

Rivista di studi adleriani

Rivista semestrale

Anno V – N. 8/9 – Giugno/Dicembre 2025



Scuola
Adleriana di
Psicoterapia del
CRIFU



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

Comitato Scientifico: Silvio Bolognini (Università eCampus), Pasquale Belardinelli (H San Raffaele Resnati Srl – Milano), Angela Francesca Molina (Associazione Psicologia Individuale Alfred Adler Milano – APIAAM / 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>L'uso delle carte Dixit in un intervento di counseling adleriano nel contesto scolastico</i> di Daniela Bosetto, Vittoria Arena, Francesca Barillà, Davide Maria Giarratana, Marco Lenzi, Camilla Mariani, Gloria Pavarini, Vincenza Papeo e Vincenza Scaglione	6
<i>Sentimento d'inferiorità e cooperazione nei contesti di emergenza: un intervento adleriano per operatori del soccorso</i> di Daniela Bosetto, Eduardo Calvanese, Arianna Longoni e Laura Manzini	24
<i>Siblings e Stile di vita: una prospettiva adleriana sulla relazione fraterna</i> di Francesca Barillà e Valentina Di Liberto Parisi	58
<i>Pulsione aggressiva e sessualità secondo il modello adleriano. Studio di un caso clinico</i> di Davide Maria Giarratana	75
<i>Il trattamento psicoterapeutico adleriano di un paziente con "personalità epilettica"</i> di Aurelio Calcagno	106
<i>Lettura della mutazione genetica BRCA come inferiorità d'organo nella psicologia individuale di Alfred Adler. Un progetto di intervento primario in ambito clinico</i> di Emanuele Panza	137
<i>Relazioni sentimentali e fragilità: un'analisi adleriana dell'adolescente</i> di Claudio Megna	157
<i>L'identità che si plasma nel dono: volontariato e sviluppo del Sé in ottica adleriana</i> di Giorgio V. Panetta	173
<i>An Adlerian reading of neurodivergence in child neuropsychiatry</i> di Simone Ruggiano	186
<i>Una rivisitazione della costellazione familiare: lo strumento "la mia famiglia"</i> di Marco Falk	203

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.

**L'uso delle carte Dixit in un intervento di counseling
adleriano nel contesto scolastico**
**di Daniela Bosetto, Vittoria Arena, Francesca Barillà, Davide
Maria Giarratana, Marco Lenzi, Camilla Mariani, Gloria
Pavarini, Vincenza Papeo e Vincenza Scaglione***

ABSTRACT (ITA)

La psicologia adleriana considera il contesto sociale fondamentale per lo sviluppo dell'individuo e in particolare del bambino. La scuola, come prima agenzia educativa, può favorire lo sviluppo della cooperazione e del sentimento sociale. Il successo scolastico è strettamente influenzato dalla capacità dell'individuo di interagire e cooperare con i propri pari. La scuola, in quanto ambiente che favorisce l'integrazione nel contesto sociale e produttivo, promuove lo sviluppo di abilità collaborative, indirizzando gli sforzi dell'individuo verso il lato utile della vita e si configura come un ambiente ideale per interventi di counseling scolastico. Il presente lavoro illustra un intervento di counseling adleriano all'interno di un istituto professionale e ha l'obiettivo di favorire una riflessione sull'identità personale e professionale degli studenti e delle studentesse coinvolti e di incrementare la cooperazione del gruppo puntando ad un miglioramento del clima emotivo. Nel primo intervento, qui presentato, sono state utilizzate alcune delle carte dixit precedentemente selezionate dal gruppo di lavoro, per stimolare la narrazione personale degli studenti. Le narrazioni sono state raccolte, trascritte *verbatim* e analizzate. Da questa analisi sono emerse alcune tematiche ricorrenti che potranno essere affrontate in una fase successiva dell'intervento.

Parole chiave: sentimento sociale, counseling, carte dixit, educazione, narrazioni

**The use of Dixit cards in an Adlerian counseling
intervention in the school context**
**by Daniela Bosetto, Vittoria Arena, Francesca Barillà, Davide
Maria Giarratana, Marco Lenzi, Camilla Mariani, Gloria
Pavarini, Vincenza Papeo and Vincenza Scaglione**

ABSTRACT (ENG)

Adlerian psychology emphasizes the critical role of the social environment in shaping the development of the individual, with particular focus on the developmental processes of children. The school, as the primary educational agency, can promote the development of cooperation and social feeling. Academic success is strongly shaped by an individual's skill to engage and collaborate with peers. The school, as an environment that facilitates integration into both social and productive spheres, encourages the development of collaborative abilities, guiding the individual's focus towards positive and productive aspects of life. Consequently, it provides an optimal context for the implementation of school counseling interventions. This study describes an Adlerian counseling intervention implemented in a vocational institute, designed to foster reflection on the personal and professional identities of the participating students and promote group cooperation, with an emphasis on enhancing the emotional climate. During the initial phase of the intervention, a set of Dixit cards, previously selected by the working group, was employed to encourage personal storytelling among the students. The narratives were gathered, transcribed verbatim, and analyzed. The analysis revealed recurring themes, which will be explored further in the next phase of the intervention.

Keywords: social interest, counseling, dixit cards, education, narrations

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

La psicologia individuale adleriana nel contesto scolastico

La complessità dell'insegnamento scolastico richiede una programmazione educativa e didattica che si focalizzi sul raggiungimento di obiettivi personalizzati, tenendo conto delle esperienze individuali degli studenti.

I nuclei tematici a livello psico-pedagogico riguardano l'attenzione all'interdisciplinarietà, allo stile comunicativo sia dell'insegnante con gli alunni sia degli studenti all'interno del gruppo classe.

Essi sono in linea con le riflessioni psicopedagogiche adleriane poiché ruotano intorno ad alcuni pilastri quali: stile di vita, incoraggiamento attraverso la valorizzazione delle risorse espressive preesistenti e l'educazione al sentimento sociale.

La scuola dovrebbe considerare ogni ragazzo e ogni ragazza come una personalità unica che va supportata per poter germogliare.

Secondo Adler (1975), il compito dell'educatore dovrebbe consistere, in primo luogo, nel vegliare, affinché nessun ragazzo si scoraggi a scuola, e nel fare in modo che coloro che vi giungono già scoraggiati ritrovino la fiducia in sé grazie alla scuola e all'intervento dell'insegnante.

Una scuola diventa motivante e inclusiva se riesce a promuovere il benessere generale che diventa un fattore protettivo per lo sviluppo di ogni allievo. È importante, perciò, non giudicare frettolosamente gli studenti con delle "etichette" (es: studenti "difficili") ma considerare ogni alunno nella sua unicità, tenendo in considerazione gli aspetti cognitivi, socio-ambientali ed emotivi che lo caratterizzano anche attraverso un insegnamento individualizzato e una focalizzazione sugli aspetti relazionali di ogni studente all'interno del gruppo classe.

Lavorando sugli aspetti relazionali, infatti, è possibile limitare gli impatti di eventuali svantaggi culturali e favorire il massimo sviluppo di ciascuno anche attraverso la sperimentazione della cooperazione all'interno del gruppo dei pari (Ferrigno, 1994).

Incoraggiare, invece, significa saper comunicare in un clima di cooperazione e avere fiducia nelle capacità degli studenti sia come individui che come gruppo classe.

Proporsi agli studenti e studentesse con atteggiamenti di sfiducia rispetto alle loro possibilità di migliorare il loro profitto o comportamento potrebbero rinforzare una visione negativa del Sé della persona così come dimostrato da diverse ricerche sul cosiddetto "effetto Pigmalione" (Lumbelli, 1982).

L'apprendimento, inteso come ristrutturazione della percezione che l'individuo ha di sé e del mondo, avverrà più facilmente se si svolgerà in condizioni di rapporto interattivo all'interno del gruppo classe.

Adler, per la sua particolare sensibilità ai problemi sociali, è stato tra i primi a porre l'accento sull'importanza di agire nei contesti relazionali di maggiore influenza, come la famiglia e la scuola, per la strutturazione della personalità.

Tra gli adleriani, Dreikurs fu costantemente impegnato alla sensibilizzazione psicologica degli insegnanti e degli operatori sociali secondo la teoria adleriana. Dreikurs inizialmente aveva condiviso con Rogers l'importanza del counseling e del riconoscimento di specifiche figure professionali in questo settore e riteneva che il trattamento di counseling dovesse essere rivolto a persone in difficoltà per problemi correnti, per aiutare la chiarificazione e il superamento delle loro difficoltà (Fulcheri & Accomazzo, 1999).

La riuscita scolastica è fortemente condizionata dalla capacità dell'individuo di cooperare con i propri simili; la scuola stimola l'inserimento nella realtà sociale e produttiva, incoraggia la capacità del soggetto di cooperare con i propri simili orientando i propri sforzi verso il lato utile della vita. Essa diventa il contesto ideale per interventi di counseling scolastico i cui elementi fondamentali risultano essere la costruzione di una nuova identità sociale, l'inserimento nel gruppo dei pari e lo svincolo dalla propria famiglia.

Essi rappresentano alcuni compiti vitali che soprattutto in adolescenza devono essere affrontati per l'evoluzione del Sé.

Secondo Galimberti (2006), l'attività di counseling ha come obiettivo principale quello di aiutare l'individuo a sviluppare una visione chiara e realistica di sé stesso e dell'ambiente sociale in cui è inserito.

In questo modo, la persona può affrontare con maggiore consapevolezza le scelte professionali e gestire meglio le relazioni interpersonali. Per poter raggiungere questi obiettivi è necessario avviare un processo di riorganizzazione e ridefinizione dei fattori che permettono all'individuo di affrontare in modo più efficace le difficoltà legate all'evoluzione sia personale che professionale.

Presentazione del gioco Dixit

Originariamente pensato nell'ambito ludico-ricreativo, Dixit figura quale gioco da tavola narrativo e simbolico costituito da un set di carte base più diverse espansioni. Concepito nel 2002 dal dottor Jean-Louis Roubira, neuropsichiatra infantile, Dixit è adoperato per agevolare il contatto con i vissuti infantili, al di fuori dell'ambito clinico "tradizionale". In ogni carta è raffigurata un'illustrazione ricca di elementi simbolici che si presta a più possibilità interpretative e proiettive. Nel gioco da tavola si sceglie un narratore che seleziona una carta e la descrive con un termine evocativo, e in seguito il resto dei partecipanti deve indovinare la carta tra diverse possibilità

mettendo in campo le proprie capacità empatiche e immaginative. In termini generali, Dixit assurge a strumento che favorisce la condivisione di vissuti emotivi anche differenti tra i partecipanti.

L'uso delle carte Dixit nella consulenza e in psicoterapia

Sulla base di queste potenzialità del gioco Dixit, le carte sono utilizzate in ambito di consulenza e nel lavoro clinico come facilitatori dell'espressione emotiva e dell'accesso ai contenuti inconsci. Di fatto, sempre più professionisti dell'ambito clinico e educativo, da una parte, e un numero sempre maggiore di pazienti e clienti di ogni età sembrerebbero apprezzarle, il che ne spiegherebbe la popolarità e la rapida diffusione. La versatilità d'uso delle carte favorisce il lavoro in setting individuale, di coppia, familiare e gruppal. Le immagini fungono da stimoli narrativi che consentono l'oggettivazione di particolari temi elicitati dalle carte nonché la condivisione e l'immersione in contenuti psichici personali e collettivi. Di fatto, la selezione di alcune carte tra i diversi set base personale ata, ed espansioni e, di seguito, l'incoraggiamento a sviluppare una narrazione sulla base di quanto percepito e rievocato favorisce uno sguardo interiore e una condivisione all'interno dello spazio dinamico. Il professionista, da un lato, guida l'elaborazione di tali contenuti attraverso domande aperte, chiarificazioni e riformulazioni empatiche e, dall'altro, specificatamente per l'ambito clinico, porta il paziente all'insight a partire dai significati attribuiti ai temi emersi dall'interpretazione delle carte. Questa modalità di lavoro clinico, tanto versatile quanto creativa verso nuove significazioni, conduce con maggiore efficacia alla consapevolezza emotiva e alla elaborazione simbolica.

Un esempio di progetto di intervento scolastico con le carte Dixit

In una scuola secondaria di secondo grado presente nel territorio lombardo, era stato attivato inizialmente uno sportello d'ascolto psicologico rivolto a personale docente e non docente, studenti e genitori. Allo sportello è stata resa nota una difficoltà relazionale di un certo gruppo classe dello stesso istituto, gruppo eterogeneo di alunni di diverse etnie ed estrazione socioculturale. A seguito di tale segnalazione, è stato progettato un intervento con l'obiettivo generale di promuovere comportamenti prosociali e benessere degli alunni coinvolti. Si perseguono obiettivi specifici quali migliorare la comunicazione circolare ed empatica e, di conseguenza, la coesione dello stesso gruppo classe; sviluppare la capacità di riconoscimento, espressione e modulazione emotiva; favorire la costruzione di rapporti interpersonali funzionali; educare a una crescita emotivo-affettiva a partire dal contatto con le proprie emozioni. Per quanto concerne i tempi di lavoro, l'intervento si è articolato in un incontro nel mese di febbraio. La metodologia di riferimento afferisce alla

corrente adleriana e in particolare all’approccio creativo. La modalità di lavoro prevede l’analisi del fabbisogno attraverso l’incontro con una docente referente, l’osservazione in loco delle dinamiche del gruppo classe, la somministrazione delle carte Dixit, la discussione degli elementi emersi con gli alunni. La restituzione è stata individuale in quanto gli alunni della classe hanno scelto di accedere allo sportello di counselling psicologico.

Modalità di somministrazione delle carte

Sono state selezionate 19 carte, a ciascuna delle quali avevamo assegnato un nome per identificare meglio il tema di ognuna. Gli studenti, tuttavia, non erano a conoscenza dei nomi attribuiti alle carte.

Consegna: “Sulla cattedra ci sono 19 carte Dixit. Ognuno di voi può sceglierne fino a un massimo di 3. Successivamente, vi chiediamo di scrivere su un foglio cosa vi ha spinto a scegliere quelle determinate carte. Poi, condivideremo insieme le vostre osservazioni”.

Raccolta dati emersi

Nome della carta: TECNOSTRESS n° scelte 7

1. Alunno: anonimo

Narrazione: *“Ho scelto questa figura perché per me rappresenta la dipendenza dallo smartphone che nel mondo di oggi è molto diffuso”.* Non si firma, ma scrive **IO HO LE CUFFIE!**

Analisi

Nel foglio ci sono delle cancellature: scrive *“indipendenza”* che poi cambia. Forse la tecnologia, al contrario di quanto viene diffuso mediaticamente, diventa un tentativo di affermare la propria autonomia. Sembra emergere un bisogno di autoaffermazione attraverso la trasgressione anche se con un notevole conflitto interiore. E così pure cancella *“adesso”*, per scrivere *“oggi”*. Come se nella generalizzazione, emergesse la sua difficoltà nel capire il concetto del tempo.

2. Alunno: anonimo

Narrazione: *“Ho scelto l’immagine dove viene rappresentato un ragazzo che lotta con i telefoni. Mi piace perché rappresenta un po’ il mondo di oggi dove ormai le persone non riescono a stare senza social e sono sempre attaccati sullo schermo creando una dipendenza”.*

Analisi

Sembrano emergere delle emozioni di frustrazione e preoccupazione; l’adolescente sembra percepire la tecnologia come una forza oppressiva, capace di intrappolare le persone. Questa preoccupazione potrebbe riflettere una sensazione di impotenza di fronte alla connessione digitale.

La frase *“Ormai le persone non riescono a stare senza social”* potrebbe indicare una spinta interiore per liberarsi da questa influenza. L'adolescente potrebbe sentirsi intrappolato in dinamiche digitali che potrebbe percepire come obbligatorie per poter far parte del gruppo. La lotta simbolica del personaggio potrebbe rappresentare un'espressione di autodeterminazione e resistenza.

La critica sulla dipendenza potrebbe rappresentare una parte di sé che desidera combattere contro l'uso eccessivo del dispositivo, ma che fatica, comunque, a trovare una soluzione concreta. La scelta dell'immagine potrebbe rappresentare un bisogno di controllo personale, dove la lotta simboleggia la ricerca di equilibrio tra autonomia e le pressioni sociali.

3. Alunno: anonimo

Narrazione: *“Ho scelto queste due immagini perché secondo me rappresenta un po' come sto in questo periodo e vorrei cercare di uscirne. Nella prima foto che ho scelto si vede che è molto preoccupata e molto stressata, sta per le sue e si esclude da tutte”.*

Analisi

Sembrano emergere diverse emozioni dalla preoccupazione all'ansia, allo stress fino a sentimenti di esclusione/estranazione.

Possibile identificazione nel soggetto della carta Dixit e desiderio di situazioni più stabili e gratificanti.

4. Alunno: Antonio

Narrazione: *“Ho scelto il disegno della bambina con la spada e i telefoni”.*

Analisi

Nessuna possibilità di attribuire una motivazione alla scelta della carta.

La scelta della carta potrebbe rappresentare il bisogno di avere delle regole.

5. Alunno: anonimo

Narrazione: *“Ho scelto l'immagine dei cellulari perché la realtà che cerchiamo di creare all'interno ci dissocia in quello che è il mondo reale. La ragazza cerca di lottarci dopo aver capito il male che gli fa”.*

Analisi

La narrazione riporta una vasta gamma di emozioni, tra cui conflitto interiore, disorientamento e un senso di presa di coscienza dolorosa. L'idea di una *“dissociazione”* tra la realtà interna ed esterna potrebbe suggerire una difficoltà di conciliazione tra il vissuto emotivo e l'ambiente reale. Questo aspetto potrebbe generare frustrazione e una sensazione di disconnessione. La frase *“La ragazza cerca di lottarci dopo aver capito il male che gli fa”* potrebbe indicare una presa di coscienza dolorosa, ma anche illuminante. Questa rivelazione potrebbe rappresentare la consapevolezza di una situazione potenzialmente dannosa. Inoltre, la frase sembra suggerire determinazione e desiderio di superare una situazione difficile (*“cerca di lottarci”*). Qui si potrebbe ipotizzare una lotta per il cambiamento ma anche una forma di resistenza al male o alla sofferenza. L'intera dinamica tra il *“cercare di creare”*

una realtà e la consapevolezza del danno potrebbe evocare anche un sentimento di impotenza rispetto alla propria capacità di controllo sugli eventi.

6. Alunno: anonimo

Narrazione: *“La figura che ho scelto è formato da un ragazzo che sta tirando la corda e attorno girano i telefoni. Ho scelto questa immagine perché mi fa provare le emozioni di: lotta, potere e non mollare, cioè di coraggio. Perché in questa generazione tutte le persone del mondo sono attaccati al telefono o con altri dispositivi del tipo: computer, playstation, ecc. Questo può provocare dipendenza e non va bene per la nostra salute mentale. Quindi si trova un modo per distaccare anche perché queste sensazioni le sto provando in questi”.*

Non si firma, ma disegna un occhio.

Analisi

Usa poca punteggiatura: difficoltà nel distacco (ansia da separazione?). L'aggressività emerge nel tirare la corda, ma sta anche nei temi portati di lotta e potere. In parallelo c'è l'idea del coraggio inteso come perseveranza nella lotta, il coraggio viene inteso come controllo. Fatica a riconoscere le emozioni che non siano la competizione/conflitto e la prevaricazione. Potrebbe utilizzare l'adeguamento al moralismo per autorizzarsi a chiedere aiuto?

7. Alunno: anonimo

Narrazione: *“Un ragazzo gioca con i cellulare video giochi”.*

Lo studente descrive solamente la scena rappresentata.

Proiezioni

Lo studente potrebbe identificarsi con il ragazzo che gioca.

Nome della carta: L'AGGRESSIVITÀ - n° scelte 7

1. Alunno: anonimo

Narrazione: *“Come seconda figura ho scelto l'immagine del leone che prova a passare ma non ci riesce (impotenza) perché davanti a sé ci sono le colonne e questa immagine mi fa capire che nonostante gli ostacoli non dobbiamo mai mollare ma trovare un punto di incontro per superarla però un'altra cosa che sto vivendo in questo momento è sentirmi intrappolata dai miei pensieri ma sto provando ad uscirne: anche se a volte non ci riesco”.*

Non si firma, ma disegna un occhio.

Analisi

Emerge la percezione dell'impotenza personale ma anche di un sentimento sociale portato dalla condivisione di questa impotenza con gli altri (utilizza il noi). Non manca anche la richiesta d'aiuto rispetto alla difficoltà di gestire pensieri ossessivi che probabilmente non vengono denunciati esplicitamente ma qui sì. Questa ipotesi sembrerebbe avvalorata dalla presenza del disegno degli occhi che potrebbero evocare l'invasività di pensieri persecutori.

2. Alunno: anonimo

Narrazione: *“La seconda immagine per me rappresenta il leone intrappolato. Mi piace perché spiega realmente ciò che succede anche oggi, cioè che molti animali sono chiusi in una gabbia privati della loro libertà”.*

Analisi

L'adolescente sembra provare una forte empatia per la condizione del leone raffigurato, identificandolo come una creatura potente ma costretta alla prigionia. Questo può riflettere diverse emozioni: la tristezza e frustrazione poiché la parola *“intrappolato”* sembrerebbe suggerire una condizione di sofferenza e ingiustizia. Questa sensazione può emergere da una sensibilità verso il tema della libertà, più in generale alla condizione di chi viene limitato nelle proprie possibilità.

Sembrano emergere emozioni di rabbia e indignazione; l'idea di *“privare della libertà”* sembra esprimere questa situazione come un torto, un'ingiustizia che deve essere riconosciuta.

L'idea del leone imprigionato può essere letta anche come una proiezione dello stato d'animo dell'adolescente. La gabbia potrebbe rappresentare non solo la condizione degli animali, ma anche una percezione soggettiva della propria esperienza.

Il leone potrebbe essere una metafora della sensazione di sentirsi in trappola, incapaci di esprimere appieno la propria forza e il proprio potenziale.

Esso è anche un simbolo di potenza, il fatto che sia intrappolato suggerisce un contrasto tra ciò che l'adolescente sente di poter essere e i vincoli che lo limitano.

3. Alunno: anonimo

Narrazione: *“(...) invece nella seconda foto che ho scelto si vede un leone intrappolato ma non dentro una gabbia sennò dentro a delle colonne e nonostante provi ad uscire non riesce un po' come me che mi sento chiusa dentro e non riesco ad uscirne”.*

Analisi

Sembrano emergere diverse emozioni di rabbia/aggressività e la sensazione di sentirsi in trappola. Possibile senso di costrizione e valutazione negativa delle proprie risorse personali.

