare che dirige la percezione di una persona, una convinzione fondamentale che guida la vita e determina, in un'ottica costruttivista, come una persona percepisce il mondo (compreso sé stesso/a), lo stile di pensiero, la tonalità affettiva di base e, di conseguenza, le interazioni e l'azione (Stadtmüller e Gordon, 2011). Gli atteggiamenti sono valutazioni di sé stessi e delle relazioni, molti dei quali vengono interiorizzati precocemente nell'infanzia, addirittura prima dei tre anni, tramite i meccanismi di introiezione, internalizzazione e identificazione. Come affermano Stauss ed Ellis (2007), sono cognizioni legate a bisogni di base e alla loro soddisfazione.

Più nello specifico, se un bisogno ripetutamente non viene appagato può nascere uno schema emozionale e cognitivo disfunzionale legato all'aspettativa nei confronti della soddisfazione di tale bisogno. Per prevenire il dolore si svilupperà, in questo caso, un atteggiamento disfunzionale, del tipo "Io non ho bisogno", che, pure in età adulta, ne impedirà la soddisfazione.

Il lavoro su queste convinzioni è, oggigiorno, parte integrante di molti approcci psicoterapeutici, come la terapia della Gestalt, l'analisi transazionale, la terapia cognitiva e la schema therapy (Stadtmüller e Gordon, 2011). Anche per la Bonding Psychotherapy è molto importante questo tipo di lavoro, poiché Casriel (1972) si accorse che non serviva a molto esprimere l'emozione fino in fondo se poi non cambiava la realtà delle situazioni vissute. Infatti, alcune persone, in questi primi gruppi, raggiungevano un profondo livello di consapevolezza emotiva tramite l'espressione ma poi ripiegavano nuovamente in vecchi modelli di comportamento, cadendo vittima delle emozioni storiche e distorte che avevano già affrontato nel gruppo. Col procedere dei gruppi si accorse che erano gli atteggiamenti distorti che tenevano lontani gli individui da una crescita reale: era necessario confrontarli non solo sul comportamento e sulle emozioni, ma anche nelle cognizioni.

La Bonding Psychotherapy individua dieci atteggiamenti di base:

- | | | |
|----------------------------|---|-----------------------------------|
| 1. lo esisto | } | Rapporto con la propria esistenza |
| 2. lo ho bisogno | | |
| 3. lo sono amabile | | |
| 4. lo ho diritto | } | Relazioni interpersonali |
| 5. lo per primo | | |
| 6. lo posso scegliere | | |
| 7. lo posso sbagliare | | |
| 8. lo non sono perfetto | | |
| 9. lo vado bene così | | |
| 10. lo sono io e tu sei tu | | |

In tabella gli atteggiamenti sono elencati in ordine di importanza, i primi tre hanno a che fare col rapporto con la propria esistenza, gli altri invece con la relazione interpersonale. In elenco gli atteggiamenti sono riportati in positivo ma ognuno di essi ha il proprio corrispettivo negativo. Per esempio, un individuo che nei primi mesi di vita ha potuto sperimentare la vicinanza fisica, che ha potuto vivere una relazione emotivamente aperta con il caregiver, senza paura di mostrare i propri bisogni, e ha sviluppato la

convinzione di esistere, di avere il diritto di esistere e di condividere il mondo con gli altri, sarà in grado di affermare la propria esistenza e i propri bisogni nel corso della vita, poiché si aspetterà di essere emotivamente accolto in questo. Al contrario, chi non ha potuto fare questa precoce esperienza e ha, invece, sperimentato il bonding come pauroso, sviluppando un atteggiamento del tipo “Io non esisto, non ho il diritto di vivere”, non sarà in grado di affermare la sua esistenza e i propri bisogni neanche in futuro, terrorizzato dalla paura di perdersi, di smettere di esistere, di non essere capace di comunicare con gli altri (Stauss ed Ellis, 2007).

Le persone solitamente non sono consapevoli di queste attitudini sottostanti. Nel gruppo l'atteggiamento negativo viene mostrato al partecipante dai conduttori e dal gruppo stesso, viene messo in discussione, così che egli possa lavorare su un'attitudine nuova e positiva.

Nel lavoro sugli atteggiamenti il partecipante si pone in mezzo al cerchio formato dagli altri membri del gruppo e sceglie l'atteggiamento su cui ritiene opportuno lavorare (come: "io esisto", "io ho diritto", "io posso sbagliare", "ho diritto di essere amato"...). Successivamente, mantenendo il contatto visivo, lo afferma di fronte agli altri, esprimendo la frase con crescente intensità della voce ed espressione corporea di accompagnamento (Kooyman et al., 2014; Stadtmüller e Gordon, 2011). Inizialmente, il nuovo atteggiamento sembra strano per la persona che sta lavorando poiché contraddice diametralmente la vecchia credenza. Poi, durante l'esercizio, nel momento in cui inizia ad avvertire che ciò che sta affermando è vero, è reale, iniziano ad emergere forti emozioni ad esso legate. Di solito si susseguono una dopo l'altra emozioni differenti: la paura e il dolore del loro non crederci, la rabbia contro la persona che all'inizio trasmise il messaggio negativo, la sofferenza e il rammarico che questo ha causato nella propria vita (Kooyman et al., 2014). Quando l'atteggiamento positivo è sperimentato e sentito, come vero e come proprio, le altre emozioni lasciano spazio al piacere. Spesso, il diritto al piacere viene confermato alla fine dell'esercizio dalla richiesta di abbracci e contatto con gli altri membri del gruppo.

Come presentato da Stadtmüller e Gordon (2011), è possibile lavorare sugli atteggiamenti anche partendo dall'attitudine negativa. In questo caso, il partecipante viene invitato ad attivare deliberatamente l'atteggiamento distruttivo che maggiormente lo caratterizza e a confrontarlo nella relazione con gli altri, prendendo contatto oculare

con ognuno dei membri del gruppo in cerchio. Come riferito dagli autori, a un certo punto si verifica una commutazione: il paziente realizza che il vecchio atteggiamento non può essere mantenuto “qui e ora” nella diade interattiva, perché la mancanza di coerenza che lo caratterizza è vissuta in modo sorprendente. Il vecchio atteggiamento rimane costantemente cosciente, mentre con una crescente intensità dell’espressione emotiva (fonetica e motoria) aumenta la dissonanza cognitiva-affettiva, così che l’assurdità della vecchia credenza è chiaramente vissuta nel presente. È a questo punto che l’atteggiamento negativo lascia spazio a una nuova convinzione, espressa positivamente.

Il lavoro sugli atteggiamenti è molto più di una ristrutturazione cognitiva, perché il partecipante impara come produrre atteggiamenti positivi da sé stesso pure a livello cognitivo; inoltre, come affermano Stadtmüller e Gordon (2011), sembra largamente accettato che un atteggiamento non possa cambiare senza una rivalutazione emozionale. La forza della BP sta nel fatto che gli atteggiamenti negativi, sviluppati spesso durante il periodo preverbale, vengono ora corretti, emozionalmente, tramite il contatto con gli altri partecipanti (Kooyman et al., 2014).

Lavorando sugli atteggiamenti, il contatto, almeno inizialmente, avviene tramite gli occhi, è per cui risulta fondamentale mantenere il contatto oculare con gli altri membri del gruppo durante l’esercizio. Oltre al necessario contatto interpersonale, gli occhi dei compagni possono ricordare a chi sta lavorando figure parentali rilevanti, per esempio uno dei suoi genitori, fornendo ulteriori spunti di lavoro e facilitando l’emergere delle emozioni a essi legate (Kooyman et al., 2014). Se le emozioni sono rivolte a sé stessi, può essere usata la sedia vuota, dove si era seduti, per chiarire questi sentimenti.

Nel lavoro sugli atteggiamenti risulta cruciale l’abilità dei terapisti nell’aiutare l’individuo a identificare gli atteggiamenti e le convinzioni che da così tanto hanno diretto la sua vita e percezione. Si può affermare che fa parte dell’arte terapeutica trovare la nuova frase attitudinale esatta con il partecipante. Anche il sostegno e l’incoraggiamento dei terapisti e dei membri del gruppo, e la loro conferma di un cambiamento positivo, aiutano il partecipante a esprimere le emozioni, spesso piene di dolore, che sorgono in questa dinamica.

Durante il lavoro in cerchio, gli intensi sentimenti dei partecipanti possono essere diretti pure a uno dei conduttori o a uno dei presenti (per esempio, se uno dei terapisti ha delle similitudini con una persona autoritaria e negativa nel passato del partecipante). In questi casi, il secondo terapeuta guiderà il partecipante a esprimergli contro la sua frustrazione o aggressività (Kooyman et al., 2014).

I due terapisti facilitano il processo di gruppo e il lavoro individuale durante i vari episodi che si susseguono. Se necessario, consigliano alcuni esercizi su specifiche emozioni, quando vedono che queste sono troppo forti, e devono essere affrontate prima di poter lavorare efficacemente sull'atteggiamento, o quando la persona fatica a raggiungerle. Si tratta di esercizi, svolti in piedi o distesi sul materasso, finalizzati a raggiungere ed esprimere l'emozione.

Gran parte di questi esercizi specifici per emozione sono stati descritti già da Casriel (1972), la consultazione del quale viene consigliata agli interessati.

L'abilità dei terapisti in questo processo sta nel saper guidare la persona verso l'acquisizione di un nuovo atteggiamento durante la sessione. In particolare, è importante che, quando un paziente viene incoraggiato ad aprirsi emotivamente e a toccare vissuti dolorosi, i terapisti siano in grado di portare a termine la dinamica, così che si concluda nel piacere e nel benessere. Detto in modo figurato, che siano in grado di chiudere il cerchio.

1.2.6. Conclusione del gruppo

Terminato il lavoro sugli atteggiamenti, che nel gruppo lungo di solito occupa il pomeriggio del sabato e buona parte della mattinata di domenica, il gruppo volge al termine. La conclusione avviene riuniti in cerchio. Ci si ritrova nel primo pomeriggio per un momento di feedback, dove ognuno racconta la propria esperienza nel gruppo: come si è stati nel gruppo, su cosa si è lavorato, cosa si ha appreso, quali sono stati i momenti chiave, qual è l'emozione che si prova ora, ecc. Il momento di feedback è utile ai conduttori per fare il punto del percorso di ogni partecipante.

Un elemento fondamentale di questo momento conclusivo è il "compito per casa": ad ognuno è infatti chiesto di prendersi un impegno da portare con sé nella vita quotidiana, fuori dal gruppo. Si tratta di un semplice compito che permette di dare continuità al

lavoro di cambiamento iniziato in gruppo. Tramite l'impegno ognuno sceglie di dare seguito a ciò che ha scoperto nel gruppo, portando all'esterno un nuovo modo di sentire, prendersi cura di sé ed entrare in relazione con gli altri. Il compito per casa è solitamente molto semplice, concreto e simbolico, per fare in modo che sia effettivamente possibile portarlo avanti quotidianamente e non venga abbandonato. Riguarda ovviamente un nuovo comportamento, capace di far durare il benessere.

Infine, i conduttori elencano alcune semplici regole che riguardano la privacy e le cose imparate in gruppo e forniscono alcuni consigli per il ritorno a casa. Finito questo momento, il gruppo termina con i saluti e il reciproco scambio di abbracci.

Generalmente, come racconta anche Casriel (1972), al termine del gruppo di un weekend, si respira un'aria di apertura emotiva, di reciproca conoscenza e di amore. Le persone sentono ed esprimono i vincoli di affetto che le legano e si abbracciano e relazionano affettuosamente. Casriel (1972) descrive quest'atmosfera in modo efficace con la metafora di "una famiglia sana".

1.2.7. Alcune considerazioni

In questo tentativo di descrizione della dinamica del gruppo di Bonding Psychotherapy si è spesso parlato di esercizi e operazioni che, a una lettura superficiale, possono sembrare semplici tecniche, che poco tengono conto dell'individualità che si trovano di fronte. Certo, alcuni esercizi o dinamiche vengono fatti per degli specifici intenti terapeutici, ma le tecniche non sono mai fisse e sono adattate in base a ciò che è utile e necessario al momento. L'équipe pensa con anticipo su cosa concentrarsi in base a quale emozione è emersa maggiormente, quale è invece rimasta nascosta e inespressa e ai bisogni che emergono dal gruppo.

Discutendo della pratica della dinamica del gruppo, viene fatto riferimento a una conoscenza procedurale, agita e osservabile, che è però difficilmente riportabile in un protocollo, come afferma Bruno Bara in un breve saggio tratto dal libro "Storie di vita" (Veglia, 1999).

Lo stesso autore suggerisce di non chiamare "tecnica" questo tentativo descrittivo, ma piuttosto "teoria della tecnica", di sottolineare quindi il fatto che la tecnica vera e

propria continua a sfuggire ai tentativi di immobilizzarla. La tecnica si trasmette da persona a persona, senza mediazioni, nella pratica. Chi vuole imparare la tecnica infatti deve rivolgersi a un buon maestro e dev'essere in grado di mettersi in gioco senza timori eccessivi. È per questo specifico motivo che nella formazione, per diventare terapeuta di BP, è ritenuta centrale la dimensione esperienziale, quindi è previsto un congruo numero di gruppi che l'aspirante terapeuta deve fare per sé stesso.

CAPITOLO II

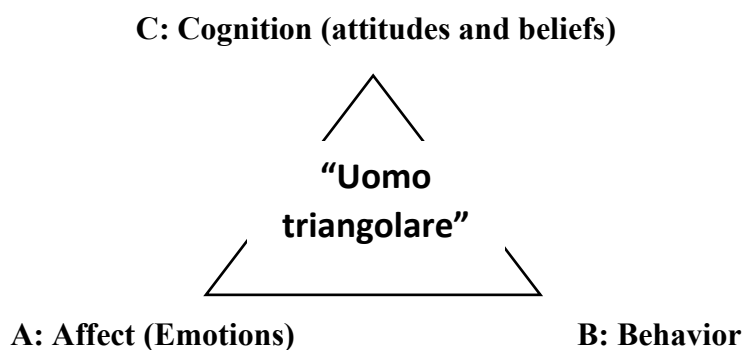
L'ESSERE UMANO SECONDO LA BONDING PSYCHOTHERAPY

2.1. UN UOMO SFACCETTATO

Dopo aver descritto ed esaminato la storia e la dinamica del gruppo BP nel capitolo precedente, ci soffermeremo sui fondamenti teorici che sorreggono e hanno dato vita a tale pratica. In questo capitolo, si tenterà di delineare la visione dell'uomo nella prospettiva della Bonding Psychotherapy. Questo è un passaggio di fondamentale importanza poiché permette di esplicitare i presupposti psicologici, filosofici, biologici/neurobiologici e antropologici che rendono comprensibili le dinamiche e le pratiche messe in atto nel gruppo e che guidano l'interpretazione dei risultati empirici. Viene accolto quindi l'invito di Stauss ed Ellis (2007) che ricordano di esplicitare sempre l'immagine dell'essere umano in psicoterapia, per evitare di incorrere nel pericolo di ideologizzarla fino al punto di un culto psichico. Si tratta quindi di delineare l'antropologia che guida la pratica della Bonding Psychotherapy.

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

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



Esaminando, come Casriel (1972), i vari approcci psicoterapeutici ci si accorge che essi si concentrano principalmente su due lati del triangolo; ad esempio, la psicoanalisi si concentra su emozioni ed atteggiamenti, l'approccio cognitivo-comportamentale, come suggerisce il nome, sulle cognizioni e sul comportamento, le psicoterapie costruttiviste sugli schemi mentali che la persona utilizza per costruire il proprio mondo, ecc. La BP invece interviene su tutte e tre queste dimensioni e questo sembra essere uno dei motivi dell'efficacia del processo terapeutico. Come hanno affermato Stauss ed Ellis (2007), un processo di ristrutturazione di successo deve coinvolgere tutte e tre queste componenti.

Gli stessi Stauss ed Ellis (2007) integrano la visione dell'essere umano proposta da Casriel (1972) con la *Teoria dello schema emozionale* proposta da Greenberg, Rice and Elliot (1993). Uno schema è un'organizzazione neurologica implicita per l'organizzazione delle esperienze. Questo si sviluppa a partire dalle reali interazioni dell'individuo col suo ambiente allo scopo di rendere prevedibili, sulla base di aspettative, le future interazioni, che vengono influenzate dagli schemi precedenti. Gli schemi determinano selettivamente quello che percepiamo e come organizziamo la nostra percezione e rimangono inconsci finché non vengono processualmente attivati e consciamente esplorati. Essi sono il prodotto e i produttori delle nostre esperienze reazionali. A differenza di uno schema cognitivo, le emozioni, e non le cognizioni, sono il nucleo dello schema; ad esempio, uno schema emozionale (disfunzionale) può costruirsi intorno ad esperienze dolorose e di insicurezza, dovute alla violazione cumulativa dei bisogni di base della persona (Stauss ed Ellis, 2007).

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

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

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



Lo schema dell'uomo a sei facce, tralasciando in questa sezione le implicazioni della teoria dello schema emozionale sul processo psicoterapeutico, ci permette di iniziare a considerare nello specifico le sfaccettature dell'essere umano nella prospettiva della Bonding Psychotherapy.

2.2. LE MOTIVAZIONI

Etimologicamente, il termine “motivazione” (dal latino motus) indica un movimento, quindi il dirigersi di un soggetto verso un oggetto desiderato, verso una meta. Stauss ed Ellis (2007) ritengono che la motivazione sia una delle più importanti qualità di base della psiche, che riflette la nostra connessione con l'ambiente.

Come afferma Galimberti (2018), le motivazioni possono essere coscienti o inconse, semplici o complesse, transitorie o permanenti. Possono inoltre essere suddivise in primarie (di natura fisiologica), secondarie (di natura personale o sociale) e superiori (come gli ideali e i modelli esistenziali che l'individuo fa propri).

Tuttavia, la classificazione e la concettualizzazione delle motivazioni umane varia di molto passando da un orientamento teorico all'altro. Il bisogno, la pulsione, l'istinto, il desiderio, l'incentivo, la volontà, l'omeostasi sono tutti concetti che i vari approcci, di volta in volta, hanno associato alla motivazione (Galimberti, 2018). La Bonding Psychotherapy ritiene che bisogni e desideri siano le forze fondamentali che spingono l'uomo ad andare verso il mondo.

2.2.1. I bisogni di base

I bisogni di base sono sistemi motivazionali biologicamente fondati. Un bisogno è uno stato di tensione più o meno intensa dovuto alla mancanza di qualcosa che risponde a esigenze fisiologiche, voluttuarie, psicologiche o sociali. È soggettivamente avvertito come uno stimolo che spinge l'individuo verso una meta che, una volta raggiunta, placa con la soddisfazione la tensione provocata dal senso di insoddisfazione che accompagna lo stimolo stesso (Galimberti, 2018). Possiamo dire, con Stauss ed Ellis (2007), che la soddisfazione di questi bisogni è la condizione più importante per l'attività psicologica. Infatti, l'esperienza psicologica è guidata dall'obiettivo specifico di soddisfare questi bisogni per mezzo dell'intenzione.

Stauss ed Ellis (2007), in linea con la suddivisione delle motivazioni precedentemente presentata, dividono i bisogni di base dell'essere umano in tre categorie:

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

Tralasciando in questa sede i bisogni fisici, ci concentriamo su quelli psicosociali. Dal momento che questi sono biologicamente radicati, Stauss ed Ellis (2007) li definiscono bisogni bio-psico-sociali.

L'uomo, in quanto essere sociale, ha un bisogno basico di relazione. L'urgenza primaria, o motivazione, a connettersi con altri è essenziale non solo per i bambini, ma anche in età adulta. Infatti, ogni essere umano ha un bisogno evolutivamente fondato di cercare supporto negli altri in tempi di pericolo, crisi, emergenza o malattia (Stauss ed Ellis, 2007). I bisogni bio-psico-sociali hanno sempre a che fare con la relazione e solo in essa trovano risposta.

La relazione si configura come dimensione costitutiva dell'essere umano, tanto da precedere l'individualità in un'ottica di sviluppo. Come disse Buber (1923, pag. 21): "All'inizio è la relazione". Infatti, fin dall'inizio condividiamo la nostra vita con un altro. Durante la gravidanza, abitiamo letteralmente il corpo di un altro, quello di nostra madre. Anche nei primi stadi di sviluppo, che seguono la nascita, la condivisione prevale sull'isolamento; madre e neonato sono intrinsecamente motivati a provare reciproca attrazione, a cercare il contatto e a dare vita ad un sistema diadico dove la comunicazione avviene su un piano preverbale ed emotivo (Ammaniti e Gallese, 2014) (Trevarthen, 2009). Come afferma Stern (2004), i neonati sono intrinsecamente preparati ad entrare in relazione e a connettersi con i propri caregiver attraverso la sintonizzazione emotiva e l'imitazione. La sintonizzazione crea stati emozionali diadici che determinano una conoscenza relazionale implicita, che Stanghellini (2017) chiama micropratiche corpo-a-corpo.

Sono numerose le ricerche nell'ambito della psicologia evolutiva che convergono nell'affermare la naturale predisposizione dell'uomo all'intersoggettività. Trevarthen (2009) ha evidenziato sia la capacità delle madri di imparare a prendersi cura di neonati immaturi e indifesi sintonizzandosi con le loro espressioni emotive, sia come una maggior sintonizzazione con i caregiver sia correlata a maggiori possibilità di sopravvivenza per il bambino. Secondo Johnson (2000), il neonato è immediatamente capace di rispondere ai gesti degli altri e fin dai primi giorni di vita riesce a discriminare le persone dagli oggetti inanimati. Tale risultato viene confermato anche a livello psicoevolutivo e neuronale. Infatti, il nostro cervello riconosce le altre persone come tipi speciali di "oggetti", ossia persone come noi, capaci di condividere stati mentali, di

intuire in maniera diretta le intenzioni degli altri osservando le loro azioni orientate ad uno scopo (Ammaniti, Gallese, 2014) (Stern, 2004). Alla luce di questi dati, è possibile affermare che la vita umana nasce in una matrice intersoggettiva di natura innata.

In un'ottica psicoevolutiva, l'intersoggettività può essere intesa come un sistema motivazionale primario, biologicamente fondato, che orienta il comportamento umano verso mete sentite come necessarie e desiderabili. Due sono le mete di maggior rilevanza: il bisogno di leggere le emozioni e le intenzioni di un altro e l'esigenza di stabilire la coesione e l'identità del Sé (Stern, 2004). Come argomentato precedentemente, e come afferma Merleau-Ponty (1945), la comprensione dell'altro non ha a che fare con un insieme di conoscenze ma è una percezione diretta, attraverso il proprio corpo della vita intenzionale ed emotiva dell'altro. Si tratta di una comprensione basata sulla sintonizzazione e sull'intercorporeità: un'attitudine naturale radicata nella risonanza del proprio corpo con quello dell'altro, il quale si dà nella sua "espressiva presenza corporea" (Gallagher, Zahavi, 2009), e un modo di apprendere l'altro di natura sensomotoria e propriocettiva.

Solo in una minoranza di casi abbiamo bisogno di elaborare concetti per comprendere gli altri e rispondere loro. I nostri incontri quotidiani sono sempre diretti; gli stati mentali delle persone, quindi le loro emozioni, credenze e desideri, si esprimono direttamente nelle azioni dei nostri interlocutori e sono colti come espressivi nel contesto specifico e pragmatico (Stanghellini, 2017). L'immediatezza dell'incontro, la percezione diretta delle emozioni dell'altro e la loro intrinseca significatività sono alla base del processo psicoterapeutico e di gruppo della BP.

I bisogni bio-psico-sociali di base descritti da Stauss ed Ellis (2007) possono trovare risposta, fin dalla primissima infanzia, solo in questa cornice intersoggettiva, tramite le relazioni. Per Grawe (1998), i bisogni sono delle linee guida evoluzionistiche che permettono di stare in relazione con le altre persone (fisicamente vicine ed emozionalmente aperte), di sentirsi sicuri con gli altri, di essere autonomi, amabili, di sentirsi in possesso di un'identità, di provare benessere e di avere una vita significativa. Quando questi sono soddisfatti la persona sta bene, è felice, gode di buona salute e può prosperare (Stauss ed Ellis, 2007).

Come precedentemente descritto, Stauss ed Ellis (2007) individuano sette bisogni bio-psico-sociali. Verranno trattati in ordine gerarchico, rispettando le fasi dello sviluppo umano. In un'ottica evolutiva, questo implica che il pieno appagamento di uno specifico bisogno dipenda dal successo nella soddisfazione dei bisogni precedentemente incontrati nel corso dello sviluppo, intesi come compiti evolutivi.

Bonding

Il bisogno di bonding è, secondo Casriel (1972), una necessità fondamentale per l'uomo e per tutti i primati. Come suggerisce il termine, si tratta del bisogno di sentirsi legato agli altri, di esprimere sinceramente le proprie emozioni e di entrare in contatto, in modo empatico, con i sentimenti autentici degli altri.

Il sistema di bonding si fonda su di uno scambio preverbale che inizia con la reciproca sintonizzazione, dalla quale nasce ogni capacità di comunicare. Lo sviluppo di questo sistema, come precedentemente descritto, avviene, ed è un compito, dei primi mesi di vita. Madre e bambino stabiliscono il contatto tramite uno scambio di segnali; questo si configura come un continuo "avanti e indietro" comunicativo, ritmico e circolare, che viene chiamato "ciclo di interazione". I segnali rivolti al neonato sono di natura emotiva, sensoriale (contatto con la pelle) e mimica (espressione facciale). Attraverso il rispecchiamento (mirroring), la sincronizzazione e la sintonizzazione emotiva con gli altri si sviluppa la capacità di legarsi, il bonding (Stauss ed Ellis, 2007). È possibile fare un collegamento tra bonding e le "protoconversazioni" che formano il nucleo iniziale della connessione umana (Goleman, 2006). In questa dinamica, i neuroni specchio svolgono un ruolo importante nel conservare i segnali che vengono rivolti al neonato, in modo che possano essere riprodotti (Rizzolatti, Fadiga, Gallese e Fogassi, 1996).

Questo è l'inizio del sistema di bonding che permette la comunicazione fisica ed emotiva, di cui la sintonizzazione diviene il nucleo centrale. È un bisogno che, non solo in questa fase precoce, ma nel corso di tutta la vita, necessita di apertura e vicinanza emozionale e di contatto fisico per essere soddisfatto. Quando questo avviene, la persona è pervasa da piacere, gioia e un sentimento di amore (Casriel, 1972).

Attaccamento

Una volta soddisfatto il bisogno di bonding il neonato può sviluppare il sistema d'attaccamento. Un attaccamento è una profonda e duratura relazione tra un bambino e il suo caregiver primario, nella maggior parte dei casi, la madre (Stauss ed Ellis, 2007). Si tratta di un bisogno biologicamente radicato nella necessità di proteggere i piccoli dai predatori. L'obiettivo dell'attaccamento è quello di fornire sicurezza, protezione e salvezza dai pericoli reali o percepiti (Bretherton, 1985).

Affinché possa svilupparsi un attaccamento che faccia sentire sicuri e protetti nelle situazioni di crisi, è cruciale che il bambino possa trovare nella madre, o nelle altre figure primarie, una base sicura che può essere chiamata o alla quale ritornare nei momenti di difficoltà; una figura che calma, conforta, incoraggia e che è capace di crescerlo. Le prime relazioni di attaccamento si sviluppano in genere entro il settimo mese di vita verso un limitato numero di persone (Main e Main, 2008).

Le relazioni di attaccamento primario portano alla formazione di rappresentazioni internalizzate di queste esperienze, chiamate “modelli operativi interni” (Bowlby, 1969; 1988). Queste vengono sedimentate nella memoria implicita, generando aspettative e quindi schemi o modelli mentali di attaccamento (Siegel, 2012). La qualità di tali relazioni, e quindi la soddisfazione del bisogno di attaccarsi, porta allo sviluppo di diversi modelli operativi interni e diversi stili di attaccamento.

Bowlby (1969; 1988) individua tre stili di attaccamento del bambino alla madre:

- **Ansioso-evitante:** si sviluppa in presenza di una madre che respinge costantemente il figlio ogni volta che le si avvicina alla ricerca di conforto o protezione. Il bambino sviluppa la convinzione che, alla richiesta d'aiuto verrà rifiutato. Perciò, il bambino inizia a fare affidamento esclusivamente su sé stesso, senza chiedere sostegno da parte degli altri e ricercando l'autosufficienza anche sul piano emotivo.
- **Ansioso-ambivalente:** si sviluppa in presenza di una madre disponibile in alcune occasioni ma non in altre, in una relazione caratterizzata da frequenti separazioni, se non addirittura da minacce di abbandono. Il bambino non ha la certezza che la madre sia disponibile a rispondere ad una richiesta d'aiuto e per questo motivo diventa esitante e ansioso nell'esplorazione del mondo,

sperimentando angoscia alla separazione. Egli oscilla tra il desiderio del contatto con la madre e il rifiuto.

- Sicuro: si sviluppa in presenza di una madre sensibile ai segnali del figlio, disponibile e pronta a fornirgli protezione nel momento del bisogno. Il bambino si fida e si affida al suo supporto, sia in condizioni normali sia di pericolo. Questi si sente sicuro e libero di poter esplorare il mondo.

Successivamente, dalle osservazioni derivanti dalla Strange Situation, strumento di indagine ideato alla fine degli anni '60 da Mary Ainsworth, emerse che alcuni bambini manifestavano comportamenti non riconducibili a nessuno dei tre pattern descritti. Di conseguenza, venne introdotto un quarto stile di attaccamento (Main e Salomon, 1990):

- Disorientato-disorganizzato: il bambino manifesta ansia, pianto, si butta sul pavimento o porta le mani alla bocca con le spalle curve, gira in tondo, manifesta comportamenti stereotipati, e assume espressioni simili alla trance in risposta alla separazione dalla figura di attaccamento.

I modelli operativi interni, sviluppati con le figure di attaccamento primario, divengono guida per tutte le relazioni di attaccamento successive, anche in età adulta. È possibile affermare che solo un attaccamento sicuro con il caregiver permette la soddisfazione del bisogno di attaccamento, permettendo di sviluppare una base sicura, quindi un senso di una relazione certa, prevedibile, sicura, per poter fiduciosamente rivolgersi all'esplorazione del mondo.

Autonomia

Se il bambino ha soddisfatto il bisogno di bonding e di attaccamento può rivolgersi all'ambiente, al mondo esterno, lasciando spazio alla curiosità e al desiderio di testare le proprie abilità fisiche. Il mondo è esplorato e conquistato indipendentemente, usando la base sicura del bonding e dell'attaccamento per rifugiarsi quando necessario. Il bambino impara che può comunicare e dialogare con il mondo esterno attraverso la propria volontà e le proprie azioni (Stauss ed Ellis, 2007).

Riconoscimento e autostima

Quando il bonding, l'attaccamento e le esperienze di autonomia sono amorevolmente supportati, riconosciuti e riflessi dagli altri, il bambino sviluppa un sentimento di competenza, amabilità, dignità e autostima. Questa è la base dell'amore per sé stessi e di quello che, da un punto di vista psicanalitico, viene chiamato normale e sano narcisismo (Stauss ed Ellis, 2007).

Senso di identità

In questa sede, per identità si intende il senso del proprio essere continuo attraverso il tempo e distinto, come entità, dalle altre (Galimberti, 2018). Nella psicologia e nella filosofia sono state date molte definizioni di identità ed è per questo difficile giungere ad una sintesi efficace. L'identità, come sostengono sia la psicologia sociale che la psicologia dinamica, ha sempre a che fare con gli altri, quindi col riconoscimento sociale del singolo individuo e con l'individuazione e la differenziazione dagli altri di quest'ultimo. Come ben affermato da Stanghellini (2017, pag.35): *“Lo sguardo dell'altro è costitutivo per il nostro Sé e per la nostra persona. Abbiamo bisogno dello sguardo di un Tu affinché possa formarsi e mantenersi il nostro sé di base e svilupparsi la nostra identità personale. Abbiamo bisogno del riconoscimento di un Tu per divenire un Io.”*

Stauss ed Ellis (2007) distinguono due forme primarie di identità: sociale e di genere. L'identità sociale riguarda il contesto sociale e le relazioni familiari di una persona mentre l'identità di genere ha a che fare col vedere sé stessi come maschio o femmina. Il bambino, nel corso dello sviluppo, deve integrare sé stesso in un sistema sociale esistente e acquisire un senso di identità all'interno di esso. La soddisfazione dei bisogni precedentemente incontrati permette agli individui di posizionarsi chiaramente nel network sociale delle generazioni, del genere e delle classificazioni sociali, di assumere un ruolo e un'identità chiari e costanti. Questo porta allo sviluppo di un senso di sicurezza e supporto: l'individuo sa a chi e a cosa appartiene, nel mondo, nei contesti sociali, nella famiglia. Basandosi su questa comprensione, l'individuo sa da quale posizione stabilire le proprie relazioni (Stauss ed Ellis, 2007).

