

S.I.Psi.
SOCIETÀ ITALIANA DI
PSICOLOGIA E PSICHIATRIA



BOLLETTINO TRIMESTRALE

**S.I.PSI.
SOCIETÀ ITALIANA DI
PSICOLOGIA E PSICHIATRIA**

PRESIDENTE
Ilario Mammone

VICEPRESIDENTE
Désirée Harnic

SEGRETARIO
Filippo Madau

CONSIGLIERI NAZIONALI
Andrea Carrozzini
Angela D'Addario
Lorenzo Flori
Désirée Harnic
Claudia Iacobacci

UFFICI DELLA PRESIDENZA NAZIONALE
E SEDE LEGALE:
Via Fasana 21, Roma, 00195
C.F. 91104200406

CONTATTI:
☎ 0696520457
✉ info.sipsi@gmail.com
🌐 www.societaitalianadipsicologiaepsiatria.it
📘 www.facebook.com/sipsionline

CONTENUTI

Il fattore aspecifico della relazione in terapia e l'analisi transazionale classica (seconda parte) <i>di Fabio Caltagirone</i>	2
La paura di ingrassare <i>di Claudia Minenna</i>	3
Il cambiamento in AT: uscita dal Copione di vita <i>di Virginia Marella</i>	4
Sogni e psicofarmaci <i>di Désirée Harnic</i>	5
Come capire e affrontare l'ansia <i>di Maria Laura Familiari</i>	6

**IL FATTORE ASPECIFICO DELLA RELAZIONE IN TERAPIA E
L'ANALISI TRANSAZIONALE CLASSICA**

F. Caltagirone

Nello scorso numero si è vista l'importanza della relazione terapeutica per avviare un processo di cambiamento nel cliente. Ma come può essere anche terapeutica? Perché lo sia bisogna usarla in modo sistematico. **In Analisi Transazionale (AT) ci aiutiamo a comprendere la relazione e cosa accade in essa ragionando in termini di Stati dell'Io (SDI).**

Gli SDI (vedi figura) sono la metafora che l'AT usa per raffigurare il Sé. Non sono costrutti teorici, ma **fenomeni ben visibili attraverso il comportamento verbale, e non, degli individui.** Ciascuno di noi passa da uno SDI all'altro a seconda della situazione. Il problema si verifica quando si è in uno SDI diverso da quello che sarebbe funzionale al momento. Ciascuno di essi è infatti **un insieme di comportamenti, pensieri ed emozioni tra loro collegati**, rappresentando una parte del Sé. Una personalità sana ed equilibrata ha bisogno di tutti gli SDI. Patologie e disagi provengono da "contaminazioni" ed "esclusioni" di SDI.

Attraverso la relazione terapeutica il professionista è in grado di analizzare le transazioni fra sé e il cliente, verificando in quali SDI si posiziona e in quali si trova esso stesso sollecitato: in una **transazione** (scambio relazionale) se un individuo si pone su uno SDI stimola l'interlocutore su quello complementare. Quindi se io mi propongo a partire dal mio G ("devi fare così") è molto probabile che l'altro mi risponda dal B ubbidendo o ribellandosi ("va bene se è ciò

che tu desideri" o "siccome lo desideri non lo farò"). Lo stesso funziona al contrario: se mi pongo sul B ("ho bisogno d'aiuto, da solo non ce la faccio") è facile che il mio interlocutore mi risponda dal G ("Io farò io per te", o "non sei capace..."). Se invece mi pongo sull'A ("come ritieni che si debba fare?") è più probabile che chi ho davanti mi risponda dallo stesso SDI ("ritengo che questo sia il modo giusto per me"). Ciò è di per sé terapeutico.

Se il professionista è conscio degli SDI attivati nel cliente e in sé, può sollecitare quelli più carenti. Normalmente il terapeuta si pone sull'Adulto e rifiuta gli inviti del cliente a passare in altri SDI, insistendo a stimolarlo sull'A. A volte però è necessario rassicurare o dare permessi, passando quindi sul G, altre volte è proprio buono lasciar giocare il B del cliente rimanendo su transazioni da B a B, ma solo sotto la vigile presenza dell'A del terapeuta. Il cliente che fa esercizio di dare energia agli SDI carenti, tenderà a usarli di più.