4. Alunna: Erika

Narrazione: *“La seconda foto che ho scelto è quella del leone intrappolato nelle colonne che mi suscita un po' di rabbia, ma allo stesso tempo tristezza e secondo me rappresenta il Non riuscire a uscire da certe situazioni”.*

Analisi

L'adolescente si rivede nel leone, simbolo di forza, ma bloccato da ostacoli. Prova rabbia per la frustrazione e il desiderio di libertà, ma anche tristezza per la sensazione di impotenza.

Le colonne potrebbero rappresentare i vincoli esterni (famiglia, scuola, società) o insicurezze interne. L'idea di *“non riuscire a uscire da certe situazioni”* potrebbe riflettere il timore di non poter cambiare la propria realtà. Il senso di blocco potrebbe derivare da un complesso di inferiorità.

L'immagine rappresenta un conflitto tra forza e costrizione, che potrebbe essere superato con maggior consapevolezza e strumenti per agire sulla propria vita.

5. Alunno: anonimo

Narrazione: *“Un leone che può arrabbiarsi”.*

Analisi

Emerge l'emozione della rabbia. La narrazione è molto sintetica.

È possibile che il ragazzo si identifichi con la rabbia del leone.

6. Alunna: Gabriela

Narrazione: *“Il leone mi piace perché è forte e ha problemi”.*

Analisi

La narrazione è molto sintetica. Esprime il gradimento per la carta Dixit raffigurante un leone tra le colonne di una struttura architettonica classica.

L'ipotesi interpretativa vede una scelta legata a identificazione o ad aspirazione personale. Possibile simbolo di potenza o aggressività. Possibilmente rappresentativa di ambivalenza tra risorse e criticità personali.

7. Alunno: anonimo

Narrazione: *“In questa immagine vedo il leone intrappolato e mi rappresenta perché in alcune cose ho dei blocchi e mi sento intrappolata, magari cose che mi piacerebbe fare ma non posso”.*

Si firma LEONE

Analisi

La ragazza esterna un pensiero legato a un sentimento di inferiorità, l'impossibilità di scegliere a causa di regole restrittive.

Nome della carta: IL MONDO GRIGIO n° scelte 4

1. Alunno: anonimo

Titolo assegnato: IL VALORE È ALTROVE

Narrazione: *“Ho scelto questa figura perché per me rappresenta che il mondo di oggi si sta spegnendo dai colori accesi e vivaci che c'erano tanto tempo fa”.*

Non si firma, ma scrive IO HO LE CUFFIE!

Analisi

Emerge il confronto da sostenere con un mondo vincente, quello del passato di generazioni vivaci, letteralmente vive. Il passato è il rifugio, è la certezza del valore.

Il presente è spento, senza vita e questo fa emergere un tono depressivo, nostalgico per un mondo tuttavia mai conosciuto. La parte vitale (il coniglio) viene addirittura ignorata, le emozioni non vengono proprio considerate. Forse la contrapposizione con le regole diventa l'unica certezza.

2. Alunno: anonimo

Narrazione: *“Penso sia un coniglio che vede un mondo grigio senza felicità e che ha paura di affrontare se non ha qualcuno al suo fianco”.*

Analisi

Identificazione con il coniglio. Risuona la tristezza e l'appiattimento emotivo: l'ambiente appare come un luogo privo di vitalità e fa paura. È difficile affrontarlo da soli: emerge un forte bisogno di sostegno. Si ipotizza la presenza di un sentimento di inferiorità nella persona; sembra che questa stia chiedendo aiuto.

3. Alunno: anonimo

Narrazione: *“Il coniglietto guarda lo specchio e vede la città, non è contento”.*

Analisi

Dialogo con se stesso e l'ambiente. Particolarmente significativo, nel riconoscersi in un sistema più grande.

4. Alunno: anonimo

Narrazione: *“Piccoli e soli”.*

Analisi

Emergono temi di solitudine e impotenza di fronte agli accadimenti esterni. Tema del piccolo (io) e del grande (mondo) e senso di inferiorità.

Nome della carta: IN CLASSE n° scelte 6

1. Alunna: Erika

Narrazione: *“La foto che ho scelto è dove tra i banchi di scuola un Troll piange; l'ho scelta perché mi sento un po' come lui quando sono a scuola, e mi piace l'immagine”.*

Analisi

Identificazione con il troll. L'adolescente potrebbe riconoscersi nel troll che piange, sperimentando possibili sentimenti di solitudine e inadeguatezza a scuola. La proiezione del troll potrebbe riflettere un possibile complesso di inferiorità e bisogno di appartenenza.

Il piacere provato nell'immagine potrebbe indicare una speranza di accettazione e comprensione. Il gesto del bambino che porge il fiore potrebbe rappresentare il desiderio di empatia e riconoscimento sociale.

2. Alunno: anonimo

Narrazione: *“La seconda immagine rappresenta tre persone sedute sui banchi di scuola. Ho scelto questa foto perché in realtà è un po' come mi sento ultimamente, presa in giro da tutto e tutti. Nonostante questo, però, ho delle persone che riescono a tirarmi su e a non farmi sentire presa in giro e, anche se per poco tempo, ci riescono. Penso anche che rappresenti una delle mie paure più grandi essere giudicata dagli altri; molte volte è così però molte altre no”.*

Analisi

La ragazza esplicita l'emozione della "paura" a fronte del sentirsi presa in giro dagli altri. Potrebbe essere presente anche un'emozione di tristezza o di rabbia. Allo stesso tempo la ragazza sente di avere persone che la fanno sentire diversamente. La ragazza sembra essersi identificata con il troll.

3. Alunno: anonimo

Narrazione: *"La prima immagine a scuola e qualcuno preoccupato".*

Analisi

Alunno sensibile nel percepire il disagio a scuola, qualcuno preoccupato, non vede il futuro.

4. Alunno: anonimo

Narrazione: *"Penso che rappresenti una buona parte della mia infanzia, però senza qualcuno che mi porge il fiore".*

Analisi

Identificazione con la figura in lacrime. Emerge un vissuto di vergogna della persona: questa pare aver scoperto tale emozione in infanzia e ciò ha tuttora un impatto su di lui/lei. Non si è sentito compreso/a dagli altri; l'esperienza non è stata rielaborata. Si ipotizza un senso di inadeguatezza dell'individuo e una mancanza di sostegno.

5. Alunna: anonimo

La studentessa non specifica la carta scelta. Si ipotizza sia quella della classe.

Emerge il senso di inferiorità insieme ad un senso personale di fragilità e di percezione dell'esterno come pericoloso. Come risorse cita la religione e Dio.

6. Alunno: anonimo

Titolo assegnato: "LA BELLEZZA DELLE PERSONE"

Narrazione: *"Questa immagine viene sottolineata un "mostro" che magari si vede brutto; quindi, cerca di nascondersi e di chiudersi in se stesso, ma magari le altre persone non lo vedono brutto e cercano di farlo sentire a proprio agio".*

Identificazione con la figura in lacrime.

Analisi

L'alunno si rivede nel "mostro", tuttavia ne dà una lettura positiva: gli altri possono aiutarci a stare meglio e a farci vedere le cose secondo una prospettiva diversa; sono una risorsa. Per tale ragione, non siamo soli. Si ravvisano elementi di incoraggiamento, ascolto empatico e accoglienza. Il titolo stesso ci evidenzia il lato funzionale degli altri.

Nome della carta: LE REGOLE n° scelte 3

1. Alunno: anonimo

Titolo assegnato: "LE NOSTRE SCELTE"

Narrazione: *“L’immagine dei segnali stradali io la vedo un po’ come le scelte che dobbiamo fare nella vita, tipo, per esempio, il segnale di stop che magari può significare che ti devi fermare un attimo”.*

Analisi

Si evince la presenza di un momento di riflessione e l’attribuzione di importanza delle scelte. Scegliere implica delle responsabilità individuali che hanno un impatto su noi stessi e sugli altri; nello specifico, la pausa di autoanalisi può rappresentare un punto in cui raccogliere i pensieri e da cui ripartire. Il titolo sottolinea l’appartenenza delle scelte e il loro aspetto personale.

2. Alunno: Antonio

Narrazione: *“Ho scelto il disegno con cartello di stop rosso e cartelli rotondi di colore blu”.*

Nessuna possibilità di attribuire la carta scelta.

Analisi

La scelta dell’immagine potrebbe rappresentare il bisogno di avere delle regole.

3. Alunno: anonimo

Narrazione: *“La carta che ho scelto è lo STOP: perché prima ero una persona che si vergognava di se stessa perché non mi valoravo a me stessa e lasciavo che le persone passassero sopra di me. Ho sbagliato di pensiero e comportamento. Ho deciso di dire STOP ai miei pensieri e comportamenti e valorarmi di più a me stessa e non lasciare che le persone passino sopra di me. Al rispetto per me e per gli altri”.*

Analisi

La narrazione trasmette un insieme di emozioni profonde legate alla crescita personale, alla consapevolezza e al desiderio di auto-riscatto. La vergogna provata in passato potrebbe richiamare un senso di inadeguatezza che potrebbe essere associato alla vergogna di non essere all’altezza delle proprie aspettative o di quelle degli altri. L’atto di ammettere di aver *“sbagliato di pensiero e comportamento”* porta con sé una sensazione di consapevolezza e presa di coscienza. Questa consapevolezza si trasforma in un momento di crescita, un cambiamento di prospettiva che può portare sia dolore che liberazione. L’affermazione *“Ho deciso di dire STOP”* e il fatto di volersi valorizzare maggiormente, potrebbero suggerire una forte emozione di determinazione, di cambiamento e di autocompassione. Potrebbe essere un atto di autocura e di impegno nel rifiutare vecchi schemi che la danneggiavano.

Nome della carta: RUOLI n° scelte 3

1. Nome alunno: anonimo

Narrazione: *“Nell’immagine che ho scelto ci sono rappresentate una ragazza seduta con in braccio una bambina. A primo impatto, quest’immagine ha catturato la mia attenzione perché amo prendermi cura delle persone, mi trasmette un senso di calma e pace con me stessa indescrivibile. Penso anche che la mia mente sia stata attratta,*

perché in futuro sogno di diventare madre di tre bimbi (tre è il numero perfetto in tutto) e avere quindi la responsabilità di tre persone”.

Analisi

La studentessa parla di senso di calma e pace e sembra identificarsi con la ragazza che ha in braccio una bambina, probabilmente perché ha colto in lei un aspetto di cura e maternità desiderata dal momento che vorrebbe avere dei figli.

2. Alunna: Alaa

Narrazione: *“In questa foto si vede una ragazzina che tiene tra le braccia una persona cara a lei, che crescendo le ha dato tutto l'affetto di cui aveva bisogno, ma con il passare del tempo entrambe cambiano una diventa più forte e preparata a iniziare la vita da adulta, l'altra ormai troppo grande che è tornata bambina ha bisogno di sostegno e affetto come faceva in passato. Dimostra il capovolgersi di certe situazioni”.*

Analisi

La studentessa sceglie solo una carta, nel foglio rimane una prima parte scritta e subito dopo cancellata. Sembra emergere un riconoscimento dei ruoli, la persona cara potrebbe essere la nonna. Manifesta un'attenzione alla cura degli anziani come un risarcimento, un dono/debito rispetto alla cura ricevuta.

3. Alunno: anonimo

Narrazione: *non presente*

Analisi

In assenza della narrazione si potrebbe ipotizzare che l'alunno abbia scelto la carta perché in essa emergono temi di risarcimento all'adulto da cui egli/ella ha ricevuto il tema del “dono-debito” intergenerazionale. Non si hanno altri dettagli per formulare altre ipotesi.

Nome della carta: ACCUDIMENTO n° scelte 2

1. Alunna: Gabriela

Narrazione: *“Un orso con tutti i bambini, mi piace che”.*

La narrazione si interrompe e si osservano delle cancellature.

Analisi

Esprime gradimento per la carta Dixit rappresentante orso polare e bambini. L'ipotesi interpretativa vede una scelta legata al bisogno di protezione, vicinanza affettiva e socialità.

2. Alunno: anonimo

Narrazione: *“In questa immagine vedo un orso polare che abbraccia dei bambini e mi rappresenta perché cerco molto affetto”.* ORSO POLARE

Analisi

Una richiesta esplicita emerge il bisogno di affetto e il bisogno di calore.

Nome della carta: L’AFFANNO n° scelte 1

1. Alunno: anonimo

Narrazione: *“Ho scelto quell’immagine perché mi ricorda il periodo che andavo in manifestazione e momenti felici in cui conoscevo persone con il mio stesso modo di pensare e modo di vivere”.*

Analisi

La frase evoca una serie di emozioni legate alla nostalgia, alla connessione sociale e al senso di appartenenza. L’uso del termine *“mi ricorda”* potrebbe suggerire una forte sensazione di ritorno a un passato che è stato significativo. La nostalgia è accompagnata dal desiderio di rivivere quei momenti positivi. Parlando di *“momenti felici”*, emerge un’emozione di gioia legata alla condivisione di esperienze con altre persone che avevano lo stesso modo di pensare e vivere. È presente una sensazione di gratificazione nell’aver condiviso ideali e passioni con gli altri. La riflessione sul passato, associata a momenti positivi, potrebbe anche portare con sé un certo rammarico o il desiderio di tornare a quelle esperienze, come se quel periodo fosse percepito come un tempo più autentico o soddisfacente.

Considerazioni conclusive

La richiesta di intervento da parte della scuola mirava a comprendere e migliorare il livello di interazione all’interno del gruppo classe. Dall’analisi della situazione emerge che le difficoltà relazionali non derivano da rivalità, discriminazioni o problematiche interpersonali, come ipotizzato inizialmente, bensì da un sentimento comune di fragilità e dalla difficoltà nel trovare emozioni positive all’interno del gruppo. Questa classe appare impegnata nell’affrontare le sfide tipiche dell’adolescenza: la crescita, la ricerca dell’identità e l’affermazione di sé, processi che solitamente si sviluppano anche attraverso il senso di appartenenza. Tuttavia, mentre il gruppo spesso rappresenta una risorsa e un sostegno, in questo caso sembra incapace di offrire quella forza di cui i ragazzi avrebbero bisogno.

Un ruolo significativo è giocato dalla tecnologia, che appare onnipresente e introduce non solo il tema dell’aggressività, ma anche quello dell’invasività. Ne deriva una percezione diffusa di mancanza di spazi privati e di intimità.

A livello emotivo, si riscontra un tono generale di tristezza, quasi come se i ragazzi provassero un senso di colpa per non essere nati in un’altra epoca. Questo stato d’animo sembra riflettere un senso di inadeguatezza e smarrimento di fronte alle sfide imposte dalla società contemporanea. Il desiderio di tenerezza e la fragilità emotiva emergono chiaramente, ma, come loro stessi affermano, “oggi” questi sentimenti risultano inconfessabili. Infine, in un contesto in cui il gruppo non riesce a fornire un sostegno emotivo, si riscontra anche la mancanza di validi punti di riferimento negli

adulti, aumentando il senso di solitudine e disorientamento. Questa consapevolezza o dubbio potrebbe far pensare che manchino delle figure di riferimento o anche solo di adulti disposti ad offrirsi come tali, cioè collaboratori nella loro ricerca di modelli da imitare nella fase evolutiva della loro crescita. Il senso di colpa esperito sembrerebbe impedire loro di coltivare la speranza, accrescendo la percezione di una notevole distanza da tutto ciò che circonda.

Griglia raccolta dati

Titolo Carte	N. scelte	Tematiche emerse
Energia vitale		
Il futuro		
L'affanno	1	Nostalgia - Connessione sociale - Bisogno di appartenenza - Contributo alla comunità - Autorealizzazione personale
Il tempo		
Ruoli	3	Calma e pace - Cura e maternità, Identificazione- Dono-debito intergenerazionale - Riconoscimento dei ruoli - Cura verso gli anziani
Accudimento	2	Bisogno di protezione - Bisogno di vicinanza affettiva e di socialità - Bisogno di affetto e calore

Tecnostress	7	Contro dipendenza - Conflitto interiore- Frustrazione - Preoccupazione - Disillusione critica e sociale - Equilibrio tra autonomia e pressioni sociali - Stress - Ansia - Esclusione - Bisogno di regole - Disorientamento - Consapevolezza - Sentimento di impotenza - Aggressività - Controllo - Coraggio - Identificazione
Fuori posto		
Equità		
Le regole	3	Autoconsapevolezza - Osservazione interiore - Ripartire - Personale - Appartenenza delle scelte - Responsabilità individuali - Bisogno di regole - Consapevolezza - Cambiamento - Desiderio di autoriscatto - Sentimento sociale - Sentimento di inferiorità - Crescita personale - Senso di inadeguatezza
L'equilibrio		
Il lavoro		
Il mondo grigio	4	Passato rifugio - Presente spento - Tono Depressivo - Tristezza - Appiattimento emotivo - Paura - Sentimento di inferiorità - Bisogno di sostegno - Solitudine - Impotenza - Sistema più grande
Il gioco delle emozioni		

Corsa senza tempo		
L'aggressività	7	<p>Aggressività - Impotenza - Pensieri ossessivi - Tristezza - Frustrazione - Rabbia - Indignazione - Costrizione personale - Conflitto tra forza interiore e limiti esterni - Sentirsi in trappola - Ambivalenza tra risorse e criticità - Senso di blocco - Identificazione</p>
La genitorialità		
Il sommerso		
In classe	6	<p>Solitudine - senso di inadeguatezza - Empatia - Complesso di inferiorità - Riconoscimento sociale - Paura - Tristezza - Rabbia - Identificazione - Preoccupazione - Vergogna - Mancanza di sostegno - Fragilità - Pericolosità - Incoraggiamento - Persone come risorse - Prospettiva - Accoglienza</p>

Bibliografia

Adler, A. (1975). *Psicologia dell'educazione*. Newton Compton.

Bolognini, A. (2019). *Test di A. Bolognini. Arte e counseling: costruzione di uno strumento di lavoro e suo utilizzo nel campo del sociale*. Giuffrè Editore.

Ferrigno, G. (1994). Interdisciplinarietà, linguaggi alternativi e comunicazione come incoraggiamento nella Scuola Media dell'obbligo. *Riv. Psicol. Indiv.*, 36, 17-36.

Lumbelli, L. (1982). *Psicologia dell'educazione. I. La comunicazione*. Il Mulino.

Fulcheri, M. & Accomazzo, R. (1999). Il counseling: un Giano bifronte. *Riv. Psicol. Indiv.*, 45, 57-84.

Galimberti, U. (2006). *Dizionario di Psicologia*. Garzanti.

Sentimento d'inferiorità e cooperazione nei contesti di emergenza: un intervento adleriano per operatori del soccorso

di *Daniela Bosetto, Eduardo Calvanese, Arianna Longoni e Laura Manzini**

ABSTRACT (ITA)

Gli operatori dell'emergenza sono frequentemente esposti a eventi critici ad alto impatto emotivo che possono riattivare profonde esperienze di impotenza, vulnerabilità e fallimento. Questo studio introduce uno strumento di raccolta dati ispirato alla Psicologia Individuale Comparata di Alfred Adler, finalizzato a esplorare l'applicabilità clinica dei costrutti di sentimento d'inferiorità, tensione verso la superiorità e interesse sociale tra operatori dell'emergenza colpiti da stress acuto, con l'obiettivo ultimo di progettare un intervento su misura per i first responders. Nel quadro adleriano, il disagio emotivo non è inteso come un deficit o un trauma statico, bensì come un'interruzione del movimento intenzionale verso la cooperazione sociale e l'autorealizzazione. Il sentimento d'inferiorità, attivato dall'impatto di eventi incontrollabili, è dinamicamente considerato come punto di partenza per un processo di compensazione creativa orientato a rafforzare la coesione interpersonale e il senso di efficacia. L'assunto teorico-metodologico è che l'attivazione intenzionale dell'interesse sociale e di strategie cooperative possa ridurre la sofferenza percepita, migliorare l'adattamento emotivo e rafforzare la resilienza personale e professionale. Da una prospettiva adleriana, fornire supporto agli operatori in prima linea non è solo una responsabilità clinica, ma anche un atto di coesione sociale che incarna il principio etico della responsabilità comunitaria.

Parole chiave: sentimento d'inferiorità, cooperazione sociale, psicologia individuale, operatori dell'emergenza, disagio emotivo

Inferiority Feelings and Cooperation in Emergency Contexts: An Adlerian Intervention for Rescue Workers

by *Daniela Bosetto, Eduardo Calvanese, Arianna Longoni and Laura Manzini*

ABSTRACT (ENG)

Emergency responders are frequently exposed to critical incidents with high emotional impact which may reactivate deep experiences of helplessness, vulnerability and failure. This study introduces a data-gathering tool inspired by Alfred Adler's Comparative Individual Psychology, aimed at exploring the clinical applicability of the constructs of inferiority feeling, striving for superiority and social interest among emergency responders affected by acute stress with the ultimate goal of designing a tailored intervention for first responders. Within the Adlerian framework, emotional distress is not understood as a deficit or a static trauma but rather as an interruption of the purposive movement toward social cooperation and self-realization. The inferiority feeling, triggered by the impact of uncontrollable events, is dynamically regarded as a starting point for a process of creative compensation oriented toward strengthening interpersonal cohesion and a sense of efficacy. The theoretical-methodological assumption is that the intentional activation of social interest and cooperative strategies can reduce perceived suffering, enhance emotional adjustment and reinforce both personal and professional resilience. From an Adlerian perspective, providing support to frontline workers is not only a clinical responsibility but also an act of social cohesion that embodies the ethical principle of communal responsibility.

Keywords: inferiority feeling, social cooperation, individual psychology, emergency responders, emotional distress

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

Introduzione

Gli operatori del soccorso sanitario si trovano spesso a gestire situazioni di emergenza che possono lasciare un segno profondo sul piano emotivo. Se da un lato la loro preparazione tecnica li rende capaci di affrontare il pericolo e l'urgenza, dall'altro l'impatto psicologico di certi interventi può manifestarsi con effetti a lungo termine, influenzando non solo il loro equilibrio personale ma anche la qualità del lavoro svolto (Figley, 1995; World Health Organization [WHO], 2019).

Secondo Selye (1974), lo stress è una risposta fisiologica e psicologica inevitabile di fronte a richieste ambientali elevate. Tuttavia, quando queste richieste superano le risorse dell'individuo, lo stress può trasformarsi in distress, con ripercussioni negative sulla salute mentale e fisica. Negli operatori del soccorso, l'esposizione ripetuta a eventi traumatici può generare reazioni su più livelli:

- cognitivo: difficoltà di concentrazione, ruminazione mentale, negazione della gravità dell'evento (McEwen, 2017);
- emotivo: ansia, depressione, senso di colpa, pensieri intrusivi (Lazarus & Folkman, 1984);
- fisico: insonnia, affaticamento cronico, disturbi psicosomatici (Siegrist, 1996);
- comportamentale: evitamento, dipendenze, irritabilità e difficoltà nelle relazioni interpersonali (Hobfoll, 1989).

