

Rivista di studi adleriani

Rivista semestrale

Anno III – N. 5 – Dicembre 2023



Scuola
Adleriana di
Psicoterapia del
CRIFU



Direzione Scientifica: Daniela Bosetto (Università eCampus / Direttrice Centro di Ricerca in Psicologia Applicata eCampus / Direttrice Scuola di Specializzazione in Psicoterapia del CRIFU)

Comitato Scientifico: Silvio Bolognini (Università eCampus / Direttore CE.DI.S. – Centro studi e ricerche sulle politiche del diritto e sviluppo del sistema produttivo e dei servizi), Pasquale Belardinelli (H San Raffaele Resnati Srl – Milano), Angela Francesca Molina (Istituto la Flag – Pavia), Giuseppe Sartori (Università degli Studi di Padova)

Comitato Tecnico-editoriale: Luca Siniscalco

Segreteria di redazione: Anna Cattaneo

Per l'invio dei contributi originali, non inviati ad altre riviste (il testo, corredato di un *abstract* in inglese e nella lingua di stesura del saggio, ciascuno di non più di 500 caratteri, spazi inclusi, e di 5 *key words*, deve essere privo di indicazioni relative all'autore; in un *file* a parte va spedita un documento con nome/cognome, titolo, istituzione di appartenenza, email; vanno seguite le norme redazionali disponibili online sul sito della rivista), inviare una mail a: info@scuolapsicoterapiacrifu.it

I contributi destinati alla pubblicazione vengono preventivamente sottoposti a procedura di *double-blinded peer review* (revisione a “doppio cieco”). Il Comitato tecnico-editoriale e scientifico si avvale di esperti esterni nel processo di revisione tra pari. La Direzione editoriale può in ogni caso decidere di non sottoporre ad alcun *referee* l'articolo, perché giudicato non pertinente o non rigoroso né rispondente a standard scientifici adeguati. I contributi non pubblicati non saranno restituiti.

Il Codice Etico di *Studi adleriani* è consultabile sul sito www.scuolapsicoterapiacrifu.it

Proprietà: CRIFU – Centro Ricerche e Formazione UNITRE
Via Ariberto 11 – 20123 Milano (MI)
www.scuolapsicoterapiacrifu.it

Editore: Armando Editore
Via Leon Pancaldo 26 – 00147 Roma
www.armandoeditore.it

Sito della rivista: www.scuolapsicoterapiacrifu.it

Direttore responsabile: Daniela Bosetto

ISSN: 2785-4604

SOMMARIO

PRESENTAZIONE	4
<i>Sustainable Development Goals: il potenziale ecosistema generato dal social interest dell'imprenditoria milanese attraverso l'analisi di un intervento adleriano</i> di Clementina Pizza	6
<i>Il trattamento psicoterapeutico adleriano di un paziente affetto da disturbo schizoaffettivo</i> di Aurelio Calcagno	30
<i>Homo fragilis. Elogio della fragilità in una prospettiva adleriana</i> di Giulio Brentazzoli	46
<i>La società della performance in chiave adleriana. Il sentimento di inferiorità nella società occidentale del XXI secolo e l'importanza della cooperazione per preservare le generazioni future</i> di Valentina Accomando	66
<i>La donna, il mostro e la madre. Ermafroditismo psichico: studio di un caso clinico</i> di Davide Maria Giarratana	78
<i>Il ruolo dei primi ricordi nell'analisi dello Stile di Vita: il caso di Mattia</i> di Francesca Barillà	104

Presentazione

La Scuola quadriennale adleriana di Psicoterapia del CRIFU, riconosciuta dal Miur il 15/03/2015, con i suoi docenti e specializzandi intende far conoscere a psicologi, psicoterapeuti e medici, attraverso la pubblicazione di articoli scientifici sulla rivista in oggetto, il modello della Psicologia individuale di Alfred Adler applicabile al contesto clinico.

Scopo della rivista è mettere in luce attraverso la pubblicazione di articoli rigorosamente selezionati dal comitato scientifico la modalità di operare del terapeuta adleriano.

La casistica riportata comprenderà l'analisi di percorsi terapeutici dall'infanzia all'età adulta, sia a livello individuale che di gruppo.

La psicologia individuale, con i suoi costrutti di stile di vita, sentimento e complesso di inferiorità, sentimento sociale, finzioni, protesta virile, ermafroditismo psichico, volontà di potenza risulta estremamente attuale e adattabile ai giorni nostri.

La ricca casistica presentata negli articoli permetterà di comprendere le diverse forme di disagio psicologico e psichico che stanno caratterizzando la nostra epoca.

L'intento è quello di proporre al lettore l'approfondimento di alcuni concetti teorici finalizzati all'analisi del caso presentato.

Attraverso lo studio della costellazione familiare, dei primi ricordi, del sogno, delle associazioni libere si osserverà come i terapeuti adleriani, attraverso un lavoro creativo, orientano il paziente scoraggiato verso una nuova progettualità.

Sustainable Development Goals: il potenziale ecosistema generato dal social interest dell'imprenditoria milanese attraverso l'analisi di un intervento adleriano di *Clementina Pizza**

ABSTRACT (ITA)

Nella *Psicologia di massa* di Adler, la traiettoria dell'evoluzione conduce l'uomo verso il benessere dell'umanità. La chiusura del divario auspicata da Adler prende forma dall'Agenda 2030 composta da 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG), un piano d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità. La rete di professionisti e datori di lavoro del Rotary Club Milano ha deciso di contribuire al raggiungimento dell'Obiettivo 3 - Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti e a tutte le età, con il progetto preventivo *Be Wellthy*, per la lotta alle malattie non trasmissibili come il diabete, con l'applicazione dell'approccio adleriano. Lo stesso, opportunamente adattato, è stato applicato a un paziente affetto da diabulimia dell'ambulatorio Disordini Alimentari della Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Al termine del percorso, il rinnovato stile di vita della paziente ha avuto effetti positivi su sé stessa e sull'ecosistema circostante. Pertanto, la potenziale applicazione su larga scala del progetto *Be Wellthy*, sia in fase preventiva che terapeutica, consentirebbe un effettivo risparmio sui costi diretti del sistema sanitario e sui costi indiretti a carico del sistema previdenziale e lavorativo sostenuti per il diabete a favore delle generazioni future.

Parole chiave: benessere, *Be Wellthy*, diabete, terapia, sanità

Sustainable Development Goals: the potential ecosystem generated by the social interest of Milanese entrepreneurs through the analysis of an Adlerian intervention by *Clementina Pizza*

ABSTRACT (ENG)

In Adler's *Mass Psychology*, the trajectory of evolution leads man toward the well-being of humanity. The advocated closing of the gap by Adler takes form from the 2030 Agenda made of 17 *Sustainable Development Goals (SDGs)*, a plan of action for people, planet and prosperity. The network of professionals and employers of Milan's Rotary Club has decided to contribute to the achievement of the *Goal 3 - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*, with its preventive *Be Wellthy* project, for fighting non-communicable diseases as the diabetes, with the Adlerian approach application. By proper adjustment, the same has been applied to a patient with diabulimia in the Eating Disorder clinic at IRCCS Ca' Granda Foundation, Ospedale Maggiore Policlinico of Milan. At the end of the journey, the renewed lifestyle of the patient had positive effects on herself and on the surrounding ecosystem. Therefore, the potential application for a large-scale of the *Be Wellthy* project, both in the preventive and treatment phase, would allow an effective saving on the direct costs of health system and on the indirect costs borne by social security and working system incurred for diabetes ensuring a sustainable future.

Keywords: wellness, *Be Wellthy*, diabetes, therapy, healthcare

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

1. Introduzione

Nella *Psicologia di massa* di Adler la traiettoria dell'evoluzione conduce l'uomo verso l'alto, verso il benessere dell'umanità. La cancellazione del divario auspicata da Adler prende forma con l'Agenda 2030 composta da 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG), il piano d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità. La rete di professionisti e datori di lavoro del Rotary Club di Milano ha deciso di contribuire al raggiungimento dell'Obiettivo 3 - Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti e a tutte le età, con il progetto preventivo *Be Wellthy*, per la lotta alle malattie non trasmissibili come il diabete, con l'applicazione dell'approccio adleriano. Lo stesso, opportunamente adattato, è stato applicato ad una paziente affetta da diabulimia dell'ambulatorio Disordini Alimentari della Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Al termine del percorso, il rinnovato stile di vita della paziente ha avuto effetti positivi su sé stessa e sull'ecosistema circostante. Pertanto, la potenziale applicazione su larga scala del progetto *Be Wellthy*, sia in fase preventiva che terapeutica, consentirebbe un effettivo risparmio sui costi diretti del sistema sanitario e sui costi indiretti a carico del sistema previdenziale e lavorativo sostenuti per il diabete assicurando così un futuro sostenibile.

2. Il Sé, gli altri, il mondo: la chiusura di un gap

2.1 Psicologia positiva: una prospettiva neo-adleriana

Nell'essere umano, secondo Adler, esistono due istanze fondamentali: lo “*striving*” ed il “*social interest*”. “Lo *striving* è un'energia che indirizza l'uomo, sia a livello conscio sia inconscio, verso obiettivi d'innalzamento, d'affermazione personale, di confronto competitivo o almeno d'autoprotezione ai fini della propria sopravvivenza” (Pagani, 2003). Invece “il *social interest* è il bisogno insito in ogni uomo di cooperare e di partecipare emotivamente con i propri simili” (Pagani, 2003). Dall'interazione tra queste due istanze l'uomo è riuscito a costruire la civiltà e raggiungere risultati importanti nel corso della storia. Entrambe queste forze direttrici hanno consentito alla comunità umana di soddisfare le seguenti esigenze: autoaffermazione, sopravvivenza, organizzazione sociale, sostegno reciproco, adattamento all'ambiente, organizzazione del lavoro, valorizzazione delle attitudini e dei requisiti personali, cooperazione a vantaggio dell'intera specie umana, ecc. Il campo d'azione della “volontà di potenza” si estende ai vari settori della vita: affetto, lavoro, socialità; essa si serve di dominio o conservazione per finalità di potere. In concetto di “*striving*” è stato ispirato da Nietzsche (*der Wille zur Macht*), anche se Adler vi ha attribuito un significato differente. Per Nietzsche, infatti, lo “*striving*” è “un'energia

fondamentale, lontana da strutturazioni di tipo moralistico, capace di sovrintendere a tutti i comportamenti umani, condizione irrinunciabile di abnegazione e coraggio” (Pagani, 2003). Questa energia viene usata sia come meccanismo di attacco che di difesa. Quanto al *social interest*, esso ha consentito all'uomo la suddivisione del lavoro, permettendo ad ognuno di cooperare nella comunità in modo differenziato in base alle proprie caratteristiche.

Alfred Adler ha sviluppato una teoria della personalità e un approccio psicoterapeutico, così visionario che lo stesso Albert Ellis (1970) dichiarò “*Alfred Adler, more than even Freud, is probably the true father of modern psychotherapy*”. Corey (2017, p. 125) concorda, affermando: “*It is difficult to overestimate the contributions of Adler to contemporary therapeutic practice. In many ways, I believe Adler's influence on current practice. In many ways, I believe Adler's influence on current practice is greater than Freud's. Many of Adler's ideas were revolutionary and far ahead of his time. His influence went beyond counseling individuals, extending into the community mental health movement*”.

Lo sviluppo della teoria adleriana ha mosso i suoi passi a partire dalle fasi psicoanalitica (1902-1911) e post-analitica (dal 1911 alla Prima Guerra Mondiale) per portarsi, poi tra la Prima Guerra Mondiale e il 1937, alla fase costruttivista e umanistica. Esaminando quest'ultima emerge distintamente la rilevanza contemporanea del pensiero adleriano in diverse aree del pensiero psicologico, come lo *striving* verso la perfezione o superiorità e il *Gemeinschaftsgefühl*, ovvero *social interest*, come le due tendenze fondamentali della teoria adleriana che risuonano in particolare con i concetti della *psicologia positiva* del XX Secolo (Ergüner-Tekinalp, 2016; Watts, 2012, 2015).

Il concetto di “*striving*” di Adler si è evoluto nel tempo, attraverso l'utilizzo di diverse parole come perfezione, superiorità e “*self-mastery*” per descrivere come la ricerca di ciascun individuo si muovono da “*the present situation, as observed and interpreted, to a better one, one that was superior to the present status*” (Manaster & Corsini, 1982, p. 41). Secondo Adler, la direzione principale seguita da ogni persona tende verso il “*self-mastery*” definito come “*striving for perfection or superiority*”. Questa è la compensazione creativa o risposta compensatoria ai normali e universali sentimenti di *disempowerment* e insignificatività, seguita dalla convinzione che si è meno di ciò che si potrebbe essere (c.d. sentimento di inferiorità). Dunque, lo *striving* alla perfezione o superiorità è il naturale desiderio dell'uomo di muoversi da una posizione percepita come negativa ad un'altra considerata invece, migliore. Questo concetto è stato ripreso da altri teorici della personalità come Kurt Goldstein, Karen Horney, Carl Jung, Abraham Maslow, Otto Rank, Carlo Rogers and Robert White (Jorgensen & Nafstad, 2004; Manaster & Corsini, 1982). Per esempio, nel discutere di felicità e potenziale umano, Ryan e Deci (2001, p. 144) hanno descritto l'ottimale funzionamento e sviluppo come “*the striving for perfection that represents the realization of the one's true potential*”. Le loro posizioni sono essenzialmente identiche a quella di Adler. Anche nelle teorie relative all'ottimismo, alla resilienza e alla speranza considerano lo *striving* come meccanismo a loro sottostante (Feist &

Feist, 2009; Kobasa, 1979; Nader, 2008; Snyder, 2012). Tutte le sopracitate teorie della personalità sono in linea con il pensiero adleriano ritenendo che la persona cerca di attualizzare il potenziale nel suo processo del “divenire”.

La teoria adleriana è una teoria relazionale; afferma che le persone sono socialmente inserite e che la sua conoscenza è distribuita all'interno delle sue relazioni. Adler affermava che non si poteva comprendere la persona senza considerarne il suo contesto sociale. Di conseguenza, i principali compiti vitali della persona, affettività, lavoro e amicizie, sono chiaramente connessi alle relazioni. Questi ambiti di vita indirizzano le relazioni d'amore, le relazioni con gli amici, le relazioni di lavoro, la relazione con il proprio Sé, con Dio o l'universo (Carlson, Watts & Maniaci, 2006; Watts, 2003, 2012, 2015; Watts, Williamson & Williamson, 2004).

I comportamenti e pensieri assunti nei vari contesti acquisiscono un'unità coerente a partire dai primi cinque anni di vita, dando luogo a “schemi mentali” (Ansbacher & Ansbacher, 1997, p. 205) che diventano una maniera di leggere la realtà e di guidare, proprio come, nei decenni successivi, sosterrà la psicologia cognitivo-comportamentale. Questi schemi sono così stabili nel resto della vita, che è complesso liberarsene; occorre una grande consapevolezza da parte dell'individuo dell'incongruenza tra questi e le richieste sociali, e occorre che la leva del *social interest* colmi questa distanza. Secondo Adler (1970, 1971) si struttura entro i primi quattro o cinque anni di vita e assume, contemporaneamente, aspetti statici e aspetti dinamici. Si forma in un lungo arco temporale e si cristallizza parzialmente in abitudini e comportamenti automatici e pertanto “inconsci” (Adler, 1994). D'altra parte, però, esso è perennemente in evoluzione e cambiamento.

Il concetto di stile di vita inteso nel suo aspetto più statico e rigido di abitudini acquisite, comportamenti automatizzati e radicati al punto tale da essere diventati inconsapevoli si accosta al concetto di personalità, dimensione dagli aspetti più bio-psicologici. La forma più dinamica dello stile di vita si accosta invece al concetto di organizzazione di personalità e funzionamento psichico, comprendendo in sé la possibile mutevolezza implicita, ciò perché un'organizzazione è appunto mutevole potendo riorganizzarsi e ri-strutturarsi. Tale dimensione abbraccia nella sua totalità la personalità del soggetto sul versante delle relazioni, dell'emotività, del controllo, dell'esame e del senso di realtà, della regolazione ottimale dello stato dell'umore ecc. Questi due aspetti costituiscono il *modus vivendi* dello stile di vita, cioè la visione della vita, il vissuto relativo alla propria identità personale, il sistema di valori costruito nel tempo. Considerando invece il funzionamento psichico ci si sposta nella direzione del *modus operandi* facendo riferimento alle emozioni, agli stati d'animo, ai vissuti, alle fantasie, alle paure, alle aspirazioni, ai desideri, agli atteggiamenti, ecc. con le sue risposte visibili a livello comportamentale. Tali aspetti possono essere correlati, nello specifico, a momenti particolari della vita, a situazioni concrete, a emergenze tipo traumi ed altro ancora. Non rappresentano o non coincidono necessariamente con gli aspetti più profondi, radicati

e rappresentativi della personalità. Risulta abbastanza chiaro, a questo punto, come anche concetti clinici e/o psicopatologici come narcisismo, rituali, evitamento, dipendenza, ecc. colleghino tra loro sia il *modus operandi* che il *modus vivendi*. Nella formazione dello stile di vita di ciascuno giocano più fattori la cui importanza non è sempre definibile con chiarezza. La situazione reale e gli avvenimenti estremi di vita influenzano fortemente a livello oggettivo. Ambienti culturalmente poveri, deprivati, ecc. possono di converso limitare fortemente le potenzialità e gli interessi del soggetto sia a livello culturale che sociale. Similmente un fluire quieto e tranquillo dell'esistenza può aiutare la formazione di un carattere armonico ed equilibrato. E, al contrario, una storia personale costellata di malattie, lutti, eventi traumatici, ecc. favorirà con relativa facilità lo svilupparsi di un'immagine del mondo come ostile, un'immagine della vita come difficile, faticosa ed irta di difficoltà. Soggetti cresciuti in contesti familiari e ambientali ricchi di stimoli risultano in generale favoriti rispetto, per esempio, all'apprendimento in senso lato. Le persone psicologicamente sane hanno acquisito un buon equilibrio tra il *self-mastery* e un alto livello di *social interest*. Lo stile di vita di cui beneficeranno, sano e sociale, vedrà manifestarsi il *social interest* attraverso azioni concrete (Clark, 2016).

Nello scritto *Mass Psychology* di Adler, pubblicato nel 1937 a valle di un lungo periodo di studi e riflessioni, lo stile di vita di ogni persona viene descritto come il risultato di un processo di adattamento della propria struttura, in evoluzione, rispetto al proprio ambiente circostante. Precisa, inoltre, che l'intero processo di vita di ogni individuo segue una direzione, diversa da soggetto a soggetto, che gli sembra la soluzione ideale per affrontare le proprie relazioni, in qualità di essere sociale, con i doveri della comunità da coniugare; con tale affermazione, integra i processi individuali con quelli di gruppo, di qualsiasi dimensione, dalla famiglia, all'azienda, alla nazione ecc. La comunità stabilisce i compiti e l'individuo lotta per trovare soluzioni di successo che lo facciano sentire utile e non per sentirsi o immaginarsi emarginato dal flusso dell'evoluzione. La motivazione di ogni individuo è quindi da considerarsi in termini evolutivi, e l'evoluzione in termini di progresso sociale. Così il *social interest* pervade il processo di sviluppo della vita di ognuno. Purtroppo, però, in ambienti competitivi ed umilianti, la persona potrebbe non aver potuto sviluppare il *social interest*, che però rimane come potenziale.

La spinta all'appartenenza, chiamata da Adler "*urge to community*" è basilare per gli individui, nonostante le difficoltà incontrate all'interno del canale evolutivo di mantenimento e progresso dell'umanità.

Secondo Adler, l'obiettivo dello *striving* dell'essere umano è quello di contribuire al welfare della comunità umana. La traiettoria dell'evoluzione conduce l'uomo verso l'alto, al benessere di tutti. L'azione che si muove seguendo la direzione dello spirito di comunità dell'umanità diventando perciò, il comandamento trionfante dell'evoluzione umana. Inoltre, Adler ha descritto le persone che si sentono fermamente inserite nel processo di evoluzione, come individui, gruppo o nazione,

hanno il desiderio di creare il loro valore e trovare il loro senso contribuendo al benessere degli altri e dell'umanità (Dreikurs, 2020). Tale interconnessione dei sistemi viventi come reti fornisce una prospettiva insolita sulle cosiddette “gerarchie” andando a costituire un ecosistema sociale. A ogni livello i sistemi viventi sono sistemi aperti, che interagiscono in una struttura a rete con altri sistemi. Una simile comunità costituita da reti all'interno di reti e a ogni scala d'ingrandimento, in osservazioni più ravvicinate, i nodi della rete si rivelano come reti più piccole.

2.2 Sustainable Development Goals – un'applicazione del social interest adleriano

Un esempio di rete globale che promuove cambiamenti positivi e duraturi nelle comunità vicine è rappresentato dai Rotary, network di professionisti e imprenditori, che credono in un mondo dove tutti i popoli, insieme, possano promuovere cambiamenti positivi e duraturi nelle comunità circostanti.

La risoluzione di problemi reali richiede impegno e visione per cercare di migliorare il mondo in cui viviamo e tra questi il diabete viene identificato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità quale priorità globale per tutti i sistemi sanitari in linea con il programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità riportato nell'attuale Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile con cui si intende realizzare i principi di sostenibilità sociale, economica ed ambientale con l'implicazione di modifiche profonde dei rapporti che gli uomini stringono all'interno della società. Gli elementi essenziali sono i 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs - Sustainable Development Goals) che mirano a porre fine alla povertà, a lottare contro l'ineguaglianza e allo sviluppo sociale ed economico.

Con l'iniziativa *Be Wellthy* il tessuto imprenditoriale milanese si è proposto di contribuire alla realizzazione dell'Obiettivo 3 – Salute e Benessere teso a migliorare la salute globale includendo anche disposizioni in materia di lotta contro le malattie non trasmissibili, come il diabete. Sono circa 422 milioni le persone che nel mondo soffrono di diabete mellito e 1,5 milioni i decessi direttamente attribuiti al diabete ogni anno. Cresce soprattutto il diabete tipo 2, che rappresenta circa il 90% dei casi, fortemente legato all'eccesso ponderale, a sua volta riferibile a iperalimentazione e a scarsa attività fisica ma anche alla struttura stessa della società. Il diabete tipo 1, invece, insorge, di solito, in giovane età e l'unico trattamento possibile è quello con insulina. Mentre il diabete di tipo 2 è, in parte, prevenibile modificando gli stili di vita dei soggetti a rischio, particolarmente per quel che riguarda la nutrizione e l'attività fisica, il diabete di tipo 1 può essere difficilmente prevenuto, in quanto sono ancora poco chiari i fattori di rischio che interagiscono con la predisposizione genetica scatenando la reazione autoimmune. Nel 2021, in Europa, oltre

1,1 milioni di decessi sono stati causati dal diabete, che rappresenta la quarta causa di morte nell'Unione Europea.

In Italia i dati presentati in Parlamento attraverso la Relazione sul diabete mellito mostrano una prevalenza del diabete derivante dal monitoraggio annuale dello stato di salute della popolazione condotto dall'ISTAT e dal sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), che raccoglie informazioni sugli stili di vita e sui fattori di rischio comportamentali della popolazione italiana adulta. I dati del sistema Passi rilevano la prevalenza del diabete tipo 2. Secondo i dati ISTAT 2020, la prevalenza del diabete diagnosticato in Italia è di circa il 5,9% (5,9% negli uomini, 5,9% nelle donne) pari a oltre 3,5 milioni di persone, con un *trend* in aumento negli ultimi anni. Le spese sociosanitarie sostenute per il diabete in Italia si registrano oltre 20 miliardi di euro l'anno, dei quali 9 miliardi di euro per spese dirette ovvero farmaci, ospedalizzazioni e assistenza e 11 miliardi per spese indirette come perdita di produttività e spese a carico del sistema previdenziale e lavorativo.

La prevenzione primaria del diabete di tipo 2 si identifica con la promozione di stili di vita corretti finalizzati anche alla prevenzione dell'eccesso ponderale. L'adozione di uno stile di vita sano e attivo può prevenire fino all'80% dei casi di diabete di tipo 2, che, se trascurato può, causare malattie cardiache, cecità, amputazioni, insufficienza renale, morte precoce.

Nel diabete di tipo 1 la prevenzione si identifica con la diagnosi precoce. In entrambe le tipologie di malattia l'adeguata gestione della patologia da parte del paziente e del team diabetologico ne consente il controllo ottimale e la riduzione delle complicanze.

In questo contesto, il progetto *Be Wellthy* dei Rotary, teso a migliorare il futuro della società, ha tracciato in chiave adleriana, le linee guida a supporto del benessere psicofisico. In particolare, saper descrivere come ci si sente, quali emozioni e sentimenti si provano, è complesso. Vi è poi una condizione particolare definita *alessitimia*, per la quale il soggetto si sente impossibilitato ed incapace di riconoscere, esprimere e raccontare ad altri come si sente emotivamente.

Si deve pensare all'adolescenza come una fase cruciale di trasformazione psico-fisica, entro cui il soggetto consolida la propria identità, individuandosi come soggetto progressivamente svincolato dalle cure parentali, dove il mondo emotivo rappresenta un nucleo ancora più delicato da affrontare. Stante alle difficoltà appena esposte, il cibo potrebbe costituire la base su cui si possono innestare alcune dinamiche compensatorie.

Stando alla linea teorica di Alfred Adler, una condizione di inferiorità fisica o psicologica attiva nel soggetto dei processi compensatori. Il binomio inferiorità-compensazione (Maiullari, 2013) è di per sé necessario e fondamentale per tutti gli esseri viventi, esseri umani inclusi. Esso consente infatti di adattarsi all'ambiente e auto conservarsi come esseri viventi.

Vi sono tuttavia delle condizioni entro cui questo binomio porta a delle iper-compensazioni nel soggetto, cioè quando il sentimento di inferiorità percepito diventa complesso di inferiorità. Le iper-compensazioni che si attiverrebbero in questo caso spingono il soggetto a adottare una serie di comportamenti, pensieri, aspettative, ad esperire emozioni e a perseguire (consapevolmente o meno) determinati obiettivi con conseguente erroneo adattamento all'ambiente circostante.

Di fronte a vissuti emotivi difficili o dolorosi, spesso il cibo rappresenta una fonte di conforto, esercitando un'azione detensiva verso condizioni esistenziali insoddisfacenti. Va da sé che per soggetti "poco inclini" a parlare dei loro sentimenti ed emozioni, il cibo potrebbe assumere una funzione di iper-compensazione portando quindi ad abitudini alimentari scorrette e favorendo l'instaurarsi di patologie metaboliche come il diabete.

Noia, rabbia, solitudine, tristezza sono emozioni e vissuti senz'altro spiacevoli, soprattutto per soggetti che sono molto più predisposti ad agire il malessere anziché raccontarlo.

3. Il caso di Luisa

3.1 Presentazione del caso

Luisa è una paziente affetta da diabulimia accolta nel percorso psicoterapeutico dell'Ambulatorio dei Disturbi del Comportamento Alimentare del Policlinico di Milano Ospedale Maggiore, al termine del ricovero avvenuto per coma diabetico provocato dalla sospensione volontaria dell'assunzione di insulina. Senza di essa, il corpo cerca di eliminare l'eccesso di chetoni, combustibili alternativi al "glucosio", eliminandoli con l'urina, dove aumentano sensibilmente di quantità. In caso di diabete mellito, non adeguatamente compensato dal trattamento farmacologico, il corpo non riesce ad utilizzare ciò che viene consumato, portandolo in uno stato di malnutrizione. Di conseguenza, la sospensione dell'assunzione di insulina è un comportamento volontario di compenso adottato dalla donna per espellere glucosio sviluppando le stesse conseguenze associate alla bulimia nervosa. Si collega inoltre, al disturbo del comportamento alimentare della donna una comorbidità con il disturbo di personalità borderline, alla luce dei vissuti di vuoto e di minacce suicidarie con l'alterazione dei dosaggi di insulina, messi in atto per gestire l'angoscia abbandonica che talvolta l'assale.

Luisa è dirigente in una struttura pubblica di 46 anni, iscritta all'ultimo anno di scienze politiche internazionali, seconda laurea che ha deciso di conseguire per ottenere un ulteriore avanzamento di carriera all'interno della realtà in cui si trova. L'obiettivo è quello di posizionarsi nella struttura con funzioni politico-istituzionali di supporto della principale figura amministrativa di riferimento,

nonostante l'ottimo incarico attuale. È madre di un'unica figlia, adolescente di 14 anni e iscritta al primo anno di liceo classico, e moglie di un avvocato, dirigente in una struttura ecclesiastica.

Dopo essere stata sottoposta per un anno a trattamento psicoterapeutico con applicazione del protocollo CBT-E per la gestione del disturbo alimentare in seguito al ricovero, è stata presa in carico per l'anno successivo dalla sottoscritta alla quale è stato applicato l'approccio psicodinamico adleriano. All'avvio del nuovo percorso, Luisa ha chiesto di essere supportata per gestire i suoi vissuti di disagio nei ruoli di donna e di madre.

3.2 Costellazione familiare e primi ricordi

Luisa è originaria di Napoli, nata e cresciuta in una famiglia molto agiata del Vomero. È primogenita di tre figlie femmine, ha una madre casalinga di 75 anni, affetta da disturbo da attacchi di panico con frequenti ingressi in Pronto Soccorso avvenuti in passato, e un padre in pensione, ex dirigente delle ferrovie, che ha vissuto a distanza a Bologna da quando la paziente aveva 5 anni sino alla cessazione del rapporto di lavoro. Le parole usate dalla donna nel descrivere l'ordine di nascita suo e di quello delle sue sorelle rispetto ai desideri della madre sono: *“Io sono la figlia dovuta, la seconda quella voluta mentre la terza è quella capitata”*. Luisa è nata tre anni dopo l'aborto di un figlio maschio, in seguito alle cure a cui si era sottoposta la madre. A differenza delle altre sorelle, dunque, Luisa riferisce di essere stata strumentalizzata dalla madre per dimostrare al mondo di essere stata capace di procreare. La secondogenita invece, è stata voluta perché a differenza sua, è stata accudita a casa e non mandata all'asilo dalle suore all'età di due anni, in una classe in cui era la più piccola rispetto ai restanti bambini, tutti più grandi di lei e con i quali non riusciva ad interagire nei giochi, restando di conseguenza da sola. Con instabile affettività invece, esprime più di frequente un'alleanza con la terzogenita, che come lei, ha subito maltrattamenti fisici, risparmiati invece alla secondogenita.

La lista dei maltrattamenti fisici e psicologici ai quali la donna è stata sottoposta dalla madre, non sono mai stati osteggiati dal padre o dal tessuto familiare circostante, come la nonna materna o la zia, vicine di casa. Luisa, dunque, ha sempre dovuto difendersi da sola, nonostante abbia chiesto aiuto più volte nel corso della sua infanzia alla madre, sino a spegnere quella voce bisognosa e servirsi del corpo per farsi soccorrere, quando allo stremo delle forze.

Il primo grido di aiuto inascoltato è stato sollevato dalla donna quando a cinque anni, recandosi in cantina per prendere il vino, trovava ad attenderla un vicino di casa, che la palpeggiava fingendo di aiutarla. Luisa riferì alla madre l'episodio, ma non venne creduta e, nonostante il forte disagio provato, continuò a svolgere il suo compito incontrando l'uomo. L'inferiorità provata dalla donna per l'incuria veniva compensata con la resistenza profusa nell'adempiere l'incarico assegnatole. Sotto l'apparente sottomissione Luisa però raggiungeva il suo scopo inconscio, vincere contro il

genitore antagonista. Sul piano cosciente invece, la paziente afferma che per evitare di far ripagare i danni si sforzava di riuscire a riportare ogni volta la bottiglia integra, a differenza della madre che stava per rompere tutto quell'unica volta in cui si era recata in cantina.

La seconda richiesta di aiuto riferita dalla paziente quando aveva 8 anni e raccolta tra i primi ricordi è ambientata ad Ischia, nella casa vacanze di famiglia tutt'ora frequentata, in cui era solita soggiornare. Al termine di una giornata terribile, durante la quale la madre incinta della terzogenita l'aveva ricoperta di insulti, Luisa li riportò su un tovagliolo e quando lo mostrò alla madre, quest'ultima gridò che li avrebbe fatti leggere alla madre superiora della scuola. In seduta Luisa riferisce che con quel gesto aveva emulato una cugina con ritardi cognitivi in cura da uno psichiatra che le faceva riportare, come cura, in un quaderno, i suoi pensieri. La parente li annotava e nessuno della sua famiglia lo toccava, rispettando la sua privacy. Purtroppo, però, la reazione di ripudio della madre del suo bisogno di cura fecero sentire Luisa proprio come quella cugina disabile. Nel corso del colloquio Luisa riferisce che in quello stesso anno iniziò a sentirsi diversa rispetto alle sue amiche, proprio come quella cugina poiché, nei giochi con le compagne replicava gli stessi comportamenti assunti dalla madre, terrorizzandole e non sapendo fare altrimenti. In quel periodo, aggiungendosi all'esperienza di inferiorità all'asilo, si rafforzò in Luisa la finzione secondo cui era "meno" degli altri, proprio come quella parente disabile. La paziente nel corso del colloquio, vedendo il foglio degli appunti usato dal terapeuta, chiese che l'episodio venisse scritto. L'analista accondiscese alla richiesta per realizzare il desiderio di avere un testimone in grado di accostarsi al suo dolore donandole dopo decenni, la sensazione di attestare quanto patito.

Il terzo e ultimo grido inascoltato risale all'età di 17 anni, quando Luisa, esasperata dalle persecuzioni della madre che la svegliava di notte per riordinare la stanza o per gli altri abusi subiti, si tagliò le vene. L'episodio costrinse il padre a rientrare a Napoli per alcuni giorni, rappresentando anche in quel frangente una figura marginale rispetto alle lotte di potere tra le due donne. Rientrata dal pronto soccorso la paziente fu ricoperta di invettive dalla madre, terminate le quali la istruì per nascondere i tagli che si era procurata ai polsi al rientro a scuola. L'episodio di *acting out* autolesivo, ennesimo ed estremo gesto per richiedere aiuto, fu relegato dalla madre a un episodio di inettitudine della ragazza del quale vergognarsi. Il risentimento covato da Luisa venne canalizzato nell'impegno scolastico; investì in tutte quelle attività nelle quali la madre aveva fallito. Quest'ultima proveniente da famiglia di origini umili aveva conseguito il diploma, non aveva alcun impiego e la vita agiata era assicurata dall'incarico del marito, uomo con un entourage familiare intellettuale. Pertanto, per superare il senso di *minus* provato nelle diverse circostanze con il continuo palesarsi del senso di sconfitta ed umiliazione ad onta del suo amore, Luisa adottò un comportamento ribelle, investendo le sue energie nello studio con eccellenti risultati scolastici, e in adolescenza, percorrendo le mode,

attraverso il mix di abiti ed accessori ispirati dalle riviste di moda, per esaltare il suo fisico da indossatrice ottenuto rispettando una ferrea dieta.

Il primo ricordo riferito dalla donna, che sarà ricalcato nel suo futuro stile d'azione, risale al terremoto del 1980, quando Luisa aveva 2 anni. All'epoca dei fatti, la paziente era in visita dai nonni materni nell'appartamento posto al primo piano. Era scesa con sua madre per salutare i parenti arrivati dalla Sicilia, mentre il padre era rimasto nella loro casa, al piano superiore. La madre le stava raccogliendo i capelli mentre Luisa era in piedi sulla sedia e la tavola era imbandita di dolci; d'improvviso, per le scosse di terremoto, si trovò riversa sui pasticcini. Non comprese le reali cause, ma riferisce, di ricordare il dispiacere per essersi macchiata il pullover blu, le urla e il rumore dei passi per le scale. Sulla porta di casa c'era il padre corso per portare in salvo la bambina; si avvicinò alla madre per prenderla dalle sue braccia, ma poiché quest'ultima non allentava la presa, iniziarono a stratonarla nella contesa. Il racconto si conclude con l'ultima scena di quella lunga giornata, quando di sera, nella palestra della scuola, la bambina dormiva sul banco con la madre sulla sedia accanto.

Il primo ricordo evidenzia il rapporto di Luisa con il mondo e con il cibo; il terremoto è una delle esperienze più terrificanti e imprevedibili che ci siano. L'ordine alto-basso tipico della linea dinamica adleriana, inferiorità compensazione, viene rovesciata improvvisamente ritrovandosi faccia a faccia con la morte, senza consapevolezza alcuna della tragicità del momento. Conseguenza una visione ostile del mondo che la circonda, in cui si può perdere tutto, la casa e persino la vita senza preavviso. La donna rischia di morire e viene portata in salvo dalla madre, principale co-protagonista, dopo aver vissuto una tragedia nella tragedia, l'antagonismo tra i due genitori che avrebbe potuto far soccombere tutti sotto le macerie. Anche i dolci sul tavolo sono imprevedibili; da simbolo di festa e di condivisione familiare, a causa di dispiacere per averle imbrattato il viso e il pullover. L'esperienza del primo ricordo nel futuro di Luisa si incontrerà nel suo stile d'azione autolesionistico: la minaccia di commettere gesti suicidari incomberà su di lei e sui suoi familiari. Emerge un sentimento di trascuratezza della figura maschile; anche quando è Napoli, il padre non si unisce ai momenti di convivialità familiare, ma resta in disparte palesandosi solo perché obbligato da circostanze tragiche. Si possono desumere anche le dinamiche di potere che caratterizzano il rapporto dei genitori quando sono compresenti, nell'unico ricordo dell'infanzia riferito nei colloqui di Luisa, a rischio della loro stessa vita.

A differenza di tutti gli altri episodi, nella prima parte del racconto emerge una madre premurosa, che esibisce la figlia in piedi sulla sedia sotto gli occhi di tutti i familiari, mentre se ne prende cura. In quel momento, forse l'unico della sua vita, si sente una priorità agli occhi della madre, che trascorrerà tutta la notte a vegliarla.