LA PAURA DI INGRASSARE C. Minenna

La **paura di ingrassare** è una problematica piuttosto seria che accomuna molta gente, non solo le donne, come solitamente si tende a pensare. Questo tipo di paura, **rappresenta un disagio sia fisico che mentale molto forte**. Coloro che la vivono, spesso, cercano di domarla da soli, convinti che prima o poi possa andare via; ma, in realtà, più non se ne parla e più questa sofferenza resta irrisolta, sottoforma di pensiero intrusivo e invalidante. In questo stato di sofferenza la persona mette in atto, inconsapevolmente, una serie di comportamenti compulsivi, tra cui quello di controllare costantemente il peso sulla bilancia o di guardarsi allo specchio anche trenta volte al giorno.

Il controllo del corpo (in inglese *body checking*) **diviene l'unica spinta motivazionale ad andare avanti**, in questo scenario di profonda tristezza. Il corpo, percepito come magro o grasso, viene investito simbolicamente dalla mente come “corpo in grado di poter stare in mezzo alla gente oppure no”. Questo tipo di autovalutazione ha una ricaduta sul tono dell'umore: possiamo imbatteci in un umore sereno oppure deflesso.

La persona che vive questo tipo di paura legata alla corporeità (ovvero come corpo inadatto, quindi, inaccettabile), inizia a mangiare meno e/o a mangiare male: inizia a seguire una “dieta fai da te” molto restrittiva o a centellinare ogni cosa fino a che diventi un'ossessione. In questo meccanismo di privazione del cibo – quello considerato come deleterio – il pensiero del cibo e di cosa mangiare diventa, in

realtà, martellante. Ma la cosa più grave è che si inizia improvvisamente rischiando, nell'80% dei casi, di sconfinare in una spirale di sofferenza, dolore e traguardi (quando si raggiunge un calo ponderale), che celano la paura costante di riprendere peso.

Ogni caso è a sé, alcuni scivolano gradatamente nella spirale dolorosa dell'anoressia nervosa, alcuni nella bulimia nervosa, altri nell'anoressia con episodi di abbuffata bulimica periodici, altri ancora - nei casi meno gravi - seguono una dieta yoyo (in modo altalenante passano dalla perdita di peso all'acquisto di peso).

In tutti questi casi gli ausili terapeutici – **psicoterapia, farmacoterapia ed educazione alimentare** – divengono **necessari e indispensabili**, affinché l'individuo non possa più percepirsi solo nel proprio dolore ma possa sentirsi accolto e aiutato in questa dura lotta alla vita attraverso il raggiungimento di un adeguato equilibrio interiore.



IL CAMBIAMENTO IN AT: USCITA DAL COPIONE DI VITA V. Marella

L'Analisi Transazionale è una teoria psicologica e sociale elaborata originariamente da E. Berne, che ha come finalità la crescita e il cambiamento della persona.

In particolare l'AT offre una Teoria dello sviluppo infantile dove il concetto di **“Copione di vita”** e l'uscita dal Copione di Vita rappresentano il punto nodale del cambiamento.

Il Copione di vita di una persona, o semplicemente **Copione**, è il “piano di vita” della persona, basato sulle decisioni fondamentali cognitivo-emotive prese nell'infanzia su di sé, sugli altri, su come sarà la propria vita e che limitano in qualche modo la possibilità di essere felice, autonomo, consapevole, intimo e flessibile.

E. Berne in “Ciao e Poi” (1972) definisce il Copione come: **«un piano di vita basato su una decisione presa nell'infanzia, rinforzata dai genitori, giustificata dagli eventi successivi e culminante in una scelta decisiva»**.

E. Berne afferma che il cambiamento della persona consiste nell'uscita dal copione; tre risultano essere le possibilità di cambiamento del copione: la psicoterapia, il destino (o caso) e la forza dell'amore (Phisis).