Queste manifestazioni, se non adeguatamente gestite, possono compromettere la capacità di risposta operativa, ridurre la motivazione e aumentare il rischio di errori professionali, assenteismo e burnout (Maslach & Leiter, 2016). Tuttavia, non è soltanto la quantità di eventi critici vissuti a determinare l'impatto psicologico sugli operatori.

La letteratura evidenzia che la percezione soggettiva degli eventi e il significato attribuito giocano un ruolo cruciale nel modulare le risposte allo stress (Janoff-Bulman, 1992; Tedeschi & Calhoun, 2004). Non a caso, operatori esposti a situazioni simili possono reagire in modi profondamente diversi, sviluppando in alcuni casi sintomi di disagio persistente e in altri, al contrario, esperienze di crescita post-traumatica.

Un aspetto particolarmente rilevante è quello della fatica da compassione (*compassion fatigue*), concetto introdotto da Figley (1995), che descrive l'usura emotiva derivante dall'esposizione costante alla sofferenza altrui. Essa si accompagna al rischio di trauma vicario, ovvero l'interiorizzazione indiretta di immagini, racconti ed emozioni traumatiche vissute dai pazienti. Nei contesti di emergenza, in cui il tempo per elaborare è minimo e la pressione dell'intervento è massima, tali fenomeni possono intensificarsi fino a incidere sulla salute psicologica e sul senso di efficacia professionale.

Parallelamente, la letteratura ha messo in luce come i sistemi sanitari e di soccorso possano offrire risorse protettive in grado di bilanciare i rischi. Fattori come la qualità della supervisione, il sostegno dei colleghi, il clima organizzativo e la possibilità di condividere l'esperienza emotiva hanno dimostrato un effetto significativo nel ridurre il *distress* e promuovere la resilienza (Southwick et al., 2014; Schäfer, Lass-Hennemann & Michael, 2020). In questa prospettiva, lo stress non è soltanto una minaccia, ma anche un potenziale stimolo evolutivo, capace di attivare processi di adattamento e rafforzamento delle competenze personali.

Per comprendere a fondo l'esperienza degli operatori del soccorso è dunque necessario adottare un modello integrato che consideri sia i rischi che le risorse.

Da un lato, l'esposizione cronica a traumi e situazioni ad alta intensità emotiva può condurre a esiti negativi come burnout, depressione o disturbi d'ansia; dall'altro, la stessa esposizione, se accompagnata da adeguato supporto e da strategie di coping efficaci, può favorire lo sviluppo di resilienza e senso di coerenza, ovvero la percezione che la vita sia comprensibile, gestibile e significativa (Antonovsky, 1987). In tal senso, la ricerca contemporanea invita a superare una visione esclusivamente patologizzante dello stress per abbracciare un'ottica più complessa e dinamica, in cui vulnerabilità e risorse convivono in un equilibrio costantemente negoziato. Questo approccio consente non solo di prevenire il rischio di esiti disfunzionali, ma anche di promuovere la salute mentale come parte integrante della professionalità degli operatori del soccorso.

Alla luce di queste considerazioni, il presente articolo si propone di approfondire i meccanismi psicologici implicati nell'esperienza degli operatori del soccorso sanitario, con particolare attenzione al ruolo del sentimento di inferiorità, della cooperazione e della resilienza come dimensioni chiave. Verranno inoltre discusse possibili strategie di intervento clinico e organizzativo per sostenere il benessere psicosociale di queste figure, con l'obiettivo di coniugare efficacia operativa e tutela della salute mentale.

L'approccio adleriano: risorse e vulnerabilità nel lavoro di soccorso

La psicologia individuale di Alfred Adler offre una prospettiva preziosa per comprendere le dinamiche emotive degli operatori sanitari, evidenziando sia le loro risorse che le vulnerabilità. Secondo Adler, l'essere umano è motivato dal desiderio di appartenere e di contribuire alla comunità (Ansbacher & Ansbacher, 1956), e ciò è particolarmente evidente nelle professioni di aiuto.

Nel contesto del soccorso sanitario, tre costrutti risultano centrali:

- **sentimento sociale (*Gemeinschaftsgefühl*):** ovvero la capacità di percepirsi parte di una rete più ampia di relazioni umane, trovando significato nel proprio contributo alla comunità. Per gli operatori sanitari, questo aspetto può essere una fonte di motivazione ma anche un fattore di stress quando si sentono soli nel loro vissuto o non adeguatamente supportati;
- **cooperazione:** Il lavoro in équipe è un elemento essenziale per il benessere psicologico, poiché consente di distribuire il carico emotivo e di elaborare insieme le esperienze più difficili. Tuttavia, in contesti altamente stressanti, la qualità delle relazioni di squadra può risentire della pressione e delle tensioni accumulate;
- **sentimento d'inferiorità / volontà di potenza:** Quando il carico emotivo diventa eccessivo, gli operatori potrebbero percepirsi come “non abbastanza forti” o “non abbastanza capaci”, andando con ciò a rinforzare un senso di inferiorità che ostacola la richiesta di aiuto.

Contesto di studio

Lo studio è stato condotto presso INTERSOS Cooperativa Sociale Pubblica Assistenza ONLUS, con sede operativa principale a Magenta (MI), che offre un servizio integrato e strutturato di trasporto sanitario e di interventi di urgenza-emergenza, garantendo interventi tempestivi e professionali 24 ore su 24.

I servizi principali riguardano:

- trasporti sanitari secondari da e per ospedali, cliniche e strutture domiciliari. È destinato a pazienti non autosufficienti, fragili o post-operatori che richiedono monitoraggio continuo con possibilità di supporto medico e/o attrezzature avanzate;
- interventi di urgenza/emergenza sul territorio, operati attraverso AREU Lombardia.

In ogni fase dell'intervento, l'equipaggio è composto da personale specializzato tra cui autisti-soccorritori, operatori sanitari volontari e dipendenti e, su richiesta, medici, operanti sotto la normativa del “modello organizzativo” previsto dal D.Lgs. 231/01.

Le convenzioni attualmente in essere con le Aziende Sanitarie della Regione Lombardia sono le seguenti:

- ASST Ovest Milanese, trasporto sanitario secondario e in emergenza - Presidi Ospedalieri di Magenta, Abbiategrasso, Cuggiono, Legnano;
- ASST Valle Olona, trasporto sanitario secondario e in emergenza - Presidi Ospedalieri di Busto Arsizio, Gallarate, Saronno;
- Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano trasporto sanitario secondario interno, programmati e in emergenza;
- Istituto Auxologico Italiano, trasporto sanitario secondario e in emergenza;

- Ministero della Giustizia, trasporto sanitario secondario Casa Circondariale di Monza;
- AREU Lombardia, gestione attività 118 presso la postazione MB-006/A1 di Desio;
- Postazione infermieristica presso il parco acquatico Aquatica Park.

L'intera organizzazione è conforme al modello organizzativo ex D.Lgs. 231/01.

Metodologia

Campionamento. Il campione (N=35) è stato reclutato in modo non probabilistico (a chiamata) attraverso un questionario diffuso online, tra gli operatori INTERSOS, garantendo variabilità in ruoli (80% soccorritori/esecutori, 2 responsabili, 2 centralinisti), genere (60% maschi), età (60% 29-50 anni) ed esperienza (37% >7 anni, 31% 4-7 anni, 32% 1-3 anni).

Strumenti. Sono stati utilizzati due strumenti:

1. Un **questionario di autovalutazione** online, con domande chiuse (scala Likert 1-5) per valutare l'importanza percepita e la capacità auto-valutata di competenze adleriane (es. controllo emotivo, cooperazione) e risposte aperte per descrivere eventi ad alto impatto psico-emotivo (N=35).
2. **Interviste semistruzzurate** con 4 responsabili (direttore struttura, responsabile amministrativo, responsabile sede, responsabile centralino), esplorando sentimenti di inferiorità, cooperazione e coping.

Entrambi gli strumenti sono ispirati ai costrutti della Psicologia Individuale di Adler.

Analisi dei dati. L'analisi dei dati è stata di tipo misto e ha integrato:

- **Panalisi quantitativa.** Statistiche descrittive (medie, deviazioni standard, frequenze), test t per campioni appaiati e ANOVA one-way per confrontare gruppi per esperienza, utilizzando un software statistico;
- **Panalisi qualitativa.** Analisi tematica (Braun & Clarke, 2006) delle risposte aperte e interviste, con codifica iterativa per identificare temi legati ai costrutti adleriani.

L'uso integrato di dati quantitativi e qualitativi segue le raccomandazioni della letteratura. In tal modo si sfruttano i punti di forza di entrambi gli approcci: il questionario ha fornito dati numerici generalizzabili, mentre le risposte aperte e le interviste hanno offerto contestualizzazioni ricche e approfondite, permettendo di generare una "visione d'insieme" più completa della realtà osservata.

Tabella relativa a tipologia di dati raccolti e analisi:

<i>Risposte chiuse</i>	Si calcoleranno statistiche descrittive (medie, frequenze) per ogni item chiuso; si confronteranno i gruppi di interesse mediante test statistici per individuare differenze nei costrutti misurati.
<i>Risposte aperte</i>	I testi delle risposte aperte verranno analizzati con analisi tematica . Si procederà per fasi iterative di codifica: lettura approfondita dei testi, individuazione di codici significativi, raggruppamento dei codici in temi ricorrenti collegati ai costrutti adleriani o a nuovi pattern emersi (Braun & Clarke, 2006).
<i>Interviste qualitative</i>	Parallelamente, verranno condotte interviste semistrutturate con alcuni responsabili di coordinamento per esplorare in profondità la rilevanza dei costrutti adleriani nel contesto di lavoro d'emergenza. Le interviste saranno registrate e analizzate anch'esse tematicamente, integrando i risultati con quelli del questionario.

Aspetti etici. Lo studio ha rispettato le normative sulla privacy (GDPR) e i principi etici della ricerca psicosociale (Tol et al., 2017). Sono stati garantiti riservatezza e anonimato. Non sono stati raccolti dati personali identificativi; tutte le risposte sono codificate in forma anonima, secondo le normative sulla protezione dei dati personali.

Prima della compilazione, ogni partecipante ha ricevuto documentazione chiara sugli obiettivi dello studio, sul carattere volontario della partecipazione e sul trattamento anonimo dei dati. Il consenso è raccolto in forma digitale, ribadendo il diritto di rifiuto di rispondere a qualsiasi domanda e di ritirarsi in qualsiasi momento senza conseguenze. Tutti i partecipanti sono stati avvisati che possono interrompere il questionario in caso di disagio.

Il team di ricerca valuterà di monitorare il benessere dei rispondenti e potrà offrire debriefing o orientamento a servizi di supporto psicologico.

Strumenti

Intervista semi-strutturata ai responsabili dell'organizzazione

All'interno della metodologia qualitativa dello studio, è stata costruita un'intervista semi-strutturata rivolta a diverse figure con ruoli di responsabilità nel servizio di urgenza-emergenza, ovvero il direttore della struttura, il responsabile amministrativo, i responsabili di sede, i responsabili della gestione turni ed operatori della centrale operativa.

L'obiettivo dell'intervista è quello di esplorare la rilevanza dei costrutti adleriani – sentimento d'inferiorità, volontà di potenza, sentimento sociale, cooperazione e strategie di coping – all'interno del contesto operativo, relazionale ed emotivo di chi coordina o supervisiona direttamente le attività di primo soccorso.

Le domande sono organizzate per aree tematiche e si prestano a una somministrazione flessibile, adattabile al ruolo dell'intervistato con l'intento di cogliere sia la dimensione organizzativa sia quella esperienziale dei vissuti professionali. Nello specifico, il direttore struttura potrà rispondere con focus su visione globale, cultura organizzativa e impatti sistemici; il responsabile amministrativo, più attento al carico gestionale, potrà offrire spunti sul rapporto tra turnazione, stress e riconoscimento; il responsabile di sede e turni sarà focalizzato sulle dinamiche relazionali e operative quotidiane ed, infine, l'operatore del centralino offrirà una prospettiva preziosa sul primo impatto dell'urgenza, sulle emozioni trasmesse nelle chiamate e sulla percezione di responsabilità indiretta.

Area Tematica	Domande	Obiettivo informativo
Sentimento d'inferiorità e volontà di potenza	Secondo la sua esperienza, quali sono le situazioni che più frequentemente generano insicurezza o senso di inadeguatezza negli operatori? Che tipo di reazioni osserva quando un	Esplorare i contesti che attivano vissuti di inferiorità e le reazioni difensive associate.

	<p>operatore sperimenta un fallimento o riceve una critica?</p> <p>Le è mai capitato di notare operatori validi che si auto-sottovalutano o evitano di esporsi? Cosa pensa possa esserci alla base?</p>	
<p>Sentimento sociale e cooperazione</p>	<p>Come descriverebbe il clima relazionale tra gli operatori nei momenti di maggior pressione?</p> <p>In che modo, secondo lei, i legami tra colleghi aiutano (o ostacolano) la tenuta emotiva del gruppo?</p> <p>Ha osservato episodi in cui la collaborazione si è interrotta? Come ha influito sull'intervento o sull'atmosfera lavorativa?</p>	<p>Indagare il sentimento sociale e la qualità delle dinamiche cooperative nei momenti critici.</p>

<p>Leadership e contenimento emotivo</p>	<p>In che modo il suo ruolo la porta a sostenere o contenere le difficoltà emotive del personale (se accade)?</p> <p>Le è mai capitato di riconoscere segnali di disagio emotivo in un collega o collaboratore? Come ha scelto di intervenire?</p> <p>Ritiene che il proprio ruolo possa contribuire anche alla crescita personale e professionale degli operatori?</p>	<p>Esplorare la funzione di guida e contenimento svolta dal responsabile.</p>
<p>Coping e resilienza</p>	<p>Secondo lei, cosa aiuta maggiormente gli operatori a “reggere” l’impatto psicologico del lavoro d’emergenza?</p> <p>Ha notato differenze nelle modalità di gestione dello stress tra chi ha più esperienza e chi è alle prime armi?</p> <p>Ci sono situazioni in cui ha notato una</p>	<p>Rilevare risorse individuali e trasformazioni resilienti post-evento.</p>

	trasformazione positiva di un operatore dopo un evento critico?	
Cultura organizzativa e benessere interno	<p>Secondo lei, l'organizzazione presta attenzione al benessere psicologico degli operatori? In che modo?</p> <p>Sono previste occasioni formali o informali in cui gli operatori possano condividere vissuti o difficoltà emotive?</p> <p>Se potesse introdurre una nuova iniziativa per sostenere il benessere degli operatori, cosa proporrebbe?</p>	Valutare la sensibilità istituzionale e raccogliere proposte di miglioramento del benessere psicologico.

Questionario di autovalutazione delle capacità rispetto ad un evento ad alto impatto psicoemotivo:

<p><i>Strumento di autovalutazione ispirato alla Psicologia Individuale Comparata di Alfred Adler con lo scopo di aiutarci a comprendere meglio l'esperienza di chi lavora nell'ambito del primo soccorso. Le tue risposte saranno trattate in modo aggregato e anonimo. Il tuo contributo è prezioso per strutturare interventi più mirati a supporto degli operatori del soccorso.</i></p>	
Qualifica professionale/ruolo nel soccorso	<ul style="list-style-type: none"> ● soccorritore/esecutore ● responsabile ● centralinista ● amministrativo
Anni di esperienza nel soccorso	<ul style="list-style-type: none"> ● da 1 a 3 ● da 4 a 7 ● superiore a 7
Posizione associativa	<ul style="list-style-type: none"> ● volontario ● dipendente
Genere	<ul style="list-style-type: none"> ● M ● F
Età	<ul style="list-style-type: none"> ● 18-28 ● 29-39 ● 40-50 ● dai 50 in su
Luoghi principali di svolgimento del servizio	<ul style="list-style-type: none"> ● Milano ● Provincia di Milano ● Monza ● Provincia di Monza e Brianza
<p>Descrivi in massimo 10 righe un evento ad alto impatto psicoemotivo.</p> <p>Specifica cosa hai vissuto, come ti sei sentito durante e dopo tale evento.</p>	

Compila le voci seguenti facendo riferimento all'evento che hai descritto

precedentemente.

Indica quanto ritieni importante possedere ciascuna delle seguenti competenze rispetto al tuo ruolo operativo.

Utilizza la seguente scala:

1 = Per niente

2 = Poco

3 = Abbastanza

4 = Molto

5 = Estremamente

Successivamente valuta quanto ti senti capace di saper applicare la capacità indicata, sempre utilizzando la scala da 1 a 5.

Capacità	Quanto ritieni importante la capacità indicata	Quanto senti di saper applicare la capacità indicata
Offrire attivamente supporto e incoraggiamento ai colleghi		
Chiedere aiuto senza timore di essere deboli		
Promuovere un clima relazionale positivo e di cooperazione		
Collaborare attivamente al raggiungimento di obiettivi condivisi		
Riconoscere i propri limiti senza colpevolizzarsi		

Accogliere l'errore come opportunità di apprendimento e crescita			
Sentirsi competenti se riconosciuti dagli altri			
Evitare situazioni che possono comportare fallimenti o critiche			
Esporsi con coraggio a sfide nuove e complesse			
Mantenere un adeguato controllo emotivo in situazioni emergenziali			
Apprendere dall'esperienza vissuta per sentirsi più capaci in futuro			
Acquisire e selezionare tempestivamente le informazioni pertinenti e funzionali alla gestione della situazione critica.			
<p>Legenda delle aree indagate</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentimento sociale → competenze cooperative e relazionali nel gruppo di lavoro; 2. Sentimento di inferiorità e volontà di potenza → percezione di sé, motivazione migliorativa e senso di efficacia; 3. Strategie compensative → reazioni difensive o adattive alle esperienze di fallimento o critica; 4. Strategie di coping → centrato problema, centrato sull'emozione e proattivo. 			
<p>Controllo emotivo nelle situazioni di emergenza</p>			

Emozioni prevalenti avvertite durante e immediatamente dopo l'intervento

- paura
- tristezza
- rabbia
- frustrazione
- senso di colpa
- insicurezza
- impotenza
- ansia
- calma
- coraggio
- fiducia in sé

Reazioni fisiche manifestate

- tachicardia
- sudorazione
- tremori
- disturbi gastrici
- cefalee
- disturbi del sonno
- disturbi alimentari
- dermatiti
- Altre _____

Risultati

Interviste strutturate

A seguito vengono inseriti i passaggi chiave delle interviste somministrate ai singoli responsabili e coordinatori del servizio.

Direttore della struttura

Area 1- Sentimento d'inferiorità e volontà di potenza

“Uno dei momenti in cui osservo più spesso senso di inadeguatezza è dopo interventi critici con esiti negativi, soprattutto se coinvolgono bambini o incidenti gravi. Anche se gli operatori hanno agito correttamente, c'è chi si colpevolizza profondamente. Alcuni reagiscono diventando iperattivi o cercando subito un nuovo intervento per 'compensare'. Altri si chiudono, evitano i briefing o si ammalano.”

Area 2 – Sentimento sociale e cooperazione

“Nel nostro servizio il lavoro di equipe è un nodo centrale. Nelle situazioni più complesse emerge una forma di coesione molto forte. Ma se ci sono tensioni pregresse tra membri, il clima si irrigidisce e questo può influire sul lavoro, soprattutto nei turni notturni. Ho visto colleghi sostenersi con sguardi e gesti rapidi anche durante interventi drammatici: è lì, a mio avviso, che si misura il valore della cooperazione.”

Area 3 – Leadership e contenimento

“Il mio ruolo richiede di saper leggere i segnali deboli. Quando percepisco un calo o un comportamento fuori norma, provo ad avvicinarmi con discrezione, magari proponendo un caffè o una chiacchierata in ufficio. A volte basta poco per far sentire l'altro visto. Credo che una direzione efficace debba anche educare alla riflessività e alla responsabilizzazione, oltre alla gestione dei protocolli.”

Area 4 – Coping e resilienza

“Chi riesce a integrare l'esperienza, anche la più dura, con un senso di significato, ha una marcia in più. I volontari ed i dipendenti più giovani in termini di servizio, in genere, tendono ad essere più fragili nel breve termine, ma se accompagnati bene crescono molto. Alcuni operatori, dopo un caso difficile, hanno maturato un nuovo modo di comunicare con i pazienti, più empatico e meno reattivo.”

Area 5 – Cultura organizzativa

“Stiamo cercando di costruire una cultura del benessere che non sia percepita come debolezza. Abbiamo attivato una formazione specifica e momenti di restituzione dopo eventi critici. Se potessi, introdurrei anche una supervisione psicologica mensile per ogni sede.”

Responsabile amministrativo

Area 1 – Sentimento d'inferiorità e volontà di potenza

“La burocrazia può sembrare distante dal servizio operativo, ma molti operatori vivono con ansia i richiami formali o le verifiche delle ore. Alcuni si sentono svalutati se pensano che il loro lavoro venga visto solo in termini di numeri o presenze.”

Area 2 – Sentimento sociale e cooperazione

“Da dietro la scrivania si vede molto della dinamica di gruppo. Alcuni turni collaborano meglio di altri e si nota anche nella puntualità o nella chiarezza con cui vengono riportate le spese. I coordinatori più empatici generano gruppi più coesi.”

Area 3 – Leadership e contenimento

“Nel mio ruolo non è sempre esplicita la gestione del carico emotivo, ma quando un operatore viene a chiedere un cambio turno urgente dopo un evento traumatico, cerco di non limitarlo a una questione tecnica. Mi fermo ad ascoltare. Credo che questo faccia parte di una leadership rispettosa.”

Area 4 – Coping e resilienza

“Alcuni colleghi reagiscono agli eventi critici buttandosi nel lavoro amministrativo con una precisione eccessiva, come se il controllo contabile fosse un rifugio. Altri rallentano e fanno più errori. Il segnale è sempre nella variazione dal loro standard o nell'accusa al collega.”

Area 5 – Cultura organizzativa

“Abbiamo fatto passi avanti sul riconoscimento del carico emotivo. Se potessi, proporrei una figura ponte tra psicologia e amministrazione, che possa mediare anche il vissuto legato alla fatica del coordinamento.”

Responsabile di sede operativa

Area 1 – Sentimento d'inferiorità e volontà di potenza

“I nuovi arrivati, soprattutto se si sono appena formati e hanno poca esperienza operativa, spesso si sentono inadeguati di fronte alla rapidità con cui bisogna reagire. C'è chi si chiude in silenzio e chi cerca di strafare. Noto, però, anche una certa difficoltà a supportare coloro che, al contrario, sono i veterani e che credono di non sbagliare mai.”

