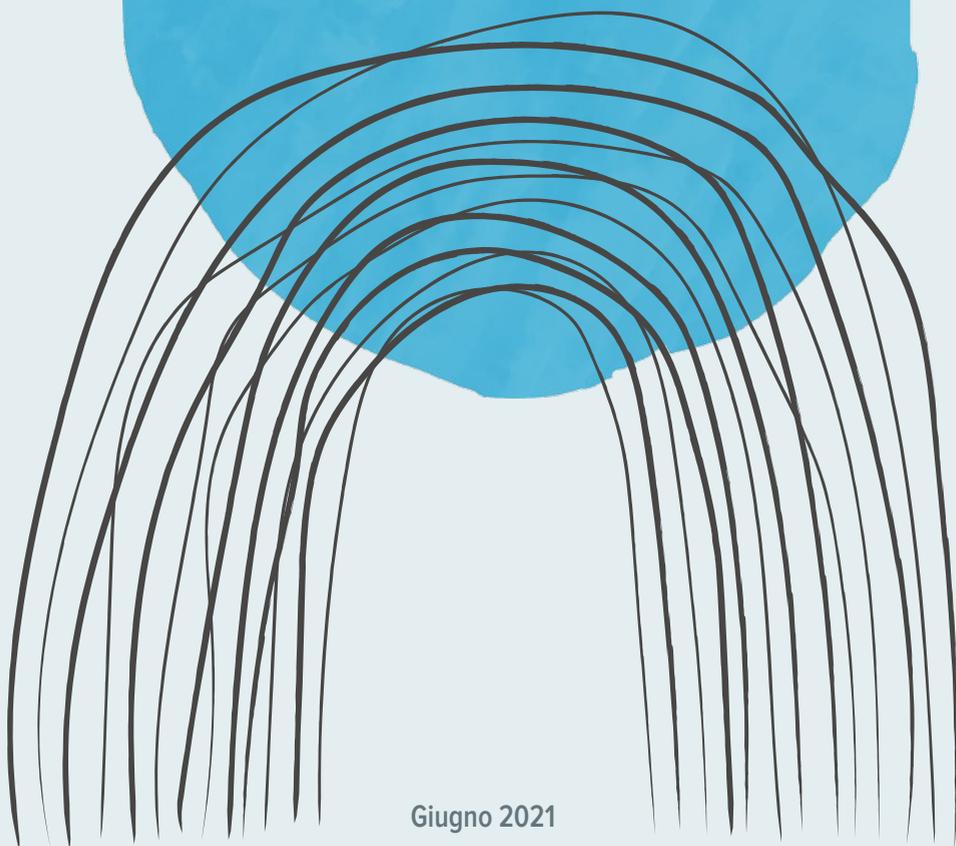


#3

**DIALOGO FRA NEUROSCIENZE
E FENOMENOLOGIA PER
LA COMPrensIONE E LO
SVILUPPO DEI PROCESSI DI
CAMBIAMENTO INTENZIONALE
DEL COMPORTAMENTO**



Giugno 2021

**DIALOGO FRA
NEUROSCIENZE E
FENOMENOLOGIA
PER LA COMPrensIONE
E LO SVILUPPO DEI
PROCESSI DI CAMBIAMENTO
INTENZIONALE DEL
COMPORAMENTO**

I volumi sono stati realizzati a partire da un approfondimento del ciclo di Seminari Metaloghi organizzati da Luoghi di Prevenzione da giugno 2020 a maggio 2021.
A cura di Sandra Bosi, Responsabile di Luoghi di Prevenzione.

Autori dei temi trattati

Giulia Bertozzi, Sandra Bosi, Corinna Braglia Amelia Ceci, Christiano Chiamulera, Giulio Pasca, Mara Pelusi, Rosa V. Romanelli

Contributo editing

Francesca Zironi, segreteria gestionale LdP

© Copyright 2021 Lega Contro i Tumori,
sez. LILT di Reggio Emilia

Realizzazione editoriale e progetto grafico



Via A. Gherardesca, 1 - 56121 Ospedaletto-Pisa
www.pacineditore.it - info@pacineditore.it

Fotolito e Stampa
IGP Industrie Grafiche Pacini



*a Carlo DiClemente
per l'eccellenza con cui da dieci anni
segue le attività di Luoghi di Prevenzione*

Indice

INTRODUZIONE.....	7
NEUROBIOLOGIA E MODELLO TRANSTEORICO DEL CAMBIAMENTO.. Cristiano Chiamulera	9
Commenti, approfondimenti, domande..... Rosa V. Romanelli – Amelia Ceci	11
Fenomenologia, Neuroscienze e Processi di Cambiamento..... Amelia Ceci	12
L'APPROCCIO FENOMENOLOGICO NELL'APPLICAZIONE DEL TTM A LUOGHI DI PREVENZIONE..... Sandra Bosi	15
Persona: proprietà emergenti di sistemi complessi	19
Spazio e tempo vissuto	21
Persona, corpo, corpo vissuto	22
Empatia, soggettività e relazione	23
COMMENTI E DOMANDE..... a cura del Gruppo di Medici di Medicina Generale in formazione di Modena e Reggio Emilia	27
CONCLUSIONI.....	33
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE.....	35

Introduzione

Il quaderno è un meta-discorso sui contributi di neuroscienze/neurobiologia e fenomenologia nella applicazione del TTM a Luoghi di Prevenzione (Ldp).

La concentrazione sui paradigmi fenomenologici di spazio e tempo vissuti, sono integrati da elementi sensoriali, emotivi, neurobiologici, relazionali nella lettura dei processi di cambiamento.

Gli interventi di Cristiano Chiamulera e Sandra Bosi chiariscono rispettivamente la posizione delle neuroscienze e della fenomenologia rispetto al rapporto con il TTM i cui fondamenti sono raccolti nel metalogo 5. **“Processi del cambiamento e tecniche interattive nell’approccio motivazionale: strumenti per i professionisti e gli educatori”**.

Il TTM deriva da un approccio psicologico cognitivo-comportamentale; descrive il processo del cambiamento dei comportamenti disadattivi dal punto di vista della persona che cambia. Non interpreta i risultati, accompagna e sostiene il soggetto in cambiamento con un percorso che implica la messa in gioco di aspettative, valori di riferimento, giudizi, pregiudizi, emozioni, relazioni.

La presa di decisione avviene soltanto quando queste categorie individuali si sono armonizzate e collaborano per l’ottenimento del risultato atteso.

Ldp sta applicando il TTM in una prospettiva fenomenologica che legge il cambiamento con le lenti fornite da un pensiero i cui focus sono: **spazio e tempo vissuti**, e **salute soggettiva** nella trasformazione personale. L’attuazione è veicolata da metodologie attive facilitanti l’analisi individuale e il rispecchiamento di gruppo.

La neurobiologia è uno dei settori scientifici più all’avanguardia. Le scoperte alimentano la tecnologia la quale a sua volta facilita nuove scoperte. La meccanica di molti dei nostri processi cerebrali è piuttosto conosciuta; non si sono fatti passi avanti significativi nella comprensione di “chi sia” la persona che sceglie di cambiare qualcosa di sé; tuttavia la neurobiologia ha portato alla nostra attenzione una proprietà emergente del sistema complesso costituito dal cervello e da sistema nervoso: la **neuro plasticità**.

Le reti neurali apprendono dall’esperienza che produce un lento cambiamento della loro configurazione attraverso collegamenti sinaptici della loro architettura diversa da persona a persona. (aspetti neurobiologici della identità personale_ metalogo 4 Identità personale, Identità dei luoghi, Identità digitale, identità virtuale).

Si è piuttosto lontani dall’individuare le vere ragioni per cui ci si comporta, si impara, si sente proprio in un certo modo. Poiché è stato dimostrato che stimoli provenienti da diversi canali sensoriali, se positivi, ripetuti e scanditi nel tempo, possono contribuire favorevolmente a configurazioni sinaptiche facilitanti il cambiamento dei comportamenti,

LDP ha intrapreso un dialogo proficuo con la neurobiologia, con cui si condividono alcuni pilastri di base:

Embodied = il cervello è nel corpo;

Enacted = siamo potenzialità d’azioni;

Extended = siamo oltre il corpo, nel raggio extracorporeo dell’essere;

Embedded = siamo parte dell’ambiente, spazio di percezione e azione.

sviluppati nelle pagine di Cristiano Chiamulera.

I tre campi di pensiero, diversi, ma non privi di affinità, si confrontano dialetticamente, prefiggendosi di riconoscere le condizioni che favoriscono o ostacolano il cambiamento positivo nell'educazione e nella cura quando affrontano il concetto di salute.

Ambito educativo/ formativo: come si affronta il concetto di salute

- analisi dei vissuti: quali sono le associazioni che più si sentono/vicine alla parola salute?
- approfondimenti informativi (area cognitiva): cosa è necessario sapere per capire e saper spiegare il concetto di salute? Come si potrebbero usare queste informazioni?
- approfondimento espressivo: quali sono le emozioni o le relazioni che si associano più facilmente al concetto di salute/benessere; malessere/malattia? Quanto la dimensione affettiva è implicata nel concetto di salute?
- “contrattazione”: definizione di un obiettivo di salute/ cambiamento: come si potrebbe migliorare il clima formativo, educativo, gli spazi della cura? Ci si possono dare obiettivi specifici?

Ambito di cura: come si affronta il concetto di salute? (l'esempio di un intervento clinico breve)

- analisi dei vissuti: come si sente oggi? Da 1 a 7 come definirebbe il suo stato? Saprebbe spiegarmi il perché? *È una delle applicazioni pratiche del TTM.*
 1. *Esplorazione cognitiva*: quali sono le informazioni che le potrebbero essere utili per aiutarla a prendersi cura di sé?
 2. *Esplorazione espressiva*: come potrei esserle di aiuto; quai sono le emozioni più forti che prova trovandosi qua?
 3. *Contrattazione di un obiettivo di cambiamento*: proviamo a stabilire insieme quale, per lei, potrebbe essere un obiettivo soddisfacente e concreto. Possiamo darci dei tempi per ottenerlo a cui io possa contribuire?

Le considerazioni effettuate costituiscono già un modo immediato per comprendere quali siano gli aspetti che possono favorire un confronto fra approccio fenomenologico, TTM e basi neurobiologiche dell'identità personale. La tabella sotto riportata li pone in evidenza.

È facile individuare che il superamento del dualismo psicofisico, il concetto di **proprietà emergenti**, il concetto di **connessione**, il concetto di **empatia**, il concetto di **ordine e esattezza del linguaggio** sono comuni a tutte e tre gli ambiti.

La scelta di LdP di approfondire e rendere sempre più forte e stabilizzato nel tempo il dialogo fra i tre settori è essenziale alla sua natura, interessata ad una prospettiva antropologica che segua le fasi dell'esistere umano come percorso di umanizzazione che superi i tanti facili dualismi per arrivare ad una definizione più soddisfacente del mondo vitale, quello in cui ognuno di noi opera le proprie scelte.

Promuovere salute significa anche restituire una consapevolezza di quanto le dimensioni interiori che non possono essere oggetto di scienza alcuna, siano di pertinenza di tutti e, spesso possano inficiare anche i risultati attesi della ricerca scientifica meglio concepita.

