



# NEO FUNZIONALISMO E SCIENZE INTEGRATE



*nuove frontiere di cura, prevenzione e benessere*

*Psicologia e Medicina*

**SEF**

Scuola Europea  
di Psicoterapia  
Funzionale

**SIF**

Società Italiana  
di Psicoterapia  
Funzionale

RIVISTA TELEMATICA  
N.4 - DIC 2016

# Sommario



## RUBRICA

### Editoriale

Il Direttore Racconta  
*di Luciano Rispoli*

1

## RUBRICA

### Le nuove frontiere del Funzionalismo

L'importanza dell'unitarietà mente-corpo  
*di Luciano Rispoli*

3

## RUBRICA

### Le ricerche del Funzionalismo

La Psicoterapia Funzionale come metodo per affrontare l'Acufene  
*di Oscar Bernardi e Monica Tratzi*

6

## RUBRICA

### Psicoterapia

Intervistiamo il Professore Girolamo Lo Verso

14

## RUBRICA

### Le ricerche del Funzionalismo

Il Neo-Funzionalismo: un approccio Psicologico Integrato in Oncologia  
*di Chiara Pizzarelli, Francesca Bernardini e Chiara Dalle Luche*

18

## RUBRICA

### Stress, Salute e Benessere

Psicoterapia Funzionale e Pnei  
*di Alessandro Arrigo*

25

## RUBRICA

### Funzionalismo e attualità

Demenza di Alzheimer  
*di Cinzia Simona Cavalieri*

32

## NEO FUNZIONALISMO E SCIENZE INTEGRATE

*nuove frontiere di cura, prevenzione,  
benessere nell'individuo e nella società*

**SEF RIVISTA** - Rivista semestrale  
della Scuola Europea di Psicoterapia  
Funzionale

### SEDI

Napoli, Catania, Firenze, Padova,  
Roma, Benevento, Brescia, Palermo,  
Trieste, Lecce

### DIRETTORE SCIENTIFICO

Luciano Rispoli

### DIRETTORE RESPONSABILE

Fabrizio Masucci

### COMITATO SCIENTIFICO

Alessandro Bianchi, Paola Bovo,  
Paola Fecarotta, Giuseppe Rizzi

### REDAZIONE

Paola De Vita, M. Nadia Lucci

### Hanno collaborato per la

#### Redazione:

C. Cavalieri, O. Bernardi, M. Tratzi, C.  
Pizzarelli, F. Bernardini, C. Dalle  
Luche, A. Arrigo

### BLOGGING

Massimo Petrucci, Claudia  
Sciacchitano

### PER INFORMAZIONI

SEF - Via del Parco Comola Ricci 41  
80122 - Napoli

info@psicologiafunzionale.it

Tel. +39 081 0322195

www.psicologiafunzionale.it

### REGISTRAZIONE

Autorizzazione Tribunale di Napoli n.  
29/2012 del 23/05/2012

## Il Direttore racconta

Luciano  
Rispoli

Man mano che procedono le scoperte nei campi della neuroendocrinologia, delle neuroscienze (neuroni-specchio, neuroimaging), nelle ricerche su malattie e sistema immunitario, negli studi sul microbiota intestinale e la sua importante influenza sul sistema immunitario e sulla nostra salute, nonché quelle più recenti sulla psicoterapia, appare sempre più chiaro un convergere verso le stesse concezioni da parte di varie discipline, da differenti punti di vista: concezioni che io definirei punti di non ritorno, cioè livelli di conoscenza avanzati su cui non ci possono essere più dubbi, e che non potranno essere facilmente abbandonati, in quanto le ricerche nei vari campi stanno ricevendo continue conferme le une dalle altre.

E sempre di più si avvicina la realizzazione di un “sogno” che personalmente ho sempre cullato e che oggi il Neo-Funzionalismo permette di intravedere finalmente in una sua concreta possibile attuazione: il sogno di una modalità di cura realmente *integrata* per la salute degli esseri umani, e ancora di più, per un benessere pieno e profondo.

E’ un sogno che ci deve vedere tutti impegnati, e sempre più pronti ad unire sforzi ed obiettivi per la sua realizzazione.

Ma ci sono ancora difficoltà e impedimenti, oltre al rischio che ci si muova verso tentativi di integrazioni di cura con modalità non scientifiche e poco chiare. Ancora oggi, infatti, regna una notevole confusione rispetto a cosa sia veramente utile per la nostra salute: le cure con farmaci tradizionali vengono sempre più viste con un certo allarme per i loro effetti collaterali, e le cure alternative dilagano ma proponendo in modo caotico miriadi di prodotti fitoterapici o integratori di vario tipo, nonché tecniche di rilassamento, tecniche di intervento corporeo, massaggi di ogni tipo; e, non per ultime, metodologie di psicoterapia che sono troppo differenti e separate tra di loro.

Fondatore della psicologia Funzionale e del suo modello integrato di psicoterapia. Fondatore della Scuola Europea di Formazione in Psicoterapia Funzionale (SEF), della Società Italiana di Psicoterapia Funzionale (SIF) e della EIPF. Membro attivo sin dall’inizio di Organizzazioni Internazionali della Psicoterapia: già Presidente della Società Italiana di Psicoterapia e Psicologia Clinica. Membro onorario dell’EABP, membro fondatore del CSITP. Presidente onorario della Associazione Italiana per la Psicoterapia Corporea (AIPC). Dirige per Alpes Italia la collana “Il Neofunzionalismo” dove sono già stati pubblicati vari volumi. Ha scritto 22 libri, ha partecipato a 21 libri e ha pubblicato oltre 150 articoli in Italia e all’estero.

E' importante, dunque, cominciare a far luce su questa situazione magmatica e non chiara: per poter arrivare finalmente a una vera cooperazione tra le varie metodiche: mediche, psicologiche, sull'alimentazione, alternative.

Perciò in questo nuovo numero della rivista vogliamo proseguire il discorso iniziato nel numero precedente: trovare sempre più connessioni tra le discipline mediche e quelle psicologiche, ma senza suddividerle più in metodologie oggettivistiche/organicistiche e metodologie soggettivistiche relative solo ai vissuti.

Il Neo-Funzionalismo propone una *visione integrata* sia della persona sia delle modalità di cura (nonché di prevenzione), cercando di unire e integrare i punti di vista e le metodiche, non per appiattirle in modo omogeneo, ma per renderle realmente interattive. Oggi abbiamo sempre più bisogno di un quadro teorico di riferimento rinnovato, più ampio, che abbracci i funzionamenti dell'essere umano su più livelli, sia psichici che corporei.

Naturalmente le ricadute di queste visioni più avanzate sulla psicoterapia sono molto dense di risvolti. Le risposte che il professor Lo Verso ci dà a tal proposito sono illuminanti.

Dal canto suo, la psicoterapia Funzionale approfondisce da tempo sia le complesse interazioni tra i vari Sistemi Integrati (nervoso centrale, neurovegetativo, cognitivo, emotivo, endocrino, immunitario e senso—motorio) sia le modalità con cui intervenire sinergicamente su di essi (interventi non solo verbali e non solo cognitivi); modalità che sono precise e ben determinate al fine di procedere nelle direzioni giuste e feconde.

Indubbiamente ancora molto cammino deve essere fatto nella direzione di una cura integrata per la salute e il benessere più in generale, ma molto è già stato realizzato.

In questo numero della nostra rivista, perciò, vogliamo presentare punti di vista che ci facciano avanzare ulteriormente in questa direzione; ma anche i risultati molto incoraggianti delle nostre ricerche sugli effetti della psicoterapia Funzionale (a fianco della medicina) nella cura di patologie importanti; interventi che agiscono su vari livelli psico-corporei del Sé rendendo più efficace la risoluzione dei disturbi, e la ripresa dei pazienti anche dopo i trattamenti chirurgici e farmacologici.

# Le nuove frontiere del Funzionalismo

## L'importanza dell'unitarietà mente-corpo

Convegno: “La Psiconeuroendocrinoimmunologia per il rinnovamento della Psichiatria e della Psicoterapia”

di Luciano Rispoli, Fondatore della Scuola Europea di Formazione in Psicoterapia Funzionale

La sensazione che maggiormente girava nel Convegno della *Società di Psiconeuroendocrinoimmunologia* a Firenze nello scorso ottobre (a parte alcune eccezioni) era di potersi riconoscere negli interventi degli altri, di poterli condividere, di essere all'interno di un modo di pensare che poteva essere comune, un modo di pensare che sembra destinato a creare un importante e solido network.

Questa stessa intensa e gratificante sensazione era stata presente in modo molto chiaro e forte nei



primi due Congressi del Neo-Funzionalismo:

forse lì con una maggiore sfumatura di qualcosa che era all'avanguardia, un po' avanti nei tempi.

In ogni caso, è stato molto gratificante rilevare

che quello che avevo creato in anni di studio e

di ricerche veniva confermato dai vari interventi

in campi che, anche con ottiche molto diverse

(immunologia, epigenetica, fisiologia,

endocrinologia), non possono che essere

considerati affini alla scienza della psicoterapia e della psicologia evolutiva, collegati da profonde

linee di integrazione. In altre parole, il pensiero e le teorie del Neo-Funzionalismo non solo

ricevevano un riconoscimento evidente, ma indicavano che la strada intrapresa (peraltro da tempo)

era quella giusta e feconda, e che su questa strada il Neo-Funzionalismo era senz'altro tra le

posizioni più avanzate.

Ma l'importante era che dal Convegno risultava chiaro che sempre più ricerche e scoperte in campi

differenti, ma collegati al funzionamento dell'essere umano, vanno convergendo verso delle

concezioni che sono come *punti di non ritorno*, acquisizioni che collegano vari saperi e che

sanciscono come sia importante guardare alla persona nella sua unitarietà mente-corpo.

Oggi, però, non è più sufficiente parlare di integrazione mente-corpo (fatto ormai evidente e accertato) ma bisogna capire realmente *in che modo* sono integrati i vari Sistemi che costituiscono la persona nella sua interezza. E bisogna comprendere *quali sono gli effetti* su tutti i Sistemi quando si agisce su uno di essi; e anche *come intervenire sinergicamente* il più possibile su tutti i Sistemi se si vogliono superare le fratture che le l'ammalarsi genera tra di essi, al fine di ottenere risultati più efficaci, mirati e precisi nella lotta alle patologie, nella lotta per la salute e il benessere.



Tutto questo, le nuove scoperte e le integrazioni tra Sistemi del Sé e tra varie discipline scientifiche, non può non avere influenze importanti e profonde sulla scienza della psicoterapia.

La domanda che ci è stata posta alla Tavola Rotonda del convegno era forte e chiara: alla luce di scoperte e ricerche che vanno convergendo e intrecciandosi sempre di più, è possibile finalmente superare le barriere e le divisioni tra campi e approcci di psicoterapia differenti, e giungere a un quadro di riferimento comune?

Noi da tempo sosteniamo che è possibile e indispensabile; da tempo io mi spendo per far comprendere che i differenti autori nel campo della psicoterapia hanno di fatto focalizzato l'attenzione volta per volta su aspetti differenti della persona e della relazione terapeutica, e che perciò non esistono tante psicoterapie come tanti campicelli a sé stanti. Il cammino delle scienze che riguardano l'uomo ce l'hanno fatto capire: per curare la psiche (la persona) non possono esistere teorie differenti, o addirittura contrapposte. La psicoterapia è una scienza che si è andata man mano evolvendo con il contributo di tantissimi autori e studiosi. Ma con le scoperte via via realizzate dalle altre discipline scientifiche, con l'avanzare delle metodologie e degli strumenti di ricerca, molti vecchi concetti dovevano essere abbandonati e sostituiti, così come altri continuano a rivelarsi validi e non disconfermati.

E' più che maturo, dunque, il momento di cooperare insieme, nella cura e nella difesa della salute (ovviamente ciascuna figura a partire dalla propria competenza e professionalità) per qualcosa che è molto più di una *contaminazione* (come si diceva anni fa): una vera e propria *integrazione feconda dei saperi*.

E in questa stessa direzione devono spendere i loro sforzi i vari modelli di psicoterapia, le varie scuole, i vari approcci, assumendo come presupposto di fondo lo studio del *processo terapeutico* come processo scientifico che sottende ogni intervento, al di là del soggettivismo, al di là delle

situazioni singole e dei differenti paradigmi: ciò che io ho chiamato la *narrazione scientifica* della terapia che è altra cosa dalla *narrazione storica* (ovverossia l'unicità di quella particolare situazione); *narrazione scientifica* che costituisce l'ossatura di un processo terapeutico, le leggi scientifiche che consentono il cambiamento, e che sono uguali al di là di singole tecniche o di concezioni che si possono rilevare parziali e limitate.

Ed è in questa direzione che si muove da tempo il Neo-Funzionalismo, e che io sto rivolgendo i miei studi e le mie ricerche: e cioè comprendere cosa accade veramente durante la psicoterapia, come avviene il cambiamento e quali sono i fattori di cambiamento che appaiono validi e corretti. Ma anche scoprire sempre più chiaramente come funzionano e interagiscono tra di loro, nella cura e nella prevenzione, i vari *Sistemi Integrati* dell'organismo umano (il sistema cognitivo, l'emotivo, il sistema nervoso centrale, il sistema neurovegetativo, il sistema endocrino, l'immunitario, e, non per ultimo di importanza, il sistema senso-motorio) per una sfida alla complessità oggi sempre più possibile.

# La Psicoterapia Funzionale come metodo per affrontare l'Acufene

di Oscar Bernardi – Medico, Psicoterapeuta Funzionale  
Monica Tratzi – Psicologa, Psicoterapeuta Funzionale

Negli ambulatori audiologici, otorinolaringoiatrici, neurologici e anche nello studio del medico di famiglia, quasi ogni giorno si presentano pazienti con un disturbo chiamato “ronzio all'orecchio” e da noi specialisti definito acufene o tinnitus (Bernardi 2014).