3.3 Il *social interest* riparatore delle mete fittizie disfunzionali dell'infanzia

Nel complesso, l'insieme di racconti riportati dalla signora tratteggiano il profilo del “bambino odiato” poiché la madre non ha mai rivolto un gesto d'amore nei confronti della figlia, probabilmente perché investita da un complesso di inferiorità nello svolgimento del ruolo materno, delegandolo alle suore dell'asilo considerata la precaria salute mentale della signora, protagonista di numerosi accessi in pronto soccorso per crisi d'ansia non meglio definite. È stata offerta questa rilettura alla paziente, per dare un senso al dolore che ha dovuto attraversare nel suo passato e al contempo attenuare le aspettative segretamente covate da Luisa al palesarsi di una possibile circostanza che potesse dimostrarle invece, un lato capace di amore. L'antagonismo nei confronti della madre perderebbe senso nel momento in cui la disabilità che l'aveva fatta sentire diversa e perciò inferiore rispetto alle coetanee, venisse riconosciuta anche alla madre, favorendo l'attivazione di un processo empatico, in grado di attenuare i vissuti emotivi dolorosi provocati dalla finzione di Luisa e ridurre un investimento su azioni future di riparazione, poiché la signora ha sempre dimostrato, in ogni circostanza e in ogni relazione con il mondo esterno, una completa assenza di capacità di mentalizzazione. In una seduta la paziente stessa ha riconosciuto le difficoltà della madre e nel corso della seduta, facendo leva sull'incoraggiamento e le risorse della paziente, si sono analizzate le differenze: entrambe le donne hanno avuto una vita costellata da crisi psichiatriche, affrontate però con coraggio e forza di volontà da Luisa, investendo le proprie energie nel percorso di psicoterapia offerto dall'ambulatorio, unica strada possibile per cambiare lo stile di vita, incoraggiata dal ricordo del rispetto e delle cure riservate alla cugina disabile nel contesto psichiatrico, con cui aveva identificato le sue sofferenze.

Durante il percorso è stato riletto anche il ruolo del padre e dei parenti che assistevano in silenzio ai comportamenti tirannici della madre di Luisa. Quest'ultima con i frequenti accessi in Pronto Soccorso per attacchi di panico ricattava psicologicamente i suoi familiari. Dell'entourage però colui che non poteva sottrarsi alle proprie responsabilità è stato il padre di Luisa che, con il suo silenzio e assenza, non ha protetto Luisa. La paziente si era rivestita di un ruolo di protezione nei confronti delle sorelle minori non adeguato alla tenera età, spingendola ad anestetizzare le sue emozioni, nei momenti di stanchezza, attraverso gesti autolesivi e il controllo del cibo. L'assenza di ascolto di tutto il cerchio familiare ha spinto la donna a negare la sua parte bisognosa e fragile, poiché vilipesa ogni volta che era stata mostrata. La mancanza di cooperazione nella famiglia di origine l'hanno spinta a intessere relazioni affettive basate sul rapporto di potere “vincere contro”; unica eccezione sarà rappresentato dal legame con la figlia, porta d'accesso attraverso cui la terapia ha mosso i suoi passi per riequilibrare lo stile di vita della donna.

Turbini di emozioni hanno attraversato le sedute, come, ad esempio, l'invidia per quelle amiche con madri amorevoli, compagne di giochi e di momenti complici, a conferma dell'impossibile realizzazione del suo desiderio di amore da parte della madre, ma continuamente inseguito nei comportamenti assunti nel corso dell'intera vita. Il senso d'inadeguatezza provato nell'interazione nella rete amicale nel gioco con le bambole, basato sull'esclusiva ricerca del divertimento, l'aveva indotta a disinvestire dai momenti di svago e a rifugiarsi nella performance, per vincere contro tutti ed eccellere nei risultati scolastici. Tale comportamento la vide protagonista dell'interesse da parte delle compagne di classe che la ricercavano per i compiti; dall'analisi in seduta delle ragioni che sottendevano quel tipo di interesse, Luisa comprese l'ennesima strumentalizzazione di cui era stata oggetto, impostando rapporti unilaterali privi di scambio e nutrimento emotivo.

Il lavoro terapeutico effettuato attraverso la rilettura delle dinamiche familiari e amicali ha avuto come scopo quello di far riemergere ed accettare la componente vulnerabile della signora astenendo il giudizio. L'ideale di perfezione del corpo era il rifugio iper-compensativo per fuggire dall'inevitabile senso di inadeguatezza che le circostanze oggettivamente complesse e abusanti sovrastavano inevitabilmente la bambina dell'epoca, spingendola ad assumere inversioni di ruolo con conseguente sviluppo di disfunzionali comportamenti adultizzanti. Si è cercato anche di riequilibrare ed appianare l'invidia e la rabbia covati nei confronti della sorella secondogenita, per favorire lo sviluppo di un interesse sociale che andasse a ridurre le implicite dinamiche di potere messe in atto tra le due ragazze per avere, attraverso il rispettivo sintomo, la diabolimia di Luisa e la sterilità della sorella, l'attenzione della madre. Nel corso delle sedute si mostrò la presenza della sorella negli innumerevoli episodi di isterismo e abuso perpetrati dalla madre nei confronti di Luisa, rendendola suo malgrado una vittima di violenza assistita, esperienza comunque traumatica, seppur da un punto di vista diverso. È stata portata alla luce anche l'educazione competitiva usata dalla madre per porre le tre ragazze in contrasto tra loro, allo scopo di scoraggiarne la collaborazione assicurandosi così, una posizione di dominio nelle triangolazioni disfunzionali di volta in volta create.

Infine, si è adoperato il vissuto carico di rabbia della terzogenita del quale è stato investito il padre, per offrire a Luisa un diverso punto di vista nei confronti di quest'ultimo, eccessivamente idealizzato, a difesa di quella parte fragile abusata e trascurata da tutti gli adulti, lui compreso. La sorella, infatti, cosciente delle incapacità di accudimento della madre, nutre un forte risentimento nei confronti del padre la cui assenza era stata compensata dalla difesa perpetrata da Luisa, che rappresenta in vari momenti, il punto di riferimento per affrontare le difficoltà della vita.

3.4 La vita affettiva e lavorativa di Luisa

Luisa è una donna fisicamente molto alta, normopeso raggiunto e mantenuto durante i due anni di cura presso l'ambulatorio DCA, con capelli brizzolati e un abbigliamento anonimo volto a nascondere le forme del corpo, aspetto assunto successivamente il ricovero. In precedenza, con nostalgia, la donna si rappresentava sin dall'adolescenza molto corteggiata e osservata dagli uomini, complice anche lo stile eccentrico raggiunto con una gran quantità di accessori, uno stile glamour e con colori dei capelli molto particolari.

La paziente è moglie di un avvocato e madre di un'adolescente di 14 anni iscritta al primo anno di liceo classico. Il rapporto con il marito è molto conflittuale, caratterizzato da dinamiche di aspirazione alla superiorità con relativa protesta contro il proprio lato femminile. Il trasferimento a Milano, i reciproci tradimenti, il ricovero in psichiatria e le implicite e continue minacce di suicidio, sono tutti espedienti adottati dalla signora per competere con il marito e anestetizzare così il lato femminile, considerato debole e svantaggiato. Prima di analizzare l'accentuata protesta virile, è interessante analizzare il vissuto interiore di Luisa in rapporto alle conseguenze della gravidanza ed esemplificativo del profondo sentimento di inferiorità, provato sin dal principio, nell'assolvere al suo ruolo materno.

La gravidanza per una donna che soffre di DCA è emotivamente un momento molto difficile e complesso per la modifica della forma del corpo al quale è sottoposto. E proprio in questa circostanza, ricompare la richiesta di aiuto rivolta alla madre alla quale Luisa aveva confidato le angosce connesse alla trasformazione che stava vivendo. Il corpo, dunque, con i suoi cambiamenti imprevedibili gettava la paziente in una condizione di incertezza, perché non poteva sapere se potesse tornare come prima. A differenza di quanto era avvenuta nel primo ricordo, la madre si mostra incapace di accogliere e rassicurare con la sua presenza la signora, reagendo addirittura con estrema aggressività.

Anche il marito non era stato di supporto né durante la gravidanza e nemmeno dopo. Appresa la notizia l'uomo reagì con costernazione dal momento che riteneva troppo prematuro l'arrivo di un figlio dopo un anno e mezzo dal matrimonio, anche quest'ultimo avvenuto troppo presto. Anche successivamente la nascita della figlia il marito continuò ad assumere un comportamento egoistico, rincasando la sera tardi dopo gli allenamenti; Luisa afferma *“solo con il tempo ha imparato ad essere padre”*. La trasformazione che la gravidanza genera gettò la donna in una profonda angoscia; la circostanza la pone dinanzi alla sua parte fragile, alla paura del cambiamento considerandosi inserita in un contesto ostile in cui le reazioni della madre e del marito non fanno altro che confermare la sua meta finzionale disfunzionale secondo cui non ha bisogno di nessuno, come ripeterà spesso nelle sedute e dimostrandolo attraverso i suoi comportamenti.

Espressione della protesta virile della paziente all'intrusività della madre nell'accudimento della figlia e al disinteresse del marito si manifesta con la decisione di partecipare a due concorsi pubblici in due città diverse da quella in cui conviveva con il marito, Roma e Milano. Le decisioni della coppia non sono mai concordate, ma si sottende una dinamica intrapsichica aggressiva in cui ciascuno sfida l'altro; Luisa vorrebbe che il marito in realtà si opponesse per tenerla al suo fianco, mentre l'uomo non dichiara la sofferenza per l'allontanamento della moglie, qualora ci fosse, mascherando invece un esclusivo interesse alla carriera di lei, negando in tal modo il riconoscimento della sua parte femminile. La lotta per la superiorità della donna culmina con il superamento di entrambi i concorsi, sia a Roma che Milano: Luisa, con una figlia di tre anni, sceglie di trasferirsi a Milano, lasciando la piccola alle cure della madre per un mese, appoggiata nella decisione dal marito secondo il quale "Roma è come Napoli". Tornerà circa un mese dopo per riprendersela, il giorno di San Valentino. Appare incomprensibile nella storia di questa donna la scelta di lasciare alle cure della madre la bambina di due anni; l'anamorfoosi concettuale (Maiullari, 2023a) come coerenza dell'incoerenza inconscia trova una sua coerenza di metalivello (Maiullari 2023b) ripartendo dalla domanda della signora che vuole risolvere attraverso il percorso di psicoterapia: il senso di inadeguatezza provato nel suo ruolo di madre. La madre della paziente era una presenza ingombrante e giudicante nella sua vita; era solita recarsi a casa sua e criticare le modalità di gestione della bambina, comportamento assunto da sempre nei suoi riguardi, a partire dal suo aspetto fisico per il quale non aveva mai ricevuto un complimento. Proprio alla causa del suo disagio, così come sempre espresso da Luisa stessa, aveva affidato sua figlia. Nell'inconscio, dal momento che la dinamica non era stata portata a livello conscio, Luisa aveva assunto lo stesso comportamento della madre che l'aveva lasciata alle cure delle suore quando aveva solo due anni, scelta inusuale per l'epoca e l'ambiente di origine. La paziente aveva bisogno di canalizzare nuovamente lo *striving* in un'impresa che le restituisse il *self-mastery* e lo trovò nel lavoro. La vincita dei concorsi rappresentò l'iper-compensazione che permise alla donna di allontanarsi dalla madre e dal marito, dimostrando loro di aver vinto nella dinamica di potere, assicurandosi al contempo di non aver bisogno di loro e riprendendo possesso, in modo disfunzionale, del controllo della sua vita. Pertanto, quando sentì al telefono piangere sua figlia un mese dopo il trasferimento, scese per riprendersela, poiché il senso di inadeguatezza era risolto. Oltretutto il marito fu costretto, da allora, a raggiungerle per stare con sua figlia. Anche in questo caso la dinamica replica la meta finzionale maturata nella famiglia di origine; Luisa come il padre, ideale di superiorità al quale aspirava, aveva ottenuto un ottimo posizionamento lavorativo nella Pubblica amministrazione a differenza della madre casalinga, e perpetrò fino al quinto anno di età della bambina una lotta di potere con il marito, il quale si recava mensilmente a Milano, per poi tornare alla sua vita nel napoletano, dove voleva che ritornassero entrambe. Il "braccio di ferro", così definito dalla paziente stessa, si concluse quando la figlia si rifiutò

di parlare a telefono con il padre. I mutismi della figlia erano lo strumento della coppia per mettere una tregua alla rivalità dei due coniugi. Anche quest'ultima dinamica familiare ricalcava l'antagonismo dei suoi genitori con una iper-responsabilizzazione di Luisa, che mossa dalla protesta virile, faceva leva sul suo *striving* per rivestire il ruolo di madre e di padre. Ed è questa iper-compensazione, volta a soddisfare la meta finzionale di autosufficienza irrazionale, che affonda le sue radici nel senso di inadeguatezza sia di donna che di madre.

La coperta escalation simmetrica vigente nel sistema non cesserà mai all'interno del nucleo familiare di Luisa. Ne sono un esempio i reciproci tradimenti. Nel caso della paziente l'amante è l'ex-fidanzato napoletano con il quale aveva riallacciato i rapporti anni dopo il matrimonio. La presenza, seppur a distanza, rimase nella vita della donna fino al suo ricovero, al seguito del quale decise di interrompere la relazione per il disagio provato con il recupero del peso. Anche il marito aveva una relazione con una collega e nel periodo in cui la donna aveva scoperto il legame extra-coniugale iniziò a ridurre i dosaggi di insulina provocandosi il ricovero. Il diabete nel corso dei primi mesi della terapia era considerato da Luisa una forma di ricatto al quale era stata sottoposta, ma al contempo veniva usato da lei stessa per ricattare il marito e continuare sotto diversa forma, la lotta per il potere per la superiorità, mettendo a rischio la sua stessa vita. La gelosia e la paura dell'abbandono del marito sono gestite dalla paziente maturando i sintomi della diabulimia. La triangolazione tossica successivamente è stata sorretta anche dalla figlia; quest'ultima dopo aver confidato a Luisa di aver visto il padre con un'altra donna in atteggiamenti inequivocabili, dettò la linea di potere e di vendetta approvata dalla paziente stessa. Luisa non avrebbe chiesto la separazione al solo scopo di tenere intatti i vantaggi economici a discapito dell'amante.

Dinanzi a una tale alleanza con la figlia, si interroga in seduta la donna su quale sia l'esempio che le si sta offrendo e se davvero la lotta che i due genitori stanno perpetrando sia davvero una vittoria di Luisa anziché una sconfitta per tutti, compresa la giovane. Luisa non aveva mai messo in discussione prima della psicoterapia il suo ruolo di moglie inserita nella coppia genitoriale. La sua iper-compensazione, attraverso la protesta virile, aveva completamente annullato quest'aspetto, pur avendo sposato un avvocato, una professione in difesa di coloro che hanno subito un'ingiustizia. Luisa invece, nonostante l'inconscio bisogno di essere protetta e difesa così come era emerso dai ricordi infantili, ha sempre lottato contro di lui, perché riconoscerlo, l'avrebbe posta davanti al proprio complesso di inferiorità, gettandola nell'angoscia e nel senso di vuoto. Dinanzi al palesarsi del senso di colpa, conseguente alla presa di coscienza dell'inadeguatezza genitoriale, in terapia è stata ripresa la sua famiglia di origine mostrandone l'assenza di un modello di riferimento, poiché priva di collaborazione e dialogo, diretta conseguenza della distanza fisica dei suoi genitori. La linea dinamica seguita è stata volta a deresponsabilizzare almeno in parte la donna, ed appianare così, il vissuto di colpa emergente. È un punto emerso recentemente nella terapia, che sarà oggetto di

sviluppi ed evoluzioni future volta in particolare, a concordare un nuovo assetto della coppia, chiaro e delineato, per far uscire tutti i membri della famiglia da una situazione di ambiguità, atto, ad oggi, a nutrire lotte di potere improntate ad evitare vissuti emotivi negativi temporanei.

La paziente invece, è stata incoraggiata nel suo ruolo di madre dal momento che, consapevole dell'assenza di un esempio materno da emulare per le sofferenze vissute, si è ispirata all'interazione che avevano le sue amiche con le loro madri e così tanto invidiate. Durante la sua infanzia, sommersa di giocattoli, avrebbe desiderato che la madre giocasse con lei anziché sgridarla per tenere in ordine la stanza. Pertanto, una volta madre, la sua compensazione mossa dal *social interest* le ha permesso di costruire dolci momenti di condivisione con la figlia, divenuti successivamente tecniche di rilassamento da parte della ragazza, come ad esempio con la creazione di bijoux, diventando un domani, parentesi di gioco replicabili con un eventuale nipote in grado di appagare il desiderio di lasciare un ricordo. Luisa è consapevole dell'antagonismo che la muoveva da adolescente, quando comparivano i primi disturbi del comportamento alimentare. Per opporsi a una donna crudele e tiranna che provava ad opprimerla, la paziente investì tutti i suoi sforzi nell'eccentricità all'ultima moda del suo stile per imporre al mondo circostante la propria personalità, come si definì in seduta. Il timore però di oscurare e provocare un disagio nella figlia che si stava affacciando all'adolescenza con il suo aspetto appariscente, avuto sino al giorno del ricovero, l'hanno portata ad annullare completamente la cura del suo aspetto. Luisa in seduta ricordò che giunse in pronto soccorso con i capelli biondo platino e le punte rosa con indosso una gran quantità di gioielli che le furono tagliati per consentire l'immediato intervento dei medici. Quello stile attirava da un lato lo sguardo degli uomini facendola sentire desiderabile per il suo aspetto fisico, ma al contempo aveva notato l'invidia nei suoi riguardi da parte dell'adolescente. La contro-compensazione adottata era stata quella di privare il proprio corpo di qualsiasi elemento che potesse sedurre l'altro sesso o esprimere la propria personalità poiché quei comportamenti erano adottati esclusivamente per farla sentire vincente. Pertanto, il lavoro terapeutico ha recuperato l'elevato gusto estetico della signora e il desiderio di esprimere la propria personalità, ma mutando lo scopo, ovvero anziché porlo in contrasto di un antagonista da sconfiggere per affermare sé stessa con il conseguente timore di ferire la figlia, impiegarlo sia come cura dell'anima da cui trarre benessere, sia come esempio alternativo di femminilità in grado di coniugare i diversi ruoli sociali rivestiti, compreso quello di madre. Durante il percorso terapeutico quindi, la donna si è concentrata sulle possibili alternative attraverso le quali esprimere il proprio senso estetico e messi da parte gli eccessi del passato, la scelta è ricaduta su un caschetto biondo platino in grado di illuminarle il volto ed indossare alcuni accessori e abiti colorati in grado di sedurre suscitando la curiosità dello sguardo dell'altro sesso attraverso l'effetto vedo-non vedo.

3.5 L'albero nel test di Karl Koch e in sogno

Il test proiettivo dell'albero è uno strumento molto agile e di facile somministrazione. Laddove non sia possibile condurre un'intervista con il paziente e non sia possibile somministrare lunghi ed impegnativi questionari, tale strumento torna molto utile. Le sezioni prese in esame nell'interpretazione del test dell'albero sono state le seguenti: posizione dell'albero sul foglio, radici, linea del suolo, base del fusto, fusto, transizione tra fusto e chioma, rami, chioma, tratto (Bresadola, 2010; Crotti, 2010). L'albero è il simbolo dell'uomo per analogia con la posizione eretta. Esso rappresenta la vita, lo slancio vitale, la forza e la sicurezza. Da qui nasce l'idea di far disegnare un albero per giungere ad una descrizione della personalità. L'albero disegnato diventa quindi una proiezione inconscia del disegnatore: il modo in cui l'individuo disegna un albero ci dirà qualcosa della sua personalità e della sua storia.

Grazie a questo metodo si può conseguire una visione complessiva della personalità del soggetto: gli stati emotivi, il suo modo di stabilire rapporti umani, le sue tendenze e i suoi desideri (consapevoli e inconsci), i suoi conflitti più intimi e profondi.

Per esempio, qualsiasi disarmonia nel disegno esprimerà disarmonie nella personalità stessa.

Di seguito vengono riportate le libere associazioni fatte dalla paziente e l'interpretazione dei contenuti psichici inconsci.

Simbolismo spaziale

Il disegno collocandosi al centro del foglio mostra buon equilibrio e adattamento all'ambiente. Sono accentuate le parti superiori simboliche di vivacità intellettuale, spiritualità, ideali e mancanza di senso della realtà. La larghezza della chioma presenta un'accentuazione a destra, dunque progressione, attività, bisogno di farsi avanti e distacco dal proprio io. L'albero inclinato a sinistra rivela attaccamento al passato, difeso prudente, lontano dalla realtà, mentre l'andamento dei rami che ascendono verso destra indicano l'apparenza esteriore della donna, sicura e al contempo eccitabilità.

Simbolismo delle parti

Radici: esprimono il rapporto con la madre-terra, con il proprio passato, con il proprio mondo interno. È la parte più primitiva dell'io, dell'origine dell'io: l'inconscio, l'insondabile, gli istinti e le emozioni. Quelle disegnate sono a tratti doppi il che significa inibizione, lentezza, primitività, aderenza agli istinti, arretratezza affettiva oltre a stabilità e solidità, e adattamento alle regole per trovarvi sicurezza. Inoltre, si evince che la donna è nel nido familiare, nella tradizione e nella logica formale, non ama novità e movimento.

Tronco: simboleggia l'io, la parte consapevole e ragionevole, l'esecutore delle esperienze, il mediatore, il ponte tra istinto e ragione. In questo caso, il contorno presenta ispessimenti e assottigliamenti rivelatori di un blocco affettivo, di una strozzatura, inibizione e rimozione. È inclinato verso sinistra riconducendo a un attaccamento al passato, difeso, prudente, e lontano dalla realtà. La dipendenza dal passato, legame quasi simbiotico con l'ambiente di origine, le sue tradizioni e vincoli, è in contrasto con momenti reattività, quando si sente intrappolata, ma non riesce ad armonizzare dipendenza e autonomia. Il tronco penetra nella chioma da cui si evince che la donna non sempre riesce a distinguere le esigenze proprie da quelle altrui, con difficoltà nel trovare un equilibrio tra egocentrismo e altruismo: il conflitto tra necessità di possedere (rami che entrano nella chioma) e timore di essere espropriato (chioma che avvolge parte del tronco) provoca difese nella sfera affettiva.

Chioma: rappresenta il contatto con lo spazio circostante, la vita di relazione, la socializzazione, la realizzazione dei propri ideali nella realtà sociale. Nel disegno della signora vi si trovano foglie, fiori e frutti, elementi vistosi, decorativi, imponenti, ma caduchi. Sono rappresentativi del bisogno di curare il suo aspetto, di adornarsi, di apparire, di senso estetico e di femminilità. Le foglie nascono prima dei fiori, sono il primo ornamento e rappresentano il segno di rigogliosità e fecondità di Luisa; sono simbolo del bisogno di riconoscimento, lode e sviluppo.

Nel disegno della paziente la forma della chioma a nuvolette rimanda alla necessità di celare le intenzioni, aggressività e il timore di sembrare dura. Il tratto usato è leggero, svelando così la sua sensibilità, delicatezza d'animo, incertezza, sfiducia nelle proprie potenzialità e timore dell'affermazione. I rami, ancor più del tronco, presentano contorni con ispessimenti ed assottigliamenti, propri di un blocco affettivo, di rimozione e timidezza.

Sono molto interessanti le interpretazioni raccolte in seduta direttamente da Luisa. Alla prima occhiata critica il proprio disegno, perché storto. Con queste parole rimarca perfettamente la psicopatologia della donna, ricerca i difetti della forma dell'albero, proprio come fa con il suo corpo, replicando in tal modo il nucleo psicopatologico della diabolimia. La paziente soffermandosi sulla chioma osserva che non è interamente contenuta nel foglio, dal momento che parte della stessa sulla destra non è chiusa, come se dovesse continuare su un altro foglio. Facendo associazioni libere, una volta appreso il significato simbolico della chioma, ovvero rappresentativa delle relazioni con gli altri, Luisa dichiara di voler soddisfare tutti i bisogni dell'altro in famiglia, cosicché in cambio possa bastare in toto, ma con il marito non è accaduto. A titolo esemplificativo, riferisce l'accettazione immediata del marito dinanzi al possibile trasferimento della signora in una realtà amministrativa alternativa, a Torino o Bologna; dal canto suo, Luisa vorrebbe che il marito si opponesse e facesse di tutto per tenerla al suo fianco, ma nei fatti l'uomo non oppone alcuna resistenza, adoperandosi invece, nella cura dell'aspetto organizzativo. Emerge dunque, una finzione

disfunzionale della signora, ovvero di poter bastare in toto per non essere abbandonata. La donna investe un enorme quantitativo di energie per essere perfetta e soddisfare tutti i bisogni dell'altro per tenerlo agganciato. Di rovescio tale finzione regge l'illusione di non aver bisogno di nessuno, comportamento appreso fin da piccola, rendendola una dipendente affettiva di tipo contro dipendente.

Suggestionata dal disegno, nella seduta successiva Luisa riferisce di aver sognato un albero: *“La mia attenzione fu catturata da una bellissima e rigogliosa pianta di mirtilli scuri sul terrazzo. Non avevo alcuna preoccupazione di non trovare l'uscita per scendere. Mi avvicino alla pianta meravigliata dal fatto che fosse cresciuta così bella in un posto così “urbano”: il terrazzo è rivestito di piastrelle ed è tutto lastricato senza ripari né dal sole, né dalla pioggia, bollente in estate e gelido in inverno. La pianta però, l'ho vista in un mite pomeriggio di primavera o fine estate. Mi avvicino ad essa attratta dai mirtilli scuri, ne raccolgo qualcuno. Ne metto in bocca un paio e subito dopo penso che sono sporchi, non li ho lavati. Mi rassicuro pensando di averli puliti con la saliva che comunque sputo. Elimino anche i mirtilli, dopo averli masticati un po', facendo attenzione a non ingoiare niente, così che non possa succedermi nulla. Non mi sento per nulla turbata”*.

Il sogno è rappresentativo dello stile di vita della signora. L'ambiente è ostile poiché non presenta alcun riparo dagli agenti atmosferici. Oltretutto la pianta, con immenso sforzo, è riuscita a farsi spazio nonostante la durezza del suolo lastricato. Luisa è meravigliata, perché l'albero è riuscito ad essere fertile e bello. Appare quindi una riconciliazione con il suo lato femminile culminato con la maternità fortemente desiderata e rappresentativa al contempo, della sua superiorità rispetto alle sorelle, entrambe in cerca di un figlio. Il suolo simboleggia la madre, una donna arida incapace di nutrirla e di filtrare gli agenti esterni. Infatti diventa gelida o si surriscalda in base alla situazione circostante. Luisa pensa agli eventi peggiori che potrebbero accadere, come il gelo o la calura estiva, che ha dovuto affrontare quella pianta e le conseguenti iper-compensazioni adottate; tra queste il desiderio viene appagato senza l'aiuto di nessuno, con il rischio di mettere a repentaglio la sua vita pulendo il frutto con la propria saliva anziché sciacquarlo. Del resto, anche l'habitat che la circonda non le offre alcun tipo di supporto, pertanto deve provvedere ai propri bisogni in autonomia. Il sogno si conclude con l'attenzione della donna a non ingoiare nulla; è perfettamente rappresentativo della gestione del diabete fatta da Luisa. Attraverso l'omissione delle dosi di insulina prescritte, induce iperglicemia e perde rapidamente calorie nelle urine sotto forma di glucosio, ignara delle conseguenze mortali. Con questo comportamento la donna tiene sotto controllo la propria emotività ed emerge la finzione secondo cui le conseguenze attraverso questo stile di vita, non possano essere dannose.

4. Conclusioni

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono malattie a patogenesi multifattoriale ancora in parte sconosciuta, che richiedono un intervento complesso e articolato di diverse specialità mediche (psichiatria, dietologia, endocrinologia, ecc.) e in diversi ambiti terapeutici (ambulatoriale, day hospital, ospedaliero, residenziale). In termini di costi sanitari un intervento su pazienti con anoressia e bulimia è dispendioso, però se è efficace, consente di limitare già a medio termine i costi diretti ed indiretti. In termini clinici per l'anoressia e la bulimia la regolarizzazione dello stile alimentare e la conseguente modifica del peso corporeo si esplica sia in un incremento del benessere psicologico sia in un minor rischio e in una riduzione delle spese per le complicanze internistiche (ad es. sistema cardiovascolare, diabete). Le risorse impiegate nella cura sostenute dal sistema sanitario per il trattamento in reparto e in psicoterapia risultano essere economicamente vantaggiose se si considerano i loro effetti in termini di rapporto costo/ efficacia con un recupero della produttività e una riduzione delle spese previdenziali che il disturbo provoca sul funzionamento sociale e lavorativo. Un intervento adeguato su un paziente affetto da DCA contribuisce inoltre, al raggiungimento del traguardo entro il 2030 del GOAL 3 “Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età”: ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e il trattamento del benessere e della salute mentale. Affiancare il complesso di cure del sistema sanitario attraverso l'estensione dell'ecosistema includendo la promozione della prevenzione da parte del tessuto imprenditoriale, accelererebbe e rafforzerebbe l'efficacia del Goal 3 con una parallela riduzione dei costi indiretti dello stesso e un conseguente risparmio di risorse a beneficio delle generazioni future. La moltiplicazione di iniziative preventive così come sono state realizzate dal progetto *Be Wellthy* dei Rotary renderebbe possibile una riduzione delle possibili complicanze del diabete, con diagnosi precoci in caso di diabete del tipo 1 e promozione di stili di vita corretti per quello di tipo 2.

Un esempio di applicazione efficace dell'approccio adleriano applicato dal Rotary Club di Milano in fase preventiva, ma mutuabile anche in fase di trattamento, è rappresentato dal caso di diabulimia di Luisa presso l'ambulatorio Disordini Alimentari della Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. La donna ricoverata per aver raggiunto un BMI pari a 16, al termine del percorso si è poi stabilizzata su un BMI di 21 per tutta la durata del percorso della psicoterapia ad orientamento psicodinamico adleriano. La prolungata durata del normopeso per un periodo superiore a 6-8 mesi, si può considerare come intervallo temporale sufficiente per considerare notevolmente ridotto il rischio della paziente di essere re-ospedalizzata, così come indicato da diversi studi (Herzog et al., 1999; Olmsted & McFarlane, 2004).

In conclusione, tornando al caso analizzato, durante la sua infanzia Luisa ha subito continui abusi che l'hanno fatta sentire trascurata ed umiliata e culminata con un'evoluzione negativa dello sviluppo del suo *social interest*. Questa deviazione, assai grave, ha determinato numerose conseguenze negative, facendo crescere la bambina di allora come se si trovasse in un paese ostile. Il meccanismo diventato naturale, che vede l'alternarsi di ira, tristezza, vergogna, colpa abbinato a comportamenti disfunzionali, tra cui la diabulimia, è alimentato dalla profonda sfiducia nelle persone che la circondano, tutte incapaci di aiutarla. Le minacce suicidarie si ripetono nella vita della donna quando si vede rifiutata in ciò che considera come un diritto o quando si attenta al suo predominio. Nel corso della terapia le leve intrapsichiche sono state mosse avendo come principale obiettivo quello di attenuare l'ostilità della signora nei confronti del mondo circostante e recuperare la parte fragile degna di riconoscimento e protezione. La massima espressione del lavoro trasformativo avvenuto durante il percorso è racchiusa nella meraviglia provata in sogno da Luisa mentre osserva in tutta la sua bellezza la pianta di mirtillo, simbolo della sua identità.

Bibliografia

- Adler, A. (1937). Mass psychology. *International Journal of Individual Psychology*, 111-120.
- Adler, A. (1970). *La Psicologia Individuale*. Newton Compton.
- Adler, A. (1971). *Il temperamento nervoso*. Astrolabio.
- Adler, A. (1994). *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*. Newton Compton.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (1997). *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*. Martinelli.
- Bresadola, E. (2010). *Metodi psicodiagnostica: concetti fondamentali e caratteristiche generali*. Dispensa A.M.I.S.I.
- Carlson, J., Watts, R.E., & Maniaci, M. (2006). Adlerian Therapy: theory and practice. *American Psychological Association*, 10, 1037/11363-000.
- Cherubini, V., Skrami, E., Iannilli, A., Cesaretti, A., Paparusso, A.M., Alessandrelli, M.C. & Gesuita, R. (2018), Disordered eating behaviors in adolescents with type 1 diabetes: A cross-sectional population-based study in Italy. *The International Journal of Eating Disorders*, 51, 8, 890-898.
- Clark, A.J. (2016). Empathy and Alfred Adler: an integral perspective. *Journal of Individual Psychology*, 72 (4), 237-253.

- Corey, G. (2017). *Theory of counselling and psychotherapy* (7th ed.). Pacific Grove.
- Crotti, E. (2010). *E tu che albero sei? Come interpretare la personalità attraverso il disegno dell'albero*. Arnoldo Mondadori.
- Dalle Grave, R., Calugi, S. & Sartirana, M. (2018). *Manuale di terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione nell'adolescenza (CBT-Ea). Dal trattamento ambulatoriale al ricovero riabilitativo*. Positive Press.
- Ellis, A. (1970). Humanism, values, rationality. *Journal of Individual Psychology*, 26, 11.
- Ergüner-Tekinalp, B. (2016). Adleryan kuramin pozitif psikoloji bağlamında değerlendirilmesi [Examination of Adlerian theory in the context of positive psychology]. *Journal of Happiness and Well-Being*, 4, 1, 34-39.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor, M.E., Bohn, K., Hawker, D.M., et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 3, 311-319.
- Feist, J. & Feist, G.J., (2009). *Theories of personality* (7th ed.). McGraw Hill.
- Ferguson Dreikurs, E. (2020). Adler's Motivational Theory: An Historical Perspective on Belonging and the Fundamental Human Striving. *The Journal of Individual Psychology*, 76, 1, 51-58.
- Herzog, D.B., Dorer, D.J., Keel, P.K., et al. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38, 7, 829-837.
- Jorgensen, I.S. & Nafstad, H.E. (2004). Positive psychology: historical, philosophical and epistemological perspectives. In P.A. Linley & S. Joseph (eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 15-34). John Wiley & Sons, Inc.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Maiullari, F. (2013). *L'inferiorità e la compensazione. Principi di analisi adleriana per il terzo millennio*. Mimesis.
- Maiullari, F. (2023a). Hieronymus Bosch, l'Humanitas infelix in un pittore omerico tra Medioevo e Rinascimento. In *Hieronymus Bosch* (pp. 33-107). Ed. la Repubblica-Mind.
- Maiullari, F. (2023b). Il senso dell'anamorfosi da Bosch agli Ambasciatori. Un metodo interpretativo in pittura, letteratura e psicologia. *Hieronymus Bosch* (pp. 127-138). Ed. la Repubblica-Mind.
- Manaster, G.J. & Corsini, R.J. (1982). *Individual Psychology: theory and practice*. Peacock.
- Mannucci, E., Rotella, F., Ricca, V., Moretti, S., Placidi, G.F., & Rotella, C.M. (2005). Eating disorders in patients with type 1 diabetes: a meta-analysis. *Journal of Endocrinological Investigation*, 28, 5, 417-419.

- Nader, B. (2008). *An exploratory study of different styles of resilient behavior amongst a population of homeless adults using the organizing precepts of Individual Psychology* (Unpublished doctoral dissertation). Adler Graduate School, Chicago, IL.
- Nielsen, S., Emborg, C. & Mølbak, A.G. (2002). Mortality in concurrent type 1 diabetes and anorexia nervosa. *Diabetes Care*, 25, 2, 309-312.
- Olmsted, M.P. & McFarlane, T. (2004). Body weight and body image. *BMC Womens Health*, 4 (Suppl 1), S5.
- Pinhas-Hamiel, O., Hamiel, U. & Levy-Shraga, Y. (2015). Eating disorders in adolescents with type 1 diabetes: Challenges in diagnosis and treatment. *World Journal of Diabetes*, 6, 3, 517-526.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Rydall, A.C., Rodin, G.M., Olmsted, M.P., Devenyi, R.G. & Daneman, D. (1997). Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *The New England Journal of Medicine*, 336, 26, 1849-1854.
- Snyder, C.R. (2012). Hope theory: rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 4, 249-275.
- Watts, R.E. (2003). Adlerian therapy as a relational constructivist approach. *The Family Journal: Counselling and therapy for Couples and families*, 11, 139-147.
- Watts, R.E. (2012). Introduction to “On the origin of striving for superiority and social interest”. In J. Caroson & M. Maniaci (a cura di), *Alfred Adler revisited* (pp. 41-47). Routledge.
- Watts, R.E. (2015). Adler’s Individual Psychology: the original positive psychology. *Revista de Psicoterapia*, 26, 123-131.
- Watts, R.E., Williamson, J. & Williamson, D. (2004). Adlerian psychology: a relational constructivist approach. In *Adlerian Yearbook* (pp. 7-31). Adlerian Society (UK) and Institute for Individual Psychology.
- Wisting, L., Froisland, D.H., Skriverhaug, T., Dahl-Jorgensen, K. & Ro, O. (2013). Disturbed Eating Behavior and Omission of Insulin in Adolescents Receiving Intensified Insulin Treatment: A nationwide population-based study. *Diabetes Care*, 36, 11, 3382-3387.
- Wisting, L., Froisland, D.H., Skriverhaug, T., Dahl-Jorgensen, K. & Ro, O. (2013). Disturbed Eating Behavior and Omission of Insulin in Adolescents Receiving Intensified Insulin Treatment: A nationwide population-based study. *Diabetes Care*, 36, 11, 3382-3387.
- Young, V., Eiser, C., Johnson, B., Brierley, S., Epton, T., Elliott, J. & Heller, S. (2013). Eating problems in adolescents with Type 1 diabetes: a systematic review with meta-analysis. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 30, 2, 189-198.

Il trattamento psicoterapeutico adleriano di un paziente affetto da disturbo schizoaffettivo di *Aurelio Calcagno**

ABSTRACT (ITA)

L'esame del caso clinico in questione nasce dal tentativo di dare un significato psicodinamico ad alcune condotte devianti di un paziente affetto da Disturbo della Personalità di tipo schizoaffettivo. Quelli che oggettivamente vengono inquadrati come agiti clastici, etero-aggressivi, reattivi al contesto normato nel quale il paziente vive, vengono successivamente approfonditi alla luce della linea teorica adleriana. Si accoglie pertanto l'incipit originario della richiesta di presa in carico, così come viene genuinamente esplicitato, con tutta l'aurea di preoccupazione e allerta che tali agiti comportano nel contesto comunitario di cui il paziente è ospite: una Comunità Protetta ad Alta Intensità. Da queste condotte "devianti", si cerca pertanto di articolare un discorso clinico, volto all'individuazione di una "teoria della malattia" alla quale far conseguire una "teoria della cura".

Parole chiave: comportamento deviante, psicologia individuale, Adler, inferiorità e compensazione, disturbo schizoaffettivo

The Adlerian psychotherapeutic treatment of a patient with schizoaffective disorder by *Aurelio Calcagno*

ABSTRACT (ENG)

The examination of the clinical case in question arises from the attempt to give a psychodynamic meaning to some deviant behaviors of a patient suffering from schizoaffective disorder. Those that are objectively framed as clastic, hetero-aggressive acting out, reactive to the normative context in which the patient lives, are subsequently deepened in the light of the Adlerian theoretical frame. The original incipit of the request to take charge is therefore accepted, as it is genuinely explained, with all the aura of concern and alertness that such acts entail in the community context of which the patient is a guest: a High Intensity Protected Community. From these "deviant" conducts, an attempt is therefore made to articulate a clinical discourse, aimed at identifying a "theory of the disease" to which a "theory of treatment" can be followed.