Neurobiologia e Modello Transteorico del Cambiamento

Cristiano Chiamulera

Concetti chiave:

1. Proprietà Emergenti: da neuroni e sinapsi ai processi psicologici e comportamentali: un continuo, spontaneo ed evolutivo dialogo biologico
Cibernetico? No, ma basato su neuroplasticità e neuroadattamento (*diventiamo quello che facciamo e pensiamo*)

2. Siamo un ciclo di input-output... ma qualcosa rimane:
Memoria: Tempo e Esperienza (cosciente e no):
memoria come fonte evolutiva di automatismo (economia), piani esecutivi (strategia) e decisioni (tattica);
memoria maladattativa di inibizione, evitamenti, traumi, paure.

3. Le 4 E:

Embodied = il cervello è nel corpo;

Enacted = siamo potenzialità d'azioni;

Extended = siamo oltre il corpo, nel raggio extracorporeo dell'essere;

Embedded = siamo parte dell'ambiente, spazio di percezione e azione.

4. La realtà virtuale come modalità di evoluzione della scenografia teatrale (*diventiamo quello che facciamo e pensiamo in quel spazio/luogo*)

La visione che si sta recentemente affermando nell'ambito delle neuroscienze è quella delle "proprietà emergenti". Come sappiamo, il cervello è composto da neuroni e sinapsi, questo sistema emerge "nella realtà" in quello che vediamo come fenomeno: pensieri che riportiamo all'esterno attraverso il linguaggio, azioni e gesti. Non si tratta, però, di un percorso a senso unico (impulso elettrico=pensiero → azione/linguaggio/gesto), bensì di un dialogo continuo con il mondo esterno, perché si è visto che il percorso funziona anche all'inverso: le azioni influiscono sui pensieri con la creazione di nuove sinapsi o il rimodellamento di quelle già esistenti. Questo processo viene definito come neuroplasticità e neuroadattamento: il pensiero e il comportamento influiscono l'uno sull'altro, quindi, si può affermare che noi diventiamo quello che facciamo e pensiamo.

La complessità di questo sistema non si riduce, tuttavia, ad un modello di funzionamento input/output che si esaurisce nel momento in cui ha soddisfatto il bisogno per cui si è creato, qualcosa rimane. Questa "impronta" è la memoria: biologicamente/organicamente risiede ed è organizzata in un'area definita dell'encefalo (ippocampo) ed è composta da quello che

rimane del tempo e dell'esperienza della nostra vita, è la dimostrazione più lampante della modifica neuroplastica dei nostri circuiti. La memoria non è solo quella consapevole, è anche una riserva evolutiva di automatismi, di piani esecutivi (strategie) e decisioni (tattiche) che si sono sviluppate e hanno plasmato i nostri circuiti cerebrali nel corso dell'evoluzione della specie. Le caratteristiche di questa riserva hanno sì un significato fondamentale perché hanno permesso la sopravvivenza, ma sono anche alla base di un funzionamento maladattativo della memoria: quello che genera traumi evitamenti, paure.

Per meglio caratterizzare il sistema delle proprietà emergenti è stato creato il modello delle 4 E:

- *Embodied*: il cervello è nel corpo: è un organo che, insieme ad altri, lo compone;
- *Enacted*: il nostro cervello ha potenzialità di azione in base agli stimoli offerti dall'ambiente;
- *Extended*: riusciamo ad essere, ad esistere al di fuori del nostro corpo/esiste un raggio d'azione extracorporeo dell'essere (potremmo quantificarlo in circa un metro) in cui ad esempio risiede almeno parte della nostra memoria (smartphone);
- *Embedded*: siamo parte/immersi nell'ambiente da cui otteniamo le percezioni e su cui agiamo con le nostre azioni in base a quelle potenzialità d'azione che ci sono fornite proprio da quel dato ambiente in quel dato momento e che non sono le stesse che riceveremmo in un altro e/o in un momento differente. Si può quindi dire che l'ambiente come la scenografia nella quale emerge il nostro essere: diventiamo quello che facciamo in base alle varie scenografie in cui ci troviamo immersi.

Perché, quindi, è necessaria un'interconnessione tra neuroscienze e approccio fenomenologico?

Perché quando si ammira un'opera architettonica quello che colpisce e affascina è sì la costruzione nel suo insieme, ma per ottenere quel risultato i mattoni che la compongono sono fondamentali: è necessario conoscere l'esistenza e il funzionamento dei "mattoncini" che compongono l'essere umano per poterlo comprendere e ammirare nella sua totalità.

Altro punto di connessione con l'approccio fenomenologico è la dimostrazione della neuroplasticità prodotta dalle esperienze che viviamo: c'è evidenza scientifica dell'effetto che l'ambiente/le esperienze/le diverse scenografie hanno sul nostro sistema nervoso/sui nostri pensieri/sul nostro modo di pensare.

Il laboratorio Human Lab a Ldp

Quali sono i contributi della mia esperienza di collaborazione quasi ventennali con il laboratorio di idee di Ldp? Quali gli apporti di neuroscienze e neurobiologia?

Sono riconducibili ad alcuni dei concetti già espressi:

i laboratori scientifici su fumo e alcol son esempi di realtà emergenti, di processi input, output;

il tunnel del craving e il laboratorio di biofeedback sono un esempio del ruolo della memoria come fattore di rischio e fattore protettivo.

Il laboratorio sulla realtà virtuale è lo scenario in cui si sperimentano i fattori protettivi e le situazioni di rischio in modo esperienziale che consente di immergersi più profondamente a resilienza e vulnerabilità.

Conclusioni: domande aperte, provocazioni.

In cosa consiste la conoscenza di Individualità – Specificità – Singolarità?

È necessaria? Per quanto? Sempre? Dovunque?

Neuroscienze, neurobiologia, neurofenomenologia...? La condivisione dei linguaggi può rappresentare una prospettiva stimolante

Commenti, approfondimenti, domande

Rosa V. Romanelli – Amelia Ceci

La visione che si sta recentemente affermando nell'ambito delle neuroscienze è quella delle "proprietà emergenti". Come sappiamo, il cervello è composto da neuroni e sinapsi, questo sistema emerge "nella realtà" in quello che vediamo come fenomeno: pensieri che riportiamo all'esterno attraverso il linguaggio, azioni e gesti. Non si tratta, però, di un percorso a senso unico (impulso elettrico=pensiero → azione/linguaggio/gesto), bensì di un dialogo continuo con il mondo esterno, perché si è visto che il percorso funziona anche all'inverso: le azioni influiscono sui pensieri con la creazione di nuove sinapsi o il rimodellamento di quelle già esistenti. Questo processo viene definito come neuro plasticità e neuro adattamento: il pensiero e il comportamento influiscono l'uno sull'altro, quindi, si può affermare che noi diventiamo quello che facciamo e pensiamo.

La complessità di questo sistema non si riduce, tuttavia, ad un modello di funzionamento input/output che si esaurisce nel momento in cui ha soddisfatto il bisogno per cui si è creato, qualcosa rimane. Questa "impronta" è la memoria: biologicamente/organicamente risiede ed è organizzata in un'area definita dell'encefalo (ippocampo) ed è composta da quello che rimane del tempo e dell'esperienza della nostra vita, è la dimostrazione più lampante della modifica neuro plastica dei nostri circuiti. La memoria non è solo quella consapevole, è anche una riserva evolutiva di automatismi, di piani esecutivi (strategie) e decisioni (tattiche) che si sono sviluppate e hanno plasmato i nostri circuiti cerebrali nel corso dell'evoluzione della specie. Le caratteristiche di questa riserva hanno sì un significato fondamentale perché hanno permesso la sopravvivenza, ma sono anche alla base di un funzionamento maladattativo della memoria: quello che genera traumi evitamenti, paure.

Per meglio caratterizzare il sistema delle proprietà emergenti è stato creato il modello delle 4 E:

- *Embodied*: il cervello è nel corpo: è un organo che, insieme ad altri, lo compone;
- *Enacted*: il nostro cervello ha potenzialità di azione in base agli stimoli offerti dall'ambiente;
- *Extended*: riusciamo ad essere, ad esistere al di fuori del nostro corpo/esiste un raggio d'azione extracorporeo dell'essere (potremmo quantificarlo in circa un metro) in cui ad esempio risiede almeno parte della nostra memoria (smartphone);
- *Embedded*: siamo parte/immersi nell'ambiente da cui otteniamo le percezioni e su cui agiamo con le nostre azioni in base a quelle potenzialità d'azione che ci sono fornite proprio da quel dato ambiente in quel dato momento e che non sono le stesse che riceveremmo in un altro e/o in un momento differente. Si può quindi dire che l'ambiente come la scenografia nella quale emerge il nostro essere: diventiamo quello che facciamo in base alle varie scenografie in cui ci troviamo immersi.

Perché, quindi, è necessaria un'interconnessione tra neuroscienze e approccio fenomenologico?

Perché quando si ammira un'opera architettonica quello che colpisce e affascina è sì la costruzione nel suo insieme, ma per ottenere quel risultato i mattoni che la compongono sono fondamentali: è necessario conoscere l'esistenza e il funzionamento dei "mattoncini" che compongono l'essere umano per poterlo comprendere e ammirare nella sua totalità.

Altro punto di connessione con l'approccio fenomenologico è la dimostrazione della neuroplasticità prodotta dalle esperienze che viviamo: c'è evidenza scientifica dell'effetto che l'ambiente/le esperienze/le diverse scenografie hanno sul nostro sistema nervoso/sui nostri pensieri/sul nostro modo di pensare.

Fenomenologia, Neuroscienze e Processi di Cambiamento

Amelia Ceci

È difficile riassumere in pochi minuti l'enorme corpus di conoscenze che le Neuroscienze, la Neurobiologia in collaborazione con la Sociologia e la Psicologia hanno sviluppato negli ultimi 25/30 anni.

Pochi concetti e schematici secondo lo stile di chi si occupa di ricerca di base:

Domanda: Ti cosa stiamo parlando? Questa domanda non è polemica, effettivamente, è un quesito per comprendere di che cosa stiamo parlando, cosa vogliamo capire, dove stiamo andando, non è una domanda retorica perché di fatto la ricerca scientifica, non ha alcuna ambizione di produrre verità o dogmi, ma, semplicemente conoscenza che grazie al metodo scientifico è la più probabile e più passibile al cambiamento, anche di condivisione, critica, esperimenti, ricerca... di fatto le Neuroscienze non producono certezze, ma, domande.

Concetti chiave:

Io vi parlo di tre aspetti fondamentali emersi dalla ricerca nell'ambito delle Neuroscienze negli ultimi anni, il primo è quello delle proprietà emergenti, termine che proviene dalla scienza dei sistemi complessi, che da circa la metà degli anni '90 ha aiutato ad interpretare in modo diverso la classica ricerca Neurologica e Neuro scientifica, cioè il nostro cervello è fatto di neuroni, sinapsi, di aree cerebrali, ma, in realtà queste emergono in complessità, che noi vediamo all'esterno come fenomeni che sono i pensieri che riportiamo (la mente), ma, anche con un comportamento fondamentale come il linguaggio, ma anche con tutti i comportamenti, le azioni continue, in realtà, prima figura metaforica; è un **dialogo biologico** continuo che è frutto di un'evoluzione che a sua volta può andare ad influire sul funzionamento dei nostri circuiti.

1. Proprietà Emergenti: da neuroni e sinapsi ai processi psicologici e comportamentali: un continuo, spontaneo ed evolutivo dialogo biologico

Cibernetico? No, ma basato su neuroplasticità e neuroadattamento (*diventiamo quello che facciamo e pensiamo*).