Significato e spiritualità

Procedendo nello sviluppo, l'individuo incontra la necessità di stabilire un sistema di valori e un sistema spirituale. Questo è inizialmente possibile facendo propri i valori esistenti nella propria famiglia, per poi provare a ricercare i suoi propri valori. Egli tenta quindi di trovare una risposta personale alle questioni esistenziali della vita, questioni riguardo la nascita, la sofferenza della morte. Ha quindi accesso ad una dimensione di spiritualità, intesa come ricerca di senso a quello che succede nella vita. L'individuo sviluppa quindi un senso di cos'è importante per sé, di in che cosa vale la pena essere coinvolto, dove investire e usare le proprie abilità ed energie (Stauss ed Ellis, 2007).

Benessere fisico e piacere

Stare bene non è solamente un bisogno di base, ma anche un'indicazione del successo nella soddisfazione dei precedenti bisogni bio-psico-sociali in modo responsabile; soddisfazione che porta piacere e gioia di vivere. Questi non sono l'obiettivo ma il risultato del dialogo con sé stessi e dell'appagamento dei propri bisogni bio-psico-sociali (Stauss ed Ellis, 2007).

2.2.2. Il desiderio

Il desiderio si riferisce generalmente alla ricerca, alla mancanza o all'attesa intensa di qualcosa che è sentito come soddisfacente le proprie esigenze e i propri gusti (Galimberti, 2018). Il desiderio si differenzia dal bisogno perché non è legato ad una necessità biologica; come afferma Lacan (1966, pag. 768): *“il desiderio è qualcosa di infinitamente più elevato di una tendenza organica”*. Il desiderio, come suggerisce la stessa etimologia del termine, ha sempre a che fare con un oggetto, o meglio con la distanza che separa l'oggetto desiderato e con il moto d'animo che spinge a realizzarlo o a possederlo (Treccani, 2020). Non esisterebbe il desiderio senza un oggetto, così come non potremmo relazionarci con gli oggetti senza il desiderio di essi. Freud (1899, pag.515-516) distingue il bisogno dal desiderio, legando quest'ultimo al ricordo del soddisfacimento del bisogno; scrive:

“Quando nel bambino per l'aiuto di altre persone, vive l'esperienza di soddisfacimento, questa sospende lo stimolo interno. Componente essenziale di quest'esperienza vissuta è

la comparsa di una determinata percezione (l'alimento, nell'esempio dato), la cui immagine mnestica rimane d'ora in poi associata alla traccia mnestica dell'eccitamento dovuto al bisogno. Appena questo bisogno ricompare una seconda volta, si avrà, grazie al collegamento stabilito, un moto psichico che tende a reinvestire l'immagine mnestica corrispondente a quella percezione, e riprovocare la percezione stessa; dunque, in fondo, a ricostruire la situazione del primo soddisfacimento. È un moto di questo tipo che chiamiamo desiderio; la ricomparsa della percezione è l'appagamento del desiderio e la via più breve per raggiungerlo porta dall'eccitamento dovuto al bisogno”.

Per Freud, dunque, si desidera qualcosa di perduto e di non riconquistabile.

In questa prospettiva, è possibile affermare che il desiderio è sempre legato a qualcosa che è significativo per la persona desiderante. A partire dal primo oggetto del desiderio, ovvero “di essere riconosciuto dall’altro” (Lacan, 1953), fino al desiderio di un lavoro, di una relazione, di avere un certo animale domestico, di dipingere le pareti di casa di un determinato colore.

La letteratura psicologica e filosofica sul desiderio è molto vasta e dettagliata. In questa sede, ci basta effettuare questa grossolana differenziazione con i bisogni. Nella Bonding Psychotherapy, infatti, il focus dell’attenzione viene posto principalmente sulla soddisfazione dei bisogni di base e sulle difficoltà che insorgono nel momento in cui questi non possono essere appagati.

2.3. LE EMOZIONI

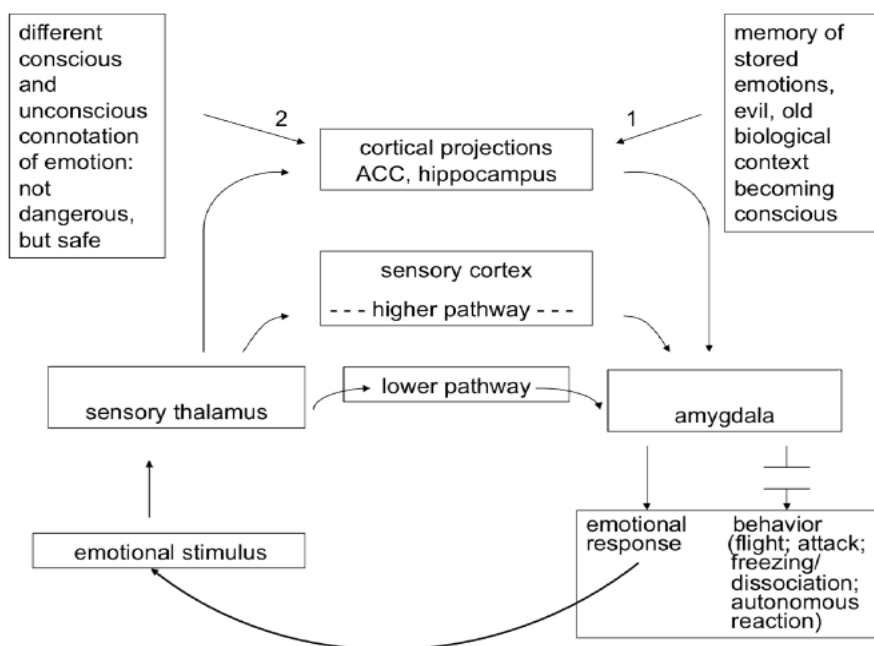
Un’emozione è un’intensa reazione affettiva con insorgenza acuta e di breve durata, determinata da uno stimolo ambientale rilevante per gli interessi dell’individuo. È caratterizzata da reazioni fisiologiche, cambiamenti espressivi e dall’esperienza soggettiva.

Le reazioni fisiologiche investono le funzioni vegetative e viscerali, come la circolazione, la respirazione, la digestione e la secrezione, le funzioni motorie, per effetto di un’ipertensione muscolare, e quelle sensoriali (Galimberti, 2018). Le modificazioni fisiologiche che seguono uno stimolo saliente hanno la funzione di

preparare l'organismo ad una eventuale fuga o ad un attacco o a qualsiasi altro tipo di risposta all'ambiente.

I cambiamenti espressivi riguardano la mimica facciale, la voce e gli atteggiamenti del corpo, come la postura e la gestualità. Come mostrato dagli studi di Ekman, Friesen e Ellsworth (1972), nell'uomo il volto è il canale che maggiormente si è evoluto a scopo espressivo. Ma gli stati emotivi sono in grado di agire anche sulla voce e sui pattern linguistici. Infatti, sono state riscontrate modificazioni della frequenza fondamentale, dell'intensità, dell'energia e di alcuni pattern temporali o ritmici del parlato. Altre ricerche hanno rilevato la comparsa di certi indicatori linguistici nel parlato, come l'esitazione, la mancanza di fluidità, l'elevazione del tono della voce e l'accelerazione del ritmo presenza, in condizioni di stress (Beldoch e Davitz, 1964). Anche i gesti, i movimenti del corpo e la postura, rilevata mediante il grado di tensione o di rilassamento muscolare, sono strettamente correlati al grado di attivazione emozionale (Ricci Bitti, Argyle e Giovannini, 1979).

L'esperienza soggettiva riguarda la consapevolezza che si sta provando un'emozione; come afferma LeDoux (1996), un'esperienza emotiva soggettiva si produce quando diventiamo coscienti dell'attivazione di un sistema cerebrale emotivo. Benché la consapevolezza emotiva possa sembrare importante e centrale nel processo, sembra che le emozioni si siano evolute in assenza di questa e che possano anche farne a meno per assolvere ai loro scopi (LeDoux, 1996). Questo è stato confermato da studi a livello cerebrale. Stadtmüller e Gordon (2011) illustrano i percorsi neuronali coinvolti nell'esperienza della paura. Lo stimolo sensoriale giunge al talamo dagli organi di senso per poi seguire un percorso inferiore che porta all'amigdala, responsabile del controllo della risposta emozionale. Se la stimolazione è abbastanza forte, viene attivato un addizionale percorso superiore che coinvolge la corteccia sensoriale. Solamente con una stimolazione ancora maggiore viene attivata una terza via attraverso l'ippocampo, la corteccia cingolata anteriore e altre strutture corticali. L'attivazione dei percorsi superiori, e quindi il coinvolgimento corticale, sembra necessario affinché avvenga il riconoscimento dell'emozione in corso.



- Figura 2.1 - Percorsi e strutture neurobiologiche associate al riconoscimento dell'emozione (Stadtmüller e Gordon, 2011, pag.18).

Le emozioni fungono da indicazioni per l'individuo nel rapporto col mondo; utilizzando le parole di Goleman (1995, pag.23), *“le emozioni ci hanno guidato con saggezza nel lungo cammino dell'evoluzione”*. Secondo Casriel (1982), le emozioni rispondono a una sola logica, alla quale rispondono in modo molto accurato e appropriato, la logica del piacere e del dolore. Infatti, le nostre reazioni emotive sono essenzialmente reazioni alle cose che ci danno piacere o che ci provocano dolore. Le emozioni sono quindi da considerare risposte adattive dell'organismo alle sollecitazioni ambientali, che forniscono indicazioni e predispongono, tramite modificazioni fisiologiche e psicologiche, ad affrontare la situazione. In sintesi, ci aiutano a muoverci nel mondo ricercando i piaceri ed evitando i dispiaceri, in un'ottica di preservazione della specie (Galimberti, 2018). Alla luce di queste considerazioni, cade la distinzione tra emozioni positive ed emozioni negative che spesso viene proposta; le emozioni, benché possano anche essere spiacevoli, sono sempre positive in quanto “a servizio” della sopravvivenza e della vita.

Nella letteratura vengono generalmente distinte le emozioni primarie, o di base, dalle emozioni secondarie, o complesse. Le prime sono emozioni fondamentali che non

sembrano ulteriormente riconducibili ad altre, mentre le seconde, derivano da quelle di base o nascono dal loro assemblamento (Stadtmüller e Gordon, 2011).

In letteratura molti sono gli autori che si sono occupati delle emozioni primarie, giungendo a categorizzazioni convergenti, anche se non concordi. Stadtmüller e Gordon (2011) hanno riesaminato e confrontato le principali teorie sulle emozioni, riportate nella seguente tabella.

	Numero emozioni di base	Emozioni
Tomkins (1962)	8	paura, rabbia, dolore, piacere, interesse, disgusto, stupore, vergogna
Johnson-Laird e Oatley (1972)	5	paura, rabbia, felicità, tristezza, disgusto
Casriel (1972)	5	paura, rabbia, dolore, piacere, amore
Plutchik (2002)	8	paura, rabbia/collera, gioia/piacere, tristezza, disgusto, stupore, anticipazione, approvazione/accettazione
Ekman (2004)	7	paura, rabbia, piacere, tristezza, disgusto, stupore, disprezzo

- Tabella 2.1. - Emozioni di base secondo differenti classificazioni (Stadtmüller e Gordon, 2011, pag.14).

Com'è possibile osservare nella tabella, c'è un generale accordo nel considerare emozioni di base, transculturalmente valide, la paura, la rabbia, il piacere e il dolore (che in alcune concettualizzazioni viene sostituito dalla tristezza); invece, c'è meno accordo sulle altre. In ogni caso sembrano esserci non meno di quattro e non più di otto emozioni di base (Stadtmüller e Gordon, 2011).

La Bonding Psychoterapy lavora sulle cinque emozioni di base individuate da Casriel (1972) durante la sua pratica clinica, che verranno di seguito trattate nello specifico.

Paura

La paura è un'emozione primaria di difesa, scatenata da una situazione di pericolo che può essere reale, anticipata, evocata dal ricordo o prodotta dalla fantasia (Galimberti, 2018). La paura è l'emozione più strettamente collegata alla sopravvivenza. Essa protegge la vita, infatti, ci indica i pericoli e le minacce per la nostra esistenza e per la nostra integrità biologica. In questa prospettiva, la più grande paura è la quella della morte, paura che ci tiene in vita.

La paura necessita sempre di un oggetto a cui è legata, infatti è sempre “paura di...” qualcosa. Freud (1920) la distingue dall'angoscia che invece indica una situazione di attesa del pericolo, o di preparazione allo stesso, che può anche essere sconosciuto. Come sottolineato da Heidegger (1929) si tratta sempre di “angoscia per...”, caratterizzata dall'impossibilità di identificare un oggetto a cui è legata. Un semplice esempio: si può avere paura di una tigre, ma si è angosciati per un virus; infatti, quest'ultimo non ci è visibile e non ci è possibile identificare l'oggetto da cui scappare o da combattere. Utilizzando le parole del Filosofo (1929, pag. 67): *“L'angoscia rivela il niente”*.

La paura è un'emozione totalizzante che coinvolge tutto il corpo. Quando abbiamo paura avvertiamo un nodo alla gola, la sentiamo nella pancia e nel cuore e ci tremano gli arti. Viene sentita in prevalenza nella pancia, evento connesso all'apertura degli sfinteri e al “farsela addosso”, nel cuore, pensiamo all'aumento del battito cardiaco, nelle braccia, nelle mani, nelle gambe, che sono percosse da brividi e tremori, e nei muscoli che si irrigidiscono; questo segnala la predisposizione della persona posta davanti ad un pericolo a controllare l'ambiente, ad irrigidirsi, o viceversa, a scappare o a passare all'attacco. La paura può portare anche al blocco, talvolta anche allo svenimento, che in alcune situazioni può salvare la vita (De Bortoli, manoscritto inedito, ultima modifica maggio 2014).

Nell'emozione della paura il sistema nervoso autonomo prepara l'organismo alla situazione d'emergenza, disponendolo, anche se in modo non specifico, all'apprestamento delle difese che si traducono solitamente in atteggiamenti di lotta e fuga (Galimberti, 2018).

Quando invece la paura emerge sul volto di un altro la tendenza è quella a sapere, capire e spiegare logicamente cos'è stato a scatenare quest'emozione, a rassicurare,

tranquillizzare, consolare e aiutare, persino a difendere. Di fronte alla paura possono emergere anche sentimenti opposti, di impotenza (“non so che fare”) o di gratificazione per aver ricevuto una richiesta (“sono felice e cerco di aiutarlo”). Al di là delle differenze individuali nelle reazioni, è possibile affermare chiaramente che la paura muove le persone a cui viene comunicata, le coinvolge, le spinge ad intervenire e dare vicinanza attiva. Queste risposte mostrano che non c’è giudizio su chi ha paura, ma apprezzamento e disponibilità a comunicare e a stare vicino. La risposta di vicinanza realizza il senso dell’emozione a protezione della vita, infatti, rende già le cose meno paurose (De Bortoli, 2014).

Rabbia

La rabbia, spesso chiamata anche “aggressività” in letteratura, è l’emozione che ci aiuta a reagire, a uscire dai guai e che permette di difendere noi stessi e i nostri simili dalle minacce dell’ambiente, affrontandole. Ci arrabbiamo quando qualcuno fa qualcosa che non dovrebbe, quando subiamo o vediamo un’ingiustizia, quando qualcuno invade i nostri confini ecc. Sono tutte situazioni che richiedono un intervento a tutela di noi stessi, dei nostri di simili e, in definitiva, della vita. La rabbia ci dà l’energia che ci permette di affrontare questi ostacoli della vita.

La caratteristica distintiva della rabbia è la vibrazione, che coinvolge tutto il corpo. In particolare, viene sentita negli arti (spalle, braccia e gambe, mani, pugni) poiché tutto l’apparato muscolare viene mobilitato per l’azione. Viene avvertita anche nel tronco, nel cuore, con riferimento ai polmoni e quindi all’effetto dell’emozione sul respiro. È particolare il fatto che venga percepita anche nella testa e nella faccia; questo probabilmente fa riferimento alla vampata di calore e rossore che attraversa il volto (De Bortoli, 2014).

Questo sentire è il prodotto delle reazioni fisiche e chimiche che avvengono nel corpo. Infatti, la rabbia fa crescere l’immissione di adrenalina nel sangue che aumenta la frequenza del battito cardiaco, incrementando l’irrorazione sanguigna. I carboidrati accumulati nel fegato vengono mobilitati, aggiungendo zucchero nel sangue. Si interrompono i processi della digestione e dell’accumulo di cibo e si riducono i movimenti dello stomaco, la secrezione dei succhi gastrici e i movimenti peristaltici dell’intestino. Il retto e la vescica non riescono a svuotarsi facilmente. Si rizzano i

capelli, si incomincia a sudare, il respiro si fa più profondo e più rapido. L'aumento dell'irrorazione al cervello e ai muscoli permette di pensare più in fretta e prepara un'azione energica. La maggiore quantità di zucchero aiuta i muscoli a funzionare meglio. I capelli ritti e il sudore raffreddano il corpo, impedendo l'eccessivo surriscaldamento dovuto allo sforzo. L'accelerazione del processo di coagulazione riduce la quantità di sangue che può andare perduta nelle ferite. Le modificazioni nella respirazione permettono l'immissione più veloce di ossigeno e l'eliminazione del diossido di carbonio, un processo che è di vitale importanza nella lotta per la vita o la morte (Casriel, 1972).

Tutte queste modificazioni preparano il corpo ad agire. Infatti, il comportamento distintivo indotto dalla rabbia è l'azione: si urla, si litiga, si giunge all'affronto aggressivo, si distrugge qualcosa o ce la prendiamo con qualcuno o qualcosa.

Quando la rabbia è vista nel volto degli altri (in famiglia ad esempio), insieme alla paura emerge spesso una curiosità conoscitiva. Si ritiene che sia successo qualcosa di negativo, si tenta di attribuire la rabbia a qualcuno o qualcosa e si riflette se quest'emozione possa essere rivolta a sé stessi, valutando fra sé e sé se si è fatto qualcosa di male. La curiosità è solitamente seguita dal tentativo di tranquillizzare o calmare chi è arrabbiato.

C'è anche chi pensa di non intervenire: meglio stare alla larga e lasciar l'altro nella propria rabbia, per evitare guai. Questa è la reazione naturale alla rabbia: "ho paura", perché questo è il compito della rabbia: affrontare l'ostacolo, l'ingiustizia, il pericolo, la sofferenza oppure far stare gli altri dentro un limite, fermandoli, cioè appunto "far paura". Inoltre, si tratta di una reazione utile perché la passività facilita l'ascolto e il prendere atto della realtà che l'altro è arrabbiato; la comunicazione emotiva è quindi efficace.

La rabbia altrui impone prudenza nella relazione, ma c'è chi reagisce, ridendo, arrabbiandosi a sua volta o piangendo. La reazione rabbiosa o col riso nei confronti di qualcuno che è arrabbiato può risultare pericolosa e portare ad un'escalation (De Bortoli, 2014).

Dolore

Il dolore è l'emozione che ci segnala che qualcosa non va, che qualcosa sta nuocendo a noi o al nostro corpo, e che ci obbliga a prenderci cura di noi e degli altri che stanno male. Nella nostra cultura la particolarità del dolore, forse al pari del piacere, è che siamo abituati a distinguere il dolore fisico da quello interiore, o psicologico (De Bortoli, 2014). Il primo, come descritto da Galimberti (2018), è una sensazione di sofferenza soggettiva che nasce in presenza di uno stimolo avvertito come nocivo o riduttivo del benessere corporeo; il secondo viene invece considerato una delle tonalità affettive di base che accompagnano l'esistenza. Questo paragrafo si concentrerà sul cosiddetto "dolore psicologico", tralasciando (almeno in parte) quello fisico, di natura traumatica o dovuto a delle patologie, benché questi sembrano essere strettamente collegati, se non, in qualche modo, sovrapponibili. Per Freud (1925, pag. 316) i due tipi di dolore sono in realtà del tutto sovrapponibili:

“L'intenso e, a causa della sua insaziabilità, sempre crescente investimento nostalgico sull'oggetto mancante (perduto) produce condizioni economiche analoghe a quelle generate dall'investimento doloroso della parte lesa del corpo, e rende possibile prescindere da ciò che alla periferia determina il dolore corporeo! Il passaggio dal dolore fisico al dolore psichico corrisponde alla trasformazione da un investimento narcisistico (quello legato alla parte del corpo compromessa) a un investimento oggettuale (legato a un oggetto esterno)”.

In entrambi i casi, esso è un avvertimento che serve ad evitare un dolore, o un danno, maggiore e, in ultima istanza, la morte. Inoltre, il dolore costituisce un modo profondamente radicato di entrare in contatto emotivo con i propri simili, quindi per ricevere da loro aiuto e conforto. Anche il dolore è un'emozione fondamentale per la sopravvivenza (Casriel, 1972).

A livello corporeo viene percepito nella parte centrale e bassa del busto, in corrispondenza del cuore e dell'addome, ed è una sensazione che si dilata in tutto il corpo. Nel dolore vengono meno le energie per investire ed impegnarci verso l'ambiente esterno, obbligandoci a occuparci prima di noi stessi. È quindi un'emozione che ci fa volgere verso l'interno.

Il pianto è la manifestazione caratteristica del dolore, funzionale al rilassamento e alla riduzione degli stati emotivi spiacevoli. Esso ha anche un'evidente funzione comunicativa; infatti, veicola un'implicita richiesta di aiuto e stimola l'altro a fornire conforto e vicinanza. Far niente, chiudersi, isolarsi, lasciarsi attraversare dalla tristezza o addirittura coltivarla sono comportamenti comuni in risposta al dolore che richiamano il bisogno di ritagliarsi uno spazio per sé. Anche cercare di dormire è una cosa buona, quando ci si riesce; infatti, per chi sta male, pensiamo a chi è malato, dormire è un dono dal cielo. È anche possibile reagire al dolore: il dolore può spingere a migliorare, a parlare con chi ha fatto del male, portando quindi al confronto, ad arrabbiarsi, reazione sensata e funzionale quando una persona ritiene che il dolore provato sia immeritato. In questo caso la rabbia può essere di sostegno perché dà energia, quell'energia che il dolore toglie. Infine, c'è anche chi prova paura davanti alla sofferenza. Si tratta di una reazione naturale che evidenzia quanto il dolore non sia desiderato e come cerchiamo di evitarlo in tutti i modi (De Bortoli, 2014).

Quando si scorge il dolore negli altri è immediata la constatazione che c'è qualcosa che non va, che dev'essere successo qualcosa di brutto e nasce l'interesse di capire il perché. Solo successivamente emerge il pensiero di cosa si potrebbe fare.

Il dolore stimola risposte di vicinanza e di aiuto nel superare questo stato. Tra questi comportamenti emergono l'ascolto empatico, il tentativo di approfondire i motivi del dolore, di consolare, aiutare, tranquillizzare, anche far sorridere o tirar su (tramite il sorriso o l'umorismo). Nel complesso, il dolore genera nelle persone la volontà di intervenire in qualche maniera e un atteggiamento di apertura e comprensione, pure di condivisione nel pianto. Il dolore altrui impone inoltre cautela e tatto nella relazione, caratterizzata dall'attenzione a non dare altro dolore (De Bortoli, 2014).

È importante fare un'ultima precisazione. Se uno stato di dolore si prolunga nel tempo può diventare tristezza stabile, sofferenza persistente, che assume tonalità differenti e caratteristiche proprie.

Piacere

Il piacere nasce dalla soddisfazione dei bisogni fondamentali per la sopravvivenza di un individuo, dal sentire che i propri bisogni e i propri desideri vengono soddisfatti da noi stessi e dagli altri (Casriel, 1972). Anch'esso è un'emozione biologicamente fondata

sull'istinto di sopravvivenza; tutto ciò che ci dà piacere è infatti “a servizio della vita”. Il piacere è l'emozione che più di tutte ricerchiamo e l'emozione maggiormente relazionale e sociale poiché il piacere avvicina e crea legami.

La percezione del piacere interessa tutto il corpo, ma in modo specifico il cuore, l'addome e le aree ad essi vicine. Si tratta pressoché delle parti limitrofe o interessate anche nella percezione del dolore. Il riferimento a tutto il corpo si rifà probabilmente alla sensazione di rilassamento che lo pervade. Il piacere riguarda anche il volto, con particolare riferimento al sorriso e alle guance, dovuto al coinvolgimento dei muscoli zigomatici nell'espressione dell'emozione. Il viso diventa infatti lo strumento per comunicare il piacere e per entrare in relazione con gli altri.

Il piacere rende bella la vita, porta a divertirsi, al sorriso e al riso e a cambiare lo stato emotivo per volgerlo alla felicità. Inoltre, porta a stare in tranquillità, perfino alla contemplazione. Quello che avviene è un cambio di atteggiamento che dispone alla relazione, con voglia di vivere la felicità in apertura trasmettendola e comunicandola agli altri. Il piacere migliora in ogni senso la relazione con gli altri, caratterizzata da gentilezza e disponibilità. Insomma, il piacere spinge verso la relazione e ci fa stare in relazione (De Bortoli, 2014).

Di fronte al piacere altrui le persone notano il passaggio verso il benessere, pensano che questo sia frutto di qualcosa di bello che è accaduto e dichiarano la propria contentezza per il bene che l'altro sta provando, anche senza il bisogno che ne venga spiegato il perché. Dal piacere emerge condivisione, partecipazione ed empatia: avviene infatti il passaggio empatico “sono felici loro, lo sono anch'io” poiché anche l'interlocutore può ricevere qualcosa dal piacere altrui. Infatti, quando qualcuno è nel piacere, ci abbracciamo, gli sorridiamo, ci aggiungiamo al gruppo o alla conversazione o ci lasciamo coinvolgere per celebrare e condividere questo stato. Quello che avviene è la diffusione del piacere tramite lo scambio e la condivisione del benessere, tanto che nei presenti può persino avvenire un cambio di stato emotivo per gioire assieme. L'apertura e la disponibilità nei confronti degli altri, che il piacere porta con sé, sono confermate da tendenze opportunistiche che talvolta nascono negli interlocutori, pronti a fare richieste o a chiedere favori in questo momento, piuttosto che in altri. Una reazione di fronte al piacere è anche quella di limitarsi semplicemente a lasciare che gli altri vivano

quest'emozione, senza esibire una particolare risposta comportamentale (De Bortoli, 2014).

Occorre infine sottolineare una particolarità del piacere: esso a volte può portare con sé anche del dolore. Spesso il piacere, quando arriva, coglie impreparati, perché la sua eventuale assenza nella vita fa sentire “quanto ci è mancato”. Quindi smuove il dolore. Il piacere infatti è conseguenza del bisogno o del desiderio, quando vengono soddisfatti. Ma sia il bisogno che il desiderio segnalano quello che manca, che può tornare a galla. Ecco perché spesso chi è toccato da gioia o felicità improvvisa, scoppia in pianto. Di solito un pianto liberatorio, ma dentro porta con sé un dolore vero (De Bortoli, 2014).

Amore

L'amore, nella ricerca psicologica, è divenuto oggetto di studio della psicanalisi, della psicologia comportamentale e della fenomenologia. Passando da una concettualizzazione all'altra, è stato considerato un derivato della pulsione sessuale o del narcisismo, una risposta appresa o un evento da studiare nelle sue differenti manifestazioni (Galimberti, 2018). Casriel (1972) e la Bonding Psychotherapy considerano l'amore come una delle cinque emozioni primarie. Secondo l'Autore, l'amore è l'anticipazione del piacere e, inevitabilmente, nasce nel rapporto con gli altri. Scrive a proposito:

“La prima parte dell'esistenza del bambino è talmente costellata dall'alternarsi di piacere e dolore che, per tutta la vita, la sua capacità di provare amore ne sarà condizionata. L'amore si basa sulla percezione che, da una certa persona, ci deriverà del piacere, sulla consapevolezza che qualcuno ci sta dando qualcosa, che soddisfa i nostri bisogni, senza chiedere nulla in cambio. Quando una persona ci dà costantemente piacere, o allevia le tensioni eliminando il dolore, l'emozione che suscita in noi è il piacere. E l'attesa di questa persona che è stata per noi una costante fonte di piacere, si trasforma in un sentimento di amore. Quando tu ti aspetti quel piacere da una persona vuoi dire che la ami” (Casriel, 1972, pag.311).

La figura a cui viene rivolto l'amore non soltanto elimina la fonte del disagio, ma con il suo tocco e la sua affettuosa sollecitudine, procura piacere. Gradualmente, il neonato impara a riconoscere la madre in questo essere amorevole. Diventa successivamente in

grado di estendere il nuovo sentimento di sicura attesa del piacere, il suo amore, al padre, ai fratelli, alle sorelle, ai parenti, e agli amici che lo circondano, se questi si comportano nello stesso modo. E, infine, al mondo intero (Casriel, 1972). È quindi possibile affermare che l'amore è fondamentalmente un legame, che ci lega a qualcuno o qualcosa che ci da piacere.

Nella letteratura psicologica, vengono distinte 4 forme di amore di base (Galimberti, 2018):

- Agape: carità, amore altruistico. Diretta verso l'altro, senza attendere in cambio particolari gratificazioni.
- Philia: amicizia. Caratterizzato da ammirazione, sostegno e reciprocità nelle gratificazioni.
- Eros: amore erotico. Ha le sue radici nel desiderio sessuale; che genera desiderio di possesso ed esclusività.
- Affetto: ha le sue radici nell'attaccamento primario.

Casriel (1972) ritiene che l'amore sia forse il bisogno più importante per l'individuo. Infatti, l'amore verso una persona nasce quando ci aspettiamo che questa possa soddisfare i nostri bisogni.

L'amore comprende il bisogno di "sentirsi in contatto" con gli altri, e ciò costituisce un elemento fondamentale per la sopravvivenza del gruppo (ha quindi una funzione evolutiva legata alla sopravvivenza).

L'amore è fondamentalmente collegato alla fiducia. Per stare in contatto con gli altri l'uomo deve poter accordare loro la propria fiducia e ricevere, in cambio, la loro. Egli afferma: *"L'uomo deve poter vivere in una atmosfera di fiducia nella quale poter manifestare le emozioni biologiche che egli tiene nascoste contro le azioni della "non-gente"* (Casriel, 1972, pag.172). Come affermato anche da Jaspers (1919, pag.145), è il legame amoroso che divide le persone in "individui" e "non-gente": l'amore *"è ciò che fonda concretamente la nozione di individuo, che acquista senso solo nel movimento dell'amore. Solo per l'amante esso è individuo; per gli altri non è che singolarità casuale, individuo fra molti"*.

Secondo Casriel (1972), è a causa della mancanza di contatto emotivo, e quindi di amore, che soffriamo di solitudine e di alienazione; questo perché siamo privi del rapporto emotivo con gli altri esseri umani e ne sentiamo un immenso bisogno.

2.4. CORPOREITÀ

Diversi sono i contributi teorici riguardanti il corpo in psicoterapia. Si pensi alle riflessioni della psicanalisi (che nasce dalla neurologia), della psicologia cognitiva e comportamentale, fino ad arrivare alla psicofisiologia, alla psicofarmacologia, alla neuroimmagine e alle loro applicazioni nell'ambito psicoterapeutico. Però, solo in una minoranza di casi, le conoscenze sul corpo divengono applicabili nell'intervento psicoterapeutico. Nella visione dell'uomo nella prospettiva della BP e nella dinamica del gruppo (come descritto nel primo capitolo) la corporeità assume un ruolo di primaria importanza. Questo diventa possibile poiché l'esperienza concreta, radicata nel corpo, diventa il fattore terapeutico centrale nella BP.