Keywords: deviant behavior, individual psychology, Adler, inferiority and compensation, schizoaffective disorder

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

1. Introduzione

Il paziente in questione è solito agire la propria aggressività contro gli oggetti. Ciò ha creato in passato una situazione di allarme tra operatori e pazienti della struttura che lo ospitava. Attraverso questi comportamenti, ritenuti contrari al regolamento di comunità, il paziente ha voluto comunicare qualcosa relativamente al proprio malessere. Ma che cosa?

Questa distruttività ha fatto in modo che il paziente venisse allontanato dalla pregressa comunità nella quale era ospite. Da questa è quindi giunto presso l'attuale Comunità Protetta ad Alta intensità, per l'ingravescenza degli agiti aggressivi di cui sopra.

Rispetto alle varie scuole di pensiero che si sono occupate del comportamento deviante, propongo una sintetica rassegna dei maggiori paradigmi scientifici, al fine di evidenziare la natura multidimensionale di tale agito. Non vi è un paradigma migliore degli altri, tutti sono egualmente validi e contribuiscono ad illuminare la realtà secondo una propria angolatura specifica.

Paradigma biologico: I comportamenti devianti del soggetto vengono ricondotti a cause biologiche, cioè attribuendo una specifica importanza ai deficit fisici del paziente.

Paradigma costruttivista: L'azione deviante viene interpretata come la comunicazione di un disagio da parte del soggetto, comunicazione connessa alla sua volontà di esternarlo.

Paradigma sociale: In questo, riveste particolare importanza il processo di socializzazione del soggetto, inteso come un processo d'interiorizzazione delle norme e dei valori sociali condivisi. Pertanto, il comportamento deviante verrebbe interiorizzato anch'esso a seguito del processo di socializzazione primario e secondario.

Paradigma pedagogico: Un atto viene definito come deviante sia per la sua interpretazione sia per la risposta sociale che genera. Nell'ottica di una prospettiva pedagogica bisogna tenere in giusta considerazione l'intervento del soggetto, inteso in termini di scelta e significazione delle proprie azioni. Questo paradigma interpreta il gesto deviante come l'espressione di un bisogno educativo.

Paradigma psichiatrico: Si caratterizza per la ricerca di un fattore endogeno di tipo psicopatologico da cui deriverebbe la tendenza a compiere atti delittuosi. Ad esso si associa anche il paradigma psicoanalitico che ne condivide in qualche misura l'impostazione teorica.

Paradigma sistemico: Nell'interpretazione dei fenomeni devianti ogni comportamento va inquadrato all'interno del sistema di socializzazione d'origine del soggetto.

Paradigma fenomenologico: L'ambito fenomenologico si declina come rapporto di significazione del mondo da parte del soggetto. A seguito di ciò, quest'ultimo presenta una propria visione del mondo.

2. Presentazione del caso clinico

Età: 43 anni

Sesso: maschio

Storia del paziente: sintesi dei primi tre colloqui

Paziente ricoverato dal mese di gennaio 2023 presso Comunità Protetta ad Alta intensità per una serie di anomalie comportamentali: rifiuto di vestirsi, rifiuto di lavarsi e rifiuto di mangiare, comportamenti clastici dovuti a scarsa tolleranza alle frustrazioni, deficit cognitivo, irrequietezza e ritiro sociale.

Il paziente racconta che all'età di tre anni i suoi genitori si separano, in quel momento viene affidato dalla madre alla nonna materna. Riferisce che non ha mai capito perché la madre lo abbia affidato alla nonna materna, prova a spiegarsi questo fatto asserendo: “forse non si sentiva pronta a fare la madre”. Il paziente è poi rimasto a vivere con la nonna materna fino all'età di 31 anni. Dopo la separazione, la madre ed il padre del paziente trovano entrambi un nuovo partner. Il padre del paziente ha una figlia con la nuova compagna. Il paziente racconta di aver frequentato le scuole fino alla prima superiore, presso un istituto professionale presso cui si studiava elettronica, a tal proposito riferisce: “non ci capivo niente di elettronica...”. Dice di aver subito anche episodi di bullismo a scuola che lo hanno poi indotto ad abbandonare gli studi. Racconta di aver dormito nel letto matrimoniale insieme alla nonna materna fino all'età di 27 anni, la nonna gli riferiva: “ti faccio dormire come un *pacha*”.

Nel 2009 avviene il primo ricovero per D.O.C: il paziente voleva essere sicuro che la porta e le finestre di casa fossero chiuse, continuava a controllare e ricontrollare, al che la nonna cominciò a mostrarsi infastidita da questi continui rituali e il paziente reagì diventando aggressivo e spaccando alcuni oggetti di casa. Nel 2017 avviene il secondo ricovero per D.O.C. questa volta attraverso un T.S.O. La dinamica è analoga alla precedente. Nel 2019 la nonna materna muore, al che il paziente viene collocato in una C.R.M. Da allora è transitato presso un'altra struttura residenziale dell'interland per poi giungere nella presente C.P.A. Da quando è stato inserito presso la presente struttura il paziente manifesta dei timori (infondati) di venir bullizzato. Riferisce di aver fatto la pipì

a letto in un paio di occasioni e di aver avuto timore di chiedere aiuto alle infermiere per ricevere in ricambio dei vestiti e delle lenzuola. Stabilizzato con la terapia non ci sono al momento episodi e rituali di controllo ossessivo. Permane una criticità nel rifiutare i vestiti al punto che il paziente è stato sorpreso in un'occasione intento nel bruciarli con l'accendino.

Primo ricordo

“Avevo nove anni, mi trovavo nella casa al mare in Toscana con i miei nonni materni. La casa si trovava a piano terra. Ad un certo punto sono entrati i ladri. Mio nonno non chiudeva mai le porte e le finestre. Ho visto all'improvviso mio nonno correre e gridare fuori casa mentre i ladri scappavano. È stato un trauma, tutto è nato da quel fatto, cioè la paura per le porte aperte. È stata colpa di mio nonno che non chiudeva mai le porte e le finestre”.

Costellazione familiare

Padre:

- Lontano da quando è nata la mia sorellastra
- Mi ha trasmesso la passione per il calcio
- Non severo

Madre:

- Dolcissima
- Mi ha sempre coccolato
- Severa

Nonna materna:

- Speciale
- Mi viziava in tutto

Sorella da parte di padre:

- Indecifrabile
- Non ho mai avuto un vero rapporto con lei

Sogno

“Ero bambino ed ero allo stadio insieme a mio papà, in mezzo al tifo ed alla folla che cantavano ed esultavano, era tutto molto bello. Però adesso mi viene da piangere perché all'epoca non si era ancora conclamata la mia malattia”.

Diagnosi posta dal Servizio Inviante

“Disturbo schizoaffettivo e ritardo mentale lieve”

Sintomatologia riportata in cartella

Quadro clinico inizialmente caratterizzato da aspetti schizoidi ed ossessivo-compulsivi, associati a difficoltà socio-relazionali. No ideazione delirante strutturata ma lettura della realtà in senso paranoideo. Dal momento del ricovero non comportamenti aggressivi verso oggetti.

4° Colloquio

Il paziente è stato ricoverato per sei giorni presso l'S.P.D.C. in quanto continuava a verbalizzare ideazione suicidaria. Dal personale della C.P.A. è partita pertanto la richiesta di ricovero.

Al rientro nella C.P.A. chiedo come abbia trascorso questi sei giorni in S.P.D.C. e lo stesso riferisce: “ho trovato in quel reparto un bullo di 17 anni, che era in camera con il padre, era ricoverato per abuso di sostanze stupefacenti, era straniero, era indiano, mi ha bullizzato”. Chiedo se può fornirmi alcuni dettagli sulla natura di questo presunto bullismo subito ma il paziente non dice nulla, parlando di questo codegente di 17 anni aggiunge: “continuava a ripetermi, ma cos'hai?... sei malato?...”. Poi si ferma e aggiunge: “non era eccessivo il bullismo, sono stato bene i primi quattro giorni e poi gli ultimi due volevo ritornare. Il ricovero in S.P.D.C. l'ho voluto io, per via degli operatori della C.P.A. che mi danno troppe regole”. “Prima di essere dimesso dall'S.P.D.C. ho conosciuto anche tre ragazze [ride]. Continua: Nella mia camera in ospedale c'era poi un signore che continuava ad accendere e spegnere la luce, e mi dava fastidio”.

Le preoccupazioni da parte del paziente inerenti porte e finestre aperte, non si palesano da quando egli risiede nella C.P.A., a tal proposito il paziente riferisce: “non sono preoccupato perché so che è tutto chiuso”. Tuttavia, da quando è in C.P.A., il paziente lamenta di essere vittima di bullismo.

Per contro quando era a casa la percezione di essere vittima di bullismo non era presente.

Pertanto si configura la seguente situazione:

Casa → assenza di bulli ma fobia per le porte e per le finestre aperte

C.P.A. → presenza di bulli ma assenza di fobie per porte e finestre aperte

Ipotesi diagnostica: vi è la presenza di due nuclei, uno depressivo e l'altro paranoide.

5° Colloquio

Il paziente lamenta di essere “triste e cupo” e aggiunge: “sono rassegnato a stare qui per tre anni, ho una rabbia incredibile, nell'altra comunità spaccavo le cose qui invece piango”. Il paziente aggiunge: “sento la testa compressa”.

Gli chiedo di argomentare su tale affermazione, invitandolo a descrivere cosa significa avere la “testa compressa”. Il paziente si abbandona a una serie di libere associazioni, e riferisce: “è colpa delle medicine... non capisco dove mi trovo... faccio fatica a fare le cose... mi fa schifo tutto... mangio voracemente senza gustarmi le cose... non sono più giovincello... ho conflittualità con mia madre... la vedo troppo poco”.

Il paziente è privo di un cellulare, spiega che tale scelta si è resa necessaria in quanto è capitato in più di un'occasione che lo distruggesse scaraventandolo per terra. A tal proposito aggiunge: “qui ci sono troppe regole e ad avere un cellulare non me lo gusterei... vorrei delle regole più morbide... qui c'è troppa severità”.

Si rileva un inadeguato esame della realtà da parte del paziente per ciò che attiene l'ambiente di cura.

Successivamente, il paziente procede con le libere associazioni, affermando quanto segue: “Quando era viva mia nonna uscivo la sera e andavo a prostitute... qui non riesco neanche a masturbarmi... l'antidepressivo mi è entrato nel sangue... qui non mi sento coccolato e voluto bene da nessuno... l'unica medicina è uscire ed avere libertà... la morte di mia nonna e la separazione dei miei genitori sono stati i momenti più dolorosi della mia vita... l'unica cosa che mi dà un po' di gioia è guardare lo sport in televisione... tutto lo sport”.

6° Colloquio

Il paziente spiega che gli hanno appena cambiato la struttura del letto e il materasso nella C.P.A.. Non sarebbe quindi riuscito a riposare bene, avrebbe pertanto preso il materasso e lo avrebbe messo direttamente sul pavimento. La mattina lo avrebbero sorpreso gli operatori a dormire per terra. Poi aggiunge: “quando dormo la notte passa in un momento, sul letto con le doghe riescivo a dormire meglio... questo letto ha una montatura di ferro... è tutto pieno di ferro... di robe particolari che non riesco a descrivere... non sono mica in carcere...”.

Prosegue dicendo: “ho sentito la mamma ieri... lei mi sente sempre piangere... qua dentro vengo sempre compatito... mi danno troppa terapia...”.

Chiedo che tipo di terapia prenda, specificando che non sono un medico e che il mio è un interesse puramente conoscitivo, lui risponde secondo il seguente schema:

- Sertralina 50 mg 2 cp al giorno (Antidepressivo)
- Tegretol 2,5 mg 1 cp al giorno (Antidepressivo)
- Tavor 2,5 mg 1 cp al giorno (Ansiolitico)
- Risperidone 2 mg 1 cp al giorno (Antipsicotico)

Riferisce di voler togliere il Risperidone, perché si sentirebbe “la testa compressa”, ma poi teme di ricominciare a rimuginare “le cose brutte del passato”.

Procede poi attraverso una serie di libere associazioni: “non mi meritavo di finire in questo posto..., sì va bene il ritardo mentale lieve perché quando sono nato mi si è attorcigliato il cordone ombelicale attorno al collo..., però le fisse sulle porte di quando vivevo con mia nonna non le ho più da tempo”.

Chiedo di parlarmi della nonna, inizia a piangere e aggiunge a fatica: “mi graffiava sempre”.

Dice di voler interrompere il colloquio per andare a fumare una sigaretta. Assecondo la sua richiesta, ritenendo di non sovrastimolarlo e rispettando in qualche modo i suoi tempi. Il paziente si congeda salutandolo e ringraziando.

7° Colloquio

Il paziente dice: “oggi non me la sento di fare il colloquio..., il letto nel quale dormo è troppo piccolo... ho superato il problema del ferro presente nella montatura del letto, adesso dormo bene però il letto è troppo piccolo...”.

Ci tiene a mostrarmi la felpa nuova e aggiunge che quando è arrabbiato spacca i vestiti: “ho spaccato un bel giubbotto fatto di piumino a cui ero molto legato”.

(Rabbia → spesso agita sui vestiti)

Riferisce: “quando ero nell'altra comunità mi era concesso tutto... ho fatto solo due risse... rimpiango quel posto... mi facevano fumare anche la notte”.

Prosegue piangendo e dice: “adesso è tutto perso... non so fare più niente”.

Chiedo cosa non ha funzionato, e lui spiega: “tutto è cominciato dall'episodio della porta..., poi il compagno di mia madre (quando vivevamo tutti nello stesso stabile) diceva a lei e a mia nonna di picchiarmi con il battipanni... da quando è morto mio nonno, mia nonna non era più la stessa”.

Poi si alza e andandosene dice: “vado a fumare una sigaretta, comunque ti voglio bene (rivolgendosi al sottoscritto)”.

8° Colloquio

Chiedo al paziente se in settimana ha ricevuto visita da parte della madre.

Il paziente dice: “no, se vedo la mamma mi metto a piangere.... perché non ci ho mai vissuto... avrei voluto vivere con lei.... devo fare il bravo.... era meglio che abortiva”.

Il paziente prosegue spiegando che sua madre è affetta da sclerosi multipla, ed al momento riesce ancora a deambulare bene. Poi aggiunge: “la mia malattia principale è la depressione forte.”

Rispetto ai comportamenti clastici che ha verso gli oggetti dice: “me la prendo con gli oggetti perché se me la prendo con le persone ho paura che poi queste reagiscono e mi picchiano... gli operatori qua sono cattivi”.

9° Colloquio

Il paziente riferisce che gli è stato aumentato il farmaco antidepressivo e adesso va un po' meglio, dice: "va benino... non sento più che mi parlano male dietro, prima sentivo che mi parlavano male dietro".

Chiedo cosa dicessero di lui e riferisce: "loro parlavano ma non riuscivo a capire... penso però che sotto c'era un'intenzione negativa".

Riferisce poi che il 18 maggio verrà a trovarlo la madre e a tal proposito aggiunge: "ho dentro una rabbia... non sto però spaccando niente". Prosegue: "sono nato con il cordone ombelicale attorcigliato intorno al collo, sono stato salvato". Poi continua dicendo: "ieri ho chiamato mio padre dopo 12 anni e l'ho mandato a quel paese, perché è diventato un infame, ha problemi di cuore e vuole morire".

Il colloquio termina.

10° Colloquio

Chiedo informazioni al paziente sulla visita che deve ricevere oggi dalla madre. Lui risponde che ha deciso di non farla venire più, argomentando che: "vedere mia madre solo per un'ora non ce la faccio, se fossi a casa allora sì, ma vederla per un ora qui in struttura non mi va perché gli altri la sovrasterebbero al bar chiedendole insistentemente monete e sigarette, e io non voglio".

Poi prosegue dicendo che è in attesa di rientrare in SPDC per un ricovero [a tal proposito la Psichiatra confermerà più tardi che è vero e che il ricovero è previsto per fine maggio in quanto il paziente verbalizza convinzioni deliranti circa la natura della sua malattia, tra queste sarebbe convinto che lui non avrebbe nessun problema psichico e che sarebbero gli altri ospiti della struttura ad aver convinto i medici che lui è malato. I medici avrebbero quindi emesso una diagnosi su di lui in quanto influenzati dagli altri ospiti].

Il paziente aggiunge: "non sto spaccando più niente, non sto buttando più i vestiti, guarda mi hanno dato questa maglietta che non è neanche 'della mia età'; "in SPDC riesco a riposarmi, qui ci sono troppe regole"; "in SPDC posso fare passeggiate lungo il corridoio, posso guardare la TV tutto il giorno e posso fumare quando voglio"; "voglio tornare in SPDC questa volta per più di 6 giorni, qui mi sento troppo teso, non mi interessa più neanche lo sport".

Poi racconta di un suo amico informatico che avrebbe il piacere di riabbracciare, con il quale ha condiviso diverse esperienze: "andavamo a prostitute insieme, mi veniva sempre a trovare a casa".

Il paziente conclude dicendo: "questa notte ho fatto la pipì a letto".

11° Colloquio

Il paziente riferisce: “sono triste... sono dimagrito, non mangio più niente, sono sei mesi che sono qua, adesso ho una nuova terapia con il risperidone in gocce, però rimuginio meno”.

Chiedo al paziente, oltre al rimuginio, cos'altro prova, lui risponde: “tristezza, rabbia, paura”.

Dice che quando è depresso il rimuginio gli viene più forte e aggiunge: “quando andavo a prostitute con il mio amico il rimuginio non c'era”. Dice poi che gli manca la madre. Piangendo aggiunge: “Stiamo tutti e due male, io e mia madre, lei ha una malattia grave”.

I momenti di maggior spensieratezza il paziente dice di averli quando guarda lo sport in televisione, meglio ancora se assiste ad una partita di calcio allo stadio, visto che in passato riferisce di essere stato un ultras di una squadra. A 18 anni per assistere alla squadra del cuore è andato anche all'estero come ultras a fare il tifo. Una volta rientrato a casa riferisce: “mia nonna mi ha fatto mangiare e poi mi ha messo a letto... adesso la passione per lo sport non c'è più perché a 23 anni mi sono malato”. Procedo poi con una serie di libere associazioni: “quando ero nell'altra comunità ho anche pensato al suicidio, però non mi piace farmi del male”, “adesso non ho più le forze”, “penso all'esperienza dei miei genitori, a mia madre che ha tradito mio padre quando io avevo 3 anni”, “per me stare con una donna è troppo complicato”, “con mio padre il rapporto non è mai stato buono, solo una volta quando avevo 12 anni abbiamo fumato una sigaretta insieme, poi basta”. Il paziente comunica di voler interrompere il colloquio ed andarsi a fumare una sigaretta.

12° Colloquio

Il paziente oggi riceverà la visita da parte della madre e del compagno di lei. È da febbraio di quest'anno che non la vede. Nonostante ciò piange e si dichiara molto triste. Spiega che ha paura di vederla dentro la struttura perché teme che gli altri codegenti si comportino in modo invadente con lei, lui in realtà vorrebbe vedere la madre fuori, solo che lei dal canto suo non se la sente di vedere il paziente fuori.

Il paziente aggiunge: “ieri ho pensato di spaccare l'idrante poi però mi sono trattenuto, ho una rabbia dentro... è un anno che non spacco nulla”.

Chiedo al paziente, in passato, verso quali oggetti ha rivolto la sua aggressività, lui spiega: “vestiti, telefonini e televisioni”. Nell'elencare questi oggetti il paziente pare essere in imbarazzo, glielo faccio notare e lui conferma. A tal proposito aggiunge: “non mi piace parlare di queste cose perché mi ricordo del mio passato e della mia malattia da DOC”.

Vista l'imminente venuta della madre il paziente chiede di terminare il colloquio dopo circa 15 minuti.

Ha luogo la visita della madre. In occasione di questa (alla quale presenza anche il sottoscritto con la Tutor), il paziente si mostra laconico e piange in continuazione. La madre spiega che il proprio

stato di salute non è buono e che è costretta a ricorrere in continuazione a visite ed esami specialistici. Il paziente riceve anche due buste con del cibo e delle bibite. Il compagno della madre incoraggia il paziente ad avere cura di sé e a reagire ai problemi, subito dopo ci presenta dei depliant di apparecchiature elettroniche tentando in un certo senso di pubblicizzarle al fine di venderle alla struttura. L'incontro con il sottoscritto e con la tutor termina nel giro di 20 minuti circa, la visita del paziente con la madre ed il compagno prosegue in altra stanza.

13° Colloquio

Il paziente si mostra visibilmente dimagrito rispetto all'ultima volta, ha comunque un aspetto migliore, più giovanile e curato. Gli chiedo se questo dimagrimento sia stata una scelta voluta oppure no, lui spiega:

“sono dimagrito perché non mi piace andare al bar, lì ci sono sempre le stesse cose e poi gli altri mi chiedono sempre due tiri di sigaretta ed io non riesco a dire di no”.

Poi aggiunge:

“va bene fisicamente ma male psicologicamente”

Inizia a spiegare che il suo CPS dovrà venire a trovarlo a luglio ma lui non vuole incontrarli perché è molto arrabbiato con loro, dice che l'attuale CPA è un ospedale, tanto vale a questo punto che lui richieda un ricovero in SPDC. Aggiunge che rimpiange la vecchia comunità dove, stando a quanto già riferito altre volte, “mi facevano fare tutto”.

Spiega poi che gli è capitato di essere arrabbiato nei giorni scorsi e che a quel punto ha lanciato un tavolino oltre il cancello della struttura. Prosegue e spiega che le fisse non gli vengono più, e che quando gli son venute in passato è perché quando era ragazzo la madre lo obbligava ad imparare tutti i compiti a memoria.

Durante il presente colloquio il suo eloquio è inarrestabile e diventa difficile poter intervenire senza essere da lui interrotti. In alcuni tratti tende anche ad alzare la voce nel lamentarsi un po' di tutto. Le tematiche discusse dal paziente sono per lo più quelle abituali: sua necessità di un ricovero in SPDC, la difficoltà nel rimanere in Comunità, il fatto che gli altri lo bullizzerebbero, l'intontimento che gli creerebbero i farmaci, le difficoltà con il ciclo sonno-veglia.

Sul finire del colloquio ci tiene a precisare che, rivolgendosi al sottoscritto: “io parlo sempre con te e mi trovo bene, però non vedo i risultati”.

Il colloquio termina.

14° Colloquio

Il paziente comunica di essersi fidanzato con un'altra ospite della struttura, chiedo come stia andando, lui riferisce: “alti e bassi, abbiamo solo litigato quattro volte in un mese, ci siamo

raccontati le nostre vite.... sapere che mia madre, per la sua malattia, non ci sarà in futuro mi fa stare male (piange)”. E ancora: “Ho bisogno di un ricovero, non ce la faccio più. Qui mi sento chiuso, sto troppo male.... Tutte le mattine mi sveglio alle 5,30, dormo male. Il mio dictat è di andare ogni sei mesi in SPDC, è da febbraio che non vado”. E prosegue: “Ho bisogno di qualcosa per l’umore, ci sono dei giorni dove vado giù giù. Farò di tutto per tornare in SPDC (alza la voce)”. “Con la dott.ssa qui non siamo in simbiosi, la terapia che mi danno non va bene. Ditemelo perché non posso tornare nella vecchia comunità.... è perché lì mi hanno denunciato e voi non me lo volete dire?... Mi state nascondendo qualcosa? (grida). È per questo che sono qui?... Ho pianto quando la mia ragazza mi ha raccontato la sua storia”.

L’eloquio del paziente prosegue alternando momenti di flessione del tono dell’umore ad altri in cui è evidente irritabilità, rabbia e spunti persecutori. La tematica della nuova relazione affettiva viene sempre deviata sul proprio malessere, secondo una logica autocentrata e poco negoziabile. Il colloquio termina.

3. Inquadramento psicodinamico del caso

Il disturbo schizoaffettivo è un disturbo mentale cronico che unisce i sintomi della psicosi a quelli dei disturbi dell’umore. A seconda dei sintomi, questo disturbo può assumere una valenza di tipo bipolare o di tipo depressivo. In base al DSM-5 (APA, 2013), il *Disturbo schizoaffettivo* è caratterizzato principalmente dai seguenti sintomi: disturbi maggiori dell’umore di tipo depressivo o maniacale, deliri ed allucinazioni (tali sintomi non sono attribuibili ad assunzione di sostanze o a condizione medica).

Si evidenzia una notevole difficoltà del paziente nello stare in un sistema regolamentato, ciclicamente richiede di andare in SPDC come in un altrove più permissivo. L’aggressività del paziente pare essere reattiva all’abbandono materno risalente all’infanzia, quando la madre lo affidò alla nonna materna durante i primi anni di vita. I disturbi dell’umore (depressione) e del pensiero (rimuginazioni, ossessioni e idee persistenti, del tipo “gli operatori sono cattivi qua”) sarebbero finalizzati ad aggirare il vissuto abbandonico. L’agito aggressivo è da inquadrarsi invece come rimedio detensivo per un’incapacità di mentalizzazione circa i vissuti più disturbanti. Precisiamo che il paziente è anche affetto da una disabilità intellettiva di tipo lieve, come da informazioni reperite dalla sua cartella clinica. La compulsione del controllare la chiusura di porte e finestre è un’anomalia comportamentale attivata dalla necessità di trovare delle compensazioni a questo stato di malessere.

Quando il paziente riferisce di sentirsi la testa compressa, probabilmente allude inconsapevolmente ad un nucleo depressivo, affiancato da un nucleo paranoide che lo induce a compiere agiti

aggressivi. La testa sarebbe quindi compressa tra una tristezza molto intensa e la necessità di ricorrere agli agiti clastici per reagire a tale tristezza.

4. Costrutti teorici adleriani

Si procede ora all'esposizione dei principali costrutti adleriani (Pagani, 2003), utili per un inquadramento conclusivo del caso sopra esposto.

4.1 Volontà di potenza e sentimento sociale

Sono le due istanze fondamentali presenti dell'individuo, entrambe si pongono al di sopra del mondo pulsionale regolando l'istintualità e la vita cosciente. “La Volontà di potenza è un'energia che indirizza l'uomo, sia a livello conscio che inconscio, verso obiettivi di innalzamento, d'affermazione personale, di confronto competitivo e di autoprotezione ai fini della sopravvivenza” (Pagani, 2003). E poi: “Il Sentimento sociale è il bisogno proprio di ciascun individuo di cooperare e di partecipare emotivamente con i propri simili” (Pagani, 2003). Nella storia dell'umanità, l'interazione di queste due istanze ha consentito all'uomo di raggiungere i traguardi della civiltà e della vita socialmente organizzata.

4.2 Sentimento di inferiorità e complesso di inferiorità

Il bambino nel momento in cui si affaccia all'esistenza sperimenta una naturale condizione di inadeguatezza rispetto all'ambiente che lo circonda ed al mondo adulto in generale. Egli cioè avverte una oggettiva e naturale condizione di insufficienza di ordine fisico e conoscitivo. La presa di coscienza nel bambino di tali difficoltà attiva in lui il “Sentimento di inferiorità”. In seguito agli apporti ambientali favorevoli il bambino supererà gradualmente il suo disagio, contrariamente, se gli apporti ambientali saranno negativi, si rafforzerà in lui questo “sentimento di inferiorità” diventando “complesso di inferiorità”. Pertanto, quest'ultimo è da intendersi il mutamento in senso patologico del naturale “sentimento di inferiorità” (Pagani, 2003).

4.3 Fine ultimo e meta direttiva

È l'indirizzo che porta ad inquadrare le manifestazioni psichiche e comportamentali del soggetto secondo uno scopo generale, conscio o inconscio che sia. È pertanto la meta prevalente, cioè direttiva, verso cui è orientata tutta la condotta del soggetto (Pagani, 2003).

4.4 Finzione vitale e finzione rafforzata

La finzione in generale è una modalità, non obiettiva, di valutare se stessi e il mondo, concepita in base alle finalità che l'individuo intende perseguire consciamente o inconsciamente. Riguardano il fenomeno del “come-se”. Le finzioni si strutturano nella prima infanzia, permane tuttavia per tutta la vita la tendenza ad elaborarne di nuove, usando artifici sia positivi che negativi.

Le finzioni vitali permettono di impostare la nostra vita interiore e le nostre relazioni in senso progettuale ed evolutivo, sulla base dell'accettazione di noi stessi in relazione ed in armonia al contesto.

Le finzioni rafforzate rappresentano invece una deviazione per eccesso e patologica dell'abituale fenomeno del come-se. Esse portano a sostituire alla logica comune una logica privata.

4.5 Compensazione e ipercompensazione

Le compensazioni sono delle strategie che il soggetto mette in atto in modo consapevole o meno per eludere le situazioni inferiorizzanti. Le compensazioni sono programmate dall'organo psichico (che in base alla teoria adleriana è unico e non diviso in istanze – principio dell'unicità psichica), sotto la spinta della Volontà di potenza. Le compensazioni possono essere schematicamente divise in positive, cioè quelle che non pregiudicano gli obiettivi del sentimento sociale, e quelle negative che invece lo pregiudicano anche se a volte in maniera attenuata e non francamente patologica. Le ipercompensazioni sono invece compensazioni negative francamente patologiche (Pagani, 2003).

4.6 Lo stile di vita

È l'impronta soggettiva di ogni individuo, costituita dalla risultante dei tratti comportamentali, dall'orientamento di pensiero, dagli affetti e dalle emozioni. Lo stile di vita è orientato secondo una linea direttrice, volta al raggiungimento di una meta prevalente. Esso prende corpo già nella prima infanzia come “piano di vita”, intorno ai quattro/cinque anni, età in cui il bambino comincia già ad effettuare le sue scelte emotive e ragionate, utili al raggiungimento della meta finale. Lo stile di vita viene quindi a stratificarsi con livelli di consapevolezza variabili.

4.7 Il Sé creativo

È l'istanza che domina la struttura di personalità, rendendo costruttive le esperienze dell'individuo, consentendogli di utilizzare al meglio i propri schemi di pensiero. In ambito terapeutico assume una valenza dichiaratamente positiva e di cura del soggetto (Pagani, 2003).

4.8 L'incoraggiamento

È lo strumento fondamentale del trattamento adleriano. Attraverso la compartecipazione emotiva riattiva la fiducia in sé stessi, ristabilendo le capacità del soggetto e la sua progettualità. È importante per il terapeuta interpretare le cause dello scoraggiamento del paziente, al fine di attivare un adeguato processo di incoraggiamento terapeutico.

5. Ipotesi di trattamento secondo la linea teorica adleriana

Occorre anzitutto evidenziare come la psicoterapia in generale abbia dei limiti, legati in questo caso alla gravità della psicopatologia affrontata. Nel caso di specie il paziente, pur sostenuto da una farmacoterapia stabile, lamenta una sintomatologia ingravescente e resistente ad ogni tentativo di cura. Il vissuto controtrasferale del sottoscritto è quello “che non ci sia nulla da fare e che la psicopatologia di questo paziente sia quasi impossibile da trattare”. È importante, tuttavia, non colludere con tale vissuto controtrasferale, accogliendo solo l'elemento di prudenza e obiettività circa le difficoltà e le risorse del paziente. Prima di tutto giunge in nostro aiuto il concetto adleriano di “Sé creativo”. Nello specifico il paziente ha dimostrato una discreta capacità di socializzazione all'interno della struttura che lo ospita, malgrado tutte le difficoltà egli non si è mai posto in una condizione di ritiro sociale. Questa capacità di creare e mantenere legami, anche se erotizzati e molto probabilmente strumentali, può rappresentare un punto di partenza. A ciò si può aggiungere la “funzione della tristezza”, la quale entro certi limiti può costituire un fattore aggregante e di supporto da parte di terzi nei confronti del soggetto triste.

Secondariamente, è utile ricorrere al costrutto adleriano di incoraggiamento. Il paziente se accolto nel suo malessere tende ad entrare in contatto con la parte profonda dei suoi vissuti più negativi, accettando il contenimento emotivo offertogli dal terapeuta. Spesso a seguito di ciò egli ringrazia al termine della seduta per l'ascolto accordatogli. In questo senso, egli può essere incoraggiato a tentare una mentalizzazione di quella tristezza e quella rabbia che altrimenti sarebbe costretto ad agire. Da non dimenticare la lieve disabilità intellettiva di cui il paziente è affetto. In buona sostanza

si tratta di attivare una psicoterapia per lo più supportiva e di “riduzione del danno”, da articolare continuamente ed in sinergia con l’intervento medico-psichiatrico.

Conclusioni

Per ciò che attiene al *complesso di inferiorità* esperito dal paziente, possiamo delineare il seguente quadro, avvalendoci dei paradigmi sopra riportati ed inerenti al comportamento deviante:

Paradigma biologico: Dall’anamnesi remota del paziente, come da evidenze della cartella clinica, risultano complicanze in occasione del parto della madre. Il paziente avrebbe infatti rischiato di morire in quanto venuto al mondo con il cordone ombelicale attorcigliato intorno al collo. Ciò costituirebbe un significativo svantaggio organico da tenere in debita considerazione nella ricostruzione del complesso di inferiorità del paziente.

Paradigma costruttivista: L’azione deviante esternata dal paziente con comportamenti clastici comunicerebbe una difficoltà di autocontrollo e autoregolazione degli impulsi. Il contesto sociale reagirebbe a ciò in modo espulsivo.

Paradigma sociale: Il processo di socializzazione primario del soggetto è avvenuto in un contesto verosimilmente carenzato, egli è infatti stato cresciuto dalla nonna, che lo ha preso in carico da sola sin piccolo.

Paradigma pedagogico: Il paziente è sempre stato poco tollerante alle regole, manifestando una scarsa tenuta rispetto agli ambienti normati. Nell’ottica di una prospettiva pedagogica, il gesto deviante potrebbe essere inteso come l’espressione di un bisogno educativo.

Paradigma psichiatrico: Lo svantaggio psichico di cui il paziente è portatore, il ritardo mentale lieve, indubbiamente determina un complesso di inferiorità.

Paradigma sistemico: Il sistema familiare d’origine del soggetto non si è mostrato contenitivo e strutturante, in alcune occasioni ha anzi acuito la sua sofferenza a motivo di una comunicazione inadeguata.

Paradigma fenomenologico: La visione del mondo verbalizzata dal paziente ha dei contorni tragico-pessimistici ed è priva di speranza per il futuro.

Tutte queste sono sfaccettature del *complesso di inferiorità*. Occorre pertanto indirizzare il trattamento psicoterapeutico in direzione incoraggiante. Nello specifico il paziente ha cominciato a effettuare delle piccole passeggiate in autonomia all'interno del paese nel quale è situata la struttura, ha inoltre intrapreso una relazione affettiva con una ragazza, con la quale condivide esperienze di comunità e interessi. Questo lo ha indotto ad una miglior cura del sé, motivandolo ad effettuare anche una dieta ipocalorica finalizzata ad un maggior benessere psicofisico, oltre che a piacersi di più. L'idea di pensarsi e vedersi come "individuo in movimento" è un aspetto fondamentale nell'ambito della linea teorica adleriana. Le criticità sopra esposte, pur permanendo, non diventano così gli unici tratti dominanti nella vita del paziente, potendo egli anche sperimentare soluzioni creative. Gli obiettivi per il paziente restano: ridurre gli eventuali episodi di acuzia e sub-acuzia che potranno ripresentarsi, limitare gli effetti cronicizzanti della psicopatologia, creare maggiori occasioni di benessere, sviluppare una rete sociale intorno a lui.

Bibliografia

- AA.VV. (2020). *95 Funzionari Giuridico Pedagogici Ministero della Giustizia Manuale completo per la preparazione Teoria e Quiz*. Gruppo Editoriale Simone.
- Adler, A. (1997). *Il senso della vita* (S. Bonarelli, trad.). Newton Compton.
- Adler, A. (1967). *Teoria e prassi della psicologia individuale*. Astrolabio.
- Adler, A. (1978). *Il temperamento nervoso. Principi di psicologia individuale comparata e applicazioni alla psicoterapia*. Astrolabio.
- Gabbard, G.O. (2015). *Psichiatria psicodinamica. Quinta edizione basata sul DSM-5*. Raffaello Cortina.
- Sartarelli, G. (2021). *Pedagogia penitenziaria e della devianza. Osservazione della personalità ed elementi del trattamento*. Carocci.
- Maiullari, F. (2013). *L'inferiorità e la compensazione*. Mimesis.
- Pagani, P.L. (2003). *Piccolo lessico adleriano*. Scuola adleriana di psicoterapia dell'Istituto Alfred Adler di Milano.
- Parenti, F. (1983). *La psicologia individuale dopo Adler*. Astrolabio.

Homo fragilis.
Elogio della fragilità in una prospettiva
adleriana
di Giulio Brentazzoli*

ABSTRACT (ITA)

Il presente contributo è volto a discutere la tesi secondo cui, in un'ottica di prevenzione e di terapia, riconoscere la fragilità come dato di natura (da distinguersi dalla debolezza) e avere la disponibilità a stare in essa sono condizioni *sine qua non* affinché la Volontà di potenza possa dispiegarsi in una direzione di apertura e cooperazione con l'altro (Sentimento sociale): equilibrio dinamico che, in ottica adleriana, sostiene il benessere psichico.

Parole chiave: fragilità, debolezza, bambino viziato, volontà di potenza, sentimento sociale

Homo fragilis.
Eulogy of fragility in Adlerian perspective
di Giulio Brentazzoli

ABSTRACT (ENG)

From a prevention and therapy perspective, the recognition of fragility as a fact of nature (to be distinguished from weakness) and the willingness to stay in it are *sine qua non* conditions for the Will to power to unfold in a direction of openness and cooperation with others (Social feeling): dynamic balance which, from an Adlerian perspective, supports psychic well-being.

Keywords: fragility, weakness, spoiled child, will to power, social sentiment

Introduzione

Il presente lavoro origina dall'incontro di due spunti ideativi: uno offerto dalla lettura del prezioso saggio di Eugenio Borgna, *La fragilità che è in noi* (2014), nel quale tale caratteristica viene definita “radice ontologica” della nostra struttura creaturale; l'altro da una conferenza di Vittorino Andreoli intitolata *Oltre il narcisismo: dall'io al noi*. In essa lo psichiatra illustra la differenza tra fragilità e debolezza e invita l'uditorio a superare una visione del vivere ripiegata sull'io, povera e sterile (benché spesso luccicante), e ad orientarsi nella direzione creativa dell'incontro con l'altro. Frequentando la Scuola adleriana CRIFU questi concetti mi sono risuonati familiari. E ho intravisto la possibilità di riorganizzarli e svilupparli all'interno di una cornice unitaria: il pensiero solido e pionieristico dello psichiatra Alfred Adler.