Area 2 – Sentimento sociale e cooperazione

“Nei momenti difficili si vede chi sente davvero di appartenere al gruppo. Ho visto colleghi che, dopo turni massacranti, restano per aiutare chi arriva dopo. Al contrario, è anche capitato avere colleghi che abbandonassero la sede di lavoro e anticipassero il cambio turno per ragioni futili. Ciò ha creato non pochi problemi sia per la gestione operativa del servizio che per la ricostruzione dei legami di fiducia tra gli operatori. In presenza di queste situazioni, è la squadra che perde forza e motivazione.”

Area 3 – Leadership e contenimento

“Quando coordino un turno post-evento critico, cerco sempre di fare una breve chiacchierata con gli operatori. Una sorta di debriefing tecnico ma anche un momento per dire: ‘Come stai? Sei riuscito a dormire?’. Ritengo possa servire a dare uno spazio simbolico e di riconoscimento alla persona.”

Area 4 – Coping e resilienza

“Chi ha una buona rete familiare o attività extralavorative regge meglio. Ma anche il senso di utilità e di contributo reale al gruppo è una risorsa potentissima per molti. La sfida è mantenere viva quella motivazione, senza cadere nel cinismo.”

Area 5 – Cultura organizzativa

“Abbiamo bisogno di più spazi per la parola, anche informali. Non tutto può passare dai corsi di aggiornamento. Introduerei una pausa strutturata alla fine dei turni più critici, anche solo 10 minuti, per condividere in piccolo gruppo.”

Responsabile del centralino

Area 1 – Sentimento d'inferiorità e volontà di potenza

“A volte, star dietro alle diverse chiamate che arrivano nell’arco di pochissimo tempo è davvero faticoso. Non solo a livello operativo ma anche psicologico. Può capitare di non gestire al meglio le priorità e, per me, quella è l’occasione in cui il senso di colpa può essere molto forte. Può non dipendere direttamente da me ‘Avrei potuto fare di più?’ è una frase che spesso mi ripeto.”

Area 2 – Sentimento sociale e cooperazione

“La relazione con le squadre sul campo è essenziale. Se sentono che dalla centrale arrivano solo ordini, si irrigidiscono. Se invece sentono che siamo ‘insieme’, cambia tutto. Basta una parola di supporto via radio per fare la differenza.”

Area 3 – Leadership e contenimento

“Non siamo responsabili gerarchici, ma possiamo essere una presenza che rassicura. Quando l’equipaggio è sotto pressione, cerco di essere chiara, calma e precisa. È il mio modo di contenere, anche se non sono lì fisicamente.”

Area 4 – Coping e resilienza

“Alcuni fanno battute, altri ascoltano musica nei momenti di calma. Io scrivo tutto in modo molto ordinato: mi aiuta a sentire che tengo le fila. La condivisione tra colleghi al cambio turno è fondamentale per alleggerire la tensione accumulata.”

Area 5 – Cultura organizzativa

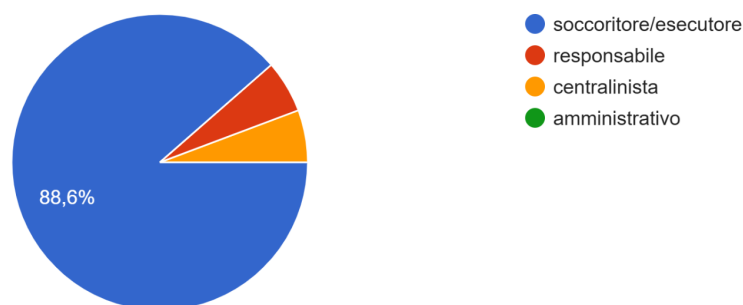
“Purtroppo a volte si sottovaluta il carico emotivo della centrale. Se potessi cambiare qualcosa, chiederei che anche per noi fossero previsti momenti di supervisione o ascolto psicologico anche per me ed i miei operatori.”

Questionario di autovalutazione

A seguito i dati raccolti dal questionario di autovalutazione.

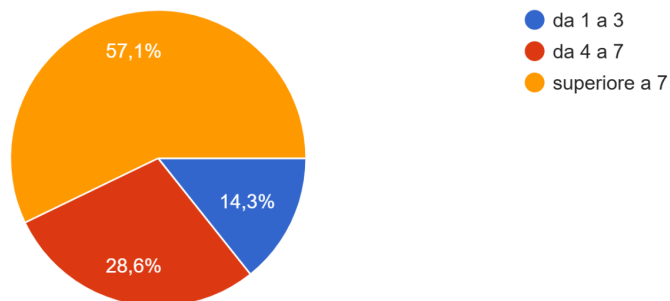
Qualifica professionale/ruolo nel soccorso

35 risposte



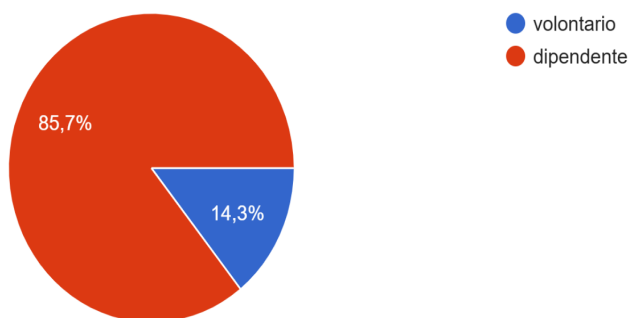
Anni di esperienza nel soccorso

35 risposte

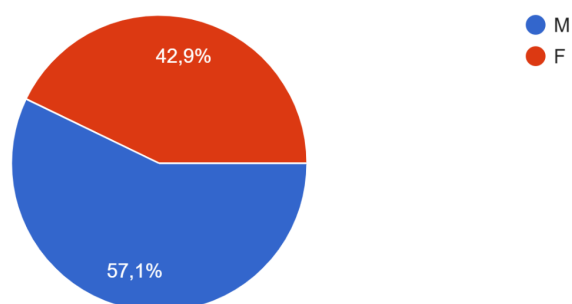


Posizione associativa

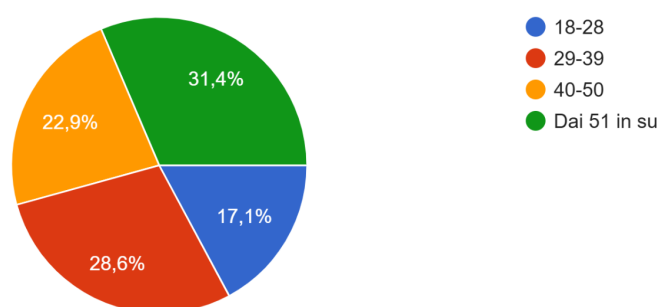
35 risposte



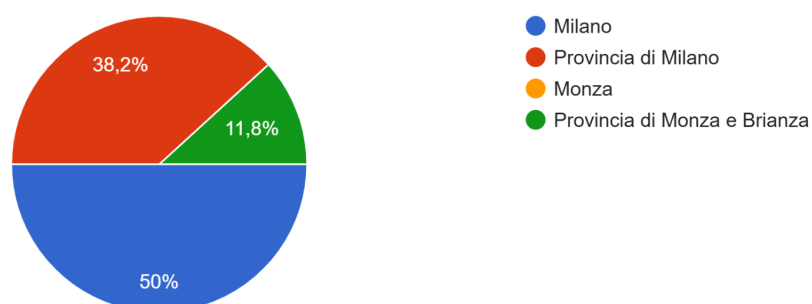
Genere
35 risposte



Età
35 risposte



Luoghi principali di svolgimento del servizio
34 risposte



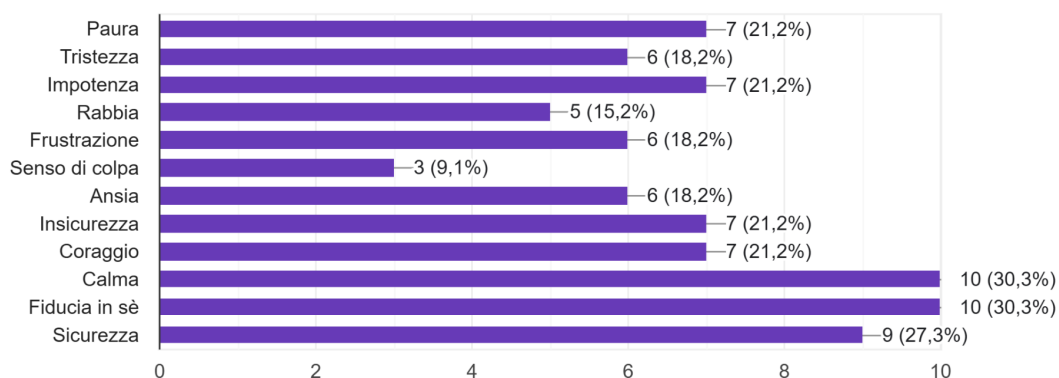
Si riportano di seguito alcuni dei principali eventi ad alto impatto psico-emotivo descritti dagli intervistati:

- *“Ragazzo caduto in pressa rifiuti, deceduto. Nessuna emozione”;*
- *“Non in servizio, intervenivo su persona in ACC con un collega, praticando RCP e defibrillando con DAE che sono andato a recuperare in un luogo vicino. Dopo circa 20 minuti arrivava in posto MSB e subito dopo MSA e altra ambulanza con Equipe per eseguire ECMO (evento accaduto a Vigevano). Esperienza adrenalinica, ma molto coinvolgente”;*
- *“Bambino in arresto cardiaco non ripreso”;*
- *“Stradale auto contro ostacolo, alta velocità, 4 ragazzi <25 anni, un proiettato fuori dall'auto, 3 incoscienti dentro l'auto con traumi maggiori, 4 msb, 2 msa2, vvf,cc.”;*
- *“Eventi maggiori con difficoltà in evacuazione dato che i pazienti erano tutti difficili da estrarre dall'auto.”;*
- *“Ricordo il primo servizio in codice rosso diventato poi nero. Un signore trovato dai figli deceduto mentre era in bagno. Mi ricordo l'impotenza di poterlo aiutare. Troppo tardi per ogni manovra. E lo smarrimento dei figli di fronte a tale scena. Mi ricordo l'attesa del medico per la dichiarazione del decesso. È successo ormai una ventina di anni fa ma lo ricordo ogni dettaglio di quella chiamata e di quella casa.”;*
- *“Donna 80 aa morta in casa, al nostro arrivo segni incompatibili con la vita, il figlio se ne è accorto dopo ore avendo le telecamere in casa e abbiamo dovuto vedere il video della morte, per poi confermarlo all'automedica, è stato un impatto molto forte, mi ha fatto molta impressione vedere questa scena di una donna che muore sola.”;*
- *“Una sera ho ricevuto una chiamata da una madre in panico perché il figlio piccolo stava soffocando. All'inizio faticava a spiegarsi e la linea era disturbata: ho sentito subito una forte pressione... Ho cercato di mantenere la calma e guidarla passo passo nelle manovre, mentre dentro di me cresceva l'ansia di non riuscire a far arrivare i soccorsi in tempo. Sentivo l'adrenalina alta e la responsabilità enorme, ma allo stesso tempo mi aggrappavo alla procedura per restare lucido. Quando finalmente ho saputo che l'ambulanza era arrivata, ho provato un grande sollievo ma anche una sensazione di svuotamento e fragilità.”;*
- *“L'anno scorso sono andato in 118 su una strage familiare(quella di Paderno Dugnano) ho visto quei tre corpi ammassati riversi nel sangue in una stanza piccola, in quel momento ero abbastanza freddo non mi hanno impressionato molto essendo abituato a vedere video su internet peggiori. La notte dopo ho fatto un sogno simile poi ho raccontato l'evento alle persone di cui ho confidenza per liberarmene del pensiero e dello strano gesto estremo che ha fatto quel ragazzo incriminato.”;*
- *“Averdo una bambina. Tutti gli interventi dove sono coinvolti bambini.”;*
- *“Tentato suicidio da parte del marito di una donna”;*
- *“Soccorso persona con PZ potenzialmente armato di mitra in casa. VVF e CC sul posto. I secondi senza giubbotti antiproiettile.”;*
- *“Rilevazione corpo esanime a brandelli, scontro frontale moto-autoarticolato. Metà pz nel radiatore, metà sotto il guardrail. Sarei stato più a mio agio nel coprirlo subito con una metallina piuttosto che dover attendere il mezzo avanzato per farlo.”;*

- *“Negli anni da soccorritore mi hanno segnato i trasporti di bimbi a Bosisio Parini nell’ospedale riabilitativo, e poi il periodo COVID fatto in supporto alle ambulanze di Bergamo”;*
- *“Intervenire correndo in mezzo alle rotaie del treno senza sapere cosa possa presentarti davanti e tanta roba, ma la soddisfazione principale è essere riuscito a portare il pz vivo in ospedale”;*
- *“Paziente precipitato dall’alto. Nei giorni seguenti pensavo all’evento, alle urla dei genitori in quanto il precipitato era un ragazzo di 18 anni”;*
- *“Durante un turno serale a Milano sono stato chiamato per un arresto cardiaco in strada. All’arrivo abbiamo trovato una persona a terra, circondata da passanti spaventati. Ho iniziato subito la rianimazione insieme ai colleghi, cercando di mantenere la calma nonostante la concitazione. Durante l’intervento sentivo l’adrenalina altissima, con la paura di non riuscire a fare abbastanza. Dopo, al rientro, ho provato un misto di stanchezza, immagini che continuavano a tornare alla mente e un senso di impotenza, ma anche sollievo per aver fatto tutto il possibile”;*
- *“Mi ricordo una giornata in cui il centralino sembrava impazzito. Il telefono continuava a squillare e mi ricordo perfettamente di aver passato un servizio di centro mobile di rianimazione ad un equipaggio. Dopo 20 minuti mi accorgo che lo stesso equipaggio era posizionato ancora fermo su un altro servizio. Chiamo per chiedere spiegazioni e mi dicono di non aver mai ricevuto una mia chiamata. Sono andata in crisi perché non avevo più quadro della situazione. Ho dovuto chiedere l’intervento di una collega.”;*
- *“Paziente pediatrico con compilazione dell’exitus da parte del mezzo avanzato, mi sono sentito indifferente rispetto l’evento stesso, nessun tipo di impatto psico-fisico, a seguito dell’evento stesso leggero sconcerto.”;*
- *“Mi hanno chiamato per sospendere una persona durante il cambio turno mentre sembrava essere in visibile stato di agitazione. Mi riferivano forte odore di alcool. Mi sono bloccato per un attimo per cercare di capire come agire. Dovevo trovare immediatamente un cambio e gestire anche la persona ed il suo stato di servizio. Mi sono dovuto rivolgere al direttore della struttura per capire come fare per questo ultimo punto. Per il cambio, fortunatamente, ho trovato nel giro di poco una persona disposta a recarsi in sede.”;*
- *“Doveva essere una caduta di un uomo di 50 anni in casa invece, arrivata lì, ho guardato il paziente a terra ed era una dissecazione aortica, si vedeva. lui era ancora sveglio e io sono stata l’ultima persona a cui ha stretto la mano. non riusciva a parlare dal dolore, l’agonia è durata un minuto, dopodiché lui non c’era più. frustrante pensare che in queste situazioni non puoi fare nulla e lo sai...”;*
- *“Uscita rosso, parto a termine, terzo figlio, rottura acque, arrivo in casa e la partorisce davanti a noi nel gabinetto. La prima cosa pensata ... che faccio è la prima volta che mi capita, rivedo nella memoria tutto il protocollo e con colleghi fantastici in poco tempo il neonato era tra le braccia della madre, l’uscita più bella e difficile in 15 anni. Fino a poco tempo fa ci sentivamo ancora per gli auguri.”;*
- *“Incidente auto-moto con motociclista sbalzato. Io sono motociclista e mi sono spaventato per me. Mi vedevo al suo posto. Durante l’intervento è stato difficile gestire con freddezza l’evento”.*

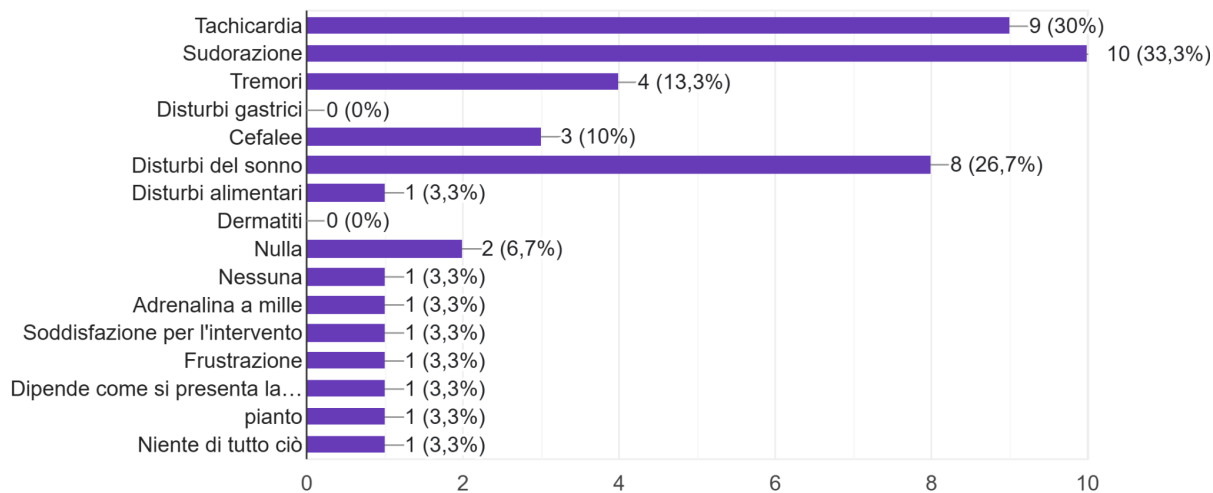
Emozioni prevalenti avvertite durante e immediatamente dopo l'intervento:

33 risposte



Reazioni fisiche manifestate durante e immediatamente dopo l'intervento:

30 risposte



Analisi dei dati

L'analisi segue un paradigma integrato, come delineato nella sezione metodologica, sfruttando i punti di forza della teoria adleriana e le evidenze empiriche, integrando prospettive psicodinamiche con insight neuroscientifici per elucidare i meccanismi sottostanti al disagio emotivo negli operatori del soccorso.

Per l'analisi quantitativa, sono stati utilizzati i dati derivanti dal questionario di autovalutazione somministrato a un campione di 35 operatori del soccorso affiliati a INTERSOS (campionamento non probabilistico), di cui 30 ritenuti validi perché completi in ogni parte. I dati sono stati elaborati utilizzando software statistico per calcolare statistiche descrittive (medie, deviazioni standard, frequenze), test t per campioni appaiati e ANOVA one-way.

Parallelamente, i dati qualitativi derivanti dalle risposte aperte, descrizioni di eventi critici (N=30) e dalle interviste semistrutturate ai responsabili (N=4) saranno sottoposti a un'analisi tematica.

I risultati che seguono mirano a valutare la progettazione di protocolli di supporto personalizzati, enfatizzando l'etica della responsabilità comunitaria adleriana in un'ottica interdisciplinare. In tal modo, l'analisi non è mera elaborazione statistica, ma un atto interpretativo che connette il vissuto soggettivo con basi scientifiche solide, al fine di promuovere il benessere degli operatori e la coesione sociale.

Analisi quantitativa

Il campione (N=35) è composto prevalentemente da soccorritori/esecutori (80%), dipendenti (70%), maschi (60%), con età tra 29-50 anni (60%) e anni di esperienza distribuiti (37% >7 anni, 31% 4-7 anni, 32% 1-3 anni).

I luoghi principali sono Milano (40%) e Provincia di Milano (34%).

La tabella sottostante riporta medie e deviazioni standard per l'importanza percepita e la capacità auto-valutata su ciascuna competenza, con test t appaiato per differenze significative.

Capacità	Importanza Media (DS)	Capacità Media (DS)	t - s t a t	p-value
Offrire attivamente supporto e incoraggiamento ai colleghi	4.38 (0.74)	3.85 (0.67)	2 . 3 6	0.0289
Chiedere aiuto senza timore di essere deboli	4.67 (0.58)	3.81 (1.21)	3 . 5 4	0.0020
Promuovere un clima relazionale positivo e di cooperazione	4.52 (0.81)	4.33 (0.91)	0 . 7 2	0.4787
Collaborare attivamente al raggiungimento di obiettivi condivisi	4.38 (0.59)	4.14 (0.73)	1 . 7 5	0.0961
Riconoscere i propri limiti senza colpevolizzarsi	4.43 (0.75)	3.62 (1.16)	3 . 3 0	0.0036
Accogliere l'errore come opportunità di apprendimento e crescita	4.43 (0.87)	4.00 (0.95)	1 . 8 3	0.0829
Sentirsi competenti se riconosciuti dagli altri	3.24 (1.04)	3.52 (0.98)	- 1 .	0.2292

			2 4	
Evitare situazioni che possono comportare fallimenti o critiche	3.19 (1.12)	3.48 (0.98)	- 1 . 3 0	0.2084
Esporsi con coraggio a sfide nuove e complesse	3.95 (0.80)	3.90 (0.89)	0 . 2 2	0.8249
Mantenere un adeguato controllo emotivo in situazioni emergenziali	4.67 (0.48)	4.00 (0.89)	3 . 5 7	0.0019
Apprendere dall'esperienza vissuta per sentirsi più capaci in futuro	4.57 (0.68)	4.05 (0.92)	2 . 9 5	0.0079
Acquisire e selezionare tempestivamente le informazioni pertinenti e funzionali alla gestione della situazione critica	4.57 (0.68)	4.10 (1.14)	2 . 2 2	0.0378

I risultati mostrano che gli operatori attribuiscono grande importanza alla maggior parte delle competenze (medie superiori a 3.9, tranne per “sentirsi competenti se riconosciuti dagli altri” e “evitare situazioni che possono comportare fallimenti o critiche”), con valori particolarmente elevati per chiedere aiuto (4.67), mantenere il controllo emotivo (4.67), apprendere dall'esperienza (4.57) e acquisire informazioni (4.57). Tuttavia, la capacità percepita di applicare queste competenze è spesso inferiore, con differenze significative ($p < 0.05$) in sei aree: offrire supporto ai colleghi, chiedere aiuto, riconoscere i limiti, mantenere il controllo emotivo, apprendere dall'esperienza e acquisire informazioni.

Questo divario riflette il sentimento d'inferiorità descritto da Adler, dove gli operatori riconoscono l'importanza di alcune abilità ma si sentono meno sicuri nel metterle in pratica, soprattutto in contesti emotivamente intensi.

È stato anche analizzato se l'esperienza lavorativa influisca su queste percezioni, concentrandoci sul controllo emotivo in situazioni emergenziali.

Un'analisi della varianza (ANOVA one-way) non ha rilevato differenze significative tra i gruppi (Importanza: $F=2.03$, $p=0.1603$; Capacità: $F=2.03$, $p=0.1606$). Le medie per importanza sono 4.25 (1-3 anni), 4.75 (4-7 anni) e 4.77 (>7 anni), mentre per capacità sono 3.25 (1-3 anni), 4.00 (4-7 anni) e 4.23 (>7 anni).