Come affermano Stauss ed Ellis (2007), il nostro corpo è la fondazione della nostra esistenza, questa natura fisica e corporea è la base della vita; “non solo abbiamo un corpo, ma noi siamo il nostro corpo”.

In questa affermazione riemerge la distinzione fenomenologica husserliana tra “Körper” (corpo fisico) e “Leib” (corpo vissuto). Stanghellini (2017, pag.42) descrive così l'ambiguità dell'esperienza del nostro corpo:

“Il mio corpo è doppio: proprio ed estraneo allo stesso tempo. [...] Il corpo in quanto mio e il corpo in quanto corpo tra i corpi. Il mio corpo è la parte più intima della mia identità di persona e, tuttavia, è anche quella più estranea, perché in quanto corpo tra i corpi, in quanto corpo biologico che condivide con tutti gli altri corpi pulsioni e bisogni che io non ho scelto, non si preoccupa di chi voglio e sento di essere. Poiché sono incarnato, vivo indissolubilmente avvinto da “valori organici” impersonali che non sono di mia creazione, ma con i quali devo fare i conti. Questi valori sedimentati nel mio corpo influenzano, volente o nolente, le mie azioni”.

Come si è già potuto notare nelle pagine precedenti (vedi ad esempio i paragrafi sui bisogni e sulle emozioni), la Bonding Psychotherapy integra conoscenze

multidisciplinari riguardanti il corpo, provenienti dalla psicologia e psicopatologia, dalla psicofisiologia, dalle tecniche di neuroimmagine, dalla biologia, dalla medicina, dalla neurobiologia, ecc. Come fin ora fatto, nel trattare le varie tematiche legate al mondo della BP, si procederà, di volta in volta, ad analizzare anche i legami che queste hanno col corpo e la fisicità.

2.5. COGNIZIONI

Per cognizioni si intendono tutte quelle funzioni che permettono di raccogliere informazioni relative al proprio ambiente, di immagazzinarle, analizzarle, valutarle, trasformarle, per permetterci di agire nel mondo circostante (Galimberti, 2018). Benché in quest'ampia definizione rientrino tutte le funzioni cognitive, per la BP, come affermato da Casriel (1972) e Stauss ed Ellis (2007), sono importanti i pensieri e gli atteggiamenti (o attitudini).

Per quanto riguarda il pensiero, ai nostri fini, è importante fare due precisazioni, così come suggerito da Stauss ed Ellis (2007).

Innanzitutto, la peculiarità del pensiero sta nell'abilità dell'essere umano di pensare alla sua stessa esperienza (quindi di poter assumere un focus interno). L'Autore chiama questa capacità riflessione, o autoriflessione, e afferma che la consapevolezza dei propri processi interni, è una delle caratteristiche antropologiche di base che differenzia l'essere umano dagli animali.

La seconda importante precisazione ha a che fare con la prospettiva. Infatti, il pensiero umano ha sempre una visione prospettica; "ogni individuo fa esperienza della vita e della realtà dal suo soggettivo e individuale punto di vista dal quale costruisce la sua propria realtà" (Stauss ed Ellis, 2007, pag.133). È questa la posizione epistemologica che il costruttivismo, e più in generale la psicologia postmoderna, ha fatto propria. Secondo questa prospettiva, non esiste una realtà data, indipendente dall'osservatore; la realtà è sempre una creazione dei soggetti, in un contesto sociale e culturale. Ai fini del nostro discorso, è essenziale comprendere che l'individuo attivamente costruisce la propria conoscenza nel suo tentativo di dare senso al suo mondo e, così facendo, crea la realtà che egli stesso vive (Stauss ed Ellis, 2007).

Questo è particolarmente rilevante nel parlare degli atteggiamenti. Come già discusso nel primo capitolo, gli atteggiamenti sono valutazioni, pensieri o convinzioni su sé stessi e sulle relazioni, che vengono interiorizzati precocemente nell'infanzia, addirittura prima dei tre anni, guidano la vita di una persona e determinano come questa percepisce sé stessa e il mondo (Stadtmüller e Gordon, 2011); quindi come la persona crea la sua personale realtà.

Il lavoro sugli atteggiamenti è centrale nella BP. Casriel (1972, pag.285) sottolinea l'importanza terapeutica di modificare gli atteggiamenti disfunzionali delle persone affinché possa verificarsi un vero cambiamento; egli afferma: *“Fu necessario procedere nell'analisi per imparare che erano gli atteggiamenti distorti a tenere lontano gli individui da una crescita reale”*. Infatti, il confronto sui comportamenti e la maggiore consapevolezza emotiva non erano sufficienti e le persone ricadevano nei vecchi modelli di comportamento.

Come descritto da Stauss ed Ellis (2007), gli atteggiamenti sono cognizioni legate ai bisogni di base e alla loro soddisfazione. In particolare, egli individua sette conflitti di base, legati agli altrettanti bisogni di base, che possono portare all'interiorizzazione di atteggiamenti negativi. Vengono riportati nella seguente tabella gli atteggiamenti disfunzionali, legati ai relativi conflitti di base, individuati da Stauss ed Ellis (2007), sui quali la BP interviene.

Il metodo della BP ritiene e sperimenta che l'affermazione dell'atteggiamento corretto, emerso nel lavoro del gruppo terapeutico, comporti la ricostruzione dell'equilibrio relazionale con sé e con gli altri.

Step maturazionali di base	Età	Bisogno di base	Conflitto di base	Atteggiamento negativo	Emozioni comunemente associate
I	Fino ai 3 mesi	Bonding	Desiderio vs paura della vicinanza fisica, apertura emozionale	“Non ho il diritto di esistere. Non posso condividere il mondo con gli altri”	Vaga agitazione, dolore, sensazione di vuoto
II	Primo anno	Attaccamento	Desiderio vs paura dell’attaccamento	“Non posso fidarmi di nessuno; le relazioni sono deludenti”	Dolore, tristezza, rabbia, delusione
III	Dal 2° al 3° anno	Autonomia	Desiderio vs paura dell’autonomia	“Non posso essere così come sono”	Ansia generalizzata, rabbia
IV	Dal 2° al 3° anno	Autostima	Desiderio di riconoscimento vs paura di accettare il riconoscimento	“Non sono e non valgo”	Vergogna
V	Dal 3° al 6° anno	Identità	Desiderio vs paura dell’affiliazione	“Non so chi sono e a chi appartengo”	Confusione, impotenza
VI	Dal 6° al 18° anno	Significato e spiritualità	Desiderio vs paura di un orientamento spirituale e di senso	“La vita non ha senso e non ha valore”	Paura esistenziale e disperazione
VI	Età adulta	Benessere fisico e piacere	Desiderio vs paura dell’integrità fisica e del benessere	“Se mi sento bene, succederà qualcosa di terribile”	Ansia ipocondriaca

- Tabella 2.2 – Step maturazionali e relativi atteggiamenti disfunzionali e conflitti di base (Stauss ed Ellis, 2007, pag.27).

2.6. COMPORTAMENTO

Il comportamento viene definito come l'insieme di azioni e reazioni di un organismo a una stimolazione proveniente dall'ambiente esterno. Esso, a differenza delle emozioni e dei pensieri, si presenta come fenomeno osservabile e misurabile. In quanto osservabile, il comportamento si pone nella relazione osservatore-osservato, ponendo colui che osserva posizione di definire le motivazioni che lo guidano (Galimberti, 2018). Motivazioni innumerevoli e sfaccettate che, in parte, sono già state precedentemente descritte.

Strettamente connessi al comportamento sono i concetti di libertà e responsabilità. Nella società occidentale il comportamento e le azioni sono soggetti al libero arbitrio. Benché possano esserci motivazioni inconsce che guidano il comportamento, l'individuo viene considerato libero di scegliere, capace di autodeterminarsi e di compiere azioni autonome dal punto di vista sociale e giuridico. Basti pensare alla nostra legge, che è basata sull'assunzione della libera e responsabile autodeterminazione e quindi sottopone il comportamento alla responsabilità individuale. Infatti, la reale ragione dell'accusa è l'assunzione che la libera e responsabile autodeterminazione sia una caratteristica umana e che l'essere umano sia perciò libero di decidere in favore o contro la legge (Stauss ed Ellis, 2007).

Nella BP, come riferisce Casriel (1972), i problemi del comportamento vengono affrontati direttamente, chiedendo ai nuovi venuti di abbandonare i "sintomi" e i modelli di condotta distruttivi. Questa drastica richiesta facilita l'emergere delle emozioni che lo sorreggono, come lo stesso Casriel aveva avuto modo di osservare nella sua esperienza a Synanon. Egli porta l'esempio di Charlie, un uomo che continuava ad intraprendere sempre nuove relazioni extraconiugali:

“Era sempre in cerca di donne nuove con cui fare l'amore. Con ognuna di loro per un po' poteva "aprirsi" e parlare dell'impovertimento emotivo della sua vita, sottolineando quei bisogni che nascondeva al resto del mondo. Tuttavia, quando una donna incominciava a soddisfare i suoi bisogni, ne era terrorizzato. La sua capacità di ricevere amore era molto limitata. La soluzione consisteva nel trovare una nuova relazione con un'altra donna per dissipare le proprie insicurezze. Che cosa sarebbe successo se si fosse chiesto a Charlie di finire con le sue relazioni extraconiugali? Forse sarebbe stato

costretto ad affrontare paure, collera, dolore e bisogno d'amore; quei sentimenti nascosti che lo costringevano ai suoi atteggiamenti esteriori ("acting-out"). Forse, eliminando il comportamento sintomatico, Charlie avrebbe scoperto la sua pressione emozionale e si sarebbe ricostruito interiormente in un nuovo modo” (Casriel, 1972, pag.276).

Oltre all'abbandono del sintomo, nei gruppi di BP viene chiesto ai partecipanti di comportarsi come adulti responsabili, prendendosi quindi la responsabilità di sé stessi, della propria situazione, delle proprie emozioni e del proprio comportamento. Se non lo sanno fare, possono “agire come se” lo sapessero. (Casriel, 1972).

La dinamica del gruppo, in ogni caso, si concentra maggiormente sulle emozioni e gli atteggiamenti. Il compito, in cui il partecipante sceglie di impegnarsi a fine gruppo, è l'unico elemento della dinamica che ha specificamente a che fare con il comportamento. Il compito, scelto liberamente e responsabilmente per sé, è infatti il mezzo attraverso cui portare all'esterno del gruppo il cambiamento che è avvenuto al suo interno; cambiamento che, non è reale, se non porta a nuovi comportamenti e nuove modalità di entrare in relazione.

2.7. SPIRITUALITÀ E SIGNIFICATO

La spiritualità è un tema controverso in psicoterapia. Infatti, lo psicoterapeuta è tenuto a rimanere neutrale rispetto alla trascendenza e non può esercitare la sua influenza per proporre ai propri interlocutori il proprio sistema di credenze. D'altra parte, il processo psicoterapeutico può aprire le porte alla trascendenza, se la persona che l'ha intrapreso lo desidera. Ma, l'esplorazione di questo mondo non riguarda la psicoterapia. Dall'altro lato però, sono molti gli studi che hanno confermato che una positiva esperienza di spiritualità sembra dare accesso a molte risorse per confrontarsi con problemi emozionali (Stauss ed Ellis, 2007). È per questo motivo che nel 2003, alla Conferenza Internazionale di Bonding Psychotherapy a Lisbona, l'Associazione Internazionale di Bonding Psychotherapy ha deciso di includere la spiritualità tra i bisogni psicosociali di base.

Come Stauss ed Ellis (2007) hanno riportato, Maslow (1977), nella sua indagine sulla salute psichica, selezionò quelli che lui definì “i migliori rappresentanti del genere umano”, considerati come le persone più sane, per poter analizzare le loro caratteristiche. L’analisi di questi personaggi rivelò 18 tratti caratterizzanti l’individuo psicologicamente “sano”. Tra questi, emerse che queste persone avevano avuto spesso esperienze di trascendenza, quasi mistiche, di intensa felicità, che Maslow descrive con il termine “beatitudine”.

Ma ci sono anche evidenze di come la spiritualità sia un elemento importante in psicoterapia e per quanto riguarda la salute in generale. Ad esempio, più di 200 studi a partire dagli anni ’80 hanno confermato che gli individui che coltivano con costanza la loro spiritualità sono più sani degli atei; spiritualità che diminuisce il rischio di ipertensione del 40% e che è correlata ad un sistema immunitario più forte. Altri risultati, che vanno in questa direzione, hanno individuato nella fiducia transpersonale (costruito che comprendeva anche l’apertura alle esperienze spirituali e ad una realtà superiore) un fattore che, in presenza di alta autoefficacia, è predittivo dei migliori risultati terapeutici. L’effetto dovuto all’alta autoefficacia sui risultati terapeutici era raddoppiato in presenza della fiducia transpersonale (Stauss ed Ellis, 2007).

Questi ed altri studi, riportati da Stauss ed Ellis (2007), obbligano a tenere in considerazione la spiritualità come una risorsa in psicoterapia. In particolare, sembra che la essa possa essere un’efficace strategia di coping in situazioni di pericolo di vita, che può influenzare addirittura i sintomi fisici.

Ma, spiritualità non significa solamente trascendenza e appartenenza ad una realtà più grande. La spiritualità ha a che fare con il senso, il significato. Spiritualità è trovare il senso di ciò che è capitato; essa impone quindi una direzione alle situazioni e agli eventi della vita. Questa è un’operazione retrospettiva poiché il senso viene sempre trovato a posteriori.

La spiritualità sottolinea il bisogno che l’uomo ha di vivere una vita significativa. Infatti, una vita senza significato è vuota e senza valore, una vita significativa porta invece felicità, soddisfazione e benessere.

Il legame tra spiritualità e significatività è facilmente comprensibile se pensiamo al fatto che una vita è ritenuta significativa solamente se una persona vive per qualcosa in cui

crede. Motivazione che nasce all'interno ma rivolta a un "qualcosa" che sta all'esterno, appunto che la trascende (Stauss ed Ellis, 2007).

Nella BP, la dimensione spirituale e di senso è fondamentale. Infatti, le emozioni sono cariche di significato. Esse, come già trattato, sono "a servizio" della vita e in questo trovano il loro senso, per come le si espone, in chiave didattica (De Bortoli, presidente del CeIS di Belluno, comunicazione personale, 29 ottobre 2020): il "pro" non si riferisce soltanto al "prima", quale energia emozionale data, ma è in funzione di un "fine da raggiungere", nei confronti della vita".

- Paura: pro-tegge la vita.
- Rabbia: pro-muove la vita.
- Dolore: pro-cura la vita.
- Piacere: pro-clama la vita.
- Amore: pro-duce la vita.
- Senso: pro-pone la vita.

Inoltre, nel gruppo di BP una persona, tramite l'espressione, il contatto con le proprie emozioni e il lavoro sugli atteggiamenti, trova il senso di quello che gli è successo, dando significato alla propria vita e anche alle esperienze più dolorose.

2.8. CONCLUSIONI

In questo capitolo è stata delineata la visione dell'uomo nella la prospettiva della Bonding Psychotherapy integrando svariati contributi provenienti dalla letteratura psicologica. Dal momento che ne sono stati esplicitati i riferimenti teorici, nel prossimo capitolo si procederà alla concettualizzazione dei disturbi psicologici nell'ottica della BP, per poi soffermarci sulle basi del trattamento e sui fattori terapeutici che in esso intervengono.

CAPITOLO III

EZIOLOGIA E TRATTAMENTO DEI DISTURBI

3.1. L'UOMO NELLA SOCIETÀ OCCIDENTALE

Per iniziare a parlare dei disturbi che affliggono le persone che si rivolgono alla psicoterapia, e alla Bonding Psychotherapy, è necessario contestualizzare le varie forme di disagio nella realtà sociale in cui prendono forma. Come disse Casriel (1972, pag.174): *“Ogni paziente che si presenta a me è il prodotto della nostra società”*. Lo stesso Autore evidenzia la necessità di contestualizzare le azioni umane, facendo riferimento al comportamento sessuale:

“...diamo uno sguardo al ruolo fondamentale che ha la cultura nel determinare il comportamento sessuale dell'uomo. Quando l'Uomo Occidentale venne per la prima volta a Thaiti, trovò il paradiso del sesso. Ragazze giovani e belle intrattenevano rapporti con gli uomini, in maniera libera e facile, senza vergogna né imbarazzo. Dopo aver trascorso alcuni anni della loro adolescenza in questa situazione di amoreggiamento spensierato, ognuna di queste ragazze si accoppiava con un giovane e gli rimaneva, più o meno, fedele. A questo punto, le donne partorivano dei figli e li allevavano. Altre culture, in Polinesia e in Africa, hanno sviluppato modelli simili. La verginità non ha alcun valore. E la giovinezza viene accettata come un periodo in cui la sessualità viene vissuta in modo libero da ogni responsabilità. [...] Presso alcune tribù indiane dell'Alaska, il sesso veniva tenuto culturalmente separato dalla paternità e dall'allevamento dei figli. Il totem era parte della religione tribale e, una delle teste sul palo del totem veniva considerata padre del bambino. In tal modo, il fatto di avere un bambino era connesso a un fatto ideologico. E il sesso costituiva un divertimento. Le femmine si univano in modo permanente ai maschi per ragioni socioeconomiche, per avere qualcuno che cacciasse e raccogliesse i frutti per loro e per i figli” (Casriel,1972, pag.155).

È chiaro che anche le forme di disagio che caratterizzano un contesto sociale non possano essere indipendenti dalle norme che lo regolano e che danno senso ai

comportamenti delle persone che lo abitano. Allo stesso modo, un modello che tenti di spiegare alcuni disturbi presenti in un contesto culturale non può essere separato da questo. Lo stesso modello psicanalitico, nato in Europa in epoca vittoriana, nella quale visse Freud, avrebbe perso il suo senso e non sarebbe stato applicabile a Thaiti o nelle tribù dell'Alaska, dove la sessualità non era repressa.

Al giorno d'oggi, come già argomentava Casriel (1972), i fondamenti delle forme di disagio sono differenti da quelli esistenti all'epoca di Freud, quando il comportamento era sottoposto a regole precise e i valori erano fissi. Il malessere e l'impoverimento psicologico della società occidentale possono essere spiegati dalla mancanza di apertura emozionale e vicinanza fisica che impedisce la soddisfazione dei bisogni psicologici di base, soprattutto dei bisogni di attaccamento e di bonding. È possibile dire che la nostra società soffre di una "fobia dell'intimità emozionale". Egli afferma:

"...nella cultura occidentale, sia negli USA che in Europa, la deprivazione di bonding è quasi universale. Il contatto fisico infantile varia tra il 5 e il 25% del tempo, a confronto del 70% del tempo dei Kung Bushmen (popolazione tribale che vive nel deserto del Kalahari), il cui stile di vita tribale è approssimabile a quello che ha formato le basi dell'evoluzione umana per milioni di anni" (Casriel, 1983, pag.808).

I paesi industrializzati dell'occidente tendono a sacrificare il soddisfacimento dei bisogni di bonding e di attaccamento a favore dell'agency e della ricerca della performance professionale. Questa enfatizza e valorizza i bisogni di autonomia e autostima a spesa delle relazioni, che si rivelano spesso disfunzionali e infelici (Stauss ed Ellis, 2007). Benché i risultati della ricerca non siano sempre in pieno accordo, alcuni dati ci dicono che solo il 47% della popolazione sembra avere un attaccamento sicuro (Horowitz, Rosenberg, e Bartholomew, 1993).

Oggi, le forme del disagio sono fondamentalmente legate a un senso di insicurezza in un mondo diffidente all'attaccamento. Infatti, il senso di sicurezza viene minato dall'incapacità di creare relazioni durevoli. L'insicurezza che ne deriva viene compensata dal grande sforzo per l'individualizzazione, fortemente connotata dalla ricerca dell'autonomia e della fiducia in sé stessi. Si delinea quindi un cambiamento nella genesi delle forme contemporanee di disagio. Mentre le generazioni precedenti desideravano la liberazione dalle costrizioni della tradizione, nel mondo postmoderno

l'insicurezza, e non la mancanza di libertà, è il problema centrale (Stauss ed Ellis, 2007).

La paura della vicinanza emotiva, secondo Casriel (1972), richiede che noi "raffreddiamo" le emozioni che proviamo nei rapporti interpersonali (riservandole, di solito, a quegli spazi che la società indica come adatti) e che evitiamo il contatto fisico, impedendo l'espressione e la soddisfazione del bisogno di bonding. La persona alienata, costretta a reprimere l'espressione di questi bisogni, trova solitamente rifugio dietro ad una facciata socialmente accettabile oppure si comporta in una maniera distorta e spesso distruttiva che allevia temporaneamente la pressione dei bisogni nascosti. La sincera interazione emozionale viene quindi sostituita dalla negazione della propria espressività, separando l'individuo dal proprio nucleo emotivo e impedendo la vera e diretta espressione di sé.

L'alienazione nasce poiché le persone non hanno abbastanza fiducia negli altri da mostrare loro i propri autentici sentimenti. Quando questi vengono repressi danno origine a diversi tipi di disturbi che si manifestano con dei sintomi sotto forma di emozioni, comportamenti e atteggiamenti distruttivi (Casriel, 1972).

In questo scenario diviene particolarmente importante la terapia di gruppo. Questa infatti soddisfa il bisogno dell'uomo di sentirsi legato agli altri, di esprimere sinceramente i propri sentimenti e di entrare in contatto con i sentimenti autentici degli altri. Bisogna che, come descritto, fatica a trovare risposta nella vita sociale e non può venir soddisfatto nemmeno nel rapporto diadico della psicoterapia individuale.

3.2. IL MODELLO EZIOLOGICO DELLA BONDING PSYCHOTHERAPY

Nella prospettiva della Bonding Psychotherapy, il disturbo viene considerato secondo una prospettiva olistica: ovvero, come un sistema che integra elementi biologici, psicologici e sociali dell'esistenza umana, che sono intrecciati tra loro e richiedono di essere capiti (Stauss ed Ellis, 2007).

La BP, pur riconoscendo l'utilità ed il valore delle più diffuse categorizzazioni nosografiche (DSM-V, ICD-10), nella pratica clinica, così come a livello teorico, non

adotta nessun tipo di precisa classificazione dei disturbi. Come affermato da Stauss ed Ellis (2007), la BP si configura come un modello di trattamento generale che si rivolge direttamente alle ragioni che ad essi sottostanno. È per questo che nel corso delle sedute di gruppo non viene effettuata né fornita alcuna diagnosi.

Il focus della BP su quelli che potremmo definire disordini emozionali, piuttosto che su specifiche sindromi, assume rilevanza dal momento che la stragrande maggioranza dei sintomi che caratterizzano quest'ultime (vedi DSM-V) sono di natura emozionale.

3.2.1. La mancata soddisfazione dei bisogni

La Bonding Psychotherapy considera le esperienze relazionali traumatiche come i principali fattori eziologici per i disturbi emozionali. Aderisce quindi ad un modello eziologico simile a quello della psicoterapia psicodinamica, che vede l'origine di quest'ultimi in conflitti inconsci e l'origine delle carenze strutturali in esperienze traumatiche precoci. Queste, nella prospettiva della BP, vengono considerate traumatiche o disfunzionali nel momento in cui violano i bisogni bio-psico-sociali di base della persona. Infatti, secondo la BP, i disturbi emozionali affondano le loro radici nel mancato appagamento dei bisogni bio-psico-sociali di base (Stauss ed Ellis, 2007).

Questo è particolarmente rilevante soprattutto per quanto riguarda il bonding e l'attaccamento, che sono alla base di tutti gli altri bisogni. Le esperienze relazionali avvenute durante specifici periodi dello sviluppo, nei quali il bisogno di bonding e di attaccamento devono essere soddisfatti, portano a "decisioni precoci in relazione al bonding". Queste sono degli aggiustamenti, associati al piacere e al benessere o, nel caso in cui il bisogno non venga soddisfatto, al dolore e al disagio che il bambino mette in atto per sopravvivere (Stauss ed Ellis, 2007). Nei capitoli precedenti abbiamo chiamato queste decisioni atteggiamenti o attitudini. Stauss ed Ellis (2007), facendo riferimento all'organizzazione neurologica che sorregge questi processi, parlano invece di schemi emozionali. Al di là della terminologia e delle diverse concettualizzazioni (che, in ogni caso, sono convergenti), si tratta di decisioni-reazioni, anche se negative, funzionali in quello specifico contesto relazionale, perché permettono di sopravvivere al bisogno insoddisfatto.

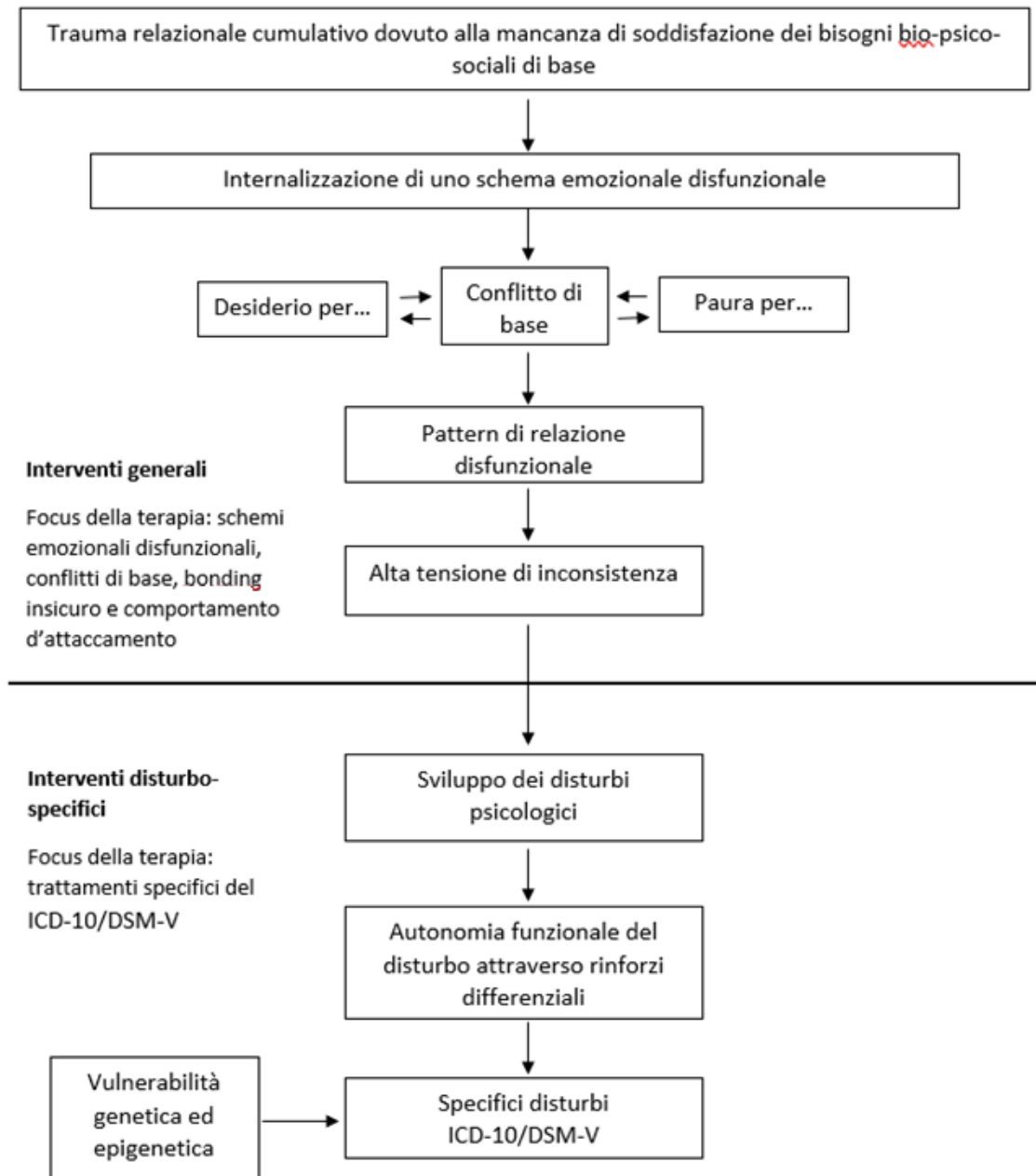
Pensiamo ad esempio ad uno scenario in cui un bambino trova ripetutamente il suo caregiver disattento o incapace di soddisfare le proprie necessità. Questo bambino decide che egli “non ha bisogno” e questo è funzionale poiché gli permette di evitare il ripetuto dolore che la dipendenza gli crea e, allo stesso tempo, di investire su sé stesso e sulla propria autonomia. Questa valutazione, che inconsciamente porterà con sé anche in tutte le relazioni della vita, si rivela disfunzionale solamente nel momento in cui, entrando in una relazione adulta, si trova incapace di chiedere ciò di cui ha bisogno.

Pur riconoscendo la traumaticità di alcuni eventi specifici, come emerge dall'esempio, non è tanto l'occasionale mancata soddisfazione del bisogno ma la violazione cumulativa dei bisogni psicosociali di base che risulta traumatica (Stauss ed Ellis, 2007). È quindi possibile parlare di trauma cumulativo. Esso, come espresso da Khan (1963), non è riconducibile ad un evento scatenante che è possibile isolare ma, al contrario, si caratterizza per una serie di abbandoni, rifiuti, intrusioni, silenzi, mancata assoluzione delle necessità primarie del bambino di cure materne, che generano un vissuto di perdita ed inerzia e che può portare ad uno stato di alienazione. Più precoce è questa mancanza, più grandi sono i bisogni non soddisfatti, più grande è il trauma ad essi legato e il potenziale disturbo emozionale (Stauss ed Ellis, 2007).

Gli schemi emozionali disfunzionali interiorizzati portano alla nascita di conflitti di base. Questi sono strettamente legati ai bisogni di base o, meglio, al desiderio della loro soddisfazione che si scontra con la paura della stessa. Come già sottolineato, i conflitti di base vengono riproposti nelle relazioni attuali e, in esse, divengono evidenti. I conflitti e gli stili relazionali interiorizzati fanno sì che le relazioni attuali si rivelino a loro volta disfunzionali, poiché rendono impossibile la reciproca soddisfazione dei bisogni. Relazioni che, in linea generale, si caratterizzano per l'incapacità di stabilire o tollerare la vicinanza fisica e l'apertura emozionale (Stauss ed Ellis, 2007).

Stauss ed Ellis (2007) integrano queste conoscenze con la Teoria della Consistenza di Grawe (1998; 2004). Allo stesso modo della BP, anche questa teoria ritiene che il benessere emozionale dipenda per la maggior parte dall'abilità dell'individuo di dare risposta ai propri bisogni bio-psico-sociali nell'interazione con gli altri significativi. La soddisfazione o le esperienze relazionali traumatiche portano rispettivamente ad un'esperienza di consistenza (coerenza), sensazione soggettiva di piacere, benessere fisico e pace della mente, legata al sentimento che tutto è ok, o a tensione dovuta

all'inconsistenza. Questo sentire è l'espressione di un'alta stabilità dei simultanei e paralleli processi cerebrali, chiamata consistenza. Essa è un requisito sistemico indispensabile del cervello che garantisce che i processi psicologici funzionino in modo ottimale (Stauss ed Ellis, 2007).



- Figura 3.1 - Modello eziologico della Bonding Psychotherapy (Stauss ed Ellis, 2007, pag.90).

Questa conferma che sembra giungere dallo studio delle funzioni cerebrali ci permette di affermare che, assicurare e mantenere la consistenza è principio guida del funzionamento psicologico dal punto di vista dei processi cerebrali.

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

3.2.2. Disturbi e attaccamento

I disturbi e i comportamenti relazionali disfunzionali precedentemente descritti possono essere compresi anche in relazione al bisogno di attaccamento. Ad esempio, è stato dimostrato che la difficoltà nel formare e nel mantenere le relazioni è collegata ai diversi stili di attaccamento (Stauss ed Ellis, 2007).

Nell'ottica della BP, uno stile di attaccamento è ritenuto disfunzionale quando non permette la reciproca soddisfazione dei bisogni nelle relazioni interpersonali con gli altri significativi (Stauss ed Ellis, 2007).