Vi è una prevalenza del sintomo nell'età medio-avanzata; si stima che in Europa il 10% della popolazione ne sia affetto cronicamente. Almeno il 4-5% della popolazione ha avuto almeno una volta questo tipo di fastidio in modo transitorio e con successiva completa regressione (Quaranta A., Assennato G., Ferri G.M., Bellini V., Corrado V., Porro A., 1991).

L'Acufene è una sensazione uditiva in assenza di una stimolazione sonora esterna, ma tuttavia non si tratta di allucinazione uditiva (Jasebroff P. J., 1990). E' variamente e riccamente descritto dai pazienti, per sede (in un solo orecchio o in entrambi, al centro della testa ecc), qualità, altezza, intensità, continuità o intermittenza e con diversa modalità di insorgenza. Può essere un sintomo isolato o presentarsi associato a sordità, vertigini o altri disturbi. La capacità di affrontarlo e tollerarlo da parte dei soggetti colpiti risulta molto variabile.

La consapevolezza del paziente della compromissione del suo stato generale di Benessere, lo porta alla richiesta di aiuto e quindi all'osservazione clinica iniziale. Da questo momento parte l'iter diagnostico audiologico clinico-strumentale in ambito medico, teso fundamentalmente ad escludere o confermare una patologia organica alla base. Nella maggior parte dei casi, non emergendo una causa, si attueranno vari tentativi di terapia spesso ad esito insoddisfacente.

L'acufene rappresenta un evento stressante nella vita della persona tale da comportare una ricaduta sulla sua vita sociale, nel lavoro e nei rapporti familiari. Talora si è ipotizzato che alla base del

*“l'Acufene è una sensazione uditiva in assenza di una stimolazione sonora esterna, ma tuttavia non si tratta di allucinazione uditiva”*



disturbo acufene possa esserci un periodo di stress cronico (Robinson P. J., Hazell J. W. P., 1989), in assenza di altre patologie verificate dalle indagini audiologiche.

In ogni caso, tutti i pazienti affetti da acufeni che abbiamo preso in carico hanno risentito positivamente del trattamento Funzionale Antistress.

## Il nostro lavoro

I nostri studi sugli acufeni riguardano pazienti adulti, di entrambi i sessi, con età compresa tra la seconda e la settima decade di vita, esenti da patologie psichiatriche, con insorgenza del sintomo da almeno sei mesi, in presenza o meno di sordità.

Abbiamo considerato una popolazione già ampiamente sottoposta ad un percorso diagnostico in area medica specialistica audiologica con un referto finale clinico e strumentale.

Si tratta di soggetti che spesso per iniziativa propria (conoscenza diretta, colloquio individuale, internet) richiedono un percorso riabilitativo in ambito extra-sanitario al fine di ridurre il disagio causato dallo stress-acufene.

Il percorso medico ha in genere evidenziato, oltre alla presenza o meno di una sordità associata, anche dei fenomeni extra-uditivi: insonnia, stanchezza cronica diurna, disturbi del ritmo cardiaco, dolore cervicale, vertigini, pseudo-vertigini, disturbi posturali, ansia, difficoltà a concentrarsi in ambiente lavorativo e nello studio, ovvero nelle attività cognitive in genere.

Una delle prime cose che si rilevano durante il colloquio è una drammatica richiesta di ritornare al precedente Benessere con le richieste più disparate, dal ricorso a farmaci a terapie stregonesche, in assenza di considerazione o addirittura rifiuto di sostegno psicologico.

Dall'osservazione clinica, si evidenziano alcune alterazioni presenti nella maggior parte dei pazienti con acufeni (Figura 1). A livello fisiologico vi sono alterazioni del respiro, astenia, stanchezza, discreta agitazione psicomotoria, soglie del dolore abbassate, sensazioni chiuse, palpitazioni, aritmie.

Il Sonno risulta peggiorato nella sua qualità e quantità (con prevalente difficoltà nell'addormentamento), tanto da avere ricadute sulle prestazioni lavorative del giorno dopo in termini di stanchezza e riduzione del livello di prestazioni.

Quasi tutti i nostri pazienti riportano di soffrire di Cefalea

(insorta con l'acufene, o aumentata con esso in caso di pre-esistenza della medesima). Inoltre è spesso dichiarato un Dolore nel distretto testa-collo-mandibola-spalle.

*“una drammatica richiesta di ritornare al precedente Benessere con le richieste più disparate, dal ricorso a farmaci a terapie stregonesche”*

Le posture sono chiuse; vi è rigidità articolare e la muscolatura globalmente contratta e tenuta fa sì che i movimenti siano “a scatti”.

Durante il colloquio, si rilevano spesso segni evidenti della presenza di ansia (insorta con l’acufene, o aumentata con esso in caso di pre-esistenza della medesima), perdita della Calma, del Benessere, della Serenità, del Piacere. In alcuni casi si evidenzia un umore depresso a causa delle poche speranze di guarigione o anche solo di miglioramento emerse dal colloquio con i medici.

Vi è un lamento continuo riguardo al sintomo e rimuginazione. Il paziente riporta fantasie negative, pensieri e ragionamenti ossessivi nella descrizione del sintomo e sulle sue possibili cause, tanto da risultare logorroico. Si riscontrano segni di Controllo alterato in senso ipertrofico e riduzione della Progettualità. Si evidenzia spesso anche molta preoccupazione a causa del forte disagio avvertito nell’ambiente lavorativo e della ridotta capacità di attenzione e di concentrazione. La difficoltà nella comunicazione è comune quando l’acufene è associato a sordità. La frequente mancata spiegazione del fenomeno, della sua insorgenza, della sicurezza della sua ineluttabilità, può provocare senso di impotenza e rabbia intensa. Vi è, inoltre, l’evitamento di situazioni sociali rumorose.

Da evidenziare che *la maggior parte dei sintomi riferiti associati all’acufene risultano caratteristici dello stress cronico* (Di Nuovo S., Rispoli L., 2011).

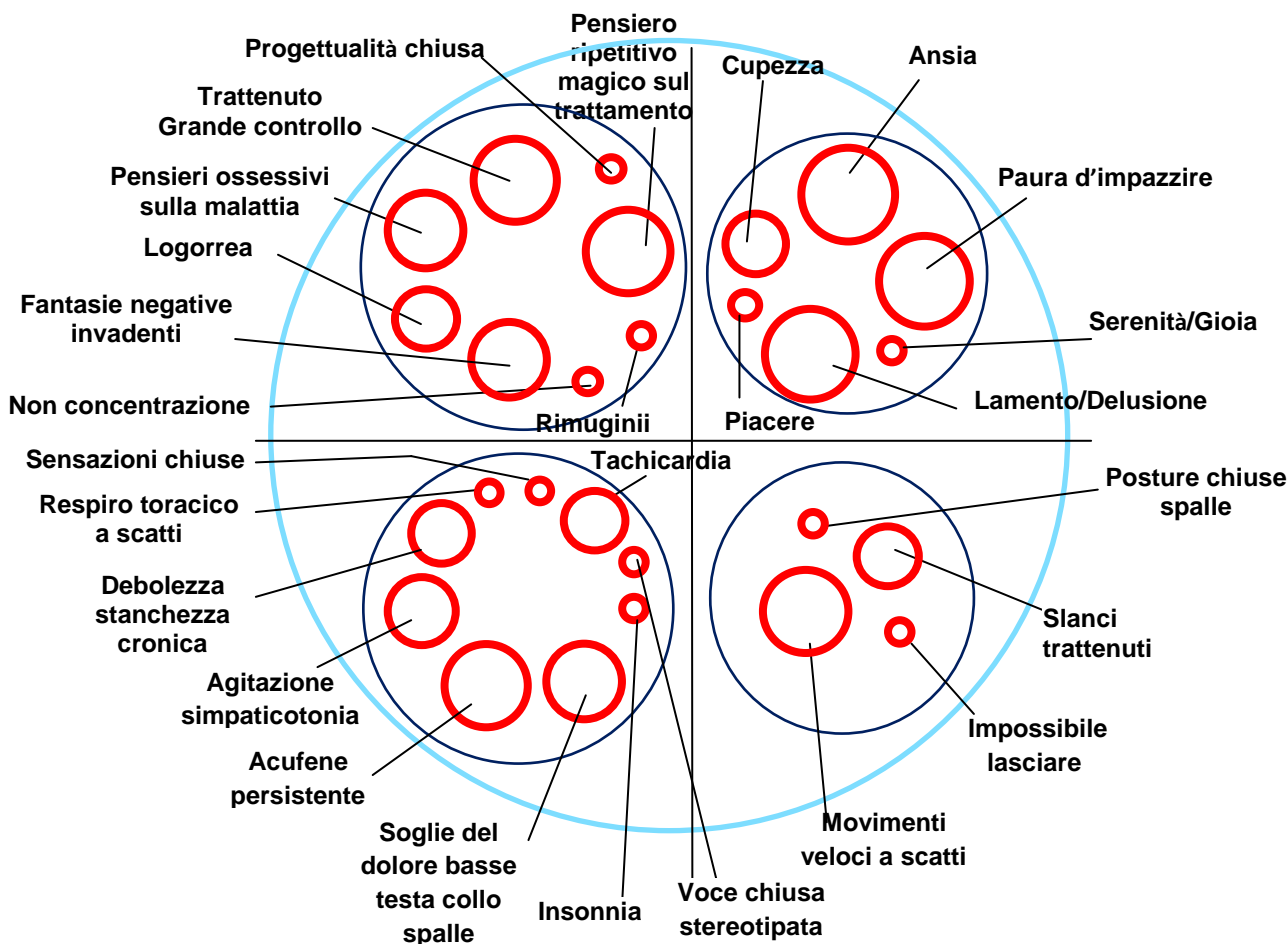


Fig 1. Diagramma Funzionale di un possibile paziente con acufene (Bernardi O., Tratzi M., 2013)

## Il protocollo

Dopo una valutazione diagnostica con i test funzionali (M.S.P., Colloquio strutturato per pazienti con acufeni e SF12), per permettere un monitoraggio dei risultati nel tempo, viene proposto dagli Autori un intervento secondo il Protocollo Funzionale individuale (standardizzato) per acufeni (Bernardi O., Tratzi M., 2013).

Il protocollo è articolato in 10 incontri (a cadenza settimanale e della durata di 1 ora e mezza); si è scelto di creare un protocollo specifico mirato al recupero dei seguenti Funzionamenti di Fondo (in età evolutiva chiamati Esperienze di Base del Sé, esperienze fondamentali per lo sviluppo sano e pieno dell'infanzia): Allentare il Controllo – Contatto - Essere Tenuti – Sensazioni – Lasciare – Benessere – Piacere – Calma (Stare).

Tale protocollo può essere utilizzato sia durante incontri con singolo paziente, sia con gruppi di pazienti dove però deve essere comunque garantito il rapporto 1:1 tra paziente e psicoterapeuta Funzionale, ovvero operatore appositamente formato.

Le tecniche sono adattate dal Manuale delle Tecniche Funzionali (Rispoli L., 2003, 2011), dalla Scheda di valutazione adulti (Rispoli L., 2011) e dal "Corso sul Tocco ed il massaggio Funzionale integrato" tenuto dal dottor Giuseppe Rizzi (2012) nel Centro di Psicologia Funzionale di Padova.

Non è previsto un tempo per la restituzione a fine seduta, ma il momento di condivisione avviene durante l'ultimo incontro. Eventuali richieste da parte del paziente su singole sedute e/o esiti particolari vengono gestite, tramite la richiesta da parte del soggetto di ulteriori sedute, per accogliere l'emergere di eventuali vissuti dolorosi della persona, che, in alcuni casi, potrebbe successivamente aprire una richiesta di approfondimento del proprio percorso attraverso una psicoterapia individuale.

Il protocollo è stato pensato appositamente per i pazienti con acufeni, al fine di migliorare in loro le condizioni di fondo dell'organismo, essendo l'acufene

*“il protocollo è stato pensato appositamente per i pazienti con acufeni, al fine di migliorare in loro le condizioni di fondo dell'organismo”*

la base su cui si innescano altri disturbi sia fisici che psicologici.

Finalità ultima è il miglioramento dello stato di salute generale e dei vissuti nei confronti della malattia.

## Conclusioni

Nell'articolo abbiamo posto l'attenzione su un disturbo molto frequente ed in aumento, ovvero l'acufene, finora poco studiato nell'ambito medico e psicologico, e che colpisce in Italia il 14,6% della popolazione (Quaranta A. et al., 1991).