In un mondo sedotto dal canto di quelle sirene che promettono “benessere” nell'assoggettamento servile ai nuovi idoli del successo, della performance, dell'apparenza e dell'eterna giovinezza un discorso – anzi un elogio! – della fragilità appare forse fuori luogo. Eppure, la salute psichica e la soddisfazione per la propria vita (beni quanto mai preziosi!) sembrano offrirsi all'uomo solo come conseguenza di un suo radicarsi nell'*humus* della fragilità: terra fertile per il pieno fiorire delle proprie potenzialità e condizione *sine qua non* per un'apertura cooperativa all'altro.

Nel primo capitolo, dopo un *excursus* sulla fragilità come dato di natura, si delinea la fisionomia psichica dell'uomo adleriano nei suoi tratti essenziali. Due sono le Istanze che animano lo psichismo: la Volontà di potenza e il Sentimento sociale. Entrambe sono potenzialità che, per un corretto funzionamento psichico, chiedono d'essere sviluppate e armonicamente integrate. Nel secondo capitolo si prende in esame la figura paradigmatica del “bambino viziato”, cui Adler dedica splendide pagine. Il bambino viziato, vittima di storture educative, finisce per temere e *negare* la fragilità e, così facendo, permane in uno stato di debolezza strutturale e rifugge dall'incontro con l'altro (che vive come minaccioso). Anziché investire ogni risorsa nello sviluppo della propria personalità le dispiega nell'impresa titanica di difendersi da sentimenti di umiliazione e disvalore, orientandosi così via via verso i terreni scoscesi della psicopatologia. Nel terzo capitolo, infine, si evidenziano la potenzialità creativa insita nella disponibilità a stare nella fragilità e la premessa emotivo-relazionale affinché questo possa avvenire. La fragilità, si sostiene, è il luogo dell'umano: il terreno su cui la Volontà di potenza può dispiegarsi nella direzione del Sentimento sociale, così realizzandosi quell'equilibrio dinamico che sostiene il benessere psichico.

1. L'uomo adleriano

1.1 La fragilità come dato di natura

Fragile: parola che rimanda al calice di cristallo, alle ali variopinte di una farfalla, alla promessa di amore eterno che si scambiano due sposi. Fragile vien dal latino *fragilis* e letteralmente significa: “che si frantuma facilmente”. È un termine affascinante e tremendo perché come pochi altri, e solo in sé stesso, riesce a dire tanto di quel mistero e di quella meraviglia che è la creatura umana. “La fragilità – scrive Eugenio Borgna (2014, p. 5) – fa parte della vita, ne è una delle strutture portanti, una delle radici ontologiche”.

Sembra non sia possibile guardare all'uomo senza considerare (e valorizzare) questo dato.

Fragile sono il respiro e il battito del cuore; fragile il piccolo d'uomo quando viene al mondo; fragile quell'equilibrio di fattori biochimici che permette la vita di ogni nostra cellula. Fragile è il nostro corpo (che si spezza, si ammala, si consuma) fragili le nostre emozioni (così cangianti e passeggeri); fragili persino le nostre motivazioni e i nostri propositi, la nostra volontà, le nostre promesse, le nostre convinzioni e il nostro equilibrio psichico. Fragili sono le amicizie e le relazioni. Persino quelle più passionante e coinvolgenti, quelle che sono state capaci di generare nuova vita: possono spezzarsi, frantumarsi, infrangersi. “Eravamo amici – scrive Nietzsche – e siamo diventati estranei” (1985, p. 206).

Fragili sono anche gli equilibri politici, le relazioni tra i popoli. Fragile è infine questo nostro pianeta, che riceviamo – come recita un proverbio amerindio – non in eredità dai nostri padri, ma in prestito dai nostri figli.

Tutto ciò che ha a che fare con l'uomo, dal microscopico al macroscopico, è come impregnato di questa curiosa disposizione ad essere spezzato e ferito.

Questa parola, tuttavia, non viaggia sola nell'universo. Pare un termine in-completo e inevitabilmente non può che rimandare a qualcos'altro: dice di una incompiutezza ed è esso stesso incompiuto. Se prestiamo attenzione, infatti, non possiamo avvicinarci a questo termine senza lasciarci attraversare da parole che rimandano a due aree semantiche distinte e tuttavia correlate.

Da una parte *preziosità* e *bellezza*.

Dall'altra *cura*, *attenzione*, *custodia* e *protezione*.

Ed è così: un calice di cristallo, una delicata farfalla, un grande amore non possono che essere custoditi. La loro bellezza e la loro preziosità, nell'incontrarci, sembrano chiederci un'azione di custodia: “abbi cura di me, mettimi al sicuro”.

La creatura umana, sin dal suo primo germogliare nel grembo materno, partecipa di questo dialogo. Ne è a tutti gli effetti protagonista. Come un calice, una farfalla, un grande amore, anche l'uomo – nell'incontro con l'altro – non può che domandare questo: “abbi cura di me, mettimi al sicuro”.

Viviamo in una cultura che esalta l'individualismo e la forza, il mito dell'autonomia e dell'eterna giovinezza. Malattia, dolore e debolezza sono i nuovi tabù. Tuttavia, continua Borgna, “cosa sarebbe la *condition humaine* stralciata dalla fragilità e dalla sensibilità, dalla debolezza e dalla instabilità, dalla vulnerabilità e dalla finitudine, e insieme dalla nostalgia e dall'ansia di un infinito anelato e mai raggiunto?” (2014, p. 7).

Ci sembra poter affermare che la fragilità sia una caratteristica distintiva della specie umana. E che questo dato non chieda particolari dimostrazioni per essere confermato. In fondo, per quale ragione dinnanzi alla fragilità di un bambino che chiede aiuto o di un anziano che barcolla in strada siamo mossi da un istinto protettivo e materno se non perché, nella fragilità che vediamo fuori di noi, incontriamo una parte di noi?

1.2 Senso di inferiorità e Complesso

Alfred Adler aveva intuito il ruolo centrale che hanno la fragilità – come dato di natura – e il rapporto che l'individuo intrattiene con essa nel condizionare lo sviluppo e l'equilibrio psichico dell'essere umano. Nel suo pensiero, tuttavia, questo concetto viene rivestito da un'accezione relazionale: profonda è infatti l'attenzione che lo psichiatra austriaco, precorrendo i tempi, riserva a questa dimensione del vivere. Centrale e decisiva.

Egli, infatti, non parla esplicitamente di fragilità ma di Senso di inferiorità. Il termine *inferiore*, di derivazione latina, è il comparativo di *infer* o *inferus* e letteralmente significa “che si trova più in basso”. Presuppone quindi un confronto, un rapporto di paragone.

Per lo psichiatra austriaco la percezione della propria fragilità si manifesta come *esperienza di inferiorità* e – come spiega Maiullari – “inizia con la nascita. Essa va intesa innanzitutto come l'essere (e poi il sentirsi) del neonato limitato, mancante, carente, insufficiente, incompiuto dipendente, insicuro, impotente. Il pianto del neonato è lo specchio corporeo di questo iniziale ‘mal-essere’ della vita psichica” (2013, pp. 21-22).

È quindi nel confronto con l'altro più forte, più sicuro, più grande – e anche così ignoto – che la percezione della propria fragilità assume i connotati di un Sentimento di inferiorità.

Il bambino appare sin da subito inconsciamente-consapevole della sua naturale condizione. Si trova pertanto costretto, mosso da quell'istinto di sopravvivenza che è inscritto in qualsiasi forma di vita, ad escogitare strategie efficaci per superare le difficoltà di natura fisica e conoscitiva che il nuovo ambiente gli pone innanzi.

Proprio il pianto, come ci ricorda Maiullari (2013), è la prima di queste. Dopo il parto il pianto. E se un ipotetico “traduttore online del neonatese” potesse riprodurre in un linguaggio a noi adulti comprensibile quel grido scomposto, agitato e martellante quasi certamente, sullo schermo del nostro dispositivo, comparirebbe una richiesta che avrebbe, pur nelle più svariate e possibili sfumature, quello stesso significato: “abbi cura di me, mettimi al sicuro!”.

Come precisa Pagani (2002), se il rapporto con l’ambiente è favorevole e positivi sono lo sviluppo somatopsichico, i processi di apprendimento, l’integrazione sociale – tali da trasferire in lui un senso di sicurezza e di valore personale – il bambino potrà gradualmente superare questo suo primitivo disagio. Se invece le esperienze saranno negative e il neonato dovrà presto confrontarsi con vissuti di abbandono, separazione, infermità o imperfezione fisica, ambivalenze relazionali, conflittualità familiari, confronti sociali di ordine culturale, razziale e socioeconomico oppure con un’educazione viziante, è molto probabile che si verifichi in lui – come esito di un’insicurezza non arginata ma rafforzata – un radicamento di questo senso di inferiorità, che è sempre patologico e prende il nome di Complesso (di inferiorità).

1.3 Volontà di potenza e Sentimento sociale

Ora, se è vero che a livello ambientale l’uomo può incontrare fattori tali da mitigare oppure ad accrescere in lui questo Senso di inferiorità, a livello intrapsichico c’è qualcosa che muove il bambino e poi il giovane a contrastare la sensazione di inadeguatezza e insicurezza? Il soggetto subisce passivamente questo mal-essere (affidandosi per intero alla fatalità o ai capricci di ciò che è altro da lui) o è per natura munito di qualcosa che gli può consentire di fronteggiare questo “nemico psichico”?

Come già più sopra accennato, il piccolo d’uomo è dotato, come ogni altra creatura vivente, di un forte istinto alla sopravvivenza. La vita vuole vivere. Questa volontà di vivere, cieca e brutale, e che trova nel pianto la sua prima espressione, è a tutti gli effetti un’energia. Adler pone in rilievo la sua manifestazione psichica, quale Istanza fondamentale dello psichismo, e la definisce – attingendo molto probabilmente al pensiero di Nietzsche – Volontà di potenza. Si tratta di “un’energia che indirizza l’uomo, sia a livello conscio sia inconscio, verso obiettivi di innalzamento, d’affermazione personale, di confronto competitivo o almeno, d’autoprotezione ai fini della sopravvivenza” (Pagani, 2002, p. 33).

Sia in termini di crescita e *flourishing*¹ individuale che di evoluzione come collettività, questa energia può essere considerata uno degli elementi più caratteristici e rilevanti del vivere. Essa infatti – come potenza che sostiene intelligenza, immaginazione, creatività, operosità – favorisce l’adattamento attivo del soggetto all’ambiente e alle sue modifiche, spesso inattese e repentine.

Le modalità attraverso cui questa Istanza si manifesta, tanto specifiche per ciascun individuo, mettono in evidenza la sua importante funzione compensatoria:² è infatti la Volontà di potenza, nelle sue molteplici forme espressive e direttrici evolutive, che consente all’individuo di lenire e mitigare il proprio Sentimento di inferiorità.

In natura, ogni creatura vivente cresce e tende al pieno sviluppo di sé stessa. Nella creatura umana, in particolare, questo processo di crescita – non sottoposto a semplici determinismi genetici e biologici e non riconducibile al solo accrescimento fisico – mira a superare le difficoltà poste dal mondo esterno attraverso l’individuazione e il perseguimento delle soluzioni/strategie più efficaci. E questo nella direzione indicata dalla meta che coscientemente, ma soprattutto inconsciamente, ogni uomo si pone: ciò che richiede – e questo è centrale – un inevitabile e faticoso processo di sviluppo e rafforzamento delle proprie funzioni.³ Eppure, come afferma Adler: “Solo la sensazione di aver conseguito una posizione sufficientemente avanzata in questo sforzo permette all’uomo di avvertire il proprio valore e gli trasmette un sentimento di tranquillità e felicità. Quindi essere uomini significa avvertire un senso di inferiorità che esige di essere superato”, cosicché “legge fondamentale della vita è il superamento” (1997, pp. 48-49).

Per lo psichiatra austriaco, tuttavia, questa Istanza che anima lo psichismo – e che diventa capacità di prevalere sull’ambiente e di superarsi – si accompagna ad un’altra Istanza fondamentale: il Sentimento sociale. Ossia “il bisogno proprio di ciascun individuo di cooperare e di partecipare emotivamente con i propri simili” (Parenti, 1983, p. 11).

È il bisogno di sentirsi nel cuore e nella mente dell’altro, di non sentirsi soli sulla terra, di creare legami e sentirsi parte di un gruppo. Se questo bisogno risulta così urgente e radicato nella specie è perché – al pari di qualunque altro bisogno di base come il nutrirsi, il riposare – anch’esso risponde

¹ Termine derivato dalla psicologia positiva. Tradotto significa “fiorente o rigoglioso”. Rimanda al processo della fioritura, del pieno sviluppo del Sé e descrive uno stato di funzionamento ottimale, implicante emozioni positive, riuscita, coinvolgimento e relazioni positive (Laudadio & Mancuso, 2015).

² Adler definisce Compensazioni “tutte le modalità, lineari o artificiose, con cui la volontà di potenza si propone di superare o aggirare un Sentimento o un Complesso di inferiorità” (Parenti, 1983, p. 20).

³ Per Adler, infatti, - come spiega il figlio Kurt nella prefazione a *Il bambino difficile* (Adler, 1968) – è più importante capire quello che uno *fa* delle proprie capacità e delle proprie possibilità piuttosto che comprendere di quali capacità e possibilità *sia* dotato: è una psicologia *d’uso*, non di *possesso*.

a quella prima e profonda esigenza: vivere! La vita vuole vivere. E i legami affettivi, la cooperazione, l'essere parte di una comunità sono tutte risorse alquanto preziose a tal fine.

E questo bisogno dell'altro – ci preme precisarlo – non va letto come rispondente ad un principio utilitaristico, ma collaborativo. Nell'utilitarismo io *uso* te per avere *un più* e lasciarti *un meno*. Nella collaborazione *due libertà* si alleano per ottenere *entrambe un più*.

L'equilibrio tra queste due istanze, Volontà di potenza e Sentimento sociale, è ciò che nell'essere umano favorisce la vita e il benessere psicofisico. “L'intera evoluzione dell'umanità – scrive Pagani – suona a conferma di come l'interazione fra Volontà di potenza e il Sentimento sociale abbia consentito a un essere fragile, com'è l'uomo in natura, di raggiungere i traguardi della civiltà. (...) È proprio la caratteristica della cooperazione che ha consentito alla specie umana di prevalere su tutte le altre” (2002, p. 28).

Questo equilibrio e principio dinamico, allora, potrebbe essere sintetizzato nella massima: *affermare sé stessi al servizio dell'altro*. Ovvero: prevalere sull'ambiente (superando sé stessi) cooperando con l'altro, orientati ad un bene comune.

2. Negare la fragilità: il “bambino viziato”

2.1 Genesi

Come spiegano i coniugi Ansbacher (1997), un dispiegarsi positivo della Volontà di potenza così come un armonico sviluppo del Sentimento comunitario non sono processi necessariamente garantiti poiché le citate due Istanze sono semplici potenzialità: presenti sì in ciascuno di noi, ma in modo embrionale. Dapprima con l'aiuto dei *caregivers*, poi individualmente e coscientemente, chiedono la prima di essere orientata, il secondo sviluppato.

Nello specifico, se guardiamo ad un bambino, non è possibile fare affidamento *d'emblée* sul suo Sentimento sociale: sulla sua capacità di stringere sani legami affettivi e cooperare con l'altro. La manifestazione e lo sviluppo di questa istanza dipendono infatti dalla visione che il bambino ha della realtà.⁴

⁴ Quel complesso e specifico sistema di impressioni, interpretazioni e convinzioni – concernenti la vita, sé stessi, gli altri e il rapporto con gli altri – che va a strutturare gli atteggiamenti adattivi (difronte alle molteplici situazioni del vivere) e i fini da perseguire, si sviluppa entro i primi quattro o cinque anni di vita e viene definito da Adler “stile di vita” (Shulman & Mosak, 2018).

Può quindi accadere che, per traumi, Inferiorità d'organo,⁵ stili educativi non funzionali, si radichi in lui una visione di sé stesso e dell'ambiente circostante tale da generare, uno squilibrio tra le due Istanze.

E quando il rapporto tra Volontà di potenza e Sentimento sociale è alterato a discapito del secondo, entriamo nel campo della nevrosi. Difatti, come precisa Kurt Adler (1968) nella prefazione a *Il bambino difficile*, la misura della salute mentale è la quantità di *Gemeinschaftsgefühl* – cioè di sentimento verso gli altri, di desiderio di cooperazione e appartenenza – che un bambino, se adeguatamente accompagnato, è in grado di integrare e portare a pieno sviluppo.⁶

Come si è detto possono essere diversi i fattori che portano a questo squilibrio. Qui si prenderà in analisi, come paradigma, una situazione piuttosto comune: quella in cui lo squilibrio tra Volontà di potenza e Sentimento sociale è l'esito di processi educativi disfunzionali, fattispecie da Adler emblematicamente rappresentata nella figura del Bambino viziato.

Questo bambino è il frutto, come intuibile, di un'educazione viziante. Se nel corso dei suoi primi anni di vita – i primi quattro o cinque soprattutto – ottiene da parte dei genitori e delle altre figure di accudimento solo appagamenti e gratificazioni e non gli viene offerta l'opportunità di sperimentare l'umana fragilità – attraverso l'incontro con il limite, il “no”, la rottura relazionale (e la successiva riparazione), la noia, la difficoltà, la fatica, la frustrazione, il bisogno, la mancanza – giungerà a considerare anomali gli ostacoli che inevitabilmente gli saranno proposti nel confronto con il mondo esterno e con l'altro (extra-famigliare).

Il citato errore educativo, che può essere rappresentato volta a volta:

- da eccessivo permissivismo o immediata soddisfazione del bisogno, come manifestazioni di debolezza del genitore – “*fa o prendi quello che vuoi, ma non voltarmi le spalle*” – o come espressione di un'istanza proiettiva – “*ti sia concesso ciò che a me non è stato concesso: mi riscatterai*”;
- da esagerata protettività, che diventa un sostituirsi all'altro – “*senza di me non puoi cavartela: il mondo è un posto troppo pericoloso per te*”;

⁵ Con il termine *inferiorità d'organo* la Psicologia Individuale identifica “quegli stati di insufficienza fisica, reali o presunti, capaci di interagire negativamente nei confronti ambientali devalorizzanti. Rientrano in questo gruppo le imperfezioni, le malformazioni, i difetti estetici di ogni genere” (Pagani, 2002, p. 16).

⁶ Non deve allora stupirci che Laura Pigozzi, psicoanalista lacanianiana, scriva: “l'origine della salute mentale è in famiglia, primo laboratorio sociale per ognuno” (2023, p. 62), specificando quella che è forse la principale funzione del nucleo familiare: educare, cioè *tirar fuori*, quell'urgenza sì inscritta ma non già formata nel piccolo d'uomo che è l'istinto alla socialità.

- da affettività non ordinata che – come spiega Laura Pigozzi (2023) – confonde l'intimità con la fusionalità, irrispettosa di quei confini che garantiscono la giusta distanza e con essa la danza relazionale – *“sei l'amore della mia vita...senza di te non vivo”*;

determina, sin dalla prima infanzia, una carenza di adattabilità sociale. Come scrive Adler: “Un bambino che fin dalla più tenera età ottiene dai genitori tutto ciò che vuole si fa ben presto un'opinione ben precisa: è convinto di poter sempre dominare gli altri, e di fronte a esperienze di segno opposto proverà per il mondo esterno una forte irritazione e si ritirerà da esso” (1997, p. 27).

2.2 Profilo di funzionamento

Vi sono senza dubbio alcuni tratti peculiari che, pur nelle molteplici sfumature, delineano lo stile con cui il bambino viziato impara a stare nella realtà.

Convinto che qualunque cosa sia raggiungibile subito e senza alcuna difficoltà – avendo appreso che vi è sempre qualcuno pronto a nutrirlo, difenderlo, sollevarlo dalla fatica, avvolgerlo e gratificarlo – il piccolo d'uomo piano piano diviene incapace di risolvere i piccoli e grandi problemi esistenziali. Senza accorgersene, non impara a educare le proprie funzioni: rimane cioè debole, sprovvisto e disarmato (Adler, 1997).

Illuso di poter spadroneggiare sulla realtà, ne è invece terrorizzato.

A ciò consegue un rifiuto dell'integrazione sociale. L'incontro con l'altro extra-famigliare è per lui troppo doloroso perché vive i “no” del mondo esterno come un rifiuto della propria persona e come certificazione di inettitudine e disvalore.

Quel naturale Senso di inferiorità si consolida e sfocia nel Complesso. La Volontà di potenza del bambino viziato sarà perciò inevitabilmente orientata nella direzione del rafforzamento di compensazioni autoprotettive. Un bambino così, infatti, è “ossessionato e dominato dalla coscienza del suo lato debole, fino al punto da utilizzare, pur senza accorgersene, tutte le sue forze per costruire la sovrastruttura ideale e immaginaria dalla quale egli aspetta aiuto e protezione” (Adler, 1950, p. 14).

Il bambino viziato sviluppa una visione alterata della realtà. Non dissimile da quella del re senza vestiti nella nota favola di Andersen.

L'io debole che si ritrova – e del quale è inconsciamente consapevole – cercherà disperatamente sicurezza nell'adesione psichica ad un'immagine fantasmatica che ha quei tratti di cui si sente carente: forza, fascino, intraprendenza, ecc. Difendere questa immagine diventa l'imperativo primario, la linea d'azione, la meta finale. È nella conservazione fantasmatica del miraggio di sé – e dei vissuti di sicurezza e appagamento che ciò comporta – che si gioca la partita della vita.

Se l'equilibrio funzionale tra Volontà di potenza e Sentimento sociale può, come abbiamo visto, essere espresso nella massima “affermare sé stessi al servizio dell'altro”, per il bambino viziato questa formula richiede un finale diverso: “afferma te stesso, difendendoti dall'altro”. E poiché, per come siamo strutturati biologicamente, le reazioni di fronte alla paura possono essere la fuga, il *freezing* o l'attacco spesso anche la violenza⁷ rientra tra le forme comportamentali del bambino viziato.

Che l'altro sia rappresentato da un compito (la scuola, lo sport e successivamente il lavoro) o da una relazione (di amicizia o affettivo-sentimentale), comunque rappresenta una possibile minaccia. È infatti nell'incontro-scontro con l'altro da sé – e nel suo inevitabile portare a galla imperfezioni, storture, debolezze (cioè dati di realtà) – che l'adesione fantasmatica all'immagine compensatoria rischia di incrinarsi, aprendo lo psichismo al doloroso incontro con l'umiliazione e la vergogna.

Il re di Andersen inizia ad accorgersi della propria nudità solo fuori dalle quattro mura del suo castello, nell'incontro con il popolo, sotto lo sguardo innocente e disinteressato di un bambino.

Il mondo fittizio dei bambini viziati è quindi molto lontano da quello reale ed è per questo che, senza rendersene conto, sono in continuo conflitto con la vita e con coloro che, di volta in volta, ne diventano i rappresentanti: compagni, insegnanti, talvolta i genitori, conoscenti, fidanzati, datori di lavoro, rappresentanti dello Stato. Lo psichismo di questi soggetti, scrive Adler, è “incapace di adattamento alla realtà, poiché funziona in considerazione di un ideale irrealizzabile; esso è ad un tempo un prodotto e un mezzo al servizio di un'anima colma di diffidenza, sempre all'erta, ed unicamente occupata a rinforzare le proprie linee d'orientamento, allo scopo di sbarazzarsi di un sentimento d'inferiorità che l'ossessiona e la tormenta” (1950, p. 16).

E – qui ci si permetta riportare per intero un passaggio che ci appare, nel suo evolversi pennellata dopo pennellata, una raffinata opera d'arte – man mano che il bambino si dedica a questo compito:

La sua sensibilità si acuisce e si affina, egli impara ad afferrare i rapporti che agli altri sfuggono, egli esagera le sue misure di precauzione, egli comincia ad abituarsi, perfino prima di iniziare un'azione o di essere vittima di un infortunio, a prevedere tutte le conseguenze possibili; si costringe a vedere più lontano degli altri, a udire ciò che agli orecchi degli altri sfugge, diventa meschino, insaziabile, economo all'eccesso, tenta di ampliare il più possibile nello spazio e nel tempo l'ambito della sua influenza e della sua potenza; e tutto ciò gli fa perdere quella oggettività, quella impassibilità e quella tranquillità dello spirito che sono le uniche a garantire la salute psichica e l'attività normale. Egli diventa sempre più diffidente verso sé stesso e gli altri; i suoi sentimenti di invidia, la sua malvagità, le sue tendenze aggressive e crudeli prendono il sopravvento, poiché egli crede che proprio dando libero sfogo a questi cattivi sentimenti e a queste tendenze malvagie gli

⁷ La violenza è la forma che assume l'aggressività – espressione di per sé neutra della Volontà di potenza – quando non è orientata dal Sentimento sociale.

sarà possibile assicurarsi una certa superiorità rispetto al mondo che lo circonda. Oppure tenta di incatenare, di conquistare gli altri, affettando un'obbedienza esagerata, simulando una sottomissione e un'umiltà che spesso degenerano in un vero e proprio masochismo (Adler, 1950, p. 14).

La condotta di un soggetto viziato – sia esso un bambino, un giovane o un uomo adulto – è talvolta difficilmente interpretabile, soprattutto quando le situazioni gli sono favorevoli. È difatti più facile comprenderla quando le circostanze prendono una piega inattesa e impongono una prova. “In queste circostanze” – continua Adler – “egli assume un atteggiamento esitante o rimane lontano dal problema, e spiega questa distanza con argomentazioni fittizie, dalle quali si deduce che il suo comportamento è vile, non prudente” (1997, pp. 89-90).⁸

Davanti ai compiti della vita il bambino viziato batte in ritirata. Lo si vede cambiare spesso amicizie, partner, lavoro. Oppure conduce una vita isolata, quasi eremitica, illudendosi di soddisfare il bisogno di affermazione, relazione e appartenenza dentro le consolazioni virtuali della rete o di qualche sostanza. Trappole mortali, perché lo seducono con gratificazioni biochimiche, senza però allenarlo a dare sviluppo alle proprie funzioni, lasciandolo deperire dentro la tua stessa impotenza. Il piacere – quella gratificazione connessa soprattutto al circuito dopaminergico – è meravigliosamente associato a tutto ciò che concorre alla vita: nutrimento, affettività, cooperazione, perseguimento e raggiungimento di obiettivi. Si tratta però di traguardi che richiedono un impegno, uno sforzo, ma soprattutto un equilibrio tra Volontà di potenza e Sentimento sociale. La natura ha come disposto di rifornire di piacere – a mo' di rinforzo – coloro che lottano per la vita (per il suo pieno sviluppo) e lo fanno dentro le regole che essa ha stabilito. Il bambino viziato si autoesclude da ogni “sforzo gratificante” preso com'è da una battaglia che gravosamente lo impegna su tutt'altri fronti e così si rivolge “alla sostanza” (oggi anche internet, i social, i videogiochi) pur di avere anch'egli una qualche gratificazione.

La tattica della ritirata, che il bambino impara a praticare sin dall'infanzia e che gli procura sollievo, risponde – lo ripetiamo – a un'esigenza “vitale”: mettersi al sicuro da sentimenti di inadeguatezza e disvalore. Così facendo, colonizzato com'è da proiezioni, timori, vincoli affettivi che provengono da chi lo precede, si struttura in lui un *modus operandi* che acuisce lo squilibrio tra Volontà di potenza e Sentimento sociale e che gli spalanca le porte del disagio psichico.

Alcuni ricercatori (Fassino, Amianto, Sobrero, & Abbate-Daga, 2013) si sono chiesti se esista un nucleo di personalità, indipendente dalla diagnosi, che predispone alla malattia mentale. Non

⁸ Può sorprendere in questo frangente l'utilizzo dell'aggettivo “prudente”. In realtà la virtù della prudenza è una virtù dell'azione e si pone quindi in opposizione alla viltà del bambino viziato che spesso giustifica la sua non azione.

sorprende leggere che dagli 88 studi presi in analisi questo nucleo sia stato individuato nei tratti: Elevato Evitamento del Danno (HA) e bassa Autodirettività (SD).

2.3 Sentimento sociale e psicopatologia

Un bambino viziato è un potenziale paziente. Ed è tanto più proiettato verso la malattia mentale quanto più, nel tentativo di difendersi da sentimenti di disvalore e inadeguatezza, si preclude la possibilità dell'incontro con l'altro e con esso le opportunità che, come perle preziose, sono custodite nell'esperienza della cooperazione e dell'intimità.

Senza alcuna pretesa esaustiva, ma come semplice spunto di riflessione clinica, si intende ora evidenziare come effettivamente – su quel *continuum* sfumato e multiforme che conduce dalla “normalità” alla malattia psichica – l'elemento relazionale, cioè la forma che assume il rapporto con l'altro, appare drammaticamente rilevante nel determinare lo stato di gravità del disturbo e la possibilità di recupero.

Si pensi a certe gravi forme psicotiche. In esse i confini relazionali sembrano aver perduto la loro necessaria porosità. Il soggetto appare come incapsulato dentro un mondo proprio e una cortina di ferro sembra calata tra l'universo soggettivo e l'ambiente esterno, mentre la parola perde valore comunicativo e si fa solitaria e inafferrabile: “Tu prova ad avere un mondo nel cuore e non riesci ad esprimerlo con le parole”, cantava De André.⁹

In tutti i disturbi di personalità poi, pur nelle loro variegata e fiorite sfaccettature, un rapporto disfunzionale con l'altro emerge come filo conduttore e sintomo comune. L'altro è temuto o ignorato (cluster A); sedotto, ammaliato, utilizzato, violato (cluster B); oppure evitato, colonizzato o controllato (cluster C).

Nei disturbi da sostanze la relazione con l'altro che è a me simile – e quindi difettoso, ostico e sfuggente, cioè potenzialmente frustrante – cede il passo alla relazione con la sostanza. L'alterità si oggettivizza e offre la sensazione di riappropriazione e controllo. Come un seno sempre buono e disponibile. Ma la trappola a cui conduce, come sopra si diceva, è una trappola mortale.

Nei disturbi da comportamento dirompente l'altro, anche quello supportivo ed empatico, diventa il bersaglio della rabbia: provocato, insultato e colpito in un drammatico ed estenuato tentativo di dare voce e sollievo al proprio dolore.

Si pensi poi alla disforia di genere e a certe sue manifestazioni nelle quali si incontra la richiesta di transizione. In questa trasformazione ciò che è in gioco, come suggerisce la Pigozzi,

⁹ Verso tratto dalla canzone *Un matto* del 1971.

non sembra essere la possibilità legittima di avere una vita sessuale, ma piuttosto una certa immagine di sé. (...) Allora la domanda ‘per *chi* cambiare genere?’ sembra fuori fuoco, perché il campo dell’Altro appare vuoto, mentre quello dell’io nell’immaginario dell’autodeterminazione, è troppo pieno. Il corpo non è manipolato per catturare un desiderio fuori di sé, dell’altro, ma per rispondere a un Io Ideale, a un miraggio (2023, pp. 98-99).

Si pensi infine ai disturbi del comportamento alimentare: essi ci raccontano di una relazione ambivalente con l’alterità. Essa è rigettata (nell’allontanamento simbolico dal cibo) e insieme incatenata a sé con violenza mortifera (nell’offerta – allo sguardo dell’altro – di un sé sempre più deperito). Oppure alle forme depressive, nelle quali l’umore deflesso e i pensieri negativi crescono di pari passo con il ritiro sociale e la perdita di ogni piacere legato alla relazione con gli altri e con le cose.

Si potrebbe andare avanti e passare in rassegna tutte le possibili forme del disagio psichico, ma come detto sopra non è questa l’intenzione. Premeva solo evidenziare, con qualche esempio, come la tesi adleriana secondo cui la misura della salute mentale sta nella la quantità di Sentimento sociale, trovi a nostro parere conferma nella sintomatologia più eclatante di certe importanti condizioni psicopatologiche.

3. Stare nella fragilità: una potenzialità creativa

3.1 Stare nella fragilità

Adler scrive: “La nevrosi è il tentativo (...) di conservare, costi quel che costi, l’apparenza del proprio valore” (1997, p. 95).

Il costo di questa operazione è molto caro ed è duplice. Lo abbiamo visto parlando del bambino viziato, preso a paradigma del nevrotico e – aggiungiamo ora – del modello socioculturale che si sta purtroppo radicando in Occidente. L’uomo, nel negare e rifuggire (molto spesso inconsapevolmente) la propria fragilità:

- sviluppa una debolezza strutturale che lo orienta inevitabilmente verso compensazioni di tipo autoprotettivo. Il fine diventa la *difesa* della personalità e non lo *sviluppo* della stessa che invece si realizza attraverso l’azione – senza dubbio faticosa – esercitata su sé stesso e sull’ambiente;
- vivendo “l’altro-extra-famigliare” come una minaccia, si autoesclude dalle potenzialità evolutive offerte dalla cooperazione con il proprio simile, rimanendo intrappolato all’interno un circolo vizioso di stasi e di sterile solitudine, che rinforza la sua debolezza strutturale. Il destino del

nevrotico è come quello di un criceto che sgambetta dentro la ruota: spendere tutte le energie a disposizione per restare fermo dov'è.

Pensiamo a quanto potenziale rimane come inabissato nelle profondità dell'essere in un bambino (e poi in un uomo) viziato. Pensiamo a quanto potenziale sprecato dentro una società viziata! E quanta differenza tra la *fragilità*, dato di natura e radice ontologica, e la *debolezza* che è invece il connotato strutturale di un individuo impreparato alla vita.¹⁰

Abbiamo visto che per Adler la misura della salute mentale sta nella cooperazione tra Volontà di potenza e Sentimento sociale – Re e Regina dello psichismo – e più in particolare nella quantità di Sentimento sociale.

La domanda che a questo punto si presenta è: cosa favorisce l'equilibrio tra le due Istanze e, nello specifico, lo sviluppo della seconda?

Si risponde, sulla scorta di quanto sin ora esposto, che ciò dipende dalla misura in cui la propria fragilità sia stata integrata nell'organo psichico, accolta come dato di natura e come risorsa. Come infatti scrivono gli Ansbacher: “Essa, presente sin dalla nascita, viene avvertita come limitazione e fattore d'insicurezza ma, in realtà, rappresenta uno stimolo continuo, che spinge a compensare gli svantaggi e a cercare una soluzione per garantire un adattamento alla vita” (1997, p. 135).

La fragilità è il luogo dell'umano: il terreno più indicato entro cui affondare le radici. Entrambe le Istanze adleriane trovano in questo *humus* la sorgente del proprio sviluppo.

Difatti, è nel riconoscimento della propria fragilità che l'uomo è spinto al superamento di sé stesso verso mete di affermazione personale (Volontà di potenza). Queste traiettorie evolutive ascendenti divengono il campo d'azione entro cui dare pieno sviluppo al proprio potenziale, attraverso l'acquisizione di nuove conoscenze, competenze e abilità.

È solo nella misura in cui ci si riconosce – in accordo con il dato di realtà creature fragili e bisognose, che la Volontà di potenza è poi orientata a dispiegarsi nella direzione dell'apertura all'altro e della cooperazione, disponendosi ad accogliere le possibilità creative che questo movimento comporta (Sentimento sociale). Nella fragilità – scrive infatti Borgna – “si nascondono valori di sensibilità e di delicatezza, di gentilezza estenuata e di dignità, di intuizione dell'indicibile e dell'invisibile che

¹⁰ La corsa allo smartphone di ultimo modello, ai capi firmati o all'auto di lusso; l'attaccamento smodato al denaro o all'apparenza; la violenza come forma di persuasione, la seduttività come forma di relazione, la provocazione come forma di comunicazione; come anche guardare dall'alto in basso chi adotta questi comportamenti: sono tutti esempi di compensazioni autoprotettive che hanno il solo scopo di *difendere* la personalità dal senso di inferiorità. Senza contribuire allo *sviluppo* della stessa, ma rinforzando, in un circolo vizioso, la percezione del proprio disvalore.

sono nella vita, e che consentono di immedesimarci con più facilità e con più passione negli stati d'animo e nelle emozioni, nei modi di essere esistenziali, degli altri da noi" (2014, p. 3).

Solo se mi riconosco fragile posso vedere la fragilità in coloro che mi sono accanto e, così, comprenderli, accoglierli, amarli.

Stare nella fragilità appare quindi la condizione più indicata non solo per lo sviluppo del singolo ma per la vita e il benessere dell'intera collettività. La fragilità infatti, scrive Andreoli, "genera una visione del mondo che tiene conto del bisogno dell'altro. Per la fragilità l'uomo cerca aiuto, cerca dei legami per scambiare fragilità e, appoggiando una fragilità a un'altra, si sostiene il mondo" (2008, pp. 27-28).

In conclusione, se la fragilità è il terreno entro cui affondare le radici e il fine è lo sviluppo integrato e armonico di Volontà di potenza e Sentimento sociale, la strada da percorrere – indipendentemente dagli obiettivi specifici che di volta in volta si profilano all'orizzonte delle nostre vite – ci viene suggerita dal lavoro di Peterson e Seligman intitolato *Character Strengths and Virtues* (2004). Gli psicologi americani, selezionando dati provenienti da diverse fonti (psicologia, filosofia, religione, politica, educazione e letteratura), parlano dell'esercizio delle "virtù nucleari" come via maestra per raggiungere un adeguato funzionamento socio-lavorativo che sia accompagnato da un benessere significativo.

Le virtù sono *habitus* acquisiti e manifestati attraverso la pratica e necessitano di un costante esercizio volontario. Le virtù proposte dai ricercatori americani sono:

- la Saggezza e Conoscenza: come creatività, originalità, curiosità, interesse e apertura verso il mondo;
- il Coraggio: come audacia, perseveranza, diligenza, integrità, onestà, vitalità, entusiasmo;
- l'Umanità: come capacità di amare e lasciarsi amare, gentilezza, generosità, compassione, intelligenza sociale ed emotiva;
- la Giustizia: come senso civico, responsabilità sociale, capacità di lavorare in gruppo, lealtà, equità, leadership;
- la Temperanza: come capacità di perdono e misericordia, modestia, prudenza, autocontrollo;
- la Trascendenza: come humor, gratitudine, ricerca di senso, speranza, spiritualità.

3.2 L'altra faccia della luna: spunti di prevenzione e terapia

Stare nella fragilità – in quanto *conditio sine qua non* per lo sviluppo delle due Istanze e per un loro armonico equilibrio – è quindi premessa della salute mentale.

Si è evidenziato che sono vari i fattori che nel bambino possono ostacolare questo processo: esperienze traumatiche e abbandoniche, inferiorità d'organo e anche, come già illustrato, un'educazione viziante.

Ma quale è il denominatore comune a questi vissuti? Quell'elemento trasversale a tutti cui si può attribuire il ruolo di nemico numero uno?