Bowlby (1988) ha evidenziato come l'incapacità di sviluppare un attaccamento sicuro sia significativamente correlata con lo sviluppo di disturbi emozionali. Stauss ed Ellis (2007) riportano i risultati convergenti di numerosi studi sul legame tra disturbi psicologici e attaccamento. Lo stile d'attaccamento sembra essere relato alla depressione, ai comportamenti suicidari, all'agorafobia e alla schizofrenia. Ad esempio, tra i pazienti agorafobici si registra una maggiore prevalenza dello stile di attaccamento ansioso-evitante rispetto alla popolazione normale. Un altro studio riportato (Steffanowski, 2001), mostra come il carico dei sintomi (misurato con l'SCL-90) sia più alto per lo stile d'attaccamento ansioso-evitante, seguito dallo stile ansioso-ambivalente e dal disorganizzato, mentre è più basso nell'attaccamento sicuro. In generale, lo stile di

attaccamento insicuro è ritenuto il maggior fattore di rischio per lo sviluppo di un disturbo psichico (Stauss ed Ellis, 2007).

L'attaccamento ha particolare rilevanza anche per l'esito della terapia. La ricerca ha mostrato che la dimensione della "paura della vicinanza" (misurata con l'RSQ-2) ha effetto sul cambiamento della condizione generale di un paziente. In particolare, pazienti con alti valori in questa scala mostrano i minori cambiamenti nella condizione generale a seguito della terapia. Si tratta quindi di una dimensione da tenere in grande considerazione durante il processo terapeutico.

In questa sede, il tema dell'attaccamento ci permette di comprendere le introiezioni (che Bowlby chiama "modelli operativi interni") che guidano il modo in cui una persona pensa e si relaziona a sé stessa e agli altri. Infatti, *"il modo in cui le figure di attaccamento importanti si sono rapportate a un individuo nel passato viene internalizzata e rispecchia la maniera in cui uno si rapporta con sé stesso. Il modo in cui un individuo è stato trattato è il modo in cui tratta sé stesso."* (Stauss ed Ellis, 2007, pag.96).

Casriel (1972) individua due tipologie di individui, gli "acceptors" (accettanti) e i "rejectors" (respingenti), che si differenziano in base alla loro "scelta in relazione all'attaccamento". Secondo Casriel, i rapporti distorti con le persone significative della prima infanzia condizionano l'essere umano ad assumere l'una o l'altra identità:

Gli acceptors sono individui che hanno inconsciamente deciso di "pagare qualsiasi prezzo per l'attaccamento". L'essere in relazione, in un legame che soddisfi il bonding e l'attaccamento diventa per loro di prioritaria importanza, anche a costo di sopportare il dolore. Infatti, nelle relazioni, essi accettano la perdita dell'autonomia e dell'autostima per mantenere il legame con la figura d'attaccamento. Tendono quindi a mettere da parte i propri bisogni e permettono agli altri di umiliarli e di svilirli. Essi fanno dipendere la propria identità dal rapporto con una persona significativa ed accettano il dolore della dipendenza poiché da soli temono non avrebbero identità alcuna (Casriel, 1972; Stauss ed Ellis, 2007). Casriel (1972) ipotizza che l'acceptor, da bambino, si sia sentito indifeso nei confronti della dipendenza dai propri bisogni e abbia imparato che l'unico modo per soddisfarli, e per sopravvivere, fosse il rapporto umano, anche se doloroso.

I rejectors, all'opposto, hanno ritenuto "il prezzo dell'attaccamento troppo alto". Essi hanno imparato ad aspettarsi più dolore che piacere dai rapporti umani, così si sentono più sicuri nella loro solitudine. Nella primissima infanzia, il rejector per evitare il dolore, ha scelto che, non appena sarà in grado, farà da solo e che non ha bisogno dell'aiuto di nessuno. Essi hanno sacrificato i bisogni di bonding e attaccamento in favore dell'autonomia e della fiducia in sé stessi e per questo solitamente possiedono una forte personalità che nasce dal loro costante fare da soli (Casriel, 1972) (Stauss ed Ellis, 2007). Come afferma Casriel (1972, pag.314), il rejector inizierà a procurarsi il piacere da solo, senza entrare in relazione, *"simbolicamente, continuerà a succhiarsi il pollice per tutta la vita"*.

I rejectors vivono in un costante stato di tensione poiché percepiscono il pericolo del dolore nascosto in un rapporto d'amore e quindi agiscono per salvaguardarsene (Casriel, 1972).

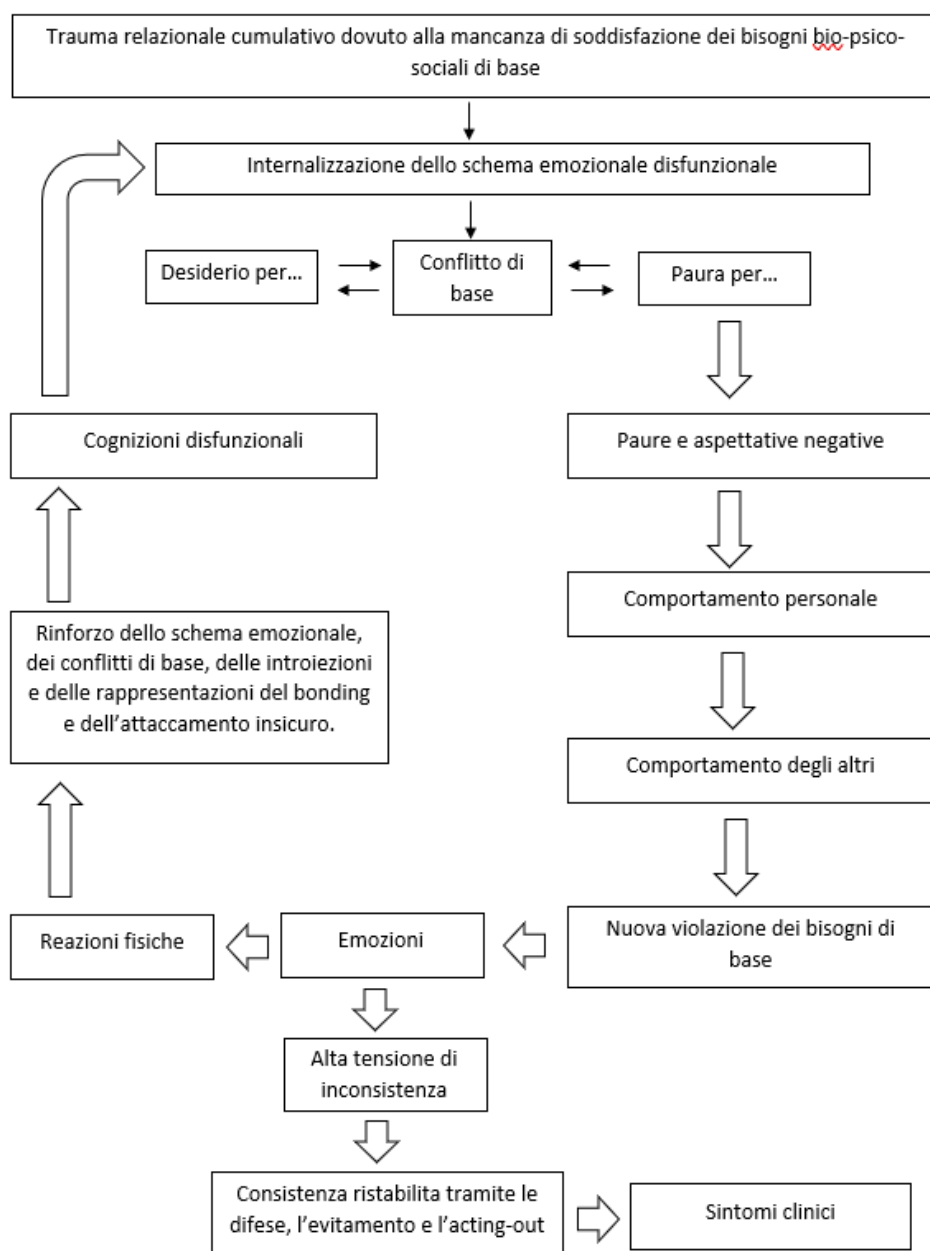
Benché, come affermato dallo stesso Casriel (1972), questi non siano altro che profili indicativi e che sia raro che un individuo corrisponda esattamente a un tipo d'identità o all'altro, si tratta di una concettualizzazione utile soprattutto per comprendere quali sono i bisogni che la persona non riesce a soddisfare.

3.2.3. La genesi interpersonale dei disturbi

Come già evidenziato nelle sezioni precedenti, nella prospettiva della BP, i disturbi hanno sempre una genesi interpersonale. Stauss ed Ellis (2007) propongono l'integrazione di alcuni contenuti tratti dalla psicoterapia interpersonale di Sullivan (1953). In particolare, considera le dinamiche interpersonali che portano gli individui a ripetere i pattern di comportamento delle passate relazioni disfunzionali nelle relazioni correnti.

Secondo la psicoterapia interpersonale, gli attuali comportamenti relazionali sono il frutto di pattern di comportamento internalizzati legati alla storia individuale. L'esperienza interpersonale viene fissata a livello dei processi psichici tramite l'introiezione, l'identificazione e l'internalizzazione (Stauss ed Ellis, 2007):

- L'introiezione è il processo attraverso cui la rappresentazione mentale di un oggetto esterno viene incorporata nel sistema dell'Io, per cui, in realtà, ci si rapporta con l'immagine dell'oggetto introiettato (Galimberti, 2018). In questo caso, sono i pattern di relazione che vengono introiettati. L'individuo inizierà quindi a vedere e a trattare sé stesso nel modo in cui era abituato a essere visto e trattato dal caregiver (Stauss ed Ellis, 2007).
- L'internalizzazione del comportamento della figura d'attaccamento fa sì che il soggetto si comporti nelle relazioni come se la figura d'attaccamento fosse ancora presente. Infatti, il rapporto con il caregiver diviene guida le aspettative relazionali dell'individuo. Ad esempio, se una persona è stata trattata in modo disprezzativo dalla figura d'attaccamento, svilupperà l'aspettativa che gli altri la guarderanno e la tratteranno allo stesso modo (Stauss ed Ellis, 2007).
- L'identificazione è il processo tramite il quale un individuo assimila uno o più tratti di un altro soggetto, modellandosi su di esso (Galimberti, 2018). Parliamo di identificazione quando una persona inizia a trattare gli altri nel modo in cui era abituata ad essere trattata dalla sua figura d'attaccamento (Stauss ed Ellis, 2007).



- Figura 3.2 - Dinamica del circolo interazionale disfunzionale (Stauss ed Ellis, 2007, pag.106).

Quello che viene internalizzato e fissato a livello intrapsichico, come è possibile vedere, non è tanto il pattern di comportamento, e quindi di risposta, del bambino, ma il pattern della relazione bambino-caregiver. Questo influenza il modo in cui gli individui trattano sé stessi internamente e i pattern di relazione attuali.

Per pattern relazionale si fa riferimento a un comportamento interpersonale continuo, che si ripropone ciclicamente e che risulta dominante nelle relazioni emozionalmente

importanti. Questo comportamento, che è stato un tentativo di adattamento alle relazioni infantili, è destinato a fallire nel presente se rende impossibile la reciproca soddisfazione dei bisogni psicosociali di base nei rapporti attuali (Stauss ed Ellis, 2007). Le strutture intrapsichiche (lo schema emozionale, i conflitti di base, le introiezioni, le rappresentazioni del bonding e dell'attaccamento) e il comportamento interpersonale si implicano e rinforzano reciprocamente dando vita ad un ciclo interazionale. Questi hanno una struttura circolare e si rinforzano autonomamente, funzionando, di fatto, come una profezia che sia autoavvera (Stauss ed Ellis, 2007).

È possibile leggere questo schema a partire dalle introiezioni. In un ciclo di interazione disfunzionale, le introiezioni portano ad un comportamento di evitamento della vicinanza da parte del soggetto. Le altre persone importanti vi reagiscono distanziandosi loro stesse e limitando la frequenza e la profondità del contatto relazionale. Questo distanziamento autoprotettivo degli altri è sperimentato dal paziente come una rinnovata violazione del suo bisogno di vicinanza e come una conferma della propria incapacità di soddisfarlo. Esperienza che, a sua volta, va a rinforzare le introiezioni che hanno dato il via al circolo (Stauss ed Ellis, 2007).

Poiché il circolo non permette la soddisfazione dei bisogni psicosociali di base questo può portare all'insorgenza di disturbi emozionali.

3.3. TRATTAMENTO

La Bonding Psychotherapy, come già accennato, è un modello di trattamento generale per disturbi interpersonali che si propone di aiutare le persone a vivere in armonia con i propri bisogni bio-psico-sociali di base in modo da ottenere il massimo benessere psichico e fisico. Infatti, l'obiettivo della BP non è solamente il trattamento dei disturbi e la riduzione dei sintomi, ma è soprattutto quello di aumentare la gioia e il piacere di vivere (Stauss ed Ellis, 2007).

Per poter raggiungere il suo scopo, deve necessariamente intervenire sui bisogni di base insoddisfatti, sugli schemi emozionali disfunzionali internalizzati a essi associati, sui conflitti di base, sulle introiezioni negative, sulle rappresentazioni insicure del bonding e dell'attaccamento e sui pattern di relazione disfunzionali. L'azione sugli schemi e

sulle rappresentazioni disfunzionali, per essere efficace, deve riuscire a sostituirli con altri che permettano di soddisfare i bisogni di bonding e di attaccamento, così come tutti gli altri bisogni psicosociali.

Un bonding e un attaccamento sicuri sono la condizione necessaria per questo cambiamento e diventano il focus primario del trattamento (Stauss ed Ellis, 2007).

L'espressione delle emozioni legate ai bisogni insoddisfatti diventa il mezzo tramite cui divenire consapevole delle proprie emozioni represses, dei propri atteggiamenti e comportamenti disfunzionali. Permette inoltre la riorganizzazione degli schemi emozionali e di aprire la possibilità a nuovi atteggiamenti e comportamenti più funzionali.

Come già trattato nel primo capitolo, il gruppo BP si basa su due tecniche fondamentali: quella del bonding e il lavoro sugli atteggiamenti. In questa sezione verranno approfondite le basi teoriche e le motivazioni che guidano tali pratiche terapeutiche.

3.3.1. Il bonding e l'espressione delle emozioni

Il primo passo per poter lavorare sulle emozioni e gli atteggiamenti è educare le persone a sentire le proprie emozioni primarie, che sono spesso soffocate o distorte. Per fare questo, il gruppo BP si rivolge direttamente ad esse e minimizza lo spazio lasciato alla verbalizzazione. Poiché non è possibile controllare i sentimenti allo stesso modo delle parole, questo permette di oltrepassare molte delle difese che la persona erge tramite il linguaggio. Infatti, sono le difese che coprono le emozioni più profonde (Casriel, 1972). Casriel (1972, pag.66) descrive l'importanza di rivolgersi direttamente all'emozione:

“Probabilmente ebbi la giusta intuizione quando mi resi conto che non bastava parlare dei sentimenti e nemmeno era sufficiente esprimerli durante l'incontro tra i membri del gruppo. Ricordo uno dei primi gruppi, ad esempio, quando un giovane stava divagando circa il modo in cui era in collera con sua moglie. (Lei non era nel gruppo) Tutti gli altri partecipanti erano inquieti e io mi rendevo conto che il giovane stava girando intorno alla questione. Aspetta, Ned, gli dissi. Dici di essere in collera, ma io non lo sento. Non parlarne soltanto, della tua collera. Prova a esprimere quello che senti. Gridalo fuori! Dopo pochi secondi, Ned stava urlando rabbiosamente, con quanto fiato

aveva in gola, il corpo contratto in una collera che raramente mi era capitato di vedere. Quando terminò di gridare, scoppiò in lacrime, pieno del dolore che anni di deprivazione emotiva e di collera repressa avevano fatto accumulare”.

In questo esempio è evidente la differenza tra parlare della propria rabbia e gridare tutto quello che si prova. Mentre il discorso può essere utilizzato per nascondere le emozioni reali che sottostanno ad una data esperienza, l'espressione diretta, tramite il grido e il corpo, non può mentire. In più, come sottolinea Casriel (1972), gli sforzi per evitare l'emozione nascosta possono indurre la persona ad avere una percezione distorta delle situazioni. A questo livello, sottolineano Stauss ed Ellis (2007), le emozioni vengono formulate intellettualmente e sono spesso secondarie, cioè derivate dall'assemblamento delle primarie, o strumentali, quindi finalizzate al raggiungimento di alcuni obiettivi specifici (per esempio la vicinanza, la comprensione...). In questa condizione, le difese e la distorsione delle emozioni primarie ostacolano la spontaneità emotiva e la possibilità di instaurare un sincero rapporto emotivo con altri esseri umani.

L'espressione totale delle emozioni primarie nel gruppo, che ha il suo culmine nell'esercizio del bonding, è fondamentale affinché possa verificarsi una modificazione terapeutica. Se questo non avviene, queste emozioni inconsce continueranno a condizionare il comportamento, i sentimenti e gli atteggiamenti dell'individuo secondo modalità sulle quali egli avrà scarso controllo consapevole Casriel (2007). Il grado di profondità di espressione delle emozioni, associato ad un alto livello di arousal, è collegato all'esito positivo della terapia (Stauss ed Ellis, 2007).

La teoria della BP individua quattro livelli di espressione emozionale (Casriel, 2007; Stauss ed Ellis, 2007):

- I. Riflessione intellettuale: le emozioni sono percepite e formulate intellettualmente tramite la verbalizzazione, ma non espresse emozionalmente. Non c'è un concreto coinvolgimento emozionale. Vengono solitamente sperimentate emozioni secondarie o strumentali ma non le primarie. Dal momento che la persona è sconnessa dal suo stato somatico, non c'è congruenza tra l'espressione verbale dell'emozione e i segnali comportamentali che la persona manda.

- II. Minimo rilascio emozionale: le emozioni sono percepite ed espresse ma la persona continua a trattenersi da una piena ed incorporata espressione emozionale. Benché queste possano essere espresse a voce alta e possano scendere lacrime, il corpo rimane relativamente non coinvolto. A questo livello non è facile andare al di là dell'emozione, superandola tramite l'espressione.
- III. Livello viscerale: le emozioni primarie vengono espresse pienamente e l'intero corpo viene interessato. Il soggetto è completamente coinvolto nell'espressione di questi sentimenti di cui esterna sia l'intensità che la natura. In questo momento, l'individuo è profondamente radicato alla realtà della sua emozione tanto che non può assumere uno sguardo esterno; egli coincide pienamente con sé stesso.
- IV. Livello dell'identità: le emozioni non sono più rivolte a qualcuno, a qualcosa o a eventi specifici, ma divengono espressione del proprio potere emozionale, della sicurezza di sé e dell'identità. L'individuo è capace di sentire le proprie emozioni e i propri bisogni, si sente autorizzato a esprimerli e, nel farlo, continua a sentirsi amabile.

Nei livelli I e II vengono espresse emozioni secondarie e strumentali, invece ai livelli III e IV emergono le emozioni primarie. Mentre le prime possono portare a difficoltà e incomprensioni nella comunicazione con gli altri, le seconde sono adattive perché hanno una correlazione diretta coi bisogni di base insoddisfatti. Nel processo della BP è importante che il soggetto raggiunga i livelli più profondi di espressione perché l'emozione venga vissuta appieno e possa essere terapeutica (Stauss ed Ellis, 2007).

Quest'intensità emotiva, e quindi il raggiungimento dei livelli III e IV di espressione, è necessaria perché, a livello delle strutture limbiche subcorticali, possa essere stimolata la riorganizzazione del network neurale che rappresenta lo schema emozionale associato a esperienze emozionali traumatiche o di neglect. A questi livelli di espressione delle emozioni associate al trauma i percorsi neurali cambiano e se ne formano di nuovi e più funzionali (Stauss ed Ellis, 2007). Inoltre, l'attivazione dei percorsi superiori per il processamento delle emozioni, attraverso l'ippocampo e la corteccia (vedi cap.2), portano all'attivazione della memoria esplicita e permettono la connessione

dell'emozione attuale e contestuale con i contenuti dei primi anni di vita ad essa legati. In questo modo molti contenuti consci legati all'emozione divengono più che ovvi e possono emergere anche altri di inconsci conservati come memoria corporea (Stadtmüller e Gordon, 2011).

A questo punto può verificarsi un'esperienza emotiva correttiva. L'emozione al suo massimo livello di espressione è sperimentata alla luce delle memorie passate associate ad una situazione traumatica. La stessa emozione, rievocata nel contesto del gruppo e del bonding, permette che l'esperienza traumatica venga rivissuta in un contesto esperito come sicuro e protetto, che permette all'individuo di superare quel vissuto che in passato non era riuscito ad affrontare (Stadtmüller e Gordon, 2011). Come affermano alcuni autori (Fonagy, Moran, Edgumbe, Kennedy e Target, 1993), i cambiamenti a livello delle immagini interiorizzate delle relazioni interiorizzate (e quindi poi a livello comportamentale) non avvengono tramite l'interpretazione e l'insight, ma tramite le esperienze relazionali significative nel "qui ed ora" che smentiscono le convinzioni patologiche del cliente. L'esperienza del bonding e del gruppo, tramite l'espressione e l'accoglienza dell'emozione, ha, in questo senso, un forte potere correttivo.

L'espressione delle emozioni più profonde fa sì che, una volta terminata questa, la persona si senta alleggerita di gran parte del peso che portava e sperimenta un profondo rilassamento che può divenire un sentimento di amore, di gioia e di benessere fisico. Infatti, la scarica simpatico-adrenergica riattiva il sistema parasimpatico (Casriel, 1972; Stauss ed Ellis, 2007).

La particolarità di questo metodo di lavoro consiste nel separare l'azione dall'emozione. Infatti, lo spazio del gruppo permette che l'emozione venga vissuta, "restandoci dentro" fino a che non viene espressa e sperimentata totalmente, e non agita nei confronti delle persone o di sé stessi. Separarla dall'azione significa anche dare valore all'emozione stessa, riconoscendola come reale e significativa e differenziandola da quello che viene aggiunto dalle azioni messe in atto successivamente e dalle valutazioni che ne vengono fatte. Come riferisce Casriel (1972, pag.67), l'esperienza delle emozioni primarie espresse pienamente apre all'individuo *"delle possibilità che prima parevano inimmaginabili. Ora, può imparare a esercitare sentimenti più equilibrati, a esprimere la collera quando la sente, a manifestare il proprio vulnerabile bisogno di essere amato, a essere in stretto contatto con gli altri essere umani"*.

L'espressione profonda e diretta delle emozioni è certamente l'elemento che maggiormente differenzia la BP dalle altre terapie, che invece danno maggior spazio alla verbalizzazione.

3.3.2. Modificare gli atteggiamenti

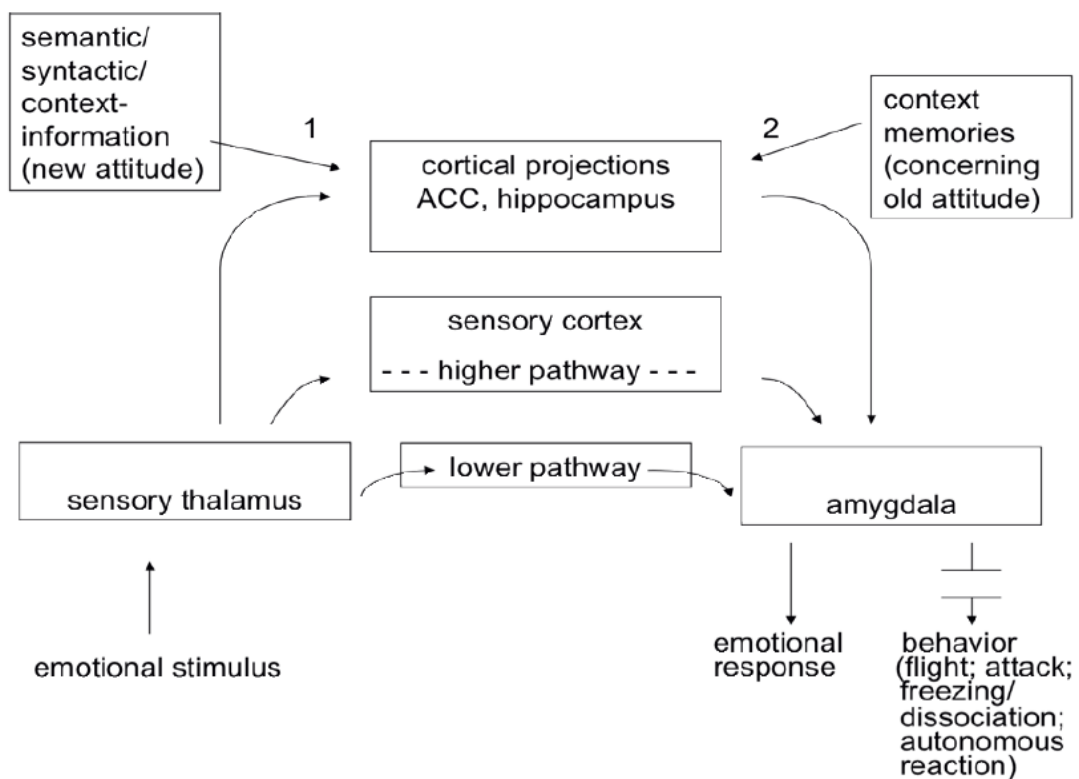
Com'è evidente, non basta imparare ad esprimere le emozioni primarie e raggiungere un buon livello di consapevolezza emotiva affinché avvenga il cambiamento. Infatti, è possibile esprimere ed entrare pienamente in contatto con le proprie emozioni e poi ripiegare sui vecchi modelli comportamentali (Casriel, 1972). Questi sono sorretti da atteggiamenti personali disfunzionali ed inconsci che, impedendo la soddisfazione dei bisogni bio-psico-sociali dell'individuo, portano nuovamente alle emozioni storiche e distorte che avevano già affrontato nel gruppo. Per essere terapeutico l'intervento deve modificare le convinzioni disfunzionali e i relativi conflitti legati ai bisogni di base.

L'intervento su queste credenze profonde è parte integrante di molti approcci psicoterapeutici; nel gruppo di BP questo viene fatto tramite il lavoro sugli atteggiamenti, descritto nel primo capitolo.

Secondo Stadtmüller e Gordon (2011), l'affermazione dell'atteggiamento ad alta intensità emozionale fa sì che la carica emanata dal talamo attivi i percorsi superiori. Questo permette il coinvolgimento dell'ippocampo e delle relative proiezioni corticali e provoca due effetti significativi. Primo, l'atteggiamento storico diventa conscio e con esso possono emergere memorie biografiche cronicamente nascoste. Secondo, l'attivazione di tali strutture cerebrali permette che possano formarsi nuovi engrammi, nel senso di una nuova attitudine (una nuova informazione conscia, semantica, grammaticale e contestuale) che viene ancorata più fortemente perché l'emozione è più intensa. L'attivazione emotiva risulta fondamentale dal momento che sembra che una credenza centrale non possa cambiare senza una riorganizzazione emozionale.

Tale processo può essere sintetizzato nei seguenti passaggi chiave:

1. Attivazione del circuito superiore con coinvolgimento della corteccia sensoriale e dell'ippocampo
2. L'atteggiamento storico diviene conscio.
3. Competizione tra il nuovo ed il vecchio atteggiamento.
4. Radicamento di una nuova informazione contestuale, associata ad emozioni intense.



- Figura 3.3 - Cambiamenti neurobiologici durante il lavoro sugli atteggiamenti (Stadtmüller e Gordon, 2011, pag.18).

Attraverso il lavoro sugli atteggiamenti è quindi possibile dare accesso a nuove informazioni semantiche, sintattiche e contestuali e quindi ad un nuovo atteggiamento, antitetico a quello storico e distruttivo. Questo inizialmente sembra strano all'individuo perché contraddice il modello operativo interno ma, col tempo e tramite l'esercizio, può diventare sempre più consapevole dell'atteggiamento storico ed iniziare a vederne il

carattere difensivo (Stadtmüller e Gordon, 2011). L'atteggiamento storico viene percepito sempre più come una delle possibili visioni del mondo, quella che era stata fatta propria, e non come la visione corretta.

3.3.3. Fattori terapeutici del gruppo

Nella dinamica della BP le tecniche del bonding e degli atteggiamenti sono senza dubbio gli elementi centrali che guidano il cambiamento. Ma il gruppo attiva e mette a disposizione del partecipante diverse ulteriori risorse che lo favoriscono e lo rinforzano. In questa sezione verranno trattati alcuni importanti fattori terapeutici che vengono attivati, prendendo spunto dalla classificazione fornita da Yalom (2005), uno dei massimi esperti della psicoterapia di gruppo.

Universalità

Molte persone, al primo arrivo nel gruppo, sono convinte di essere senza eguali nella loro disgrazia, di essere i soli ad avere certi problemi, pensieri, impulsi e fantasie spaventosi o inaccettabili. La condivisione e il contatto nel gruppo permettono loro di sentire che non sono poi così diverse dagli altri e che, in qualche modo, “siamo tutti sulla stessa barca”, appunto che la loro condizione e il loro dolore sono universali. Viene subito smentita la narcisistica sensazione di unicità ed esclusività. Questo diventa immediatamente fonte di sollievo poiché si abbassa la paura che il dolore ed alcuni impulsi fanno (Yalom, 2005). Il senso di universalità combatte fin dal principio la solitudine che affligge gran parte delle persone che arrivano nel gruppo. Come disse Casriel (1972, pag.175): *“la terapia di gruppo dimostra che l'emozione che voi avete è la stessa che altri esseri umani hanno provato prima e che, possono condividere con voi”*. Le emozioni primarie, universalmente condivise da tutti gli esseri umani, ci pongono infatti tutti sullo stesso piano.

Altruismo

I partecipanti sperimentano l'importante vissuto di essere non solo bisognosi ma anche competenti e in grado di soddisfare richieste altrui, attraverso la vicinanza, la presenza, le indicazioni o i suggerimenti che possono dare. Come riferisce Yalom (2005, pag. 35),

“i partecipanti ricevono per il fatto stesso di dare”. Infatti, queste modalità del dare possono incrementare il benessere, l'autostima e il sentimento di essere necessari.

Nel gruppo BP il dare viene sempre inserito in un contesto di reciprocità, infatti, bisogna anche saper chiedere per ricevere e per entrare in una vera dimensione di interdipendenza. Il focus esagerato sull'altruismo, dove l'individuo scompare può, al contrario, rivelarsi un meccanismo di difesa.

Comportamento imitativo

Il processo imitativo è molto diffuso nella BP, così come nella psicoterapia di gruppo in generale, perché si possono assumere a modello sia alcuni comportamenti del terapeuta che degli altri membri del gruppo, cosa che ovviamente non è possibile in terapia individuale (Yalom, 2005).

Questo processo è di solito importante soprattutto inizialmente nei primi gruppi e permette al partecipante di far propri nuovi comportamenti. Anche un breve comportamento di imitazione può portare a scongelare la persona da rigidi modelli di comportamento e aprire la porta alla comparsa di altri più funzionali (Yalom, 2005). Inoltre, anche nel gruppo BP, capita spesso che una persona possa trarre beneficio dall'osservare e sperimentare nuovi comportamenti appresi dagli altri membri e che questo inneschi una spirale adattativa; si tratta di quello che Moreno (1939) chiama terapia del sostituto o dello spettatore (Yalom, 2005). Ad esempio, in una dimensione di conflitto, un soggetto può rispecchiarsi in un altro che si arrabbia al posto suo e sperimentare così la rabbia che non riesce ad esprimere. In questo modo egli può entrare in contatto con la rabbia dell'altro, che è anche la sua, ed imparare così a sentirla e ad arrabbiarsi a sua volta. Questa dinamica è particolarmente importante, e si verifica spesso, durante il lavoro sugli atteggiamenti.

Ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare

Si tratta questo di un elemento chiave del lavoro sugli atteggiamenti e sui pattern di comportamento disfunzionali. Nel gruppo, in particolare lavorando su questi elementi, i conflitti familiari possono emergere e possono però essere rivissuti in modo correttivo (Yalom, 2005). Un partecipante può rivivere qualcosa che è successo un tempo o una dinamica relazionale che ha sempre messo in atto in famiglia, e che magari ha

riproposto nelle successive relazioni, e ha la possibilità di “scegliere un'altra strada” di comportamento. Infatti, come describe Yalom (2005), il gruppo assomiglia per molti aspetti ad una famiglia allargata, caratterizzata da intimità e forte coinvolgimento emozionale, nella quale vi sono figure genitoriali, fratelli, compagni, ecc. Nella dinamica degli atteggiamenti, è possibile effettuare la simulazione delle esperienze familiari che sono risultate traumatiche con delle persone che ricordano i soggetti coinvolti e, tramite l'aiuto dei conduttori, affrontarla in un modo differente che tenga conto dei bisogni e delle emozioni personali. Tramite il gruppo è quindi possibile lavorare su eventi irrisolti del lontano passato (Yalom, 2005). Ovviamente tutto ciò che è familiare, e non solo ciò che riguarda il nucleo familiare primario, può essere rivissuto in maniera correttiva.

In questa dinamica risulta centrale che i conflitti familiari non vengano solamente rivissuti, ma che vengano rivissuti in modo correttivo (Yalom, 2005). Nella BP viene detto che, affinché possa essere terapeutico, alla fine del lavoro la persona dev'essere “chiusa”. Si fa riferimento al fatto che non può essere lasciata in balia dell'emozione associata alla situazione traumatica, ma che questa dev'essere vissuta fino in fondo e superata (seguendo l'analogia, “chiusa”) tramite una presa di posizione personale nei confronti dell'evento che possa essere in linea con i suoi bisogni e il suo sentire. La presa di posizione viene effettuata accogliendo dei nuovi atteggiamenti adattivi.

3.3.4. L'efficacia del gruppo

Nelle sezioni precedenti sono state delineate alcune delle condizioni specifiche, legate all'espressione emozionale o alla modifica degli atteggiamenti, degli schemi emozionali o dei pattern comportamentali disfunzionali, necessarie affinché il gruppo risulti terapeutico. In quest'ultimo paragrafo verranno descritti alcuni ulteriori elementi chiave che rendono il gruppo BP particolarmente efficace. Si tratta di fattori specifici che permeano l'intera dinamica di gruppo e che caratterizzano in modo particolare il modello della Bonding Psychotherapy.

Il “qui ed ora”

Nei gruppi di BP il focus sta sempre nel “qui ed ora”. Spesso i partecipanti arrivano nel gruppo con molte preoccupazioni riguardanti la loro vita e la loro quotidianità. Il lavoro, la famiglia, i rapporti di coppia occupano molto spazio nella vita delle persone e per queste relazioni esse mobilitano molte energie e risorse. Inoltre, le difficoltà emotive e relazionali per le quali le persone si rivolgono al gruppo hanno generalmente le loro radici in esperienze passate. Tutto questo potrebbe creare delle difficoltà nel concentrarsi sul momento presente, su sé stessi e sulla trasformazione ricercata. Per evitare questo scenario, nel gruppo di BP, viene esplicitata subito la necessità di focalizzarsi sul “qui ed ora”, su sé stessi e sul gruppo, lasciando fuori le preoccupazioni della quotidianità. In questo modo l’attenzione viene spostata dal generico “fuori dal gruppo” allo specifico “dentro il gruppo” e il partecipante sceglie di dedicare del tempo esclusivamente a sé stesso. Ovviamente, il focus sul momento presente è facilitato nei gruppi residenziali, come quello descritto in questo elaborato, che hanno una durata più estesa.

L’attivazione del “qui ed ora” permette di lavorare sulle emozioni presenti e su quelle che nascono durante gli esercizi. Inoltre, consente di lavorare sulle dinamiche relazionali che emergono nel gruppo stesso e apre la porta alla dimensione esperienziale e al diretto apprendimento interpersonale. Anche le possibili esperienze di regressione e le simulazioni di antiche dinamiche familiari sono fortemente ancorate nel momento presente e nel contesto gruppale; infatti, sono le emozioni storiche e i vecchi atteggiamenti e comportamenti che vengono riproposti nel “qui ed ora”.

Responsabilità

Un’altra dimensione chiave del gruppo di BP è il trattare gli individui da adulti responsabili. Casriel (1972) riferisce che l’esperienza viene compresa meglio ed è più utile se l’individuo si assume fin dall’inizio la responsabilità di lavorare sulle proprie emozioni. Tale responsabilità prende diverse forme durante la dinamica di gruppo. Casriel (1972) ne individua quattro fondamentali.

Una prima responsabilità è quella che ci si assume nei confronti dei propri sentimenti, sforzandosi di esprimere qualunque emozione con onestà e intensità, per quanto "cattiva" essa possa sembrare. In questo modo, è possibile iniziare a scorgere e

comprendere le emozioni nascoste che hanno influenzato la vita di una persona e a elaborarle. In secondo luogo, accettando la responsabilità delle proprie emozioni profonde, l'individuo vede la sua identità rafforzata. Come disse Casriel (1972, pag.358): egli può sperimentare il fatto che *“è un essere umano che ha diritto alle proprie emozioni, non importa quali esse siano. Se qualcuno non riesce a controllare ciò che sente, non deve essere punito per questo”*. Non importa ciò che sente, quello che conta è quali azioni sceglie di compiere come adulto responsabile che vive in un mondo che ha delle regole, con altre persone che pure hanno dei bisogni. Una terza è quella dei propri sentimenti nei confronti degli altri membri del gruppo. In particolare, alle persone viene richiesto di non stare in disparte, evitando di mostrare alla gente quello che si sente o si pensa, ma di lasciarsi coinvolgere nella dinamica. L'ultima responsabilità che ogni partecipante deve assumersi, primariamente nei confronti di sé stesso, è quella di andare in profondità nell'espressione delle proprie emozioni (Casriel, 1972).

Lasciare che nel gruppo ognuno si prenda le proprie responsabilità nei confronti di sé stesso, degli altri, del gruppo e del contesto in cui si trova, obbliga il singolo individuo a iniziare a comportarsi da persona adulta, lasciando da parte dinamiche di dipendenza e delega. La persona si trova “sola” con i propri bisogni, le proprie difficoltà e le proprie emozioni e, da persona adulta, sceglie la strada da intraprendere. La caratteristica distintiva dell'essere umano adulto e libero è infatti quella di scegliere e di prendersi la responsabilità delle proprie scelte, nel pieno diritto di poter permettersi pure di sbagliare.

Apertura emotiva e risposta al bisogno di legame

Come affermato da Casriel (1972), nessun rapporto, e nessuna terapia, può funzionare se non c'è apertura emotiva.

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

sofferto per anni. È probabile che non capisca perché gli altri non rispondono a "ciò che lei sente", mentre, in realtà, non prova affatto l'emozione di cui parla. [...] Ma finché lei non oserà manifestare agli altri la sua emozione, non potrà verificarsi quel contatto emotivo reale di cui hanno bisogno tutti gli esseri umani" (Casriel, 1972, pag.176-177).

Mentre nella vita quotidiana è possibile rimanere su un piano di non sincerità emozionale, nei gruppi BP le persone vengono fin da subito messe a confronto con le proprie emozioni. Questo permette che in breve tempo emergano le emozioni primarie, processo che in analisi può invece richiedere anni. Solo tramite l'onesta espressione delle emozioni primarie e dei propri bisogni la comunicazione diventa efficace e può instaurarsi un rapporto emotivo. Gli esseri umani infatti hanno bisogno di comunicare emotivamente con gli altri esseri umani e, solo sentendo le proprie emozioni e utilizzando quest'esperienza nelle relazioni, possono entrare veramente in rapporto (Casriel, 1972).

In questo modo, nel gruppo è possibile sviluppare la capacità di mettersi in relazione con gli altri partecipanti in un clima di assoluta fiducia. Nasce quella che Casriel (1972) chiama "bondedness", ovvero il sentimento cosciente dell'unitarietà del nostro essere che costituisce la base sulla quale imparare ad avere fiducia negli altri. Il vincolo di fiducia che nasce tra le persone aiuta inoltre i partecipanti ad acquisire la capacità di esprimere i propri sentimenti e di rispondere alle emozioni altrui, utilizzando le parole di Casriel (1972, pag.16), "li rende più umani". Come lo stesso Autore riporta:

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

3.4. UNA NUOVA PROSPETTIVA

Sono oramai passati quasi cinquant'anni dalla pubblicazione del libro di Casriel "A un grido dalla felicità" (1972) e, in questo tempo, la teoria della Bonding Psychotherapy si è sviluppata grazie a significativi contributi scientifici. In questo elaborato si è fatto riferimento in particolare ai lavori di Stauss ed Ellis (2007), Stadtmüller e Gordon (2011) e Kooyman, Olij, e Storm (2014), ma sono stati molteplici gli studi e le pubblicazioni riguardanti la BP. Benché la teoria sia stata recentemente ampliata e più dettagliatamente concettualizzata, la Bonding Psychotherapy è tutt'ora un promettente ambito di studio che necessita di ulteriore ricerca e aggiornamento.

La seconda parte di questo elaborato vuole presentare un progetto di ricerca che va in questa direzione. Si tratta di un progetto, portato avanti in collaborazione con la Fondazione Progetto Uomo in una col CeIS di Belluno, che si propone di valutare l'impatto del gruppo BP. Nello specifico, si configura come una ricerca dell'efficacia della psicoterapia sul breve termine, secondo il modello della Bonding Psychotherapy.

CAPITOLO IV

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEI GRUPPI RESIDENZIALI DI BONDING PSYCHOTHERAPY

4.1. DESCRIZIONE DEL PROGETTO

La presente ricerca è stata effettuata dal Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università degli Studi di Padova in collaborazione con la Fondazione Progetto Uomo in una col Centro di Solidarietà di Belluno (CeIS), presso le cui sedi vengono svolti mensilmente gruppi residenziali secondo il modello della Bonding Psychotherapy. L'attività della Fondazione Progetto Uomo, per quanto riguarda i gruppi di BP, fa capo alla Società Italiana di Psicoterapia Emozionale (SIPE). Alla luce del quadro teorico precedentemente presentato, il progetto si propone di indagare l'efficacia della psicoterapia di gruppo condotta secondo il metodo della Bonding Psychotherapy. In particolare, esso si rivolge ai gruppi residenziali della durata di 48 ore circa, così come vengono svolti presso la Fondazione Progetto Uomo. La ricerca qui presentata vuole misurare la capacità del gruppo di determinare una presa di consapevolezza da parte dei partecipanti, riguardo le proprie emozioni e gli atteggiamenti di base, nonché di portare loro rilassamento, benessere e un migliore stato emotivo. Inoltre, viene data particolare attenzione ai cambiamenti a livello delle relazioni interpersonali e della capacità di scegliere. A tal proposito, la rilevazione dei dati si è svolta tramite la somministrazione pre-post di tre questionari self-report.

La fase di somministrazione dei test è stata inizialmente programmata nell'arco di nove mesi, da febbraio a ottobre 2020, allo scopo di coinvolgere nella ricerca un numero minimo di 100 soggetti. Questo non è stato possibile a causa dell'inaspettata emergenza sanitaria dovuta a Covid-19, che ha impedito lo svolgimento dei gruppi di BP e la regolare somministrazione dei questionari. Il progetto è quindi stato ritardato in corso d'opera, coinvolgendo un numero inferiore di soggetti.

A causa dell'interruzione, si sono potute svolgere solamente due sessioni di test, rispettivamente a febbraio e ottobre 2020. Il gruppo di ottobre, vista la necessità di

garantire il distanziamento sociale, ha subito alcune variazioni nella sua struttura per evitare il contatto fisico. Per questo, non è stato possibile effettuare alcuni degli esercizi che vengono abitualmente fatti nel gruppo, primo fra tutti il Bonding.

Dal momento che il contatto e la vicinanza fisica sono certamente delle dimensioni centrali nella dinamica della BP, nel procedere della ricerca i dati raccolti nei due gruppi, che chiameremo rispettivamente “Gruppo classico” e “Gruppo Covid”, sono stati inizialmente considerati separatamente poiché si ipotizza che il distanziamento e la ristrutturazione del gruppo abbiano influito sull’esito finale dell’intervento. Sono state aggiunte in corso d’opera delle analisi per la verifica e il controllo di quest’aspetto.

Le ulteriori modifiche apportate in itinere al progetto verranno descritte e argomentate nel corso dell’intera spiegazione della ricerca.

4.1.1. Obiettivi della ricerca

Il progetto si propone di indagare, attraverso la somministrazione pre-post di una batteria di test, l’impatto che il gruppo di BP ha sui partecipanti. In particolare, si pone l’obiettivo di rilevare l’efficacia del gruppo nel determinare un cambiamento nello stato emotivo percepito dai soggetti e nel portare loro rilassamento e benessere. Inoltre, vuole indagare l’effetto del gruppo sulla percezione di consapevolezza delle proprie emozioni e sulla regolazione emotiva. Infine, presta attenzione alle ricadute del lavoro nel gruppo a livello delle relazioni interpersonali, prendendo in considerazione le dimensioni della comunicazione, della vicinanza e della capacità di scegliere.

4.1.2. Ipotesi della ricerca

Alla luce degli obiettivi sopra definiti e sulla base della letteratura di riferimento, vengono avanzate le seguenti ipotesi di ricerca:

H_p 1: in linea con la letteratura sul tema (Kats, 2004; Maertens, 2006; Fisseni, Stauss, von Wahlert, Mestel, 2008), ci aspettiamo una buona efficacia del gruppo nella riduzione dei sintomi e un miglioramento dello stato mentale ed emotivo. In particolare, è attesa una diminuzione nelle scale relative all’ansia e alla depressione, un maggior rilassamento e un aumento delle emozioni positive, del benessere e dell’energia.

Hp. 2: ci aspettiamo una migliore autoregolazione emotiva, dovuta all'aumento della consapevolezza e alla maggior accettazione delle proprie emozioni, con conseguente diminuzione delle condotte impulsive.

Hp 3: alla luce dei risultati riportati da Fisseni et al. (2008), ci si attende un effetto del gruppo anche a livello interpersonale. Viene previsto un miglioramento delle relazioni interpersonali, caratterizzate da maggior vicinanza, piacevolezza e assertività.

Hp. 4: a fronte dell'impossibilità di entrare in contatto fisico, ci si aspetta che il "Gruppo Covid" risulti meno efficace del "Gruppo classico" nel portare a un miglioramento rispetto alle variabili precedentemente elencate. Inoltre, in relazione con quanto emerso nei primi studi sull'impatto dell'emergenza sanitaria sul benessere psicologico della popolazione (Codagnone et al., 2020), ci aspettiamo che i partecipanti al "Gruppo Covid" al loro arrivo presentino un livello maggiore di stress psicologico dovuto agli effetti della pandemia.

4.2. MATERIALI E METODO

Di seguito sono riportati i metodi, il materiale e le procedure utilizzate per l'avvio dello studio esplorativo.

4.2.1. Partecipanti

Il campione è stato reclutato in loco, all'inizio dei gruppi di BP, la partecipazione è stata volontaria. Non avendo potuto raggiungere il numero minimo di 100 partecipanti a causa dell'emergenza sanitaria da Covid-19, il campione oggetto di ricerca è composto da 28 soggetti, di cui 10 maschi (35,7%) e 18 femmine (64,3%), di età compresa tra i 29 e i 65 anni (Media = 47,00; Deviazione Standard = 10,61). La grande maggioranza dei soggetti (26) ha la cittadinanza italiana (92,9%), con la partecipazione di 2 persone che hanno rispettivamente cittadinanza argentina (3,6%) e olandese (3,6%). Ci sono 9 soggetti alla loro prima esperienza di BP (32,1%) e 19 che hanno già partecipato ad almeno un gruppo (67,9%). Quest'ultimi hanno partecipato a un minimo di 1 fino a un massimo di 50 gruppi di BP (Media = 11,05; Deviazione standard = 12,42).

Il “Gruppo classico” è composto da 17 soggetti (60,7% del totale), di cui 5 maschi (29,4%) e 12 femmine (70,6%), di età compresa tra i 31 e i 65 anni (Media = 46,70; Deviazione Standard = 8,68).

Invece, il “Gruppo Covid” è formato da 11 soggetti (39,3% del totale), di cui 5 maschi (45,5%) e 6 femmine (54,5%), di età compresa tra i 29 e i 65 anni (Media = 47,45; Deviazione Standard = 12,51).

4.2.2. Procedura

Il campionamento, inizialmente pensato nell’arco di nove mesi, si è svolto in due uniche sessioni di test, a febbraio e a ottobre 2020. Ai partecipanti alla ricerca è stata somministrata una batteria di test, comprendente tre questionari self-report e una scheda anagrafica per la raccolta di informazioni di carattere sociodemografico. I test psicologici standardizzati che sono stati somministrati sono rispettivamente il *Profile of Mood States* (POMS; Farnè, Sebellico, Gnugnoli, e Corallo, 1991) per la valutazione dello stato mentale ed emotivo, la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Sighinolfi, Norcini Pala, Chiri, Marchetti, e Sica, 2010) per il rilevamento delle difficoltà nella regolazione emotiva e l’*Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-47; Ubbiali, Chiorri, Donati, 2011) per la misurazione del funzionamento interpersonale.

La batteria di test è stata somministrata ai partecipanti in formato cartaceo prima e dopo l’esperienza di gruppo, in sessioni della durata di 15/20 minuti circa. Nello specifico, la prima misurazione si è svolta il venerdì sera, prima che il gruppo si incontrasse, mentre la seconda è stata effettuata dopo il pranzo della domenica, ovvero al termine del gruppo, prima del ritrovo conclusivo. Per poter procedere con la somministrazione dei test è stato necessario ottenere, da parte della Fondazione Progetto Uomo, il nulla osta per la partecipazione ai gruppi. Inoltre, è stata necessaria l’autorizzazione per la partecipazione alla ricerca e per il trattamento dei dati da parte dei soggetti, ottenuta tramite consenso informato (Approvazione del Comitato Etico Interdipartimentale per la Ricerca Psicologica, numero 3512/data 24.04.2020). Prima della compilazione dei questionari, il progetto e le finalità della ricerca sono stati spiegati verbalmente ai soggetti partecipanti.

I dati sono stati raccolti in forma confidenziale, ovvero associando il nome ad un codice, e utilizzati per soli scopi scientifici e statistici, nel rispetto delle norme sulla riservatezza. Per poter effettuare le analisi statistiche tramite software, i dati, raccolti in forma cartacea, sono stati manualmente digitalizzati.

4.2.3. Strumenti utilizzati

Nel seguente paragrafo vengono descritti gli strumenti di misurazione utilizzati per lo svolgimento della ricerca. Nello specifico, verranno descritti i tre questionari self-report e i lavori svolti per la loro traduzione e validazione in lingua italiana.

Profile of Mood States (POMS)

Il POMS (McNair, Lorr, e Droppleman, 1971) è un questionario, costituito da 58 aggettivi, finalizzato all'individuazione degli stati affettivi disfunzionali. Gli item definiscono sei fattori: Tensione - Ansia (fattore T), Depressione - Avvilimento (fattore D), Aggressività - Rabbia (fattore A), Vigore - Attività (fattore V), Stanchezza - Indolenza (fattore S), Confusione - Sconcerto (fattore C). Il soggetto deve valutare il modo in cui si è sentito nell'ultima settimana, in riferimento a ogni stato dell'umore presentato (p.es. "Teso", "Arrabbiato", "Stressato"), su una scala Likert a 5 punti, in cui il punto 0 corrisponde a "per nulla" e il punto 5 corrisponde a "moltissimo". Si dimostra uno strumento particolarmente utile per valutare soggetti con disturbi nevrotici o da stress e per prevederne le risposte a vari approcci terapeutici. Nella somministrazione dopo il gruppo, il riferimento della consegna all'ultima settimana è stato sostituito con la stringa "in questo momento, a fronte dell'esperienza nel gruppo BP".

Nel presente studio è stato utilizzato l'adattamento italiano del POMS (Farnè, Sebellico, Gnugnoli, e Corallo, 1991). Tale strumento risulta avere una buona affidabilità interna, con un minimo di $\alpha = .84$ per il fattore C e un massimo di $\alpha = .95$ per il fattore D. Le analisi condotte sul nostro campione confermano questi indici (si fa riferimento agli indici calcolati nella prima somministrazione del test).

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

La DERS (Gratz e Roemer, 2004) è uno strumento per la valutazione delle difficoltà nella regolazione emotiva nella popolazione adulta. È composto da 36 item, valutati su una scala Likert a 5 punti (1 = “quasi mai”, 5 = “quasi sempre”), che misurano i caratteristici pattern individuali di regolazione delle emozioni. Gli item definiscono sei scale, ovvero la “*Mancanza di accettazione*”, che è composta dagli item che riflettono la tendenza a provare emozioni secondarie spiacevoli in risposta alle proprie emozioni negative, oppure ad avere reazioni di non accettazione rispetto al proprio disagio; la “*Difficoltà di distrazione*” che comprende gli item che ricercano le difficoltà nel concentrarsi e nell’ eseguire un compito quando si provano emozioni negative; la “*Mancanza di controllo*”, che rileva le difficoltà nel mantenere il controllo del proprio comportamento in presenza di emozioni negative; la “*Ridotta autoconsapevolezza*”, che raggruppa gli item che sottolineano la tendenza a prestare attenzione alle emozioni e la relativa capacità di riconoscerle; la “*Mancanza di fiducia*”, che riflette la credenza secondo cui risulta particolarmente difficile regolare efficacemente le emozioni una volta che queste si sono manifestate; infine, la “*Difficoltà di riconoscimento*”, che è costituita dagli item che misurano il grado in cui le persone riescono a comprendere distintamente quale emozione stiano sperimentando. Anche per questo strumento, nella seconda somministrazione il riferimento “alla sua esperienza” è stato sostituito con “in questo momento, a fronte dell’esperienza nel gruppo BP”.

Nel presente studio è stata utilizzata la versione italiana della DERS (Sighinolfi, Norcini Pala, Chiri, Marchetti, e Sica, 2010). Questa è dotata di un’ottima affidabilità interna con un Alpha di Cronbach di $\alpha = .90$. Anche nel presente campione la consistenza interna è risultata molto buona ($\alpha = .89$) (si fa riferimento all’indice calcolato nella prima somministrazione del test).

Inventory of Interpersonal Problems (IIP-47)

L’IIP-47 (Pilkonis, Kim, Proietti, e Barkham, 1996) è la versione ridotta dell’Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, e Villaseñor, 1988). Si tratta di un questionario self-report che misura il livello di funzionamento interpersonale. È costituito da 47 item su una scala Likert a 5 punti (0 = “per niente”, 4 = “estremamente”). Ogni item presenta un problema che le persone riportano nel

relazionarsi con gli altri, per ognuno dei quali il soggetto deve selezionare quanto questo è stato per lui doloroso. Gli item vengono individuati in cinque scale, ovvero la “Sensibilità interpersonale” (PD1), che indica la fragilità dei confini interpersonali e sonda la sensibilità alle critiche e al rifiuto, l’ansia che nasce dal coinvolgimento, la presenza di sentimenti di invidia o gelosia e la difficoltà della separazione; “Ambivalenza interpersonale (PD2)”, che riporta sia la lotta contro gli altri, sia l’incapacità di partecipare in modo collaborativo al loro lavoro o amore; “Aggressività (PD3)”, che indaga i comportamenti ostili e aggressivi nelle relazioni; il “Bisogno di approvazione sociale (C1)”, che riporta l’ansia e la paura legate alla possibilità di essere giudicati o criticati dagli altri, l’accondiscendenza e la scarsa assertività; la “Mancanza di socievolezza (C2)”, che rileva la presenza di problemi di socializzazione e angoscia in presenza di altri. Come per gli altri questionari, è stata inserita la stringa “in questo momento, a fronte dell’esperienza nel gruppo BP” nel protocollo presentato dopo il gruppo.

In questo progetto di ricerca è stato utilizzato l’adattamento italiano della scala (Ubbiali, Chiorri, Donati, 2011). Il test presenta una buona consistenza interna, con un minimo di $\alpha = .70$ per il fattore PD1 e un massimo di $\alpha = .87$ per il fattore C2. Nel campione oggetto di ricerca sono stati rilevati un valore minimo di $\alpha = .70$ per il fattore PD2 e un valore massimo di $\alpha = .87$ per il fattore PD3 (si fa riferimento agli indici calcolati nella prima somministrazione del test). L’affidabilità test-retest è ottima e presenta un valore di .95.

4.2.4. Analisi statistiche

Le analisi statistiche sono state svolte utilizzando il software SPSS. Per tutte le variabili indagate sono state calcolate le statistiche descrittive, inoltre, è stata calcolata l’affidabilità dei diversi test, o delle relative sotto-scale, tramite il coefficiente Alpha di Cronbach, sia nella somministrazione “pre” che in quella “post” intervento.

A causa della ridotta numerosità del campione, ai test parametrici inizialmente presi in considerazione per le analisi, sono state preferite delle statistiche non parametriche poiché i dati raccolti non sono sufficienti per capire quale sia la loro distribuzione.

È stato inizialmente svolto un confronto a campioni indipendenti, tramite il Test di Mann-Whitney, tra “Gruppo classico” e “Gruppo Covid” per valutare le differenze rispetto a tale V.I. dei due gruppi. Successivamente sono stati effettuati i confronti tra i test “pre” e “post” inserendo la variabile indipendente Tempo (T) a due livelli (t1 = prima del gruppo; t2 = dopo il gruppo) e mantenendo separati (quindi come seconda variabile indipendente) “Gruppo classico” (g1) e “Gruppo Covid” (g2). Il confronto è stato fatto tramite il Test con ranghi con segno di Wilcoxon. I test “pre” e “post” sono stati effettuati anche dividendo il campione tra soggetti alla prima partecipazione a un gruppo di BP (p1) e coloro che avevano già partecipato ad almeno un gruppo (p2), inserendo quindi, al posto del “Gruppo”, una nuova variabile a due livelli che chiameremo “Prima volta”. Inoltre, sono state confrontate ai due livelli di “T” anche la soddisfazione e l’utilità del gruppo, domande presenti in coda alla batteria di test, che richiedono una risposta su scala Likert a 7 punti (1 = “per niente”, 7 = “estremamente”). Infine, per analizzare a livello esplorativo le relazioni tra i livelli delle variabili considerate è stata svolta un’analisi di correlazione bivariata.

CAPITOLO V

RISULTATI DELLA RICERCA

5.1. ANALISI DEL CAMPIONE

Di seguito vengono riportate le analisi effettuate sul campione di 28 soggetti.

5.1.1. Consistenza interna

In tabella 5.1 sono presentati i valori delle statistiche di media e deviazione standard del campione per ogni scala e sottoscala e sono riportati i relativi indici di affidabilità interna ricavati tramite il calcolo dell'Alpha di Cronbach, sia per quanto riguarda la misurazione "pre" che "post" intervento. Tale analisi ha evidenziato valori molto buoni per tutte le sottoscale, con indici molto elevati soprattutto per le scale del POMS. I valori α della DERS sono tendenzialmente inferiori nella seconda misurazione ma rimangono tuttavia buoni.

	N	Media	ds	Alpha "pre"	N	Media	ds	Alpha "post"
TENSIONE - ANSIA	28	13,78	8,14	.90	28	3,96	4,06	.85
DEPRESSIONE - AVVILIMENTO	28	18,75	15,30	.95	28	5,89	8,15	.93
AGGRESSIVITÀ - RABBIA	28	14,64	12,47	.93	28	3,39	6,54	.93
VIGORE - ATTIVITÀ	28	13,50	5,94	.86	28	18,68	6,30	.90
STANCHEZZA - INDOLENZA	28	9,14	6,65	.86	28	3,82	4,19	.81
CONFUSIONE - SCONCERTO	28	11,32	6,38	.84	28	6,75	4,63	.75
MANCANZA DI ACCETTAZIONE	28	12,71	5,25	.84	28	11,39	3,67	.73
DIFFICOLTÀ DI DISTRAZIONE	28	14,46	4,37	.80	28	12,89	4,32	.86

MANCANZA DI FIDUCIA	27	18,57	6,90	.86	28	17,46	4,99	.74
MANCANZA DI CONTROLLO	28	12,82	5,90	.88	28	11,78	3,92	.72
DIFFICOLTÀ DI RICONOSCIMENTO	28	8,42	2,51	.71	28	8,32	2,61	.73
RIDOTTA AUTOCONSAPEVOLEZZA	28	5,46	2,68	.87	28	5,39	2,07	.80
DERS Totale	27	81,96	21,54	.89	28	75,58	17,17	.89
SENSIBILITÀ INTERPERSONALE	28	1,82	0,57	.71	28	1,67	0,68	.82
AMBIVALENZA INTERPERSONALE	28	1,46	0,66	.70	28	1,32	0,78	.85
AGGRESSIVITÀ	28	0,78	0,73	.87	28	0,72	0,70	.85
BISOGNO DI APPROVAZIONE SOCIALE	28	1,97	0,76	.80	28	1,71	0,80	.87
MANCANZA DI SOCIEVOLEZZA	28	1,40	0,75	.82	28	1,37	0,99	.93

- Tabella 5.1 – Analisi descrittive e Alpha di Cronbach per le scale del campione.

5.1.2. “Gruppo classico” e “Gruppo Covid”

Per controllare eventuali differenze preliminari tra “Gruppo classico” e “Gruppo Covid” è stato svolto un confronto a campioni indipendenti, tramite il Test di Mann-Whitney. Nelle seguenti tabelle (Tabella 5.2; Tabella 5.3; Tabella 5.4), per ogni strumento, vengono presentati i punteggi medi che sono stati registrati nelle varie scale, con le relative deviazioni standard. Poiché si è poi proceduto a confrontarli, questi valori vengono riportati separatamente per “Gruppo classico” e “Gruppo Covid”. Inoltre, vengono mostrati i risultati delle analisi e gli indici di significatività di tutte le scale.

	Gruppo classico		Gruppo Covid		Confronto	
	Media	ds	Media	ds	U-Mann Whitney	Sign. a 2 code
POMS_T	10,70	7,68	18,54	6,62	41,00	0,013
POMS_D	14,06	15,35	26,00	12,67	42,00	0,015
POMS_A	9,23	9,58	23,00	12,11	31,00	0,003
POMS_V	15,23	5,76	10,82	5,42	50,00	0,040
POMS_S	6,71	6,38	12,91	5,37	38,50	0,009
POMS_C	8,88	6,25	15,09	4,66	36,50	0,007

-Tabella 5.2 – Confronto tra delle scale del POMS “Gruppo classico” e “Gruppo Covid”, tramite il Test di Mann-Whitney.

Per tutte le scale del POMS emergono differenze significative tra “Gruppo classico” e “Gruppo Covid”, poiché $p < .05$ permette il rifiuto dell’ipotesi nulla dell’identità dei due campioni. Il “Gruppo Covid” presenta valori significativamente maggiori in tutte le scale del POMS, tranne per “POMS_V” (misura del Vigore-Attività) nella quale ha invece punteggi significativamente inferiori. Il “Gruppo Covid”, come ci si attendeva, presenta un livello maggiore di stress e uno stato mentale ed emotivo più negativi rispetto al “Gruppo classico”.

	Gruppo classico		Gruppo Covid		Confronto	
	Media	ds	Media	ds	U-Mann Whitney	Sign. a 2 code
Mancanza Accettazione	12,47	6,18	13,09	3,65	74,50	0,370
Difficoltà Distrazione	13,94	4,76	15,27	3,77	67,50	0,218
Mancanza Fiducia	17,07	8,08	20,91	3,81	44,00	0,020
Mancanza Controllo	12,00	6,56	14,09	4,72	59,50	0,108
Difficoltà Riconoscimento	7,88	2,71	9,27	2,00	58,00	0,089
Ridotta Autoconsapevolezza	4,88	2,34	6,36	3,04	66,50	0,196
DERS Totale	76,93	25,65	89,75	9,52	33,50	0,005

-Tabella 5.3 – Confronto delle scale della DERS tra “Gruppo classico” e “Gruppo Covid”, tramite il Test di Mann-Whitney.