Gli operatori meno esperti tendono a percepire una capacità inferiore rispetto ai colleghi più esperti, ma queste differenze non raggiungono la significatività statistica, suggerendo che l'esperienza non è l'unico fattore determinante nella gestione emotiva.

Le emozioni prevalenti durante e dopo gli interventi includono fiducia in sé (10 menzioni), calma (9), sicurezza (9) e coraggio (7), accanto a emozioni negative come paura (7), frustrazione (7), insicurezza (7), impotenza (7), tristezza (6), ansia (6), rabbia (5) e senso di colpa (3).

È interessante notare che emozioni positive e negative si bilanciano, indicando una capacità di resilienza nonostante lo stress.

Sul piano fisico, le reazioni più frequenti sono sudorazione (10 casi), tachicardia (9), disturbi del sonno (8), tremori (4) e cefalee (3), con casi isolati di disturbi alimentari, pianto o adrenalina. Questi sintomi fisici, soprattutto cardiovascolari e legati al sonno, evidenziano l'impatto somatico delle situazioni emergenziali, che potrebbe contribuire a vulnerabilità a lungo termine come affaticamento cronico o burnout.

Analisi qualitativa

Dalle interviste semistrutturate e dalle 30 risposte aperte del questionario (descrizioni di eventi ad alto impatto psico-emotivo), sono emersi 5 temi principali, collegati ai costrutti adleriani.

Per ampliare l'analisi, sono stati incorporati esempi specifici e citazioni dirette dalle descrizioni fornite dai partecipanti, al fine di illustrare la variabilità dei vissuti, la frequenza dei pattern e le connessioni con le dinamiche emotive e relazionali.

I codici sono stati categorizzati per salienza (alta frequenza >15 codici, media 10-15, bassa <10), e l'analisi ha evidenziato come gli eventi traumatici (es. morti improvvise, incidenti con minori) attivino meccanismi adleriani in modo dinamico, con differenze tra operatori novizi ed esperti.

1. Attivazione del sentimento d'inferiorità (salienza alta, 35 codici). Questo tema emerge prevalentemente nelle descrizioni di eventi incontrollabili, dove gli operatori percepiscono un senso

di inadeguatezza o impotenza, riattivando vissuti profondi di vulnerabilità. Ad esempio, un partecipante descrive: *“Ricordo il primo servizio in codice rosso diventato poi nero. Un signore trovato dai figli deceduto mentre era in bagno. Mi ricordo l'impotenza di poterlo aiutare. Troppo tardi per ogni manovra”*, evidenziando il conflitto tra preparazione tecnica e limiti reali. Similmente in tale risposta *“Doveva essere una caduta... invece ho guardato il paziente a terra ed era una dissecazione aortica... frustrante pensare che in queste situazioni non puoi fare nulla e lo sai”*, vi è enfasi sull'auto-colpevolizzazione. Altri esempi includono *“mi ha fatto molta impressione”* o *“ho visto quei tre corpi ammazzati... la notte dopo ho fatto un sogno simile”*. Emergono inoltre i seguenti sottotemi: auto-colpevolizzazione (20 codici, es. *“Avrei potuto fare di più?”* dal responsabile centralino), evitamento di feedback (10 codici, es. chiusura post-evento), e identificazione personale (5 codici, *“Io sono motociclista e mi sono spaventato per me. Mi vedevo al suo posto”*).

2. Volontà di potenza e compensazione (salienza media, 25 codici). Qui emergono diverse reazioni difensive o creative per superare l'inferiorità, come iperattività o ricerca di controllo. Ad esempio dal direttore: *“Alcuni reagiscono diventando iperattivi o cercando subito un nuovo intervento per ‘compensare’”*. Nelle descrizioni, menziona trasporti di bimbi e periodo COVID con *“adrenalina a mille”*, indicando una possibile compensazione tramite impegno eccessivo; *“Rilevazione corpo esanime a brandelli... Sarei stato più a mio agio nel coprirlo subito”*, mostra desiderio di azione immediata per ripristinare efficacia. Emergono in alcuni estratti anche trasformazioni positive (sottotema resiliente, 12 codici): vi è un ricordo dettagliato dopo 20 anni, ma integrato, *“Grazie ad una collaborazione degna di nota... siamo riusciti a fare un buon lavoro”* e *“l'uscita più bella e difficile... Fino a poco tempo fa ci sentivamo ancora per gli auguri”*, dove l'evento porta a una crescita (es. empatia o motivazione). Differenze per esperienza: operatori novizi mostrano compensazioni reattive (es.: *“paziente potenzialmente armato... ho sentito subito una forte pressione”*), mentre gli esperti optano per strategie proattive.

3. Sentimento sociale e cooperazione (salienza alta, 40 codici). La coesione di gruppo è vista come risorsa primaria, mitigando lo stress attraverso supporto reciproco. Dal direttore: *“Nelle situazioni più complesse emerge una forma di coesione molto forte... colleghi sostenersi con sguardi e gesti rapidi”*. Nelle risposte aperte, enfatizza: *“Una corsa contro il tempo. Grazie ad una collaborazione degna di nota tra i mezzi, siamo riusciti a fare un buon lavoro”*, o ancora *“Esperienza adrenalinica, ma molto coinvolgente” con colleghi*. Sottotemi: supporto relazionale (25 codici, es.: *“Ho cercato di mantenere la calma e guidarla passo passo... Sentivo l'adrenalina alta ma mi aggrappavo alla procedura”*), ostacoli alla cooperazione (10 codici, es.: tensioni in tentato suicidio, *“Mi sono bloccato... Dovevo trovare immediatamente un cambio”*), e senso di appartenenza (5 codici, es.: *“Avendo una bambina. Tutti gli interventi dove sono coinvolti bambini”*).

Questo tema riflette il *Gemeinschaftsgefühl* adleriano, con la cooperazione come fattore protettivo, specialmente in eventi in cui sono coinvolti più operatori.

4. Leadership e contenimento emotivo (salienza media, 20 codici). I ruoli di responsabilità emergono come funzioni di guida e supporto, ma spesso sottoutilizzati. Dal responsabile di sede: *“Quando coordino un turno post-evento critico, cerco sempre di fare una breve chiacchierata... ‘Come stai?’”*. Nelle descrizioni: *“Ho iniziato subito la rianimazione insieme ai colleghi... al rientro, ho provato un misto di stanchezza e impotenza”*, suggerisce il bisogno di contenimento post-evento. Sottotemi: interventi discreti (10 codici, es. direttore: *“proponendo un caffè o una chiacchierata”*), riconoscimento segnali (8 codici, es.: *“Sono andata in crisi... Ho dovuto chiedere l'intervento di una collega”*), e contributo alla crescita (2 codici, es.: *“Mi sono dovuto rivolgere al direttore”*). Questo tema evidenzia come la leadership possa rafforzare la volontà di potenza, ma richiede maggiore strutturazione.

5. Coping e resilienza organizzativa (salienza alta, 30 codici). Risorse individuali e collettive per gestire lo stress, con enfasi su trasformazione post-evento. Dal responsabile centralino: *“La condivisione tra colleghi al cambio turno è fondamentale per alleggerire la tensione”*. Alcuni esempi significativi: *“Intervenire correndo in mezzo alle rotaie... la soddisfazione principale è essere riuscito a portare il paziente vivo”*, calma in intervento, (*“Dipende dalle situazioni”*). Sottotemi: coping proattivo (15 codici, es: *“ho raccontato l'evento... per liberarmene del pensiero”*), differenze per esperienza (10 codici, es. giovani più esperti: *“Non ho avuto eventi di alto impatto”*), e proposte organizzative (5 codici, es. bisogno di supervisione dal centralino). Questo tema integra una strategia di coping centrato sul problema (procedure) e sull'emozione (condivisione), promuovendo resilienza adleriana.

L'integrazione mista rivela che i gap quantitativi (es. basso controllo emotivo) corrispondono a temi qualitativi di inferiorità e impotenza, ma sono mitigati dal sentimento sociale e dalla cooperazione, specialmente in operatori esperti.

Limiti dello studio

Nonostante i risultati offrano un contributo significativo alla comprensione delle dinamiche psicologiche degli operatori del soccorso nel quadro adleriano, il presente studio presenta alcuni limiti che devono essere considerate nell'interpretazione dei dati e nella pianificazione di ricerche future.

1. Dimensione e natura del campione: Il campione di 35 operatori, di cui 30 utilizzati, limita la generalizzabilità dei risultati. Sebbene il campionamento a chiamata abbia permesso di riflettere la

variabilità dei ruoli (80% soccorritori/esecutori, 60% maschi, 60% età 29-50 anni) e delle esperienze (37% >7 anni, 31% 4-7 anni, 32% 1-3 anni), la dimensione ridotta e la selezione non casuale potrebbero introdurre un bias di auto-selezione. Gli operatori più motivati o resilienti potrebbero aver scelto di partecipare, sovrastimando emozioni positive come fiducia in sé (10 menzioni) e calma (9) rispetto a un campione più rappresentativo. Inoltre, la concentrazione geografica (40% Milano, 34% Provincia di Milano) potrebbe riflettere specificità locali non applicabili ad altri contesti.

2. Natura retrospettiva delle descrizioni qualitative: Le 30 descrizioni di eventi critici fornite nel questionario e le 4 interviste semistruzzurate si basano su resoconti retrospettivi, soggetti a bias di ricordo. Gli operatori potrebbero aver enfatizzato emozioni negative (es. impotenza, 7 menzioni; frustrazione, 7) o ricostruito gli eventi in modo influenzato dal tempo trascorso o dal contesto emotivo attuale. Questo limita la capacità di cogliere la dinamica immediata dei vissuti e potrebbe aver influenzato l'identificazione di temi come il sentimento d'inferiorità o la cooperazione.

3. Assenza di follow-up longitudinale: Lo studio è di natura trasversale, senza dati longitudinali per valutare l'evoluzione delle percezioni di competenza (es. gap significativo in controllo emotivo, $t=3.57$, $p=0.0019$) o delle strategie di coping nel tempo. Questo preclude l'analisi di come i vissuti di inferiorità o le pratiche cooperative si modifichino con l'esperienza o con interventi specifici, limitando le conclusioni sulla resilienza a lungo termine.

4. Mancanza di strumenti standardizzati: Il questionario di autovalutazione, progettato ad hoc per esplorare i costrutti adleriani, non è stato validato rispetto a scale standardizzate come il Maslach Burnout Inventory (1996) o il Secondary Traumatic Stress Scale (Bride, 2007). Questo limita la comparabilità dei risultati con altri studi su burnout o trauma vicario, nonostante l'allineamento con la letteratura (Maslach & Leiter, 2016; Figley, 1995).

Queste limitazioni non compromettono il valore dei risultati, che offrono una visione articolata delle dinamiche adleriane nel contesto del soccorso sanitario. Tuttavia, suggeriscono cautela nell'estendere le conclusioni a contesti diversi e sottolineano la necessità di studi futuri con campioni più ampi, disegni longitudinali e strumenti validati per consolidare l'applicabilità clinica del modello adleriano.

Conclusioni

I risultati del presente studio confermano e arricchiscono l'ipotesi teorico-metodologica adleriana, interpretando il disagio emotivo negli operatori del soccorso non come un deficit statico o un trauma isolato, ma come un'interruzione dinamica del movimento finalisticamente orientato verso la cooperazione sociale e l'auto-realizzazione (Ansbacher & Ansbacher, 1956). L'analisi mista rivela pattern complessi: quantitativamente, emerge un gap significativo tra l'importanza percepita delle competenze e la capacità auto-valutata, particolarmente marcato in aree cruciali come il controllo emotivo ($t=3.57$, $p=0.0019$), il riconoscimento dei limiti ($t=3.30$, $p=0.0036$) e la richiesta di aiuto ($t=3.54$, $p=0.0020$), con emozioni miste ma con una prevalenza di vissuti negativi come impotenza (7 menzioni), frustrazione (7 menzioni) e insicurezza (7 menzioni) in eventi ad alto impatto. Questi pattern indicano che lo stress acuto riattiva sentimenti d'inferiorità, compromettendo l'efficacia professionale e potenzialmente contribuendo a vulnerabilità a lungo termine come affaticamento cronico o burnout (Maslach & Leiter, 2016). Tuttavia, risorse positive come fiducia in sé (10 menzioni), calma (9 menzioni) e sicurezza (9 menzioni) fungono da fattori protettivi, bilanciando le emozioni negative e suggerendo una resilienza intrinseca, specialmente negli operatori con maggiore esperienza (medie di capacità per controllo emotivo: 3.25 per 1-3 anni vs. 4.23 per >7 anni, sebbene non significative; ANOVA $F=2.03$, $p=0.1606$).

Qualitativamente, le interviste semistrutturate ($N=4$) e le descrizioni di eventi critici ($N=30$) arricchiscono questa visione, evidenziando come gli eventi traumatici – quali morti improvvise (es. “impotenza di poterlo aiutare”), incidenti con minori (es. “Tutti gli interventi dove sono coinvolti bambini”) o situazioni imprevedibili (es. “strage familiare”) – attivino meccanismi adleriani in modo dinamico.

Il sentimento d'inferiorità emerge con salienza alta (35 codici), manifestandosi in auto-colpevolizzazione (20 codici) e identificazione personale (5 codici, es. “Mi vedevo al suo posto”), ma funge da punto di partenza per compensazioni creative (25 codici), come iperattività post-evento o trasformazioni resilienti (12 codici, es. “collaborazione degna di nota”).

La variabilità nei vissuti – con operatori novizi più vulnerabili all'insicurezza (es. “forte pressione”) e quelli esperti più orientati alla crescita (es. “Non ho avuto eventi di alto impatto”) – suggerisce che l'esperienza modera questi processi, ma richiede supporto organizzativo per ottimizzarli.

Il sentimento sociale si conferma elemento centrale (40 codici), non solo come motivazione professionale ma come antidoto allo stress, riflettendo il *Gemeinschaftsgefühl* adleriano (Adler, 1933), la coesione di équipe mitiga l'isolamento emotivo (es. “guidarla passo passo”), mentre ostacoli relazionali (10 codici) erodono la resilienza. La leadership e il contenimento emotivo (20 codici) appaiono sottoutilizzati, con interventi discreti (10 codici) che potrebbero essere strutturati per

rafforzare la volontà di potenza, integrando coping proattivo (15 codici) centrato sul problema (procedure) e sull'emozione.

L'insieme dei dati fornisce una fotografia articolata: la prevalenza di soccorritori/esecutori con lunga esperienza (57,1% oltre sette anni) conferma un'esposizione cronica a eventi critici, con reazioni fisiologiche come sudorazione (33,3%), tachicardia (30%) e disturbi del sonno (26,7%) che evidenziano un impatto somatico persistente, spesso accompagnato da immagini intrusive o distacco emotivo. Le narrazioni rivelano strategie di compensazione variabili – dall'umorismo all'iperattività – intrecciate con un bisogno di significato sociale, dove la resilienza non è un tratto individuale ma un processo dinamico costruito nella comunità (Cairo, 2018; Millar, 2018). Questi elementi si integrano con le interviste ai responsabili, che sottolineano il ruolo della colpevolizzazione post-esiti negativi e la necessità di gesti simbolici per il riconoscimento reciproco, rafforzando il principio etico adleriano della responsabilità comunitaria.

Tali risultati supportano l'applicabilità clinica dei costrutti adleriani nei contesti di emergenza, proponendo interventi mirati che vadano oltre la rilevazione del disagio per favorire processi trasformativi. Ad esempio, la promozione di spazi di debriefing emotivo potrebbe ridurre l'auto-colpevolizzazione e rafforzare la coesione, mentre la psicoeducazione sui meccanismi compensativi potrebbe migliorare l'adattamento e prevenire il burnout. Il contributo significativo del progetto non è solo descrittivo ma applicativo: un modello integrato, che consideri dinamiche di inferiorità e mete finzionali individuali, può trasformare il disagio in opportunità di crescita, riducendo il rischio di assenteismo e favorendo il benessere psicosociale (Figley, 1995).

Limiti dello studio includono il campione piccolo e non probabilistico, con possibile bias di auto-selezione (operatori più motivati o resilienti potrebbero aver risposto di più), e l'assenza di un follow-up longitudinale per valutare cambiamenti nel tempo. Inoltre, la natura retrospettiva delle descrizioni potrebbe introdurre bias di ricordo, e l'analisi tematica, sebbene rigorosa, è soggetta a interpretazione soggettiva. Nonostante ciò, l'approccio misto offre una visione completa e sfumata, aprendo a prospettive future come: percorsi di psicoeducazione sui costrutti adleriani per operatori e responsabili; creazione di spazi strutturati di decompressione emotiva post-evento; implementazione di una figura interna di riferimento psicologico per monitorare segnali di disagio; valutazione longitudinale per misurare l'efficacia degli interventi; estensione del modello ad altri ambiti ad alta esposizione emotiva, come pronto soccorso o forze dell'ordine.

In ultima analisi, questo studio ribadisce la necessità di non considerare la salute mentale dei soccorritori come un aspetto secondario, ma come parte integrante della qualità del servizio reso alla comunità. La prospettiva adleriana, con il suo accento sulla cooperazione e sul significato sociale, fornisce un quadro teorico fecondo per orientare protocolli di sostegno e interventi di counseling capaci di rispondere alle sfide emotive e organizzative che caratterizzano il lavoro di

emergenza, promuovendo non solo la resilienza individuale ma anche quella collettiva degli operatori del soccorso.

Prospettive future

L'approccio adleriano proposto in questo progetto ha dimostrato potenzialità teoriche e pratiche significative per la comprensione ed il supporto del vissuto psicologico degli operatori del soccorso. A partire dai dati raccolti tramite le interviste semistrutturate ed il questionario, emerge l'esigenza concreta di sviluppare interventi mirati che vadano oltre la mera rilevazione del disagio, per tradursi in pratiche trasformative integrate all'interno della cultura organizzativa delle realtà operative di urgenza/emergenza.

L'integrazione di dati quantitativi (gap significativi in controllo emotivo, $t=3.57$, $p=0.0019$; riconoscimento limiti, $t=3.30$, $p=0.0036$) e qualitativi (40 codici su cooperazione, 35 su inferiorità) sottolinea l'esigenza di interventi che traducano il sentimento sociale in pratiche organizzative concrete, riducendo il disagio e promuovendo resilienza.

Le prospettive future si articolano in cinque direzioni, ancorate ai dati e alle conclusioni:

1. Psicoeducazione centrata sui costrutti adleriani

Il riporto massivo di vissuti di inferiorità suggerisce la necessità di percorsi formativi rivolti sia agli operatori che ai responsabili del servizio, orientati a rafforzare la consapevolezza rispetto al sentimento d'inferiorità, alle strategie compensative e al valore del sentimento sociale. Moduli interattivi, integrati nei corsi di aggiornamento obbligatori o nei momenti di formazione interna, potrebbero includere esercizi di autoriflessione per riconoscere i limiti senza colpevolizzarsi (media capacità 3.62 vs. importanza 4.43, $p=0.0036$), favorendo l'adattamento emotivo (Schäfer, Lass-Hennemann & Michael, 2020).

2. Spazi strutturati di debriefing emotivo

I risultati qualitativi indicano il bisogno diffuso di spazi non giudicanti dove condividere vissuti critici, senza temere stigmatizzazione o percezione di inadeguatezza. Inoltre, la coesione di équipe emerge come risorsa chiave. Si prevede, pertanto, l'introduzione sperimentale di momenti strutturati di debriefing emotivo o micro-supervisioni di gruppo, guidate da uno psicologo esperto, da attivarsi a cadenza mensile o su richiesta dopo eventi ad alto impatto psico-emotivo. Questi spazi risponderebbero al bisogno di contenimento post-evento, promuovendo il *Gemeinschaftsgefühl* (Adler, 1933).

3. Implementazione di una figura interna di riferimento psicologico

L'analisi evidenzia la sotto-utilizzazione della leadership per il contenimento emotivo. Si prospetta, pertanto, l'inserimento di una figura professionale che possa fungere da ponte tra il livello clinico

e quello organizzativo, supportando i responsabili nella lettura dei segnali di disagio, nella gestione delle dinamiche relazionali e nella promozione del benessere sistemico. Questa figura potrebbe operare in modo itinerante tra le sedi e potrebbe rafforzare la volontà di potenza, riducendo il rischio di burnout (Maslach & Leiter, 2016).

4. Valutazione longitudinale e adattamento dell'intervento

L'assenza di follow-up longitudinale è un limite dello studio.

Il progetto si propone di proseguire il monitoraggio dei vissuti degli operatori e dei coordinatori nel tempo, attraverso la ri-somministrazione del questionario a 6-12 mesi, eventualmente integrata con scale validate come il Maslach Burnout Inventory (Maslach et al., 1996). Ciò consentirebbe di misurare l'efficacia degli interventi e monitorare l'evoluzione dei vissuti, specialmente tra i meno esperti (capacità controllo emotivo: 3.25, 1-3 anni vs. 4.23, >7 anni).

5. Estensione del modello a contesti affini

L'applicabilità del modello adleriano si estende a contesti ad alta esposizione emotiva, come pronto soccorso o forze dell'ordine, dove il trauma vicario è prevalente (Bride, 2007). Adattare il questionario e le interviste a questi ambiti, replicando l'analisi mista, potrebbe validare il presente progetto come possibile prototipo scalabile per una più ampia diffusione del pensiero adleriano nei contesti di aiuto ad alta intensità.

Bibliografia

- Adler, A. (1933/2005). *Il senso della vita*. Astrolabio.
- Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. Basic Books.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bride, B.E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Cairo, E. (2018). Trauma e attaccamento: considerazioni teorico-tecniche per un intervento articolato di Psicoterapia Psicodinamica Adleriana. *Rivista di Psicologia Individuale*, 83, 37-56.
- Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press.

- Kalkbrenner, M.T. & Gormley, K. (2021). A practical guide to instrument development and score validation in the social sciences: The MEASURE approach. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 26(1).
- Lewis-Schroeder, N.F., Kieran, K., Murphy, B.L., Wolff, J.D., Robinson, M.A., & Kaufman, M.L. (2018). Conceptualization, assessment, and treatment of traumatic stress in first responders: A review of critical issues. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(4), 216-227. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000176>
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111.
- McEwen, B.S. (2017). Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Chronic Stress*, 1. <https://doi.org/10.1177/2470547017692328>
- Millar, H.M. (2018). Il concetto adleriano di sentimento sociale: origini, evoluzione e implicazioni cliniche. *Rivista di Psicologia Individuale*, 81, 15-28.
- Nakao, M. (2010). Work-related stress and psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial Medicine*, 4, 4.
- Regehr, C. & Bober, T. (2020). *In the line of fire: Trauma in the emergency services*. Oxford University Press.
- Schäfer, S.K., Lass-Hennemann, J. & Michael, T. (2020). Resilience and coping in trauma-spectrum disorders: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 576. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00576>
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. J.B. Lippincott.
- Southwick, S.M., Bonanno, G.A., Masten, A.S., Panter-Brick, C. & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tol, W.A., Patel, V., Epping-Jordan, J., et al. (2017). Ethical standards for mental health and psychosocial support research in emergencies: review of literature and current debates. *Globalization and Health*, 13(1), 41.
- Tsang, S., Royse, C.F. & Terkawi, A.S. (2017). Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 11(Suppl 1), S80-S89.