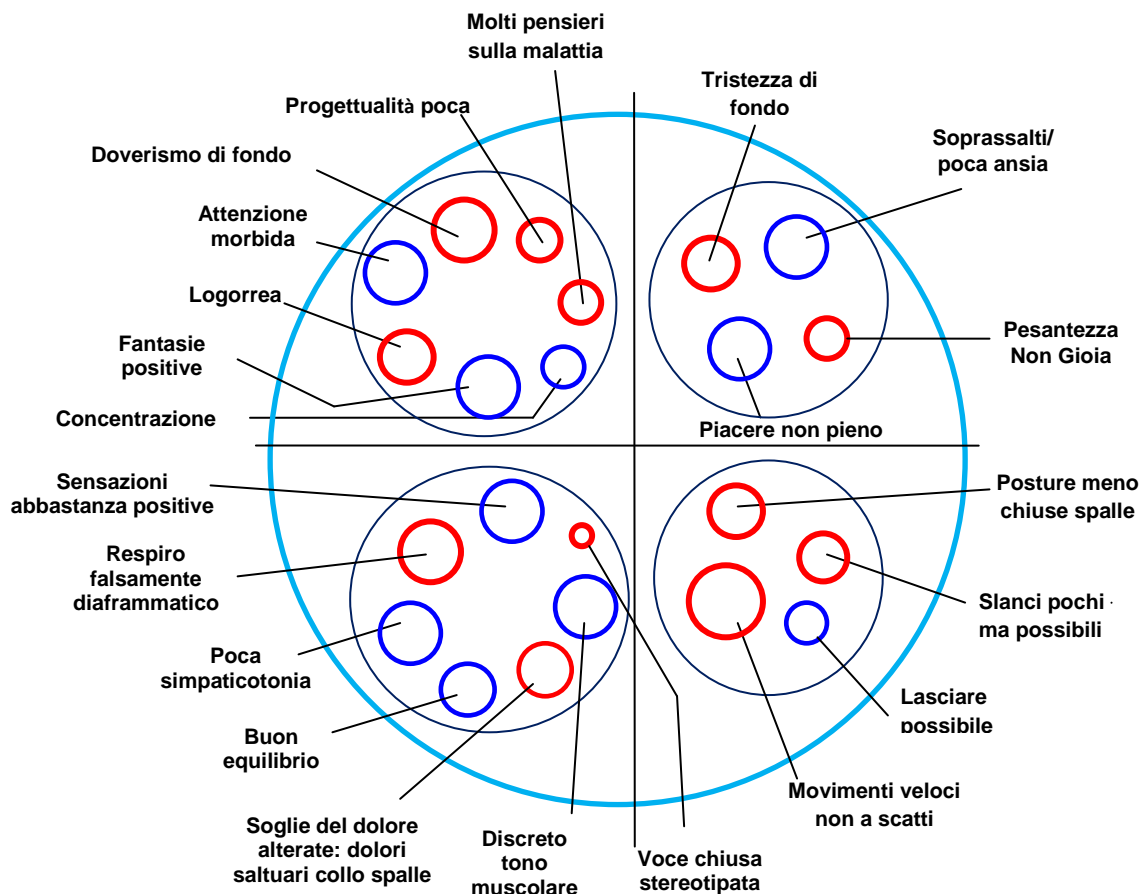
Durante il primo colloquio, la valutazione psicodiagnostica della situazione generale del Benessere dei pazienti con acufene è risultata abbastanza compromessa. Si evidenzia un'alta condizione di stress, una condizione molto alterata di percezione di salute sia psicologica

*“il paziente riprende contatto con i suoi reali bisogni, partendo dal suo “sentirsi”, e sviluppando una capacità di “sentire” anche sensazioni positive di benessere, migliorando complessivamente i propri vissuti sulla salute”*

che fisica e un'alterazione significativa dei Funzionamenti di Fondo (Bernardi O., Tratzi M., 2013).

Il poter usufruire del Protocollo Funzionale individuale (standardizzato) per acufeni, rende possibile ai pazienti il riaprire le Sensazioni, il recuperare un buon allentamento del Controllo, l'ottenere la riduzione della vigilanza (Attenzione morbida) e il poter finalmente andare nell'esperienza del Lasciare.

Il paziente riprende contatto con i suoi reali bisogni, partendo dal suo “sentirsi”, e sviluppando una capacità di “sentire” anche sensazioni positive di benessere, migliorando complessivamente i propri vissuti sulla salute. In alcuni casi i pazienti possono accedere ad aiuti psicoterapici nella consapevolezza di un loro maggior bisogno di aiuto in altri disfunzionamenti.



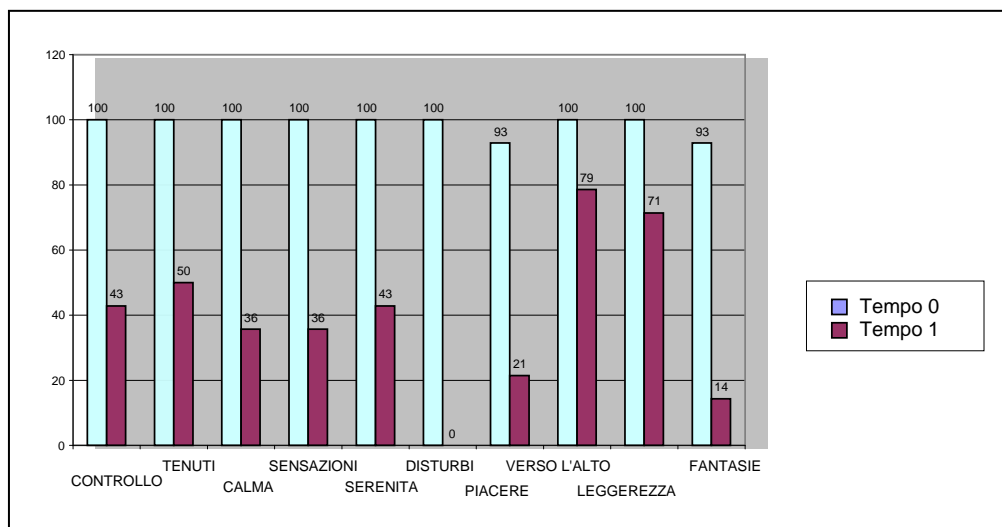
**Fig. 2 - Diagramma Funzionale di un possibile paziente con acufene dopo il trattamento con il protocollo Funzionale (Bernardi O., Tratzi M., 2013).**

Osservando il Diagramma Funzionale di un paziente con acufene dopo il trattamento con il protocollo Funzionale, possiamo menzionare un miglioramento in tutte le Funzioni che all'inizio risultavano alterate, tranne quelle legate al Funzionamento di Fondo della Leggerezza, non trattata direttamente nel protocollo. In particolare, migliorano, pur rimanendo alterate, le seguenti Funzioni: pensieri legati alla malattia (che rimangono ripetitivi, ma non più magici), un doverismo di fondo, la logorrea, a dimostrare che il paziente non lascia del tutto il Controllo.

La paura d'impazzire diventa tristezza di fondo. Diventa possibile sperimentare il Piacer, nonostante sia ancora difficile entrare del tutto nell'esperienza del Benessere, soprattutto nel portare le Sensazioni verso il basso. Seppur alterato, anche il respiro cambia e diventa abbastanza diaframmatico, i dolori al collo e alle spalle possono ridursi e divenire saltuari.

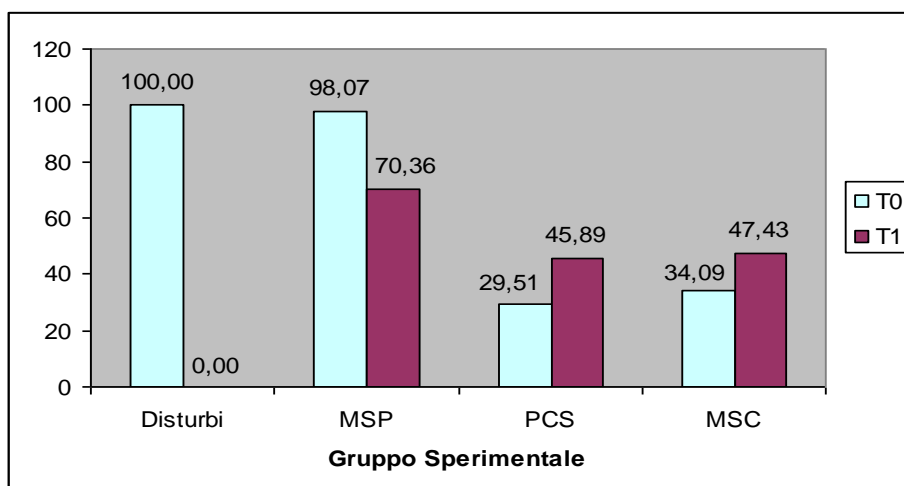
I movimenti sono veloci, ma non più a scatti; gli slanci rimangono pochi ma sono ora possibili, la postura delle spalle è meno chiusa. La progettualità, la voce chiusa e la gioia rimangono ipotrofici e sclerotizzati. Va ricordato che "tale Diagramma, lungi dal rappresentare una classificazione tipologica, ci può indicare solo l'andamento generale di alcune alterazioni più importanti del Sé in condizione di stress cronico" (Di Nuovo S., Rispoli L., 2011).

I dati acquisiti durante la ricerca (Bernardi O., Tratzi M., 2013) confermano che *un intervento Funzionale Integrato in soggetti con acufeni risulta importante come strumento di riduzione dello stress e testimonia la possibilità di poter lavorare anche sul Benessere e sul recupero di tutti i Funzionamenti di Fondo che risultano alterati in questa popolazione di pazienti.*



**Fig. 3 - Colloquio Strutturato: Gruppo Sperimentale - differenze C+D% tra la I<sup>a</sup> e la II<sup>a</sup> valutazione (C+D% rappresentano i funzionamenti più alterati)**

Dai risultati emergono modificazioni importanti dei Funzionamenti di Fondo, che ci confermano l'utilità dell'intervento Funzionale, un intervento che dà la possibilità ai pazienti di sfruttare al meglio le loro risorse, combattendo la malattia e non semplicemente accettandola in una rassegnazione triste e, talvolta, angosciata (Bernardi O., Tratzi M., 2013).



**Fig. 4 - Gruppo Sperimentale, confronto tra item 6, il valore MSP e SF12 (PCS + MSC) tra la 1<sup>a</sup> e la 2<sup>a</sup> valutazione.**

Mentre per i Disturbi e l'MSP i valori più elevati rappresentano funzionamenti più alterati, per il PCS e l'MSC, al contrario, rappresentano funzionamenti più positivi e sani.

## BIBLIOGRAFIA

- Apolone G., Mosconi P., Quattrociochi L., Gianicolo E.A.L., Groth N., Ware Jr J.E. (2005). *Manuale del Questionario sullo stato di salute SF – 12* Versione italiana. Versione IRFMN, Milano.
- Bernardi O. (2014). *Affrontare l'acufene si può*. Sito internet: [www.psicoterapiafunzionale.it](http://www.psicoterapiafunzionale.it)
- Bernardi O., Tratzi M. (2013). *L'intervento Funzionale nel trattamento degli acufeni*, Tesi di Specializzazione SEF.
- Bottaccioli F. (2008). *Il sistema immunitario, la bilancia della vita*. Tecniche Nuove Edizioni.
- Di Nuovo S., Rispoli L. (2011). *L'analisi Funzionale dello stress, dalla clinica alla psicologia applicata*. Franco Angeli.
- Di Nuovo S., Rispoli L., Genta E. (2000). *Misurare lo stress. Il test M.S.P. e altri strumenti per una valutazione integrata*. Franco Angeli.
- Jastreboff P. J. (1990). *Phantom auditory perception (tinnitus): mechanism of generation and perception*. *Neurosc. Res.* 8:211-254.
- Katz J. (1994). *Trattato di Audiologia Clinica*. Edizione italiana a cura di Alessandro Martini. Padova. Piccin.
- Quaranta A., Assennato G., Ferri G.M., Bellini V., Corrado V., Porro A. (1991). *Epidemiologia dei problemi uditivi nella popolazione adulta in Italia (EPUPAI)*. *Audiol Ital*; 4:300-353.
- Rispoli L. (1993). *Psicologia Funzionale del Sé*. Astrolabio, Roma.
- Rispoli L. (2004). *Esperienze di Base e sviluppo del Sé*. Franco Angeli, Milano.
- Rispoli L. (2008). *Colloquio strutturato con pazienti oncologici, dermatologici, gastroenteretici e con Cefalee e Dolori muscolari*. Modificato da Bernardi O. e Tratzi M. (2012).
- Rispoli L. (2014). *Il manifesto del Funzionalismo Moderno*, Alpes
- Rispoli L. (2011). *“Scheda di valutazione adulti”*. S.E.F. edizioni
- Rizzi G. (2012). *Corso sul Tocco ed il massaggio Funzionale integrato per i tirocinanti*.
- Rizzi G., Rizzi L., Casetta L. (2011). *Il Tocco Massaggio Integrato*. Upsel Domenighini, Padova.
- Rizzi L., Boccasso E., Casetta L. (2012). *Intervenire sullo stress – gruppi benessere e Valutazione*. Editore Domenighini.
- Robinson P. J., Hazell J. W. P. (1989). *Patulous Eustachian tube syndrome: The relationship with sensorineural hearing loss Treatment by Eustachian tube diathermy*. *The Journal of Laryngology & Otology*, Volume 103, Issue 08, pp 739-742.

## Intervistiamo il Prof. Girolamo Lo Verso



### **Psicologia e Medicina sono oggi ancora molto lontane? C'è la possibilità di collegare elementi soggettivi e oggettivi?**

Per certi aspetti con la medicina tecnologica la distanza è aumentata. Per altri, con l'attenzione alla dimensione relazionale è invece implementata la vicinanza. Una forte spinta all'integrazione può venire proprio dal problema dei costi. È infatti, ormai, constatazione internazionale che un trattamento psicoterapeutico (di gruppo per l'esperienza che io meglio conosco) oltretutto aiutare nella malattia fisica in sé stessa e nella sua gestione (da parte di pazienti, familiari, personale sanitario) può consentire un miglioramento dei costi. Possono, infatti, diminuire le giornate di degenza e l'uso dei farmaci (che si regolarizza maggiormente), la perdita delle giornate lavorative, ecc. Il termine soggettivo in psicoterapia va relativizzato poiché dipendente anche dalla propria storia psichica (che influenza anche il corpo e la malattia) che implica famiglia, cultura, esperienze educativo-esistenziali-relazionali. Viceversa, il termine oggettivo in medicina deve tenere conto di fattori soggettivi quali il vissuto e la risposta alla malattia, la rilevanza dell'effetto placebo e, quindi, della relazione di cura. Del fatto che ogni paziente

Professore Ordinario di Psicoterapia presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Palermo e docente di Psicoterapia relazionale e di Psicologia del fenomeno mafioso presso l'Università Kore di Enna.