Per quanto riguarda le sottoscale della DERS, l'ipotesi nulla può essere scartata solamente per il fattore "Mancanza di Fiducia" ($p = 0,02$). I due gruppi si differenziano in modo significativo in questa scala, nella quale il "Gruppo Covid" riporta valori maggiori, ma sono paragonabili per tutti gli altri fattori. La "DERS Totale" risulta anch'essa significativa ($p = 0,005$) ed è misura di differenti capacità di regolazione emotiva dei due gruppi, nella quale il "Gruppo classico" si differenzia ancora positivamente. Tra i due, il "Gruppo Covid" sembra essere quello caratterizzato da minor fiducia e minor capacità di regolazione delle emozioni.

	Gruppo classico		Gruppo Covid		Controllo	
	Media	ds	Media g2	ds	U-Mann Whitney	Sign. a 2 code
Sensibilità Interpersonale	1,77	0,67	1,92	0,41	68,00	0,229
Ambivalenza Interpersonale	1,49	0,70	1,42	0,62	86,50	0,741
Aggressività	0,66	0,59	0,97	0,92	73,00	0,333
Bisogno Approvazione Sociale	1,99	0,85	1,96	0,66	85,50	0,706
Mancanza Socievolezza	1,41	0,76	1,41	0,79	91,50	0,925

-Tabella 5.4 – Confronto delle scale dell'IIP-47 tra "Gruppo classico" e "Gruppo Covid", tramite il Test di Mann-Whitney.

Le sottoscale dell'IIP-47 invece non presentano significatività al confronto. "Gruppo classico" e "Gruppo Covid" risultano comparabili per quanto riguarda il livello di funzionamento interpersonale.

5.1.3. Confronto Pre-Post intervento

Per valutare l'efficacia del gruppo di BP rispetto alle variabili considerate, si è poi proceduto con il confronto "pre" e "post" intervento per ogni scala degli strumenti utilizzati. In Tabella 5.5, sia per il "Gruppo classico" che per il "Gruppo Covid", sono state riportate le medie e le deviazioni standard dei punteggi delle scale ottenuti nelle

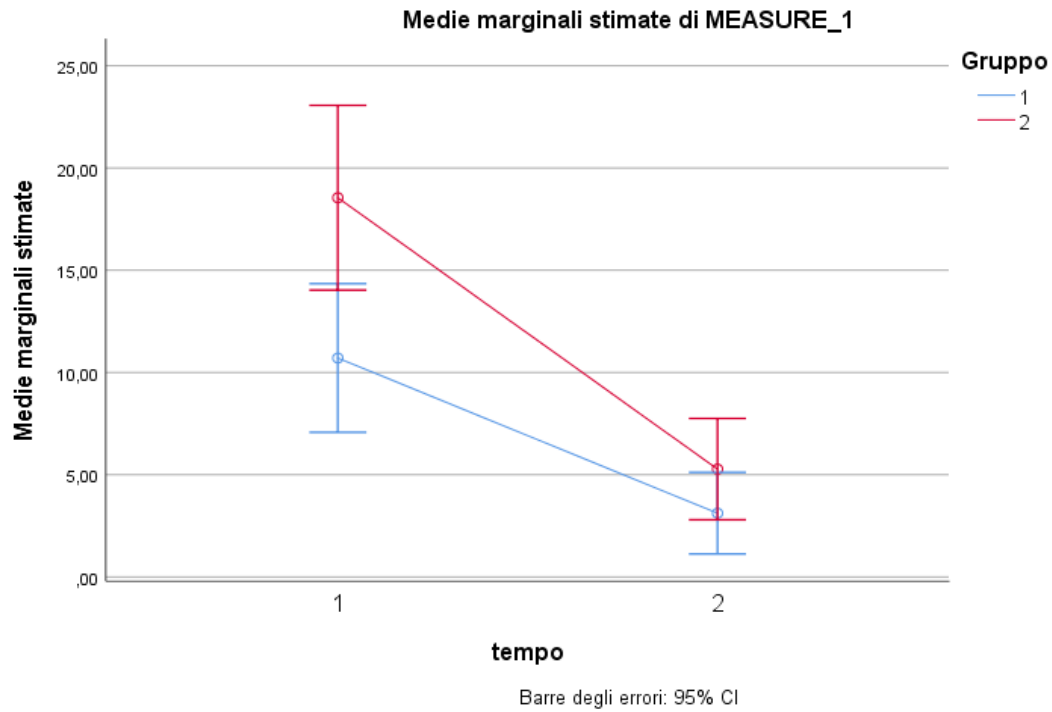
misurazioni prima e dopo il gruppo. Successivamente, per ogni strumento, i punteggi delle varie scale vengono espressi nei grafici che mostrano visivamente le variazioni avvenute in seguito all'intervento per entrambi i gruppi. In ascissa viene collocata la V.I. "Tempo" (T) su due livelli che indicano rispettivamente la misurazione "pre" e "post" gruppo. Infine, per ogni test, vengono presentati i risultati delle analisi sull'efficacia dell'intervento, svolte tramite il Test con ranghi con segno di Wilcoxon (Tabella 5.6; Tabella 5.7; Tabella 5.8).

Nella pagina seguente

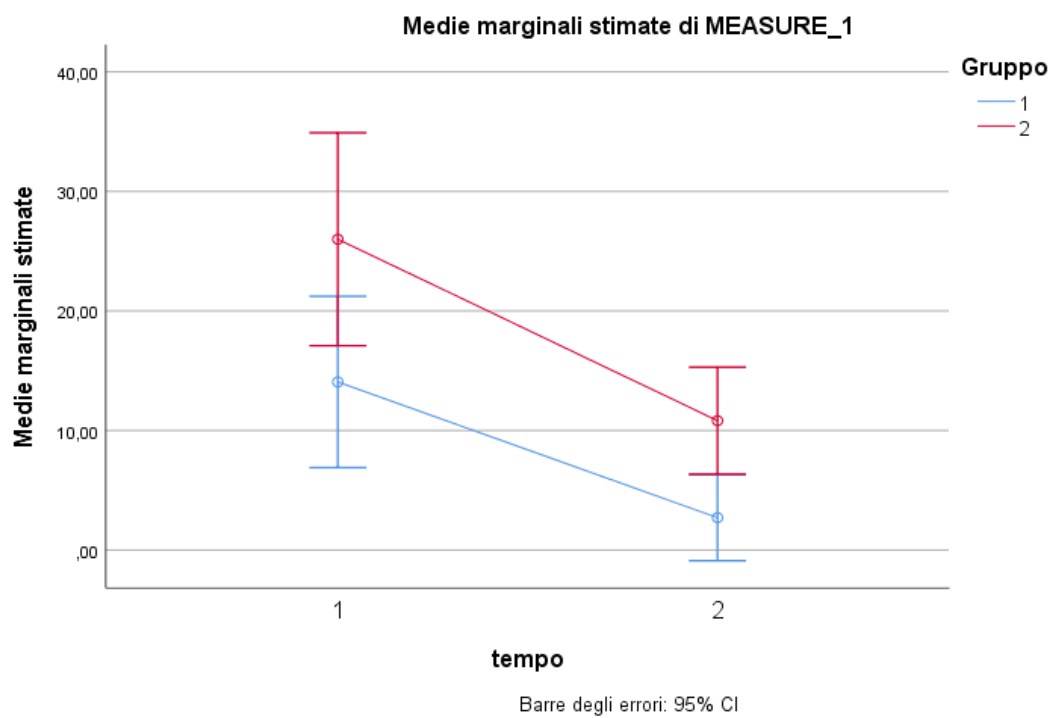
-Tabella 5.5 – Medie e deviazioni standard "pre" e "post" intervento delle scale per il "Gruppo classico" e per il "Gruppo Covid".

	Gruppo classico				Gruppo Covid			
	Media pre	ds pre	Media post	ds post	Media pre	ds pre	Media post	ds post
POMS_T	10,70	7,68	3,12	2,31	18,54	6,62	5,27	5,75
POMS_D	14,06	15,35	2,71	3,74	26,00	12,67	10,82	10,65
POMS_A	9,23	9,58	1,12	2,00	23,00	12,11	6,9	9,32
POMS_V	15,23	5,76	19,42	5,93	10,82	5,42	17,54	6,96
POMS_S	6,71	6,38	2,06	2,13	12,91	5,37	6,54	5,16
POMS_C	8,88	6,25	5,12	4,14	15,09	4,66	9,27	4,36
Mancanza Accettazione	12,47	6,18	10,41	3,32	13,09	3,65	12,91	3,83
Difficoltà Distrazione	13,94	4,76	12,12	4,18	15,27	3,77	14,09	4,46
Mancanza Fiducia	17,07	8,08	15,88	5,10	20,91	3,81	19,91	3,86
Mancanza Controllo	12,00	6,56	10,41	2,74	14,09	4,72	13,91	4,64
Difficoltà Riconoscimento	7,88	2,71	7,88	2,71	9,27	2,00	9,00	2,41
Ridotta Autoconsapevol.	4,88	2,34	5,23	2,05	6,36	3,04	5,64	2,20
DERS Totale	76,93	25,65	69,43	16,89	89,75	9,52	85,09	13,26
Sensibilità Interpersonale	1,77	0,67	1,52	0,72	1,92	0,41	1,93	0,57
Ambivalenza Interpersonale	1,49	0,70	1,25	0,82	1,42	0,62	1,43	0,74
Aggressività	0,66	0,59	0,56	0,44	0,97	0,92	0,97	0,97
Bisogno Approvazione Sociale	1,99	0,85	1,57	0,83	1,96	0,66	1,93	0,76
Mancanza Socievolezza	1,41	0,76	1,27	0,98	1,41	0,79	1,54	1,03
Soddisfazione	5,60	1,298	6,40	1,12	4,91	1,221	5,73	1,10
Utilità	5,93	1,280	6,40	1,12	5,00	1,183	5,91	1,22

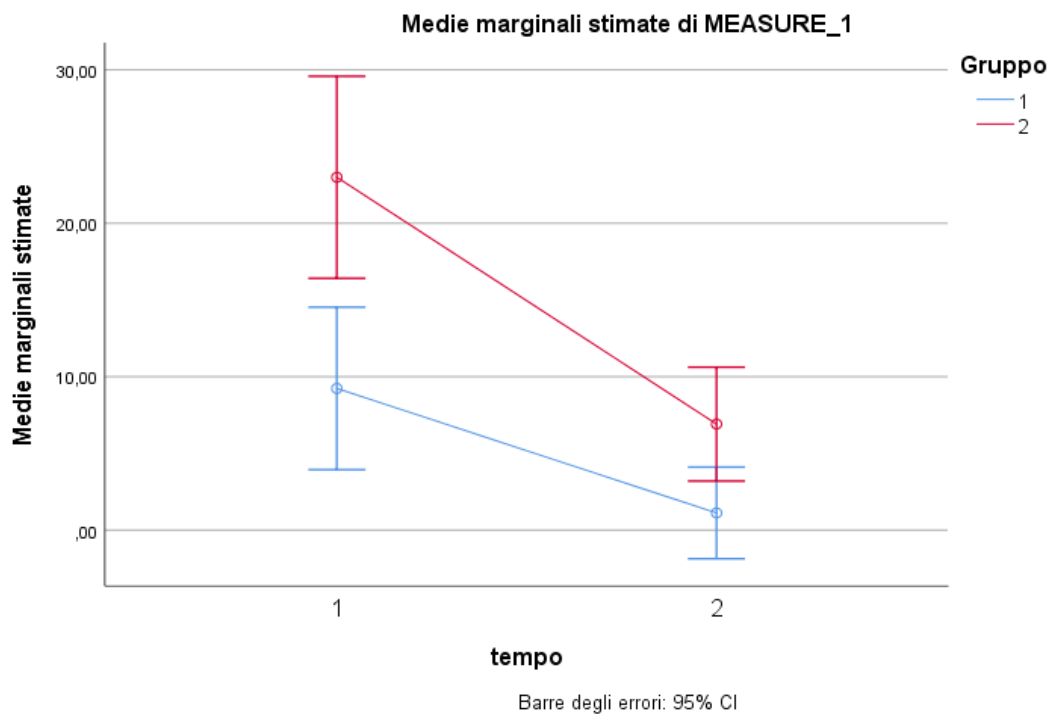
POMS_T (Tensione – Ansia)



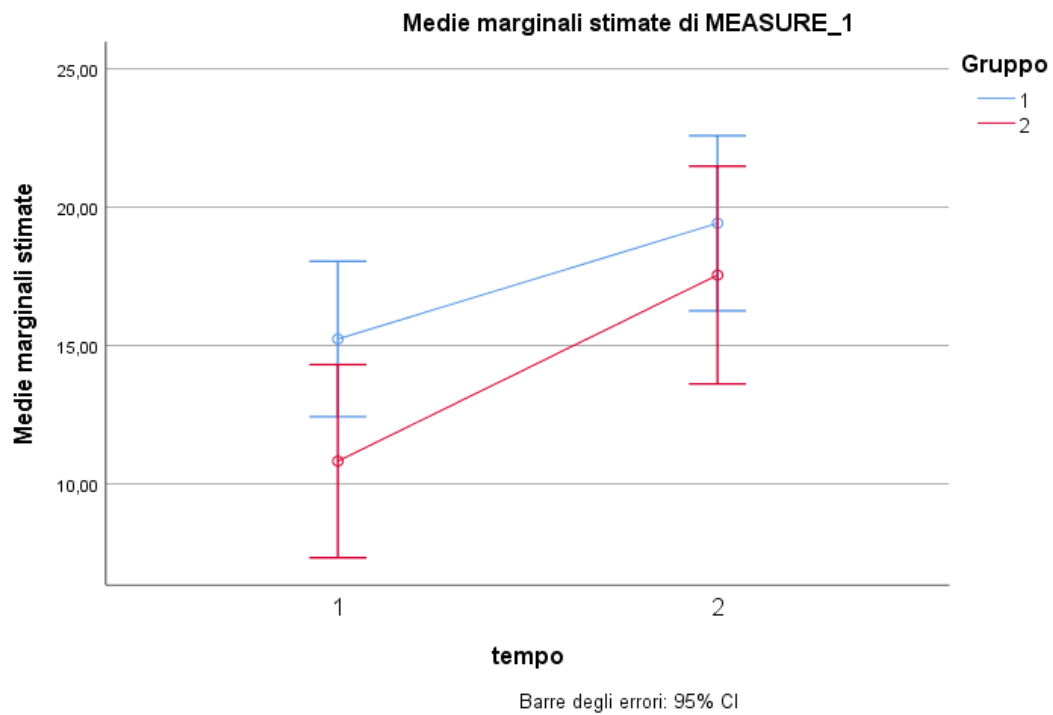
POMS_D (Depressione – Avvilimento)



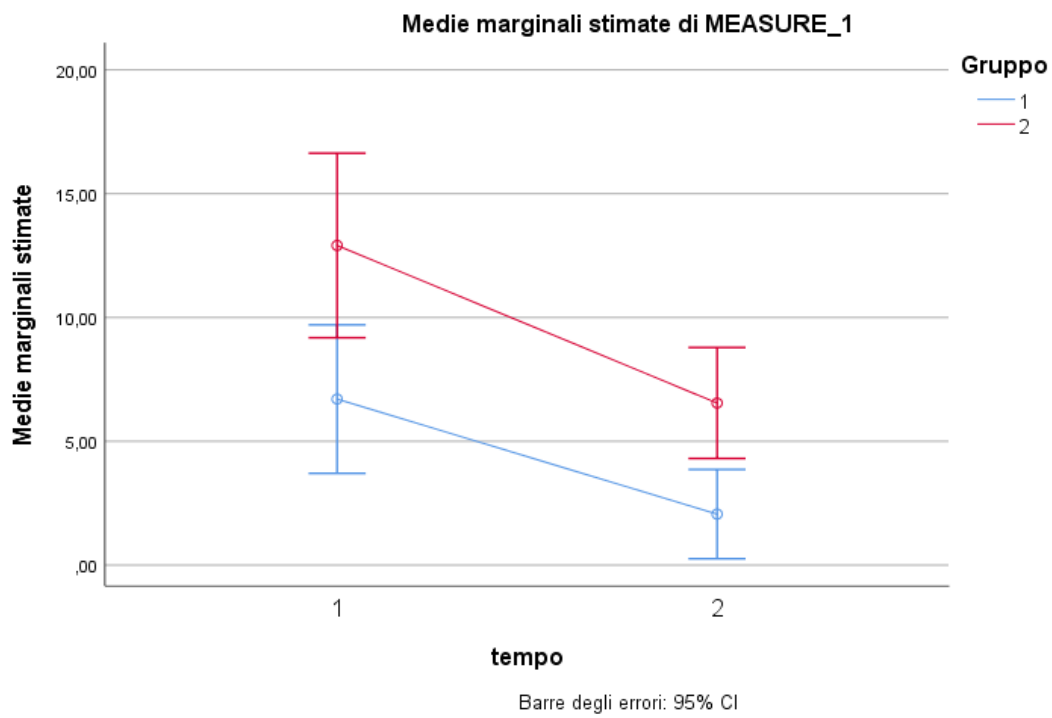
POMS_A (Aggressività – Rabbia)



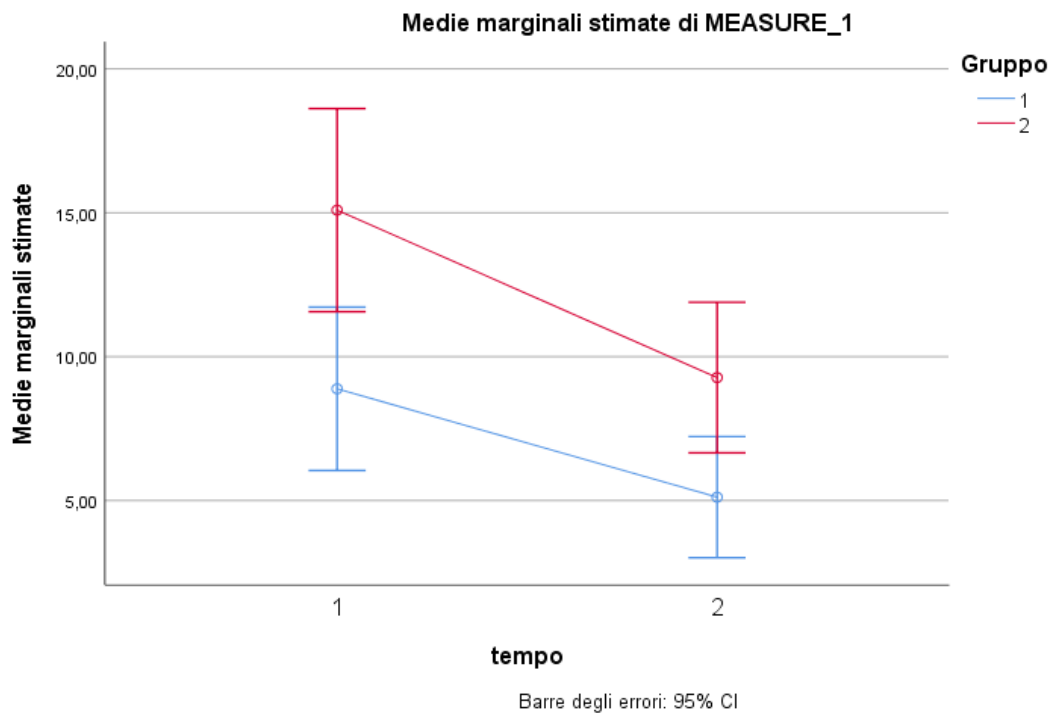
POMS_V (Vigore – Attività)



POMS_S (Stanchezza – Indolenza)



POMS_C (Confusione – Sconcerto)

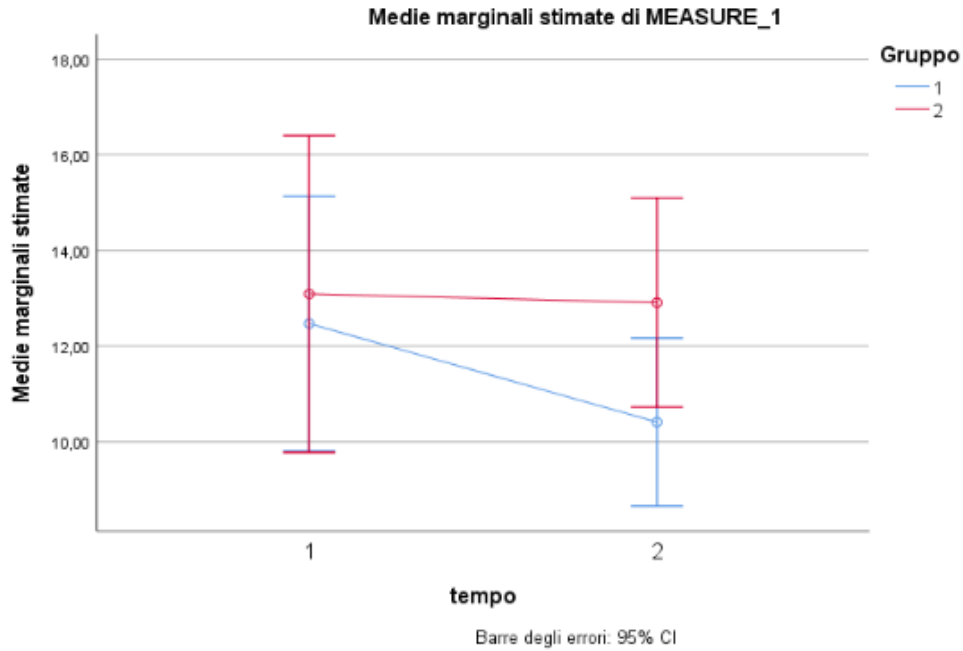


		POMS_T pre-post	POMS_D pre-post	POMS_A pre-post	POMS_V pre-post	POMS_S pre-post	POMS_C pre-post
Gruppo classico	Z	-3,337 ^c	-3,415 ^c	-3,411 ^c	-2,751 ^d	-3,036 ^c	-3,250 ^c
	Sign. asintotica (a due code)	0,001	0,001	0,001	0,006	0,002	0,001
Gruppo Covid	Z	-2,603 ^c	-2,296 ^c	-2,397 ^c	-2,538 ^d	-2,405 ^c	-2,310 ^c
	Sign. asintotica (a due code)	0,009	0,022	0,017	0,011	0,016	0,021

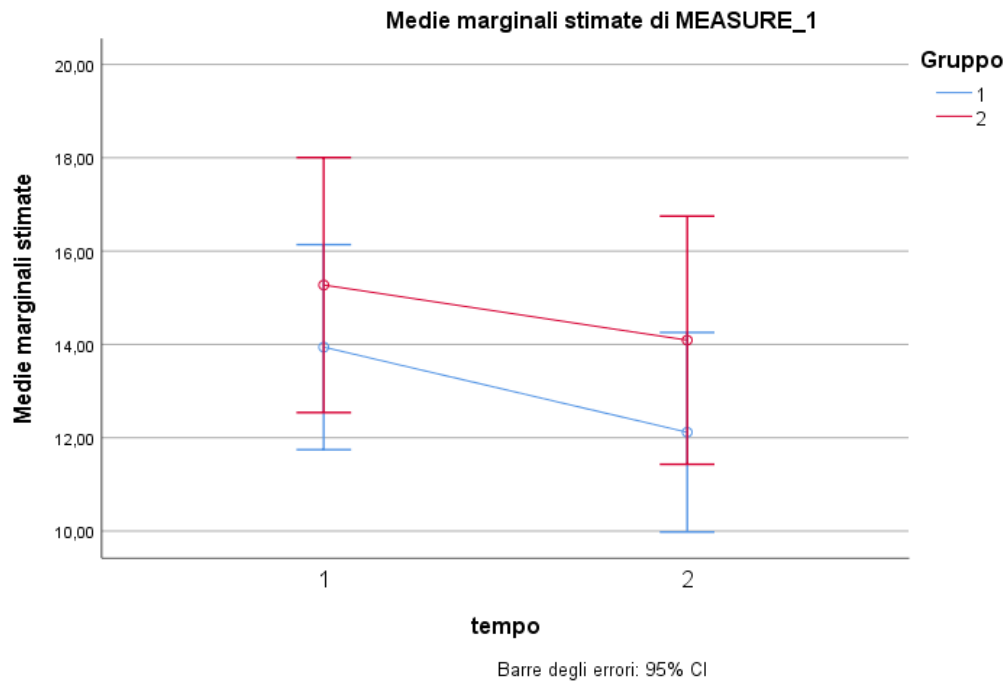
-Tabella 5.6 – Confronto “pre” e “post” intervento delle scale del POMS tramite Test con ranghi con segno di Wilconxon.

Come presentato dalla tabella 5.6, i punteggi di tutte le sottoscale del POMS sono significativamente diversi ($p < .05$) ai due livelli di “T” per entrambi i gruppi; emerge quindi un effetto principale della variabile “Tempo”, ovvero relativo all’intervento. Tutti i valori dei fattori risultano infatti significativamente inferiori nella misurazione “post” rispetto alla “pre”, tranne “POMS_V” (Vigore-Attività) che, come ci si attendeva, risulta maggiore (vedi Tabella 5.5). Alla luce delle analisi effettuate, il gruppo di BP è efficace nel portare energia e un migliore stato emotivo e mentale nel campione, con la conseguente riduzione degli stati affettivi disfunzionali.