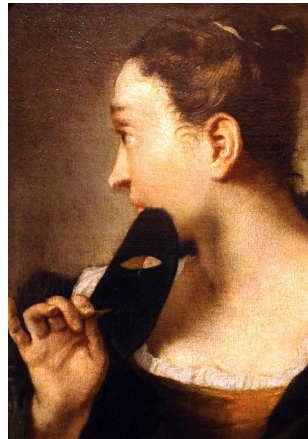
Secondo l'Autore nella cura psicoterapeutica dell'AT l'uscita del Copione si realizza quando l'individuo recupera la propria **Autonomia**; E. Berne non ha mai presentato la definizione di questo termine ma ha scritto che: *«l'autonomia si conquista quando si liberano o si recuperano 3 capacità: consapevolezza, spontaneità ed intimità»*.

La consapevolezza è la capacità di essere in contatto con il presente senza filtrarlo attraverso le esperienze passate.

La spontaneità è la capacità di reagire in modo libero scegliendo tra tutta la gamma di sensazioni, pensieri e comportamenti senza costrizioni, senza cancellare parti della realtà o reinterpretarle.

L'intimità è la capacità di condividere liberamente le emozioni, i pensieri e i comportamenti con un'altra persona. Ciò significa essere in grado di creare legami dando e ricevendo affetto ed esprimendo le emozioni in modo autentico.

L'appropriarsi di queste tre capacità riassume il cambiamento ovvero, la persona si costituisce **Autonoma** e dunque in grado di comportarsi, sentire e pensare in risposta alla realtà del qui ed ora senza lasciarsi influenzare dalle convinzioni del copione.



SOGNI E PSICOFARMACI

D. Harnic

«Le ideologie ci separano, i sogni e le angosce ci riuniscono»

Eugen Ionescu

Uno degli interrogativi che di sovente sollevano i pazienti è il rapporto tra psicofarmaci e sogni. Le prime scoperte neurofisiologiche identificano il sonno REM (Rapid Eyes Movements) e NREM (Non-Rem). Le strutture anatomiche del cervello coinvolte sono quelle impegnate nelle funzioni delle emozioni e della memoria. Scoperte più recenti hanno appurato che una certa attività onirica esiste anche in fase NREM (Marzi, 2005). Le **fasi** del sonno che avvengono prima dello stadio REM sono **quattro** (4). **Poi inizia la fase del sogno o sonno REM.** In questa fase i muscoli delle gambe e delle braccia sono come paralizzati. Alcuni scienziati ipotizzano che questo sia un modo naturale per proteggerci dalle azioni dei nostri sogni. **Un ciclo completo di sonno dura circa 90-100 minuti e si verifica da 3 a 5 volte per notte.** Va rimarcato anche uno studio indiano molto interessante (Ravinder et al., 2000) dal quale è emerso che i sogni dei pazienti erano differenti dai controlli sani. Il campione sano sognava eventi di vita quotidiana, del presente; i pazienti incubi, sogni ricorrenti, visione di serpenti e tutti iniziavano con tempi assai più precoci rispetto all'esordio della malattia. Altro interessante dato era che i sogni risultavano soppressi nel 78% dei pazienti durante e dopo la somministrazione di una psicofarmacoterapia (Ravinder et al., 2000).

Le benzodiazepine hanno l'effetto di aumentare la durata del sonno tramite un aumento del sonno leggero e quello pro-

fondo NREM, riducendo il tempo di latenza dell'addormentamento e il sonno REM (Spiaggiari, 2009). Uno tra i primi articoli in letteratura sottolinea (Strayhorn, Nash, 1978) che chi assume antidepressivi triciclici e antipsicotici atipici dichiara una maggior frequenza di incubi ricorrenti. Gli antidepressivi come l'imipramina, la clomipramina e la fluoxetina riducono la fase REM e quindi sopprimono la capacità di sognare (Kaplan, Sadok, 1998). Secondo alcune fonti contemporanee (Riza.it, 2011), i moderni serotoninergici, cambiando la composizione biochimica delle terminazioni nervose neuronali e aumentando la ricaptazione di serotonina, possono addirittura incrementare il numero dei sogni. Invece alcuni antipsicotici come la tioridazina o l'aloiperidolo possono anch'essi sopprimere la fase REM. Circa il 18% dei pazienti non ha riportato assenza di sogni (Dillard et al., 1993). In conclusione vi sono numerosi studi sul sonno, pochi sui sogni e, ad oggi, ancor meno quelli sull'effetto degli psicofarmaci sui sogni.