È fondatore del modello teorico-clinico della Gruppoanalisi soggettuale e si occupa del coordinamento scientifico dei gruppi di ricerca sulla valutazione della psicoterapia, lo psichismo mafioso, la clinica dei gruppi, identità e cultura.

Sul tema della psicologia mafiosa ha collaborato, oltre che con università straniere, con Bologna, Padova, Torino, Aosta, Napoli, Roma (Statale e Lumsa), Enna, Messina, Catania, Brescia e Milano (Cattolica).

È probiviro del Collegio dei professori italiani di psicoterapia clinica.

Ha avuto numerosi scambi scientifici a livello internazionale e ha svolto attività di docenza in particolare in Brasile, Inghilterra, Svezia, U.S.A., Croazia, Austria e Germania, Francia. È membro di molte società scientifiche Italiane ed Internazionali e del comitato scientifico di numerose riviste.

Ha ottenuto dall'Università degli Studi di Palermo il riconoscimento per le 150 Idee di successo. È autore di oltre 350 fra saggi e ricerche e curatore o autore di 38 volumi.



è un “malato” diverso da un altro. Della grande questione psicologica del vissuto rispetto all’assunzione di farmaci.

## **Secondo le concezioni più attuali della psicoterapia in che relazione stanno il corpo e la mente?**

In due capitoli specifici di miei testi teorico-clinici (*Le relazioni soggettuali*, Boringhieri 1987; *La Grupponalisi soggettuale*, Lo Verso, Di Blasi, Cortina 2012) ho cercato di sistematizzare un contributo all’approfondimento complessivo sul rapporto mente-corpo-relazione. In realtà il modello andrebbe ampliato all’infinito. Da vari studiosi viene sottolineata la rilevanza dell’alimentazione, dell’ambiente sociale e fisico, della storia transgenerazionale della famiglia, degli aspetti clinici ed ecologici, delle problematiche etico-antropologiche (una scienza dell’uomo e della sua cura dovrebbe realizzare questo impossibile confronto con tutto ciò). I tre elementi succitati della vita umana sono considerabili oggi, in rapporto ed in con-presenza. Ciascuno di essi non può svilupparsi né esistere in assenza degli altri due. Ed inoltre, va detto oggi, che non vi è un prima ed un poi. Senza relazione (a partire da quella erotica) non vi è un corpo e nemmeno una mente. Senza mente non c’è pensiero sul corpo e sulla relazione. Senza corpo, relazione e mente vagherebbero nel vuoto. Anche la con-presenza di fattori consci ed inconsci (nel senso ampio di questi termini) non è ignorabile. Da un lato, quindi, la psicologia clinica (ma anche antropologia, sociologia, ecc.) hanno approfondito la centralità della relazione. Dall’altro, le neuroscienze hanno documentato un cervello dinamico in continua evoluzione delle proprie connessioni neuronali. Lo sviluppo dei processi neuronali è legato all’esperienza. Ma che cos’è l’esperienza per l’uomo? Prevalentemente la relazione con l’altro (con le emozioni e i pensieri che ciò implica). Ma anche il vissuto ed il pensiero diuturno sull’altro.

## **In quali malattie la psicoterapia può aiutare oggi la medicina? E in che modo? Agendo su quali meccanismi e su quali livelli?**

Direi più o meno in tutte. Nel mio settore conosco, direttamente, esperienze di gruppo in oncologia, pediatria, geriatria, audiologia, urologia (eiaculazione precoce), in tutto il settore neuropsichiatrico, ecc. Lo strumento gruppo agisce appunto sul livello relazionale, interno ed esterno, conscio ed inconscio, diuturno (veglia e sogno). Ciò ha forti implicazioni sull’intero processo psicosomatico mente, corpo e relazione. Si può dire oggi che la psicoterapia non è più solo uno “strumento psichico che interviene sullo psichico” ma uno strumento che implica il bios nel suo insieme di interezza del vivente. Non ho esperienza di altre forme di intervento su medicina e

psicoterapia ma gli studi e le possibilità sono molti. Che la relazione ed il corpo fossero fortemente collegati lo “vidi” con stupore molti anni fa. Costatai, infatti, nei vari gruppi analitici la positiva evoluzione di tematiche, apparentemente, strettamente fisiche. Ad esempio, il ritorno delle mestruazioni, la significativa diminuzione del numero delle crisi in pazienti con epilessia neurologica, ecc. Miei allievi hanno avuto eccellenti risultati con gruppi con pazienti anziani e anche con Alzheimer e/o con loro care-giver e/o con il personale sanitario. Lo strumento principale di intervento è, quindi, lo scambio relazionale con il paziente/i che agisce sulla complessità dei livelli succitati. È chiaro che esso può (e a volte deve) essere integrato da altre cose: movimento, forme cliniche di arte terapia, socializzazione ed implementazione sociale, lavoro con familiari, assegnazione di compiti (in casi gravi), tecniche di intervento varie.

### **E' possibile capirne di più, andare più a fondo? Che ricerche sarebbero necessarie?**

Certamente è possibile capirne di più ed implementare l'efficacia dell'intervento. Basti pensare all'evoluzione della psicoterapia negli ultimi 50 anni. La ricerca deve essere a 360 gradi e non miope né limitata al proprio modello, neanche se questo è convincente, abbastanza esaustivo, rigoroso e con una lunga storia. Ricerca clinico-teorica sui set(ting), sui pazienti e sui terapeuti. Ed anche, oggi, ricerca empirica. Quest'ultima, infatti, oggi è sempre meno statistico-descrittiva. È andata oltre il concetto di sperimentale, inutile in un caso dove contano soggettività, storia psichica e relazione. È sempre più attenta allo studio del single case, all'integrazione tra metodi quantitativi e qualitativi. Anche in Italia l'SPR sta facendo un utile lavoro in questo campo. Anche con l'obiettivo di avvicinare ricerca empirica e pratica clinica. Indispensabili una all'altra. Tutto ciò sta anche aiutando l'integrazione delle psicoterapie ad andare oltre i modelli, in qualche caso inconsistenti, e agli interessi di scuole e scuolette autoreferenziali. Esempi interessanti sono le già citate evoluzione relazionale ed esperienziale delle neuroscienze, la maturazione alla dimensione interpersonale del più evoluto cognitivismo, l'attenzione al terapeuta, al set(ting), al lavoro di terapia di molta psicodinamica sia individuale che di gruppo.

### **Si potrebbe creare un Laboratorio sperimentale in tal senso? E con quali soggetti?**

Come dicevo, l'uso del termine sperimentale è ormai non produttivo nel nostro campo. Ed è stata sottolineata l'inutilità dell'uso del più realistico ed utile empirico. La ricerca dovrà anche tenere conto che il prossimo convegno dell'SPR si intitola “Il ritorno di soggetti”. Dieci anni fa, quando,

presiedendo questa società, proposi di fare una tavola rotonda internazionale sulla ricerca sui terapeuti, fummo piacevolmente stupiti dal grande interesse che essa suscitò, in primo luogo nei colleghi statunitensi che noi, pregiudizialmente, pensavamo fossero i più chiusi o bloccati dalle bufale anti-cliniche delle assicurazioni che obbligavano a fare solo 10 sedute.

I soggetti della ricerca sono, quindi, quelli di cui ho parlato: terapeuti, pazienti, integrazione contesti/se(ting), aspetti psichici, relazionali e corporei, ecc. Nel nostro caso non può certo esistere la scoperta “cruciale” tranne che l’introduzione di nuovi dispositivi e sguardi clinici. Può esistere un costante lavoro di ricerca e pratica clinica che aiuti a capire sempre meglio cos’è la psicoterapia, le differenze utili dell’impiego di questa o quella metodologia, la calibratura dei tempi, quale trattamento è più utile per ogni singolo paziente, quali integrazioni ed approfondimenti specifici ogni pratica psicoterapeutica può avere con le altre. Torno all’idea iniziale. Ogni paziente è portatore di fatti inconsci, di vissuti relazionali, di una storia familiare ed antropo-etnica, di un corpo con la sua storia, ecc.

# Il Neo-Funzionalismo: un approccio Psicologico Integrato in Oncologia

di Chiara Pizzarelli, Psicologa, Psicoterapeuta Funzionale  
Francesca Bernardini, Psicologa, Psicoterapeuta Funzionale  
Chiara Dalle Luche, Psicologa, Psicoterapeuta Funzionale

### Il Funzionalismo moderno: presupposti teorici

Il Funzionalismo moderno, fondato da Luciano Rispoli a partire dagli anni '80, affonda le sue radici in numerose aree: negli studi di W. Reich sull'identità funzionale psiche-soma, negli studi psicofisiologici, nel primo Funzionalismo della Scuola di Chicago, negli studi sul rapporto mente-corpo, nelle teorie del Sé di autori come Kohut, nei recenti e importanti contributi delle nuove frontiere della ricerca delle neuroscienze e della Psiconeuroendocrinoimmunologia e degli studi sulla vita perinatale.

Il pensiero Funzionale ha sistematizzato antiche e nuove conoscenze, costruendo una base per una teoria globale del Sé che guardasse all'insieme di tutti i processi Funzionali, con l'ipotesi di una loro presenza sin dall'inizio della vita e di una loro profonda integrazione originaria (Rispoli L., 1993). Tale integrazione è confermata e sostenuta dall'approccio della PNEI (Bottaccioli F., 2011).

Nel Funzionalismo moderno troviamo un vero e proprio salto epistemologico e scientifico: viene sostenuta la complessità della persona, superando i riduzionismi precedenti; vengono presi in considerazione tutti i fenomeni che la riguardano, tenendo conto della sua unitarietà e interezza; senza perdere, tuttavia, la possibilità di scendere nei dettagli ed arrivare a livelli di analisi molto precisi. L'individuo viene inteso come un'*organizzazione* integrata di diverse Funzioni in relazione reciproca ed in costante adattamento ed espansione verso l'ambiente (Rispoli L., 2010).

Oltre al concetto di Funzioni, **il Neo-Funzionalismo parla di Esperienze di Base del Sé (E.B.S.) o Funzionamenti di Fondo<sup>1</sup>**, intesi come nuclei di esperienza che nascono dai Bisogni fondamentali della persona e che, se attraversati ripetutamente e in maniera piena durante il corso dell'esistenza, permettono di condurre una vita sana e all'insegna della completa realizzazione di Sé

---

<sup>1</sup> Sono stati individuati circa 22 Funzionamenti di Fondo (Rispoli L., 2004).

## Intervento Funzionale in ambito oncologico

In ambito oncologico, l'approccio Funzionale si colloca come un sostegno e un intervento completi che agiscono su tutti i *sistemi integrati* dell'organismo (neurovegetativo, neuroendocrino, emotivo, sensoriale, cognitivo, motorio, posturale), i quali sono profondamente interconnessi quando il soggetto è in uno stato di salute, di benessere, di funzionamenti pieni e sani (Rispoli L., 2010).

La Psicologia Funzionale propone:

- una valutazione accurata dell'entità e della specifica configurazione dello stress, attraverso strumenti diagnostici specifici;

- un intervento integrato sui Funzionamenti di Fondo maggiormente alterati nell'evento malattia, finalizzato a riequilibrare l'organismo e recuperare un naturale alternarsi di attivazione/eccitazione a momenti di rilassamento/riposo (Di Nuovo S., Rispoli L., 2011).

*“in ambito oncologico, l'approccio Funzionale si colloca come un sostegno e un intervento completi che agiscono su tutti i sistemi integrati dell'organismo”*

L'intervento Funzionale è rivolto a tutta la persona, orientato ad una migliore qualità di vita e a mantenere o recuperare un livello di Benessere che possa sostenere il paziente nell'affrontare la propria malattia. I principali Funzionamenti di Fondo, individuati in fase diagnostica, su cui si interviene con i pazienti oncologici sono: Lasciare, Controllo, Sensazioni, Piacere, Vitalità, Essere Tenuti, Tenerezza. È fondamentale che il paziente possa sentirsi totalmente preso in carico, sentire che può essere accolto, *Essere Tenuto*, contenuto senza viverlo come una debolezza. Normalmente il paziente oncologico è immerso in una situazione di allarme, paura, preoccupazione continua, è sottoposto a persistenti controlli medici ed è inserito in programmi di cura che prevedono terapie molto invasive, con effetti collaterali importanti, che danno un generale senso di malessere e di pesantezza. E' importante, dunque, che il paziente abbia la possibilità di recuperare la capacità di *Lasciare*, di *Allentare il Controllo*, di aprire le *Sensazioni* positive, spesso chiuse per non sentire il dolore e la sofferenza. E' necessario accompagnarlo nel ritrovare la capacità di sentire il *Piacere* e il benessere, nonostante le terapie ed i loro effetti, così come anche nel recuperare una certa *Vitalità* nei movimenti, nei ricordi, nelle emozioni. E' fondamentale, inoltre, per il paziente contattare la propria *Tenerezza*, senza per questo perdere la forza, sentire la propria fragilità e il bisogno dell'aiuto degli altri, per smussare la durezza a cui spesso si trova costretto, per essere forte in un modo sano e affrontare meglio la malattia.

## Stress e cancro

Le recenti evidenze scientifiche sottolineano l'importanza delle risorse di guarigione dell'organismo colpito dalla malattia.

Tali risorse possono essere recuperate attraverso differenti modalità, oltre che naturalmente ad un'alimentazione scientificamente fondata e regolare attività fisica.

Ci sono studi che dimostrano l'efficacia di terapie di gestione dello stress nel trattamento dei tumori. Alcuni sottolineano gli effetti benefici nella riduzione della sintomatologia connessa ai trattamenti medici (chirurgia, radioterapia, chemioterapia)<sup>2</sup> e altri dimostrano una riduzione della mortalità osservata nell'arco di 10 anni nelle pazienti che si sottoponevano a trattamenti antistress rispetto al gruppo che seguiva solo la terapia medica<sup>3</sup>.