La visione che si sta recentemente affermando nell'ambito delle neuroscienze è quella delle "proprietà emergenti". Come sappiamo, il cervello è composto da neuroni e sinapsi, questo

sistema emerge “nella realtà” in quello che vediamo come fenomeno: pensieri che riportiamo all'esterno attraverso il linguaggio, azioni e gesti. Non si tratta, però, di un percorso a senso unico (impulso elettrico=pensiero → azione/linguaggio/gesto), bensì di un dialogo continuo con il mondo esterno, perché si è visto che il percorso funziona anche all'inverso: le azioni influiscono sui pensieri con la creazione di nuove sinapsi o il rimodellamento di quelle già esistenti. Questo processo viene definito come neuroplasticità e neuroadattamento: il pensiero e il comportamento influiscono l'uno sull'altro, quindi, si può affermare che noi diventiamo quello che facciamo e pensiamo.

Siamo delle macchine? Macchine cibernetiche (Figura proposta negli anni '40)?

No, non siamo delle macchine, stimolo-risposta, non siamo il termostato che regola la caldaia di casa nostra, ma, in realtà ciò che le neuroscienze hanno scoperto è che il nostro cervello funziona in termini di **neuro plasticità e neuro adattamento**, di fatto dalla nascita, ma, anche il cervello adulto, continua ad assorbire informazioni e le emette come processi, pensieri ed azioni e diventiamo ciò che facciamo e pensiamo. Il cervello non cresce in dimensioni, ma, grazie alla neuro plasticità si adatta sui circuiti.

2. Siamo un ciclo di input-output

Siamo un **ciclo di input-output**... ma *qualcosa rimane*:

Memoria: Tempo e Esperienza (cosciente e no):

memoria come fonte evolutiva di automatismo (economia), piani esecutivi (strategia) e decisioni (tattica);

memoria maladattativa di inibizione, evitamenti, traumi, paure.

La complessità di questo sistema non si riduce, tuttavia, ad un modello di funzionamento input/output che si esaurisce nel momento in cui ha soddisfatto il bisogno per cui si è creato, qualcosa rimane. Questa “impronta” è la memoria: biologicamente/organicamente risiede ed è organizzata in un'area definita dell'encefalo (ippocampo) ed è composta da quello che rimane del tempo e dell'esperienza della nostra vita, è la dimostrazione più lampante della modifica neuroplastica dei nostri circuiti. La memoria non è solo quella consapevole, è anche una riserva evolutiva di automatismi, di piani esecutivi (strategie) e decisioni (tattiche) che si sono sviluppate e hanno plasmato i nostri circuiti cerebrali nel corso dell'evoluzione della specie. Le caratteristiche di questa riserva hanno sì un significato fondamentale perché hanno permesso la sopravvivenza, ma sono anche alla base di un funzionamento maladattativo della memoria: quello che genera traumi evitamenti, paure.

3. Le 4 E:

3.1 *Embodied* = il cervello è nel corpo;

3.2 *Enacted* = siamo potenzialità d'azioni;

3.3 *Extended* = siamo oltre il corpo, nel raggio extracorporeo dell'essere;

3.4 *Embedded* = siamo parte dell'ambiente, spazio di percezione e azione.

Per meglio caratterizzare il sistema delle proprietà emergenti è stato creato il modello delle 4 E:

- *Embodied*: il cervello è nel corpo, quindi il cervello è l'organo di relazione per eccellenza, è l'organo nel nostro corpo ed agisce e parla in relazione al nostro corpo, questo è un concetto abbastanza ovvio;

Concetto piuttosto recente:

- *Enacted*: il nostro cervello ha potenzialità di azione in base agli stimoli offerti dall'ambiente, vedere una tazzina di caffè è già una potenzialità d'azione di porgere il braccio destro (o sinistro) per afferrare il manico della tazzina (anche se non lo facciamo, comunque, c'è una potenzialità d'azione che offre l'ambiente);
- *Extended*: riusciamo ad essere, ad esistere al di fuori del nostro corpo/esiste un raggio d'azione extracorporeo dell'essere, mai come oggi con il cellulare, la nostra mente, la nostra memoria è al di fuori del nostro corpo, siamo oltre il corpo, nel raggio extracorporeo dell'essere in cui ad esempio risiede almeno parte della nostra memoria (smartphone);
- *Embedded*: siamo parte/immersi nell'ambiente da cui otteniamo le percezioni e su cui agiamo con le nostre azioni in base a quelle potenzialità d'azione che ci sono fornite proprio da quel dato ambiente in quel dato momento e che non sono le stesse che riceveremmo in un altro e/o in un momento differente. Si può quindi dire che l'ambiente come la scenografia nella quale emerge il nostro essere: diventiamo quello che facciamo in base alle varie scenografie in cui ci troviamo immersi. Siamo circondati da potenzialità di azione.

4. La realtà virtuale come modalità di evoluzione della scenografia teatrale (*diventiamo quello che facciamo e pensiamo in quel spazio/luogo* sociale, domestico, religioso, discoteca, ecc.), è una scenografia che cambia e sulla quale possiamo agire.

In sintesi schematicamente per quanto riguarda i sistemi complessi ricordiamoci:

Perché, quindi, è necessaria un'interconnessione tra neuroscienze e approccio fenomenologico?

1. Importanza dai mattoni all'Architettura e viceversa. Perché quando si ammira un'opera architettonica quello che colpisce e affascina è sì la costruzione nel suo insieme (per es. la cattedrale), ma per ottenere quel risultato i mattoni che la compongono sono fondamentali: è necessario conoscere l'esistenza e il funzionamento dei "mattoncini" che compongono l'essere umano per poterlo comprendere e ammirare nella sua totalità.

2. La storia Cambiamento/Esperienza. La storia è importante dal punto di vista neuro scientifico perché è racchiusa nella memoria, il cambiamento, l'esperienza grazie alla neuro plasticità.

3. La più alta complessità è quella dello Spazio e dei Luoghi vissuti e possibili

Altro punto di connessione con l'approccio fenomenologico è la dimostrazione della neuroplasticità prodotta dalle esperienze che viviamo: c'è evidenza scientifica dell'effetto che l'ambiente/le esperienze/le diverse scenografie hanno sul nostro sistema nervoso/sui nostri pensieri/sul nostro modo di pensare.

L'approccio fenomenologico nell'applicazione del TTM a Luoghi di Prevenzione

Sandra Bosi

Concetti chiave: salute, corpo, corporeità salute soggettiva, fenomenologia, neurobiologia, sinapsi, TTM, dualismi (salute- malattia; normale- anormale; farmaco-droga), spazio, tempo, corpo vissuto, cambiamento, proprietà emergenti, persona cambiamento.

Il superamento dei dualismi

“Delle scienze naturali noi cerchiamo di afferrare soltanto un tipo di relazione: le relazioni di causalità. Mediante l'osservazione, la sperimentazione o la raccolta di molti casi; i cerchiamo poi di trovare le regole dell'evento. A un livello più alto rinveniamo inoltre anche delle leggi che possiamo esprimere in formule matematiche in psicologia mai e poi mai possiamo stabilire equazioni di causalità come in fisica o in chimica, perché questo presupporrebbe una completa quantificazione dei processi indagati. Ma nello psichico che per sua natura è sempre qualitativo, questa quantificazione per principio non è mai possibile, senza che vada perduto il vero oggetto di indagine, cioè lo psichico. (K. Jaspers, Psicopatologia generale)“.

Con le parole di Jaspers si introduce il primo tentativo di superamento dei dualismi: scienze della natura separate dalle indagini sulla psiche, che non possono avvalersi del linguaggio scientifico perché non affrontano con chiarezza le relazioni di causalità alla base delle scienze naturali.

In realtà, storicamente, la psicologia ha tentato ed è riuscita a darsi uno statuto scientifico, forse a discapito di molti temi riguardanti la natura umana che non può essere esaminata come un oggetto in mezzo agli altri.

Già con Jaspers, dunque, introduciamo la caratteristica prima dell'approccio fenomenologico: **la separazione soggetto e oggetto per la persona non è possibile**. Il dualismo corpo mente non ha senso perché è il corpo il mediatore fra intelletto e mondo esterno.

LdP si occupa di cambiamenti intenzionali, che si confrontano continuamente con la dimensione psichica, inclusa nel processo di trasformazione individuale che orienta e “decide”. Anche l'esercizio dell'intenzionalità non è solo razionale, avviene fra l'individuo e il mondo in cui vive. Scrive L. Binswanger. *“la psicologia non ha a che fare con un soggetto privo del suo mondo perché un simile soggetto non sarebbe altro che un oggetto, (L. B. La concezione eraclitea dell'uomo.)* Con B. ci troviamo nell'ambito della fenomenologia psichiatrica.

La fenomenologia nasce come movimento filosofico fondato da H. Husserl, poi applicato al campo psichiatrico, pedagogico, estetico, neurobiologico. Come siamo arrivati a parlare di fenomenologia?

Immaginando di aver partecipato a un Tavolo di commensali eccellenti che condividevano lunghe passeggiate, probabilmente molti sigari, un certo buon gusto, intelligenze declinate, curiosità per le cose umane, interessi molti diversi. Dalla casa di cura di Binswanger, al lago di Ascona nella residenza di Jung, illustri pensatori si ritrovavano per riflettere e stare insieme a ragionare.

È una attività abbastanza desueta, incontrarsi per concepire uno sguardo comune a partire da punti di vista differenti, soprattutto se parliamo di pittori, medici, filosofi, psicologi, fisici, matematici, scrittori.

In quei luoghi si fondavano basi culturali rivoluzionarie che hanno portato all'istituzione di nuovi paradigmi ancora ad oggi ampiamente incompiuti (hanno condiviso lo stesso destino della carta di Ottawa molto citata, ma poco applicata.)

Gli esiti trovano espressione nell'ampia raccolta di saggi che si estende dal 1920 al 1936, in cui B. riflette sui presupposti epistemologici con cui si arriverà a definire la fenomenologia psichiatrica. I saggi sono nati dopo diversi anni di incontri, a sostegno della necessità di lentezza e sedimentazione perché il pensiero maturi proficuamente.

L'incontro culturale di LdP con la fenomenologia ha avuto inizio con la nostra riflessione su spazio e tempo vissuti, come luoghi custoditi dalle relazioni, luoghi di incroci in cui mantenere viva una comunità di interessi e custodire l'amore per il sapere, primo ingrediente di ogni cambiamento; costruire competenze attraverso un pensiero agito dalla dimensione della corporeità e della relazione.

L'analisi fenomenologica promossa da B. parte dalla assunzione dell'espressione "essere nel mondo" e da una critica durissima a tutte le precedenti psicologie. Secondo B. l'errore primario è rappresentato dalla dottrina della scissione del mondo in soggetto e oggetto. In forza di questa dottrina l'uomo è stato ridotto a mero soggetto, privato del suo mondo. È un soggetto nel quale hanno luogo tutti i possibili processi, che ha tutte le possibili caratteristiche e compie tutti i possibili atti, senza che nessuno sia in grado di dire come possa incontrarsi con un oggetto e cominciare a intendersi con altri soggetti.

È necessario chiarire la nostra accezione interpretativa di 2 termini "soggettivo" "vissuto".