Il senso di non sicurezza.

L'esperienza del trauma; il sentirsi abbandonati, trascurati, rifiutati, non visti; il percepirsi diversi, sbagliati, informi, deficitari; il crescere dentro un ambiente che è solo gratificazioni ma che immobilizza, svuota e indebolisce. Questi sono tutti fattori che possono lasciare il bambino dentro un universo di profonda insicurezza, abitato da mostri. Qui la fragilità non è in alcun modo ammessa.

Stare nella fragilità presuppone che si sia invece sperimentato e poi interiorizzato un "sufficientemente buono" senso di sicurezza.

Il senso di sicurezza è quel vissuto emotivo che ci *incoraggia* a muovere i primi passi e così ad esplorare, apprendere, socializzare. È ciò che aiuta a vivere la propria fragilità come risorsa e potenzialità creativa piuttosto che come nemico da combattere. È ciò che trasferisce in noi anche un senso di valore personale perché: "se sono al sicuro – pensa il bambino – allora c'è qualcuno che si sta occupando di me. Allora merito amore e considerazione. Allora ho valore".

Il senso di sicurezza, allo stesso tempo, è esattamente ciò che in noi si rafforza passo dopo passo, quando riusciamo nell'obiettivo che ci eravamo prefissi perché, come già più sopra si è ricordato, "solo la sensazione di aver conseguito una posizione sufficientemente avanzata in questo sforzo permette all'uomo di avvertire il proprio valore e gli trasmette un sentimento di tranquillità e felicità" (Adler, 1997, p. 49).

Il senso di sicurezza, in un discorso sulla fragilità, è l'altra faccia della luna.

Si è osservato più sopra che la parola fragilità non viaggia sola nell'universo ma porta con sé concetti come "preziosità" e "custodia". L'una chiama in causa gli altri. Così anche il "senso di sicurezza" partecipa di questo intreccio. E ci pare, se guardiamo alla vita a partire dal suo inizio, alla successiva esperienza familiare così come a quella della coppia analitica, che questo *ensemble* sia costantemente implicato.

Le cellule sessuali sono le sole che hanno i cromosomi dimezzati ma sono anche le sole potenzialmente capaci di generare una nuova vita. Sono fragili, ma preziose, e per questo custodite. Tutto il processo che porta all'ovulazione, al concepimento e alla nascita ci parla di fragilità e preziosità singolarmente custodite e messe al sicuro. La nuova vita sotto forma di zigote si impianta nell'utero, che nel frattempo si è reso soffice e accogliente e che diviene primo "contenimento" del quale facciamo esperienza, interiorizzando un primitivo senso di sicurezza. A tempo debito poi

innesca un movimento di uscita, verso l'altro da sé a cui a cui lo stesso bambino partecipa. È questo movimento in uscita che garantisce la vita.

Il parto, come tante volte si è sottolineato, infrange una quiete celestiale: inesorabilmente ferisce l'organo psichico facendo per la prima volta vacillare quell'indicibile senso di sicurezza che per il resto della vita andremo cercando.

E così il testimone passa ai *caregivers*: coloro che per primi accolgono l'angosciata domanda del piccolo d'uomo: "abbi cura di me, mettimi al sicuro!". Ad essi viene richiesto di svolgere una "funzione uterina". Custodire la fragile preziosità e nel contempo favorire lo sviluppo di un adeguato senso di sicurezza: ciò in particolare attraverso uno stile educativo che conduca il bambino ad esercitarsi nelle virtù e a sperimentare lo sforzo, la fatica e il sacrificio necessari per la conquista anche di ogni più piccola e quotidiana gratificazione. E a tempo debito innescare, con la partecipazione dello stesso, continui e ricorsivi processi di fuori-uscita che, sebbene dolorosi, promuovono la crescita, la vita e il suo prosieguo.

Le prime esperienze relazionali con genitori e fratelli, in particolare nei primi quattro-cinque anni di vita, hanno un peso determinante in tutto questo processo, condizionando la relazione tra Volontà di potenza e Sentimento sociale e favorendo o penalizzando il decorso dell'equilibrio psichico. In questo senso la famiglia è chiamata a svolgere un importante ruolo preventivo, troppo spesso – socialmente e culturalmente – poco tutelato e valorizzato.

Le cose poi non vanno sempre per il meglio. Non si arriva in terapia prima di aver vissuto una qualche esperienza "famigliare": la terapia subentra dopo e, come il sintomo, ha una finalità riparativa anche se, contrariamente ad esso, si serve dei mezzi giusti. E non si arriva in terapia solo per errori genitoriali: molti altri fattori già più sopra menzionati, che possono subentrare anche in età più avanzata, concorrono alla genesi del disagio psichico.

Così il testimone passa alla coppia analitica, *coppia creativa*. Se la terapia, nel suo evolversi, ha una funzione riparativa, è *l'alleanza terapeutica* – fattore trasversale ai diversi approcci – che si fa nuovamente carico di assolvere a quella preziosa "funzione uterina". Il terapeuta adleriano – scrive Giuseppe Ferrigno – "attraverso il processo d'incoraggiamento empatico basato sul contenimento, prova a condividere l'impenetrabile logica privata del paziente, che a sua volta corrompe, in un gioco reciproco di 'penetranza', di 'contaminazione', di seduzione (dal latino *seducere* = portare con sé nei propri territori), la logica privata del terapeuta: si origina una 'logica comune' condivisa dalla coppia creativa" (2001, p. 21).

Questo nuovo utero psichico, che custodisce la fragilità – temporaneamente e in vista di una rinascita – dentro una dinamica di reciproco scambio e contaminazione, è lo spazio sicuro per l'attività interpretativa e l'offerta di compartecipazione empatica. "Gli sguardi, i silenzi, le frasi, le

parole (...), se dosati in modo ottimale, diventano cibo, abbraccio avvolgente, esperienza emotiva ‘nuova’, incoraggiante, correttiva del deficit originario” (Ferrigno, 2001, p. 21).

3.3 Un’immagine vale mille parole: “i primi passi”



Fig. 1: Vincent van Gogh, *I primi passi*, Metropolitan Museum of Art di New York (1890)

Si dice, ed è vero, che un’immagine vale più di mille parole. Ma nel proporre un’immagine come ultimo spunto di riflessione, sfuggirà ancora qualche parola.

Si tratta di un’opera di Vincent van Gogh, ultimata nel 1890 (sei mesi prima della morte) e attualmente conservata presso il Metropolitan Museum of Art di New York (Fig. 1). Si intitola *I primi passi* e ritrae una coppia di contadini e la loro figlioletta, tutti partecipi di quella piccola-grande impresa che è muovere i primi passi.

È difficile dire con esattezza quale sia il soggetto principale dell’opera. Se la bambina, la triade della vita nel suo insieme (mamma, papà e bambina) o qualcosa di più astratto e concettuale. Personalmente intravedo in questo meraviglioso dipinto un elogio della fragilità: uno splendido e

insieme modesto inno alla fragilità come potenzialità creativa. Come premessa di salute psichica. Salute rappresentata dall'albero fiorito che spicca al centro del quadro e che forse, in sé stesso, riassume la pienezza del corale movimento di cui è immobile spettatore.

Tutto, in quest'opera, ci parla di fragilità: il tratto poco definito delle pennellate, la condizione umile dei personaggi, il passo desideroso e insieme incerto della bambina. Eppure, questa fragilità – nel suo insieme – rimanda un senso di armonia, preziosità e pienezza. Tra un materno che sorregge ma non soffoca – anzi orienta verso l'altro – e un paterno che si fa piccolo (ma non per questo debole), incoraggia e infonde sicurezza, la vita muove i primi passi. Il campo, spazio di questo movimento, è marcato da dei solchi, simboli dei confini relazionali, spesso anch'essi così fragili eppure così necessari. Il quadro, in definitiva, è una sintesi visiva di quanto espresso fin ora. È la rappresentazione di colui che, con sufficiente senso di sicurezza, sa stare nella fragilità e anzi trova in essa – in questo humus creativo – la spinta per porsi una meta di crescita e superamento, orientata all'incontro cooperativo con l'altro. È un'immagine della salute mentale.

Bibliografia

- Adler, A. (1950). *Il temperamento nervoso*. Astrolabio.
- Adler, A. (1968). *Il bambino difficile*. Gherardo Casini.
- Adler, A. (1997). *Il senso della vita*. Newton Compton.
- Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (1997). *La psicologia individuale di Alfred Adler*. Psycho.
- Borgna, E. (2014). *La fragilità che è in noi*. Einaudi.
- Fassino, S., Amianto, F., Sobrero, C., & Abbate-Daga, G. (2013). Does it exist a personality core of mental illness? A systematic review on core psychobiological personality traits in mental disorders. *Panminerva Medica*, 397-413.
- Ferrigno, G. (2001). L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo il modello adleriano. *Rivista di psicologia individuale*, 49, 15-27.
- Laudadio, A. & Mancuso, S. (2015). *Manuale di psicologia positiva*. Franco Angeli.
- Maiullari, F. (2013). *L'inferiorità e la compensazione. Principi di analisi adleriana per il terzo millennio*. Mimesis.
- Nietzsche, F. (1985). *La gaia scienza*. Editori Riuniti.
- Pagani, P.L. (2002). *Piccolo lessico adleriano*. Scuola Adleriana di Psicoterapia dell'Istituto Alfred Adler di Milano.

Parenti, F. (1983). *La Psicologia Individuale dopo Adler*. Astrolabio.

Pigozzi, L. (2023). *Amori tossici. Alle radici delle dipendenze affettive in coppia e in famiglia*. Rizzoli.

Shulman, B.H., & Mosak, H.H. (2018). *Manuale per l'analisi dello stile di vita*. Franco Angeli.

**La società della performance in chiave adleriana.
Il sentimento di inferiorità nella società
occidentale del XXI secolo e
l'importanza della cooperazione per preservare
le generazioni future
di *Valentina Accomando****

ABSTRACT (ITA)

Dalla società disciplinare siamo passati alla società liquida e ci stiamo avviando verso la società del vuoto. Quest'ultima è caratterizzata da ruoli flessibili, priva di riferimenti stabili e in continua evoluzione, visto il rapido susseguirsi di innovazioni tecnologiche e sociali. In questo contesto anche il sentimento sociale è in continuo divenire, perché aderiamo a gruppi e società sempre differenti. La vita fin da subito deve fare i conti con il compito di superare la limitatezza, la sua inferiorità costituzionale e la sua mortalità. Ma in che modo l'uomo occidentale del XXI secolo sta facendo i conti con il proprio sentimento di inferiorità? Mettendo da parte il dolore e rifugiandosi sempre di più nella performance. Come possiamo salvare le generazioni future dal senso di solitudine e vuoto a cui stiamo assistendo? Trasformando la competizione in collaborazione e aiutandoli a ritrovare la propria vocazione e la narrazione della propria storia.

Parole chiave: volontà di potenza, sentimento sociale, performance, burnout, complesso di inferiorità

**The Society of Performance from an Adlerian
Perspective. The feeling of inferiority in Western
society in the 21st century and the importance of
cooperation to preserve future generations
by *Valentina Accomando***

ABSTRACT (ITA)

We have moved from the disciplinary society to the liquid society, and we are now moving towards the society of emptiness. The latter is characterized by flexible roles, devoid of stable and unchanging references, and constantly evolving due to the rapid succession of technological and social innovations. In this context, even the social sentiment is ever-changing, because we continually align with different groups and societies. Life from the outset must grapple with the task of overcoming its limitations, its inherent inferiority, and its mortality. But how is the Western man of the 21st century dealing with his feeling of inferiority? By setting aside the pain and retreating more and more into performance. How can we save future generations from the sense of loneliness and identity vacuum that we are witnessing? By transforming competition into collaboration and helping them rediscover their calling and the narrative of their own story.

Keywords: will of power, social feeling, performance, burnout, inferiority complex

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

1. Introduzione

Dalla società disciplinare, siamo passati alla società liquida e ci stiamo avviando verso la società del vuoto. La società del vuoto è una società caratterizzata da ruoli flessibili, priva di riferimenti stabili e immutabili e in continua evoluzione visto il rapido susseguirsi di innovazioni tecnologiche e sociali. In questa tipologia di società anche il sentimento sociale è in continuo divenire, perché di volta e in volta aderiamo a gruppi e società sempre differenti. La vita fin da subito deve fare i conti con il compito di superare la limitatezza, la sua inferiorità costituzionale e la sua mortalità.

L'obiettivo di questo elaborato è approfondire come l'uomo occidentale del XXI secolo¹ sta facendo i conti con il proprio sentimento di inferiorità e capire come salvare le generazioni future dal senso di solitudine e vuoto identitario a cui stiamo assistendo.

2. La società occidentale del XXI secolo

2.1. La società della Performance

“L'intera vita delle società, in cui dominano le moderne condizioni di produzione, si annuncia come un immenso accumulo di spettacoli. Tutto ciò che era direttamente vissuto si è allontanato in una rappresentazione” (Colamedici & Gancitano, 2022, pp. 21-22).

Così, nel 1967, Guy Debord, nel suo saggio sulla Società dello Spettacolo, mette la società contemporanea davanti al suo infausto destino.

Cinquantasei anni dopo, possiamo constatare, che il filosofo situazionista non si è allontanato molto nel descrivere la società contemporanea.

Ci troviamo davanti ad un sistema finto, dove predomina l'apparenza, controllato da mezzi di comunicazione in grado, attraverso qualsiasi genere di algoritmo, di indirizzare le scelte individuali. Già al tempo di Guy Debord, era in atto una trasformazione da individui a lavoratori e il capitalismo, stava già iniziando a realizzare il passo successivo: trasformare i lavoratori in consumatori. “Il consumatore, infatti, era soltanto un lavoratore che non sapeva di lavorare: non si rendeva conto che il suo intrattenimento e i suoi desideri erano doveri funzionali alla

¹ Nell'elaborato si troveranno delle citazioni in cui, per parlare dell'essere umano, si usa la nozione di “uomo”. Per praticità mi rivolgerò all'essere umano, di qualunque sesso e genere con il sostantivo “uomo”. Consapevole, che per millenni si è usato così, senza realizzare che si trattasse di un uso maschilista del linguaggio.

trasformazione di ogni aspetto della vita sociale in merce” (Colamedici & Gancitano, 2022, pp. 21-22).

La trasformazione da lavoratori a consumatori è ormai ultimata, stiamo ormai assistendo al passo successivo: trasformare i soggetti in progetti. “Ogni essere umano che vive in una società tecnologicamente avanzata, che ha accesso al web e ha un profilo social network è automaticamente un brand, cioè un marchio, un’attività, un progetto, che dunque va promosso perché rimanga in vita” (Colamedici & Gancitano, 2022, p. 22).

La società della performance, rende tutto commercializzabile: la propria identità, i propri valori, i propri affetti, il proprio dolore.

È una società dove non esiste più una separazione tra platea e pubblico: esistono solo performer. In una società fatta di performer, ogni cosa viene utilizzata per accrescere la propria reputazione e la propria visibilità, comunicando solo ciò che è positivo. “Performance è un termine inglese e deriva dal verbo to perform, che significa ‘eseguire’. Chi vive nella società della performance è un performer interessato allo sviluppo del proprio progetto. Non solo in ambito lavorativo, ma in ogni momento della sua vita” (Colamedici & Gancitano, 2022, p. 23).

In questo modo la performance diventa il rapporto sociale tra persone. Il valore della persona viene valutato tendendo in considerazione solo la qualità della performance dell’individuo, lasciando fuori la sua vocazione e la narrazione della sua storia.

Per essere contagiati dalla società della performance, non è necessario partecipare al web. Nessuno può fuggire, oggi, dal paradigma culturale della performance.

“È la stessa idea di performance a spingerti all’iperproduzione, a renderti servo e padrone di te stesso” (Colamedici & Gancitano, 2022, p. 30)

Così, l’uomo, attraverso la propria volontà di potenza², raggiunge la propria mèta (fittizia) di elevazione e perfezione, attraverso l’ossessione per le proprie performance. Una mèta, però, che porta con sé un grande vuoto. Il vuoto esistenziale, di chi, vive, solo per performare, lasciando, l’Altro, fuori dalla propria performance.

I social network, sono in qualche modo il “capro espiatorio”³ della società del XXI secolo, ma gli schermi, in realtà, sono solo una manifestazione di qualcosa che accade prima di tutto a livello cognitivo e relazionale.

² La volontà di potenza “è l’energia che indirizza l’uomo, a livello conscio e inconscio, verso finalità di elevazione, di affermazione personale, di competizione o almeno di autoprotezione e di sopravvivenza”.

³ Il capro espiatorio, anticamente, era una capra che veniva allontanata nel deserto o nei boschi, come parte delle cerimonie ebraiche dello Yom Kippur. Il rito viene descritto nella Bibbia e nel Talmud. Il sacerdote nel tempio poneva le sue mani sulla testa del capro e confessava i peccati del popolo. Il capro veniva quindi

2.2. La società della Stanchezza

“In tempi di povertà ci si preoccupa di assorbire e assimilare. In tempi d’abbondanza il problema consiste nel rifiuto e nell’espulsione. La comunicazione generalizzata e l’eccesso informativo minacciano tutte le forze di reazione” (Han, 2012, p. 17).

La società del XXI secolo non è più la società disciplinare ma è una società della performance. La società disciplinare era una società della negatività, determinata dalla negatività del divieto. Il verbo modale dominante era il “non-potere”. Nella società della performance, il verbo modale prevalente è il “poter-fare”. Invece del divieto, dell’obbligo e della legge, subentrano il progetto, l’iniziativa e la motivazione. L’inconscio sociale è palesemente interessato a massimizzare la produzione, perché la produzione è diventata il suo fine ultimo fittizio.

“Il fine ultimo fittizio è una particolare mèta prevalente perseguita, posta sotto il dominio delle espressioni antisociali della volontà di potenza e destinata a scavare una maggiore distanza fra l’individuo e i suoi simili” (Parenti, 1983, p. 19).

Prendere consapevole del fine ultimo fittizio, verso cui la società del XXI secolo si sta dirigendo, potrebbe essere il primo passo verso un cambio di paradigma.

“La depressione è l’espressione patologica del fallimento dell’uomo tardo-moderno nel tentativo di essere sé stesso. Ma alla depressione conduce anche la povertà di legami tipica della crescente frammentazione e atomizzazione sociale... Non è l’imperativo di appartenere solo a sé stessi a causare depressione da esaurimento, bensì la pressione della prestazione” (Han, 2012, pp. 26-27).

L’uomo di prestazione è in continua lotta con sé stesso. Egli è allo stesso tempo vittima e carnefice, perché sfrutta sé stesso, senza costrizioni esterne. Così, la libertà e la costrizione finiscono per coincidere.

La patologia arriva quando il soggetto di prestazione non è più in grado di “poter-fare”, ma subentra la stanchezza del fare e del poter-fare.

L’unica speranza per l’uomo è riportare la propria esistenza, e la sua performance, verso il lato “utile della vita”.⁴

allontanato nella natura selvaggia per essere poi precipitato da una rupe. Nel definire con esattezza in che modo si presenti la dinamica del capro espiatorio, va tenuto presente fra gli altri anche l’approccio proposto dalla psicoanalisi. La psicoanalisi si è interessata alla figura del capro espiatorio per analizzare i meccanismi nascosti e inconsci che entrano in gioco quando in un gruppo si identifica una “vittima designata”. Secondo Jung nel capro espiatorio viene proiettata, psicanaliticamente, l’ombra di un gruppo: cioè quegli aspetti, che i componenti del gruppo non accettano di sé, vogliono cancellare e negare e da cui si sentono minacciati.

⁴ Mèta prevalente benefica e vantaggiosa.

2.3. La società senza Dolore

“Il nostro rapporto con il dolore rivela in quale società viviamo. Le sofferenze sono cifre di un codice: contengono la chiave per comprendere ogni società” (Han, 2021, p. 5).

Oggi stiamo assistendo a una paura generalizzata del dolore. Si evita, in qualsiasi circostanza, di provare dolore. Noi viviamo in una società della positività, nel quale si tende a eliminare tutto ciò che è negativo. Anche la psicologia segue questa tendenza: siamo passati dalla psicologia della sofferenza, alla psicologia positiva, che si occupa di benessere, della felicità e dell’ottimismo. “I pensieri negativi vanno evitati e immediatamente sostituiti da pensieri positivi. La psicologia positiva subordina persino il dolore a una logica della prestazione. L’ideologia neoliberista della resilienza trasforma le esperienze traumatiche in catalizzatori di un aumento della prestazione” (Han, 2021, p. 5).

L’allenamento alla resilienza ha il compito di portare il soggetto di prestazione sempre più lontano dal dolore e sempre più vicino alla felicità.

Ma è attraverso il dolore che noi troviamo noi stessi. È attraverso il dolore che diamo un significato al nostro corpo e alla nostra storia. Il dolore è differenza, esso articola la vita. “Il dolore acuisce la percezione di sé. Esso contorna il sé. Disegna i suoi contorni. I comportamenti auto-lesionistici in aumento si lasciano interpretare come un disperato tentativo dell’Io narcisistico, diventato depresso, di sincerarsi di sé stesso, di percepirsi. Dobbiamo al dolore anche il senso dell’esistenza. Se scompare del tutto, si cerca un sostituto” (Han, 2021, p. 5).

Quando parliamo di dolore non possiamo non fare un parallelismo con il concetto di sentimento di inferiorità di Adler. Il sentimento di inferiorità è quel sentimento che ci porta a confrontarci con noi stessi, che ci permette di percepire la nostra mortalità, che ci permette di percepire il nostro essere “esseri umani”.

E se non possiamo più percepire il nostro essere mortali, che significato prenderà la nostra esistenza e l’esistenza dell’intera umanità?

3. Analisi della società occidentale del XXI secolo in chiave adleriana

3.1. Il sentimento di inferiorità e le compensazioni

“Nell’infanzia il sentimento d’inferiorità è una costante e naturale condizione d’inadeguatezza e disagio, dovuta a obiettive insufficienze di ordine fisico, comportamentale e conoscitivo nei confronti degli altri e dell’ambiente in genere” (Parenti, 1981, p. 8).

Man mano che cresce, il bambino, inizia ad avere dei *feedbacks* da parte del suo ambiente. Se l'ambiente gli fornisce riscontri positivi, il bambino inizierà a sviluppare un'autostima sufficientemente buona, superando, gradualmente, il proprio sentimento di inferiorità nella sua forma infantile. In caso contrario, potrebbe sviluppare un complesso di inferiorità.

Il sentimento di inferiorità, però, non viene mai del tutto superato, perché tutta la vita psichica dell'individuo è caratterizzata dal tentativo di passare da una situazione di insufficienza o almeno, da una situazione non del tutto appagante, a una situazione percepita migliore, di maggior sicurezza e di maggior gratificazione.

La vita fin da subito deve fare i conti con il compito di superare la limitatezza, la sua inferiorità costituzionale e la sua mortalità. Di conseguenza ogni essere umano, in relazione al proprio contesto socio-culturale, ha le sue strategie per compensare la sua inferiorità e aumentare le proprie possibilità di sopravvivenza. “La compensazione è ciò che permette a un organismo vivente di adattarsi al suo ambiente e di sopravvivere” (Maiullari, 2013, p. 22). Il suo cercare di adattarsi all'ambiente serve, all'uomo, per vivere meglio e più a lungo, anche se “nel nome della sopravvivenza sacrifichiamo volentieri tutto ciò che rende la vita meritevole di essere vissuta” (Han, 2021, p. 23).

3.2. Il complesso di inferiorità e le ipercompensazioni

A volte, però il senso di inferiorità si può trasformare in complesso di inferiorità.

Per complesso di inferiorità si intende:

Il mutamento in senso patologico del naturale senso di inferiorità. Le cause dell'aggravamento sono da ricercare negli errori educativi, sia in senso viziante che ipercorrettivo, nelle inferiorità d'organo, ossia in quegli stati d'insufficienza, reali o presunti, capaci di interagire in senso svalutante nei confronti dell'ambiente. Altre cause vanno ricercate nei traumi e negli stimoli negativi maturati all'interno della costellazione familiare e cioè nelle ambiguità dei singoli componenti (Pagani, 2003, p. 8).

L'uomo, per far fronte al proprio sentimento di inferiorità, si organizza compensatoriamente in sistemi sempre più complessi, che possono dare origine a istituzioni a volte creative, ma a volte anche perverse e distruttive. Queste istituzioni a volte perverse e distruttive sono una modalità di ipercompensazioni, attuata dall'uomo per salvaguardare la propria sopravvivenza.

“L'ipercompensazioni è un concetto che adleriano che indica una compensazione sbilanciata eccessivamente in una direzione, a volte non equilibrata, a volte chiaramente patologica. Può

riguardare sia l'individuo che una comunità e in genere tenta di bilanciare un grave sentimento di inferiorità-finitudine" (Maiullari, 2013, p. 23).

3.3 Il complesso di inferiorità nella società del XXI secolo

Ma in che maniera il complesso di inferiorità si sta manifestando all'interno della società del XXI secolo?

Nella società della performance le problematiche psicologiche più frequenti sono: Depressione, Sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), Disturbo Borderline di Personalità (BPD) e la Sindrome da Burnout (BD) (Han, 2012, p. 11).

Ogni periodo storico è caratterizzato da caratteristiche differenti:

1. Nella società edipica, l'angoscia prevalente era la colpa sperimentata per lo spazio lasciato al piacere, causata dal predominio del senso del dovere;
2. Nella società narcisistica, l'angoscia era legata a un crollo dell'ideale infantile e alle difficoltà che il soggetto provava nel processo separativo con la famiglia d'origine. Il tutto vissuto con la paura del fallimento;
3. Nella società post-narcisistica, in cui ci troviamo, quello che manca è il sé. Da padrone lo sta facendo il vuoto identitario e il senso di solitudine anche in compagnia dell'altro (Lancini, 2023, pp. 49-50).

Questo perché l'uomo, ossessionato dalla propria mèta fittizia, lascia fuori la propria vocazione e la narrazione della propria storia.

4. Uno sguardo verso il futuro

4.1. La volontà di potenza e il concetto di individualismo

La nostra società è una società fortemente individualista e lascia sempre meno spazio ai momenti di condivisione, contemplazione e di comunità.

“L'individualismo è una posizione morale, una filosofia politica, un'ideologia, o una prospettiva sociale, che sottolinea il valore morale dell'individuo. Gli individualisti promuovono l'esercizio del raggiungimento di alcuni obiettivi quali l'indipendenza e l'autonomia” (Lukes, 2023, p. 1).

Al giorno d'oggi, l'individualismo è identificato come un fenomeno negativo, devastante per la società. In realtà, l'individualismo più autentico, pone al centro l'individuo e la sua possibilità e capacità di essere autonomo. Un'autonomia che gli permetta di essere libero e consapevole, in

relazione ai gruppi sociali che lo circondano e agli apparati burocratici che regolano il suo vivere nel mondo contemporaneo.

Quando parliamo di individualismo, non possiamo non trovare un collegamento al concetto di volontà di potenza di Alfred Adler. La volontà di potenza “è l’energia che indirizza l’uomo, a livello conscio e inconscio, verso finalità di elevazione, di affermazione personale, di competizione o almeno di autoprotezione e di sopravvivenza” (Parenti, 1983, p. 11). La volontà di potenza ha un carattere polimorfo e può esprimersi in molteplici modi, in una direzione che va verso l’alto e la perfezione. Essa è presente in ogni individuo, il quale, nei primissimi anni di vita, si prefigge una mèta da raggiungere: una mèta di superiorità, di potere e di vittoria sugli altri.

Dopo il 1927 Adler, con il libro *La conoscenza dell’uomo*, presenta una seconda istanza che va a controbilanciare la volontà di potenza: il sentimento sociale. Istanza, che se coltivata, potrebbe aiutare l’uomo occidentale del XXI secolo a ritrovare significato all’interno della comunità, senza perdere la propria autonomia. “Il sentimento sociale è il bisogno, insito in ogni uomo, di cooperare e di partecipare emotivamente con i propri simili” (Parenti, 1983, p. 11).

Esso nella sua formulazione più matura viene considerato un’attitudine innata dell’uomo, che prende in considerazione la situazione sociale in cui egli opera e vive, condividendo in maniera cooperativa con i propri simili, emozioni e sentimenti, per un adattamento armonico con l’ambiente.

4.2. Il giusto equilibrio tra volontà di potenza e sentimento sociale

Dalla società disciplinare, siamo passati alla società liquida e ci stiamo avviando verso la società del vuoto (Amianto, 2018, p. 70).

La società liquida è una società caratterizzata da ruoli flessibili, priva di riferimenti stabili ed immutabili e in continua evoluzione visto il rapido susseguirsi di innovazioni tecnologiche e sociali. In questa tipologia di società anche il sentimento sociale è in continuo divenire, perché di volta e in volta aderiamo a gruppi e società sempre differenti. Il nostro senso di appartenenza è in qualche modo frammentato e si rischia di non sentire più l’appartenenza ad un corpo sociale unitario, stabile e definito, quale è l’umanità. Questa concezione “globale” corre il rischio, di essere percepita come troppo ampia e complessa, rendendo complicato sentirsi appartenere sia al locale che al globale (Amianto, 2018, p. 70).

Questo senso di disconnessione con il proprio ambiente e i propri valori può portare a una realtà il cui senso di vuoto esistenziale la farà da padrone.

Per questo motivo, trovare il giusto equilibrio tra volontà di potenza e sentimento sociale, è importante per favorire lo sviluppo della personalità dell'individuo, in modo armonico, facendo sorgere in lui, vissuti di solidarietà, all'interno dell'ambiente in cui vive.

Questo senso di solidarietà potrebbe essere positivo per la salvaguardia del pianeta, il benessere psico-fisico dell'individuo e l'inclusione delle generazioni future.

Grazie al sentimento sociale, il soggetto è capace di stabilire legami e relazioni positive con tutti coloro, nei cui confronti nutra interesse empatico. La volontà di potenza, invece, tende a distanziarlo dal gruppo attraverso vissuti antitetici e di confronto aggressivo, la qual cosa non costituisce necessariamente un sintomo patologico come avviene nel caso di una difesa dei propri diritti ai fini della sopravvivenza personale. Non ogni forma di aspirazione al potere, reale o immaginario, è fonte di problematiche psicologiche o causa di conflitti nevrotici: ogni bambino aspira fisiologicamente al potere posseduto dagli adulti. Inoltre, benché lo sviluppo delle attitudini empatiche e sociali sia fondamentale per la normale articolazione dell'individuo nei tre compiti vitali, l'amicizia, l'amore e il lavoro, non è sempre possibile vivere sentimenti e slanci di solidarietà. Spesso, quando è minacciata l'integrità personale o semplicemente la libertà del proprio pensiero, diventa necessario assumere comportamenti di rottura e di confronto (Spatola, 1997, p. 56).

L'interesse comunitario, tuttavia, è una delle sfumature del sentimento sociale che non rappresenta solo il riconoscimento dei sentimenti, delle emozioni e dei bisogni dell'altro, ma un'esigenza innata, atta a creare vicinanza, inclusione e senso di appartenenza con gli altri esseri umani.

Adler definisce l'interesse comunitario come “quella forza tendente alla realizzazione dei tre più importanti obiettivi della nostra esistenza: la realizzazione in una attività lavorativa, l'inclusione in un gruppo sociale e l'interesse nei confronti dell'altro sesso per costruire un legame affettivo stabile per procreare” (Amianto, 2018, p. 7).

Questi obiettivi, per Adler, rappresentano i compiti vitali fondamentali della vita, che implicano una cooperazione tra individui in senso bidirezionale.

A riguardo, in una società altamente performante e competitiva, trasformare la competizione in collaborazione, potrebbe favorire il benessere dell'intera società.

4.3. Trasformare la competizione in collaborazione

Per quello che riguarda le psicologie dinamiche e specie la Psicologia Individuale Comparata, competizione e cooperazione hanno precursori analoghi, ma finalità differenti. La competizione spesso maschera un sentimento di inferiorità, ma con finalità volta alla supremazia. Anche la cooperazione ha come radici un sentimento di inferiorità, ma è compensata dal pensiero operatorio,

correlato col funzionamento dell'intelligenza, con finalità di collaborazione e con rinforzo dell'interesse sociale. Può inoltre tendere a livelli di motivazioni valoriali ed etiche” (Rovera, 2014, p. 5).

La competizione è un tipo di interazione che cerca di massimizzare i propri guadagni, a discapito del guadagno degli altri. La competizione può essere caratterizzata da uno scambio amichevole, ma raggiungere anche alti livelli di violenza e aggressività. “Indagini sperimentali mostrano che i gruppi competitivi hanno una produzione non tanto quantitativamente ma qualitativamente inferiore a quella dei gruppi cooperativi” (Rovera, 2014, p. 5).

Secondo la Psicologia Individuale Comparata chi agisce con comportamenti competitivi, è spesso motivato da un sentimento di inferiorità che il soggetto cerca di compensare attraverso una politica volta alla supremazia. Dall'altra parte troviamo, invece, la cooperazione, la quale è basata su un interesse sociale manifesto, indispensabile per il senso della vita e la realizzazione esistenziale.

“Nella competizione l'obiettivo è esclusivo, nel senso che più lo acquisisce uno, meno lo acquisiscono gli altri; nella cooperazione l'obiettivo è condiviso, nel senso che se lo acquisisce uno, lo acquisiscono anche gli altri. Nella competizione gli individui sono l'uno contro l'altro; nella cooperazione gli individui operano l'uno per l'altro” (Rovera, 2014, p. 5).

L'attuale scarsità delle risorse necessarie alla vita, una non equa distribuzione dei benefici e delle ricompense costituiscono delle condizioni che creano, quasi automaticamente, un clima competitivo.

Non è quindi possibile, quando si parla di competizione e collaborazione, non prendere in considerazione le condizioni soggettive, le condizioni oggettive e quelle di contesto.

“In contrasto con il falso trionfo sugli altri, si ritiene che non si possa raggiungere una realizzazione del Sé, qualora non si raggiunga un'autentica cooperazione” (Rovera, 2014, p. 5).

Senza un'autentica cooperazione, oltre a non essere possibile raggiungere una realizzazione del sé, non è neanche possibile raggiungere una realizzazione sociale.

Un'autentica cooperazione che possa navigare, armoniosamente, tra i tre compiti vitali dell'uomo: amore, amicizia, lavoro.

A riguardo, può essere di chiarimento un bellissimo passaggio tratto da *La felicità Familiare* di Tolstoj:

Ho vissuto molto, e ora credo di aver trovato cosa occorre per essere felici: una vita tranquilla, appartata, in campagna. Con la possibilità di essere utile con le persone che si lasciano aiutare, e che non sono abituate a ricevere. E un lavoro che si spera possa essere di una qualche utilità; e poi riposo, natura, libri, musica, amore per il prossimo. Questa è la mia idea di felicità. E poi, al di sopra tutto, tu per compagna, e dei figli forse. Cosa può desiderare di più il cuore di un uomo? (Tolstoj, 2011, p. 76).

Conclusione

L'uomo, per affrontare il proprio sentimento di inferiorità, si organizza compensatoriamente in sistemi sempre più complessi, che possono dare origine a istituzioni a volte creative, ma a volte anche perverse e distruttive. Queste istituzioni a volte perverse e distruttive sono una modalità di ipercompensazioni, attuata dall'uomo per salvaguardare la propria sopravvivenza.

Nella società della performance le problematiche psicologiche più frequenti sono: Depressione, Sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), Disturbo Borderline di Personalità (BPD) e la Sindrome da Burnout (BD). Quello che manca è il sé. Da padrone lo sta facendo il vuoto identitario e il senso di solitudine anche in compagnia dell'altro.

Questo perché l'uomo, ossessionato dalla propria mèta fittizia, caratterizzata da iper-produttività e performance, lascia fuori la propria vocazione e la narrazione della propria storia.

Oggi stiamo assistendo a una paura generalizzata del dolore. Si evita, in qualsiasi circostanza, di provare dolore. Viviamo in una società della positività, nel quale si tende ad eliminare tutto ciò che è negativo. E se non possiamo più percepire il nostro essere mortali, che significato prenderà la nostra esistenza e l'esistenza dell'intera umanità?

L'unica speranza per l'uomo è riportare la propria esistenza, e la propria performance, verso il lato "utile della vita".

Per questo motivo, trovare il giusto equilibrio tra volontà di potenza e sentimento sociale, è importante per favorire lo sviluppo della personalità dell'individuo, in modo armonico, facendo sorgere in lui, vissuti di solidarietà, all'interno dell'ambiente in cui vive.

Questo senso di solidarietà potrebbe essere positivo per la salvaguardia del pianeta, il benessere psico-fisico dell'individuo e l'inclusione delle generazioni future.

Il tutto, trasformando la competizione in collaborazione.

Bibliografia

Colamedici, A. & Gancitano, M. (2022). *La società della Performance. Come uscire dalla Caverna*. Edizioni Tlon.

Spatola, A. (1997, gennaio-giugno). I diversi volti della volontà di potenza. *Rivista di Psicologia Individuale*, a. XXV, nr. 41, 55-64.

- Han, B.C. (2012). *La società della Stanchezza*. Nottetempo.
- Han, B.C. (2021). *La società senza dolore*. Einaudi.
- Amianto, F. (2018). Social Feeling: a Proposal for a Systematic Articulation in Relation to Neurosciences. *Rivista di Psicologia Individuale*, a. XXV, nr. 41, 69-91.
- Maiullari, F. (2013). *L'inferiorità e la compensazione*. Mimesis.
- Parenti, F. (1981). *Adler dopo Adler. Dispense a cura dell'Istituto Alfred Adler di Milano*, Seconda Edizione.
- Parenti, F. (1983). *La Psicologia Individuale dopo Adler*. Astrolabio.
- Rovera, G.G. (2014). Competizione/Cooperazione. *Rivista di Psicologia Individuale*, n. 75, 5-15.
- Tolstoj, L. (2011). *La felicità familiare* (E. Cadei, trad.). Rizzoli.
- Lancini, M. (2023). *Sii te stesso a modo mio*. Raffaello Cortina.
- Pagani, P.L. (2003). *Piccolo Lessico Adleriano*. Scuola Adleriana di Psicoterapia dell'Istituto Alfred Adler di Milano.
- Lukes, Steven M. (2023). Individualism, politics and philosophy. *Britannica*, <https://www.britannica.com/topic/individualism>

La donna, il mostro e la madre.

Ermafroditismo psichico: studio di un caso clinico

di *Davide Maria Giarratana**

ABSTRACT (ITA)

Il presente elaborato si basa sull'esperienza svolta in un centro clinico e si serve di chiavi interpretative proprie della corrente adleriana (*Individualpsychologie*). Tale orientamento si distanzia dal modello psicoanalitico, rielabora la nozione di inconscio freudiano e propone di contro la teoria dell'“ermafroditismo psichico”. Secondo Adler, infatti, alla base della nevrosi risiederebbero aspetti sessuali caratteristici del sesso opposto a quello del paziente: da tali caratteristiche secondarie scaturirebbe inoltre un forte senso di inferiorità che lo stesso paziente compenserebbe attraverso espressioni di protesta. Per simili ragioni, Adler accosta il concetto di “inferiorità d'organo” a quello di “inferiorità sessuale”.