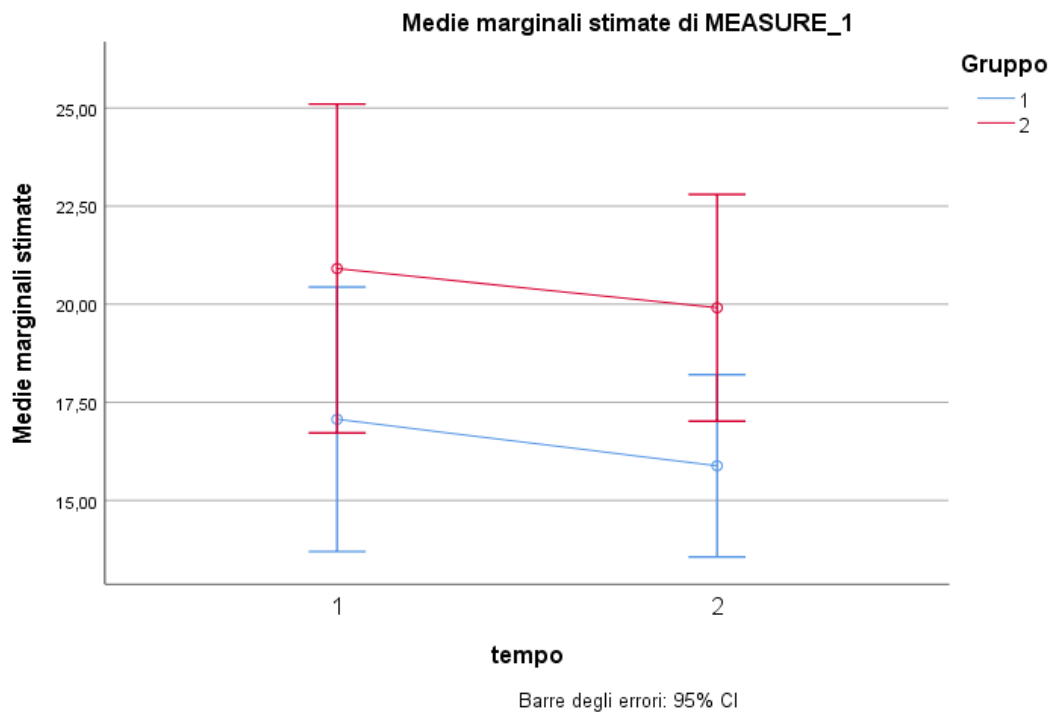
DERS - Mancanza di accettazione



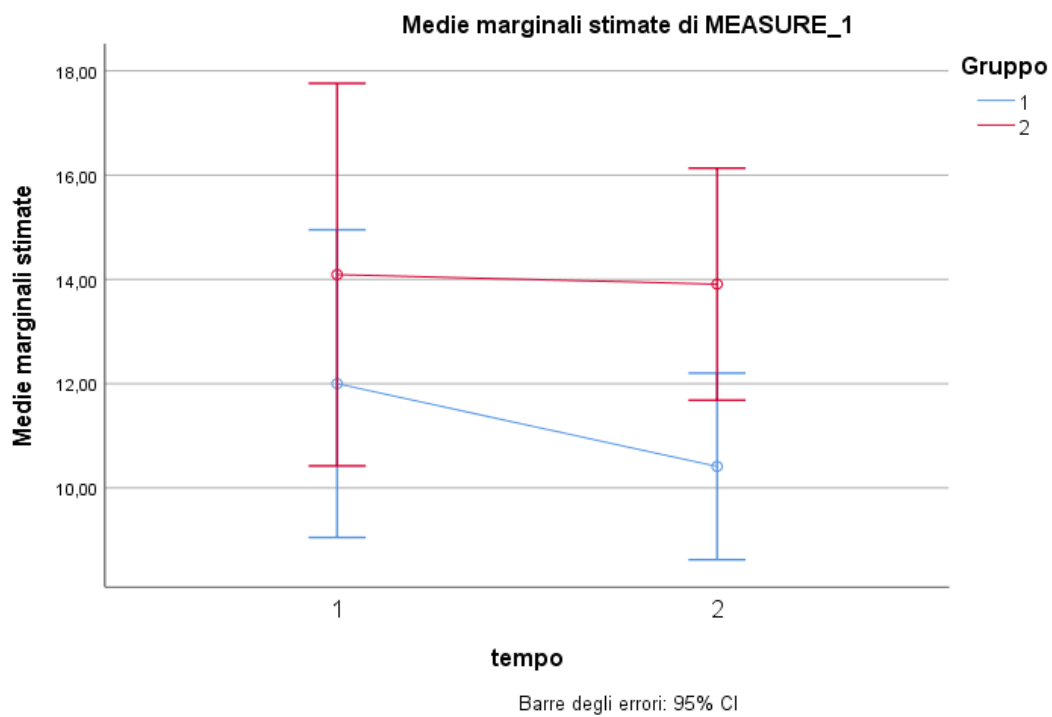
DERS - Difficoltà di distrazione



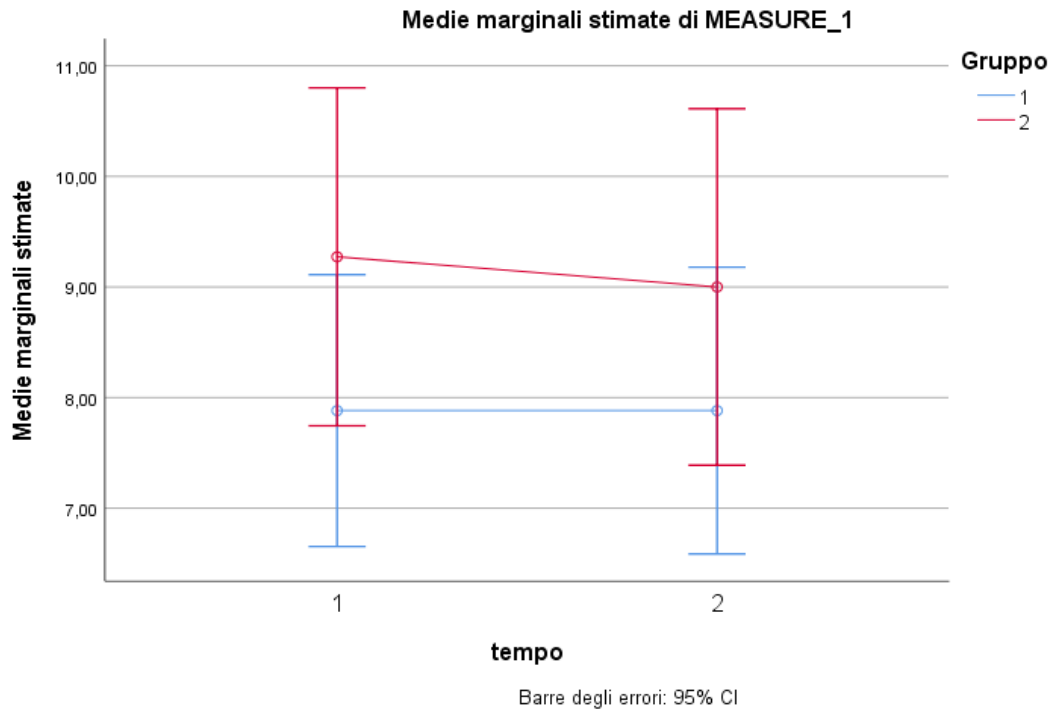
DERS - Mancanza di fiducia



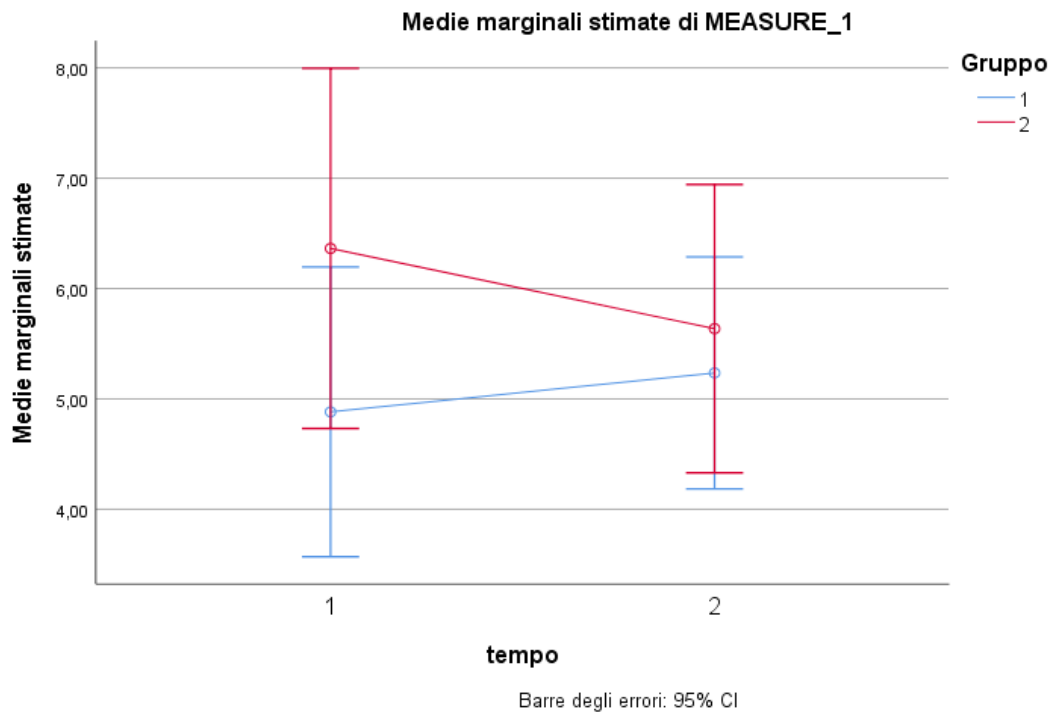
DERS - Mancanza di controllo



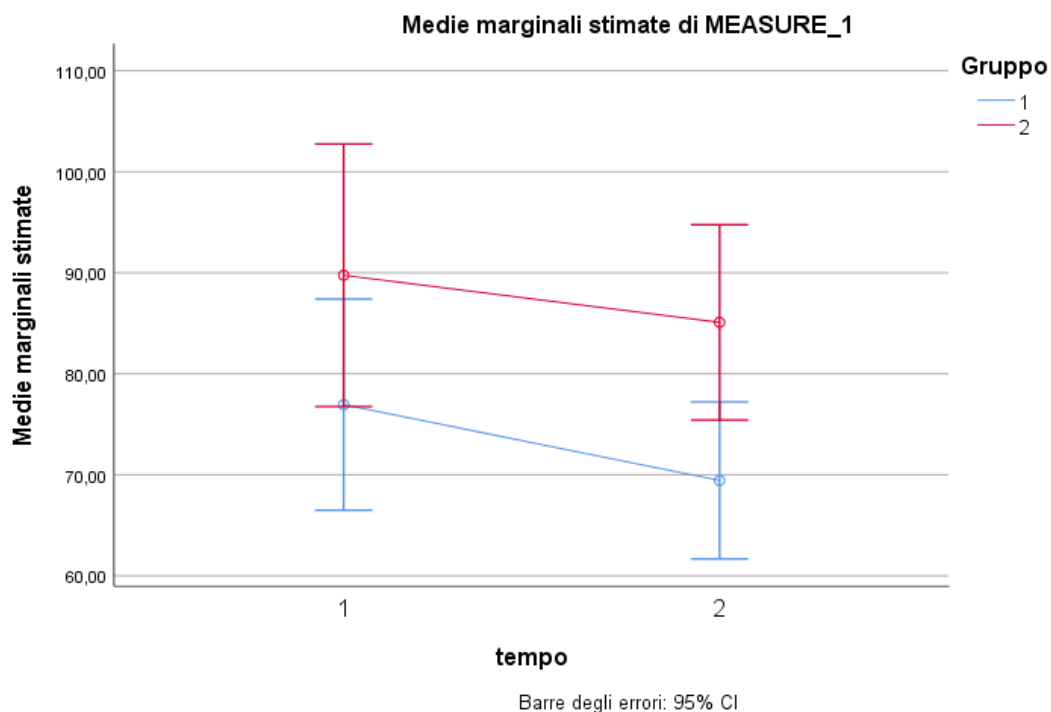
DERS - Difficoltà di riconoscimento



DERS - Ridotta autoconsapevolezza



DERS Totale

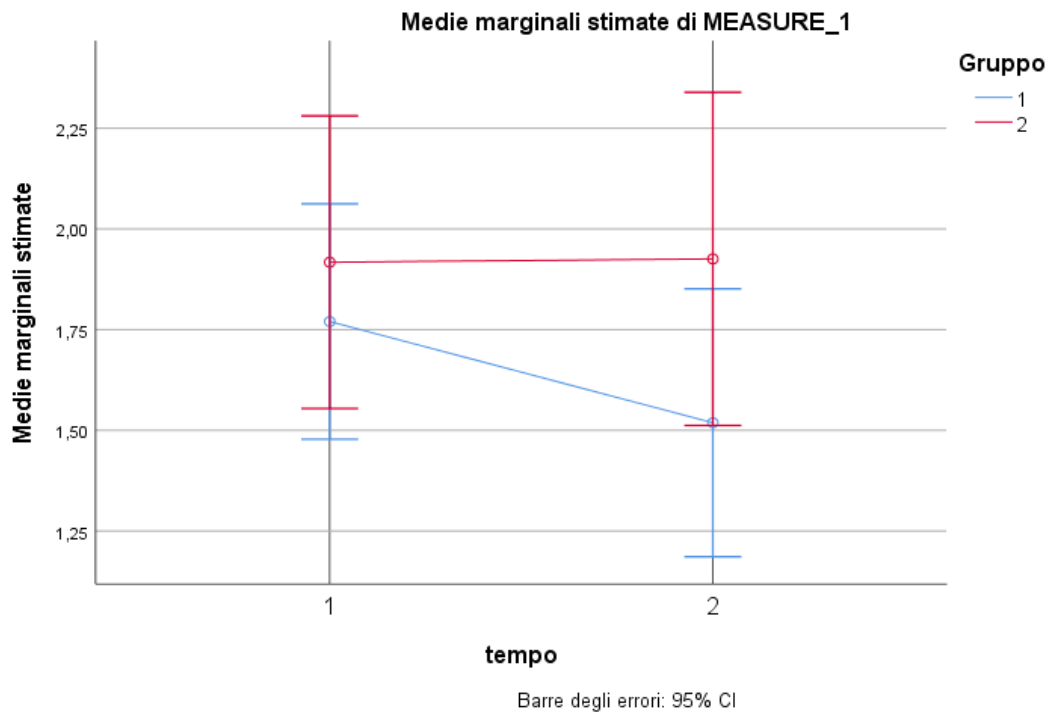


		Mancanza Accettazione pre-post	Difficoltà Distrazione pre-post	Mancanza Fiducia pre-post	Mancanza Controllo pre-post	Difficoltà Riconoscimento pre-post	Ridotta Autoconsapevolezza pre-post	DERS Totale pre-post
Gruppo classico	Z	-1,376 ^c	-2,048 ^c	-,997 ^c	-,830 ^c	,000 ^e	-,641 ^d	-2,157 ^c
	Sign. asintotica (a due code)	0,169	0,041	0,319	0,406	1	0,522	0,031
Gruppo Covid	Z	,000 ^e	-1,337 ^c	-,255 ^c	-,051 ^c	-,303 ^c	-1,552 ^c	-1,112 ^c
	Sign. asintotica (a due code)	1	0,181	0,798	0,959	0,762	0,121	0,266

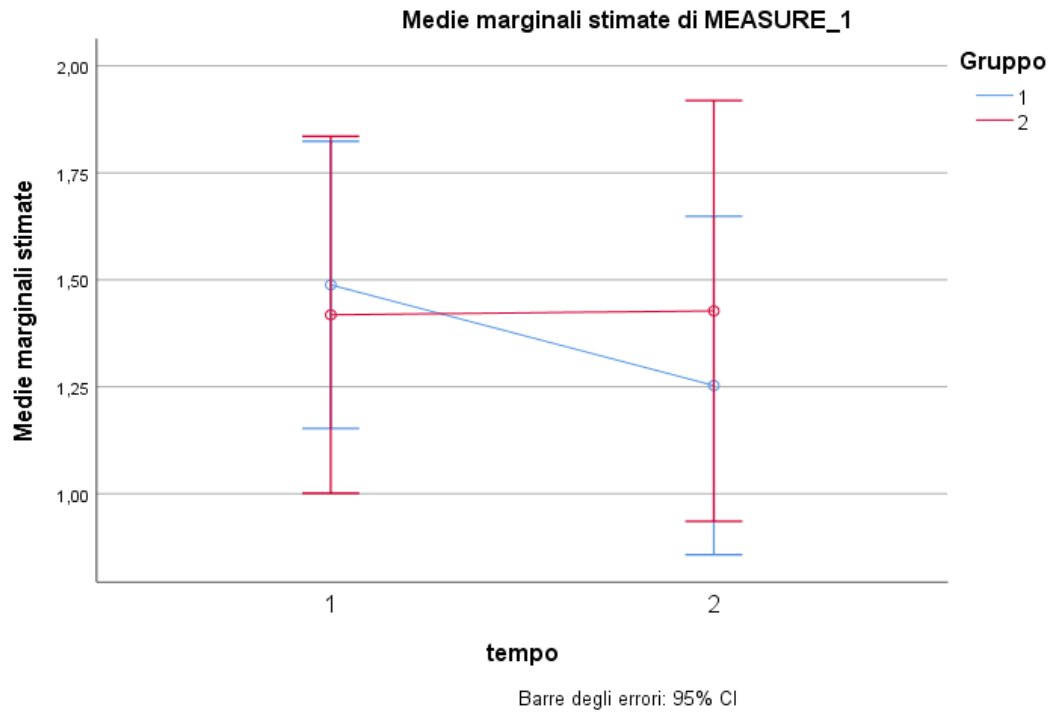
-Tabella 5.7 – Confronto “pre” e “post” intervento delle scale della DERS tramite Test con ranghi con segno di Wilconxon.

Per quanto riguarda la DERS, risultano significativi solo i cambiamenti che sono avvenuti nel “Gruppo classico” nel rilevamento “post” per il fattore “Difficoltà di distrazione” ($p = 0,041$) e per la “DERS Totale” ($p = 0,031$). Solamente per quanto riguarda il “Gruppo classico”, l’intervento è risultato efficace nel diminuire le difficoltà di distrazione e migliorare, nel suo complesso, la regolazione emotiva (vedi Tabella 5.5).

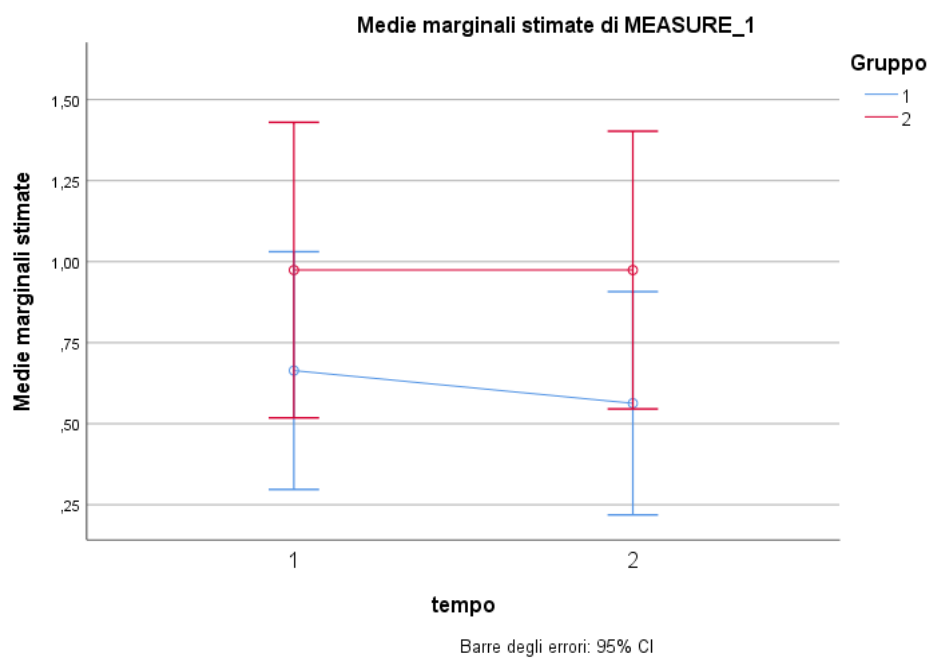
IIP-47 - Sensibilità interpersonale



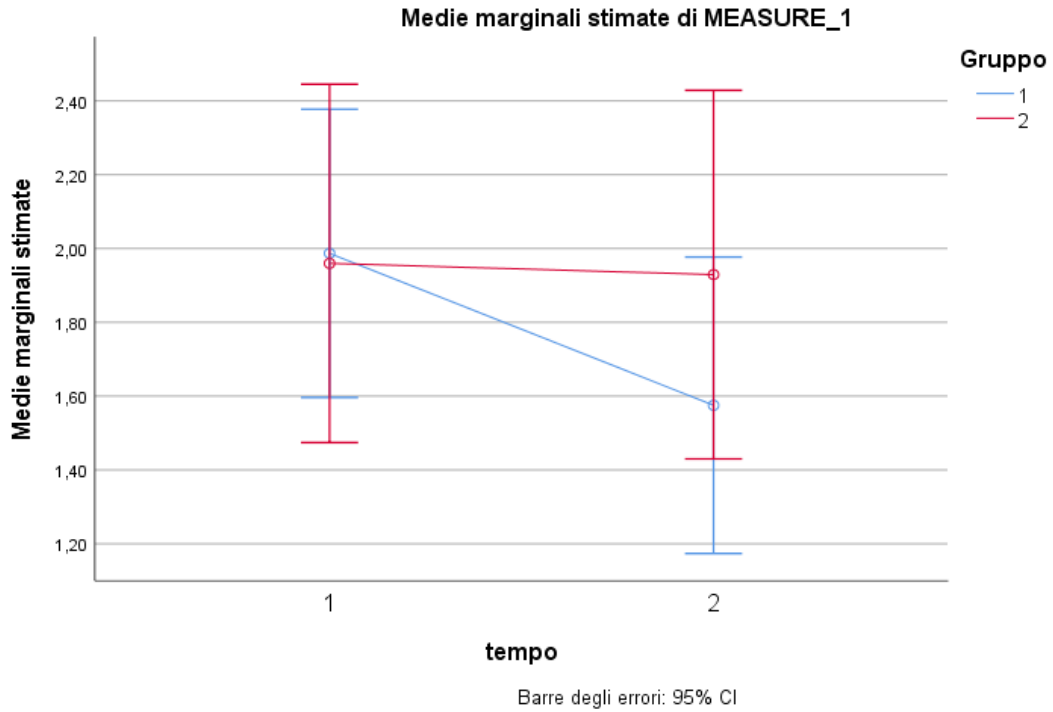
IIP-47 - Ambivalenza interpersonale



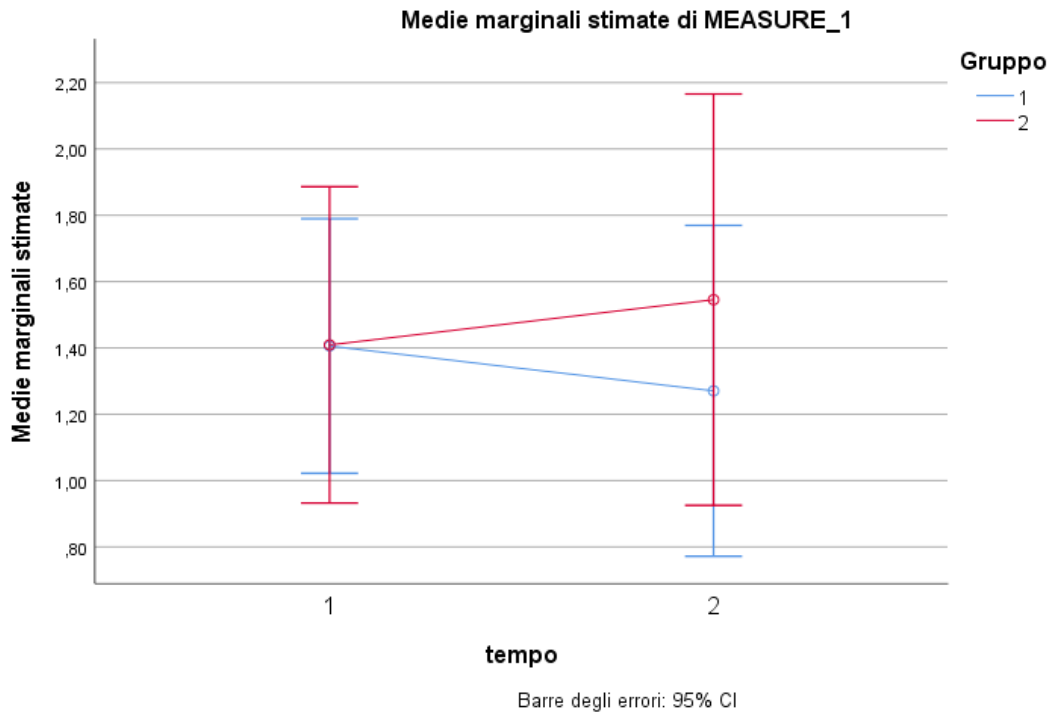
IIP-47 - Aggressività



IIP-47 - Bisogno di approvazione sociale



IIP-47 - Mancanza di socievolezza



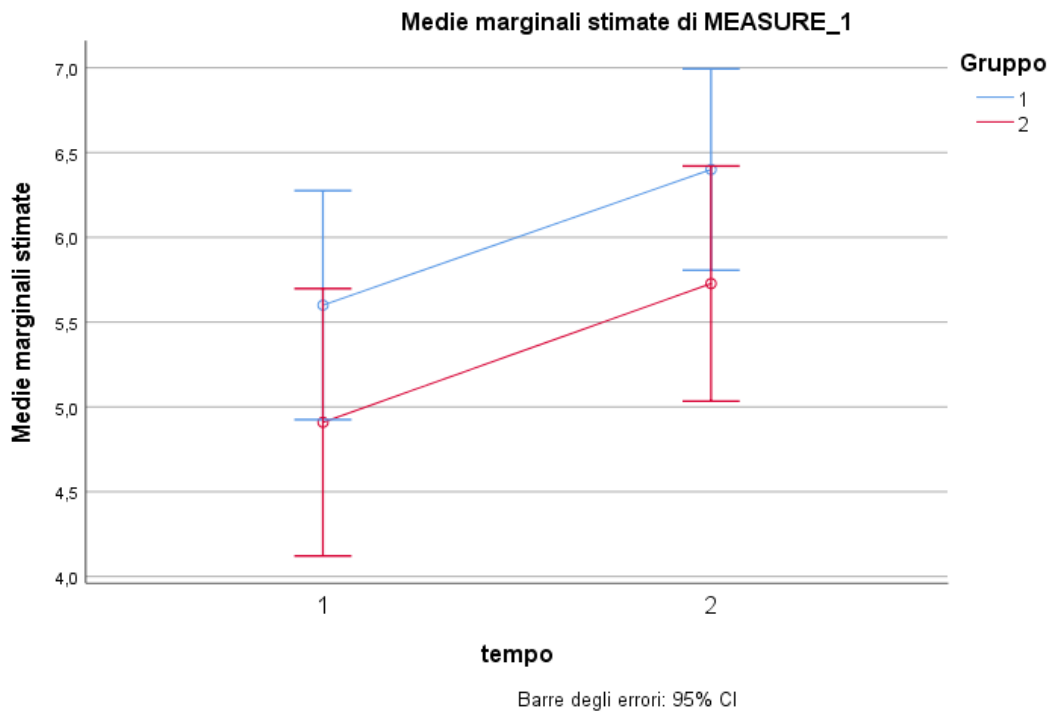
		Sensibilità Interpersonale pre-post	Ambivalenza Interpersonale pre-post	Aggressività pre-post	Bisogno Approvazione Sociale pre-post	Mancanza Socievolezza pre-post
Gruppo classico	Z	-1,684 ^c	-1,589 ^c	-1,093 ^c	-2,982 ^c	-,808 ^c
	Sign. asintotica (a due code)	0,092	0,112	0,274	0,003	0,419
Gruppo Covid	Z	-,102 ^c	-,103 ^d	-,352 ^c	-,297 ^d	-,819 ^d
	Sign. asintotica (a due code)	0,919	0,918	0,725	0,766	0,413

-Tabella 5.8 – Confronto “pre” e “post” intervento delle scale dell’IIP-47 tramite Test con ranghi con segno di Wilcoxon.

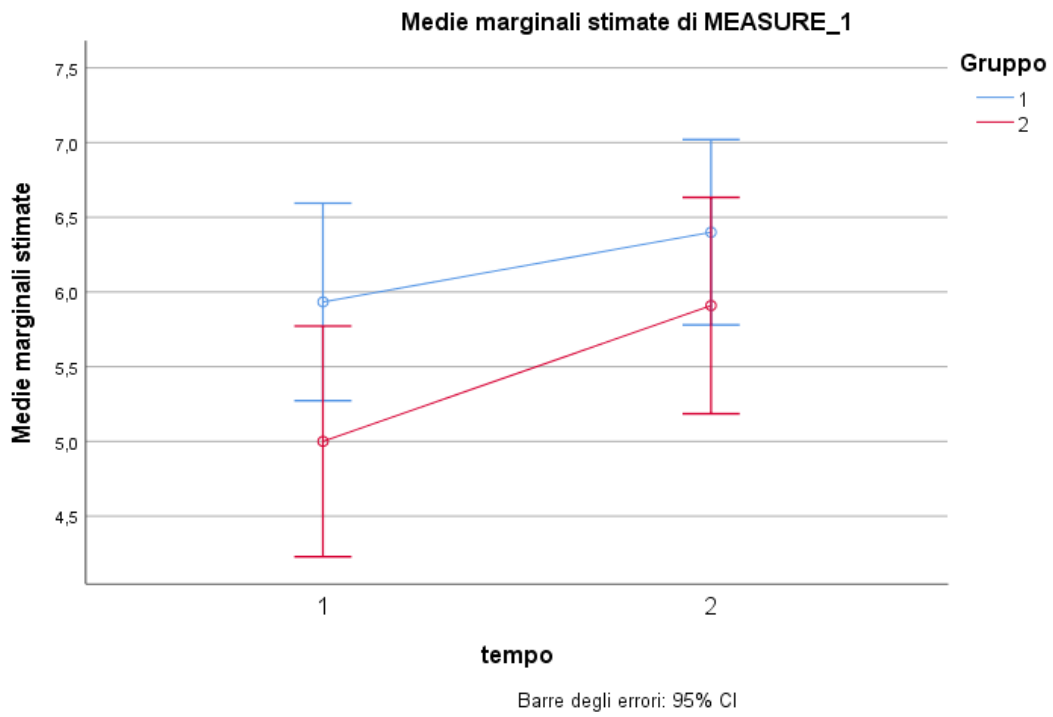
Nell’IIP-47 i risultati delle analisi, e quindi i cambiamenti avvenuti in seguito all’intervento, risultano non significativi al di fuori della scala “Bisogno di approvazione sociale” ($p = 0,003$), per quanto riguarda il “Gruppo classico”. Solamente per quanto riguarda quest’ultimo, il gruppo di BP risulta essere efficace nel procurare una diminuzione del bisogno di approvazione sociale (vedi Tabella 5.5), mentre gli altri fattori non presentano variazioni significative.

Sempre con la stessa modalità di indagine “pre” e “post” intervento, è stato analizzato il cambiamento nelle percezioni di soddisfazione e di utilità del gruppo ai due livelli di “T”. Nello specifico, vengono confrontate le aspettative che i partecipanti hanno all’inizio del gruppo con le percezioni di soddisfazione e utilità che emergono a seduta terminata. In Tabella 5.9 vengono presentati i risultati di tale analisi.

Soddisfacente



Utile



		SODDISFACENTE pre-post	UTILE pre-post
Gruppo classico	Z	-2,588 ^d	-1,725 ^d
	Sign. asintotica (a due code)	0,01	0,084
Gruppo Covid	Z	-2,081 ^d	-1,997 ^d
	Sign. asintotica (a due code)	0,037	0,046

-Tabella 5.9 – Confronto “pre” e “post” intervento della percezione di soddisfazione e di utilità tramite Test con ranghi con segno di Wilconxon.

Le percezioni di soddisfazione e utilità del gruppo di BP presentano punteggi maggiori in seguito all’intervento (vedi Tabella 5.5). Tali punteggi si discostano significativamente da quelli precedentemente registrati per quanto riguarda la soddisfazione ($p = 0,01$ per “g1”; $p = 0,037$ per “g2”), mentre l’utilità percepita aumenta in modo significativo solo per il “Gruppo Covid” ($p = 0,046$).

Infine, è stata svolta nuovamente l’analisi “pre-post” dividendo il campione tra soggetti alla prima partecipazione, variabile “Prima volta”, e individui che hanno già partecipato ad almeno un gruppo di BP, variabile “No Prima volta”. La Tabella 5.10 mostra le medie e le deviazioni standard dei punteggi registrati dai due gruppi, considerati separatamente, prima e dopo l’intervento. Successivamente, per tutte le scale considerate nella ricerca, vengono presentati i risultati ottenuti dalle analisi e i relativi indici di significatività del cambiamento (Tabella 5.11; Tabella 5.12; Tabella 5.13; Tabella 5.14).

Nella pagina seguente

-Tabella 5.10 – Medie e deviazioni standard “pre” e “post” intervento delle scale per il “Prima volta” e per il “No Prima volta”.

	Prima volta				No Prima volta			
	Media pre	ds pre	Media post	ds post	Media pre	ds pre	Media post	ds post
POMS_T	14,11	7,94	5,78	6,26	13,63	8,45	3,10	2,23
POMS_D	20,78	16,88	10,22	11,64	17,79	14,89	3,84	5,08
POMS_A	15,11	15,41	6,22	10,32	14,42	11,30	2,05	3,32
POMS_V	11,56	5,17	16,56	7,13	14,42	6,19	19,69	5,80
POMS_S	9,56	6,58	4,78	4,26	8,95	6,87	3,37	4,19
POMS_C	13,22	6,16	8,22	5,04	10,42	6,45	6,05	4,39
Mancanza Accettazione	14,33	4,03	11,56	3,50	11,95	5,68	11,32	3,84
Difficoltà Distrazione	13,89	4,34	12,00	4,82	14,74	4,48	13,32	4,14
Mancanza Fiducia	20,22	5,67	18,78	4,02	17,80	7,43	16,84	5,38
Mancanza Controllo	14,00	4,80	12,67	4,61	12,26	6,40	11,37	3,62
Difficoltà Riconoscimento	9,00	2,78	9,22	2,86	8,16	2,41	7,89	2,45
Ridotta Autoconsapevol.	6,67	2,87	5,78	2,54	4,89	2,47	5,21	1,87
DERS Totale	88,97	15,03	78,91	17,50	78,65	23,66	74,01	17,26
Sensibilità Interpersonale	1,91	0,42	1,98	0,63	1,79	0,65	1,54	0,68
Ambivalenza Interpersonale	1,52	0,61	1,2	0,81	1,43	0,70	1,35	0,79
Aggressività	1,08	1,08	0,98	1,03	0,65	0,48	0,60	0,48
Bisogno Approvazione Sociale	2,02	0,75	2,10	0,78	1,95	0,79	1,53	0,78
Mancanza Socievolezza	1,56	0,63	1,77	1,11	1,34	0,81	1,19	0,90
Soddisfazione	4,56	0,88	5,78	1,09	5,71	1,31	6,29	1,16
Utilità	4,89	0,93	5,67	1,22	5,88	1,36	6,47	1,07

		POMS_T pre-post	POMS_D pre-post	POMS_A pre-post	POMS_V pre-post	POMS_S pre-post	POMS_C pre-post
Prima volta	Z	-1,965 ^d	-1,859 ^d	-1,859 ^d	-2,376 ^c	-2,106 ^d	-2,197 ^d
	Sign. asintotica (a due code)	0,049	0,063	0,063	0,018	0,035	0,028
No Prima volta	Z	-3,594 ^d	-3,502 ^d	-3,661 ^d	-2,961 ^c	-3,211 ^d	-3,230 ^d
	Sign. asintotica (a due code)	0	0	0	0,003	0,001	0,001

-Tabella 5.11 – Confronto “pre” e “post” intervento delle scale del POMS nei due gruppi “p1” e “p2” tramite Test con ranghi con segno di Wilconxon.

Si riscontrano valori significativi al confronto “pre-post” per tutte le scale del POMS, eccetto che per i fattori “POMS_D” e “POMS_A” misurati nei soggetti alla prima partecipazione. Si può quindi affermare che l’intervento è efficace nel portare miglioramenti dello stato emotivo e mentale per gli individui che hanno già partecipato ad altri gruppi di BP, mentre, per chi è al Prima volta, è altrettanto efficace solamente per le scale “POMS_T”, “POMS_V”, “POMS_S” e “POMS_C”.

		Mancanza Accettazione pre-post	Difficoltà Distrazione pre-post	Mancanza Fiducia pre-post	Mancanza Controllo pre-post	Difficoltà Riconosci- mento pre-post	Ridotta Autocons- apevolezz a pre-post	DERS Totale pre-post
Prima volta	Z	-1,424 ^d	-1,667 ^d	-,780 ^d	-,952 ^d	-,342 ^c	-1,807 ^d	-2,075 ^d
	Sign. asintotica (a due code)	0,154	0,095	0,436	0,341	0,733	0,071	0,038
No Prima volta	Z	-,220 ^d	-1,854 ^d	-,759 ^d	-,261 ^d	-,601 ^d	-,706 ^c	-1,230 ^d
	Sign. asintotica (a due code)	0,826	0,064	0,448	0,794	0,548	0,48	0,219

-Tabella 5.12 – Confronto “pre” e “post” intervento della DERS e delle sue sottoscale nei due gruppi “p1” e “p2” tramite Test con ranghi con segno di Wilconxon.

Nella DERS non ci sono cambiamenti significativi per quanto riguarda le sottoscale. Per quanto riguarda la scala totale della DERS, solamente gli appartenenti al gruppo “Prima volta” registrano un cambiamento significativo ($p = 0,038$). Dai risultati emerge che, alla prima partecipazione ad un gruppo di BP, i soggetti riportano un miglioramento generico significativo nella capacità di autoregolazione emotiva.

		Sensibilità Interpersonale pre-post	Ambivalenza Interpersonale pre-post	Aggressività pre-post	Bisogno Approvazione Sociale pre-post	Mancanza Socievolezza pre-post
Prima volta	Z	-,421 ^c	-1,266 ^d	-1,057 ^d	-,564 ^c	-,980 ^c
	Sign. asintotica (a due code)	0,674	0,205	0,29	0,573	0,327
No Prima volta	Z	-2,335 ^d	-,545 ^d	-,669 ^d	-2,918 ^d	-,747 ^d
	Sign. asintotica (a due code)	0,02	0,586	0,503	0,004	0,455

-Tabella 5.13 – Confronto “pre” e “post” intervento delle scale del’IIP-47 nei due gruppi “p1” e “p2” tramite Test con ranghi con segno di Wilconxon.