Siblings e Stile di vita: una prospettiva adleriana sulla relazione fraterna

di *Francesca Barillà e Valentina Di Liberto Parisi**

ABSTRACT (ITA)

L'analisi della costellazione familiare e l'approfondimento sull'ordine di nascita e la fratria sono degli strumenti preziosi per comprendere le caratteristiche fondamentali su cui si basa lo Stile di vita di una persona. Nelle famiglie con un figlio disabile è fondamentale comprendere l'influenza che può assumere la presenza di un fratello disabile all'interno della fratria, sullo Stile di vita degli altri fratelli e sul possibile condizionamento degli elementi tipici della relazione fraterna. Per approfondire la tematica dei *siblings*, oltre ad un inquadramento teorico, verrà presentato un caso clinico nel quale la paziente G., studentessa di 24 anni, ha una sorella maggiore con diagnosi di autismo.

Parole chiave: stile di vita, costellazione familiare, fratria, sibling, psicologia individuale

Siblings and Lifestyle: An Adlerian Perspective on the Sibling Relationship by *Francesca Barillà and Valentina Di Liberto Parisi*

ABSTRACT (ITAENG)

The analysis of family constellations, with a particular focus on birth order and sibling dynamics, is an important tool for understanding the foundational characteristics of a person's lifestyle.

In families with a disabled child, it becomes crucial to explore how the presence of a disabled person could influence other siblings' lifestyle as well as the potential impact on the typical dynamics of sibling relationships. To further investigate the role of siblings, this article provides both a theoretical framework and a clinical case study. The case involves a 24-year-old female student, referred to as G., who has an older sister diagnosed with autism.

This case highlights the complex psychological and relational factors that arise in such family systems and their implications for individual development and family functioning.

Keywords: lifestyle, family constellation, brotherhood, sibling, individual psychology

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

Introduzione

La Psicologia Individuale pone in gran rilievo l'esplorazione dei momenti iniziali di formazione della personalità, concentrandosi su quegli elementi che hanno contribuito alla strutturazione dello Stile di vita e indagandoli attraverso lo studio della famiglia di origine, dell'acquisizione dei primi ricordi d'infanzia, definiti da Adler "i prototipi dello Stile di vita" (Pagani, 1996).

Nella teorizzazione adleriana, all'interno dell'analisi della costellazione familiare si dedica grande importanza non solo alle figure genitoriali ma anche alla presenza di fratelli e sorelle individuando l'ordine di nascita e i legami tra di loro e con i genitori. Ogni figlio, infatti, interpreta il mondo che lo circonda dalla propria prospettiva che comprende la sua posizione di nascita rispetto a fratelli e sorelle, il suo ruolo all'interno del contesto familiare, le emozioni provate nei confronti dei genitori e dei fratelli e sorelle.

Questi fattori concorreranno a determinare lo Stile di vita di una persona ossia "l'impronta soggettiva di ogni individuo, costituita dalla risultante dei tratti comportamentali, orientamento del pensiero, affetti ed emozioni" (Parenti, 1983).

Nelle famiglie con un figlio o figlia con disabilità gli assetti e le dinamiche familiari ruotano attorno alla sua cura con dei conseguenti impatti multidimensionali sia di tipo organizzativo, economico ed emotivo.

Per diversi anni, tuttavia, lo studio degli effetti della disabilità nell'ambito familiare si è focalizzato sui genitori e, in particolar modo sulle madri, considerate *caregiver* principali.

Poca attenzione è stata dedicata ai *siblings*, ossia ai fratelli o sorelle di una persona con disabilità e agli impatti a livello concreto, sociale ed emotivo che tale condizione può comportare.

Attraverso la presentazione di un caso clinico verrà evidenziato come nel percorso terapeutico, tuttora in corso, siano emersi degli aspetti peculiari e riconducibili alla condizione di *sibling* della paziente.

G. è una studentessa di 24 anni e ha una sorella maggiore di 6 anni con diagnosi di autismo.

La paziente da secondogenita ha preso inevitabilmente il ruolo e le caratteristiche di primogenita con dei vissuti emotivi intensi e contrastanti che variano dalla responsabilizzazione precoce alla cura della sorella, passando per la gelosia e la rabbia fino all'emergere dei sensi colpa nell'immaginare una progettualità futura che in qualche modo la veda "svincolata" dall'assetto familiare attuale.

Il percorso terapeutico ha permesso a G. di esplorare, accogliere e dar voce ai propri vissuti emotivi e, attraverso l'incoraggiamento, mira alla comprensione e all'orientamento del suo Stile di vita.

La concezione adleriana sull'ordine di nascita e la fratria

L'analisi adleriana viene avviata dall'esame della costellazione familiare, ossia dallo studio della famiglia d'origine intesa come quella piccola ma importante cerchia con la quale l'individuo si è relazionato sin dalla prima infanzia.

Le figure primarie di grande importanza sono quelle genitoriali poiché ogni persona, attraverso adesioni o rifiuti ai modelli genitoriali, inizierà a dare forma alla propria personalità.

La Psicologia Individuale assegna un notevole rilievo anche alla composizione della fratria e all'ordine di nascita dei fratelli, capaci di influenzare in maniera significativa l'intero sviluppo psichico.

Fu Adler, infatti, a porre le dinamiche tra fratelli al centro della vita familiare sostenendo come il potere nelle famiglie, in particolare la rivalità tra fratelli per le risorse familiari, influenzasse lo sviluppo della personalità del singolo.

Adler suggerì che i fratelli si differenziassero sviluppando qualità e scegliendo posizioni sociali diverse in modo da ridurre la concorrenza e giungere all'equilibrio familiare (Ansbacher & Ansbacher, 1997).

Secondo la teoria adleriana sull'ordine di nascita ogni figlio possiede delle caratteristiche peculiari. Il primo nato è inizialmente da solo e dunque al centro dell'attenzione dei genitori ma alla nascita del secondogenito si potrebbe trovare costretto ad imparare a condividere, si sentirà detronizzato¹ e quindi potrebbe non gradire il cambiamento. In questo nuovo assetto familiare, le aspettative dei genitori sul primogenito potrebbero essere molto elevate ed egli potrebbe sentirsi investito da responsabilità maggiori anche legate all'idea di dover rappresentare un modello per il secondogenito.

Il bambino potrebbe diventare autoritario e rigido, potrebbe sviluppare un legame più stretto con il padre poiché la madre gli appare intenta alla cura del fratello appena nato e per tali motivi servirà incoraggiarlo alla collaborazione permettendogli, così, di coltivare il proprio sentimento sociale.

Secondo la teoria adleriana, il primogenito sarà incline al perfezionismo e alla necessità di affermazione; nei contesti sociali tenderà a diventare intellettuale, coscienzioso e dominante.

Un'ulteriore differenziazione all'interno della famiglia potrebbe riguardare i diversi trattamenti riservati ai figli maschi e alle figlie femmine.

¹ La detronizzazione è un sentimento legato alla paura di perdere l'amore dei genitori, al timore di essere tradito e rifiutato. Il primogenito, che ha goduto della situazione privilegiata di figlio unico e se ne trova improvvisamente defraudato, incomincia a mettere in dubbio l'affetto, di cui fino a quel giorno era il solo beneficiario, così come il suo spazio vitale (Brunori, 2013)

Frequentemente i maschi vengano sopravvalutati a discapito delle femmine, portando le bambine a crescere esitanti e nel dubbio. Quest'ultime rimarranno con l'impressione che solo gli uomini siano capaci di realizzare qualcosa.

Il secondogenito è in una posizione molto diversa da quella del primogenito poiché ha sempre un apripista che si muove parallelamente con lui ma potrebbe arrivare anche a superare l'apripista che, esausto delle continue lotte per il potere, si arrenderà dandogli strada libera. D'altro canto, il secondogenito avrà sempre un confronto con il primo nato e, sentendosi sempre in gara, potrebbe mostrare comportamenti di ribellione e difficoltà nel riconoscimento del potere e dell'autorità.

Il figlio di mezzo solitamente è quello più equilibrato ma anche colui che fa più fatica a trovare il suo "posto" in quanto potrebbe sentirsi intrappolato in una posizione priva di privilegi e significato. Generalmente è desideroso di elogiare i genitori e, per raggiungere questo obiettivo, tenderebbe a sviluppare doni nelle arti o nel mondo accademico.

A causa del suo status "medio" potrebbe anche essere il più flessibile e diplomatico della famiglia. L'ultimo figlio, essendo il più piccolo, non sarà mai detronizzato e crescerà con i fratelli più grandi che potrebbero tentare di educarlo come i genitori.

Questo particolare assetto familiare, potrebbe spingerlo a desiderare di essere più grande degli altri o potrebbe rimanere infantile e viziato.

Tuttavia, questi bambini possono mostrare fiducia in sé stessi, capacità di divertirsi e spiccate doti di intrattenimento. Essi non devono condividere l'attenzione dei loro genitori, tendono a sentirsi a proprio agio con gli adulti e svolgono meglio attività intellettuali e creative.

Un ulteriore caso particolare riguarda la nascita di figli gemelli:² uno dei due è solitamente più forte o più attivo e i genitori possono riconoscerne uno come il più grande.

Il più forte potrebbe diventare il leader ma esiste il rischio che questi bambini possano sviluppare problemi di identità a causa del fatto di essere trattati come una sola unità anziché due persone.

Ansbacher & Ansbacher (1997), inoltre, evidenziarono delle condizioni peculiari all'interno dei nuclei familiari caratterizzati da un numero elevato di figli tra i quali vi siano delle differenze di età superiori ai tre anni; questi particolari assetti, infatti, potrebbero portare alla creazione di sottogruppi per ordine di nascita.

L'ordine di nascita, infatti, è uno degli aspetti centrali che influenzerà lo sviluppo della personalità di un individuo al quale si possono aggiungere ulteriori dimensioni quali: l'inferiorità organica, l'atteggiamento genitoriale e il ruolo di genere.

Adler (1930) riteneva che le differenze legate all'ordine di nascita potessero non essere determinanti nelle famiglie più collaborative e democratiche e meno competitive e autocratiche.

² Kaës (2008) approfondì il concetto di complesso fraterno distinguendolo da quello di legame fraterno.

La teoria adleriana pone attenzione sull'unicità e diversità di ogni nucleo familiare e in quest'ottica anche l'ordine di nascita è uno strumento possibile per aiutare a guidare e a valutare i pazienti.

L'analisi della costellazione familiare e della fratria, infatti, concorre a comprendere come si è sviluppato lo Stile di vita dell'individuo, la percezione che ha di sé e la modalità con la quale una persona si muove verso una sua propria meta, servendosi dei mezzi che ritiene di avere a sua disposizione.

È la risposta che l'individuo fornisce per muoversi nel suo contesto ambientale originario che, in genere, è costituito dalla famiglia.

Per tale motivo, risulta rilevante lo studio della costellazione familiare, e dunque, la posizione di nascita del bambino rispetto ai fratelli così come le caratteristiche degli altri membri della famiglia e la significatività delle relazioni.

Per Adler (1927/1994) lo Stile di vita è già ben articolato intorno ai quattro/cinque anni poiché si è creato attraverso un graduale processo di selezione e di adattamento dinamico, grazie al quale una persona riesce a far proprie tutte le scelte che gli sembrano adeguate e a rifiutare quelle che ritiene non produttive.

Nel corso della crescita ogni condizione determinante per la strutturazione dello Stile di vita viene sottoposta a ripetuti collaudi, soprattutto in adolescenza. Queste continue sperimentazioni potrebbero anche ribaltare gli orientamenti di un progetto di vita già ben strutturato poiché lo Stile di vita si forma a diversi livelli di consapevolezza anche se l'apporto dell'inconscio è sicuramente prioritario.

Adler (1927/1994) affida all'educazione ed ai genitori il ruolo fondamentale di preparare i figli ad affrontare il mondo nella maniera migliore e, soprattutto, a contribuire al suo sviluppo. Apporto fondamentale in tal senso viene dato dalla relazione primaria tra madre e bambino.

Come ha sottolineato Parenti (1983), attraverso il lavoro analitico è possibile far comprendere al paziente che il prototipo di Stile di vita sviluppato nell'infanzia potrebbe influenzare erroneamente tutte le situazioni della sua vita tendendo in considerazione che egli presenta le sue realtà, filtrate attraverso la propria valutazione soggettiva, che le deforma, sotto la spinta tanto delle emozioni evocate, quanto di quelle vissute nel setting analitico.

In base a queste considerazioni, l'analista adleriano dovrà valutare la precedenza assegnata dal soggetto alle varie figure del suo nucleo familiare, gli eventuali cambi di registro linguistico usato nel descriverle, le ambivalenze, le contraddizioni, escludendo ogni interpretazione semplificata e codificata da regole o imprigionata nel rigore fittizio della testistica.

L'analista, affidandosi alla propria intuizione, potrà formulare delle ipotesi che potranno essere poi confermate, modificate o smentite nel corso del trattamento (Pagani, 1996).

Il metodo utilizzato da Pagani (2001) permette un esame rapido e globale della fratria e prevede di tracciare uno schema grafico sul quale evidenziare le caratteristiche essenziali di ogni suo componente.

In questo schema grafico deve essere evidente: la posizione nell'ordine di nascita, il sesso, l'età e la differenza in anni fra un elemento e il successivo. All'interno dello schema il soggetto in analisi sarà riconoscibile attraverso l'ombreggiatura che oscura il contrassegno che distingue il sesso.³

Ordine di nascita	1°	2°	3°	4°
Sesso	♂	♀	♀	♂
Età	n	n	n	n
Differenza in anni	n	n	n	n

I siblings

Il termine anglosassone “*sibling*” significa letteralmente “fratello” ma negli ultimi anni è stato utilizzato, soprattutto in Italia, per indicare la categoria dei fratelli di persone disabili.

Lo studio degli effetti della disabilità nell'ambito familiare si è focalizzato sui genitori, e in particolar modo sulle madri considerate *caregiver* principali ed è stato scarsamente considerato l'impatto della disabilità sui fratelli e/o sulle sorelle (Farinella, 2015).

Le prime ricerche sui fratelli e sorelle di persone con disabilità risalgono agli anni Ottanta e si concentrarono sul maggior rischio di problemi emotivi, comportamentali e sociali dovuti alla vulnerabilità del fratello o sulla presenza di fattori protettivi che potevano impedire le manifestazioni di queste problematiche (Seligman, 1983; Rodger, 1985).

La condizione di *sibling* accompagnerà una persona per tutta la vita e la porrà sempre nella condizione di confrontarsi con la presenza di un fratello o una sorella con disabilità e con la gestione delle dinamiche familiari da parte dei genitori.

Come sottolineato da Farinella (2015), alcuni elementi tipici della relazione fraterna come la reciprocità o l'ordine di nascita ne sono condizionati tanto da poter essere squilibrati e invertiti.

³ La figura riporta un esempio di schema per l'analisi della fratria basato sul metodo di Pagani (2001).

I *siblings* tenderanno a adeguarsi alle dinamiche genitoriali nei confronti del fratello o della sorella con disabilità per cui dei comportamenti iperprotettivi da parte dei genitori potrebbero portare i *siblings* a sentirsi in dovere di provvedere al fratello inibendone, però, ogni suo sforzo di crescita.

In questa visione si crea uno squilibrio tra i fratelli: il figlio disabile è, per definizione, il figlio non autonomo e di conseguenza gli altri fratelli tenderanno a essere iper-valutati e considerati precocemente autonomi.

In alcuni casi, infatti, ai figli con sviluppo tipico viene affidato il ruolo di “genitore vicario” e questo comporta una responsabilizzazione precoce con la conseguente impossibilità di seguire le normali fasi dello sviluppo. In questi casi si possono generare malesseri e difficoltà di adattamento che, permanendo nel tempo, potrebbero dare origine ad ansia e depressione. Le ripercussioni potrebbero riguardare il non riconoscimento nel gruppo dei pari in quanto i *siblings* potrebbero sentirsi poco compresi e con priorità differenti rispetto ai coetanei (Floyd et al., 2009).

L’iper-responsabilizzazione dei fratelli a sviluppo tipico potrebbe inibire l’interazione e dunque anche l’esperienza positiva di essere fratelli. Potrebbe capitare nelle situazioni in cui il *sibling*, investito del ruolo di *caregiver*, possa non sentirsi autorizzato ad esprimere dubbi, sofferenze e difficoltà vissute nella relazione con il fratello.

Il timore dei genitori per lo sviluppo della relazione fraterna potrebbe portarli a far leva sulla creazione di dinamiche affettuose basate sulla vulnerabilità della condizione di disabilità di un figlio e alla relativa responsabilizzazione alla cura dell’altro.

Tuttavia, queste dinamiche potrebbero non essere comprese o accettate dai *siblings*, che potrebbero sviluppare ostilità nei riguardi del fratello o della sorella con disabilità, sperimentare dei vissuti di risentimento e di rabbia verso il fratello o la sorella fragile e/o verso i genitori.

L’accettazione del ruolo di adulto responsabile, infatti, ha inevitabilmente dei costi psicologici e relazionali su entrambi i fratelli. Lasciare i fratelli liberi di scegliere il tipo di rapporto che vogliono avere ha un ruolo fondamentale nella costruzione della personalità degli individui (Dondi, 2018).

Sicuramente la presenza di un figlio disabile impatta sull’assetto familiare da diversi punti di vista che comprendono non solo le dimensioni di cura ma anche quelle organizzative, economiche e concrete della famiglia. Questi aspetti richiedono molta attenzione da parte dei genitori che dovranno necessariamente provvedere alle esigenze del figlio vulnerabile con la conseguenza, in molti casi, di non lasciare molto spazio all’esperienza di crescita del figlio con sviluppo tipico.

Spesso accade che i *siblings* si sentano soli all’interno del contesto familiare e si isolino dal gruppo dei pari per la difficoltà di condividere vissuti dolorosi legati alla famiglia o per la volontà di non creare ulteriori preoccupazioni ai propri genitori.

È comune nei figli a sviluppo tipico il ricorso a comportamenti volti a iper-compensare con altissime prestazioni scolastiche o lavorative per cercare di arginare o alleviare il vissuto dei genitori relativo alla disabilità.

Come evidenziato da Dondi (2018), un buon livello di comunicazione all'interno della famiglia e la possibilità di esprimere emozioni e vissuti negativi possono aiutare ad arginare e ad elaborare tale esperienza.

Alcuni studi (Schuntermann, 2007; Gordou, 2012) si sono focalizzati sulle potenzialità che emergono dalla condizione di *sibling* sottolineando come il confronto precoce con alcune tematiche relative al mondo adulto può concorrere ad ampliare la visione della realtà, a sviluppare una maggior resilienza e una grande flessibilità, qualità che permettono di approcciarsi alle situazioni con maggiore capacità di adattamento. Crescere da *siblings* potrebbe far sviluppare maggiori competenze sociali, maggior sensibilità e tolleranza verso il prossimo, atteggiamenti più accomodanti e meno aggressivi.

Possibili strategie e interventi per i siblings

Lo sviluppo evolutivo dei *siblings* richiede particolare attenzione poiché, pur non essendo critico dal punto di vista organico, è delicato per gli aspetti psicologici e relazionali.

I genitori svolgono un ruolo fondamentale per contenere i fattori di rischio; quindi, è di primaria importanza prestare attenzione ad alcuni segnali ed attivare azioni volte a sostenere i figli con sviluppo tipico e rinforzarli nelle varie fasi dello sviluppo. Bisogna individuare i segnali precoci di allarme, anche se questi risultano spesso poco evidenti (Farinella, 2015).

Alcuni studi (Kilmer et al., 2008; Giallo & Emerson, 2014; Vermaes, Van Susante, & Van Bakel, 2012) hanno evidenziato dei fattori di rischio relativi alla condizione di *sibling* quali:

- Introversione.
- Comportamenti oppositivi.
- Comportamenti di iper-adattamento.
- Perfezionismo.
- Sintomi psicosomatici.
- Difficoltà scolastiche.

Crescere insieme a un fratello con disabilità è una condizione di crescita delicata che deve essere monitorata, promuovendo uno spazio di ascolto e confronto che può attivare e favorire la resilienza.⁴

Si possono utilizzare diverse strategie per sviluppare la resilienza nei *siblings* che riguardano sia la dimensione comunicativa che la loro partecipazione alla vita del fratello o della sorella con disabilità. Risulta fondamentale, ad esempio, spiegare sin da subito ai *siblings* la disabilità del fratello o della sorella utilizzando le modalità comunicative più adatte alla loro età e sviluppo cognitivo e con le parole più semplici e comprensibili (Stoneman, 2001).

I bambini hanno la tendenza a spiegarsi la realtà secondo polarità molto semplici quali “giusto/sbagliato” o “buono/cattivo”. Quando non ricevano spiegazioni adeguate e tempestive, cercano risposte in maniera autonoma. Ecco quindi, che il fratello può diventare facilmente un nemico, un ostacolo tra loro e l’amore dei genitori, oppure il proprio essere “sani” può essere vissuto come una mancanza, generando senso di colpa.

Per quanto riguarda la dimensione della partecipazione alla vita del fratello o sorella con disabilità risulta fondamentale che i *siblings* possano sentirsi coinvolti in tutti gli aspetti della vita dell’altro, dalle visite specialistiche alle terapie farmacologiche e psicologiche ma in una cornice di riferimenti e limiti chiari.

Sono i genitori a doversi occupare dei figli, non è compito dei fratelli prendersi cura gli uni degli altri, a meno che non abbiano il desiderio autonomo di farlo. Indurre un bambino ad avere attenzioni particolari per il fratello, a coinvolgerlo nei giochi ed in ogni momento di svago può rivelarsi dannoso per il benessere di ciascun individuo e della relazione tra fratelli.

Per molti *sibling* può essere difficile riuscire a legittimare i sentimenti negativi che provano nei confronti del proprio fratello disabile. Una modalità comune, per esempio, di fare fronte ad una emozione come la rabbia può essere quella di esprimerla diventando disobbediente o facendo i capricci o anche con un aumento delle manifestazioni aggressive nei confronti dei fratelli o delle sorelle disabili. In alcune famiglie, tuttavia, l’emotività negativa è proibita ed inaccettabile. Per questo i *sibling* potrebbero interpretare i propri sentimenti di rabbia e risentimento come la prova che sono cattivi. Se sono arrabbiati nei confronti dei loro fratelli disabili, possono così provare profonda vergogna o sensi di colpa. Le espressioni inibite di rancore possono condurre all’introiezione di sentimenti negativi, all’evitamento della fonte della rabbia (il fratello o la sorella disabile) ed in taluni casi l’insorgere di quadri depressivi mascherati.