Quando alludiamo alla **salute soggettiva**, parliamo di una sfera dinamica che può o meno comprendere una situazione patologica, ma ha a che fare con il modo di percepire il proprio benessere/ malessere psicofisico; che non appartiene al soggetto avulso dal mondo in cui vive. La salute soggettiva è un atto relazionale (non significa emotivo e vincolato agli affetti). Significa che la persona non può che ascoltarsi ascoltando, anche nel rapporto con la capacità di fare emergere quanto appartiene alla tensione a vivere che sostiene la guarigione.

Cogliere la qualità della salute soggettiva è precipuo impegno di ogni curante degno di questo nome e non una caratteristica individuale legata a tratti del carattere (gioialità, simpatia, pazienza).

Allo stesso modo **spazio e tempo** vissuti sono definibili nell'ambito relazionale.

È dunque chiaro che al posto della scissione dell'essere in soggetto e oggetto subentra qui l'unità tra presenza e mondo. L'analisi esistenziale di B. raggiunge due obiettivi: la possibilità di comprendere tanto la persona sana che la persona ammalata come appartenenti allo stesso mondo, quantunque l'ammalato vi appartenga con una struttura di modelli percettivi e comportamentali differenti.

In questo modo l'ammalato non è più colui che vive fuori dal mondo, ma colui che nella malattia ha trovato l'unico modo per lui possibile di essere nel mondo, essendo la malattia l'estremo tentativo di un uomo di diventare nonostante tutto sé stesso.

B. ragionava a proposito delle persone con patologie psichiatriche, ma l'estensione alla categoria degli ammalati uguali ai "sani", non travisa il senso di quanto voleva affermare quando alludendo alla malattia mentale, parla di una spodestazione anche linguistica della persona: gli schizofrenici, i maniaci, gli psicotici... oggi parliamo di cardiopatici, diabetici, terminali...

Il verbo essere si è sostituito al verbo avere. La malattia si sostituisce non solo all'organo, ma

alla persona. Fino a quando continueremo a parlare di “Leopoldo Ongari”, il letto 10, come di un diabetico cardiopatico (usando come spiegazione che è più facile da associare alla cartella 476), sarà difficile sostenere che in certe circostanze segreganti (ospedale, struttura protetta, carcere) la persona non è la sua malattia o la sua condizione o il suo reato.

L'individuo non ha più una malattia (si chiami essa tumore o psicosi) è la malattia. La persona convive con le categorie mentali con cui si legge la malattia; negli ultimi anni si è arrivati ad ulteriori eccessi in cui alla malattia ha finito per sostituirsi un numero di letto o il nome di un organo (il fegato del numero 4).

Le parole sono pietre e il linguaggio delimita il nostro mondo, la capacità di nominare le cose le rende vere. Questo è uno degli aspetti del cancro di cui parla B. Non si tratta di delicatezza e attenzione alla forma, ma di qualcosa di più sostanziale.

Se la persona deve contribuire intenzionalmente al proprio percorso di guarigione ha necessità di essere pienamente soggetto, un soggetto consapevole “normale” che ha avuto un incidente di percorso, un inciampo provocato dall'alcol, da un tumore, da qualche kg di troppo.

La persona per prima deve valutare il proprio stato insieme ai suoi curanti, questo implica una relazione fra soggetto corpo vissuto/corporeità e corpo artificiale oggetto dell'indagine scientifica, “il caso clinico”.

Revisione del linguaggio e superamento dei dualismi ha molto avvicinato il pensiero di LdP alla prospettiva fenomenologica. LdP si occupa di percorsi di cambiamento: una persona con problematiche legate al peso corporeo non è aiutata dal sentirsi definire obesa o anoressica, come non giova la diagnosi stigmatizzante di tabagista, alcolista... è anche uno degli aspetti cardine dell'applicazione del TTM e una delle ragioni del dialogo fra TTM, metodo di LdP e l'approccio fenomenologico,

B. usa l'espressione l'uomo “gettato nel mondo”: non può prescindere dal rapporto con il corpo che diventa quindi a pieno titolo obiettivo di uno studio della psiche *“tra i corpi di questa natura, trovo il mio corpo nella sua peculiarità unica, cioè come l'unico a non essere mero corpo fisico, ma proprio come corpo vivente. Questo corpo è la sola e unica cosa in cui io direttamente governo e impero.*

Sono forse necessarie due ulteriori domande: da dove nascono i dualismi e perché sono utili?

Il dualismo nasce dalla necessità di fare ordine, di schematizzare; a volte, tuttavia., spinge ad estremizzare le differenze negative e diventa motivo di conflitto e confusione semantica. La prospettiva fenomenologica ha evidenziato la necessità di non indulgere nelle contrapposizioni che nel quotidiano sono tante: natura / istinto. Cultura/tecnologia, salute e malattia, ambiente naturale/ ambiente costruito, normale/ anormale, destro/ sinistro, farmaco/ droga. Prendiamone in considerazione qualcuna:

Normale / anormale-diverso

La dicotomia si può intendere secondo tre accezioni:

1. senso prettamente statistico (distribuzione di dati considerati secondo la curva di Gauss);
Es: dopo aver intervistato 100 persone, la dichiarazione di 30 di loro viene riportato su una curva gaussiana.
2. media teorica del comportamento atteso, senza giudizio di valori; Es: su 100 persone intervistate, 30 dichiarano di non indossare dispositivi protettivi, nemmeno in caso di pandemia.
3. Prescrittivo: dover essere; la normalità si riferisce ai comportamenti da adottare. La norma

è in correlazione a determinate evidenze, a regole convenzionali e sociali; Es: su 100 persone intervistate, 30 hanno un comportamento fuori dalla norma, perché non si adeguano alle misure di contenimento previste; non manifestano il comportamento atteso.

Nel primo caso la “anormalità” si definisce come scarto o devianza rispetto alla norma.

Nel secondo caso si parla di devianze.

Nel terzo caso si parla di trasgressioni.

Il rapporto con il “diverso” è utile per proiettare le ansie, per assicurarsi, anche a costo di rendere il “normale” abituale, convenzionale, banale.

D'altra parte chi si trova agli estremi della normalità per eccesso o per difetto, è intimamente connesso con il suo opposto: il genio viene spesso considerato come un po' folle e viceversa. La persona troppo sana non è considerata normale, ma una trasgressione della norma.

Veniamo in questo caso al contrasto salute- malattia (spesso considerato nei metaloghi): quando la salute (stato di normalità, nella accezione dei dualismi da superare) viene interrotta dalla malattia, la persona ammalata deve entrare nel corpo artificiale come in un vestito, per rispondere alle richieste del linguaggio clinico che ha bisogno di una verità oggettiva, verificabile e trasmissibile.

Il corpo ammalato, l'organo ammalato sono oggetto di indagine scientifica, la persona ammalata, se non accetta di coincidere con la malattia, resta fuori dall'osservazione scientifica perché il soggetto non è di pertinenza della “scienza”; nemmeno della storia clinica in cui la malattia descritta in termini di eziopatogenesi. Anamnesi, esame obiettivo, diagnosi, prognosi deve corrispondere a un quadro nosografico preciso.

La storia della persona, è un'altra storia.

La storia della clinica è un sapere che si organizza attorno a strutture e schemi codificati per garantire affidabilità e trasmissibilità delle conoscenze.

L'“uomo” malato è presenza accidentale, ambigua, vissuto quasi un ostacolo per la clinica, con cui deve collaborare.

Il fenomeno dalle implicazioni soggettive, appartiene a una sfera separata e va isolata; è il corpo malato ad essere curato dalla scienza.

La fenomenologia, a partire dalla osservazione della malattia neoplastica e della relazione fra individuo e dipendenza patologica, cerca di superare questa scissione rendendo la persona ammalata protagonista del suo percorso di cura. Solo il coinvolgimento attivo consente la guarigione e ognuno non è sano o malato per sempre, ma vive in un continuum fra salute e malattia.

In questo continuum si trova il rapporto con il farmaco che la persona gestisce quando si trova in condizioni di salute, sa in modo ambivalente quando si trova in condizioni di rischio, per esempio nel caso di dipendenze patologiche, usa su prescrizione in caso di “malattia”.

“Nella lingua italiana il termine farmaco, riferito soltanto a sostanze dotate di virtù terapeutiche, ha perduto la doppia connotazione, positiva e negativa, implicita nel termine greco da cui deriva. Il greco conteneva in sé sia il significato positivo di rimedio, medicina, filtro magico, sia quello negativo di veleno, tossico; riferibile sì ai farmaci sia alle droghe vere e proprie, cioè a sostanze naturali i composti chimici con effetti stupefacenti. Il farmaco è inteso, dunque, di per sé stesso come un veleno, così come il veleno può essere originariamente un farmaco. La connotazione positiva o negativa implicita nel prodotto risulta direttamente legata all'uso, alla finalità, al contesto in cui lo si utilizza; alla quantità e alla qualità rapportata l'individuo, alla sofferenza specifica del suo corpo; al margine di possibi-

lità lasciategli di appropriarsi di questo corpo attraverso l'aiuto della sostanza estranea, o alla misura in cui viene da essa determinato e condizionato.... Il farmaco è sempre esistito; Così come sempre esistita nelle diverse culture la droga, sostanza inebriante cui l'uomo affidava la sua speranza di uscire dai limiti della realtà, di allargare i limiti della propria conoscenza o di annullare la sofferenza. L'evoluzione storica del farmaco va di pari passo con l'evoluzione della scienza che rompe le barriere del mondo magico e introduce, attraverso la codificazione del corpo e della malattia, l'antidoto specifico punto ma va anche di pari passo con la funzione che la scienza viene ad assolvere nel gioco sociale ed è proprio in questa funzione che viene coinvolta non lo droga, alla medesima stregua del farmaco.... Se l'uso della droga resta più vicino al mondo magico religioso mandato in frantumi dal farmaco e dalle conoscenze scientifiche, le aspettative che l'uomo ha nei confronti del farmaco e che il farmaco stesso crea, continuano a conservare il carattere magico religioso del miracolo che elimina la sofferenza: un miracolo prodotto dalla ragione ma che comporta, comunque una guarigione tornata dalla sostanza estranea. A livelli diversi, farmaco e droga agiscono dunque sul piano di queste aspettative ed è su questo piano che si inserisce l'uso sociale dell'uno o dell'altra." (da Enciclopedia Einaudi).

La parziale convergenza, non solo etimologica, fra farmaco e droga, è, oggi, amplificata dal numero esorbitanti di integratori che promettono di sperare malanni, segni del tempo, turbe del sonno, stanchezza e molti altri sintomi. Gli integratori, frutto delle offerte del mercato, sono l'esito a bisogni indotti dal mercato stesso e rivolti all'uomo "sano", per migliorare oltre modo la sua condizione fisica.

Il dualismo radicale, pertanto, è smentito proprio dalla difficoltà a superare contraddizioni apparenti che nemmeno l'etimologia risolve.

È evidente come questo sia vicino al pensiero di Luoghi che si occupa di prevenire la malattia e di promuovere il benessere psicofisico.

La semeiotica della prevenzione passa dalle dimensioni dell'ascolto di sé, dall'attenzione alle sfere affettivo, sessuale, dell'area della nutrizione, della percezione afferente da tutti i canali sensoriali e della cura del ritmo sonno/veglia.

La persona è a rischio se non sa accogliere i propri bisogni e non cerca di trovare risposte adeguate.

Questo è un punto che spiega piuttosto chiaramente il motivo per cui si è entrati in dialogo con l'applicazione del TTM.