Ma qui vogliamo presentare soprattutto i risultati di grande rilievo che si ottengono su pazienti oncologici con le terapie Antistress ad impostazione Funzionale, sia nel setting individuale che di gruppo. L'intervento Funzionale, infatti, agisce su più livelli di funzionamento, sulle radici dello stress, sul benessere profondo dell'intero organismo, potenziandone le capacità di ritrovare la salute, di utilizzare le cure, di migliorare i livelli di vita.

## Le ricerche

Si tratta complessivamente di 4 ricerche<sup>4</sup>: svolte dalla dott.ssa Chiara Dalle Luche e dalla dott.ssa Emiliana Pascaretta rispettivamente al Day Hospital Oncologico dell'Ospedale Versilia e al reparto di Radioterapia del C.F.O.<sup>5</sup> per il trattamento individuale; nonché dalla dott.ssa Chiara Pizzarelli in collaborazione con il dott. Luca Braccini presso la Casa di cura Villanova, in una prima fase, e con la dott.ssa Francesca Bernardini presso il C.F.O., in una seconda fase, per il setting di gruppo.

Lo strumento di valutazione comune alle 4 ricerche è il M.I.S. (Misura Integrata dello Stress), costituito dal Test M.S.P.<sup>6</sup> e la Griglia di osservazione della respirazione e dell'atteggiamento

2 Luebbert K, Dahme B, Hasenbring M.(2001); Dion LJ, Engen DJ et al. (2015)

3 Andersen et al. (2008); Spiegel (2002, 2013)

4 Tesi di specializzazione della Scuola di Psicoterapia Funzionale (SEF) di Firenze

5 Centro Oncologico Fiorentino di Sesto F.no (FI)

6 Mesure du Stress Psychologique, tarato e validato per l'Italia da Di Nuovo S., Rispoli L., 2000

*“le recenti evidenze scientifiche sottolineano l'importanza delle risorse di guarigione dell'organismo colpito dalla malattia”*

corporeo - postura, movimento e voce - (Rispoli L., 1997) per la valutazione del livello di stress nei pazienti prima e dopo il trattamento.

Sono stati inoltre utilizzati il Colloquio strutturato con i pazienti oncologici (Rispoli L., 2007), la Scheda disturbi e sintomi (Rispoli L., 2008), la Scheda sui Funzionamenti Specifici - Calma, Lasciare, allentamento del Controllo, Stare, Abbandonarsi - (Rispoli L., Cavaliere C., D'Imprima A., 2009), la Scheda sullo stato di salute e i vissuti di malattia (Rispoli L., 2008).

Soffermandoci sui risultati degli indici integrati di stress, che si delineano in un range che va da un minimo di 0 (Benessere) ad un massimo di 10 (Stress cronico) si nota che i suddetti diminuiscono in tutte le ricerche, in seguito ad un trattamento antistress basato sulla metodologia Funzionale (realizzato -come già detto - o in gruppo o in incontri individuali).

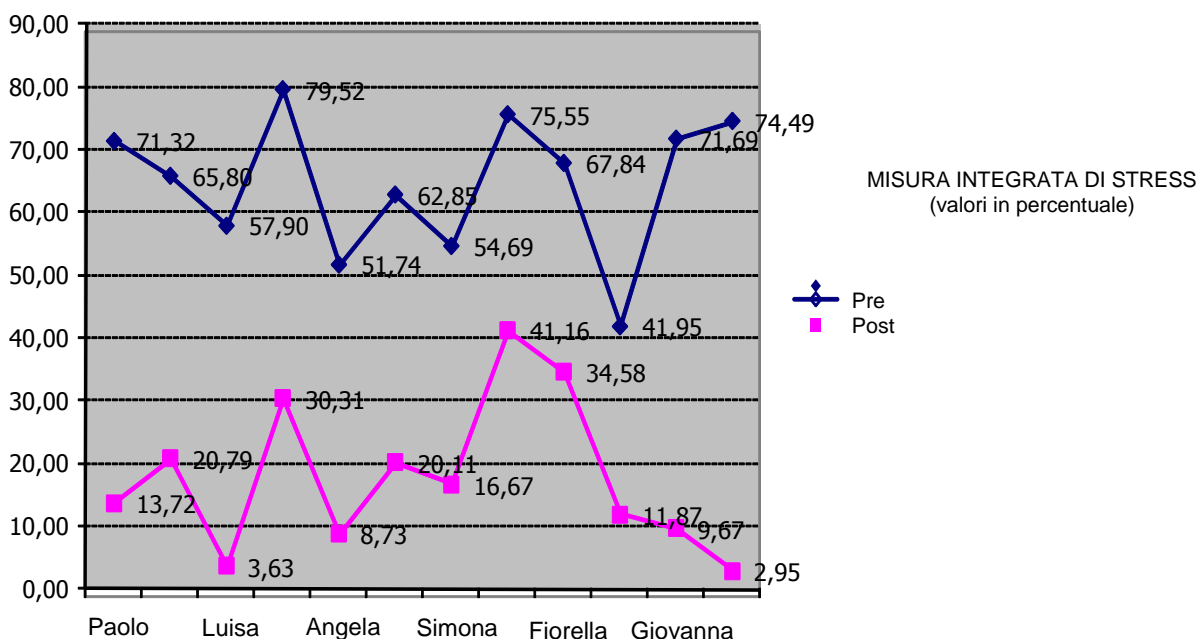
### 1<sup>a</sup> ricerca

In questa prima ricerca è stato effettuato un trattamento che prevedeva 8 incontri a cadenza settimanale, con 18 pazienti sottoposti a chemioterapia.

La prima Tabella riporta la valutazione dello stress pre e post trattamento (Dalle Luche C., 2010) attraverso lo strumento MSP, complessivamente; la seconda il valore della Misura Integrata di Stress di ogni paziente.

1° valutazione	6,46
2° valutazione	1,78

Più elevato è il valore dell'indice più elevato è il valore dello stress



### 2<sup>a</sup> ricerca

In questo caso sono stati svolti 8-10 incontri individuali due volte a settimana per tutta la durata del trattamento radioterapico (4-5 settimane) con 15 pazienti; i risultati sono stati messi a confronto con un gruppo di controllo.

	Gruppo Sperimentale	Gruppo di Controllo
1° valutazione	5,55	4,84
2° valutazione	4,14	4,93

Valutazione dello stress pre e post trattamento individuale (Pascaretta E., 2014 )

### 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> ricerca

In queste ricerche (unificate) sono stati adottati protocolli di trattamento Funzionale di gruppo.

Il gruppo antistress prevedeva un minimo di 6 incontri a cadenza settimanale. Il campione sperimentale era costituito da 13 donne operate alla mammella, di età compresa tra i 32 e i 65 anni, mentre il campione di controllo (che non ha seguito il percorso antistress) era composto da 11 pazienti con medesima diagnosi e fascia di età sovrapponibile.

I risultati complessivi sono riportati nella tabella seguente.

	Gruppo Sperimentale	Gruppo di Controllo
1° valutazione	5,87	5,43
2° valutazione	3,63	5,36

T test: 0.0033      p<0,01

Valutazione dello stress pre e post trattamento di gruppo (Pizzarelli C., 2010; Braccini L., 2011; Bernardini F., 2012)

In tutte e 4 le ricerche si nota che il valore dell'indice integrato di stress diminuisce sempre. Inoltre, negli studi rivolti al gruppo si dimostra un livello di significatività che conferma che la riduzione dello stress dipende dal trattamento effettuato.



## Risultati e conclusioni

I dati di queste ricerche dimostrano che **un intervento integrato con metodologia Funzionale antistress può essere utile per lavorare, nel percorso di cura ospedaliero, anche sul Benessere e sul recupero dei Funzionamenti di Fondo che permettono di migliorare la Qualità della Vita.** Possiamo notare che i pazienti oncologici che hanno partecipato alle ricerche nel gruppo sperimentale hanno visto migliorare il loro livello generale di Benessere in maniera significativa, riducendo il livello di stress: sono diminuiti i sintomi legati allo stress che spesso si sommano e si confondono con gli effetti della malattia e dei trattamenti farmacologici, in particolare i dolori generalizzati, l'insonnia e la stanchezza. I risultati sono stati soddisfacenti: si può notare un miglioramento notevole, a fine trattamento, anche della postura verso una maggiore morbidezza e mobilità. I pazienti hanno potuto ritrovare una sensazione di interezza e di unitarietà del corpo, premessa fondamentale per poter sperimentare il Benessere, una condizione psicofisica generale che porta a sensazioni di equilibrio e di armonia tra le varie Funzioni del Sé.

Emerge inoltre, nel gruppo sperimentale, un miglioramento rispetto alle paure e fantasie negative, le quali diminuiscono lasciando spazio a quelle positive; scompare la tristezza e l'angoscia a favore di una maggiore serenità; aumentano i movimenti ampi e morbidi. Anche il "doverismo" viene soppiantato dalla possibilità del piacere e del divertimento.

Questi dati confermano l'utilità dell'intervento Funzionale specificamente programmato per i pazienti oncologici, perché permette loro di sfruttare al meglio le proprie risorse, vivendo pienamente, e non accettando passivamente la malattia.

Il percorso antistress può preparare ad un lavoro più ampio di psicoterapia che preveda un riattraversamento e un consolidamento dei Funzionamenti di Fondo più carenti nella vita della persona. Al di là dell'esigenza di incidere sui fattori di stress, infatti, le persone che affrontano il percorso oncologico possono sentire il bisogno di un sostegno più continuativo nel tempo, che vada a lavorare su un intero percorso di vita, per dare significato alla malattia, che può diventare un messaggio da saper decodificare, per imparare ad ascoltarsi, per accogliere i bisogni fondamentali, rimasti spesso inespressi.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Andersen B.L., Yang H.C., Farrar W.B., Golden-Kreutz D.M., Emery C.F, Thornton L.M., Young D.C., Carson W.E. (2008). Psychological intervention improves survival for breast cancer patients. *Cancer*, Dec 15.
- Bottaccioli, F. (2011). *Psiconeuroendocrinoimmunologia*. Red Edizioni, Milano.
- Bottaccioli F. (2013). *La psico-neuro-endocrino-immunologia e il cancro. Evidenze cliniche e meccanismi*. Pnei review, n. 2.
- Di Nuovo S., Rispoli L., Genta E. (2000). *Misurare lo stress. Il test M.S.P. e altri strumenti per una valutazione integrata*. Franco Angeli, Milano.
- Di Nuovo S., Rispoli L. (2011). *L'analisi funzionale dello stress. Dalla clinica alla psicologia applicata*. Franco Angeli, Milano.
- Dion L.J., Engen D.J. et al. (2015). *Massage therapy alone and in combination with meditation for breast cancer patients undergoing autologous tissue reconstruction: a randomized pilot study.*, *Complement Ther Clin Pract.*, May 12.
- Luebbert K, Dahme B, Hasenbring M. (2001). *The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review*. *Psychooncology*. Nov-Dec; 10(6):490-50.
- Rispoli L. (1993). *Psicologia Funzionale del Sé*. Astrolabio, Roma.
- Rispoli L. (2004). *Esperienze di base e sviluppo del Sé*. Franco Angeli, Milano.
- Rispoli L. (2014). *Il manifesto del Funzionalismo Moderno*. Ed. Alpes
- Spiegel D. (2002). *Effects of psychoterapy on cancer survival*. *Nature Reviews Cancer*, may vol. 2: 1-7.
- Spiegel D. (2013). *Minding the body: psychotherapy and cancer survival*, *British journal of health psychology*.

## Psicoterapia Funzionale e Pnei

*Le basi scientifiche per la realizzazione di un modello sperimentale integrato nella gestione dei fattori di rischio cardiovascolare*

di Alessandro Arrigo, Psicologo, Psicoterapeuta Funzionale

Le malattie cardiovascolari comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico e ictus cerebrale) e rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale ma anche un notevole impatto in termini di disabilità.

Sebbene siano stati identificati numerosi fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari, tra cui in primis l'ipertensione, l'ipercolesterolemia, una vita sedentaria, fumo di tabacco e poco consumo di frutta e verdura, resta ancora molto da fare rispetto all'ampliamento del quadro complessivo della malattia, in materia di insorgenza delle patologie croniche che sono associate ai disturbi del sistema cardiocircolatorio.

Attualmente i dati del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, testimoniano per tutta l'Italia una scarsa attenzione alla prevenzione del fenomeno, nonché un'incompletezza dei fattori ritenuti critici e che attualmente configurano "la carta del rischio cardiovascolare", che i medici di base dovrebbero somministrare ai pazienti di età compresa tra i 35 e i 69 anni.

Alla luce del paradigma psiconeuroendocrinoimmunologico, oggi sappiamo che sarebbe "riduttivo" nonché molto più costoso ai danni della Sanità Pubblica non agire nel senso di:

- Ampliare la serie dei fattori di rischio cardiovascolare nella direzione di un *approccio integrato* che tenga conto della persona tutta, non frammentata ma configurante una Complessità Funzionale, esito di interrelazioni circolari profonde tra i Macropiani Funzionali (e Funzioni annesse), Cognitivo, Emotivo, Fisiologico e Posturale;
- Istituire di riflesso un'equipe interdisciplinare costituita da uno Psicoterapeuta Funzionale, un posturologo, un medico internista e un biologo nutrizionista o medico nutrizionista, che utilizzi di concerto l'Epistemologia Funzionale, con attività diagnostica di misurazione e analisi delle Funzioni alterate, e con un trattamento integrato e una valutazione secondo il sistema del Miglioramento Continuo della Qualità

*“integrazione tra Psicoterapia Funzionale e PNEI per una maggiore comprensione dei fattori di rischio cardiovascolare”*

delle prestazioni sanitarie e delle sue dimensioni, tra cui, Efficacia, Efficienza, Appropriatezza, Sicurezza, Accessibilità, Eticità ed Umanizzazione.