⁴ Per resilienza si intende la capacità dell’individuo di far fronte a situazioni di difficoltà e anche la capacità di costruire e riuscire a riorganizzare positivamente la propria vita, nonostante situazioni difficili che fanno pensare a un esito negativo.

Molti *siblings* tentano di proteggere anche i genitori dai propri sentimenti negativi. Esprimere queste emozioni potrebbe, inoltre, mettere a rischio l'immagine che cercano di presentare ai genitori, quella di bambini felici ed autonomi; in questo caso è presente una spinta ad essere perfetti, sempre disponibili, senza lati oscuri (Dondi, 2018).

In quest'ottica, è fondamentale legittimare i *siblings* nell'espressione delle proprie emozioni, supportandoli nelle fasi di accoglimento e riconoscimento di ognuna di esse.

Gli interventi terapeutici rivolti ai *siblings* possono favorire l'analisi delle loro emozioni (rabbia, paura, vergogna, senso di colpa...) incoraggiando il confronto e la condivisione con una figura, il terapeuta, che è al di fuori del contesto familiare. Attraverso questo tipo di confronto si potranno aiutare i *siblings* ad esternare i propri vissuti emotivi legati prima di tutto all'essere fratello di qualcuno all'interno di una famiglia, e poi all'essere fratello di una persona con disabilità.

La promozione di uno spazio personale nel quale i *siblings* possano avere tempo per sé stessi, per i loro momenti di solitudine, per elaborare le proprie emozioni e i propri vissuti può essere un fattore protettivo per il loro sviluppo psico-sociale così come risulta un fattore positivo la possibilità di avere in casa uno spazio tutto loro dove potersi rifugiare quando la presenza del fratello diventa soffocante.

I fratelli di persone con disabilità, nel corso della propria crescita, sviluppano anche tutta una serie di aspetti positivi come: l'autocontrollo, la cooperazione, l'empatia, la tolleranza, l'altruismo, la responsabilità e la maturità (Slooper, 2000) che diventano risorse di cui possono prendere consapevolezza attraverso un percorso terapeutico.

Appare dunque indispensabile offrire ai *siblings* l'opportunità di essere contenuti, supportati ed ascoltati, affinché non si sentano soli e possano potenziare le proprie risorse, prevenendo l'insorgenza di possibili disagi di natura psicologica.

Certamente, non è possibile stabilire a priori se vivere una relazione fraterna con una persona con disabilità, costituisca per il *sibling* un fattore di rischio o al contrario, un elemento in grado di rafforzarne la crescita e la resilienza; questo perché i fattori in gioco sono molteplici e variegati (Farinella, 2015).

Per aiutare i *siblings* nel proprio processo di resilienza sono state ideate delle attività di sostegno specificatamente a loro dedicate, prime fra tutte i Sibshops di Don Meyer ⁵ negli Stati Uniti e i Sibworks di Kate Strohm in Australia,⁶ ormai diffusi anche in Europa.

In Italia sono sempre di più i progetti dedicati ai *siblings*, sia nelle grandi città che nelle realtà più piccole (Dondi, 2022).

Solitamente i gruppi per bambini, suddivisi per fasce d'età, prevedono circa dieci incontri della durata di un'ora e mezza e si alternano momenti di gioco a momenti di riflessione.

Il focus del gruppo è la condizione di *siblings* che accomuna i partecipanti in modo da condividere esperienze, emozioni, pensieri, strategie.

Gli obiettivi generalmente sono:

- fornire un'esperienza divertente di socializzazione ludico-ricreativa;
- creare la possibilità di condivisione e di comunicazione tra loro, offrendo un supporto sociale;
- aiutare i ragazzi a sviluppare una migliore comprensione dei bisogni propri e dei loro fratelli disabili;
- aiutare i *siblings* a esplorare le proprie risorse e a valorizzare la propria unicità alla stessa stregua dei loro fratelli disabili;
- stimolare in loro strategie per un migliore adattamento alla situazione di *sibling*;
- aumentare la comunicazione all'interno delle loro famiglie.

Dalle esperienze di gruppo risulta comune a tutti i partecipanti il benessere derivato dal poter parlare del fratello/sorella con qualcuno capace di comprendere il proprio vissuto; superando l'aspetto di solitudine e di esclusione tipico dei *siblings*, sperimentato sia in famiglia che con il gruppo dei pari, con cui non spesso sentono di non poter condividere le loro preoccupazioni (Dondi, 2022).

⁵ Don Meyer, direttore del Siblings Support Project (www.siblingsupport.org), ha messo a punto il programma Sibshop (risultato della fusione delle parole *sibling* e *workshop*) che consiste in percorsi di confronto e scambio tra fratelli, finalizzati ad offrire ai *siblings* opportunità di incontro, condivisione di esperienze, individuazione di strategie per la gestione di alcune difficoltà tipiche dei fratelli, in un'atmosfera informale e di divertimento.

⁶ SibWorks è un programma di supporto tra pari per bambini/e di età compresa tra 8 e 12 anni che hanno un fratello o una sorella con disabilità. Creato dalla fondatrice di Siblings Australia, Kate Strohm, in collaborazione con la psicologa Monique Nesa, il programma è progettato per supportare i fratelli rafforzando il loro benessere emotivo e la loro resilienza e connettendosi con altri/e bambini/e che condividono la stessa esperienza (<https://siblingsaustralia.org.au/services/sibworks/>)

Caso clinico

G. è una ragazza di 24 anni che decide di intraprendere un percorso psicoterapeutico poiché, nel primo contatto telefonico, riferisce problemi nella gestione dell'ansia.

Viene fissato un primo incontro online al quale G. si presenta puntuale con un abbigliamento semplice ma curato. Sostiene di voler iniziare un percorso di sostegno psicologico a causa delle sue difficoltà nell'usufruire dei mezzi di trasporto per recarsi all'università e nel guidare da sola la sera. Dall'indagine sui compiti vitali emerge che G. è una studentessa scrupolosa e diligente, ha una solida relazione amorosa, è una ragazza sensibile e aperta verso gli altri, ha molte amicizie ma superficiali. Questi vissuti le creano un forte disagio e un conseguente malessere.

Descrive la madre come una persona molto remissiva e il padre un autoritario. Ha una sorella, S., con diagnosi di autismo, di sei anni più grande.

Quando le viene chiesto il primo ricordo, G. racconta di un momento vissuto a circa cinque anni al parco con la sorella: era autunno e ricorda i colori delle foglie per terra e l'umidità nell'aria, lei e la sorella giocavano con dei sacchetti di plastica nell'intento di "intrappolare l'aria" correndo per il parco. Riferisce che nel ricordarlo prova un forte senso di libertà.

Racconta che da bambina i genitori le dicevano che S. era una ragazzina particolare e che aveva bisogno di attenzioni speciali. La parola "autismo" non veniva pronunciata quasi mai tanto che G. non riesce a ricordare il momento in cui viene pronunciata per la prima volta.

In passato non riusciva a capire alcuni comportamenti bizzarri della sorella e il conseguente atteggiamento dei genitori che le apparivano molto accoglienti e flessibili nei confronti della sorella mentre molto più severi e autoritari nei suoi confronti.

Spesso si sentiva messa da parte per le esigenze della sorella (visite, terapie, ecc.); i genitori le dicevano di non arrabbiarsi con lei, di perdonare le sue stranezze. Aveva tanti dubbi, tante domande, ma non si è mai sentita accolta e ascoltata.

Sentiva emozioni contrastanti sia nei confronti della sorella che dei genitori, tanto da alimentare un senso di colpa che la accompagna fino ad oggi.

La paziente si è impegnata molto durante l'infanzia e l'adolescenza per eccellere nello studio e nello sport con la volontà di essere perfetta.

Lei stessa spiega che aveva il forte desiderio di essere "vista" e, al contempo, di non creare ulteriori problemi ai genitori.

Coerentemente con le teorizzazioni adleriane, dai primi racconti della paziente emergono le caratteristiche fondamentali del suo Stile di vita che verranno arricchite da ulteriori elementi emersi nel corso dei colloqui successivi.

Nell'ambito relazionale, ad esempio, la paziente riferisce di sentirsi l'unica a dare senza mai ricevere, si concentra molto sugli altri e antepone i loro desideri ai suoi. Queste relazioni le creano una profonda sofferenza oltre a sentimenti di rabbia e solitudine poiché le appaiono unilaterali e rafforzano in lei la convinzione di essere la persona a “pagare il prezzo più alto”.

Il lavoro terapeutico è stato orientato al riconoscimento delle emozioni ma anche di un loro accoglimento ed elaborazione.

È stato importante, infatti, offrire alla paziente uno spazio nel quale sentirsi accolta e nel quale poter esprimere liberamente i propri vissuti, rielaborare le proprie esperienze dando un nome e trovando le parole per alcuni aspetti che nella sua vita sono stati spesso celati dapprima dai suoi genitori e poi da lei stessa.

Dedicare ascolto e uno spazio non giudicante alla paziente permette la costruzione dell'alleanza terapeutica e la possibilità per G. di rapportarsi con un Altro capace di contenerla, ascoltarla e accompagnarla nella ri-costruzione narrativa della propria storia.

Le permette di “essere vista” e al contempo di vedere e vedersi provando a far emergere anche degli aspetti di rabbia, angoscia e paura, fino ad allora evitati.

G. racconta infatti di sentirsi molto di più di una sorella per S., col tempo si fanno spazio le idee per il futuro, quando sarà lei a doversi prendere cura di S. Questo sguardo sul futuro e sullo spazio e ruolo che S. potrà avere nella sua vita la spaventano perché crede di non essere in grado di garantire alla sorella le cure delle quali ha bisogno.

La paziente vive delle emozioni contrastanti e un conflitto interiore perpetuo: da un lato sente la responsabilità di prendersi cura della sorella, dall'altro cresce sempre più in lei il desiderio di sganciarsi da questo assetto familiare e di volgere lo sguardo al proprio futuro e alla realizzazione dei propri desideri.

Proprio come emerge nel primo ricordo, G. sembra avvicinarsi a un “prototipo” di libertà che è l'aria, ma con il desiderio di imprigionarlo di farlo proprio.

Nel corso della terapia, la paziente racconta di un sogno che sembra contenere le due dimensioni conflittuali da lei maggiormente esperite: il vissuto di iper-responsabilizzazione e il desiderio di realizzazione personale.

G. racconta che nel sogno lei e la sua famiglia si trovavano in mezzo ad una guerra e lei sentiva di avere il compito non solo di salvarsi ma anche di salvare i suoi cari.

La famiglia inizia a correre per scappare dal luogo del conflitto ma, alla fine della corsa, guardandosi intorno si ritrova sola; i suoi genitori e la sorella sono spariti.

La paziente riferisce che nel sogno ha pensato che i genitori e la sorella fossero morti ed è stata colta da un senso di vuoto e disperazione.

L'analisi del sogno riporta G. ai dubbi nella gestione futura della sorella e sensi di colpa attuali.

Si riflette, insieme alla paziente, come sia stata e si è investita di un ruolo salvifico nei confronti della sua famiglia. Il suo grande senso del dovere e il terrore di un possibile fallimento la accompagnano passo per passo in tutte le decisioni che riguardano la sua vita fino quasi ad immobilizzarla.

Nella relazione terapeutica G. è stata incoraggiata nello scoprire le proprie risorse interne, nel comunicare le sue emozioni in uno spazio privo di giudizio e nel comprendere che è utile gratificarsi. Emerge la solitudine e l'incomprensione verso i suoi genitori, il senso di colpa e la vergogna per le emozioni provate per la sorella, l'impotenza e la percezione di esclusione e non appartenenza al nucleo familiare.

G. ha potuto riconoscere ed esternare le emozioni ambivalenti verso la sorella: la rabbia profonda e dolorosa ma anche l'amore e la tenerezza.

Lo stesso processo di riconoscimento e verbalizzazione delle proprie emozioni ha riguardato il rapporto con i genitori. La paziente si è legittimata nel poter esprimere la propria rabbia verso il papà e la mamma che non le hanno spiegato con parole semplici la condizione della sorella, non permettendole così di poter esprimere le sue domande, i suoi dubbi ma anche le sue parole, la sua rabbia e la sua gelosia. Queste emozioni così intense essendo state rifiutate dai genitori, sono state rifiutate per molto tempo anche dalla paziente che non si è "data il permesso" di essere fragile e vulnerabile.

Attraverso il lavoro terapeutico, G. è stata supportata nell'entrare in contatto con la sua parte bambina che per molto tempo è stata ignorata da tutti e anche da sé stessa. Ha cercato di abbracciare e consolare questa sua parte bambina e di elaborare le sue sofferenze conseguenti alle incomprensioni con i genitori. Ha mostrato le proprie debolezze e ha verbalizzato i propri bisogni insoddisfatti, comprendendo meglio quanto il suo voler essere perfetta fosse un modo per risarcire e per rendere felici i suoi genitori.

Come molti altri *siblings*, la paziente ha reagito al vissuto di invisibilità e di esclusione assumendo atteggiamenti e mettendo in atto comportamenti disfunzionali al fine di attirare l'attenzione e suscitare l'interesse dei genitori.

Il percorso con G. è tuttora attivo; la paziente sta acquisendo le strategie per affrontare le sue relazioni in modo più funzionale, ascolta gli altri ma chiede di essere ascoltata.

Cerca di dar voce e valorizzare i suoi desideri comprendendo come essi abbiano la stessa dignità di quelli degli altri e attraverso una maggiore acquisizione di consapevolezza rispetto alle proprie dinamiche interiori e familiari, la paziente sta provando a costruire un progetto di vita maggiormente in linea con i propri obiettivi.

Conclusioni

Adler fu tra i primi e i pochi psicoanalisti che si interessarono alle conseguenze sulla psiche della nascita di un fratello, sottolineandone gli effetti sulla formazione del carattere.

Durante i primi colloqui, la raccolta di dati sulla costellazione familiare e sulla fratria permette di ottenere preziose informazioni anche sugli oggetti interni, sulle difese, sulle identificazioni e sui vissuti di inclusione o esclusione del paziente che si riattiveranno nella relazione con il terapeuta.

L'insieme dei fratelli e delle sorelle possiede una propria specificità che va analizzata poiché essa è in relazione anche al rapporto con le figure genitoriali.

Partendo da questa considerazione e volgendo uno sguardo alla complessità delle relazioni e delle dinamiche all'interno di un nucleo familiare, si può osservare come i membri di una fratria non hanno mai gli stessi genitori. Non solo perché potrebbe trattarsi di una fratria composta da figli di genitori diversi (stessa madre ma padri diversi o viceversa) ma anche perché, pur nel caso di una identità biologica, i genitori, dalla nascita del primogenito a quella dell'ultimogenito, sono inevitabilmente cambiati.

Quando nasce un bambino con disabilità, la famiglia deve far fronte a una molteplicità di fattori e dimensioni. I genitori e i fratelli dovranno occuparsi delle sue esigenze a lungo, se non per tutta la vita.

In questo particolare assetto familiare diventa maggiormente evidente il ruolo fondamentale che la famiglia ricopre sul benessere del figlio con disabilità.

Essa è il fulcro della vita del figlio con disabilità e quindi va ascoltata, aiutata e affiancata nell'attivare le risorse da mettere in gioco. Per questo bisogna occuparsi anche dei *siblings*, accompagnarli in tutte le fasi del loro sviluppo psico-sociale oltre che nella costruzione della relazione con il fratello o la sorella con disabilità.

Il caso clinico presentato, inoltre, evidenzia come oltre agli impatti che la condizione di *sibling* comporta sia negli assetti familiari che in quelli personali e identitari, un'ulteriore dimensione da considerare riguarda la progettualità futura.

Non è facile fare progetti quando molte variabili dipendono dalla situazione familiare dal fratello o dalla sorella con disabilità. L'occasione di sognare un futuro in cui si è i protagonisti della propria storia, viene ridimensionata da un senso di responsabilità e di impegno che la famiglia richiama esplicitamente e implicitamente.

Se da un lato questa realtà complessa porta i *siblings* a sviluppare resilienza, maturità e capacità di *problem solving*, dall'altro lato potrebbe farli sentire più limitati nel pensarsi da grandi, nel fare progetti, nel lanciarsi nel futuro.

Il ruolo dei *siblings* può essere complesso e talvolta travagliato e l'accesso a un adeguato sostegno psicologico è fondamentale per gestire la complessità delle emozioni che possono derivare da questa particolare situazione familiare.

La psicoterapia può offrire loro uno spazio sicuro e non giudicante per esplorare i loro sentimenti e condividere liberamente le proprie preoccupazioni e paure.

Per poter offrire degli strumenti pratici utili per far fronte al carico emotivo associato al loro ruolo sia dei genitori di persone con disabilità che dei *siblings* è fondamentale promuovere interventi di sostegno e di prevenzione.

Questi interventi, oltre a fungere da fattori protettivi nella gestione dello stress e delle emozioni, potrebbero facilitare la creazione di reti sociali di sostegno, connettendo i *siblings* con gruppi di supporto o programmi psicoeducativi progettati per fornire loro un ambiente accogliente dove possono sentirsi compresi e sostenuti e dove poter sviluppare una prospettiva più positiva rispetto al proprio ruolo all'interno della famiglia.

Bibliografia

Adler, A. (1927). *Menschenkenntnis* (tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale*. Roma: Newton Compton, 1994).

Adler, A. (1930). *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes* (tr. it.: *Psicologia del bambino difficile*. Newton Compton, 1976).

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

Brunori, L. (2013). Types of sons/siblings, fraternal function and peers. *International Journal of Psychoanalysis and Education*. 5, 2, 18-31

Dondi, A. (2018). *Siblings: Crescere fratelli e sorelle di bambini con disabilità*. San Paolo Edizioni.

Dondi, A. (2022). *I gruppi di siblings adulti: Una proposta di metodo per sostenere fratelli e sorelle di persone con disabilità*. San Paolo Edizioni.

Farinella, A. (2015). *Siblings: Essere fratelli di ragazzi con disabilità*. Erickson.

Floyd, F., Purcell, S., Richardson, S. & Kupersmidt, J. (2009). Sibling relationship quality and social functioning of children and adolescents with intellectual disability. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 114, 110-127.

Gardou, C. (2012). *Frères et sœurs de personnes handicapées*. Eres.

- Giallo, R. & Emerson, E. (2014). The wellbeing of siblings of children with disabilities. *Research in Development Disabilities*, 35, 9, 2085-2092.
- Kaës, R. (2008). *Il complesso fraterno*. Borla Edizioni.
- Kilmer, R.P., Cook, J.R., Taylor, C., Kane, S.F. & Clark, L.Y. (2008). Siblings of children with severe emotional disturbances: risks, resources, and adaptation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 1, 1-10.
- Pagani, P.L. (1996). Il caso della Signora B. Dialoghi Adleriani. *Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale*. Numero speciale.
- Pagani, P.L. (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.
- Rodger, S. (1985). Siblings of handicapped children: a population at risk?. *The Exceptional Child*. 32, 1, 47-56.
- Schuntermann, P. (2007). The sibling experience: growing up with a child who has pervasive developmental disorder or mental retardation. *Harvard Review of Psychiatry*, 15, 3, 93-108.
- Seligman, M. (1983). *Siblings of handicapped persons in the family with a handicapped child: understanding and treatment*. Grune – Stratton.
- Slooper, P. (2000). Predictors of distress in parents of children with cancer: a prospective study. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 2, 79-91.
- Stoneman, Z. (2001). Supporting positive sibling relationships during childhood. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews. Special Issue: Community Living*, 7, 2, 134-142.
- Vermaes, I.P.R, Van Susante, A.M.J & Van Bakel, H.J.A. (2012). Psychological functioning of siblings in families of children with chronic health conditions: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 37, 2, 166-184.

Pulsione aggressiva e sessualità secondo il modello adleriano. Studio di un caso clinico

di *Davide Maria Giarratana**

ABSTRACT (ITA)

Il presente elaborato esplora il concetto di pulsione aggressiva e sessuale e si addentra nei principali costrutti individual-psicologici. Stante che le elaborazioni adleriane scaturiscono dalla critica al modello freudiano, la nozione di aggressività gioca un ruolo fondamentale e viene concepita in modo significativamente diverso nei riguardi delle prime teorizzazioni di Freud. Se quest'ultimo lega l'aggressività a *Thanatos*, lemma che può associarsi alla "pulsione distruttiva" o tradursi come "istinto di morte", Adler la inquadra invece quale reazione psicologica rispetto al senso di inferiorità connaturato nell'essere umano e la lega alle rispettive dinamiche compensatorie. L'esposizione di un particolare caso clinico tratto da un'esperienza lavorativa in una residenza terapeutica è paradigma sia dell'applicazione pratica dell'impianto adleriano sia dell'integrazione con metodi e tecniche di altri orientamenti. Tale esperienza clinico-riabilitativa, di fatto, pone in evidenza da parte del paziente l'astrusità di insight e rielaborazione dello Stile di Vita.

Parole chiave: aggressività, sessualità, senso di inferiorità, compensazione, Stile di Vita

Aggressive drive and sexuality according to the Adlerian model. A case study

by *Davide Maria Giarratana*

ABSTRACT (ENG)

This paper explores the concept of aggressive and sexual drive and delves into the main individual-psychological constructs. Given that Adlerian elaborations arise from the criticism of the Freudian model, the notion of aggression plays a fundamental role and is conceived in a significantly different way with respect to Freud's early theorizations. If Freud links aggression with *Thanatos*, a term that can be associated with the "destructive drive" or translated as "death instinct", Adler instead frames it as a psychological reaction to the sense of inferiority inherent in human beings and links it to the respective compensation dynamics. The presentation of a particular clinical case taken from a work experience in a therapeutic residence is a paradigm both of the practical application of the Adlerian model and of the integration with methods and techniques of other orientations. This clinical-rehabilitative experience, in fact, highlights the patient's difficulty in insight and reworking the Lifestyle.