Parole chiave: complesso di inferiorità, compensazione, protesta virile, ermafroditismo psichico

The woman, the monster and the mother.

Psychic hermaphroditism: a case study

by *Davide Maria Giarratana*

ABSTRACT (ENG)

The present study is based on the experience gained at a clinical center and uses interpretive keys typical of the Adlerian psychology (*Individualpsychologie*). This approach departs from the psychoanalytic model, reworks the concept of the Freudian unconscious, and proposes instead the theory of “psychic hermaphroditism”. According to Adler, indeed, the roots of neurosis lie in sexual aspects characteristic of the opposite sex of the patient: from these secondary characteristics would also arise a strong sense of inferiority that the patient would compensate through expressions of protest. Therefore, Adler associates the concept of “organ inferiority” with that of “sexual inferiority”.

Keywords: inferiority complex, compensation, masculine protest, psychic hermaphroditism

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

“L’opinione che l’uomo ha di se stesso e del mondo esterno è deducibile dal senso che esso trova nella vita e dal senso che dà alla propria vita” (A. Adler)

Introduzione

L’esperienza svolta in un centro clinico, servizio noto nel panorama lombardo, può di certo reputarsi positiva poiché ha visto l’approccio a pazienti molto diversi in termini di età, risorse e narrazioni personali. Sebbene non si nominerà esplicitamente il centro in questione, si sottolinea la possibilità di arricchimento formativo e professionale per tutte le figure coinvolte in équipe.

La struttura è accreditata dal Sistema Sanitario della Regione Lombardia, accoglie minori e adulti e offre loro un servizio sia in forma consultoriale sia in solvenza. È bene precisare come, a seguito della recente pandemia da Covid-19 e delle relative disposizioni sanitarie (limitazione dei contatti ai fini della prevenzione dei contagi), essa abbia risposto alle esigenze di questi ultimi anni erogando il servizio anche da remoto e predisponendo colloqui online. Di conseguenza, l’adeguamento alle contingenze del “periodo Covid” è stato funzionale a fissare singoli appuntamenti o strutturare interi percorsi online. Al momento attuale, la possibilità di colloqui in presenza e da remoto costituisce un’apertura nei confronti dei pazienti maggiormente inclini a una o all’altra modalità, ma ha anche permesso la presa in carico di casi non strettamente circoscritti all’area provinciale.

Nel dettaglio dell’iter consultoriale, la cartella clinica (fascicolo sociosanitario) prevede diverse prestazioni: 2 colloqui di accoglienza, 4 colloqui di consultazione psicologica, 4 colloqui di valutazione psicodiagnostica, 5 colloqui di somministrazione batteria testologica, 10 colloqui di sostegno psicologico e 5 colloqui di re-testing. In linea con le esigenze del paziente, il percorso può estendersi ulteriormente: tale prosecuzione rientra nella prestazione “psicoterapia”, che si articola in 10 colloqui e prevede il pagamento di un ticket o, ancora, l’erogazione in regime di solvenza.

Le suindicate prestazioni possono descriversi come segue:

- *accoglienza*, momento di ingresso del paziente e primo incontro con il professionista (firma del consenso informato e del progetto terapeutico, compilazione di un questionario di valutazione multidimensionale, compilazione della scheda anagrafica e anamnestica);
- *consultazione psicologica*, momento di approfondimento e contestualizzazione dei dati (comprensione della domanda, individuazione di alcuni nuclei “problematici” e relativi aspetti di sofferenza, negoziazione di obiettivi a breve/medio/lungo termine, definizione di modalità di intervento);
- *valutazione psicodiagnostica*, momento di completamento della raccolta anamnestica personale e familiare, comprensione del funzionamento individuale e approfondimento degli aspetti legati alla sofferenza (rimando rispetto al profilo emerso e all’intervento clinico);

- *somministrazione test (e re-test)*, momento di indagine quantitativa e qualitativa volta ad approfondire il funzionamento cognitivo, affettivo e relazionale (batterie testologiche, specifica selezione di inventari, test proiettivi e prove grafiche);
- *sostegno psicologico*, momento di supporto del paziente rispetto a contingenze critiche (in linea con gli obiettivi definiti nel progetto terapeutico, contenimento della sofferenza e valorizzazione delle risorse personali già presenti);
- *psicoterapia*, cura degli aspetti psicopatologici e disfunzionali radicati nel paziente attraverso particolari tecniche (esse dipendono dal bagaglio formativo e dall'orientamento del professionista). Talvolta alcune esigenze prevedono la comunicazione tra il centro clinico e diversi enti territoriali o strutture. Al fine di tutelare il benessere del paziente e riorientarlo nel percorso, come da linee guida, è indicato l'invio a visita medico-psichiatrica, assistenza sociale e servizi altri (specifici per età dell'utenza e/o per tipologia di bisogni individuati).

La scelta rispetto al caso di una paziente donna e al particolare tema dell'ermafroditismo psichico è motivata dall'approccio del professionista a una singolare e significativa storia di sofferenza. L'intento alla base del presente lavoro, infatti, è argomentare quanto osservato all'interno del percorso consultoriale: sebbene le narrazioni di ogni paziente siano assolutamente differenti, uniche e irripetibili, è possibile rintracciare alcune affinità nella prospettiva di alcune donne rivoltesi al servizio. Il disagio condiviso all'interno del setting fa riferimento a diverse aree di funzionamento e, in un'ottica molto più ampia, può considerarsi anche un riflesso di problematiche sociali profondamente radicate nel retaggio fallocentrico occidentale. Come si apprenderà nel corso dell'esposizione, gli elementi simbolici maschili e femminili richiamano i concetti di potenza e contenimento e – per usare un'espressione adleriana – la suggestiva idea dello “scontro tra sessi”. A partire dal fatto che l'identità di genere non è inquadrabile in modo esclusivamente dicotomico e binario, tale divergenza e contrapposizione simbolica richiama più precisamente la dialettica dominante-dominato. A tal proposito, rilevanti apporti e riletture dei fenomeni sociali della nostra epoca, sono stati offerti dalla psicologia individuale comparata: il tema della subalternità di genere, ad esempio, vede un possibile riferimento alle istanze fondamentali individuate da A. Adler e su cui poggia il suo dispositivo terapeutico. Secondo più recenti sviluppi del pensiero adleriano, infatti, tale conflitto simbolico è insito in questioni di genere e chiama in causa sia l'esercizio della volontà di potenza sia l'espressione dell'interesse sociale. Secondo Adler, la risoluzione di tali divergenze può costruirsi a partire dall'atteggiamento cooperativo (mutuo appoggio) e dal perseguimento di obiettivi comuni e utili al vivere umano.

Posto che l'intervento clinico può calibrarsi sulla base di aspetti endogeni ed esogeni, fragilità individuali e contingenze collettive, la sofferenza trova spesso espressione in un senso di

inadeguatezza generalizzato e pervasivo. Il presente scritto si riferisce allo scontro con la maschilità: la percezione di vulnerabilità della donna e delle individualità altre (ossia non-normative per conformità al genere od orientamento), è plausibile che sia alimentata dalla mancanza di riconoscimento sociale, dalla scarsa valorizzazione delle potenzialità personali o da altre forme di prevaricazione e/o abuso che rientrano nella violenza di genere. La condizione femminile risentirebbe di stereotipi socialmente veicolati e delle influenze di matrice patriarcale radicate nel gruppo antropologico di appartenenza. Anche lo stile educativo giocherebbe un ruolo essenziale e, di fatto, le narrazioni di alcune pazienti attingono da modelli appresi in famiglia, riproducono lo scontro simbolico tra maschile e femminile (contrapposizione tra ruoli di genere) e si costellano di eventuali elementi complessuali.

È opportuno, dunque, che i professionisti chiamati in causa nell'ambito dell'istruzione e della salute approfondiscano le suddette tematiche e promuovano modelli educativi e dispositivi clinici che consentano di fronteggiare le impellenze sociali e educative della presente epoca storica.

1. Sigmund Freud

L'elaborato può introdursi a partire da alcune differenze tra l'approccio freudiano (psicoanalisi) e quello adleriano (psicologia individuale comparata). Sebbene le due correnti si rifacciano a contributi evoluzionisti (Darwin, 1859, 1868, 1871; Freud, 1895/1950), le prospettive dei due capostipiti S. Freud e A. Adler presentano significative difformità. La teoria pulsionale e le elaborazioni attorno alla *libido* rappresentano i punti cardinali dell'argomentazione freudiana e, secondo il fondatore della psicoanalisi, quest'ultima costituisce un'energia interiore di natura sia psichica sia sessuale, ed è ritenuta innata e comune a tutti gli esseri umani (Freud, 1921). Secondo tale modello, dunque, la trasformazione umana è determinata dall'investimento energetico e dalle strategie di scarica tensiva che volgono dall'interno verso l'oggetto esterno (Freud, 1899/1900, 1905, 1920).

Nel XIX secolo, alcuni medici europei si interrogano sull'approccio più funzionale rispetto a casi di "deviazione sessuale", stati "malinconici" e "follia", predisponendo dei medicinali anche molto rudimentali (Freud & Breuer, 1893-1895; Freud, 1908/1909; Ellenberger, 1970). All'esiguità o all'eccesso di attività erotica è ricondotta la genesi della ninfomania e dell'isteria, condizioni prettamente femminili per le quali molte tecniche sperimentate fino a quel momento si ritengono poco vantaggiose (possibilmente avulse da fini concretamente terapeutici) (Borch-Jacobsen & Shamdasani, 2006). È necessario riportare una vicenda emblematica: nel 1825 la nota rivista *The Lancet* documenta gli studi del medico tedesco K.F. von Graefe il quale, nell'approcciarsi tre anni prima a un caso di ninfomania, si sarebbe servito della chirurgia. Nei fatti, la rivista descrive il

recupero della *clitoridectomia*, ovvero forma di mutilazione (preesistente e tipica anche di altre culture) che avrebbe limitato la masturbazione femminile. Il successo della pubblicazione è legato alla fascinazione che von Greafe suscita in molti colleghi medici del tempo, i quali ritengono l'asportazione chirurgica elettiva per il trattamento dei suddetti casi clinici (Elchalal et al., 1997; Shorter, 2008).

Attive nella seconda metà dell'Ottocento e anche agli inizi del nuovo secolo, delle élite viennesi si interessano a tematiche impopolari *illo tempore* reputate indecorose e motivo di “scandalo pubblico”. Infatti, ancor prima di molte pubblicazioni freudiane, medici, accademici e personaggi di rilievo della comunità scientifica si riuniscono nei circoli culturali austriaci per discutere dei disturbi mentali e del comportamento sessuale (Ellenberger, 1970). Se l'“anno zero” della psicoanalisi coincide convenzionalmente con lo scritto *L'interpretazione dei sogni*, pubblicazioni antecedenti si fondano su aspetti analoghi ma diversamente sistematizzati (Freud, 1899/1900). Ad esempio, tra le opere più significative si ricorda *Patologia sessuale* di R. von Krafft-Ebing (1886): docente universitario di origini aristocratiche, potrebbe essere uno degli ispiratori del costrutto freudiano poiché fa riferimento alle modalità espressive della pulsione e alla descrizione dei comportamenti sessuali patologici.

Favoriti dal clima culturale di Vienna, ambiente certamente più prolifico di altre città europee, gli studi psicoanalitici hanno messo in luce l'essenza quasi-animalesca della mente umana, contribuendo a infrangere il tabù della sessualità e riservando nuovi significati a ciò che la società dell'epoca reputava “orrido” e “riprovevole”. Per proporre un esempio concreto, Freud (1913) rintraccia alcune fantasie latenti e inesprese che hanno come oggetto l'incesto, l'omicidio e il cannibalismo. Se, da un lato, i suoi scritti pongono uno sguardo analitico rispetto a desideri e spinte primitive socialmente repressi, dall'altro, a partire dall'impianto teorico originario si declina un modello prettamente fallocentrico. In linea con il retaggio patriarcale tipico del XIX e del XX secolo, il femminile è progressivamente associato alla “mostruosità” e i medici del tempo non smettono di interrogarsi sulle possibilità correttive dei comportamenti reputati patologici o eticamente deprecabili (Ellenberger, 1970; Borch-Jacobsen et al., 2005; Borch-Jacobsen & Shamdasani, 2006). L'opera-simbolo di preconcetti molto diffusi – ma chiaramente infondati dal punto di vista scientifico – è denominata *L'inferiorità mentale della donna* ed è attribuita P.J. Moebius (1901): di fatto, come suggerisce il titolo stesso della pubblicazione, questi è un medico noto in Austria tanto per i suoi studi sulla nevrosi quanto per le posizioni misogine. Alcuni anni più tardi, tra le pubblicazioni psicoanalitiche titola *Disturbi della vita istintuale e affettiva* nella quale W. Stekel (1912-1928), figura prossima a Freud, propone tematiche quali l'onanismo, l'omosessualità e la “freddezza” sessuale nelle donne. Il filo conduttore di molte opere sulla sessualità femminile è

rappresentato dal fatto che la donna sia presunta immorale, priva di controllo su se stessa e con caratteristiche potenzialmente destabilizzanti per il comune vivere (Stekel, 1920).

A seguito di una prima elaborazione teorica del tipo conscio-preconscio-inconscio, Freud (1920) costruisce un modello di mente umana che rimanda alle istanze di Id (*principio di piacere*, scarica immediata), Ego (*principio di realtà*, mediazione) e Super-Ego (etica, censura). A partire dalla differenziazione tra i rispettivi funzionamenti delle istanze psichiche, il paradigma evolutivo concerne dunque diverse possibilità di scarica libidica e fruizione del piacere (Ferro, 1999). Le fasi dello sviluppo definite da Freud (1905) prevedono lo spostamento o la fissazione dell'energia psicosessuale su diverse aree erogene del corpo: fasi orale, anale, fallico-edipica, di latenza (inattività della libido) e genitale. Freud (1924) rivolge particolare attenzione alla suddetta fase fallica e descrive alcune dinamiche inconscie scaturite dall'intensità edipica. Secondo l'ottica psicoanalitica, di fatto, diverse pulsioni convergono in un nucleo associativo che acquista la denominazione di *complesso*: lo sviluppo individuale è caratterizzato da dinamiche conflittuali connesse, per l'appunto, al complesso di Edipo (♂) o di Elettra (♀). La vicenda edipica scaturisce da particolari desideri di incesto e omicidio che si rivelano scarsamente compatibili con il funzionamento dell'Io cosciente e che sono soggette a rimozione: da un lato, emerge la fantasia di unione incestuosa con il genitore del sesso opposto mentre, dall'altro, si presume una fantasia distruttiva avente come oggetto il genitore dello stesso sesso. Sebbene i termini di risoluzione della dinamica edipica siano dettati da affinità e differenze (sessuali) nei confronti alla figura adulta, lo sviluppo psichico fa anche riferimento alle elaborazioni inconscie rispetto all'oggetto fallico (Freud, 1905, 1924).

Posto che la subalternità del femminile è inquadrata da alcuni studiosi del tempo in termini di disposizione naturale, anche il modello dello sviluppo psicosessuale è prossimo a tale visione e favorisce arbitrariamente la prospettiva maschile. In altri termini, Freud ipotizza un'incompletezza naturale di base che riassume nel lemma *castrazione*: in linea con il fatto che per questioni meramente morfologiche la cavità uterina è visibile e accessibile solo indirettamente, a partire dalla supposta "menomazione" si radicherebbe l'*invidia del pene*, stato/sentimento inconscio che Freud rimanda alla strutturazione psichica del femminile. Il presunto "deficit" psicobiologico da cui deriverebbe il processo di identificazione e che accomunerebbe l'infante di sesso femminile e la madre, di fatto, è paradigma della matrice fallocentrica del pensiero psicoanalitico originario (Freud & Breuer, 1893-1895; Freud, 1905; Ferro, 1999).

L'utilizzo del termine "isteria" attiene, non a caso, a una condizione propriamente "uterina" e chiama in causa peculiari espressioni sintomatologiche. L'insorgenza di fenomeni nervosi (irrigidimento, tremore, paralisi, ...), sincopi e difficoltà nell'espressione verbale è spesso ricondotta all'influenza di contenuti psichici latenti (ipotesi di emersione, *ritorno del rimosso*) e, nel caso delle giovani donne, all'impossibilità di esprimere specifiche necessità sessuali. In un'ottica chiaramente

deterministica, la psicoanalisi prevede un approccio interpretativo nei riguardi dell'esperienza pregressa: Freud (1899/1900; Freud & Breuer, 1893-1895) sostiene di poter indagare il significato simbolico dei comportamenti osservati nelle giovani pazienti e, in seguito alla sperimentazione delle tecniche ipnotiche, struttura un dispositivo terapeutico che include la libera associazione e l'interpretazione dei sogni. Ambedue costituiscono delle vie preferenziali per superare l'autocensura, accedere al profondo e individuare eventuali bisogni (psicosessuali) non appagati (e rimossi perché coscientemente inaccettabili). Secondo il medico austriaco, l'intervento di fattori esterni ricopre un ruolo essenziale nell'inibizione individuale: considerate le forti pressioni sociali cui sono sottoposte le donne dell'epoca, nel momento in cui la sessualità trova modalità espressive più funzionali (*sublimazione*) i suddetti sintomi diverrebbero arginabili (Freud, 1901/1905, 1908/1909). Sebbene le difficoltà delle pazienti, apparentemente, sembrassero ridursi in corrispondenza dell'appagamento sessuale, la posizione di Freud rispetto all'autoerotismo appare fortemente controversa. Se, da un lato, la masturbazione maschile è ritenuta una forma di esaltazione di sé (*narcisismo*), dall'altro, le pratiche vaginali e soprattutto clitoridee sono ricondotte alla *perversione* (Ellenberger, 1970; Kernberg, 1992; Borch-Jacobsen & Shamdasani, 2006).

2. Alfred Adler

In linea teorica adleriana (1912, 1931), la condizione psicobiologica dell'essere umano è definita ambivalente e, in maniera più specifica, il movimento psichico umano prenderebbe le mosse dalla dialettica maschile-femminile e dall'ambizione a posizioni di dominio rispetto all'ambiente naturale e sociale. In quanto ex-allievo di Freud, Adler (1908) si riferisce al concetto di pulsione conferendovi altra valenza. Differentemente dalla prospettiva psicoanalitica, di fatto, la pulsione è determinata dagli squilibri alla base dell'apparato psichico e da essa consegue il dinamismo evolutivo della mente umana. La teoria adleriana (1910a-b) fa riferimento a Ermafrodito, personaggio nato dalle divinità classiche Ermete e Afrodite, e l'androginismo (o *ermafroditismo psichico*) rappresenta idealmente la condensazione di elementi maschili e femminili. La condizione congenita di bizzarria e instabilità, esemplificata nell'ermafrodito stesso, spronerebbe l'individuo alla costruzione dell'impalcatura psichica, al modellamento della sua personalità e al conseguimento di importanti competenze adattive (Adler, 1931).

Come anticipato, sebbene il modello individualpsicologico e quello psicoanalitico trovino affinità nelle pubblicazioni darwiniane (1859, 1868, 1971), le rispettive nozioni di inconscio presentano chiare differenze. La psicologia individuale origina dalla confutazione del modello topico Id/Ego/Super-Ego e, a differenza di Freud, la teoria di Adler (1912) acquista una connotazione psicosomatica e affettivo-relazionale. Secondo tale orientamento la soggettività scaturisce dalla

risoluzione dell'ambiguità androgina prenatale: l'ipotesi è che al livello embrionale sia presente una fase di mescolamento o sovrapposizione tra carattere maschile e femminile. Se in fase di gestazione, di fatto, il nascituro vivrebbe una condizione di indifferenziazione sessuale determinante per lo sviluppo mentale, in seguito al concepimento si osserverebbe una progressiva separazione dall'elemento materno (Adler, 1910a-b, 1912, 1931). Nell'ottica individualpsicologica le interazioni primarie postnatali giocano un ruolo centrale nel processo di differenziazione tra Sé e non-Sé e nell'apertura al mondo socio-relazionale. Da un lato, la figura materna richiama lo stato fusionale intrauterino mentre, dall'altro, quella paterna (o generalmente del *terzo relazionale*) rappresenta un nuovo polo affettivo che concorre alle dinamiche di socializzazione, separazione e individuazione (Ferrigno, 2004).

Molti autori come O. Rank (1924) e C. Jung (1934, 1936, 1964), in origine collaboratori di Freud, teorizzano la compresenza originaria di elementi sessuali opposti ponendo l'accento l'uno sull'intervento arcaico da parte della figura paterna e l'altro sul rapporto *animus-anima*. Tali apporti convergono nella posizione di Adler (1910a-b), secondo la quale l'apertura al terzo relazionale porrebbe le condizioni ideali al superamento della dipendenza infantile, alla costruzione identitaria e allo slancio verso l'affermazione di sé. A differenza di Freud e Jung che, al fine di spiegare la mente umana, rintracciano nella letteratura classica e nella mitologia importanti allegorie o metafore, Adler (1910a-b) attribuisce al mito pretto valore sociale e definisce l'inconscio ermafroditico come sintesi maschile-femminile. Secondo questi, da un lato, le reminiscenze infantili (o *primi ricordi*) forniscono preziosi indizi su come il paziente rappresenti se stesso e il mondo mentre, dall'altro, l'ermafroditismo psichico comporta l'adozione di espedienti cognitivi (cioè *finzioni*) che sostengono la stima di sé e, in maniera più o meno funzionale, conferiscono integrità al soggetto. Adler ritiene che all'interno del dispositivo clinico sia possibile l'insight rispetto al proprio *stile di vita*¹ e l'oggettivazione delle costruzioni personali patogene: all'interno della relazione terapeutica maschile e femminile possono giungere a nuova integrazione e strutturazione (Ansbacher & Ansbacher, 1956; Shulman & Mosak, 1988). Per tali ragioni, diversamente dalla psicoanalisi più ortodossa, il simbolismo legato al materno e al paterno si discosta dalle fantasie sessuali della vicenda edipica e, di contro, si declina nella funzione intratensiva ed extratensiva. Chiaramente, il discorso adleriano sulle figure primarie confuta la prospettiva fallocentrica di Freud

¹ Costrutto analogo a quello di personalità, che si basa sulle specifiche nozioni di sé stessi e del mondo e in funzione del quale le condotte individuali trovano orientamento (Shulman & Mosak, 1988).

e prende le distanze dalla visione subalterna della donna rispetto all'uomo, idea sedimentata negli ambienti medici dell'epoca (Adler, 1910a-b; De Gionigi & Cattich, 1998).²

È opportuno un parallelismo tra l'ipotesi adleriana e le ricostruzioni condotte da J.J. Bachofen (1861) in materia di *ginevocrasia*, secondo cui l'impianto matriarcale (eterismo, amazzonismo, matrilineaggio) presente ai primordi dell'essere umano e corroborato nel tempo da istanze sociali e religiose sarebbe stato soppiantato dal "culto del fallo". A differenza dell'uomo, la donna è associata alla fertilità e alla generazione della vita e, in linea con gli studi di Bachofen (1861), assurge a elemento arcaico di venerazione e di ordine sociale: l'inquadramento della madre come contenitore psicobiologico originario porta implicitamente in sé la dipendenza del nascituro ai fini della sopravvivenza. Assunto che la dialettica maschile-femminile è parte dell'evoluzione umana e che alla decadenza del "diritto materno" fa storicamente seguito l'ordine patriarcale, Adler introduce l'idea della *protesta virile*. (Adler, 1910a-b, 1912; Liggeri Ferbelli, 2007). Al fine di comprendere tale concetto, è opportuna una breve digressione su altri aspetti teorici.

Quattro costrutti individualpsicologici (ossia *simbolici funzionali*) sono essenzialmente raggruppabili come segue: in primo luogo, possono introdursi le nozioni di *senso di inferiorità* e *compensazione* e, successivamente, quelle di *volontà di potenza* e *sentimento sociale*. In una condizione pressoché ideale, l'intensità di ogni forza (o istanza) intrapsichica fondamentale non dovrebbe né incrementare né decrescere in maniera esagerata e le differenti forme di sbilanciamento, dunque, assumono un preciso significato clinico (Adler, 1924; Parenti, 1983). Procedendo in maniera ordinata, l'argomentazione adleriana considera che l'essere umano sperimenta sgradevolezza dinnanzi alle condizioni di vulnerabilità, precarietà e svantaggio (Adler 1927, 1931). Nella relazione clinica, particolari commenti da parte del paziente sono utili alla valutazione del suo senso di inferiorità, che potrebbe evincersi a partire da autosvalutazioni del tipo: "Mi sento meno attraente/capace/intelligente/competente degli altri". Di contro, prettamente umana è la capacità di compensare tale senso di inferiorità tramite il potenziamento di abilità latenti o lo sviluppo di nuove competenze. Infatti, Adler (1927, 1931) sostiene che alcune forme compensatorie si orientino su capacità utili all'adattamento e che esse, pertanto, comportino un esito vantaggioso sul piano individuale e collettivo. Al contrario, altre forme di compensazione chiamano in causa espedienti non costruttivi tanto che, secondo Adler (1927, 1931), esse vertono sulla futilità e sull'infantilismo, risultando disfunzionali o scarsamente adattive. In linea con storie cliniche di

² Nonostante si dimostri avanguardistica rispetto ad altre linee teoriche dell'epoca, la visione di Adler rispetto agli orientamenti sessuali non etero-normativi può reputarsi limitata e obsoleta. Questi giunge a definire il "problema dell'omosessualità" (1930) e, pertanto, le posizioni espresse nella sua opera sono oggi chiaramente criticabili.

frequenti insuccessi e particolare svalutazione, al prevalere delle sensazioni di inadeguatezza si associa l'insorgenza del *complesso di inferiorità*, che limita a sua volta le possibilità di contrastare le insicurezze personali e determina dei rallentamenti evolutivi (Ansbacher & Ansbacher, 1956).

Lo studio dei costrutti individualpsicologici conduce inevitabilmente al parallelismo con la volontà di potenza della filosofia nietzschiana e l'ideale etico di quella kantiana (Ansbacher & Ansbacher, 1956). La volontà di potenza e il sentimento sociale possono rispettivamente accostarsi al dominio dell'ambiente esterno e all'interesse per la collettività (Adler, 1933). Coerentemente al fine ultimo della sopravvivenza umana e al passaggio da uno status di inferiorità a uno di superiorità, l'atto di volontà acquista direzione affermativa mentre il sentimento sociale assume un connotato di partecipazione e reciprocità. Tale nozione presenta delle affinità anche con il *sentimento comunitario*, che si basa sul concetto di inclusione e sul riconoscimento nei comuni bisogni umani (Orgler, 1956). Nel discorso di Adler (1927, 1931) è evidente che, anche in questo caso, le forze psichiche in questione devono idealmente controbilanciarsi poiché, ad esempio, un esubero in termini di volontà di potenza potrebbe associarsi a personalità grandiose e predatorie (o, in generale, a comportamenti distruttivi). Analogamente a quanto precedentemente esposto, le stesse narrazioni del paziente guidano l'analisi del rapporto tra volontà di potenza e interesse sociale e, a tal proposito, risultano paradigmatiche considerazioni del genere: "Mi sento di gran lunga più attraente/capace/intelligente/competente degli altri". La condizione diametralmente opposta, in cui la volontà di potenza è significativamente esigua, sottende un giudizio negativo rispetto a sé e alle proprie capacità: tale insufficienza, infatti, si associa a storie cliniche di pazienti che ricercano conferme all'esterno o che dipendono fortemente dall'approvazione altrui (Adler, 1927, 1931). La psicologia adleriana, pertanto, ambisce alla valorizzazione di un sentimento cooperativo piuttosto che competitivo e mira a una maggiore apertura ai bisogni collettivi. In linea con un impianto teleologico che prevede l'incoraggiamento e l'accompagnamento del paziente verso una nuova progettualità, assume grande rilievo la promozione di attività vitali costruttive (*amore, amicizia, lavoro*) (Adler, 1931, 1933; Dinkmeyer, & Dreikurs, 1963; Ferrero, 2009).

Adler (1912, 1929, 1930a-b) osserva come l'azione svalutante da parte di agenti esterni determini una reazione soggettiva di *protesta*. Ad esempio, tale situazione si osserva durante il periodo adolescenziale, fase di vita che per eccellenza si lega alla crescita narcisistica, allo slancio autoaffermativo volto all'autonomia e al potere, nonché alla distanza dall'intenzionamento familiare. Considerato che l'associazione alla puerilità e al mondo infantile è motivo di svalutazione, ogni adolescente utilizza le risorse a disposizione per modificare l'ambiente sociale e affermare la propria identità. Nonostante non abbia contezza della complessità sociale, l'adolescente tende ad equipararsi al genitore e concepisce generalmente le figure adulte come minacce all'indipendenza personale. Considerata la minore competenza da parte dell'adolescente, i

limiti posti dall'adulto sono intesi in termini di divieto piuttosto che di indicazioni necessarie ad approcciarsi adeguatamente ai contesti di vita (Adler, 1927, 1929, 1930a-b). In maniera analoga, Adler (1908) propone un'interpretazione dialettico-relazionale della società contemporanea e associa alla spinta rivendicativa di sé (comportamenti sintomatologici) la condizione coercitiva e repressiva a cui molte giovani donne dell'epoca sono sottoposte. Per tali ragioni, nella lettura dell'opera adleriana è implicito un progetto politico e sociale avente come prospettiva ideale la *cooperazione tra i sessi* e la solidarietà umana (Adler, 1982). L'astrusità o, per meglio dire, la sfida del percorso di terapia consiste nella ricomposizione di elementi scissi e nell'integrazione degli attributi propri o altrui. Per tali ragioni, è essenziale la contezza del paziente di risorse e fragilità soggettive che, secondo Adler (1924, 1982), assurgono a giustapposizioni descrittive del medesimo individuo. Tramite la promozione di un atteggiamento empatico, all'interno del dispositivo clinico è possibile perseguire l'obiettivo della metacognizione e della mentalizzazione (Adler, 1924; Ferrigno, 2004). Non a caso, la psicologia individuale descrive la condizione del paziente nevrotico³ in termini di disadattamento a causa del mancato sviluppo del sentimento sociale: spinto dalla volontà di potenza, infatti, questi tenderebbe a imporre i propri bisogni all'esterno attraverso azioni manipolatorie o, talvolta, tramite modalità aggressive. Lontana da un comune ideale di etica collettiva, l'azione di protesta avrebbe in sé l'intento di rovesciare una condizione di potere e ripristinare il vantaggio personale (Adler, 1912; Liggeri Ferbelli, 2007). La cura della narrazione condivisa all'interno del setting implica l'oggettivazione delle costruzioni rappresentazionali e delle modalità psicoaffettive del paziente e, di conseguenza, prevede la confutazione delle teorie (erronee) su se stessi e sul mondo sociale (Shulman & Mosak, 1988; Dreikurs, 1953). In linea con l'analisi del seguente caso clinico, infine, il metodo adleriano si fonda sulla disamina di: *costellazione familiare e fratria, primi ricordi infantili, stile di vita* (Adler, 1924; Parenti, 1983).

3. La signora X.

A seguito di un primo contatto telefonico si fissa colloquio di accoglienza. Inviata dalla sorella, la paziente palesa il bisogno di trovare uno spazio di ascolto e sostiene di essere interessata a un percorso in formula consultoriale. Motiva tale richiesta alludendo a risorse economiche limitate: a sua detta, la condizione personale già "precaria" nell'ultimo periodo avrebbe visto dei peggioramenti e riconoscerebbe quindi la necessità di un supporto. La paziente ha 43 anni, afferma di non avere figli e di vivere da sola. Riferisce precedente attivazione dei servizi sociali: disoccupata

³ La psicologia adleriana (1912, 1924) fa riferimento alla nevrosi: ansiosa, ossessiva, fobica, depressiva, da stress e di somatizzazione.

al momento della presa in carico, sostiene di essere alla ricerca del lavoro. Dichiara livello di scolarizzazione media. Esibisce certificazione di invalidità e referti neurologici prodotti presso servizio pubblico che fanno menzione di accertamenti in età infantile per disabilità intellettiva (docente di sostegno fino alla scuola media), “mioclonie di addormentamento”, “esordio post-traumatico” (trauma cranico a 9 anni, perdita di coscienza), “cefalea” e “crisi emicraniche con fotofobia”. Si apprende di una precedente valutazione: “abilità di ragionamento analogico-deduttivo e di astrazione al di sotto della media” (SPM), “livello intellettivo borderline” (WAIS-R) e “disturbo istrionico di personalità” (MCMI-III).

La stessa rievoca episodi di lutti e perdite affettive risalenti all’età di 18-19 anni. Stando alla sua narrazione, entrambi i genitori sarebbero stati titolari di azienda e sarebbero deceduti a causa di un tumore del seno, nel caso della madre, e di un aneurisma, nel caso del padre. Riferisce di un’unica sorella maggiore di 47 anni. Dopo la morte dei genitori e a seguito della perdita di alcune proprietà (possibilmente immobili), il fidanzato della sorella si sarebbe fatto carico di lei e, a suo dire, l’avrebbe supportata. Si ricostruisce una storia coniugale con problematiche legate ai debiti di gioco del marito (presunta ludopatia) e culminata nel divorzio: a detta della paziente, a quel tempo sarebbe stata la sola a possedere un’occupazione e riferisce trascorso da operaia e lavapiatti. La stessa enumera quattro convivenze e riporta diverse storie di partner relazionali “anche violenti”, consumatori di sostanze e/o bevande alcoliche.

Costellazione familiare

- Madre (deceduta a 47 anni, imprenditrice): “Sulle sue. Se le schiacciavi i piedi te ne faceva pentire, dura di polso e comandina... a mio padre non conveniva discutere con mia madre e, se lui sbagliava, glie la faceva pagare... non li ho mai visti litigare”.
- Padre (deceduto a 48 anni, imprenditore): “Bonaccione, rideva e scherzava... prendeva la vita sul ridere ma era anche serio, di polso con le figlie e alle volte nervoso”.
- Sorella (47 anni, impiegata): “Un po’ come mia mamma, non dà confidenza alle altre persone e se le faccio conoscere un’amica lei non vuole averci nulla a che fare”.
- Se stessa: “Sono come mio padre, prendo la vita alla leggera, vivo e lascio vivere”.

La paziente include spontaneamente anche il cognato (48 anni, impiegato): “Ci vogliamo bene, mi ha cresciuto lui quando sono morti i miei, lui e mia sorella. Direi un riferimento per me”.

Riferisce di due gravidanze precedenti, letteralmente “due bambini persi” prima che nascessero lei e la sorella. Inoltre, si approfondiscono i seguenti dati:

- nonna materna (casalinga, deceduta all’età di 84 anni per presunta cardiopatia), riferisce rapporto accidentato e atteggiamento viziante;

- nonna paterna (casalinga, deceduta recentemente all'età di 91 anni a causa di un presunto tumore e altre condizioni legate alla senescenza), riferisce atteggiamento più critico o giudicante possibilmente legato a un pensiero tradizionalista;
- nonno materno (a suo dire, mai conosciuto, deceduto diversi anni prima della nascita della paziente), possibile esiguità di informazioni da parte della madre;
- nonno paterno (muratore, deceduto all'età di 80 anni, infortunio e successiva ospedalizzazione), riferisce storia oncologica e diverse operazioni chirurgiche, e descrive rapporti conflittuali tra questi e la nonna.

Primi ricordi⁴

- (6 anni) “Ricordo di aver avuto una bella infanzia... Mi ricordo di quando ho picchiato la testa, ho avuto un trauma cranico credo, ero in ospedale, ho aperto gli occhi e ho visto mio padre e gli ho chiesto ‘Ma devo andare a scuola?’. Poi... non so”. **Parte più vivida:** volto del padre. **Emozione:** indefinita, “preoccupata”, “confusa”.
- (12 anni) “Ricordo di essere andata a Parigi per una settimana, stavo più in viaggio che a casa praticamente... Ricordo il giorno in cui con i miei genitori siamo andati sotto la Torre Eiffel e al Louvre, ricordo i quadri, e mi sentivo bene, benissimo... Era meglio se tornavo agli anni '90, non avevo tutte queste problematiche e questi pensieri, mi divertivo e basta. Ero nel mio mondo di favola, mi manca quello”. **Parte più vivida:** quadri. **Emozione:** positiva.
- (12 anni) “Eravamo in montagna, in viaggio, ricordo che mia mamma aveva il mal di denti e ha bevuto una bottiglia di grappa al mirtillo per il dolore. Mio padre lo stesso giorno ha preso il latte in cascina per fare colazione. Ho questo ricordo bellissimo, e mi manca tutto ciò, prendere e andare in montagna a sciare e fare le vacanze al mare. Mi mancano loro e sono ricordi vivi, nonostante siano passati trent'anni. Mia sorella invece è diversa, mi dice infatti ‘Eh, ancora piangi per questo?’, ma lei non si ricorda niente”. **Parte più vivida:** bottiglia, latte. **Emozione:** indefinita.
- (9-10 anni) “Alle elementari, in quinta credo, mi ero addormentata in classe e ricordo che la maestra per svegliarmi ha chiamato mia sorella che stava in un'altra classe e che mi ha svegliata dandomi uno spintone. La maestra alla fine le ha detto ‘Ehi, con più delicatezza!’ e ricordo infatti che mi aveva svegliata con energia”. **Parte più vivida:** banco di scuola, maestra. **Emozione:** indefinita, “fastidio”.
- (6-7 anni) “Mi sono alzata una mattina, alle 7:00, e ho urlato ‘Buongiorno!’ dalla finestra. Dall'altra parte ci stavano i miei nonni (paterni) e mia nonna che mi ha detto ‘Torna a letto!’ e mi ha portato la colazione a letto”. **Parte più vivida:** nonna, colazione. **Emozione:** positiva.

⁴ La paziente non riporta ricordi antecedenti ai 5-6 anni.

- (5-6 anni) “Ricordo una litigata da bambina con l'altra nonna (materna). Quella volta mia madre doveva andare a lavorare e mia nonna ha chiuso la porta. Io non potevo uscire e mi sono buttata a terra e ho tirato calci alla porta. In quel momento volevo stare con la mamma che andava in ditta. Mi manca lavorare assieme a lei”. **Parte più vivida:** nonna, porta. **Emozione:** indefinita.