Persona: proprietà emergenti di sistemi complessi

1. Siamo **sistemi complessi emergenti, immersi, sommersi. Siamo persone**
2. **Ordine e chiarezza nei linguaggi**
3. **Il principio di intenzionalità** (Bateson; Mente e natura; Verso una ecologia della mente; Denett: la coscienza; DiClemente: Addiction and change).
4. **Il processo di umanizzazione:** Il cervello è certamente nel corpo. Cartesio ha commesso un errore... Damasio, pure. Il cervello è solo un organo come milza, reni, fegato, polmoni, cuore. Non esiste un primato di organi, forse neppure di funzioni perché Sistema nervoso, sistema immunitario, sistema endocrino, faticano a funzionare l'uno senza l'altro. La tesi è che il processo di umanizzazione non risiede in nessun organo. Le neuroscienze descrivono cosa accade quando pensi e quando senti... lo può rendere evidente con indagini

sempre più sofisticate. Non risponde al perché, né al come. Perché si senta e si pensi e come si pensi e si senta è... oggetto di studi. Si è ancora piuttosto lontani dal comprendere “cosa renda una persona, **una persona, un oggetto che pensa, sente e si relaziona con gli altri**. Si continuano a fare passi avanti sulle strutture che contribuiscono ad una peculiarità umana e si individuano meccanismi fisiologici che ancora non rispondono ad una semplice domanda: perché dalla materia si produce il pensiero, il sentimento, la relazione...?

5. Scenari possibili: teoria e pratica della complessità. Abbiamo molto da imparare: questione imprudente, impudente e impellente... “abbiamo tutti tanto da apprendere da nuove tecnologie e scenari virtuali... potremmo essere d'accordo.” Chi si occupa di complessità, oggi...? Nella formazione, nella ricerca e nella clinica: che fine hanno fatto la prospettiva fenomenologica che affronta l'uomo sofferente, l'anima dei luoghi hillmaniana, spazio e tempo di Bateson...? Dove si intrecciano gli scenari di fisica, biologia, medicina, nelle prospettive di complessità...?

6. Emergono proprietà, saperi, competenze, motivazioni. La realtà è complessa.

Per i nostri obiettivi abbiamo seguito il filo conduttore di Umberto Galimberti in Psichiatria e fenomenologia e Psiche e Technè, per l'inquadramento fenomenologico che ha fortemente caratterizzato i concetti approfonditi attraverso la sua lettura di Louis Binswanger, Eugene Minkowski, Daniele Cargnello, Eugenio Borgna; lettura da noi integrata con la “poetica della rêverie”, di Gaston Bachelard e la psicologia archetipica di “Fuochi blu” di James Hillman, le cui visioni hanno ispirato la parte più consistente delle tecniche espressive di LdP.

Non è possibile soffermarsi sulla ricchezza di vita e pensiero degli studiosi presi in considerazione che, riprendendo il concetto di struttura che connette, hanno saputo oltrepassare, con apparente disinvoltura e profonda immaginifica cultura, i confini delle loro radici formative e professionali.

I tratti del pensiero fenomenologico con cui ci confrontiamo nelle attività formative e di ricerca azione sono:

- Superamento dei dualismi
- Persona proprietà emergenti
- Spazio e tempo vissuto
- Corpo/corporeità
- Slancio vitale
- Intenzionalità
- Linguaggi condivisi: ordine e esattezza
- Empatia e soggettività: I principi di una teoria personologica
- Relazione
- Trasformazione

Come ben esprimono i concetti sopra citati stiamo parlando di strutture complesse, la cui decifrazione implica l'utilizzo di più linguaggi e discipline.

Spazio e tempo vissuto

Cosa si intende per spazio e tempo vissuto secondo la prospettiva fenomenologica? Ognuno, anche nel presente rivive il tempo, non il tempo degli orologi ma il tempo dell'io, il tempo vissuto nelle sue diverse forme di espressione che si modifica profondamente. Il tempo si arresta nella sua evoluzione, talvolta non ha più futuro, resta solo presente e passato, con il conseguente franare della speranza come apertura al futuro. Viceversa il tempo vissuto può esprimere ciò che Eugène Minkowski definisce come **slancio vitale**. Il tempo e la percezione del Dio nel mondo ne vengono profondamente deformati. Lo spazio vissuto non ha a che fare con lo spazio geografico e geometrico. È fonte di molteplici significati: il suo dilatarsi vertiginoso, il suo livellarsi e il suo irrigidirsi, il suo accompagnarsi ad un'esperienza soggettiva di infinitudine sono alcuni modi di vivere o di non vivere lo spazio nella nostra vita.

Se si volesse usare una metafora, userei la metafora dello **sguardo che esprime la reciprocità di una relazione nel qui ed ora, il guardare e l'attesa di essere guardati, un istante di cambiamento, una sospensione nello spazio e tempo vissuto**.

A cosa corrisponde? A uno stile di pensiero e a una modalità per rivalutare l'esperienza immediata; non solo quel "qui e ora" suggerito dalle suggestioni della meditazione; ma alla cognizione nel presente di cui l'intuizione rappresenta l'intuizione estrema.

Riprendiamo il concetto di struttura che connette, distinguendo la differenza e il legame che c'è fra strutture e connessione.

Una connessione non strutturata è una associazione, spesso infruttifera.

Una connessione strutturata è una intuizione, una ipotesi, se inserita nel "linguaggio della scienza."

Solo sinapsi...? Le sinapsi, sono una delle proprietà emergenti di un sistema complesso, come spiega Chiamulera.

L'approccio fenomenologico e il TTM a cui il pensiero di Ldp rimanda, sono solo teoria, solo buone pratiche più o meno coerenti con il linguaggio scientifico?

Di certo, il paradigma scientifico è quello da cui la concezione di Ldp ha avuto origine: intuizione, capacità di formulare ipotesi, verificarle in modo esperienziale, trarne deduzioni, proporre prassi, generalizzarne e diffonderne i risultati. Fino a quando?

Fino a quando un modello esplicativo sarà più forte, coinvolgente, verificabile, trasferibile, sostenibile.

Il TTM è una teoria o meglio è un modo per confrontare le diverse teorie che, nel tempo, hanno descritto i processi di cambiamento.

Non è sperimentale, non ha bisogno di verifiche; è un modello da capire, condividere e praticare, se funziona nelle sue applicazioni.

Ldp le diffonde e le ha diffuse avvalendosi anche di contributi delle neuroscienze e della fenomenologia. Il lavoro non è riconducibile al solo linguaggio scientifico, ma arricchito dai contributi dati da economia, equità, ecologia, immaginario a cui spesso né la scienza, né le singole discipline che si riferiscono prevalentemente al linguaggio scientifico (medicina, psicologia, epidemiologia) forniscono una risposta completa.

In ragione della relatività e della incompletezza a cui si è soggetti, il metodo preferisce costruire relazioni, piuttosto che potenziare connessioni.

Persona, corpo, corpo vissuto

Le relazioni personali sono di diversa natura...

La relazione fra persona, corpo e corporeità è uno dei punti cardine dell'approccio fenomenologico: L. Binswanger sostiene che *"la lacerazione fra anima/spirito e corpo è "il cancro di ogni psicologia"* (cit.: Binswanger l'indirizzo antropoanalitico in psichiatria, pag. 22). È una tesi sull'"errore di Cartesio".

"Tra i corpi di questa natura trovo il mio corpo nella sua peculiarità unica, cioè come l'unico a non essere mero corpo fisico (Korper), ma corpo vivente (leib) (H. Husserl, La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale, pag. 107).

La lingua tedesca aiuta: la relazione fra Korper e Leib il concetto. Korper è materiale, concreto, anatomico/fisiologico; Leib è musicale, vitale, in movimento.

Medicina, biologia, chimica sono più inclini a Korper; le arti espressive a Leib.

È vero? È solo una spiegazione legata alla musicalità della lingua? Di certo per chi incontra la poetica della rêverie di Gaston Bachelard il ruolo musicale della lingua, che usa parole di notturno e alba, femminile e maschile, in toni diversi, induce a ripensare al senso del dare un nome alle cose e al modo di nominarle.

LdP ha provato a declinare la relazione fra Korper e Leib in corporeità: il corpo della anatomia e il corpo vitale.

Non è una risposta è una domanda: a scuola e nella formazione vivono Korper o Leib...? I Leib dove, come quando vivono...? Negli spazi vissuti quale cittadinanza hanno che vada oltre una affettività appagata?

Le questioni definiscono la riluttanza a trattare di "persone".

"Persona" è altro **"concetto fecondo"** dal punto di vista di H. Gardner (Le intelligenze multiple, Quaderno n.6 Scuole che promuovono salute) sufficientemente complesso da suscitare implicazioni giuridiche, sanitarie, psicologiche, sociali, per citarne solo alcune, ancora piuttosto controverse.

La qualificazione stessa di una persona come discente o paziente (in realtà riconducibile a un ruolo peraltro piuttosto provvisorio e mutevole) è anche usata come modalità di protezione e gerarchia. È più facile (sembra tale) essere docenti, piuttosto che discenti ed è più facile essere medici/ infermieri/ professionisti nella assistenza, piuttosto che pazienti.

Nei processi terapeutici riconducibili alla cura prevale il corpo, nei processi educativi prevale la mente (che non è né Korper, né Leib... è altro ancora). Per dirla in modo molto rudimentale a scuola ci si potrebbe andare senza corpo e in ospedale senza mente. La prospettiva fenomenologica introduce la rilevanza di corporeità e persona come possibilità di racconto, diagnosi, interpretazione di una persona in uno spazio e tempo vissuto e non dato per sempre.

Resta un problema e una domanda aperta "che cosa significhi essere sé": D. R. Hofstadter ne ha definito confini non banali nei testi "I nuclei dell'io" e "Un'eterna ghirlanda brillante".

L'intenzionalità del corpo umano, la sua originaria apertura al mondo è attestato innanzitutto dalla sua struttura anatomica.

L'intenzionalità del corpo non è oggettivante come quella dell'intelletto che possiede le cose solo distanziandole; è destinata ad un mondo in cui non cessa di dividersi e proiettarsi. Conoscendo le cose del mondo il corpo si conosce. Dalla natura si passa alla cultura, perché nella natura si proiettano le intenzioni corporee.

Il corpo della fenomenologia, è un corpo che abita il mondo, "si sente a casa", acquisisce delle abitudini, attraverso la motilità incarna le dimensioni dello spazio e del tempo; il corpo

nello spazio e nel tempo, ma dischiude lo spazio e il tempo come distanza o prossimità delle cose, come impiego di un certo tempo per percorrere lo spazio necessario per raggiungerla. I luoghi dello spazio inscrivono intorno a noi la portata variabile delle nostre intenzioni e dei nostri gesti.

Abitare una casa non significa disporre di un certo numero di metri quadrati, ma avere nelle mani e nelle gambe le distanze e le direzioni principali, caricate di quella intenzionalità corporea che fa di uno spazio geometricamente misurabile un dominio familiare. Il corpo abita la casa perché la casa si è modellata sulle sue abitudini.

L'abitudine è un sapere che è nelle mani, nelle gambe, un sapere che si affida solo allo spazio corporeo dilatando e facilitando le sue possibilità di abitare il mondo.

Il corpo comprende non nel senso intellettuale, ma diventando mediatore di un mondo, facendosi mediatore della relazione fra cultura e natura.

Empatia, soggettività e relazione

- Empatia: termine spesso confuso con simpatia.

Nella simpatia si soffre, patisce, gioisce insieme. Nell'empatia vale il principio di emozioni e passioni del tipo "non con te, né senza di te". L'empatia non è emozionale e non è passionale; è espressione di un sentire che esprime la professionalità e non è riconducibile al distacco.