Queste, sono alcune delle azioni che costituiscono una mia proposta progettuale, elaborata con metodologia Project Management nell'ambito della strategia SNAI (Sviluppo Nazionale Aree Interne) nel Territorio madonita (Sicilia), finalizzata alla realizzazione di un modello sperimentale integrato di profilassi primaria per l'insorgenza di patologie cardiovascolari, e secondaria sui fattori di rischio.

L'ossatura epistemologica rappresenta un'integrazione tra PNEI e Psicoterapia Funzionale, che sottenda l'inclusione sistematica dei fattori di rischio cardiovascolari: quali la Funzione Sistema Immunitario, la Funzione Neuroendocrina (nelle sue declinazioni cardiovascolari), la depressione, lo stress cronico e i comportamenti alimentari nelle loro relazioni con tutti i Piani e le Funzioni del Sé.

L'operatività della Funzione Sistema Immunitario, con le sue Modificazioni Funzionali in senso TH1 e TH2, con rispettiva attivazione dei relativi profili citochinici, le cui alterazioni (verso l'interno per il TH1, con reazione cellumediata e verso l'esterno per il TH2 con reazione umorale) sono strettamente implicate nel processo di formazione della placca ateromasica (aterosclerosi).

In presenza di stress cronico, la continua attivazione simpaticotonica con conseguente aumento dei livelli plasmatici di adrenalina e noradrenalina funge altresì da innesco per l'alterazione della Funzione "Pressione Arteriosa" del Cardiocircolatorio, connessa alle polarità "Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterone" e "ANP Peptide Natriuretico Atriale", che, nello specifico, contrasta la formazione di Renina a livello renale del sistema, producendo da parte di quest'ultimo l'escrezione di sodio e acqua, e a livello surrenale inibendo la produzione di Aldosterone. L'ANP interviene altresì a livello cerebrale.

Il chiaro coinvolgimento del sistema immunitario suggerisce che sia l'infarto che l'aterosclerosi siano in realtà degli eventi *infiammatori*.

Semplificando, i rapporti tra aterosclerosi e infiammazione possono essere così riassunti:

1. L'Endotelio si inspessisce e diventa permeabile alle lipoproteine e al tempo stesso si trasforma in un centro di richiamo per le cellule immunitarie; sia con chemiochine che predisponendo agganci (molecole di adesione);
2. I macrofagi ingoiano le lipoproteine trasformandosi in cellule schiumose, e la presenza dei linfociti incrementa l'infiammazione con produzione di citochine;
3. Si crea una prima lesione, una striscia di grasso depositata al di sotto della parete e composta da lipoproteine, linfociti t e cellule schiumose;

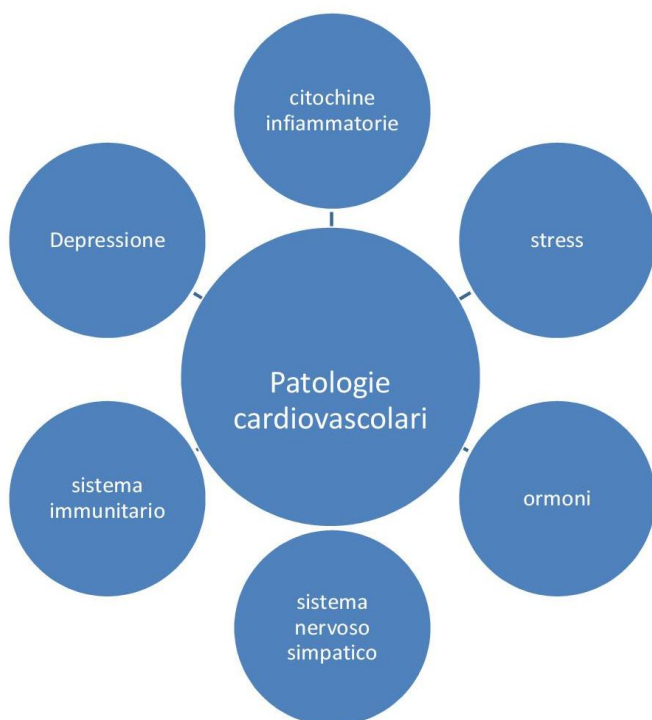
4. Da qui può formarsi la placca, con migrazione (dagli strati più interni della parete arteriosa) di cellule muscolari lisce e con accumulo di cellule immunitarie;
5. La placca viene rivestita da una capsula fibrosa, la cui eventuale rottura può implicare la formazione di trombi che possono occludere il vaso arterioso e provocare un danno cardiaco o cerebrale.

L'alterazione della Funzione Sistema Immunitario in senso proinfiammatorio costituisce altresì l'anello di congiunzione tra depressione e patologia cardiovascolare. La disfunzione endoteliale, la malattia coronarica, anomalie ematologiche come i segni dell'attivazione piastrinica, l'infarto al miocardio e le patologie cardiovascolari in genere, presentano un'incidenza tre volte maggiore nei soggetti depressi che nella popolazione generale.

*“l'infiammazione: collante tra distress aterosclerosi e depressione”*

## Complessità dei fattori eziologici nelle patologie cardiovascolari

Knut A. Hestad del Norwegian University Trondheim e collaboratori hanno riportato le prove a sostegno delle associazioni di base e i potenziali meccanismi causali per cui l'infiammazione potesse indurre o modulare i sintomi depressivi realizzando un programma di ricerca, sviluppato e integrato dalle conoscenze della psiconeuroimmunologia della depressione. Particolare



interesse ha suscitato l'evidenza degli studi che hanno suggerito il ruolo del sistema immunitario nella complessa fisiopatologia della depressione. Nella depressione maggiore si è riconosciuta, infatti, la presenza di attività nelle risposte immunitarie innate, confermate dai biomarker dell'infiammazione. Inoltre, la somministrazione delle citochine immunitarie innate agli animali da laboratorio e agli esseri umani ha dimostrato di indurre cambiamenti comportamentali che

si sovrappongono in modo significativo con i criteri di diagnosi della depressione maggiore. Di converso, la somministrazione ai pazienti con malattie infiammatorie di anticitochine ha

comprovato di ridurre i sintomi depressivi. Anche la condizione di distress cronico, rinomatamente capace di indurre disturbi depressivi, è in grado di attivare la risposta immunitaria innata. Peraltro, le citochine immunitarie innate influenzano in sostanza tutti i campi fisiopatologici rilevanti della depressione, quali la neurotrasmissione delle monoamine, la funzione neuroendocrina, la plasticità sinaptica e il metabolismo cerebrale regionale.

*Equilibrio Omega 6-  
Omega 3, un 'arma in  
più nel contrasto  
all'infiammazione*

Di particolare rilievo risulta anche il **comportamento alimentare** del soggetto. Ad esempio una dieta squilibrata in rapporto Omega 6 - Omega 3, in favore dei primi, costituisce di per sé un fattore predisponente l'infiammazione. L'attivazione dell'endotelio vasale determina da parte dei fosfolipidi della membrana, in presenza di acido arachidonico, acido grasso polinsaturo della serie Omega 6; e la generazione di eicosanoidi, suoi metaboliti generati dalle vie ciclossigenasiche e lipossigenasiche, ha svariati effetti proinfiammatori. Indispensabile risulta una dieta più bilanciata a favore degli Omega3, quindi assunzione di cibi che contengano acido diomogammalinoleico e eicosapentenoico (come verdura ricca di alfa-linoleico e pesce ricco di eicosapentenoico e docosaenoico), dai quali si producono metaboliti mediatori dell'infiammazione che presentano un'azione più blanda di quelli derivanti dall'omega 6, contrastando così gli effetti dell'infiammazione.

Per completare il quadro definiamo i rapporti tra **EBS, Filtro Funzionale della Percezione e Sistema Immunitario**. In "Esperienze di Base e sviluppo del Sé", Luciano Rispoli scrive: *"Ogni Esperienza di Base è un insieme di Funzioni, ognuna delle quali assume una determinata posizione nella propria gamma (tra una polarità e l'altra). Passare da un'Esperienza di Base all'altra è, in ultima analisi, la capacità di cambiare le Funzioni nelle loro gamme adeguando il modo di essere della persona in diversi contesti ambientali... In ogni caso le Esperienze Basilari del Sé devono avere uno svolgimento ripetutamente positivo affinché siano assicurati al bambino la continuità di esistenza del Sé (senza precoci e brusche interruzioni), la conservazione dell'integrazione originaria, uno sviluppo armonico e pieno di tutte le Funzioni Psico-corporee, l'acquisizione di un bagaglio di capacità il più ricco possibile"*.

E' proprio la modalità specifica di soddisfazione del bisogno primario, ripetuta nel tempo da parte dell'ambiente, che contribuirà alla specifica modalità di reazione individuale allo stressor, caratterizzata dal Filtro Funzionale della Percezione (Cfr. Rispoli, Misurare lo stress), che rappresenta la stratificazione delle esperienze precedenti dell'individuo: quindi patterns di interazione individuo-ambiente che determinano la modalità di reazione individuale agli stimoli. Ad esempio, di fronte ad uno stimolo stressante, la persona può reperire strategie efficaci e

meno efficaci per far fronte allo stress. Nella prima accezione siamo in una condizione di eustress dove, come sostiene Pancheri, l'attivazione biologico-comportamentale indotta dallo stressor si esaurisce e torna in una condizione di "baseline" fisiologico. Nella seconda, quando il Filtro Funzionale della Percezione risulta alterato, assistiamo ad una condizione di "cortocircuito", in cui l'evento stressante viene percepito in una configurazione Funzionale complessiva di alterazione del Sé, con un conseguente incremento progressivo dell'impatto globale negativo di stimoli stressanti. In tale condizione, *l'attivazione biologico-comportamentale indotta dallo stressor non si esaurisce nel tempo ma segue un aumento progressivo, senza ritorno alla condizione baseline* (definizione di Pancheri).

**Il Filtro Funzionale della Percezione** risulta interamente connesso anche con le modalità di risposta immunitaria. La stratificazione delle esperienze relazionali con l'ambiente in un'ottica Funzionale, si traduce direttamente in una stratificazione delle modalità di risposta immunitaria e degli esiti di tali interazioni che si

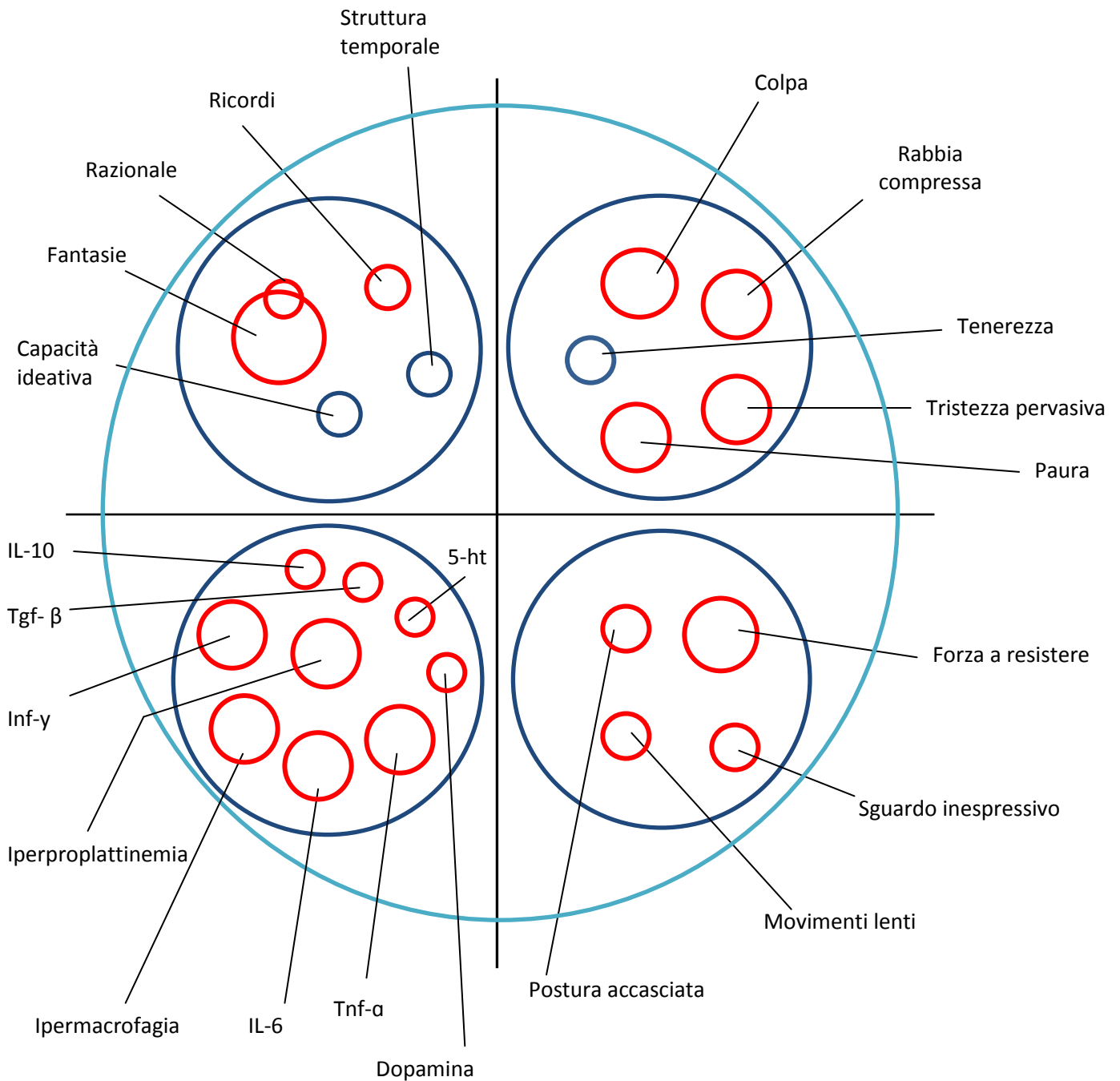
*“la percezione, l'impatto dello stressor, sono strettamente connessi con le modalità di risposta immunitaria”*

verificano sia in ambito strettamente immunitario (ad es. la produzione di memoria dell'incontro antigene-anticorpo con conseguente efficacia operativa, in seguito ad incontri successivi, nell'immunità acquisita) che in ambito di integrazione con gli altri Piani e Funzioni del Sé.