Chiarificazioni

- Sorella: “Con lei siamo come cane e gatto e anche ora ci vogliamo bene, ma non la pensiamo allo stesso modo riguardo a uomini e lavoro. Lei spesso mi dice anche ‘tieniti le cose per te’, ma io invece sono come papà, quello che penso dico. Anche le mie amiche dicono che io e lei siamo come sole e luna”, “È una principessina, messa lì sul piedistallo... crede di sapere tutto, ha avuto sempre tutto... mentre io sono un disastro continuo, lei ha avuto sempre successo nella vita”.
- Nonna materna (casalinga, deceduta all'età di 84 anni, per presunta cardiopatia): riferisce rapporto accidentato e atteggiamento viziante. “Dolce a suo modo. Ci ha cresciute, ci preparava le torte ed eravamo molto attaccate a lei”.
- Nonna paterna (casalinga, deceduta recentemente all'età di 91 anni a causa di un presunto tumore della lingua e altre condizioni legate alla senescenza): “Non andavamo sempre d'accordo, anche se ci ha viziate, ed era difficile per le sue idee. Tra uomo e donna il rispetto era tutto e non doveva esserci nessuna parolaccia. Se mi sentiva dire che mandavo a quel paese il moroso le dava fastidio”.
- Nonno materno: mai conosciuto, deceduto diversi anni prima della nascita della paziente, riferisce di aver ricevuto poche informazioni da parte della madre.
- Nonno paterno (muratore, deceduto all'età di 80 anni a seguito di infortunio e successiva ospedalizzazione): “Molto dolce, ci ha cresciute. Aveva lo stesso carattere mio”. Riferisce storia oncologica e operazione alle corde vocali. Descrive rapporti conflittuali tra questi e la nonna: “Non poteva parlare bene e diventava rosso durante i battibecchi”.

Progressi di infortuni o malattie durante l'infanzia e la gioventù

“Alle scuole medie mi hanno tirato sotto con la macchina, mentre a 8 anni ho preso la malaria in uno dei viaggi all'estero che facevamo”.

Rivalità tra sorelle

“Era un litigio continuo. Lei era sempre più viziate e c'era grande rivalità. Per la cresima i miei le hanno regalato i fiori e il cane e a me no. A 18 anni le hanno regalato la macchina mentre io non ho mai preso la patente. A differenza di mia sorella, che studiava e oggi si è laureata e ha due figli, io ero la pecora nera. Lei studiava e ha fatto danza moderna e poi noi andavamo ai suoi saggi,

mentre io non ho mai voluto studiare, sono uscita infatti con la terza media e sono subito andata a lavorare con mia madre.”

“Il mondo è un disastro, è problematico... io sono una donna sincera, che quello che pensa dice... e quindi io cerco di risolvere i miei problemi anziché occuparmi del mondo”.

Difficoltà e nuclei problematici

Durante il percorso clinico la paziente mostra difficoltà di oggettivazione e insight in riferimento al significato di alcuni eventi interni ed esterni, nonché di pensieri, stati emotivi e intenti altrui.

Dall'analisi della costellazione familiare emerge un modello materno legato a posizioni di potere e “comando” e, di contro, uno maschile subalterno. Il rapporto uomo-donna è inquadrato dalla paziente nei termini cavallereschi di corteggiamento. Si ipotizza uno stile educativo viziante impartito da genitori e nonni i quali, durante l'infanzia e la prima adolescenza della paziente, garantivano svaghi e viaggi.

Dall'analisi delle dinamiche di fratria emerge una forte rivalità e la percezione di particolari attenzioni che, a detta della paziente, le figure genitoriali avrebbero rivolto all'altra sorella. Si individuano dunque sentimenti ambivalenti nei riguardi della sorella e svalutazioni personali che scaturiscono dal raffronto tra i rispettivi successi scolastici, professionali e di vita. Sebbene la paziente riferisca di vivere a casa da sola e di tenere quanto più possibile alla sua indipendenza personale, i colloqui avvalorano l'ipotesi fusionale nei riguardi del cognato e della sorella la quale, stando a quanto riferito, si sarebbe fatta carico della gestione della vita della paziente. Per quanto concerne il funzionamento lavorativo, la stessa riporta fatica nel ricercare un'occupazione e mantenerne l'impegno: a tal proposito, è plausibile che la condizione di difficoltà diagnosticata divenga espediente per giustificare insuccessi e incapacità personali o per contenere i sentimenti di inferiorità, inadeguatezza e insufficienza.

Unitamente a una condizione emozionale confusa, si individuano modalità di interazione aride, disfunzionali e potenzialmente distruttive. Sulla base di quanto descritto dalla paziente, si ipotizzano difficoltà inerenti al funzionamento socio-relazionale con polarizzazione e fissità ideativa rispetto alle figure maschili. Piuttosto che in occasioni di interazione “reale” e non virtuale, la paziente riferisce di intraprendere contatti con diversi partner a mezzo chat o social network. Descrive quali oggetto di attrazione figure maschili che appaiono fisicamente prestanti, che ricoprono ruoli professionali di autorità o che godono di ampia disponibilità economica. Dunque, si desume una strumentalizzazione del comportamento sessuale e la riproduzione della logica relativa al divenire oggetto di “corteggiamento”: in linea sia con la narrazione della paziente sia con la pregressa diagnosi, si individuano possibili dinamiche di depauperazione simbolica del potere maschile o di ricerca di stabilità, sicurezza e vantaggio.

Approfondimento psicodiagnostico

Posto che le precedenti valutazioni risalgono a diversi anni prima della presa in carico, si provvede alla somministrazione di MCMI-III (Millon et al., 1997) al fine di una rivalutazione: i dati ottenuti sono coerenti con la documentazione esibita e sembrerebbero confermare il quadro di “patologia diffusa/disturbo di personalità istrionica”. Inoltre, il quadro presenta tratti di personalità narcisistica (pattern personalità clinica, 4**5*).

Nel corso dell’iter consultoriale emerge il bisogno di contenimento di aspetti emotivi negativi ed elaborazione di vissuti legati alla famiglia, al lavoro e alle relazioni. Sebbene riesca a collocare gli eventi salienti della sua narrazione nello spazio e nel tempo, fatica a definire i suoi stati interni. Sebbene la paziente si interroghi sugli stati emotivi altrui e (specie nel caso di amicizie e partner relazionali), stenta a decodificarne le intenzioni, le motivazioni e gli stati emotivi. Se posta nella condizione di riflettere sui suoi aspetti interni e sui correlati fisici/biologici dell’attivazione emotiva, la paziente riporta stati indifferenziati e pervasivi che alle volte qualifica generalmente come “tranquillità” o “nervosismo”. Considerato che la narrazione comprende reazioni poco controllate di fronte a dinamiche interazionali ricorrenti, si indaga un possibile quadro Alessitimico. Tale condizione si suppone possa essere coerente con la diagnosi di disturbo di personalità e, pertanto, si somministra TAS-20 (*Toronto Alexithymia Scale*, Parker et al., 1993). Si registra un punteggio totale di 47 (*Difficoltà di identificare sentimenti* 11; *Difficoltà di descrivere sentimenti* 5; *Pensiero orientato verso l'esterno* 31). Dallo scoring emerge pertanto valore sottosoglia (<50).

Emersa la difficoltà nell’espressione di sé (in linea con la diagnosi pregressa della paziente), si utilizzano i reattivi grafici quali disegno dell’albero (Koch, 1949) e disegno della figura umana (Machover, 1949) per superare condizioni di stasi e impasse. Essi sono selezionati al fine introdurre tematiche riguardanti il Sé (attribuzioni interne, vissuto interiore, comportamento esternalizzato, aspetti corporei, ...) e utilizzati in veste di strumento relazionale prendendo le mosse dagli elementi caratteristici delle realizzazioni grafiche.

Il disegno dell’albero (Koch, 1949) occupa una posizione centrale all’interno del foglio (in alto) con leggero orientamento a sinistra (ipotesi: riferimento alla dimensione ideativa e/o al materno). Si osservano: chioma sferica (ipotesi: chiusura, vuoto, neutralità); rami a tratto unico (ipotesi: regressione, irrequietezza); fusto a doppio tratto e con base allargata (ipotesi: tendenza al concreto); radici a tratto unico con collocazione confusiva (ipotesi: regressione). Non si osservano annerimenti, nodi o altri dettagli all’interno del fusto e non è presente la linea di terra.

Per quanto concerne il disegno della figura umana (Machover, 1949), la stessa produce due disegni, ovvero una prima figura umana femminile (a cui attribuisce il nome della madre, 47 anni) e una seconda maschile (che chiama come il padre, 48 anni). I volti delle figure presentano occhi, naso,

bocca e orecchie e, inoltre, si osservano dettagli riconducibili alla caratterizzazione femminile/maschile (acconciatura femminile; baffi e taglio di capelli maschile). Entrambi i disegni occupano una posizione centrale all'interno del foglio con lieve orientamento a sinistra (ipotesi: riferimento al materno). La realizzazione grafica sembra in linea con aspetti cognitivi presenti in una precedente diagnosi, con inibizioni nella rappresentazione di elementi corporei oppure con scarsa motivazione nell'esecuzione della prova. Di fatto, si osserva una maggiore cura nella realizzazione dei volti piuttosto che di altre parti delle figure umane, che appaiono meno proporzionate o talvolta prive di definizione (vedasi estremità corporee e abbigliamento).

Si somministra DMI (*Defense Mechanism Inventory*, Ihlavich & Gleser, 1986) al fine di indagare lo stile difensivo e trovare riscontro delle modalità attuate nei diversi contesti interazionali (famiglia, partner, amicizie, colleghi). Si riportano i punteggi T relativi alle scale TAO (*Turning Against Object* 54), PRO (*Projection* 42), PRN (*Principialization* 34), TAS (*Turning Against Self* 54) e REV (*Reversal* 66). Nel dettaglio, il punteggio ottenuto nella scala REV (>65T) guida l'ipotesi diagnostica verso la minimizzazione di minacce interne/esterne o il mancato riconoscimento di contingenze stressanti o frustranti. La somministrazione dello strumento apre all'approfondimento delle strategie di rovesciamento basate su negazione, diniego e formazione reattiva.

Immagine 1. Disegno dell'albero

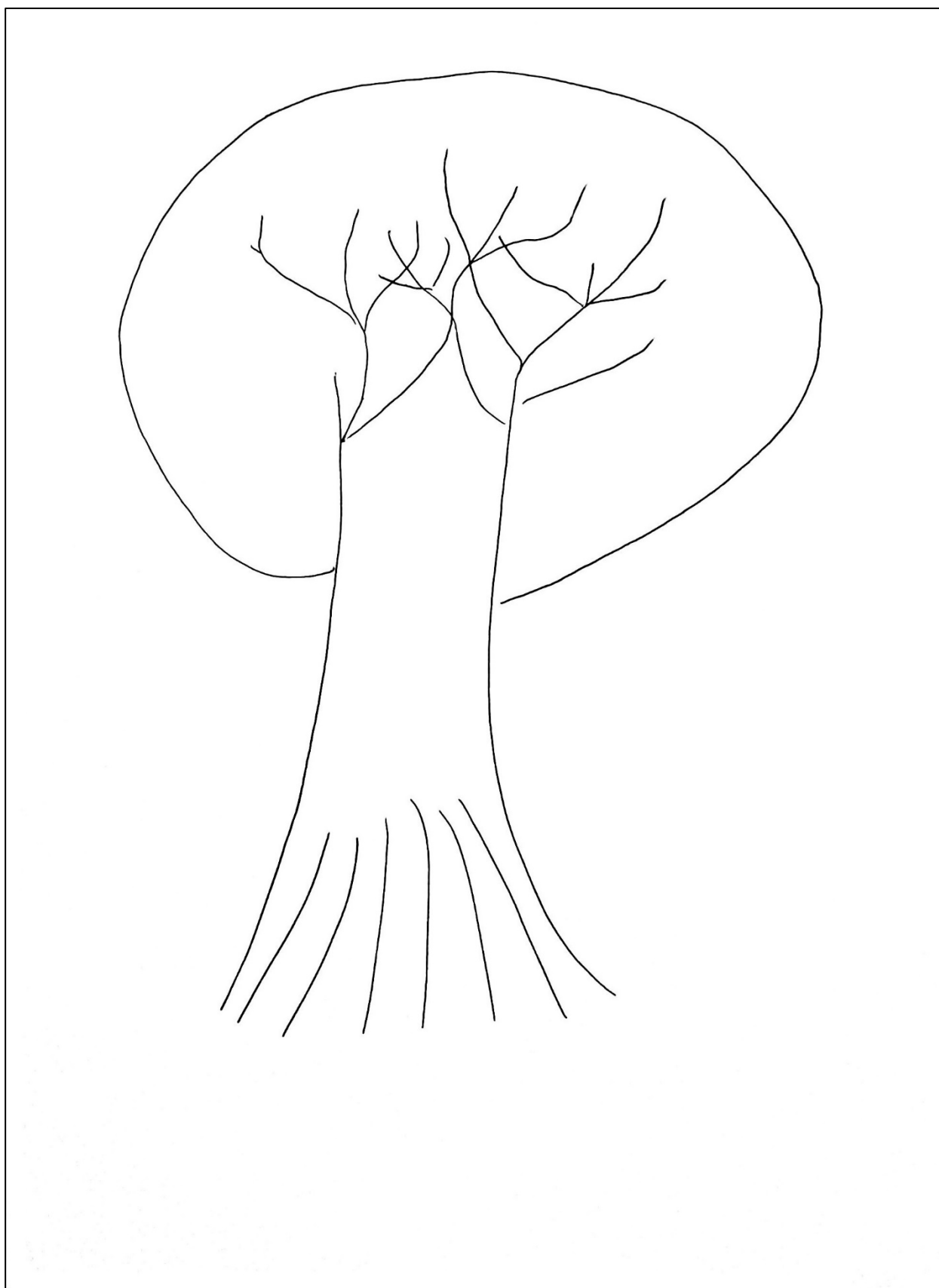


Immagine 2. Disegno della figura umana (♀)

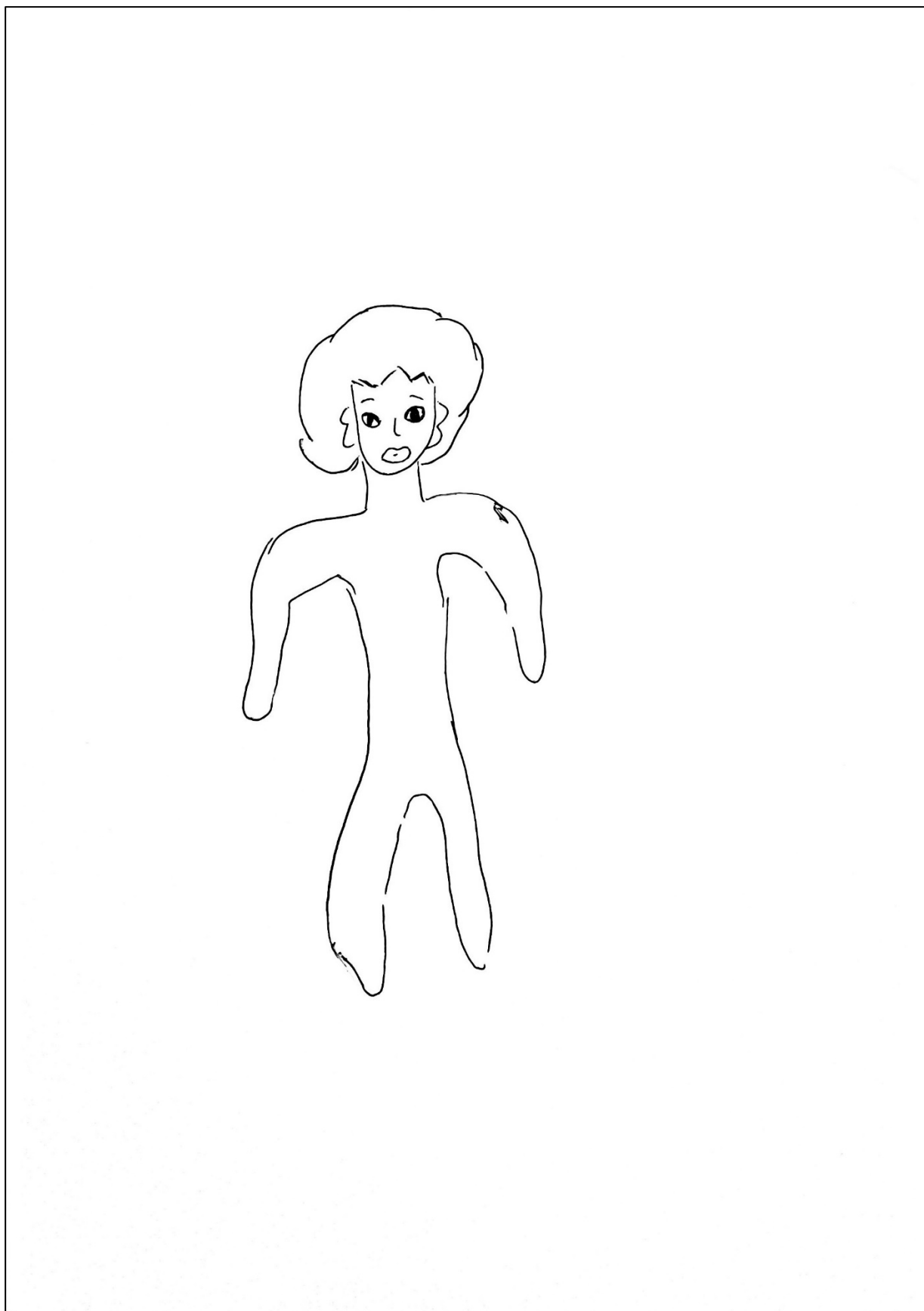
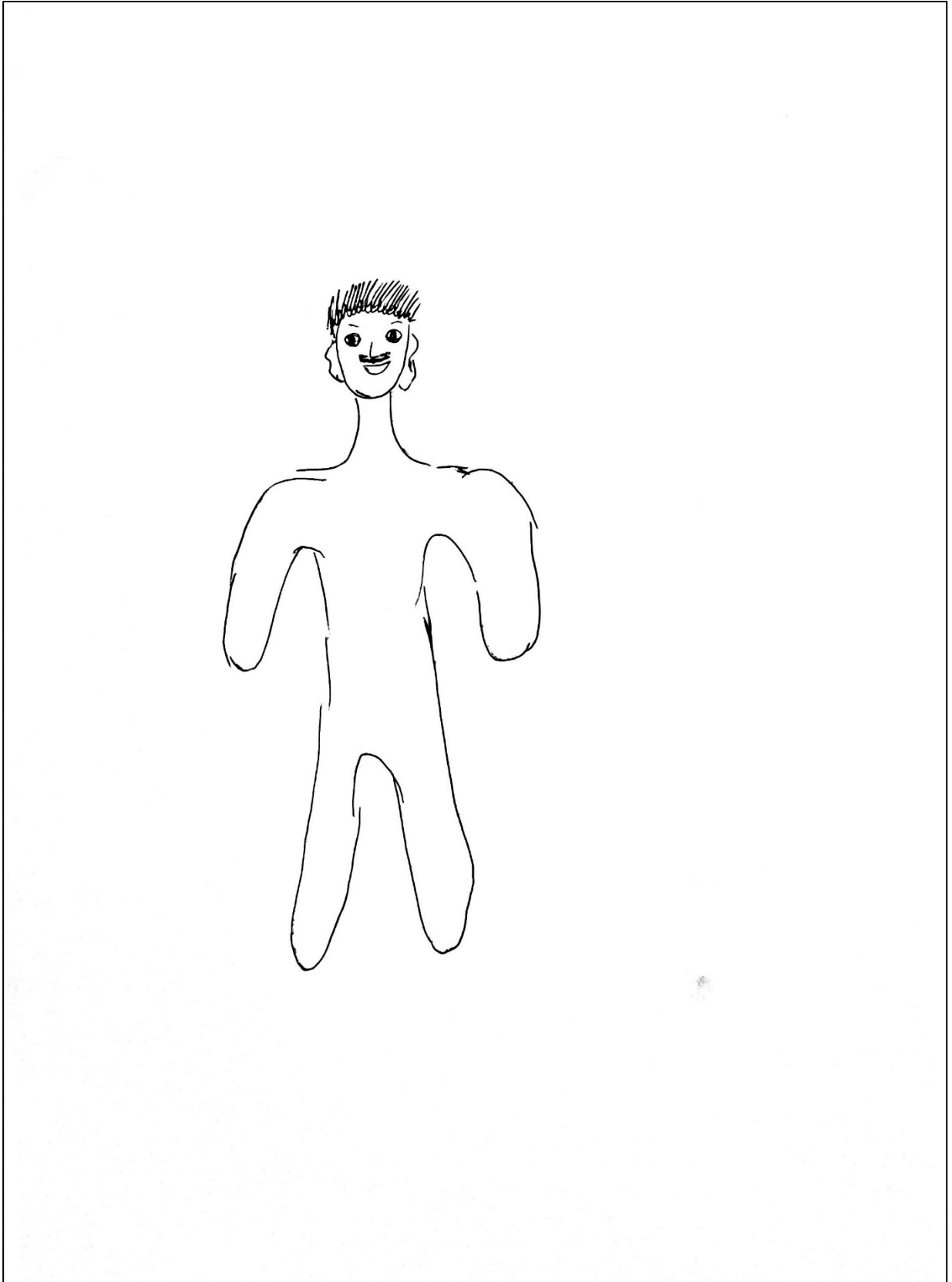


Immagine 3. Disegno della figura umana (♂)



Considerazioni psicodinamiche

È plausibile che la realtà interna della paziente sia diversa dall'atteggiamento osservabile. Anche a causa della particolare condizione medica e della diagnosi con cui accede al servizio, è possibile che la paziente abbia nutrito il timore dell'assertività (nell'eventualità in cui essa fosse oggettivata, potrebbe venir minimizzata, celata o camuffata). In linea con i fatti riportati, è possibile che la stessa stenti a prendere iniziative consapevoli, che aderisca in maniera acritica alle opinioni altrui e, di conseguenza, sperimenti una gratificazione particolarmente esigua. Dal punto di vista dell'osservatore esterno, dunque, la paziente potrebbe apparire priva di risorse rispetto al fronteggiamento di eventi quotidiani. I rapporti con figure relazionali significative quali partner, parenti e amicizie potrebbero risultare superficiali o scarsi di autenticità. Sebbene nei contesti occupazionali la stessa possa mostrarsi remissiva, si ipotizzano dinamiche di evitamento del confronto con colleghi e superiori, reazioni emotivamente intense di fronte alle loro critiche, nonché percezione di ostilità e prevaricazione da parte di responsabili o supervisori. L'essere accomodante, dunque, potrebbe essere la modalità elettiva per ottenerne vantaggi anche affettivi. Allo stesso modo si ipotizza che, nel caso del contesto professionale, l'accondiscendenza conterrebbe l'eventuale timore dell'autorità e sosterrrebbe l'illusione del controllo su oggetti esterni (costruzioni finzionali).

Coerentemente alla narrazione di diversi eventi traumatici, è plausibile che i vissuti descritti dalla paziente siano base di condizioni di inibizione e/o di modalità meno funzionali e più primitive. Inoltre, rileggendo la suddetta storia di vita in termini adleriani, la percezione di inadeguatezza e svantaggio personale potrebbe essersi consolidata e/o esacerbata a partire da ripetute esperienze frustranti e svalutanti: al momento della presa in carico, di fatto, il senso di inferiorità riferito risulterebbe particolarmente intenso e limitante. La paziente mancherebbe di risorse interne sufficienti a compensare le presunte incapacità personali e, pertanto, potrebbe versare nella condizione di stasi evolutiva. L'approfondimento rispetto alle istanze fondamentali del modello individualpsicologico potrebbe avvalorare l'ipotesi della mancanza di un adeguato sentimento sociale. In linea con le fragilità strutturali riportate, l'assenza di un funzionale impiego della volontà di potenza sarebbe compatibile con agiti non costruttivi e predatori.

4. Conclusioni

In linea con un inquadramento prettamente adleriano, il punto focale del presente lavoro è rappresentato dalla nozione individualpsicologica di inconscio ermafroditico. Tale denominazione attiene metaforicamente a Ermafrodito, concepito, per l'appunto, dalle divinità Ermes e Afrodite:

Adler, fondatore della psicologia individuale comparata, concettualizza nella figura mitologica il primordiale stato di “ibridismo” e instabilità psichica dell’essere umano.

Sono dunque esposte le dinamiche fondamentali che guidano l’uomo nella strutturazione interna: la presente argomentazione fa capo al movimento psichico che, a partire da una condizione di indeterminazione tra Sé e non-Sé, esorta il soggetto alla progressiva costruzione di una specificità propria. La costruzione identitaria, di fatto, vede il passaggio dalla fusione psichica e viscerale nei riguardi della parte materna a una preta differenziazione che, in linea con l’ipotesi psicodinamica, scaturirebbe dall’intervento del “terzo relazionale”. Lo slancio evolutivo da cui ha origine il dinamismo di vita umano può essere dunque riletto nei termini adleriani di una risoluzione di ambiguità precoci.

Le intuizioni di Adler in materia di ermafroditismo psichico, nonché l’idea di una condizione androgina prenatale (fase embrionale), potrebbero essere avvalorate da moderni studi multidisciplinari. Nel presente contributo, di fatto, si trova riscontro del ruolo che la dialettica tra parti maschili e femminili gioca nel processo di definizione individuale. La contrapposizione tra i detti elementi simbolici chiama in causa fattori mentali, corporei e interazionali e, per tali ragioni, possiede una valenza fondamentale rispetto alle dinamiche di sviluppo. Tali opposti simbolici richiamano i modelli relazionali esperiti durante la prima infanzia e sono fortemente influenzati da costrutti socioculturali: si presume che la comprensione profonda dei modelli interni al paziente sia una delle chiavi che consentono al professionista di prendersi cura della sua storia di vita.

Il caso clinico riportato in questo scritto si presta a chiavi di lettura adleriane e il lavoro di terapia può strutturarsi in riferimento all’approccio della psicologia individuale comparata. A partire dall’analisi delle prime esperienze infantili e dei modelli relazionali interiorizzati (primi ricordi, costellazione familiare, fratria), le informazioni raccolte possono interpretarsi tenendo conto delle istanze adleriane e del paradigma di inconscio ermafroditico. Pertanto, tra le diverse difficoltà di oggettivazione e intuizione manifestate dalla paziente, emerge anche quella delle sue contrapposizioni interne (modelli precoci, correlati emotivi interni ed esterni).

In conclusione, si ritiene il presente apporto uno sprone rispetto a nuove ricerche e approfondimenti. Inoltre, si auspica che la lettura di questo contributo adleriano favorisca le occasioni di confronto e riflessione nell’abito della salute e del lavoro psicosociale.

Bibliografia

- Adler, A. (1908). *Der aggressionstrieb im leben und in der neurose* (tr. it., La pulsione aggressiva nella vita e nella nevrosi. *Rivista di Psicologia Individuale*, 46, 5-13).
- Adler, A. (1910a). *Der psychische hermaphroditismus im leben und in neurose. Fortschritte der Medizin*, 28, 486-493.
- Adler, A. (1910b). *Ermafroditismo psichico. Relazione in verbale n. 98 (Riunione del 23 Feb. 1910)*. In Ferrigno et al. (a cura di), *Alfred Adler nei verbali della "Società Psicoanalitica di Vienna" (1906-1911)*. *Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale*, n. 14, 2006, 143-152.
- Adler, A. (1912). *Über den nervösen charakter* (tr. it., *Il temperamento nervoso*. Newton Compton, 1971).
- Adler, A. (1924). *Praxis und theorie der individualpsychologie* (tr. it., *La psicologia individuale*. Newton Compton, 1992).
- Adler, A. (1927). *Menschenkenntnis* (tr. it., *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale*. Newton Compton, 1994).
- Adler, A. (1929). *Individualpsychologie in der Schule*; (1930a). *Die seele des schwererziehbaren kindes*; (1930b). *Kindererziehung* (tr. it., *La psicologia individuale nella scuola. Psicologia dell'educazione. Psicologia del bambino difficile*. Newton Compton, 1993).
- Adler, A. (1930). *Das problem der homosexualitat* (tr. it., *Psicologia dell'omosessualità*. Newton Compton, 1994).
- Adler, A. (1931). *What life should mean to you* (tr. it., *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*. Newton Compton, 1994).
- Adler, A. (1933). *Der sinn des lebens* (tr. it., *Il senso della vita*. Newton Compton, 1997).
- Adler, A. (1982). *Cooperation between the sexes. Writings on women and men, love and marriage and sexuality* (tr. it., *La cooperazione tra i sessi. Scritti sulle donne e sugli uomini, sull'amore, il matrimonio e la sessualità*. Edizioni Universitarie Romane, 2001).
- Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler. A systematic presentation in selections from his writings* (tr. it., *La psicologia individuale di Alfred Adler. Il pensiero di Alfred Adler attraverso una selezione dei suoi scritti*. Giunti, 1997).
- Bachofen, J.J. (1861). *Das Mutterrecht. Eine Untersuchung über die Gynaiokratie der alten Welt nach ihrer religiösen und rechtlichen Natur* (tr. it., *Il matriarcato. Ricerca sulla ginecrazia del mondo antico nei suoi aspetti religiosi e giuridici*. 2 voll. Einaudi, 2016).
- Borch-Jacobsen, M. & Shamdasani S. (2006). *Le dossier Freud. Enquête sur l'histoire de la psychanalyse* (tr. it., *Dossier Freud. L'invenzione della leggenda psicoanalitica*. Boringhieri, 2012, 2015).

- Borch-Jacobsen, M., Cottraux, J., Pleux, D. Van Rillaer, J., et al. (2005). *Le livre noir de la psychanalyse. Vivre, penser et aller mieux sans Freud* (Directeur de publication: Catherine Meyer) (tr. it., *Il libro nero della psicoanalisi*. Fazi, 2006).
- Darwin, C. (1859). *On the origin of species by means of natural selection, or the preservation of favoured races in the struggle for life* (tr. it., *L'origine della specie*. Newton Compton, 2011).
- Darwin, C. (1868). *The variation of animals and plants under domestication* (tr. it., *Variazione degli animali e delle piante allo stato domestico*. UTET, 1876).
- Darwin, C. (1871). *The descent of man, and selection in relation to sex* (tr. it., *L'origine dell'uomo e la selezione sessuale*. Newton Compton, 2011).
- De Gionigi, S. & Cattich, N. (1998). L'ermafroditismo psichico in attesa di Gilania. *Rivista di Psicologia Individuale* (n. 44), 43-66.
- Dinkmeyer, D. & Dreikurs, R. (1963). *Encouraging children to learn* (tr. it., *Il processo di incoraggiamento*. Giunti, 1972).
- Dreikurs, R. (1953). *Fundamentals of adlerian psychology* (tr. it., *Lineamenti della psicologia di Adler*. La Nuova Italia, 1968).
- Elchalal, U., Ben-Ami, B., Gillis, R. & Brzezinski, A. (1997). Ritualistic female genital mutilation. Current status and future outlook. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 52 (10), 643-651.
- Ellenberger, H.F. (1970). *The discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry* (tr. it., *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*. 2 voll. Boringhieri, 1976, 1996).
- Ferrero, A. (2009). Le strategie dell'incoraggiamento nelle psicoterapie time-limited. *Rivista di Psicologia Individuale*, 66, 65-79.
- Ferrigno, G. (2004). L'intersoggettività fra "Adlerismo" e "Teoria della mente". *Rivista di Psicologia Individuale*, 56, 3-8.
- Ferro, A. (1999). *La psicoanalisi come letteratura e terapia*. Raffaello Cortina.
- Freud, S. (1895/1950). *Entwurf einer psychologie* [tr. it., *Progetto di una psicologia*. Opere 1886-1895 (vol. 2), Boringhieri, 1976-1980].
- Freud, S. (1899/1900). *Die traumdeutung* [tr. it., *L'interpretazione dei sogni*. 1889. Opere (vol. 3). Boringhieri, 1976-1980].
- Freud, S. (1905). *Drei abhandlungen zur sexualtheorie* [tr. it., *Tre saggi sulla teoria sessuale*. Opere 1900-1905 (vol. 4). Boringhieri, 1976-1980].
- Freud, S. (1908/1909). *Allgemeines über den hysterischen anfall* [tr. it., *Osservazioni generali sull'attacco isterico*. Opere 1905-1908 (vol. 5). Boringhieri, 1976-1980].
- Freud, S. (1920). *Jenseits des lustprinzips* [tr. it., *Al di là del principio di piacere*. In S. Freud, *L'Io, l'Es e altri scritti*. Opere (vol. 9) (pp. 195-249). Boringhieri, 1989].

- Freud, S. (1921). *Massenpsychologie und Ich-analyse* [tr. it., *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. Opere 1917-1923 (vol. 9). Boringhieri, 1976-1980].
- Freud, S. (1924). *Der untergang des ödipuskomplexes* [tr. it., *Il tramonto del complesso edipico*. Opere 1924-1929 (vol. 10). Boringhieri].
- Freud, S. (1901/1905). *Bruchstück einer hysteric-analyse* [tr. it., *Frammento di una analisi d'isteria. (Caso clinico di Dora)*. Opere 1900-1905 (vol. 4). Boringhieri, 1976-1980].
- Freud, S. (1913). *Totem und tabu* [tr. it., *Totem e tabù*. Opere 1912-1914 (vol. 7). Boringhieri 1976-1980].
- Freud, S. & Breuer, J. (1893-1895). *Studien über hysteric* [tr. it., *Studi sull'isteria*. Opere 1886-1895 (vol. 1). Boringhieri, 1976-1980].
- Ihlevich, D. & Gleser, G.C. (1986). *Defense Mechanisms. Their classification, correlates, and measurement with the Defense Mechanism Inventory (DMI Manual)* (tr. it., *DMI. Defense Mechanism Inventory*. Organizzazioni Speciali, 1992, 1996).
- Jung, C.G. (1934). *Über die Archetypen des kollektiven Unbewussten*; (1936). *Der Begriff des kollektiven Unbewussten* (tr. it., *Gli archetipi dell'inconscio collettivo*. Boringhieri, 1977).
- Jung, C.G. (1964). *Man and his symbols* (Von Franz, M.L., Jaffe, A., Jacobi, J. & Henderson, J.L., a cura di) (tr. it., *L'uomo e i suoi simboli*. Raffaello Cortina, 2020).
- Kernberg, O.F. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions* (tr. it., *Aggressività, disturbi di personalità e perversioni*. Raffaello Cortina, 1996).
- Koch, K. (1949). *Der Baum-Test. Der Baumzeichen-Versuch als psychodiagnostisches Hilfsmittel* (tr. it., *Il reattivo dell'albero. Il disegno dell'albero come ausilio psicodiagnostico*. O.S.-Giunti, 1994).
- Liggeri Ferbelli, A. (2007). *Ermafroditismo e protesta virile*. Istituto Alfred Adler.
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*. Thomas.
- Millon, T., Davis, R.D. & Millon, C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) (2nd ed.) (Manual)* [tr. it., *MCMI-III. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. (Manuale) (Ed. 2)*. Giunti, 2008].
- Moebius, P.J. (1901). *Über den phisiosologischen schwachsinn des weibes* (tr. it., *L'inferiorità mentale della donna*. Einaudi, 1978).
- Orgler, H. (1956). *Alfred Adler. Der Mann und sein Werk* (tr. it., *Alfred Adler e la sua opera. Il trionfo sul complesso di inferiorità*. Astrolabio, 1970).
- Parenti, F. (1983). *La psicologia individuale dopo Adler*. Astrolabio.
- Parker, J.D.A., Bagby, R.M., Taylor, G.J. & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, vol. 7, 221-232.
- Rank, O. (1924). *Das trauma der geburt und seine bedeutung für die psychoanalyse* (tr. it., *Il trauma della nascita. Sua importanza per la psicoanalisi*. SugarCo, 2018).

Shorter, E. (2008). *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the modern era*. Simon and Schuster.

Shulman, B.H. & Mosak, H.H. (1988). *Manual for life style assessment* (tr. it., *Manuale per l'analisi dello stile di vita*. Franco Angeli, 2008).

Stekel, W. (1920). Die Geschlechtskälte der Frau. Eine psychopathologie des weiblichen Liebeslebens. Band III in W. Stekel, *Störungen des Trieb- und Affektlebens (Die parathischen Erkrankungen)*. Urban & Schwarzenberg (tr. it., *La donna frigida. Psicopatologia della vita amorosa femminile*. Astrolabio, 1966).

Stekel, W. (1912-1928). *Trieb- und Affektlebens (Die parathischen Erkrankungen)*. Urban & Schwarzenberg.

Von Krafft-Ebing, R. (1886). *Psychopathia sexualis. Eine klinisch-forensische studie* (tr. it., *Psicopatologia sessuale*. Edizioni Mediterranee, 1964).

Il ruolo dei primi ricordi nell'analisi dello Stile di Vita: il caso di Mattia di *Francesca Barillà**

ABSTRACT (ITA)

I primi ricordi rappresentano, insieme all'analisi della costellazione familiare, i punti cardini della Psicologia Individuale. Secondo Adler (1933), l'appercezione individuale fornisce alla memoria dei dati in linea con le peculiarità di un individuo, arricchiti di sentimenti e atteggiamenti derivanti dalla sua propria legge dinamica. L'analisi dei primi ricordi assume, insieme all'analisi della costellazione familiare, una rilevanza fondamentale, poiché attraverso di esse si può esplorare e comprendere lo Stile di Vita del paziente e la sua legge dinamica. La mente dell'uomo, infatti, per risolvere i problemi procede attraverso ricerca e sperimentazione di diversi comportamenti e atteggiamenti che sono frutto della propria creatività e hanno origine dal proprio Stile di Vita. Attraverso la presentazione del caso di un paziente, si propone una riflessione sul ruolo centrale dei primi ricordi nell'analisi dello Stile di Vita.

Parole chiave: primi ricordi, Stile di Vita, psicologia individuale, sentimento sociale, aspirazione alla superiorità

Mattia's case: the role of early memories in Life style analysis by *Francesca Barillà*

ABSTRACT (ENG)

The first memories and the analysis of the family constellation represent the cornerstones of Individual Psychology. According to Adler (1933), the memory receives data from the individual's apperception. These data correspond to the individual's peculiarities and are enriched with feelings and attitudes according to the individual's own dynamic law. The patient's Life style assessment and its dynamic law can be explored and understood through the analysis of early memories and family constellation. The mind solves problems by exploring and experimenting with different behaviors and attitudes that are the result of one's own creativity and Life style. A reflection on the central role of early memories and their relation to Life style assessment is proposed through the presentation of a patient case.

Keywords: early memories, Life style, individual psychology, social interest, superiority

Introduzione

Lo studio della famiglia di origine e l'acquisizione dei primi ricordi assumono un notevole rilievo per la Psicologia Individuale. Adler (1933) definì i primi ricordi come “prototipi dello Stile di Vita”, utili per esplorare i primi momenti nella formazione della personalità e nella strutturazione dello Stile di Vita di ogni individuo. La scelta dei primi ricordi, il loro ordine di presentazione, le modalità narrative, i sentimenti e le emozioni suscitati sono elementi profondamente legati alla strutturazione dello Stile di Vita di un individuo, e per questo imprescindibili per l'analista adleriano.