Rendere non ambiguo il concetto di empatia parte dal presupposto che empatia e simpatia sono espressioni radicalmente diverse. Empatia è riconoscimento di un altro come persona; simpatia è legata al compiacimento del riconoscersi in un altro.

Si può essere empaticamente vicini a una persona antipatica e viceversa.

Essere in una relazione nello spazio e tempo vissuto è il tratto essenziale dell'empatia: non implica nulla e non è riconducibile a "distanze professionali" o coinvolgimento emotivo". È cosa altra... distanza o vicinanza "giuste" ...? Prossimità...?

Relazione:

Nella prospettiva fenomenologica è il vissuto in un tempo e spazio definiti di un "tu ed io empatici": non simpatia, non antipatia, ma connessione intelligente, strutturata, di conseguenza, emotiva e cognitiva.

Il distacco del docente e dell'operatore sanitario non è professionale, perché non è empatico. Nelle relazioni formative, educative, di cura, simpatia e antipatia sono inevitabili, ma non ne costituiscono il presupposto.

Costruire rapporti per concordare obiettivi di cambiamento (dalla prevenzione alla cura) implica la capacità di stabilire fili relazionali efficaci, giunzioni intelligenti, connessioni strutturate.

Quando si ricorre alle competenze trasversali e alle life skills, ci si riferisce proprio a questo: alla capacità di prendersi cura di sé e prendersi cura degli altri, in un modo che esuli dai campi di antipatia, distacco, simpatia; significa saper costruire relazioni costruttive in ambito formativo, educativo professionale, terapeutico.

Sono relazioni che coinvolgono personalmente: difficili da realizzare. In ambito terapeutico e educativo il professionista sceglie, in linea di massima, altre vie: antipatia, simpatia, distacco. La stessa scelta la fa l'interlocutore o i gruppi di interlocutori: guardano docente o terapeuta con sguardo simpatico, antipatico o distaccato.

Empatia è obiettivo di una riflessione dialogica nel pensiero di Ldp secondo la prospettiva metodologica e non si impara solo per imitazione. I neuroni specchio non sono esempi di empatia, ma di simpatia...il mito insegna che Narciso è finito male osservandosi nell'acqua. L'apprendimento istintivo è veicolato dalla imitazione, dai meccanismi stimolo-risposta e dalla simpatia; ma sapere, competenze di cura, abilità di prendersi cura di sé sono indici di empatia.

Facile, forse troppo facile è capire perché neuroscienze e fenomenologia possano dare un contributo alla spiegazione di come avvengono i processi di cambiamento.

Facile o troppo facile la spiegazione per cui Ldp collochi al centro l'applicazione del TTM. Occorre tornare a quell'unità pre scientifica, mai smentita, dove è dato constatare che corpo e psiche sono unitari e rappresentano una unità sul piano dell'esistenza. Il corpo è nel mondo come un'apertura originaria in cui sono possibili sensi e significati. Questa presenza, questo originario apparire è ciò che bisogna descrivere e interrogare perché la realtà umana a differenza di ogni altra realtà, realizza quella assoluta coincidenza tra chi indaga e chi è indagato che non consente di distanziare l'oggetto, di porlo di fronte come un fatto, per la semplice ragione che noi stessi siamo un altro, siamo la realtà umana.

Appendice: mente e teorie sulla mente

Nei metaloghi si sono affrontati i concetti di identità personale, di cervello, di spirito, di corpo, di superamento dei dualismi (normale- anormale, cultura- natura, mente- corpo, farmaco -droga) non direttamente di **mente** se non per certi riferimenti a Daniel Dennett (metalogo O: Radici e prospettive dei paradigmi epistemologici di Luoghi di Prevenzione).

Tuttavia, in molte affermazioni, anche nella stessa definizione di intelligenze multiple di Gardner si fa riferimento alla mente come struttura di organizzazione cognitiva.

Wikipedia definisce la mente come insieme delle funzioni superiori del cervello e in particolare quelle di cui si può avere oggettivamente coscienza in diverso grado, quali la sensazione, il pensiero, l'intuizione, la ragione, la memoria, la volontà.

Vediamo ora di dare alcuni cenni su alcune teorie sulla mente.;

il tradizionale punto di vista occidentale sul mentale equivale al cartesianesimo: le menti sono "sostanze", di genere distinto dalle sostanze fisiche. Le sostanze mentali sono estese nel tempo ma non nello spazio, le loro proprietà sono accessibili soltanto alla mente che le possiede e le loro interazioni con le altre sostanze, pur essendo causali, non sono determinate secondo leggi precise.

La posizione di Cartesio è oggi ritenuta molto debole (Damasio: l'errore di Cartesio) per alcune ragioni:

- la prima è riconducibile al rasoio di Ockman, secondo cui i vari tipi di entità non debbono proliferare al di là del necessario. Secondo questo argomento vi sono ragioni inattaccabili per credere nell'esistenza di entità fisiche (la materia esiste).
- il secondo ragionamento è il seguente: ogni spiegazione accettabile del mentale dovrà fornire una teoria difendibile dell'interazione mente corpo (Cartesio non lo fa se non con la debole introduzione della ghiandola pineale).

Una seconda teoria è riconducibile al behaviorismo metodologico (B.M: cerca di definire i vincoli della costruzione della teoria psicologica coerenti con le presupposte limitazioni operazionaliste / verificazioniste del metodo scientifico in genere (Watson, 1919, Hull 1943, Skinner 1953), Il B.M. è conosciuto nella sua versione più semplice come il risultato del mec-

canismo stimolo -risposta; ad un determinato stato funzionale, corrisponde una determinata risposta (un buon esempio è il funzionamento di una macchina che distribuisce alimenti automaticamente: premendo il pulsante giusto si provoca il corretto stato funzionale dell'apparecchio che fornisce l'alimento scelto). Non c'è bisogno di prevedere nessuna mente all'interno.

Nell'introduzione all'lo della mente gli autori (Hofstadter e Dennett) scrivono: *che cosa è la mente? Cosa sono io? Può la mera materia pensare e sentire? Dove è l'anima? Chiunque si trovi ad affrontare queste domande precipita in un mare di perplessità...* Il nostro scopo non è tanto rispondere direttamente alle grandi domande, quanto scuotere tutti: sia coloro che hanno del mondo una visione rigida, concreta, scientifica, sia coloro che hanno una visione religiosa o spiritualistica dell'anima umana appunto siamo persuasi che per il momento non esistono risposte semplici alle grandi domande e che occorrerà un ripensamento radicale dei problemi in gioco prima di poter raggiungere un accordo sul significato della parola "io"

...

Commenti e domande

a cura del Gruppo di Medici di Medicina Generale in formazione di Modena e Reggio Emilia

CONSAPEVOLEZZA dell'esserci: nel presente, qui e ora.

Quando sono centrato nella mia Identità interiore (“se”) non sono più identificato con la periferia e posso vedere con distanza/distacco il corpo, le emozioni, i pensieri della mente, l'ambiente esterno, le relazioni: cioè tutta la periferia. Più mi muovo verso il centro e meno sono influenzato dalla preoccupazione per le maschere con cui appaio all'esterno. La meditazione non è uno strumento, come dice bene Antonio Mosti, ma un'esperienza che avvia un graduale processo di cambiamento/ avvicinamento al proprio centro interiore: più sono centrato e più cresce la mia capacità di sentire di essere nella realtà presente, qui e ora. Posso avvertire dentro e fuori di me il pulsare dell'esistenza e riconoscermi tutt'uno con essa fino ad esserne inondato.

In questa sensazione di appartenenza mi sento finalmente a casa, rilassato e al tempo stesso carico di energia presente che posso sentir scorrere dentro di me ad ogni respiro.

Sono centrato, attento, ho cura. Di me, degli altri, dell'ambiente, di ogni dimensione inclusa nelle due mappe concettuali. Mi prendo cura del Tutto.

Questa attitudine ci consente di riformulare completamente la relazione di aiuto (terapeutica o preventiva) che, una volta liberata dall'ingombro rappresentato dal nostro ego, può diventare interesse autenticamente attento e non “interessato” per l'altro. Sentiamo l'altro come essere presente nella sua totalità qui e ora e il nostro approccio diventa naturalmente di tipo olistico e rispettoso del valore della Vita.

Dal punto di vista pratico: le tecniche di meditazione sono tante e diversamente utili. L'importante è, una volta che ci siamo impadroniti della capacità di autoconcentrarci, riuscire a coltivare ed espandere progressivamente questa dimensione di presenza a noi stessi nell'intero arco della giornata. Imparare ad ascoltarsi ed essere totali nel momento presente. Dedicarsi delle pause di vuoto dai pensieri della mente. Anche solo praticare ogni tanto un minuto di silenzio e consapevolezza del respiro può essere di grande aiuto.

DOMANDE

1) Ricollegandoci al tema della prevenzione primaria e secondaria ... il fatto che la mente sia un sistema plastico, basato sul neuroadattamento continuo, spinge alcuni tipi di pazienti ad interessarsi ai temi di salute e prevenzione soltanto in seguito ad un evento che li colpisce in prima persona.

Possiamo “anticipare” questo cambiamento (evitando che insorga solo dopo un evento infausto)? possiamo e dobbiamo guidare il paziente in questo processo, che dovrebbe essere spontaneo?

Ogni individuo, sano o ammalato, deve essere posto nelle condizioni di scegliere i suoi propri obiettivi. Gli “obiettivi di salute” spesso finiscono in fondo alla lista delle priorità, poiché

lo stato di salute viene dato per scontato, finché non interviene qualcosa a perturbare lo stato di equilibrio.

È raro che un'attenta attività di prevenzione venga attuata dall'individuo su una base solamente razionale, nella maggior parte dei casi (secondo la mia esperienza negli ambulatori di medicina generale) la spinta verso questa direzione è data dal vissuto del paziente, da un evento infausto che colpisce lui stesso o i suoi cari.

Un modo efficace per guidare l'individuo nella scelta dei suoi obiettivi di salute, è fare appello all'emotività più che alla razionalità.

Se l'individuo è motivato da un bisogno nato da: esperienza personale + vissuto emozionale + conoscenze tecniche, allora è probabile che egli avrà consapevolezza del problema che vuole affrontare.

Come futuro medico di base, penso sia compito della mia categoria illustrare al paziente le conoscenze tecniche. Non posso intervenire nel merito dell'esperienza personale, ma posso far leva sul vissuto emozionale, spingendo il paziente a leggere testi di medicina narrativa, o a partecipare ad eventi che lo mettano in contatto con i vissuti altrui.

Una volta che il paziente abbia ottenuto una certa consapevolezza del problema, potrebbe essere spontaneo il desiderio di cambiamento, e spinti da questo desiderio, potremmo definire insieme il nuovo obiettivo di salute.

2) A questo proposito, come mantenere nel tempo questo processo di cambiamento? Come mantenere la motivazione fino a che la persona 'diventi' ciò che desidera?

Mantenere la motivazione è un compito arduo, poiché i desideri di ciascuno cambiano nel tempo ed è probabile che il paziente ritorni a un desiderio di comodità o edonismo, abbandonando l'obiettivo di salute.

Penso che per rendere permanente l'impegno del paziente, sia necessario che egli riconosca un **BISOGNO** di cambiamento, e non solo un **DESIDERIO**.