I contesti psico-corporei dei fattori di rischio più sopra descritti sono ricompresi tra tutti i Piani e le Funzioni del Sé. L'approccio olistico ma allo stesso tempo multifocale della Psicoterapia Funzionale, il modello di sviluppo nella dorsale Bisogni Fondamentali del Sé e del loro soddisfacimento da parte dell'ambiente nella realizzazione delle Esperienze Basilarie del Sé, e il modello dello sviluppo armonico delle Funzioni Psico-corporee nella loro ampiezza della Gamma e nei loro andamenti di Mobilità/Modularità, riflettono già di per sé un *nuovo paradigma* dei fattori di rischio cardiovascolare, che vede il Sistema Immunitario, il Sistema Endocrino, il Sistema Nervoso come Funzioni del Piano Fisiologico del Sé-Organismo intimamente connesse al Piano Cognitivo, Emotivo e Posturale, e le cui alterazioni corrispondono ad altrettante alterazioni delle Funzioni degli altri Piani.

Intervenire, come si potrebbe fare nel caso della Depressione, su una Postura accasciata, un Razionale ipotrofico incistato nelle Fantasie negative, un Senso del Tempo sclerotizzato e appiattito nel passato, un Controllo elevato ma lacerato, una Tristezza pervasiva, un Senso di colpa ipertrofico e sclerotizzato, vuol dire intervenire sulla *modularità dei parametri Neuro-Endocrino-Immunitari* e sulla *modularità delle Funzioni* le cui alterazioni (in termini di ipo-iper-trofia, scissione e sclerotizzazione) costituiscono di per sé l'insorgenza di fattori di rischio

per le malattie cardiovascolari (e non solo): più precisamente sulla *modularità della gamma TH1/TH2* del Sistema Immunitario coinvolto nei processi infiammatori dell'aterosclerosi e dell'infarto al miocardio; e sulla *modularità della gamma Simpatico/Parasimpatico* direttamente connessa alla *gamma Funzionale Renina-Angiotensina-Aldosterone e Peptide Natriuretico Atriale (ANP)*.



*Depressione: Diagramma Funzionale*



Quindi, alla luce di quanto detto, la depressione, lo stress cronico, il sistema immunitario con l'attivazione dei relativi profili citochinici in senso Th1 o Th2, il sistema endocrino con le alterazioni del circuito ipertensivo dell'angiotensina, il sistema nervoso, i comportamenti alimentari, e complessivamente tutte le Funzioni del Sé coinvolte, giocano un ruolo cruciale nel verificarsi dell'aterosclerosi delle coronarie, nell'alterazione della frequenza e della variabilità cardiaca,

nell'aumento della pressione arteriosa, nell'aumento della viscosità del sangue, nel rischio di infarto cardiaco e nella prognosi post-infarto.

La Psicoterapia Funzionale, epistemologicamente determinata dalla teoria della complessità, dalla teoria dei sistemi aperti e integrati, si pone al centro dei processi terapeutici per tali patologie, che in ultima analisi assumono una valenza e configurazione psico-corporea.

*“l'adozione di un sistema di diagnosi e trattamento integrati in ambito medico e psicologico, una strategia vincente”*

E' il lavoro sul ripristino/ricostruzione dei Funzionamenti di Fondo (che sono alla base di comportamenti, atteggiamenti, pensieri e Funzioni Fisiologiche), nelle varie fasi del Processo Terapeutico Funzionale, che può garantire una maggiore efficacia in termini di salute aggiunta e patologia evitata nella popolazione, in merito al trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare. Tale lavoro va eseguito in un'ottica sinergica che sappia integrare le competenze in ambito medico e psicologico, realizzando un sistema di diagnosi, trattamento e valutazione, condiviso, attraverso l'analisi e la misurabilità partecipata delle Funzioni coinvolte a livello dei vari Piani del Sé.

## BIBLIOGRAFIA

- Blalock E. (1997), *Neuroendocrinoimmunology*, III ed., Karger, Basilea.
- Bottaccioli F. (2005), *Psiconeuroendocrinoimmunologia*, Studio, Milano.
- Bottaccioli F. (2007), *Il Sistema immunitario la Bilancia della Vita*, Tecniche Nuove, Milano.
- Di Nuovo S., Rispoli L., Genta E. (2000), *Misurare lo Stress*, Franco Angeli/Linea Test, Milano.
- Mellor AI, Munn Dh (1999), *Tryptophan catabolism and T-cell tolerance: immunosuppression by starvation?*, Immunol Today
- Pancheri P, Biondi M (1979), *Stress, emozioni e sistema immunitario*, Mondadori, Milano.
- Ricciardi Castagnoli P., *Il Sistema Immunitario*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Rispoli L. (1993), *Psicologia Funzionale del Sé*, “Astrolabio”, Roma.
- Rispoli L. (2004), *Esperienze di Base e Sviluppo del Sé*, Franco Angeli, Milano.
- Rispoli L. (1998), *La psicoterapia funzionale corporea : verso un modello complesso e multidimensionale*, in Lo Verso G., Ceruti M. ( a cura di) “Epistemologia e Psicoterapia”, Cortina, Milano.
- Romagnani S. (1991), *Human TH1 and TH2: doubt no more*, Immunol today.
- Romagnani S. (2000), *Malattie del Sistema Immunitario*, Mc Graw-Hill, Milano.

## Demenza di Alzheimer (AD)

*Uno sguardo Funzionale nel mondo dell'Alzheimer*

di **Cinzia Simona Cavalieri – Psicologa, Psicoterapeuta Funzionale**

*“L'Alzheimer è una malattia desolata, vuota e arida come il deserto. Un ladro di cuori e di anime e di memorie.”* (Sparks N., 1996) ...è una malattia che comporta la perdita della memoria, dell'identità della persona, che causa la rottura del legame con il proprio essere, con le proprie radici, con i propri affetti...

Risale al 1987 l'introduzione, nel DSM-III-R, di criteri clinici secondo cui la Demenza è definita come una “sindrome clinica caratterizzata da perdita delle funzioni cognitive, tra le quali la memoria, di entità tale da interferire con le usuali attività sociali e lavorative del paziente”.

Il primo sintomo della demenza è generalmente la perdita della memoria, soprattutto per gli eventi recenti: il paziente tende ad essere ripetitivo e possono verificarsi episodi di disorientamento spazio-temporale. Successivamente anche la memoria remota subisce progressivamente delle perdite, la capacità di ragionamento e di giudizio si riduce così come le abilità di astrazione e concettualizzazione. Subentrano le prime modificazioni comportamentali, poi sempre più evidenti.

In una fase successiva il paziente perde la capacità di apprendere nuove informazioni, tende a perdersi anche in ambienti conosciuti e, generalmente, necessita di assistenza anche per lo svolgimento di azioni prima familiari. Nelle fasi avanzate della malattia il paziente diventa incapace di svolgere qualsiasi attività della vita quotidiana, diventa mutacico e, spesso, è necessario l'intervento di una forma di alimentazione artificiale.



Risulta chiaro come la demenza non colpisca solo il paziente designato ma tutta la sua famiglia, sulla quale peserà il grande carico assistenziale ed emotivo.

Poiché l'AD può avere una evoluzione di diversi anni, alla lunga l'assunzione totale del ruolo di Caregiver (= colui che si prende cura) potrà portare a dei costi “sociali” e “fisici” non indifferenti: si avrà sempre minor tempo libero da dedicare a se stessi e ai propri interessi, si ridurranno le amicizie e le relazioni sociali, ci si chiuderà sempre più in un isolamento forzato. A tutto questo vanno aggiunti anche i costi “emotivi”, dovuti allo stress, alle preoccupazioni, alle responsabilità e, aspetto non trascurabile, al

fatto che i caregiver spesso sono costretti a svolgere funzioni per le quali non hanno alcuna competenza o ad assumere dei “ruoli invertiti” a cui non sono abituati.

È stato osservato come l’aumento dello stress del caregiver sia proporzionale all’avanzare del deterioramento cognitivo del familiare e come sia possibile parlare di un vero e proprio processo di adattamento caratterizzato dalle fasi di *negazione, coinvolgimento eccessivo, collera, colpa e accettazione*. Si fanno strada sentimenti di collera: verso il congiunto, verso se stessi, verso gli operatori; si cominciano a sperimentare anche sensi di colpa per i sentimenti e le emozioni contrastanti che si provano: per la rabbia, l’impazienza, l’imbarazzo, per la sensazione di non farcela e di voler abbandonare tutto, per la tentazione di voler ricorrere all’istituzionalizzazione e per il desiderio di sentirsi nuovamente “liberi”. L’accettazione avviene lentamente e, con il passare del tempo, le conseguenze della malattia cominciano ad apparire evidenti, senza maschere, senza giustificazioni. Il nostro caro non è più quello di prima; piano piano e in modo inesorabile va verso la fine e noi iniziamo a comprendere e a “sentire” realmente la perdita della persona cara.

Per affrontare un carico emotivo così grande è importante che il caregiver impari a conoscere, capire e accettare le proprie emozioni: angoscia, imbarazzo, rabbia, senso di colpa, solitudine; e che impari, di conseguenza, a prendersi cura di se stesso per essere poi in grado di prendersi cura del proprio caro.

*“il caregiver  
impari a  
conoscere, capire  
e accettare le  
proprie emozioni:  
angoscia,  
imbarazzo,  
rabbia, senso di  
colpa, solitudine”*

*“i caregiver spesso  
sono costretti a  
svolgere funzioni per  
le quali non hanno  
alcuna competenza o  
ad assumere dei  
“ruoli invertiti” a cui  
non sono abituati”*

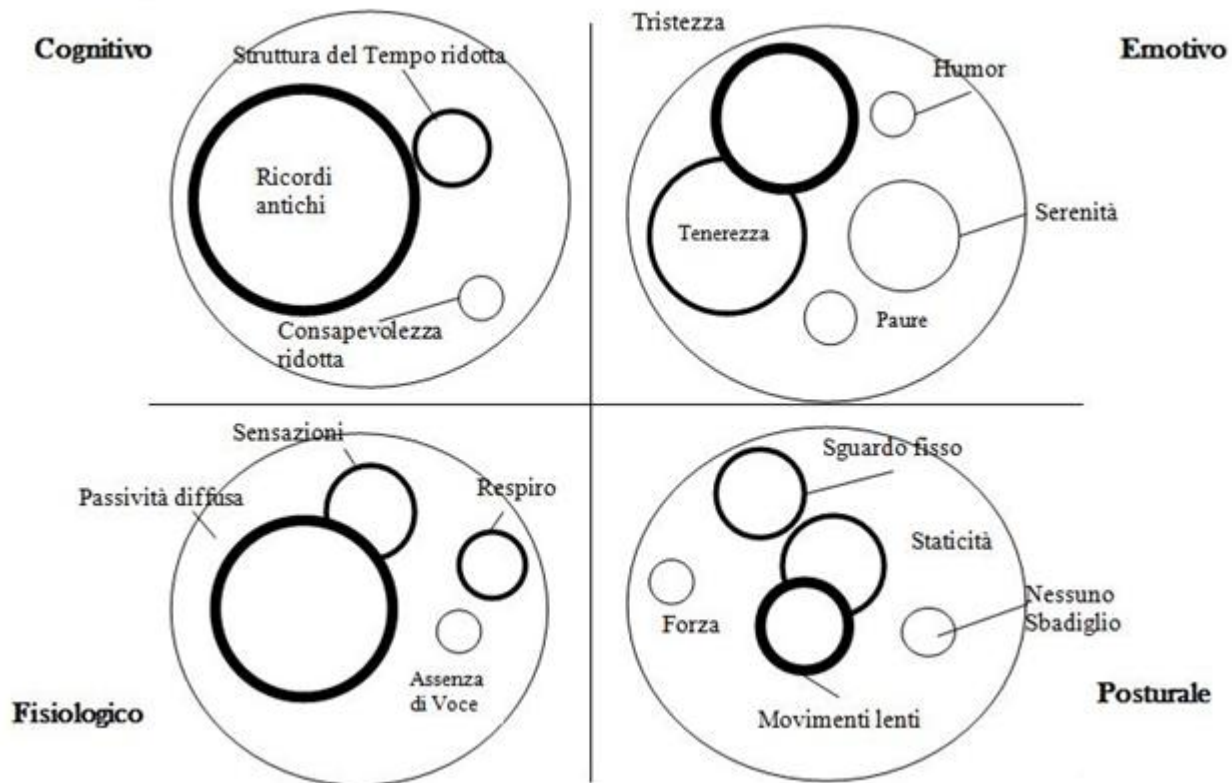
A tale scopo la Psicologia Funzionale può aiutare ad evidenziare i funzionamenti peculiari dell’individuo al fine di progettare un intervento preciso e mirato.

La diagnosi in Psicologia Funzionale non si basa sui sintomi o sulle tipologie ma sull’organizzazione del Sé della persona (del gruppo, della famiglia, dell’istituzione), considerata nella sua storia e nella sua unicità. Nel farlo si avvale di rappresentazioni grafiche che permettono di osservare sia la configurazione delle varie Funzioni<sup>7</sup> sia l’andamento che, nel corso della vita, hanno avuto le Esperienze Basilari del Sé<sup>8</sup>; come dire, un’attenzione

<sup>7</sup> Le costituenti dell’intero Sé psico-corporeo (emotive, cognitive, razionali, simboliche, ma anche motorie, posturali, fisiologiche, endocrine).