Per Adler, infatti, lo sviluppo psichico non è solo influenzato da aspetti biologici, sociali e culturali ma anche e soprattutto dall'interpretazione che ogni persona fa di Sé, del Mondo e del rapporto di Sé con il Mondo e con gli altri (Ferrigno, 2005).

Tali interpretazioni sono utili ad ogni persona per dare significato alle proprie esperienze e ottenere una visione stabile e continua del proprio mondo interiore e del contesto esterno.

In quest'ottica, i primi ricordi sono tra le espressioni psichiche più significative, poiché contribuiscono a guidare ogni individuo attraverso la memoria dei propri limiti e delle proprie potenzialità.

Prendendo in esame il caso di Mattia, un paziente di 42 anni, verranno evidenziati gli aspetti salienti della sua costellazione familiare, dei primi ricordi e verrà proposta un'analisi di questi elementi per l'esplorazione dello Stile di Vita del paziente.

I primi ricordi nella Psicologia Individuale

Lo Stile di Vita è definito come “l'impronta soggettiva di ogni individuo, costituita dalla risultante dei tratti comportamentali, orientamento del pensiero, affetti ed emozioni articolati al servizio di finalità prevalenti” (Parenti, 1983, p. 25).

Studiare lo Stile di Vita, quindi, si rivela fondamentale per comprendere l'opinione di un individuo sulla propria esistenza, per analizzare come questa opinione si sia formata sin dai primi anni di vita attraverso l'interpretazione degli eventi e della realtà e come egli utilizzi queste interpretazioni per agire e raggiungere le proprie mete.

L'interpretazione della realtà, il vissuto e le finzioni tendono verso la ricerca di una verità personale propria di ogni individuo con lo scopo di mitigare il suo senso di inadeguatezza.

Nella visione adleriana, le finzioni e le mete finzionali sono così chiamate perché si riferiscono a un concetto di futuro “soggettivo” cioè fortemente condizionato dall'interpretazione personale delle esperienze di vita.

Come affermò Adler (1931) in *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, alcune delle espressioni psichiche maggiormente rivelatrici dell'individuo sono i primi ricordi poiché non esistono “ricordi casuali” ma l'individuo sceglie di ricordare (anche inconsciamente) solo le esperienze che possono influire sulla sua situazione.¹

L'esplorazione dei primi ricordi si rivela, quindi, un validissimo strumento di analisi, poiché la scelta di un ricordo specifico è legata alla sensazione che quel ricordo porta con sé e che assume significato in relazione al momento di vita, al contesto e alle relazioni della persona che rievoca e narra i propri ricordi.

Le esperienze vissute negli ultimi mesi di gestazione e nei primi due anni di vita di un bambino, ad esempio, sono fondamentali per il suo sviluppo mentale e fisico, poiché concorrono a formare una parte del patrimonio della memoria implicita nella quale saranno depositate emozioni e difese psicofisiche originate dalla e nella relazione con l'Altro.

Nella Psicologia Individuale, la memoria implicita fa da sfondo, ed è il contesto dei primi ricordi e costituisce lo scenario dove si svilupperà lo Stile di Vita (Ghidoni, 2009).

Nella teorizzazione adleriana, coscienza e inconscio non sono entità separate e in conflitto, come nelle prime formulazioni freudiane, ma si trovano idealmente lungo un continuum esistenziale in costante movimento che accompagna ed orienta la vita dell'individuo.

I primi ricordi sono espressioni dello Stile di Vita e permettono all'individuo di organizzare, narrare e simbolizzare le sue esperienze.

Nel lavoro terapeutico, la narrazione, la significazione e l'interpretazione sono processi finalizzati alla comprensione dell'esperienza psichica del paziente.

La modalità narrativa e ri-narrativa (Laguzzi, 2003) che si utilizza per raccontare un primo ricordo entra in rapporto con un contesto più ampio che riguarda la narrazione del Sé e che si trova in sintonia con lo Stile di Vita, le mete finzionali e le esperienze cosce e inconscie.

Come sosteneva Hillman (1983), infatti, il racconto delle storie ha l'obiettivo di definirne una trama con nuovi nessi causali e nuovi possibili significati.

Mentre Freud attribuiva ai ricordi d'infanzia un ruolo di copertura, in grado, cioè, di fare da schermo ai contenuti inconsci repressi di natura sessuale; Adler, assegnava al ricordo cosciente infantile un significato diametralmente opposto: esso svela i tratti essenziali della personalità di un individuo e le sue finalità progettuali immediate e remote che non hanno ancora raggiunto un livello di consapevolezza (Pagani, 2001).

¹ I ricordi rappresentano la storia di vita di una persona che egli ripete a se stesso con diverse funzioni: mettersi in guardia, confortarsi, rimanere concentrato sul suo scopo finale, e per prepararsi, tramite le esperienze passate, ad affrontare il futuro utilizzando uno stile d'azione già collaudato (Adler, 1976).

I primi ricordi, infatti, non sono da intendersi come precise registrazioni dei fatti accaduti ma, anzi, i cambiamenti rispetto al dato reale sono la prova dell'esistenza di tendenze creative nell'elaborazione dei ricordi, coerenti dal punto di vista cognitivo con le mete di vita proprie del soggetto e con il suo particolare modo di attribuire significato e valore ai vari aspetti dell'esistenza. L'esplorazione dei primi ricordi infantili, inserita nella fase iniziale del trattamento adleriano, subito dopo la raccolta delle notizie anamnestiche e lo studio della costellazione familiare, è uno dei pochi momenti dell'analisi per cui la Scuola di Psicologia Individuale abbia formulato delle norme precise (Parenti, 1983).

Canziani e Masi nel 1979 rielaborarono nel loro studio i lavori di Mosak del 1975, giungendo a definire alcune caratteristiche che permetterebbero di decodificare correttamente i primi ricordi e di utilizzarli nel trattamento adleriano.

I requisiti considerati da Canziani e Masi (1979) sono:

- essere dei veri ricordi e non dei rapporti, intendendo per rapporto la sintesi ripetitiva di una serie di esperienze e per ricordo la presentazione di un singolo avvenimento, ben situato nel tempo;
- essere visualizzabili: il soggetto, a occhi chiusi, dovrebbe poter rivivere la scena appena evocata;
- riguardare circostanze banali della vita, evitando, se possibile, episodi riguardanti eventi eccezionali come guerre, terremoti, grandi catastrofi;
- essere collocabili entro uno spazio cronologico determinato; gli otto anni d'età, secondo Mosak (Pagani, 2001, p. 11).

Primi ricordi e Stile di Vita

Nella visione adleriana, l'uomo agisce costantemente per raggiungere una posizione favorevole nel suo essere nel Mondo e l'evoluzione è frutto della creatività dei singoli esseri viventi che mirano a raggiungere una meta coerente con l'adattamento attivo alle necessità del cosmo.

Il passato fornisce tutte quelle esperienze e impressioni alle quali ogni individuo può riattingere per ipotizzare il futuro; ecco perché un individuo senza memoria storica del proprio passato non può "immaginare" il proprio futuro.

In questo processo, la psiche e il corpo sono in un rapporto dialettico costante nel quale la prima, muovendosi dal basso verso l'alto (nella direzione di progettualità future) si serve degli elementi biologici e ambientali esperiti attraverso il corpo e degli "schemi soggettivi di appercezione" che ha costruito dalle esperienze passate.

Il presente fornisce la spinta vitale al Sé creativo che elabora dei percorsi finzionali a partire dalle esperienze passate in modo da creare un ordine ad un mondo che, altrimenti, sarebbe percepito

come caotico e privo di significato. Allo stesso tempo, questo processo fornisce costanza e coerenza allo Stile di Vita.

L'essere umano, infatti, adotta una sorta di economia cognitiva ossia è più incline a confermare/conservare alcune idee o schemi anziché cambiarli e così facendo mantiene una struttura stabile della propria personalità.

Le primissime impressioni degli eventi interni ed esterni plasmeranno e influenzeranno la successiva osservazione dei dati e avranno un "effetto di supremazia" cioè diventeranno le basi principali attraverso le quali una persona organizzerà i propri schemi mentali, le decisioni, i pensieri, gli obiettivi.

In questo processo, le impressioni filtrate e categorizzate da un individuo diventeranno la base per aggiungere nuove informazioni che saranno "aggiustate" e/o "distorte" per essere in linea con i dati in suo possesso e costituiranno un aggancio per interpretare le informazioni successive.

Il cambiamento degli schemi e del proprio modo di interpretare il mondo si verifica a fronte di trasformazioni tali da scardinare l'intera costruzione di cui lo Stile di Vita è l'espressione.

Secondo la prospettiva della Psicologia Individuale, né l'eredità né l'ambiente determinano la relazione di una persona con il mondo esterno poiché la prima fornisce alcune caratteristiche e il secondo delle impressioni; sarà poi ogni singola persona a utilizzare le sue specifiche modalità creative per interpretare sia le une che le altre per costruire le proprie attitudini verso la vita.

Il Sé creativo interpretando e utilizzando gli stimoli offerti dalla natura, dalla cultura, dal corpo e dal mondo esterno, elabora le basi della legge dinamica individuale che accompagnerà ogni persona nel corso della propria esistenza (Ferrigno, 2005).

Quando un'esperienza tocca un individuo e non viene rifiutata, egli creerà un ricordo come frutto dell'elaborazione creativa di un'impressione da parte dell'Io.

Ogni parola, pensiero o sentimento è un elemento che aiuta l'analista adleriano a comprendere come una persona si rapporta con il suo Sé e con il Mondo.

Per poter conoscere il paziente e poter esplorare le linee dinamiche del suo Stile di Vita è importante comprendere il modo in cui egli si racconta, come narra la propria storia: i ricordi, i "come se", i simboli e le metafore che usa in quanto sono da considerarsi espressioni psichiche finalisticamente orientate, elaborate dall'individuo come frutto del Sé creativo.

Gli avvenimenti che una persona ricorda sono quelli più in sintonia con il suo interesse principale per cui i ricordi dei primi anni di vita permettono di mostrare le origini del suo Stile di Vita nelle sue espressioni più semplici.

La selezione dei ricordi è in armonia con lo Stile di Vita dell'individuo; infatti, al suo modificarsi cambieranno anche i ricordi o perché la persona ne selezionerà di diversi o perché darà un'interpretazione nuova agli avvenimenti precedentemente evocati.

Comprendere quale sia l'interesse principale di una persona contribuisce a poter individuare il suo scopo e il suo Stile di Vita.

Raccolta dei primi ricordi

La raccolta dei primi ricordi viene, in genere, attuata durante le fasi del primo colloquio² e si chiederà al paziente di ritornare indietro, il più possibile, nella sua infanzia e di pensare ai primi ricordi che gli vengono in mente.

Nella fase di raccolta, l'analista si concentrerà sulla priorità di scelta del paziente più che sull'ordine cronologico degli eventi e procederà alla trascrizione di tutti i primi ricordi rievocati, finché il paziente non si ferma o finché non ricorda eventi successivi agli otto-nove anni.

Se il terapeuta nota che le tematiche iniziano a ripetersi, allora non sarà necessario sollecitare altri ricordi.

Dopo aver raccolto la serie di primi ricordi, si procede passandoli in rassegna insieme al paziente, in modo che abbia la possibilità di aggiungere eventuali dettagli.

L'analista potrà porre delle domande al paziente sui sentimenti che ha provato nella situazione specifica legata a ogni primo ricordo narrato. Se il paziente già durante la narrazione degli avvenimenti comunicherà spontaneamente i suoi sentimenti, l'analista ne prenderà nota.

Solitamente, chi cerca forti emozioni tende a ricordare maggiormente i sentimenti intensi; viceversa, chi tende a fuggire dai sentimenti, di solito descrive primi ricordi privi di emozioni.

Quando il paziente ha difficoltà a recuperare un primo ricordo può essere sollecitato con domande relative a un evento specifico, in modo che, almeno per associazione, possano emergere altri primi ricordi spontanei e non indotti.

La decodificazione dei primi ricordi utilizza il modello analogico-intuitivo suggerito da Adler, che valuta la struttura di un ricordo alla stregua di una struttura allegorica. La narrazione del ricordo si codifica in metafore e in allegorie che forniscono la copertura simbolica ai contenuti emotivi o conflittuali. Sarà compito dell'analista provvedere all'analisi e alla comprensione dei simboli che trattengono sotto il livello di consapevolezza le finalità intime del paziente (Pagani, 2001, p. 21).

² Come sostiene Pagani (2001), il primo colloquio non si riferisce solo alla prima seduta ma a tutta quella serie di incontri necessari alla raccolta, il più completa possibile, del materiale informativo utile al trattamento.

Quando il soggetto riporta un ricordo che in precedenza non aveva mai rievocato, è probabile che ci sia stato un cambiamento nell'organizzazione della memoria e, di conseguenza, nella sua organizzazione percettiva, quindi del suo Stile di Vita.

Ci sono alcuni dettagli a cui fare attenzione mentre si interpretano i primi ricordi che riguardano le omissioni, dettagli tattili, affettivi, di movimento, eventi banali e la sequenza della narrazione.

Uno degli aspetti più interessanti per il terapeuta è la scelta che compie il soggetto per fronteggiare ogni “problema” rappresentato dalle varie tematiche emerse dai primi ricordi.

La risposta esprime, infatti, il comportamento creativo utilizzato nei confronti delle sfide e fornisce indicazioni sull'immagine che la persona ha di Sé, sulla sua visione del mondo, sulla loro relazione, sulla meta e l'ideale di Sé.

La relazione tra tema e risposta viene espressa dal rapporto logico “se...allora”, altre volte espresso con “Io sono così...la vita è...quindi...”.

Il caso di Mattia

Mattia è un uomo di 42 anni che decide di iniziare un percorso di psicoterapia in seguito a una crisi coniugale che negli ultimi due anni sembra essere diventata ingestibile.

Il percorso terapeutico inizia a giugno 2023 ed è attivo tuttora con cadenza settimanale. Il paziente si presenta sempre puntuale agli appuntamenti, appare curato nell'aspetto e sempre desideroso di raccontare i suoi pensieri, narrare gli eventi quotidiani o del passato ed esplorare le proprie riflessioni.

Mattia è sposato da oltre 10 anni con Marta e, tramite fecondazione assistita, sono diventati genitori di due gemelli di 3 anni.

Tuttavia proprio gli ultimi tre anni sono stati molto duri per la coppia e per la moglie in particolare poiché al quarto mese di gravidanza, Marta perde la mamma e un anno dopo anche il padre.

Per la donna inizia un periodo difficile e nel giugno 2022, decide di tornare a lavorare perché sente di aver bisogno di “riprendere in mano la propria vita”. Mattia non è entusiasta di questa scelta perché avrebbe voluto che la moglie si occupasse completamente dei due gemelli ma, in ogni caso, cerca di supportarla.

Sembra che i problemi di coppia siano iniziati in seguito alla perdita della suocera e acuiti quando la moglie ha ripreso a lavorare.

Le tensioni diventano più pesanti nel momento in cui la coppia deve accordarsi sulle scelte educative per i bambini poiché sembra non condividere gli stessi punti di vista. Marta appare orientata a un'“educazione dolce” (così come l'ha definita Mattia), mentre lui ha uno stampo più tradizionalista.

Dal dicembre 2022, Marta ha intrapreso un percorso di psicoterapia che l'ha portata a "riprendersi i suoi spazi". Mattia dichiara che la moglie è diventata "egoista" poiché non gli dedica il tempo e le attenzioni che lui si aspetta.

Tuttavia, spinto dalla moglie, nel maggio 2023 iniziano un percorso di terapia di coppia, e la psicoterapeuta che li segue consiglia a Mattia di trovare uno spazio per elaborare i propri vissuti. Durante il primo colloquio, però, il paziente puntualizza di "non credere alla terapia" anche perché in lui "non c'è niente che non va" e che ha deciso di intraprendere questo percorso perché spera di aiutare la moglie a "tornare come prima".

Dopo aver chiarito che la terapia è una scelta personale e consapevole poiché durante il percorso terapeutico si lavora sul proprio Sé e non sulla moglie, il paziente decide di intraprendere il percorso di psicoterapia.

Costellazione familiare

Come sottolinea Pagani (2001), Adler ha individuato l'importanza dei primi quattro, cinque anni nella formazione dello Stile di Vita, che si struttura attraverso gli stimoli ricevuti nell'ambito familiare e in seguito all'influenza dei modelli delle persone che condividono lo stesso ambiente.

Nella raccolta delle informazioni sulla costellazione familiare del paziente è fondamentale considerare che egli racconta la realtà per come la vede e la interpreta in base alla sua valutazione soggettiva e che può deformarla anche in relazione alle emozioni vissute (Pagani, 2001).

Queste considerazioni sono utili poiché permettono al terapeuta, in fase di interpretazione del materiale raccolto, di valutare la precedenza assegnata dal paziente alle varie figure della sua famiglia, alle eventuali variazioni nell'uso delle parole, alle ambivalenze e alle contraddizioni.

Nella raccolta delle informazioni sulla costellazione familiare di Mattia, la prima persona che descrive è il padre di 67 anni che lavora come camionista. Il paziente lo definisce "un gran lavoratore" un "cuore che cammina". Il padre ha messo sempre al primo posto la famiglia, anche se il paziente sottolinea che molto spesso, soprattutto nell'approcciarsi alla madre, ha utilizzato delle modalità comunicative che egli ritiene poco adeguate, perché troppo veementi o autoritarie ma che lo ha fatto a causa del suo basso livello culturale.

Successivamente descrive la mamma, casalinga di 60 anni, definendola "me al femminile", "molto solare" con un buon senso dell'umorismo.

Il paziente sottolinea che, da adulto, ha compreso che la madre ebbe un momento di depressione quando lui aveva circa 10 anni anche se non ha ricordi particolari associati a quel periodo.

Ricorda, inoltre, che all'età di 11 anni fu lui ad avere un periodo di depressione.

Anche in questo caso riferisce di avere pochi ricordi ma sottolinea che, qualche anno fa, parlò di quel periodo sia con la madre che con la zia. La prima associò il periodo di depressione di Mattia al cambiamento nelle dinamiche familiari in seguito alla sua scelta di riprendere a lavorare. La seconda, invece, collegò quel periodo ai cambiamenti evolutivi scaturiti dal frequentare una nuova scuola e dall'aver nuovi compagni di classe.

Successivamente il paziente descrive il fratello di 38 anni che ha seguito le orme lavorative del padre e lavora come camionista. Mattia si sofferma a raccontare quanto lui cerchi di essergli emotivamente vicino, assolvendo al ruolo di fratello maggiore così come spesso volte ha fatto in passato.

In seguito, racconta di essere stato molto legato al nonno materno poiché ha trascorso molto tempo insieme a lui durante l'infanzia. Successivamente parla della nonna materna e la sua voce assume un tono più dolce ricordando, in modo particolare, le cure e le attenzioni nei suoi confronti.

Il paziente descrive la zia materna, di 16 anni più grande di lui, definendola “autonoma”, “piena di soldi”, “indipendente” e una “seconda mamma” e riferisce che la zia gli ha insegnato il rispetto per le altre persone.

Per ultimo Mattia cita lo zio materno sul quale è molto laconico raccontando che è una persona che non gli piace tanto perché “molto egoista”. Il paziente cambia il tono della voce, alzando il volume dicendo che lui pensa di assomigliargli pur facendo di tutto per distanziarsi da lui.

Primi ricordi

“Ero piccolo, avrò avuto 4-5 anni, non di più. Mi ricordo che un giorno mamma e papà stavano litigando. Forse era domenica sera o comunque tardo pomeriggio. I miei genitori non litigavano spesso ma ricordo che, in quell'occasione, li sentii alzare la voce.

Non so quale fosse il motivo del litigio ma ero spaventato perché era la prima volta che li vedevo litigare. Eravamo in cucina e io stavo giocando quando iniziò la discussione.

Ad un certo punto ho smesso di giocare ma siccome non capivo cosa stesse succedendo non sapevo cosa fare. Adesso che sono adulto so che non stavano urlando così tanto e che magari era una semplice discussione ma a quell'età mi colpì parecchio così uscì dalla cucina e andai in ingresso. Lì avevamo un appendiabiti e cercai il cappotto di mia madre per prenderle le chiavi di casa e nasconderle”.

“So che aveva detto di andare più indietro possibile nel tempo ma questo ricordo glielo volevo raccontare da un po' di tempo. Da quando abbiamo parlato dei miei genitori e del periodo in cui mia madre iniziò a lavorare fuori casa. Quindi avevo da poco iniziato le scuole medie... come le dicevo ero grande ma ricordo che avevo paura davvero di essere bocciato. Andavo a scuola con il mal di pancia per il terrore di essere interrogato e non saper rispondere.

Poi volevo stare simpatico a tutti; infatti ricordo che una mia compagna di classe mi disse che aveva notato i miei sforzi di essere simpatico con tutti e proprio per questo motivo lei era infastidita dalla mia presenza e dal modo di comportarmi. Ci sono rimasto davvero molto male... anche adesso se ci penso”.

Discussione del caso

Il percorso con Mattia, iniziato a giugno 2023, prosegue con sedute a cadenza settimanale. Il paziente appare maggiormente collaborativo in seguito alla co-costruzione di una buona alleanza terapeutica. Si presenta puntuale agli appuntamenti e spesso porta in seduta le proprie riflessioni sugli aspetti emersi negli incontri precedenti o su comportamenti messi in atto in seguito a sue riflessioni sugli incontri.

Rispetto alle prime sedute, il suo modo di fare non appare più seduttivo ma le elaborazioni di alcuni aspetti dei colloqui sembrano essere frutto di un processo di riflessione personale e di motivazione al cambiamento.

Il paziente fatica ancora a concentrarsi su se stesso e a percepirsi come persona/uomo prima che come marito e padre ma ha una buona motivazione a lavorare anche su questi aspetti identitari.

Le informazioni relative alla costellazione familiare sono state un punto di partenza per permettergli di rileggere la sua storia e l'instaurarsi e l'alimentarsi dei suoi legami affettivi.

Per Adler, infatti, non è possibile studiare un essere umano in condizioni di isolamento ma solo all'interno del suo contesto sociale.

Ogni bambino nasce in un contesto familiare specifico ossia caratterizzato da un determinato clima, valori, dagli altri membri e dalle modalità comunicative che intercorrono tra di loro prima e in seguito all'arrivo di un nuovo membro del nucleo familiare.

Questi aspetti non sono statici ma subiscono vari cambiamenti nel corso della vita poiché dipendono dalle diverse situazioni che si affrontano all'interno di una famiglia e che possono riguardare nascite, lutti, separazioni, matrimoni...

Inoltre, ogni bambino occupa una posizione differente da quella degli altri ed è da questa posizione che osserva e vive tutti gli eventi che caratterizzano la propria infanzia e ai quali risponde secondo la sua percezione soggettiva. L'ambiente a sua volta restituisce al bambino dei *feedbacks* che egli utilizza per affinare i suoi comportamenti.

Analizzando le figure genitoriali così come descritte dal paziente, la figura paterna appare caratterizzata da grande etica sia lavorativa ma soprattutto familiare con una visione tradizionalista dei compiti e dei ruoli genitoriali.

Il padre, pur amando la propria famiglia, non riesce a esprimere il suo affetto e le sue emozioni ma appare dedito al sacrificio pur di “non fare mancare nulla ai propri figli”.

In linea con la visione tradizionalista della famiglia, la figura materna è quella di una donna che si dedica alla cura della casa, dei figli e del marito tanto che la decisione di lavorare ha un grosso impatto concreto ed emotivo su Mattia.

Il lavoro in terapia si è dapprima concentrato sulla visione del paziente rispetto alle figure genitoriali, sui valori che gli hanno trasmesso e su come questi aspetti abbiano contribuito alla visione della famiglia ideale di Mattia.

Anche per il paziente, infatti, la famiglia è il luogo dove può esprimersi maggiormente; si descrive come un “marito attento” ma come un “padre rigido” rispetto allo stile educativo caldeggiato dalla moglie.

Procedendo nel lavoro, Mattia è stato sostenuto e incoraggiato nella ricerca delle correlazioni tra i modelli genitoriali e il suo essere padre e compagno, giungendo a diverse riflessioni sulla sua visione della paternità, sulle sue aspettative rispetto al suo ruolo e a quello della moglie e sui suoi valori.

Sono emersi aspetti emotivi per lui inaspettati poiché, mentre razionalmente ha un’immagine di famiglia caratterizzata da una divisione paritaria dei ruoli, a livello emotivo e comportamentale tende a riproporre valori e ruoli della sua famiglia di origine che sono diventati troppo rigidi per essere sostenuti nella sua situazione familiare attuale.

La moglie, infatti, a differenza della madre di Mattia, lavora su turni spesso molto impegnativi sia a livello lavorativo che fisico oltre ad avere una concezione dei ruoli familiari più flessibile e meno tradizionalista di quella del marito.

Per il paziente è stato importante poter identificare i propri valori e le aspettative legate alla famiglia, focalizzandosi anche sulle emozioni e sulle incongruenze rispetto alla situazione attuale.

Le incongruenze significative nello schema di vita generale del soggetto possono, infatti, rappresentare un tassello chiave che aiuta ad interpretare lo Stile di Vita nel suo insieme³.

Procedendo con l’analisi della fratria, si può notare come il paziente sia il primogenito. Seguendo l’analisi dell’ordine di posizione proposto da Adler tendenzialmente il primogenito è un bambino che aveva tutto per sé e vorrebbe continuare a essere il primo; si sente autorizzato ad avere la precedenza e spesso è orientato all’affermazione.

Lavorando sul rapporto tra il paziente e il fratello è emerso come Mattia si senta sempre in dovere di tutelare le persone che percepisce più piccole o fragili, proprio come il fratello.

³ Come sostenevano Shulman e Mosak (1989), gli elementi descrittivi citati da una persona vengono trasformati in termini dinamici e si può giungere alla descrizione di un comportamento adattivo pianificato in una situazione psicologica specifica, un modo per affrontare i compiti vitali.

Nella descrizione della costellazione familiare, infatti, Mattia definisce il fratello come opposto a lui e ha sottolineato il suo ruolo di supporto costante.

Tuttavia, approfondendo il significato che il paziente associa all' "essere di supporto" al fratello emergono dei comportamenti molto paternalistici. Mattia tende a sottolineare la sua superiorità caratteriale ed emotiva rispetto al fratello ("io sono solare, lui è burbero. Le persone cercano la positività"; "io gli dico che deve fare questo o quello ma lui non ascolta...poi chiaro che non sta bene"....) con la conseguenza che il fratello si allontana dal paziente e quest'ultimo soffre senza capirne il motivo.

Lo stesso atteggiamento è riservato alla moglie che il paziente vede come "insicura, debole" e quindi come una persona da guidare e tutelare.

Mattia ha lavorato attivamente su queste considerazioni, riflettendo sulla rilettura di alcuni aspetti della sua storia familiare.

Nella Psicologia Individuale, infatti, la coppia terapeuta-paziente sviluppa un rapporto di natura creativa in cui il paziente racconta il proprio mito personale, in un setting il cui tempo è più rallentato rispetto alla quotidianità, e la coppia analista-paziente costruisce una nuova storia proprio dalla relazione e sulla relazione che si è progressivamente sviluppata all'interno del setting.

Mattia ha scoperto di essere più tradizionalista di quanto si aspettasse, di guardare alla realtà secondo schemi rigidi o "livelli" (così come li chiama lui).

Per lui, la vita è costituita da livelli molto rigidi; ogni livello corrisponde a una fase specifica, ad obiettivi da raggiungere e superato quel livello non si può tornare indietro. Allo stesso tempo, se qualche "prova" del livello non viene superata si perde tutto ciò che si era acquisito precedentemente.

Questa visione genera a Mattia sicurezza perché ha l'idea che il mondo abbia un ordine e che riconoscendo il livello nel quale stare può sapere che traiettoria di vita seguire. Il paziente ha scoperto e riflettuto sulla sua paura di perdere il controllo sia sulle cose che sulle persone.

Per gestire questa paura, mette in atto una serie di compensazioni (ossia delle strategie consce o inconscie) coerenti con l'immagine del proprio Sé e che lo aiutano ad affrontare le difficoltà della vita.

Mattia, infatti, cerca di essere per gli altri un sostegno e un supporto in modo da essere necessario per loro e quindi abbassare le probabilità che gli altri "lo abbandonino".

Alcune informazioni fondamentali circa lo Stile di Vita del paziente, possono essere rintracciate nel racconto dei suoi primi ricordi.

Nel primo ricordo narrato, ad esempio, erano presenti entrambe le figure genitoriali ed era centrale il tema dell'abbandono e infatti esso è stato oggetto di diverse esplorazioni e riflessioni soprattutto per comprendere il motivo per il quale, secondo il paziente, da piccolo avesse deciso di prendere

le chiavi dal cappotto della madre per giungere all'insight sulla sua paura dell'abbandono e sui relativi comportamenti di controllo messi in atto fin da bambino.

Nella storia di Mattia, il prendersi cura dell'altro potrebbe apparentemente sembrare l'espressione del suo sentimento sociale ma, analizzando il senso profondo delle sue azioni, appare evidente come il paziente utilizzi questi comportamenti per tenere legate a sé le persone della sua vita svelando un sentimento sociale carente.

Il rapporto tra il paziente e la madre è stato profondo sin dall'infanzia. La donna, dedicandosi completamente alla famiglia e dapprima solo a Mattia, essendo il figlio maggiore, ha messo in atto comportamenti di iperprotezione nei suoi riguardi tanto da avergli impedito di evolvere.

In effetti, il primo grande momento di difficoltà raccontato dal paziente è relativo proprio al periodo nel quale la madre iniziò a lavorare. Questo evento lo segnò profondamente tanto da avere un periodo che lui definisce "di depressione".

Fino a quel momento, infatti, Mattia era convinto che nella vita ogni cosa fosse ottenibile subito e senza alcuna difficoltà, unicamente grazie all'intervento di altri (nel suo caso la mamma e la nonna) e pian piano è diventato poco capace di risolvere i problemi esistenziali.

Coerentemente con quanto descritto, il paziente, in fase di raccolta dei primi ricordi, esprime l'urgenza di raccontare un secondo ricordo che risale proprio al periodo nel quale la madre iniziò a lavorare.

Egli ricorda sia la paura di essere interrogato sia l'esigenza di volere l'approvazione degli altri ("volevo stare simpatico a tutti").

Si può ipotizzare che non avendo sviluppato un buon grado di sentimento sociale, il paziente avesse sperimentato un forte sentimento di inferiorità e di conseguenza un "atteggiamento esitante".

Come sottolinea Adler ne *Il senso della vita* (1933), al sentimento di inferiorità si affiancano una serie di fenomeni sia psichici che fisici.

Nella storia del paziente si possono rintracciare sia i primi relativi al periodo di depressione raccontato da Mattia, sia i secondi rintracciabili nel "mal di pancia" esperito da Mattia.

È probabile che il paziente, non avendo sviluppato un adeguato sentimento sociale necessario per risolvere i problemi e le difficoltà della vita, sia rimasto disorientato dagli stessi.

La scarsa presenza di sentimento sociale viene mascherata dall'incessante aspirazione alla superiorità che mira a raggiungere una (falsa) superiorità personale.

Analizzando il compito vitale del lavoro, ad esempio, è emerso come il paziente abbia scelto una professione molto competitiva. Nel suo contesto lavorativo c'è poco spazio per la collaborazione e, questo aspetto, da un lato gli crea forti difficoltà ma dall'altro lo elettrizza perché ha l'impressione di riuscire a "chiudere affari che apparentemente sembravano impossibili".

L'esplorazione dei primi ricordi infantili, inoltre, ha permesso di porre l'accento sulle finalità progettuali del paziente. Come sostiene Rossi (2011), il terapeuta adleriano agisce creando un'atmosfera di sostegno, incoraggiamento e solidarietà in cui il paziente abbandona gli sforzi verso la superiorità e recupera le proprie qualità positive di sentimento sociale, i propri stati mentali ostacolati e frustrati nel corso del proprio sviluppo, sostituiti dalla propria meta fittizia.

Il rapporto analista-paziente è basato sulla relazione duale, in cui il Sé creativo del terapeuta incontra il Sé creativo del paziente per facilitare il disvelamento finzionale delle mete fittizie, il riconoscimento e la progettazione di un adattamento più consapevole, di altre mete più allineate alla personalità del paziente e realizzabili.

Il percorso terapeutico procede tuttora con l'esplorazione dei tre compiti vitali: lavoro, amicizia, amore e per ognuno di essi, il paziente sta operando una distinzione tra la sua visione ideale e la situazione attuale.

Il lavoro si concentra su due piani: da un lato comprendere la visione ideale del paziente rispetto ai tre compiti vitali e capire se le sue aspirazioni siano frutto di suoi desideri reali o di obiettivi irraggiungibili ma anche poco desiderati dal paziente; dall'altro lato il lavoro si snoda sulla comprensione di quali aspetti della sua vita presente sono funzionali e quali vorrebbe migliorare in un'ottica di benessere personale.

Mattia sta prendendo coscienza dei propri conflitti interiori e sta riformulando un nuovo progetto di vita.

Conclusioni

Ogni persona si comporta nella propria vita secondo l'opinione che ha di Sé e del mondo attuando dei comportamenti coerenti con tale visione.

La legge dinamica che ogni individuo si dà all'inizio della propria vita, con relativa libertà nell'uso delle proprie capacità, dei propri ricordi e dell'elaborazione delle esperienze è diversa per ogni persona sia come volontà che come traiettoria di movimento.

La costruzione concettuale e affettiva di uno Stile di Vita è operata da ogni bambino e tiene conto di fattori biologici, culturali, sociali e dell'interpretazione che il bambino dà a sé stesso, agli altri e all'ambiente. Gli serve per valutare la sua capacità di agire e interagire nell'ambiente che non è neutro ma ricco di eventi, esperienze, legami e significati.

Lo Stile di Vita si costruisce sulla base di impressioni soggettive, spesso guidate da successi o insuccessi e dai traguardi che il bambino si pone nel futuro.

Il percorso psicoterapeutico avviato con Mattia gli ha permesso di intraprendere un viaggio nella sua storia personale, gli ha dato l'occasione di guardare alla sua storia ma anche alle sue modalità di

narrarla. Ha permesso al paziente di comprendere una parte della sua visione del Mondo e di Sé stesso, i sentimenti, le emozioni che lo animano e anche i suoi traguardi.

Non è un viaggio lineare, spesso richiede un maggior lavoro su alcuni aspetti, per riflettere, rielaborarli, dargli un nuovo significato.

In questo percorso, è fondamentale la relazione di fiducia creata nella coppia terapeuta-paziente, che ha permesso a Mattia di svelare alcuni lati della sua personalità in un contesto protetto, lontano dal giudizio e dal pregiudizio.

Attraverso l'incoraggiamento adleriano, il paziente ha esplorato nuovi significati della sua storia e ha analizzato i suoi obiettivi, le sue aspettative su di Sé e sugli altri.

Il viaggio non è ancora terminato, Mattia sta lavorando molto sulla sua progettualità futura tenendo in considerazione i suoi bisogni e desideri ma anche con una maggiore consapevolezza delle sue capacità e delle sue dinamiche interiori.

Bibliografia

Adler, A. (1931). *What life should mean to you* (tr. it., *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*. Newton Compton, 1994).

Adler, A. (1933). *Der Sinn des Lebens* (tr. it., *Il senso della vita*. Newton Compton, 1997).

Adler, K.A. (1967). La psicologia individuale di Adler. In B.L. Wolman, *Psychoanalytic Techniques* (tr. it., *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*. Astrolabio, 1974).

Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler* (tr. it., *La psicologia Individuale di Alfred Adler*. Martinelli, 1997).

Bianconi, A., Simonelli, B. & Cairo, E. (2008). Gli equivalenti presimbolici nei sogni e nei primi ricordi: una chiave di lettura prospettica dello Stile di vita. *Rivista di Psicologia Individuale*, 64, 25-37.

Canziani, G. & Masi, F. (1979). Significato dei primi ricordi infantili: loro importanza nella diagnosi e nella psicoterapia con particolare riguardo all'età evolutiva. *Rivista di Psicologia Individuale*, 11, 15-34.

Ferrigno, G. (2005). Il “piano di vita”, i processi selettivi dello “stile di vita” e la comunicazione intenzionale implicita della “coppia terapeutica creativa”: dalla “teoria” alla “clinica”. *Rivista di Psicologia Individuale*, 58, 59-97.

Ghidoni, C. (2009). I protoricordi della memoria implicita nel sogno e nel transfert. *Rivista di Psicologia Individuale*, 65, 101-108.

- Hillman, J. (1983). *Healing Fiction* (tr. it., *Le storie che curano. Freud, Jung Adler*. Raffaello Cortina, 1984).
- Laguzzi, S. (2003). Narrazione, co-narrazione, co-rinarrazione nel processo analitico. *Rivista di Psicologia Individuale*, 54, 49-64.
- Mancia, M. (2004). *Sentire le parole*. Bollati Boringhieri.
- Pagani, P.R. (2001). L'utilità diagnostica delle notizie raccolte nel corso del "primo colloquio" e nelle sedute dedicate alla "costellazione familiare" e ai "primi ricordi d'infanzia". *Rivista di Psicologia Individuale*, 50, 5-26.
- Parenti, F. (1983). *La Psicologia Individuale dopo Adler*. Astrolabio.
- Rossi, M. (2011). Artifici di pensiero tra fantastico e reale: le finzioni, mete inconse di vita. *Rivista di Psicologia Individuale*, 69, 253-258.
- Shulman, B.H. & Mosak, H.H. (1989). *Manual for Life Style Assessment* (tr. it., *Manuale per l'analisi dello stile di vita*. Franco Angeli, 2008).

Studi adleriani

Rivista semestrale

Anno III – N. 5 – 2023



Scopo primario della pubblicazione è mettere in luce la modalità di operare del terapeuta adleriano. La casistica riportata comprenderà l'analisi di percorsi terapeutici dall'infanzia all'età adulta, sia a livello individuale che di gruppo. La psicologia individuale, con i suoi costrutti di stile di vita, sentimento e complesso di inferiorità, sentimento sociale, finzioni, protesta virile, ermafroditismo psichico, volontà di potenza risulta estremamente attuale e adattabile ai giorni nostri. La ricca casistica presentata negli articoli permetterà di comprendere le diverse forme di disagio psicologico e psichico che stanno caratterizzando la nostra epoca.



Con contributi di: *Valentina Accomando, Francesca Barillà, Giulio Brentazzoli, Aurelio Calcagno, Davide Maria Giarratana, Clementina Pizza*