In quest'ottica, valuterei una digressione sulla piramide di Marlow, se il paziente fosse interessato ad avere una lunga conversazione sull'argomento, ed esporrei l'obiettivo di salute come obiettivo in grado di soddisfare i bisogni di sicurezza, di appartenenza ed affetto, e perfino di autorealizzazione.

Ovviamente degli obiettivi di salute adeguati soddisfano anche i bisogni fisiologici, sebbene l'edonismo più sfrenato possa dare una soddisfazione più intensa, tramite i percorsi neurali di ricompensa.

Pur non essendo in grado di fornire una "scarica dopaminergica" al pari di alcuni comportamenti rischiosi, l'**IMPEGNO** posto nel raggiungimento di un obiettivo di salute può comunque gratificare enormemente l'individuo nel suo percorso di autorealizzazione.

PS: Risvolto pratico. Vorrei puntualizzare che nella mia esperienza professionale, finora, ho sempre e soltanto cercato di porre ad ogni paziente obiettivi raggiungibili con piccoli sforzi, dando come obiettivo successivo sempre e solo il gradino successivo, senza mai metterlo di fronte alla scala completa (poiché penso che confrontarsi direttamente con un obiettivo troppo grande possa essere demoralizzante). Ad esempio, consigliare di ridurre le sigarette da 40 a 20 e poi da 20 a 10, e se si riesce smettere del tutto, o in caso di insuccesso accontentarsi di fumarne solo una o due al giorno.

Nel mio piccolo, ho sempre affrontato pazienti tutto sommato collaboranti ed in discreta salute, ma penso che in caso di vera difficoltà e sofferenza individuale consiglieri percorso psicologico.

Pazienti estremamente delicati e sofferenti sono presi in carico da SERT o centri di riabilitazione, perciò non ho mai avuto occasione di dialogare con loro.

3) esistono tecniche (ad esempio meditative e di mindfulness, o altro) che, utilizzando modalità di stimolazione dell'attenzione o della consapevolezza, sfruttando quindi il 'sentire esperienziale', possano creare modifiche nelle reti neurali e quindi nel comportamento della persona, senza che questa si senta attaccata/incolpata/obbligata a modificare il proprio stile di vita?

L'individuo deve rendersi soggetto ATTIVO, e non esecutore PASSIVO di compiti prescritti. Il medico dovrebbe porre molte domande e predisporre percorsi alternativi diversificati, in modo che sia il paziente stesso a sforzarsi di creare il proprio percorso di salute, nel modo che gli è più congeniale.

"C'è più di una saggezza al mondo, non è male che esse si alternino" *M. Yourcenar*

Risvolto pratico: paziente che desidera perdere peso + ridurre rischio cardiovascolare abbassando livelli ematici di colesterolo e glucosio.

Evidentemente la risposta unificante è una dieta, eventualmente associata a una vita non sedentaria ed esercizio fisico.

Indagare se paziente approverebbe iscrizione in palestra, o se gli è più facile passeggiare con cane o con amici. Comunque lasciare varie interpretazioni di "vita non sedentaria".

Invece di vietare tassativamente alimenti, mostrare al paziente piramide alimentare e domandare: "di solito i suoi pasti somigliano a quelli riportati in questo disegno?", e decidere insieme al paziente se egli possa beneficiare di incontro con dietista/nutrizionista. Nel dialogo con il paziente, non tralasciare informazioni tecniche (ad esempio quali alimenti sono più ricchi di colesterolo, o l'indice glicemico degli alimenti) e lasciare al paziente i mezzi per interpretare le informazioni che sicuramente troverà online, o consultando amici e altri professionisti. Non scoraggiare il paziente dall'informarsi da solo, poiché il desiderio di informarsi e studiare aumenterà la sua consapevolezza del problema. Non sottovalutare l'effetto deleterio delle *fake news* su una persona poco consapevole, perciò restare a disposizione per chiarimenti e non offendersi se il paziente avrà consultato altre fonti oltre a noi.

Non ho elementi per dichiarare che tecniche meditative o mindfulness possano essere uno strumento vantaggioso in questo contesto, poiché non ho ancora approfondito la letteratura scientifica in merito. Ritengo però che ci siano pazienti specifici a cui questo percorso può essere utile, e sono soprattutto i pazienti che desiderano svolgerlo.

Se il paziente non ha interesse in questo tipo di esperienza, non vale la pena forzarlo, almeno fino a che egli non dichiari curiosità per l'argomento.

Il paziente curioso invece, potrebbe beneficiare dell'esperienza, apprendendo un nuovo modo di interagire col proprio corpo e un nuovo modo di ascoltare e disciplinare la propria mente.

4) In merito all'ambiente e alle frasi riportate sopra... evidentemente il luogo non è soltanto un contenitore passivo, bensì contribuisce a indirizzare i nostri pensieri e le nostre percezioni. l'ambiente ci modifica, ma noi possiamo anche modificarlo.

- ambiente come safe space o zona di comfort
- ambiente come?

Ho recentemente appreso (proprio durante la conferenza dell'8 luglio) che ci sono ricerche

a sostegno della tesi che l'ambiente che può aiutare a contrastare comportamenti d'abuso. Le possibilità sono molteplici.

- Ambiente come zona di comfort o safe space: è meglio restare nella zona di comfort o forzarsi per uscirne?
- Pet therapy
- Art therapy
- Esercizio fisico e sport, individuali o di squadra?
- Yoga e tecniche di meditazione
- Frequenza a corsi di teatro (dove non solo interagisco con un ambiente scenografico immersivo, ma devo anche interpretare ruoli diversi che mi facciano riflettere)
- ...

La vera sfida è, tra tutte queste possibilità, trovare la risposta che si adegui di più alle esigenze del singolo paziente, "cosa fa bene a chi".

In quest'ottica, ci viene molto in aiuto la fenomenologia. La fenomenologia analizza e descrive la persona nelle sue emozioni, nei suoi pensieri, nel suo immaginario, nei suoi modi di essere e sentire secondo l'approccio olistico.

Risvolto pratico: molto concretamente, sarebbe giusto chiedere al paziente cosa ne pensi lui, quale tra le possibilità sia più praticabile per lui... Anche se è frequente che il paziente dica di non saperlo, o che il paziente affermi di non conoscere sé stesso, è difficile che si tiri indietro in un atteggiamento rinunciatario (almeno nella mia esperienza in ambulatorio di medico di medicina generale). Certo, egli potrà sbagliare, ma l'errore – perfino e soprattutto nella ricerca di un percorso di salute – è più che mai formativo.

Tornare sui propri passi, cambiare idea, non è mai un ricominciare da zero, ma è sempre parte di un viaggio che si arricchisce di riflessioni e di consapevolezza. L'errore non annulla il percorso, casomai lo valorizza.

5) si può parlare davvero di libero arbitrio? E in quali termini?

Una domanda a cui persone più qualificate di me hanno cercato di rispondere in tutte le epoche. Non lo so.

Risvolto pratico: se non credessimo nel libero arbitrio non avrebbe molto senso parlare di prevenzione, desiderio e bisogno di cambiamento, individuo attivo nella scelta dei suoi obiettivi di salute e percorsi di cura. Perciò, direi che ci avvantaggia pensare che *faber est suae quisque fortunae*.

Se il paziente invece dichiara di non credere nel libero arbitrio, o nelle sue capacità di cambiamento ("Dottore, è impossibile!"), può essere che egli intenda non soltanto un banale "dio vede e provvede, se vuole mi aiuterà lui", ma che faccia riferimento a:

- Meccanismi di coping e resilienza, innati o appresi nel periodo infantile;
- Il proprio ruolo nella società, in un sistema in cui la meritocrazia è solo apparente e i pregiudizi sono difficili da spezzare;
- Il proprio patrimonio genetico, che può rappresentare un fattore di rischio ineludibile in parecchie circostanze
- ...

Nel primo caso, può essere utile indirizzare la persona presso uno psicologo, affinché – se pure non riuscirà a cambiare completamente i meccanismi appresi – potrà almeno prender-

ne coscienza. Ritengo sia utile mostrare al paziente vivo interesse per questi meccanismi psicologici, facendogli pensare che noi vi attribuiamo grande importanza, in modo che egli sia stimolato e incuriosito, e voglia approfondirli con impegno (anche economico, che è purtroppo fattore limitante). Non vedo l'utilità di svilire la persona con ragionamenti disfattisti, come: "su col morale" o "non ci hai provato davvero" o "volere e potere e tutto il resto è una scusa".

Nel secondo caso, sarebbe utile poter illustrare al paziente progetti, ausili, finanziamenti, ecc., messi a disposizione dall'SSN o dalle autorità preposte, a sostegno delle persone fragili o svantaggiate. Pur essendo in partenza svantaggiato rispetto ad altri, il paziente può sentire che gli viene concessa un'opportunità. Investire con aiuti concreti è più facile che investire contando solo sulle proprie forze, anche in tema di salute e prevenzione.

Nel terzo caso, il mmg deve contare sulle proprie conoscenze tecniche, per spiegare al paziente in che modo le linee guida e l'*evidence based medicine* hanno affrontato il problema che lo affligge. Il difficile compito del medico, in questo caso, è convincere il paziente che il progresso scientifico può influenzare il proprio destino.

Questo concetto è facilmente illustrabile con un caso concreto.

Ad esempio, una paziente affetta da mutazione genetica BRCA ha un elevato rischio di sviluppare tumori al seno e all'ovaio. In questo caso, i medici devono proporre alla paziente diversi percorsi preventivi, e ogni paziente ha il diritto di essere guidata nella sua decisione, senza essere pesantemente influenzata dall'opinione del medico.

Ha fatto molto scalpore la scelta di A. Jolie, quando ha deciso di sottoporsi a mastectomia e ovariectomia preventiva per questo problema, la donna è stata accusata con fanatismo religioso o con scarsa presenza di empatia. Eppure ci sono delle basi scientifiche dietro una scelta così radicale.

Rispetto alla popolazione generale, una paziente con mutazione di BRCA vede il proprio rischio di sviluppare tumore aumentato del 60-90%. Ogni paziente (di solito il tipo meno ansioso) può scegliere di sottoporsi a controlli più frequenti (per diagnosticare eventuali tumori quando sono ancora ai primissimi stadi), oppure effettuare farmaco-prevenzione (associata però a menopausa precoce), oppure effettuare chirurgia preventiva (che si associa a menopausa precoce e ad intervento di mastoplastica).

La scelta è molto importante, difficile e complessa. Ogni persona ha il diritto di essere affiancata da un'equipe multidisciplinare e di figurarsi un quadro oggettivo e dettagliato dei possibili scenari futuri. Ogni persona dovrà confrontare questo quadro, il più possibile oggettivo, con il proprio vissuto e le proprie aspirazioni, con il desiderio di avere figli, con il proprio carattere e il rapporto con il proprio corpo. In alcuni paesi, come ad esempio gli USA, purtroppo bisogna confrontarsi anche con le proprie disponibilità economiche.

Bisogna anche ricordare al paziente che, per quanto i fattori genetici ci posizionino in un punto diverso dello spettro del rischio, i fattori ambientali si sommano sempre ai fattori genetici, perciò una dieta bilanciata e una vita sana sono sempre necessarie a ridurre il rischio di patologia, anche quando la malattia è geneticamente determinata.

6) un approccio fenomenologico è utile anche nella nostra pratica clinica o si adatta meglio ad altri contesti? Se sì, quali strumenti serve apprendere per utilizzarlo?