<sup>8</sup> Le Esperienze fondamentali nell’infanzia che diventano le varie Capacità (o Funzionamenti di fondo) alla base di pensieri, atteggiamenti, emozioni.

rivolta contemporaneamente al “particolare” (le singole Funzioni) e al “globale” dell’individuo. È quindi possibile rappresentare, tramite i Diagrammi Funzionali, il funzionamento del paziente demente (Fig. 1) e del caregiver (Fig. 2).



**Fig.1 Diagramma Funzionale Paziente Demente**

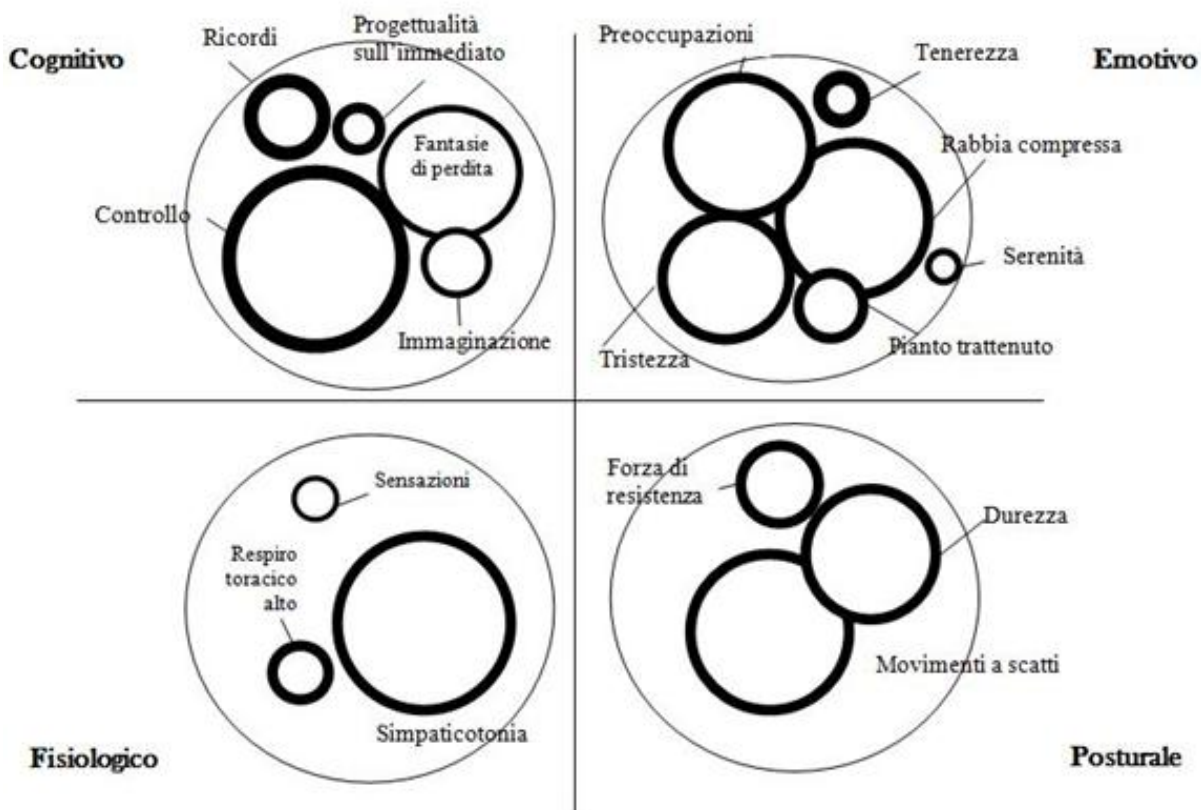
Osservando il diagramma Funzionale del paziente demente saltano subito agli occhi alcuni degli aspetti peculiari (Fig.1).

Partendo dal piano **Cognitivo** si può evidenziare ad esempio che l’evoluzione della malattia comporta una ipotrofia della *Consapevolezza* e della *Struttura del tempo* contro una sclerotizzazione ed una ipertrofia della Funzione *Ricordi*. Queste alterazioni si possono spiegare facilmente se si pensa che il peggioramento cognitivo comporta necessariamente una diminuzione del grado di consapevolezza (salvo qualche sporadico momento di lucidità) e una perdita del concetto di tempo, sia in senso di “semplice trascorrere” dei minuti, delle ore e dei giorni, che di differenziazione tra passato, presente e futuro. D’altra parte si osserva anche come i “ricordi”, quelli molto antichi, diventino sempre più presenti ed ingombranti tanto da “sconvolgere” la percezione del paziente e fargli cercare luoghi e persone appartenenti ad un passato ormai remoto. Sul piano **Emotivo** il progredire della malattia porta ad una complessificazione; le *Paure* diminuiscono (proprio grazie a questa “minore presenza mentale” del paziente) mentre aumenta questa infinita *Tenerezza* accanto

ad un inaspettato senso dell'*Humor* e ad una *Tristezza* sempre più invadente che si affaccia di tanto in tanto nella vita del paziente in modo sempre più sclerotizzato ed uguale a se stesso.

Sul piano **Fisiologico** si assiste ad un progressivo passaggio da uno stato di simpaticotonia, dovuto ai dubbi, agli interrogativi e alle aspettative che ancora accompagnano la fase iniziale della patologia, ad una condizione di *Passività diffusa*, con un *Respiro* che, da toracico alto, diventa quasi inesistente e, parimenti, una *Voce* talmente flebile da essere quasi assente. Anche le *Sensazioni* subiscono delle trasformazioni: diventano meno sclerotizzate ma più ipotrofiche.

Per concludere, anche nel piano **Posturale** si assiste a delle inevitabili trasformazioni; la *Forza* diventa sempre più piccola e ipotrofica e compaiono una *Staticità*, una lentezza dei *Movimenti* e un'assenza di *Sbadigli* che ben si spiegano se si pensa alla Passività evidenziata nel piano Fisiologico. Anche lo *Sguardo* assume delle caratteristiche peculiari e appare talvolta fisso e inebetito, talvolta sfuggente, a seconda delle variazioni comportamentali a cui il paziente va incontro.



**Fig. 2 Diagramma Funzionale Caregiver Paziente medio/grave**

Se osserviamo poi il Diagramma Funzionale del caregiver (Fig.2), saltano agli occhi degli aspetti particolari, anche se è necessario specificare che l'evoluzione indicata non è obbligatoriamente prestabilita per tutti i caregiver. È chiaro infatti che il modo di affrontare questa situazione (così

come tante altre) sarà strettamente dipendente dalla storia personale dell'individuo e dall'aver potuto adeguatamente attraversare le Esperienze Basilarie del Sé durante l'infanzia.

Tornando alla lettura del Diagramma, appaiono chiare da subito le progressive alterazioni a cui vanno incontro Funzioni del piano **Cognitivo** quali Ricordi, Controllo e Progettualità.

Il peggioramento della patologia e, di conseguenza, il cambiamento delle dinamiche familiari, si riflette in un *Controllo* sempre più ipertrofico e sclerotizzato (quasi inevitabile se si pensa che un caregiver deve rivolgere un'attenzione totale al paziente e a quanto gli sta attorno), in una *Progettualità* sempre più ipotrofica e limitata all'immediato presente, e nei *Ricordi* sempre più chiusi e stereotipati, quasi a non riuscire a richiamare alla mente quanto c'è nell'immediato passato. Un Razionale, prima ben presente, lascia ora il posto a delle *Fantasie di perdita* espanse e direttamente correlate ad una *Immaginazione* limitata e poco proiettata al futuro.

Sul piano **Emotivo**, *Paura* e *Preoccupazioni* sempre vigenti si accompagnano ad una *Tristezza* stereotipata e invadente; quest'ultima, infatti, non trova un'apertura nella *Tenerezza* che, anzi, diventa sempre più chiusa e bloccata nel suo manifestarsi. La *Rabbia* e il *Pianto*, dapprima liberi di manifestarsi e congruenti con le trasformazioni che si succedono, diventano Rabbia compressa e Pianto trattenuto, quasi a sottolineare ulteriormente la chiusura a cui il caregiver va incontro nei confronti del mondo esterno e delle proprie emozioni. Tutto questo, ovviamente, pone le basi per una *Serenità* quasi inesistente e totalmente scissa dalla realtà.

Sul piano **Posturale** spiccano una *Forza* di resistenza sclerotizzata e una *Durezza* evidente anche dall'esterno tesa a creare una corazza sempre più impenetrabile a sensazioni e sentimenti.

Per finire, sul piano **Fisiologico** si assiste ad un procedimento quasi inverso a quello del paziente; il livello di *Simpaticotonia* aumenta a dismisura in contrapposizione a delle *Sensazioni* talmente ridotte da arrivare quasi a scomparire.

La lettura dei Diagrammi Funzionali, dunque, ci permette in un colpo solo di evidenziare, confrontare e possibilmente anticipare, le trasformazioni che l'evoluzione della patologia comporta, in quanto saltano subito all'occhio quali sono gli aspetti che hanno subito alterazioni, e le scissioni che si sono create all'interno di uno o più Piani Funzionali; allo stesso modo appare evidente quali siano le Funzioni meno scisse e sclerotizzate da cui bisogna partire per arrivare a ricreare una sufficiente integrazione.

In questo modo si può progettare un intervento sulle radici profonde del funzionamento della persona in modo da far sì che, attraverso un lavoro calibrato, si ritrovi l'interezza e l'armonia venute meno con le difficoltà della vita.

Un intervento mirato, infatti, può aiutare paziente e caregiver ad allentare l'isolamento e lo stress a cui sono sottoposti, ampliare la possibilità di guardare la propria situazione da più punti di vista, aiutarli (nel caso del caregiver) a riportare su se stessi una parte di tutta l'attenzione dedicata al malato, e, quindi, a ritrovare o preservare energia e salute.

Possiamo, in conclusione, aiutare i pazienti a raggiungere una maggiore serenità, ad accrescere il loro benessere, a migliorare la loro qualità della vita, a prescindere da una patologia la cui evoluzione e conclusione, pur con tempi e modalità personali, è a tutt'oggi ineluttabile.

*“aiutare i pazienti a raggiungere una maggiore serenità, ad accrescere il loro benessere, a migliorare la loro qualità della vita”*

## **BIBLIOGRAFIA**

- Di Nuovo S. (a cura di), *Mente e immaginazione. La progettualità creativa in educazione e terapia*, Franco Angeli, Milano, 1999
- Federazione Alzheimer Italia (a cura di), *Manuale per prendersi cura del Malato di Alzheimer, Seconda edizione aggiornata*. Commissione Europea, Alzheimer Europa, 2003
- Lavadas E., Berti A. *Neuropsicologia*, Il Mulino, Bologna, 2002
- Rispoli L., *Esperienze di Base e sviluppo del Sé*. Franco Angeli, Milano, 2004
- Rispoli L., *Psicologia Funzionale del Sé*, Astrolabio, Roma, 1993
- Sparks N. *Le pagine della nostra vita*. Frassinelli, 1996
- Trabucchi M. *Le demenze*. Utet

### Articoli:

- AA.VV., *Allenando la mente*. Assistere un familiare a casa. I quaderni di Salute & Benessere
- AA.VV., *Il buio oltre i ricordi*. Assistere un familiare a casa. I quaderni di Salute & Benessere
- AA.VV., *Vecchio non vuol dire infelice*. Assistere un familiare a casa. I quaderni di Salute & Benessere
- Rispoli L., Belloni Sonzogni A., Fumagalli A., Nava P., *Paziente Alzheimer e Teoria Funzionale del Sé*, Milano, 1999
- Rispoli L., Duguid A., *La psicologia Funzionale e le Esperienze Basilarie del Sé*
- Rispoli L., *La psicoterapia corporea e il suo sviluppo Funzionale*

### Siti internet:

- [www.alzheimer.it](http://www.alzheimer.it)
- [www.centroalzheimer.it](http://www.centroalzheimer.it)
- <http://www.alzheimer-aima.it/>
- <http://www.neuro.it/linee.htm#demenza>

## LA SEF

è una Scuola di Psicoterapia riconosciuta dal MIUR (D.M. 1611 del 2000), dalla EABP (European Association for Body-Psychotherapy) dal 1999 e dal CSITP (Comité Scientifique Internationale de Thérapie PsychoCorporelle) già dal 1987. È iscritta al CNSP (Coordinamento Nazionale delle Scuole in Psicoterapie) e al CNCP (Coordinamento Nazionale Counselor Professionisti).

La nostra Scuola fornisce metodologie e tecniche di intervento concrete e precise, sia a livello individuale che di gruppo, poiché puntiamo molto nella ricerca ed utilizziamo le scoperte più avanzate delle neuroscienze.

### **Sedi in Italia**

Brescia, Catania, Firenze, Lecce, Milano, Napoli, Padova, Palermo, Roma, Trieste.

Crediamo nella formazione e nella crescita professionale; per questo motivo proponiamo un ventaglio formativo molto ampio che parte dai seminari e dai workshop gratuiti, Corsi ECM, aggiornamenti continui, fino ad arrivare ai Master Specialistici, ai Corsi per Counselor Professionista, ed alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Funzionale.

Ogni anno, sia per i Master che per la Scuola di Specializzazione, sono previste Borse di Studio.

*“Migliorare la propria professionalità è un valore di prestigio ma soprattutto un vantaggio competitivo nel mondo del lavoro”*

### **Per informazioni**

Telefono: 081.03.22.195 (Sede Centrale)

Email: [formazione@psicologiafunzionale.it](mailto:formazione@psicologiafunzionale.it)

Internet: [www.psicologiafunzionale.it/sef](http://www.psicologiafunzionale.it/sef)