COME CAPIRE E AFFRONTARE L'ANSIA M.L. Familiari

Le 5 domande da porsi per uscire dal processo di ansia

La parola “ansia” deriva dal latino *anxius*, affannoso, inquieto, che deriva a sua volta dal verbo *angere* che significa stringere, soffocare.

Esaminando la condizione di ansia si può osservare come questa sembri un'entità concreta, simile a una malattia, che può piombare su di noi contro la nostra volontà, rendendoci impotenti, succubi, confusi. In realtà, l'ansia non esiste come entità in sé: essa è prima di tutto un segnale che indica che qualcosa non sta andando per il verso giusto.

È essenziale, quindi, capire il processo attraverso il quale giungiamo a provare ansia, al fine di riappropriarsi del proprio sentire.

Per fare ciò, è utile porsi alcune domande:

1) Provo ansia *in relazione a quale evento?*

2) Quali sono *i pensieri in relazione a questo evento?* Sono logici e coerenti con i dati di realtà o stiamo immaginando conseguenze catastrofiche?

3) Qual è *l'emozione* che proviamo in relazione a questo evento? C'è sempre un'emozione sottostante, ed è importante riconoscerla e ascoltarla. Ad esempio, se si prova *tristezza*, non ignorarla – distraendosi – ma porsi in ascolto per prendersi cura del dolore. Se l'emozione che si prova è, invece, *la rabbia*, domandarsi cosa è successo per cui ci si sente arrabbiati, non reprimendola, ma esprimendola con assertività e rispetto dell'altro. Se l'emozione predominante è *la paura*, bisogna considerare che è normale

in alcune circostanze della vita essere spaventati, per cui abbiamo bisogno di cercare rassicurazione e sostegno.

4) Sono nel qui e ora o sto vagando tra futuro e presente? A volte proviamo a prevedere il futuro o a cambiare nella fantasia il passato per ipotizzare situazioni ipotetiche e alternative. È così che inizia un processo tipico nell'ansia: la rimuginazione. È invece utile sottolineare che si è in grado di agire e avere un certo grado di controllo soltanto sul presente, il qui e ora: è importante realizzare cosa è in nostro potere oggi, per risolvere la situazione problematica e agire a tale scopo, e cosa non lo è, accettando il dispiacere che ciò comporta.

5) Sto trascurando un obiettivo o un bisogno importante per me? L'ansia spesso segnala che si stanno trascurando scelte e opportunità rilevanti. È giusto soffermarsi e orientarsi verso ciò di cui si ha bisogno piuttosto che ignorarlo.

Ascoltare se stessi, prendere consapevolezza di cosa sta succedendo dentro di Sé, capire quali sono le emozioni coinvolte sotto lo stato di impotenza e confusione determinati dall'ansia, sono modi per uscire dal blocco psicofisico che si esperisce quando si è nel processo tipico dell'ansia.



**«Punto focale è l'individuo, non il problema.
Lo scopo non è quello di risolvere un problema particolare,
ma di aiutare l'individuo a crescere perché possa affrontare
sia il problema attuale, sia quelli successivi
in maniera più integrata»
Carl Rogers**

La **S.I.Psi.** si propone, integrando le scienze psicologiche e psichiatriche, di segnare un profondo cambiamento nella sfera della prevenzione, diagnosi e indicazione alla cura degli individui.

Generalmente e storicamente separate e contrapposte, la psicologia e la psichiatria perseguono entrambe il benessere dell'individuo, che rimane uno e non può essere semplicemente scisso nelle sue componenti neurobiologiche e psicologiche.

Obiettivo prioritario della S.I.Psi. è quindi quello di **favorire un confronto aperto e una ricerca cooperativa e non competitiva tra discipline** sempre più complementari attraverso uno scambio e un aggiornamento costante che integri il pensiero e il lavoro di specialisti psicologi e psichiatri.

Di fondamentale importanza per S.I.Psi. è il lavoro con l'utenza: **divulgare le *good clinical practice*** (buone prassi) e **promuovere la salute mentale**, informando i non addetti ai lavori, gli utenti e i familiari sulle possibili tipologie di "cura della psiche" e di prevenzione del disagio psicologico esistenti.