L'approccio fenomenologico è utile per cogliere la singolarità del paziente, che viene concepito come individuo, come persona dalle sue mille sfaccettature.

Già la EBM (*evidence based medicine*) raccomanda di costruire percorsi di cura "sartoriali", su misura, "tailored", costruiti sul paziente e per il paziente.

Lo stesso approccio, secondo LdP, va applicato al percorso di prevenzione.

Come già espresso in un paragrafo precedente, la fenomenologia analizza e descrive la persona nelle sue emozioni, nei suoi pensieri, nel suo immaginario, nei suoi modi di essere e sentire secondo l'approccio olistico.

La persona deve SPERIMENTARE la pratica clinica, dobbiamo cercare di abbandonare il metodo paternalistico-prescrittivo, per rendere il paziente protagonista. Dopotutto, è il paziente che deve modificare la sua vita, che deve sentire il bisogno del cambiamento (vedi domanda 2). Se non riusciamo a includere il paziente attivamente, egli presto desisterà dai suoi obiettivi di salute. L'individuo non deve "fare un favore" al medico, aderendo allo stile di vita che il medico pubblicizza o descrive. L'individuo deve soddisfare i suoi bisogni di cambiamento. Gli strumenti da apprendere per utilizzare l'approccio fenomenologico sono molto raffinati, poiché non esiste un principio secondo cui "*one fits all*", ma bisogna invece cercare di esplorare e intuire volta per volta.

Risvolto pratico: la persona che non ha un talento naturale per l'ascolto empatico, dovrà servirsi della sua esperienza da maturare negli anni, dell'occhio clinico e di eventuali percorsi di crescita psicologica personale, anche mediante corsi o letture stimolanti in questo senso. Personalmente, ritengo che la medicina narrativa sia un'ottima arma in grado di affinare la capacità di mettersi nei panni di un altro. I pazienti sono coloro che, più di ogni altro, possono farsi insegnanti, per il medico.

La parola è maschera perché favorisce la produzione simbolica e fantastica spostando immediatamente nel qui ed ora l'attività da un piano di realtà ad un piano di semi realtà.

Conclusioni

Il metalogo è un modo per varare una nave pronta a salpare senza avere ancora chiaro quale sarà il punto preciso di approdo.

Le conclusioni sono ispirate alla traiettoria virtuale del capolavoro che nel tempo, ha rappresentato *Il Piccolo Principe*.

Cito la dedica immaginifica dell'autore a lettori immaginari:

“chiedo scusa ai bambini per aver dedicato questo libro a un adulto. Però ho un buon motivo: questo adulto è il miglior amico che ho al mondo. E ho un altro motivo: questo adulto capisce tutto, anche i libri per bambini ... Se tutti questi motivi non bastassero allora voglio dedicare questo libro al bambino che il mio amico adulto è stato prima di diventare adulto. Tutti gli adulti sono stati bambini, almeno una volta ... Solo che pochi se lo ricordano.
(cit.: Exupery, *Il piccolo principe*).

Perché concludere con una citazione del Piccolo Principe:

è un buon consiglio di lettura e meditazione;

è un modo o uno dei modi di attraversare i processi di cambiamento: differenze di percezioni, valori, prospettive;

parla di attesa, curiosità, anche di risultati non riusciti, nonostante buoni propositi;

include o rimanda a aspetti significativi dell'approccio fenomenologico su spazio e tempo vissuto nell'istante; la irriducibile persistenza di un esistere naturale che la neurobiologia descrive come opportunità del cambiamento, viaggio metaforico e non solo fra razionalità, affettività e relazioni.

Questo metalogo è solo un inizio, umile e vulnerabile, fragile e definitivo come ogni inizio.

Bibliografia essenziale

Per un approfondimento ad alcuni spunti di neurobiologia

Hofstadter, D.R., & Dennett, D.C. (1985). L'io della mente. *Fantasie e riflessioni sul sé e sull'anima*. Le LeDoux, J. E. (2003). *Synaptic self: How our brains become who we are*. Penguin.

Chiamulera C. La realtà virtuale

Bateson, G. (1993). *Mente e natura. Un'unità necessaria*.

Per l'approccio fenomenologico

Galimberti, U. (1999). *Psichiatria e fenomenologia. Con un saggio di Borgna E* (Vol. 83). Feltrinelli Editore. K. Fuchs, T., & Stanghellini, G. (2016). Cent'anni di Psicopatologia generale di Karl Jaspers. *Cent'anni di Psicopatologia generale di Karl Jaspers*, 1-598.

Binswanger, L., Giacanelli, F., & Filippini, E. (1970). *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*. Feltrinelli.

Minkowski, E., Von Gebsattel, V. E., Straus, E. W., & Cargnello, D. (1967). *Antropologia e psicopatologia*. Valentino Bompiani.

Merleau-Ponty, M. (2014). *Fenomenologia della percezione*. Giunti.

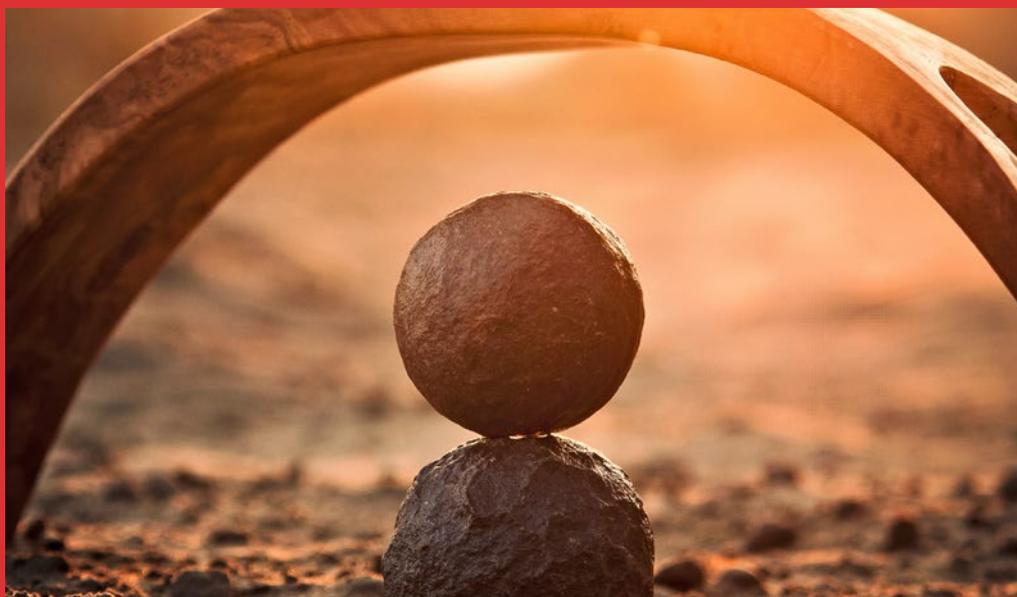
Per la rielaborazione espressiva

Hillman, J. (1996). *Fuochi blu*, tr. it. di A. Bottini, *Adelphi, Milano*, 394.

Bachelard, G. (2015). *La poetica della rêverie* (Vol. 137). Edizioni Dedalo.

DIALOGO FRA NEUROSCIENZE E FENOMENOLOGIA PER LA COMPrensIONE E LO SVILUPPO DEI PROCESSI DI CAMBIAMENTO INTENZIONALE DEL COMPORtAMENTO

8 LUGLIO 2020 ore 9.00-11.30



Seminario online ad iscrizione obbligatoria

Introduce e modera: Antonio Mosti

Relatori: Sandra Bosi, Cristiano Chiamulera



Iscrizioni sul sito: www.luoghidiprevenzione.it

ENTRO LUNEDÌ 6 LUGLIO 2020

Info: segreteria@luoghidiprevenzione.it

Telefono: 0522 320655

I PROCESSI DEL CAMBIAMENTO NEL DIALOGO FRA NEUROSCIENZE E FENOMENOLOGIA

08 LUGLIO 2020 | 9.00-11.30

OBIETTIVO SPECIFICO DEL WORKSHOP:

I processi di cambiamento intenzionale sono favoriti o ostacolati da diverse condizioni. Gli aspetti neurobiologici, come descritti dai contributi attuali delle neuroscienze, hanno un ruolo importante nella regolazione del comportamento che, secondo la lettura fenomenologica, avviene in un contesto di “spazio e tempo vissuti”.

Il focus è il “qui ed ora”, alla base del concetto di “salute soggettiva” che orienta i percorsi laboratoriali di Luoghi di Prevenzione ispirati dalla Fenomenologia del cambiamento.

Il Seminario si propone di chiarire questi aspetti e di fornire un esempio di applicazione metodologica che possa essere di supporto alle competenze professionali trasversali dei partecipanti.

STRUTTURA DEL WORKSHOP:

Il Seminario prevede una parte iniziale di dialogo fra relatori e moderatore; Conversazione con i partecipanti con interventi in diretta o analisi di questioni presentate nei giorni precedenti al Seminario; 60 minuti di attività interattiva e considerazioni dei partecipanti; consegne e indicazioni per eventuali approfondimenti individuali.

Programma 8 luglio: ore 9.00/11,30:

Dialogo fra Neuroscienze e Fenomenologia per la comprensione e lo sviluppo dei processi di cambiamento intenzionale del comportamento

Introduce e modera: *Antonio Mosti*

Relatori: *Sandra Bosi, Cristiano Chiamulera*

Modalità di svolgimento:

- Dialogo fra i relatori
- Conversazione fra i partecipanti
- Applicazione di metodologia interattiva rispetto al tema del seminario.
- Consegne e conclusioni.

Concetti chiave trattati:

- “sistemi complessi nel dialogo fra neuroscienze e fenomenologia”
- Tempo, spazio e memoria
- Corpo e corporeità e interazione persona -spazio e tempo vissuti (dal reale al virtuale).

Dettagli:

Il Metalogo è tenuto da:

Sandra Bosi, Responsabile tecnico/didattico di Luoghi di Prevenzione. Guida le metodologie interattive di LdP e cura, insieme a Giovanni Forza, il rapporto di ricerca con il prof. Carlo di Clemente.

Cristiano Chiamulera, Professore Ordinario dell'Università degli Studi di Verona. È Direttore del laboratorio sperimentale "Human Lab" di Luoghi di Prevenzione.

Antonio Mosti: Componente del Gruppo tecnico di Luoghi di Prevenzione. Coordina gli aspetti delle possibili applicazioni delle metodologie di Ldp in ambito clinico.

Carlo Di Clemente è il co-fondatore, insieme a J. Prochaska, del Modello Transteorico del Cambiamento. È il Direttore scientifico della Piattaforma di formazione a distanza di Ldp e Presidente del gruppo di lavoro nazionale del progetto di ricerca.

Giovanni Forza: è il responsabile delle relazioni fra Ldp e il laboratorio di ricerca Habits. Lab. È il punto di riferimento di Ldp per l'applicazione del TTM all'approccio motivazionale.

#3 I Metaloghi di Luoghi di Prevenzione

3. Dialogo fra neuroscienze e fenomenologia per la comprensione e lo sviluppo dei processi di cambiamento intenzionale del comportamento

Presupposto dei metaloghi è l'approfondimento sulle applicazioni del modello Transteorico del cambiamento nel dialogo fra l'approccio fenomenologico alla base della metodologia e le neuroscienze: il volume ne definisce i confini.



Il volume è stato realizzato nell'ambito del progetto CCM: "Cambiare stili di vita non salutari. La formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti in ambito della promozione della salute".