Nell’IIP-47, vengono registrate variazioni significative solamente nelle sottoscale di “Sensibilità Interpersonale” ($p = 0,02$) e di “Ambivalenza Interpersonale” ($p = 0,004$) per quanto riguarda i soggetti che non sono alla prima partecipazione. Solamente dopo più di un gruppo di BP si verificano alcuni cambiamenti a livello del funzionamento interpersonale. In particolare, si registra una diminuzione del bisogno di approvazione e della sensibilità interpersonale.

		SODDISFACENTE pre-post	UTILE pre-post
Prima volta	Z	-2,428 ^c	-1,643 ^c
	Sign. asintotica (a due code)	0,015	0,1
No Prima volta	Z	-2,157 ^c	-2,271 ^c
	Sign. asintotica (a due code)	0,031	0,023

-Tabella 5.14 – Confronto “pre” e “post” intervento dei valori della percezione di soddisfazione e l’utilità nei due gruppi “p1” e “p2” tramite Test con ranghi con segno di Wilconxon.

Infine, per quanto riguarda le percezioni di soddisfazione e di utilità della partecipazione all’esperienza di BP, le analisi mostrano un aumento significativo della prima tra misurazioni “pre” e “post” intervento sia per i soggetti alla prima volta ($p = 0,015$) che per gli altri ($p = 0,031$). La seconda invece risulta significativamente maggiore nella rilevazione “post” solamente per chi ha già partecipato ad almeno un altro gruppo di BP ($p = 0,023$). Quindi, mentre al termine dell’esperienza questa viene sempre valutata più soddisfacente rispetto alle aspettative, solamente chi ha già partecipato a più gruppi vede aumentare anche la percezione di utilità.

5.1.4. Correlazioni

In Tabella 5.15 (riportata nell’appendice) vengono presentati i risultati delle correlazioni di Pearson effettuate in maniera esplorativa sulle variabili prese in considerazione, da cui emergono alcuni dati che meritano considerazione. In questa sede, sono tralasciate le correlazioni tra scale di uno stesso strumento e ci soffermeremo sulle correlazioni inter-strumenti con “Large effect size” ($r > 0,5$ e $r < -0,5$).

La correlazione più evidente è quella della DERS Totale con tutte le scale del POMS, ad eccezione di POMS_V, e con tutte quelle dell’IIP-47, escluso il fattore “Mancanza di socievolezza”. Tutte queste correlazioni hanno un effect size grande, medio solamente per quanto riguarda POMS_T, “Ambivalenza Interpersonale” e “Aggressività”. Tali associazioni positive indicano come le difficoltà di regolazione emotiva si presentino

assieme a stati emotivi e mentali disfunzionali, caratterizzati da ansia, depressione, aggressività, stanchezza e confusione. Allo stesso modo, sono correlate ad alti livelli di sensibilità e ambivalenza interpersonale, di aggressività e di bisogno di approvazione sociale. Invece, a bassi livelli di regolazione emotiva non si associano alti punteggi nell'ultima scala dell'IIP-47, "Mancanza di socievolezza", che non risulta compromessa. Un individuo può quindi essere socievole, o molto socievole, pur presentando delle difficoltà di modulazione adattiva delle emozioni. Un altro risultato degno di nota è la correlazione tra le scale "Difficoltà di distrazione", "Mancanza di fiducia" e "Mancanza di controllo" e tutte le scale del POMS, con un grande effect size (medio solamente per quanto riguarda POMS_T e POMS_V). Uno stato emotivo ansioso, depresso, caratterizzato da aggressività, stanchezza, confusione e ridotta energia, è associato a difficoltà di distrazione e di controllo delle proprie reazioni emotive e da sfiducia nella possibilità di regolazione delle emozioni. Infine, la mancanza di controllo sui comportamenti derivati da stati emotivi negativi si associa ad alti livelli di sensibilità e ambivalenza interpersonale e di aggressività. La regolazione emotiva, come emerge dalla letteratura (Sighinolfi et al., 2010), si pone come mediatore fondamentale del funzionamento interpersonale.

5.2. COMMENTO AI RISULTATI

In quest'ultima sezione verranno discussi i risultati ottenuti dalle analisi statistiche svolte sul campione, confrontandoli con i contributi della letteratura scientifica che hanno portato a sviluppare le ipotesi del presente studio. Alla luce del quadro teorico esposto, le ipotesi che hanno guidato il progetto di ricerca sono state le seguenti (qui riprese in forma sintetica):

Hp 1: ci aspettiamo una buona efficacia del gruppo nella riduzione dei sintomi e un miglioramento dello stato mentale ed emotivo.

Hp. 2: ci aspettiamo una migliore autoregolazione emotiva, dovuta all'aumento della consapevolezza e alla maggior accettazione delle proprie emozioni.

Hp 3: ci si attende un miglioramento delle relazioni interpersonali, caratterizzate da maggior vicinanza, piacevolezza e assertività.

Hp. 4: ci si aspetta che il “Gruppo Covid” risulti meno efficace del “Gruppo classico” nel portare a un miglioramento rispetto alle variabili precedentemente elencate. Inoltre, ci aspettiamo che i partecipanti al “Gruppo Covid” al loro arrivo presentino un livello maggiore di stress psicologico dovuto agli effetti della pandemia.

5.2.1. Il gruppo di BP durante l'emergenza sanitaria da Covid-19

Il confronto a campioni indipendenti tramite analisi non parametriche, tra “Gruppo classico” e “Gruppo Covid” prima dell'intervento ha evidenziato significative differenze tra i due gruppi in tutte le sottoscale del POMS, mentre i due gruppi sono essenzialmente sovrapponibili rispetto ai fattori della DERS e dell'IIP-47, con due sole disuguaglianze significative per le scale “Mancanza di Fiducia” e “DERS Totale”. Questo risulta in linea con la seconda affermazione della quarta ipotesi di ricerca (Hp. 4). Infatti, le differenze riscontrate si collocano essenzialmente a livello dello stato emotivo e mentale, che, come atteso, risultano maggiormente compromessi nel “Gruppo Covid”. Questo risultato, come riportato dai riferimenti alla letteratura presentati (Codagnone et al., 2020), potrebbe andare a confermare gli effetti nefasti dell'emergenza sanitaria da Covid-19 sulla popolazione, soprattutto per quanto riguarda lo stress e l'umore. Infatti, il “Gruppo Covid” presenta maggior ansia, tensione e rabbia, umore significativamente più depresso, caratterizzato da più alti punteggi di stanchezza/indolenza e minor energia. Anche le significatività emerse dalla DERS sembrano essere interpretabili alla luce della situazione pandemica, in quanto emerge una maggior sfiducia nella propria gestione delle emozioni e un generale impoverimento nella capacità non specifica di regolazione emotiva, imputabili alle difficoltà provocate da tale situazione. Questo risultato è ancor più interessante dal momento che l'emergenza sanitaria non sembra aver intaccato le dimensioni dell'accettazione delle emozioni, del riconoscimento e dell'autoconsapevolezza, così come tutto il funzionamento interpersonale. Infatti, questi risultano essere elementi strutturali, più difficilmente influenzabili e modificabili.

La numerosità ridotta del campione e dei due gruppi confrontati impone necessariamente prudenza e impedisce di trarre conclusioni rispetto alla natura delle differenze emerse. Infatti, queste potrebbero sussistere a causa di particolarità del

campione in esame, che non risulta essere rappresentativo dell'intera popolazione. I risultati emersi forniscono tuttavia indicazioni interessanti riguardo al possibile effetto della situazione pandemica sullo stato emotivo e mentale, che necessita di ulteriori analisi con un campione più numeroso e maggiormente rappresentativo.

5.2.2. L'efficacia del gruppo di BP

I risultati delle analisi non parametriche sono in linea con quanto emerge dagli altri studi sulla BP presenti in letteratura e confermano la prima ipotesi della presente ricerca (Hp. 1). Infatti, il gruppo di BP risulta efficace nel portare miglioramenti a livello dello stato mentale ed emotivo, caratterizzato da un miglior tono dell'umore e da maggior energia. Nello specifico, la riduzione dei punteggi relativi all'ansia e alla depressione conferma quanto riportato da Kats (2004) ed evidenzia come l'intervento tramite il modello della BP provochi subito un miglioramento, se non altro a livello sintomatologico, per quanto riguarda queste dimensioni. Inoltre, l'effetto immediato della BP sullo stato emotivo e mentale sembra dare seguito a ciò che aveva intuito Casriel (1972) durante la sua pratica clinica. Infatti, egli considera la BP particolarmente efficace nello smuovere i pazienti che non rispondevano all'analisi o alla psicoterapia classica, in particolare coloro che definisce "personalità caratteriali". L'esperienza del gruppo, alla luce dei risultati della presente ricerca, sembra effettivamente smuovere i partecipanti da uno stato umorale negativo e portarli verso stati affettivi più positivi e caratterizzati da maggior energia e vigore; in sintesi, porta maggiore apertura emotiva e, quindi, disponibilità relazionale, che può concretizzarsi anche in un percorso di psicoterapia individuale più proficuo. In quest'ottica, la BP sembra essere un valido metodo di psicoterapia per affrontare i cosiddetti "disturbi dell'umore" o per aiutare le persone, all'inizio del percorso di terapia, ad affrontare un tono dell'umore cronicamente depresso.

I risultati ottenuti sulle diverse scale del POMS possono essere interpretati anche come una riduzione dei sintomi emotivi associati a condizioni di disagio. Anche questo risultato sembra confermare quanto emerso da precedenti studi (Maertens, 2006; Fisseni et al., 2008).

I risultati ottenuti nell'analisi delle scale della DERS segnalano invece un miglioramento che interessa solamente la "DERS Totale" e il fattore "Difficoltà di distrazione". La seconda ipotesi (Hp. 2) viene confermata per quanto riguarda l'attesa di una migliore capacità regolazione emotiva, ma non si registrano né miglioramenti significativi nella consapevolezza, nel riconoscimento e nell'accettazione delle proprie emozioni, né la diminuzione delle condotte impulsive.

Allo stesso modo, dalle analisi svolte sulle scale dell'IIP-47 non emergono significatività se non per il fattore "Bisogno di approvazione sociale", che risulta diminuire a seguito dell'intervento, per quanto riguarda il "Gruppo classico". La terza ipotesi (Hp. 3) non è quindi confermata da i dati emersi dalla presente ricerca.

I risultati di queste ultime analisi, ad una più attenta revisione, non sono così inattesi. Infatti, sia la capacità di regolazione emotiva che il funzionamento interpersonale sono costrutti che descrivono elementi strutturali del funzionamento individuale. Per quanto riguarda la regolazione emotiva, Sighinolfi et al. (2010) parla di strategie, di modalità, quindi facendo riferimento a una capacità regolatoria che l'individuo possiede o deve far propria. In ogni caso, si tratta di un'abilità che viene acquisita nel tempo e che deve favorire una modulazione emozionale adattiva. Allo stesso modo, anche le dimensioni misurate dall'IIP-47 possono essere collocate a livello strutturale. Come affermato da Stauss ed Ellis (2007), il comportamento interpersonale, e quindi la sensibilità e l'ambivalenza, l'aggressività, il bisogno di approvazione e la mancanza di socievolezza che l'IIP-47 rileva, è strettamente connesso alle strutture intrapsichiche, con le quali si rinforza reciprocamente e dà vita a un ciclo interazionale. Le modifiche a livello del funzionamento interpersonale implicano, in questo modo, cambiamenti che coinvolgono le strutture intrapsichiche quali i pattern di relazione e di comportamento internalizzati, le rappresentazioni del bonding e dell'attaccamento, lo schema emozionale e gli atteggiamenti (Stauss ed Ellis, 2007). Come già largamente argomentato, queste strutture risultano però difficilmente modificabili. Alla luce di questi fatti, sarebbe improbabile registrare cambiamenti significativi a livello del funzionamento individuale a seguito di un unico gruppo di BP, in un così breve arco temporale.

Poiché altri studi in letteratura hanno rilevato l'effetto del gruppo di BP nel portare miglioramenti nel funzionamento interpersonale (Fisseni et al., 2008), è possibile dire che la struttura della presente ricerca è inadatta a cogliere le variazioni di questo

costrutto. Uno studio con questo obiettivo necessiterà di rilevazioni effettuate su un più lungo lasso di tempo, a seguito di ripetute e regolari esperienze di BP.

Per quanto riguarda la prima affermazione della quarta ipotesi (Hp. 4), ovvero l'aspettativa di una maggior efficacia del "Gruppo classico" rispetto al "Gruppo Covid", le analisi hanno dato risultati differenti a livello dello stato mentale ed emotivo, rispetto quelli che abbiamo definito elementi strutturali del funzionamento individuale e interpersonale. Infatti, l'intervento è risultato efficace per entrambi i gruppi nel portare cambiamenti positivi nello stato mentale ed emotivo (quindi nelle scale del POMS), mentre le uniche modificazioni significative registrate nelle scale della DERS e dell'IIP-47, quindi a livello del funzionamento, sono emerse dal "Gruppo classico". Questo indica che l'impossibilità di effettuare gli esercizi di vicinanza e di contatto, elemento che differenzia il "Gruppo Covid", non ha intaccato la capacità del gruppo di portare miglioramenti rispetto alle dimensioni affettive, del tono dell'umore e dell'energia. All'opposto, la possibilità di avere il contatto fisico sembra essere una variabile discriminante affinché avvengano alcuni immediati cambiamenti significativi anche a livello strutturale.

Al termine dello studio, sono state effettuate delle analisi esplorative "pre-post" dividendo il nostro campione tra soggetti alla prima partecipazione e coloro che avevano già fatto esperienza di BP per valutare il diverso impatto del gruppo su queste due popolazioni. Per quanto riguarda il POMS, i risultati ottenuti segnalano l'efficacia dell'intervento per entrambi i gruppi ad eccezione dei fattori di depressione e aggressività, che non riportano cambiamenti significativi nei partecipanti alla prima esperienza. Differenti sono i risultati della DERS, nella quale solamente negli individui alla prima partecipazione registrano miglioramenti sulla la scala totale. Infine, nell'IIP-47 le uniche modificazioni, che riguardano i fattori "Sensibilità Interpersonale" e "Ambivalenza Interpersonale", sono emerse tra chi ha già partecipato ad altri gruppi di BP.

Questi risultati, benché meno omogenei, segnalano che il gruppo di BP continua a essere efficace nel produrre miglioramenti dello stato emotivo e mentale anche a seguito di ripetute partecipazioni; anzi, dopo una prima esperienza di BP, il gruppo sembra riuscire a toccare stati affettivi e mentali che non sono stati significativamente influenzati alla prima partecipazione. Per quanto riguarda le scale dell'IIP-47, sembra

che solamente le persone con esperienza pregressa di BP possano riportare alcuni cambiamenti a livello del funzionamento interpersonale dopo un singolo gruppo residenziale. È possibile ipotizzare che solamente chi ha già sperimentato, in gruppi precedenti, cambiamenti a livello dei pattern relazionali e degli atteggiamenti disfunzionali riesca a riagganciare queste modificazioni o a mettere alla prova nuovi stili maggiormente funzionali nel corso della dinamica della BP. Resta da approfondire la maggior capacità di regolazione emotiva che sperimentano solamente gli individui alla prima partecipazione.

L'indagine condotta sulle percezioni di soddisfazione e di utilità della partecipazione all'esperienza di BP riporta risultati incoraggianti. I punteggi medi rispetto a queste dimensioni risultano molto elevati già nelle aspettative, in particolare per chi ha già partecipato ad un gruppo. Infatti, come emerge in Tabella 5.10, le percezioni di soddisfazione e utilità del gruppo, non solo sono molto elevate al termine del gruppo, ma rimangono tali nel tempo dopo l'esperienza. In ogni caso, a seguito della BP, sia coloro che hanno partecipato per la prima volta che i soggetti con esperienza pregressa risultano significativamente più soddisfatti rispetto alle aspettative. L'utilità percepita subisce un aumento rilevante solamente per il secondo gruppo. Anche i partecipanti al "Gruppo Covid" riportano cambiamenti positivi significativi della soddisfazione e nell'utilità nel corso del gruppo.

5.3. CONCLUSIONI

Il presente progetto di ricerca può essere considerato uno studio esplorativo sull'efficacia dell'intervento psicoterapeutico ed educativo tramite il metodo della Bonding Psychotherapy nel produrre immediati (quindi già al termine del gruppo residenziale) cambiamenti a livello dello stato mentale ed emotivo, della regolazione delle emozioni e del funzionamento interpersonale. Benché la BP si proponga di portare un cambiamento durevole nella vita delle persone, questa ricerca non è informativa della durata delle modificazioni che sono state riscontrate al termine dell'esperienza di gruppo.

È stato utilizzato il termine “esplorativo” poiché il nostro studio è andato ad indagare un campo, quello della BP, per molti versi ancora vergine e non toccato dalla ricerca. Si tratta di un ambito di studio promettente e innovativo che, senza dubbio, necessita di approfondimenti scientifici e, soprattutto, continuo aggiornamento. Inoltre, la presente ricerca diviene, per necessità legata all'emergenza COVID, esplorativa a causa della ridotta numerosità del campione. Le contingenze, che hanno portato queste difficoltà, non hanno impedito di rilevare risultati significativi e affidabili per quanto riguarda l'efficacia del gruppo di BP, mentre impongono ulteriori studi ed approfondimenti per quanto riguarda le differenze tra gruppi, tra “Gruppo classico” e “Gruppo Covid”, ma soprattutto tra i risultati ottenuti dai nuovi partecipanti e da quelli con esperienza. Quest'ultimo confronto, in particolare, sembra un ambito di indagine molto promettente.

I risultati della nostra ricerca evidenziano in modo importante quanto il cambiamento avvenga all'interno dei gruppi di BP, ma sono necessari ulteriori studi che indaghino la permanenza nel tempo di tale trasformazione. Questi dovranno svolgersi in un arco di tempo più esteso, individuando un campione di soggetti che regolarmente partecipano a sedute di BP. In questo modo sarà possibile valutare i cambiamenti persistenti che la BP può portare nella vita delle persone.

APPENDICE

	SODDISFACENTE	UTILE	POMS_T	POMS_D	POMS_A	POMS_V	POMS_S	POMS_C	Manc. Accettazione	Difficoltà Distrazione	Manc. Fiducia	Manc. Controllo	Diff. Riconoscimento	Ridotta Autoconsapevolezza	DERS Totale	Sens. Interp.	Ambiv. Interp.	Aggressività	Bisogno Approv. Sociale	Manc. Sociev.
SODDISFACENTE	1																			
UTILE	,921**	1																		
POMS_T	-0,053	-0,215	1																	
POMS_D	-0,333	-0,375	,680**	1																
POMS_A	-0,093	-0,198	,774**	,821**	1															
POMS_V	0,117	0,129	-0,298	-,588**	-,479**	1														
POMS_S	-0,299	-0,317	,741**	,827**	,844**	-,592**	1													
POMS_C	-0,381	-,427*	,684**	,844**	,811**	-,564**	,871**	1												
Mancanza Accettazione	-,451*	-,454*	0,128	0,214	0,063	0,012	0,192	0,358	1											
Difficoltà Distrazione	-0,284	-0,301	,476*	,616**	,492**	-,448*	,690**	,760**	,412*	1										
Mancanza Fiducia	-,432*	-,439*	,422*	,726**	,628**	-,491**	,616**	,713**	,570**	,606**	1									
Mancanza Controllo	-,400*	-,417*	0,310	,640**	,541**	-0,220	,592**	,691**	,649**	,623**	,740**	1								
Difficoltà Riconoscimento	-0,127	-0,031	0,200	-0,040	0,167	0,111	0,100	0,079	0,024	-0,089	0,222	-0,154	1							
Ridotta Autoconsapevolezza	0,016	0,088	0,157	-0,129	0,082	0,131	-0,091	0,041	-0,119	-0,148	-0,014	-0,287	,616**	1						
DERS Totale	-,496*	-,478*	,448*	,635**	,564**	-0,314	,623**	,762**	,752**	,713**	,911**	,826**	0,260	0,081	1					
Sensibilità Interpersonale	-0,272	-0,316	,474*	,508**	,457*	-0,159	,470*	,518**	,728**	,436*	,686**	,683**	0,076	-0,193	,739**	1				
Ambivalenza Interpersonale	-0,136	-0,151	0,108	0,014	0,022	0,270	0,088	0,192	,638**	0,344	0,295	,525**	0,004	-0,154	,497**	,554**	1			
Aggressività	-,433*	-,494*	-0,015	0,304	0,345	-0,264	0,353	,454*	,383*	0,330	,437*	,578**	-0,046	-0,268	,467*	0,338	,406*	1		
Bisogno Approvazione Sociale	-0,113	-0,038	0,334	0,139	0,086	0,023	0,176	0,174	,464*	0,342	,462*	0,228	,433*	0,203	,539**	,595**	0,345	-0,200	1	
Mancanza Socievolezza	-0,366	-,392*	0,215	-0,132	-0,034	0,138	0,011	-0,014	0,300	0,207	0,229	-0,015	,455*	0,261	0,307	0,234	0,331	0,102	,527**	1

Tabella 5.15 | Correlazioni di Pearson tra tutte

BIBLIOGRAFIA

- Ammaniti, M., & Gallese, V. (2014). *La nascita dell'intersoggettività. Lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia*. Milano: Raffaello Cortina.*
- Beldoch, M., & Davitz, J. R. (1964). *The communication of emotional meaning*. New York: McGraw-Hill.*
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol I. Attachment*. London: Hogart Press Institute of Psychoanalysis.*
- Bowlby, J. (1988). *Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.*
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the society for research in child development*, 3-35.*
- Brocchini, L. (2020). *Il movimento espressivo nella Bonding Psychotherapy*. Manoscritto inedito, ultima modifica febbraio 2020.
- Buber, M. (1923). *L'io e il Tu*. Tr. it. In *Il principio dialogico*. Milano: Edizioni di Comunità.*
- Casriel, D. (1972). *A scream away from happiness*. New York: Grosset & Dunlap.
- Codagnone, C., Lupiañez-Villanueva, F., Liva, G., Folkvord, F., Bogliacino, F., Charris, R., Gómez, C., Montealegre, F., Veltri, G. (2020). Study on the effects of COVID 19 and lockdown in Italy, Spain, and United Kingdom. First wave. Open Evidence. Reperibile al sito web: <https://open-evidence.com/wp-content/uploads/2020/05/20-05-10-COVID19-Open-Evidence-1-wave-EN.pdf>
- De Bortoli, G. (2014). *Riflessioni sul laboratorio alla scuola media di Cona*. Manoscritto inedito, ultima modifica maggio 2014.
- De Klerk-Roscam Abbing, J. (1994). De Casrielmethode. In: T. J. C. Berk et al., *Handboek groepspsychotherapie M4.1-M4*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.*

- Ekman, P., & Friesen, W. V., Ellsworth, P. (1972). *Emotion in the human face*. New York: Pergamon Press.*
- Ekman, P. (2004). *Emotions Revealed: Understanding Faces and Feelings*. London: Orion.*
- Farnè, M., Sebellico, A., Gnugnoli, D., & Corallo, A. (1991). *POMS. Profile of Mood States: Adattamento italiano*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Fisseni, G., Stauss, K., von Wahlert, J., Mestel, R. (2008). *Geïntegreerde bondingpsychotherapie*. Presentazione Giornata di studio dell'Associazione per la psicoterapia del legame Anversa, marzo 2008.*
- Fonagy, P., Moran, G. S., Edgumbe, R., Kennedy, H., & Target, M. (1993). The roles of mental representations and mental processes in therapeutic action. *The Psychoanalytic Study of the Child Volume 48*, 9-48.*
- Freud, S. (1899). *L'interpretazione dei sogni*. Opere, Vol. III. Torino: Bollati Boringhieri.*
- Freud, S. (1920). *Al di là del principio di piacere*. Opere, Vol. IX. Torino: Bollati Boringhieri.*
- Freud, S. (1925). *Inibizione, sintomo e angoscia*. Opere, Vol. X. Torino: Bollati Boringhieri.*
- Galimberti, U. (2018). *Nuovo Dizionario di Psicologia*. Milano: Feltrinelli.
- Gallagher, S., Zahavi, D. (2009). *La mente fenomenologica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Geerlings, P., & De Klerk-Roscam Abbing, J. (1985). Cathartische activerende, psychodynamische groepstherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie. Jaargang 11*, 1-19.*
- Goleman, D. (1995). *Intelligenza emotiva*. Milano: Rizzoli.*
- Goleman, D. (2006). *Social Intelligence: the new science of human relationship*. New York: Bantam Dell.*

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 41-54.*
- Grawe, K. (1998). *Psychologische therapie*. Hogrefe, Verlag für Psychologie. *
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe Verlag.*
- Greenberg, L. S., Rice, L., & Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change: A process experiential approach*. New York: Guilford.*
- Heiddeger, M. (1929). *Che cos'è la metafisica?*. Segnavia. Milano: Adelphi.*
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer. B. A., Ureno, G., & Villasenor. V. S. (1988). Inventory of Interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.*
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 549.*
- Jaspers, K. (1919). *Psicologia delle visioni del mondo*. Roma: Astrolabio.*
- Johnson-Laird P.N. & Oatley, K. (1992). Basic emotions, rationality, and folk theory. *Cognition and Emotion*, 6, 201-23.*
- Johnson, S. C. (2000). The recognition of mentalistic agents in infancy. *Trends in Cognitive Science*, 4, 22-28.*
- Kats, S. (2004). Evaluatie ambulante Bonding psychotherapie groepen. *Presentation, Dept. of Psychiatry, Faculty of Medicine*.*
- Khan, M. M. R. (1963). The concept of cumulative trauma. *The psychoanalytic study of the child*, 18(1), 286-306.*
- Kooyman, M., Olij, R. J. B., & Storm, R. A. (2014). Bonding psychotherapy: An effective group psychotherapy method to improve dysfunctional attachment styles. *International Journal of Psychotherapy*, 18, 43-56.

- Lacan, J. (1953). *Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi*. Scritti, Vol. I. Torino: Einaudi.*
- Lacan, J. (1966). *Psychanalyse et médecine*. Cahier du Collège de Médecine, 12.*
- Le Doux, J. (1996). *The Emotional Brain*. New York: Simon and Schuster.*
- Leijessen, M (1996). Characteristics of a healing inner relationship. In: R. Hutterer et al. (Hrsg.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion*. Frankfurt am Main: Peter Lang*
- Lowen, A. (1989). Bioenergetic analysis. *Current psychotherapies*, 572-583.
- Lowen, A., & Lowen, L. (1977). *Espansione e integrazione del corpo in Bioenergetica*. Roma: Astrolabio.
- Main, M., & Main, M. B. (2008). *L'attaccamento: dal comportamento alla rappresentazione*. Milano: Raffaello Cortina.*
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121-160.*
- Maertens, J. (2006). *Invloed van bondingpsychotherapie op gehechtheidsstijl bij volwassenen*. Tesi finale. Gruppo di ricerca Psicoterapia e Psicologia del profondo, Facoltà di Psicologia e Scienze dell'Educazione. Università di Leuven.*
- Maslow, A. H. (2010). *Motivazione e personalità*. Roma: Armando editore.*
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Services.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenologia della percezione*. Tr. it. Milano: Il Saggiatore.*
- Moreno, J. L. (1939). Psychodramatic shock therapy a sociometric approach to the problem of mental disorders. *Sociometry*, 1-30.*

- Padrini, F., Lucheroni, M. T., & Bruttomesso, G. (2011). *Bioenergetica. La disciplina che libera energie profonde*. Milano: RED Edizioni.
- Pilkonis, P. A., Kim, Y., Proietti, J. M., & Barkham, M. (1996). Scale for personality disorders developed from the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Disorders, 10*, 355-369.
- Plutchik, R. (2002). *Emotions and Life: Perspectives from psychology, biology, and evolution*. Washington: American Psychological Association.*
- Ricci Bitti, P. E., Argyle, M., & Giovannini, D. (1979). Emotional arousal and gestures. *Italian Journal of Psychology, 6*(1), 59-67.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive brain research, 3*(2), 131-141.*
- Siegel, D. J. (2012). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza Interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.*
- Sighinolfi, C., Pala, A. N., Chiri, L. R., Marchetti, I., & Sica, C. (2010). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Traduzione e adattamento italiano. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale, 16*, 141-70.
- Stadtmüller, G., & Gordon, J. A. (2011). The Biological Correlates of Emotions. *International Journal of Psychotherapy, 15*(3), 6-24.
- Stanghellini, G (2017). *Noi siamo un dialogo. Antropologia, psicopatologia, cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stauss, K., & Ellis, F., W. (2007). *Bonding psychotherapy, Theoretical Foundations and Methods*. International Society for Bonding Psychotherapy.
- Steffanowski, A., Oppl, M., Meyerberg, J., Schmidt, J., Wittmann, W. W., & Nübling, R. (2001). Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen version des relationship scales questionnaire (RSQ). *Störungsspezifische Therapieansätze in der stationären Psychotherapie. Giessen: Psychosozial Verlag, 320-42*.*
- Stern, D. N. (2004). *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Tr. It. Milano: Raffaello Cortina.*

- Tomkins, S.S. (1962). *Affect, imagery, consciousness*. New York: Springer.*
- Treccani (2020). *Desiderio*. Reperibile al sito web:
[https://www.treccani.it/enciclopedia/desiderio_\(Universo-del-Corpo\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/desiderio_(Universo-del-Corpo)/)
- Trevarthen, C. (2009). The intersubjective psychobiology of human meaning: learning of culture depends on interest for co-operative practical work-and affection for the joyful art of good company. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 507-518.*
- Ubbiali, A., Chiorri, C., Donati D. (2011). The Italian version of the Inventory of Interpersonal Problems Personality Disorders Scales (IIP-47): psychometric properties and clinical usefulness as a screening measure. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 528-541.
- Veglia, F. (1999). *Storie di Vita. Narrazione e cura in psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Yalom, I. (2005). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Torino: Bollati Boringhieri.

RINGRAZIAMENTI

Cinque anni fa circa cominciai il mio percorso universitario di formazione in psicologia e, nello stesso periodo, iniziai a partecipare ad alcuni gruppi BP, tenuti dal CeIS di Belluno. Da quella prima partecipazione, nel gennaio 2016, la grande famiglia della BP (solo così posso definirla) è diventata per me una seconda casa. Inoltre, ora posso dirlo, l'esperienza dei gruppi mi ha cambiato la vita e mi ha fatto appassionare ancor di più alle persone, alla psicologia e a questo metodo di lavoro.

Per questo, al termine del mio percorso di studi universitari, ho deciso di farne oggetto della mia tesi di laurea, che voglio dedicare a tutte le persone che, in questi anni, ho incontrato nel mondo della Bonding Psychotherapy. In modo particolare, voglio ringraziare Gigetto De Bortoli, per la sua fiducia e per il costante supporto nella stesura di questo elaborato, e Marisa Bergantin De Marchi, per tutti i momenti condivisi in questi ultimi cinque anni. Un sentito ringraziamento va anche a Daniele Furlan, per l'aiuto e l'incoraggiamento nel portare avanti il progetto di ricerca, oltre che per l'entusiasmo con cui, pure lui, si è buttato in questo mondo, e Lorenzo Brocchini, che dalle Marche mi ha fornito del materiale prezioso per la scrittura.

Inoltre, al termine di questo mio lavoro di tesi, ci tengo a ringraziare la Prof. Silvia Salcuni, per la sua fiducia e disponibilità e perché è per me un esempio.

In questo momento importante, il pensiero va anche a chi, in questi anni, c'è sempre stato. Ringrazio la mia famiglia, mamma Emanuela e papà Agostino, per avermi permesso di intraprendere questa strada e per la loro presenza sicura, e i miei fratelli, per aver sempre sdrammatizzato la serietà dei miei studi. Voglio dire grazie anche a tutti i parenti che, in modi e momenti diversi, mi sono stati vicini nel mio percorso universitario. Una menzione speciale per la zia Pia è doverosa, dal momento che mi ha spesso e volentieri ospitato e nutrito durante le preparazioni degli esami e di questa tesi di laurea.

Infine, un grande grazie agli amici che hanno condiviso con me gli anni dell'università e a quelli che ci sono da una vita. In particolare, ho piacere di nominare qui i miei coinquilini Michele, Kevin, Marco e Francesco e tutti i compagni del corso di laurea, con i quali ho vissuto la mia quotidianità padovana.