Keywords: aggression, sexuality, inferiority complex, compensation, Lifestyle

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

Introduzione

Il presente scritto è stato concepito a partire da un'esperienza professionale svolta nella Regione Lombardia e, più esattamente, in un servizio riabilitativo destinato a adolescenti e giovani adulti (range di età 14-18 anni) con particolari difficoltà psicosociali e provenienti da contesti di vulnerabilità familiare. Stante che gli utenti inviati in struttura presentano forme di disagio complesso, i corrispettivi interventi di équipe e di rete risultano essenziali soprattutto in fase di post-acuzie. Le diverse professionalità coinvolte, di fatto, interagiscono sinergicamente con famiglie di appartenenza, servizi invianti e istituzioni locali al fine di accompagnare l'utenza nel recupero delle risorse già presenti, nell'acquisizione di nuove abilità e nella ripresa del progetto di vita. Posto che sul singolo degente convergono disagi psicologici, sociali e familiari, in contesto residenziale è possibile osservare quadri sindromici articolati (disturbi psicotici, disturbi di personalità, disturbi di area ansioso-depressiva, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, ecc.) nonché un'ampia varietà di condotte disfunzionali (autolesionismo, abuso o dipendenza chimica e forme di *addiction* altre). Per tali ragioni, alla luce degli interventi clinici, educativo-riabilitativi, familiari e socioculturali messi in atto, tra diversi temi emergenti figura soprattutto la gestione delle condotte distruttive.

La pulsione aggressiva (e sessuale), di fatto, costituisce uno degli oggetti di studio fondamentali della psicologia: tra i diversi autori della tradizione psicodinamica è doveroso menzionare S. Freud, primo riferimento in materia di psicoanalisi, e A. Adler, suo ex-collaboratore e successivo capostipite della psicologia individuale comparata. Secondo le particolari elaborazioni adleriane, che divergono dalle prime teorizzazioni psicoanalitiche, l'energia aggressiva gioca un ruolo essenziale rispetto al dinamismo di vita. Secondo la psicologia individuale comparata, orientamento che scaturisce dalla critica che lo stesso Adler muove nei confronti del maestro, l'energia aggressiva si declina nell'ampia gamma di attività e comportamenti apprezzabili nell'essere umano. La distinzione tra il modello adleriano e altri approcci terapeutici consiste innanzitutto nell'attenzione rivolta al rapporto individuo-contesto sociale: stante che la psicologia individuale comparata figura quale approccio complementare alla psicoanalisi, piuttosto che al concetto classico di inconscio e ai conflitti intrapsichici, essa pone enfasi sulle relazioni sociali e sull'ambiente familiare originario. Tale modello propone una visione teleologica – piuttosto che deterministica – con orientamento all'aspirazione personale e alla progettualità futura (intesa come capacità di perseguire costruttivamente compiti vitali e di "utilità sociale" e collettiva). Sono centrali rispetto al processo di strutturazione della personalità (o *Stile di Vita*) le nozioni di *senso di inferiorità* e *compensazione*, *ambizione alla superiorità* e *interesse sociale*: secondo Adler, il rapporto tra istanze interne ed esterne è

fondamentale per comprendere le dinamiche di maturazione e sviluppo individuale e quindi per agire nei termini di cura del benessere psicologico e superamento di contingenze di vita avverse.

1. Aggressività e sessualità

Alla stregua di molti fenomeni etologici osservabili nel regno animale, l'aggressività umana scaturisce da impulsi conservativi della specie (Parenti, 1983). L'impianto teorico freudiano (1920) pone l'accento sull'aggressività, fenomeno originariamente trattato in termini di risposta fisiologica alla frustrazione: la posizione psicoanalitica, che sostiene la teoria libidica, identifica nell'aggressività una reazione ad ostacoli che si frappongono tra l'individuo e la possibilità di gratificazione psicosessuale.

Nell'elaborazione freudiana (1920), di fatto, sessualità e aggressività sono strettamente interconnesse e legate al concetto di energia intrapsichica. La *libido* o, per l'appunto, l'energia psicosessuale figura quale forza primaria alla base del comportamento umano e della vita psichica in senso lato. In altri termini, Freud non circoscrive la libido all'atto sessuale, ma include desideri e pulsioni finalizzate alla fruizione del piacere che trovano espressione in ambiti anche non prettamente sessuali (ad es. attività creative e intellettuali). Nella teoria di Freud (1920; 1930), l'aggressività è connessa alla pulsione distruttiva (*Thanatos* o istinto di morte), descritta come complementare alla pulsione conservativa (*Eros* o istinto di vita). Quest'ultima, secondo le elaborazioni psicoanalitiche, include la sessualità e acquista anche l'appellativo di pulsione "erotica". Secondo la cornice teorica freudiana (1920; 1930), l'aggressività costituisce una spinta distruttiva che l'uomo esprime attraverso atteggiamenti ostili, di odio e tramite condotte violente: essa, dunque, figura quale forza che scaturisce dal cumulo tensivo e può essere rivolta a un oggetto o scaricata all'esterno.

Sebbene conservi una teoria psicologica su base pulsionale, Adler (1924; 1927; 1931; 1933) introduce alcune coppie di istanze fondamentali quali: *senso/complesso di inferiorità* e *compensazione*, *volontà di potenza* e *sentimento sociale*. Secondo la psicologia adleriana, il senso di inferiorità è parte dell'essenza umana e da esso dipendono il dinamismo di vita e le condotte individuali. La percezione di inferiorità si declina sulla base di particolari svantaggi o insufficienze (organiche, fisiche, psichiche, sociali): qualora tale status di svantaggio raggiunga intensità sperticata, l'individuo può progressivamente strutturare un "complesso" che circoscrive le sue possibilità maturative e determina una condizione di accentuata sofferenza (Parenti, 1983; 1987). La compensazione coincide con tentativi di adattamento e strategie a cui l'individuo ricorre per limitare il senso di inferiorità, per rappresentarsi adeguato o per percepirsi al sicuro (Adler, 1912; 1927). La volontà di potenza costituisce l'istanza orientata all'affermazione individuale e all'acquisizione uno status di

superiorità e vantaggio rispetto all'esterno (Ansbacher & Ansbacher, 1956). Il sentimento sociale rappresenta l'istanza opposta e richiama l'interesse a cooperare al fine di un benessere collettivo (Adler, 1924; 2008).

A differenza delle prime elaborazioni psicoanalitiche, il dispositivo terapeutico adleriano trova il suo fulcro nel rapporto tra senso di inferiorità e compensazione, nel bilanciamento tra aspirazione alla superiorità e senso di appartenenza sociale. Diversamente da Freud, benché Adler (1908a) attribuisca alla sessualità un ruolo importante nell'esperienza interazionale, essa non ricopre una funzione centrale e non può spiegare in toto la personalità e le dinamiche intrapsichiche alla base del comportamento umano.

Più nel dettaglio, l'aggressività scaturisce dalla percezione di inferiorità rispetto agli altri e all'esterno: secondo Adler (1908a), essa non è riducibile a istinto primario o a pulsione inconscia ma figura quale reazione individuale alla frustrazione e alla percezione di vulnerabilità, svantaggio e insufficienza. Per riassumere, da un lato, se la teoria freudiana si basa su pulsioni primarie innate e di carattere universale, dall'altro, l'impianto adleriano ha come centro la dinamica di compensazione e l'ambizione alla superiorità. In quest'ottica, dunque, Adler (1908a) ridimensiona il ruolo della sessualità e riscrive l'aggressività quale risposta a stati emotivi spiacevoli legati al senso di inferiorità.

Data la distanza dai costrutti psicoanalitici, gli autori adleriani pongono particolare attenzione a pensieri, fantasie e comportamenti aggressivi rivolti all'esterno con fine distruttivo, competitivo e autoaffermativo (Adler, 1908a; Pagani, 2003, pp. 3-4). Il modello adleriano colloca la prima manifestazione della pulsione aggressiva già nella neo-natalità: nell'ipotesi di Adler (1908a, 1912), la cosiddetta "inferiorità d'organo" – o, più precisamente, la particolare esperienza di mancanze e disfunzionalità fisiologiche personali – determinerebbe una condizione spiacevole e di disagio caratteristica dell'infanzia e costitutiva del futuro individuo. In altri termini, va da sé che a una cospicua inferiorità d'organo si associa una pulsionalità proporzionalmente maggiore: in linea con le sollecitazioni e le astrusità esterne, di fatto, l'essere umano sarebbe incline a rivolgere l'aggressività verso il mondo circostante ai fini della sopravvivenza (Adler, 1908a; Parenti, 1970, pp. 25-36). In linea con gli studi adleriani circa l'età evolutiva, anche nei giochi infantili sono presenti particolari fantasie aggressive e, oltre che assurgere a manifestazione della pulsione stessa, le narrazioni proprie dei bambini divengono paradigma di eventuali atteggiamenti ostili rispetto all'ambiente esterno (Adler, 1908a; 1929; 1930a-b).

Nella revisione adleriana della teoria pulsionale, l'aggressività si distanzia dalla pretta fruizione del piacere e, di contro, assurge a sovrastruttura organizzatrice delle diverse pulsioni individuali. Il discorso adleriano apre alla possibilità che alla base del dinamismo psicomotorio sussista una certa carica tensiva, ragion per cui tali energie sono potenzialmente impiegabili nelle diverse attività

umane (Adler, 1908a; 1929; 1930a-b). L'aggressività diviene funzionale all'organizzazione delle pulsioni primarie associate al nutrimento, alla gratificazione sessuale, alla riproduzione e alla conservazione in generale. Prerogativa dell'apporto adleriano (1908a), qualora la pulsione si orientasse in senso disadattivo e non-funzionale, è possibile che l'espressione sia modulata grazie alle istanze collettive e per mezzo del senso di appartenenza alla comunità ed è per tali ragioni che il comportamento aggressivo può sublimarsi in forme socialmente accettabili. Secondo Adler (Adler, 1908a; 1929; 1930a-b), di fatto, forme aggressive etero- e autodirette possono modularsi attraverso attività espressive e creative o, piuttosto, convertirsi in svariate opportunità occupazionali e sociali. In altri termini, la psicoterapia e l'intervento educativo determinano un'evoluzione nell'espressione aggressiva, orientano il comportamento in termini di "utilità sociale" e favoriscono una motivazione certamente più "altruistica". Per porre un esempio concreto, la possibilità di osservare le proprie condotte aggressive o violente da un punto di vista esterno costituisce il presupposto sul quale si fondano il setting e il lavoro terapeutico: una simile prospettiva permette al paziente di comprenderne le cause, concepirne gli effetti, partecipare emotivamente alle esperienze di coloro i quali ne sono interessati, interrogarsi su strumenti e modalità di gestione e così via (Adler, 1924; 1931; 1933).

Il paradigma adleriano (1908a) differenzia forme aggressive eterodirette (esplosioni di matrice isterica, paranoia, ecc.), forme autodirette (fobia/ipochondria, autoriferimenti e persecuzione, depressione, ideazione/condotta anticonservativa, ecc.) e detti capovolgimenti. Benché nel discorso iniziale di Adler (1908a) si ponga attenzione al concetto di pulsione, egli giunge a inquadrare l'aggressività in termini di atteggiamento parzialmente consapevole e inconsapevole che trova contesto negli ostacoli vitali di affermazione o realizzazione personale: l'aggressività, di fatto, convergerebbe su modalità non-adequate nel momento in cui, in assenza di un solido sentimento sociale, le energie della persona vengono canalizzate nella preta autoaffermazione (Adler, 1929, 1930a-b; Canzano, 2006). Il comportamento aggressivo, inoltre, chiama in campo componenti strettamente simboliche: laddove vi sia un sentimento sociale ben sviluppato, la produzione immaginaria e finzionale è in linea con la necessità di esprimere l'aggressività – seppur in forma sublimata – e a contenerne gli eventuali effetti distruttivi. In tali termini l'aggressività perde una connotazione di esclusivo stampo biologico-organico per acquistarne una di tipo psichico (Ansbacher & Ansbacher, 1956). Al contempo, anche il comportamento sintomatologico assurge a espressione aggressiva (autodiretta, nel caso in cui è rivolta all'individuo, o eterodiretta, nel caso dell'altro e della collettività) (Pagani, 2006).

Una doverosa digressione trova contesto nel periodo della prima infanzia le cui dinamiche, secondo Adler (1908a; 1929; 1930a-b), sono determinanti per il dinamismo evolutivo e vitale in senso lato. L'origine dell'aggressività umana è arcaica, in quanto è osservabile già nelle modalità interattive tra

infante e figura adulta ed è dunque possibile sperimentare dai primi momenti di vita gli effetti che essa determina nell'Altro: il comportamento infantile ha la capacità di sollecitare automaticamente l'accudente riportandolo all'attenzione quando le cure sono rivolte altrove. In altri termini, all'interno delle dinamiche primarie, le condotte aggressive fanno sì che il genitore risponda alle impellenze vitali del neonato e tale schema di azione-reazione progredisce e si mantiene lungo la traiettoria evolutiva (Parenti & Pagani, 1987). Dalle osservazioni di pazienti in età neonatale si ravvisano i comportamenti aggressivi discontrollati utili a esternalizzare necessità primarie, "imporsi" agli altri e affermarsi sull'ambiente. Alla stregua di eventuali limitazioni od ostacoli esterni, ogni contingenza che genera frustrazioni o dolore ha un effetto contenitivo e regolativo della condotta aggressiva che, per questioni di adattamento alla vita, richiede un lavoro trasformativo (Parenti & Pagani, 1987).

La spinta epistemofila, l'educazione e l'apertura all'esperienza sociale determinano inevitabilmente il confronto con limiti, norme e istanze esterne che, a loro volta, hanno la funzione di ridimensionare la condotta individuale: da tale limitazione e dal compromesso tra bisogni egoistici e collettivi l'aggressività può dunque declinarsi (sublimazione, compensazione, etc.) e può strutturarsi lo Stile di Vita (Parenti & Pagani, 1987). Tale costrutto adleriano corrisponde allo schema percettivo dal quale dipendono le corrispondenti strategie adattive individuali (Parenti & Pagani, 1987; Pagani, 2000).

Adler (1908b) può considerarsi un precorritore di diversi orientamenti dell'alveo psicoanalitico-psicodinamico, sistemico, cognitivista e costruttivista. Con netto anticipo rispetto ai successivi studi sul legame d'attaccamento, inoltre, Adler (1908b) descrive come connaturati nel bambino il "bisogno di tenerezza" e la necessità di accudimento da parte dell'adulto ai fini della sopravvivenza. Stante che alla nascita l'essere umano non è ancora in possesso delle competenze necessarie alla vita, tale bisogno primario volge a colmare il senso di vulnerabilità, fragilità e inferiorità favorito da sollecitazioni e istanze esterne: Adler precisa che da esso scaturirebbe, oltre alla contropinta autoaffermativa individuale (volontà di potenza) anche l'apertura sociale (interesse che predispone lo sviluppo del pretto sentimento sociale nel futuro adulto) (Pagani, 2006). La grande intuizione adleriana consiste nel fatto che, dalla prima infanzia e lungo la traiettoria evolutiva, le modalità con cui il genitore legge e si mostra responsivo rispetto al bisogno primario influenzeranno la stima e l'efficacia autopercepite dal figlio, nonché la sua fiducia epistemica: in altri termini, la percezione di tutela e di sicurezza può reputarsi determinante per lo sviluppo del carattere, la definizione dei confini tra l'individuo e l'esterno, la gestione dei legami affettivi e i rispettivi movimenti verso l'autonomia e la realizzazione personale (Canzano, 2007).

2. Trasgressione e stile genitoriale

La trasgressione può reputarsi uno dei concetti chiave della psicologia dell'adolescenza. A partire da influenze socialiste chiamanti in causa lo scontro tra forze sociali, Adler (1929; 1930a-b; 1933) contestualizza il dinamismo psicofisico nella dialettica individuo-collettività e attribuisce al comportamento aggressivo un carattere di essenzialità ai fini dello sviluppo.

Nel particolare caso dell'adolescenza, la trasgressione è associata a forme di protesta contro il senso di inferiorità ed è intesa quale condizione di non-aderenza e alterazione della norma: essa si configura come momento maturativo in cui, sulla base di una forte spinta elevativa, l'essere umano prende simbolicamente le distanze dallo status di infante e rivede in chiave soggettiva i significati e i valori tipici della matrice familiare originaria (Parenti, 1970). Tali dinamiche di separazione e svincolo implicano l'uso di particolari risorse elaborative: la revisione della norma si accosta al desiderio di crescita e di autonomia e costituisce un passaggio funzionale in termini di sviluppo e individuazione (laddove la prospettiva antitetica dell'individuo non si riduce a mera espressione oppositiva, di provocazione e di disagio). In chiave adleriana (Parenti, 1970), infatti, la posizione di critica e i sentimenti di "ribellione adolescenziale" sono proficui se finalizzati alla costruzione identitaria e sono verosimilmente sani se implicano la canalizzazione delle energie aggressive, il movimento empatico e l'interesse sociale. La motivazione e gli scopi del comportamento trasgressivo sono da porre all'attenzione del clinico e dell'educatore: nel caso in cui le dinamiche di compensazione del sentimento di inferiorità esitino in attività socialmente inutili e distruttive, secondo Adler (1929; 1930a-b; 1933), si assiste a un viraggio in direzione della psicopatologia e della devianza.

In termini individualpsicologici la norma (sia essa la regola cui il genitore rimanda i figli o la legge cui fanno riferimento i membri della società) costituisce dato e perimetro di realtà: essa, di fatto, implica un sistema di significati istituiti che ha la funzione di arginare l'aggressività individuale, prevenire comportamenti distruttivi e garantire la tutela e la continuità del gruppo (Adler, 1929; 1930a-b; 1933). A partire dall'infanzia l'essere umano acquisisce una prima nozione di ruolo e confine interpersonale all'interno della famiglia ma, tuttavia, i particolari bisogni di attaccamento portano l'individuo a aderire alla norma trasmessa dal genitore. Posto che l'infante non è autosufficiente e necessita di una rappresentazione positiva, coerente e stabile dell'adulto di riferimento, egli tende generalmente a non mettere in discussione il modello genitoriale. Dal momento che, al contrario, l'adolescenza vede una forte spinta emancipatoria, la trasgressione gioca un ruolo fondamentale poiché, da un lato, permette naturalmente di acquisire abilità utili al raggiungimento dello status di adulto e, dall'altro, apre a nuove spirali di significazione della realtà (Parenti, 1970, pp. 25-36; Lancini et al., 2020).

Al momento del confronto con le norme poste dai genitori e dalla società, il limite per l'adolescente non è rappresentabile solo in termini di ostacolo all'affermazione individuale ma rappresenta altresì una condizione essenziale per l'acquisizione di responsabilità e ai fini dell'autoregolazione: il limite implica rimodulazione degli impulsi in quanto richiede tolleranza dei tempi di latenza e capacità riflessiva. Il genitore, di fatto, incarna un modello che (sebbene rimandi a forme di proibizione e diniego) permette all'adolescente di maturare una maggiore consapevolezza di bisogni e desideri personali e, nel migliore dei casi, emanciparsi in un contesto di progressività e di supporto affettivo (Maggiolini, 2014; Lancini et al., 2020). A tal proposito, è opportuno discernere tra atteggiamenti di comprensione e di giustificazione da parte delle figure di riferimento. Prendere atto delle dinamiche affettive da cui scaturiscono i comportamenti dei figli non implica il fatto di giustificarli: l'intervento genitoriale, infatti, dovrebbe rimandare ad aspetti normativi senza mancare di supporto affettivo, mirando così alla promozione della responsabilità dei figli e incentivando il negoziato rispetto ai loro bisogni. In altri termini, la funzione genitoriale favorisce la sublimazione delle energie aggressive e orienta l'adolescente verso una maturazione non solo di tipo reattivo, ma anche riflessivo. Va da sé che stili genitoriali più autoritari (e non-autorevoli) in cui il diniego e l'intervento normativo non vengono motivati né supportati da una sufficiente base affettiva, conducono verosimilmente a figli inibiti nel comportamento e repressi dal punto di vista emotivo, mentre stili genitoriali più lassisti favoriscono disinibizione e disregolazione emotiva (Maggiolini, 2014; Lancini et al., 2020). Entrambi gli estremi, secondo la psicologia individuale, espongono al rischio di difficoltà adattive, disagi e psicopatologia (Adler, 1929; 1930a-b; 1933; Parenti, 1970, pp. 56-60).

Se contestualizzata in una relazione di cura e in un ambiente di tutela, l'intervento normativo non rappresenta un mero "sanzionamento" ma, piuttosto, assurge a occasione per favorire una riflessione critica su azioni e conseguenze, momento funzionale al modellamento del Sé e alla strutturazione identitaria. Da parte dell'adolescente, infatti, la possibilità di riflettere sui bisogni, sui significati e sugli esiti dell'atto trasgressivo esorta al riorientamento rispetto a valori e desideri personali. In tal senso, la posizione normativa del genitore favorisce sia la maturazione personale sia la crescita all'interno della relazione (Maggiolini, 2014; Lancini et al., 2020).

Tuttavia, il comportamento trasgressivo sottende anche una certa "opacità" di significato e comunicazione in quanto gli agiti adolescenziali, talvolta, risultano di astrusa intellegibilità sia da parte degli stessi minori sia da parte degli adulti. Il rischio è che l'aggressività sia avulsa da fini costruttivi e pertanto, in linea con logiche strettamente private, diventi espressione di un disagio emotivo: in alcuni contesti di devianza, è possibile che l'adolescente prenda le distanze da finalità socialmente utili e si opponga alle regole con lo scopo di affermare la sua presenza in un contesto che, verosimilmente, avverte e rappresenta come incapace di accogliere le sue istanze (Maggiolini, 2014; Lancini et al., 2020).

Ambienti familiari caratterizzati da valori e aspettative disfunzionali nei riguardi dei figli incrementano il rischio di una deformazione del Sé, ragion per cui non è raro che sentimenti di tristezza, che costituiscono uno stato interno complesso, siano tradotti in rabbia, ossia una risposta emotiva più immediata. La rabbia, specie in adolescenza, figura come stato più accessibile che ha come oggetto soprattutto il mondo esterno, con cui il giovane intraprende un gioco di forza ai fini dell'emancipazione personale. L'adolescente va incontro al rischio concreto di strutturare un falso-Sé in quanto, spinto dalla necessità di reagire alle aspettative familiari e alle frustrazioni provocate dai limiti esterni, compie delle auto-attribuzioni irrealistiche o generalmente non aderenti alla sua persona (Maggiolini, 2014; Lancini et al., 2020).

In termini adleriani, la devianza scaturisce dall'autoaffermazione della propria presenza nel mondo anche attraverso azioni che sfuggono al controllo familiare e, qualora privo di significazione politica o sociale, l'atto di trasgressione si riduce a forma di ribellione narcisistica orientata al bisogno privato: l'aggressività che ne scaturisce non è iscritta in una cornice di significati collettivi ma, piuttosto, assurge a mezzo per esprimere il disagio personale in modo distruttivo e talvolta privo di consapevolezza (Adler, 1929; 1930a-b; Lancini et al., 2020).

Al fine dell'integrazione della norma, è opportuno che il minore si sintonizzi affettivamente con l'adulto e ne assimili il modello educativo che, una volta interiorizzato, potrà progressivamente essere rielaborato nel corso della sperimentazione sociale. Secondo la psicologia individuale, di fatto, la norma non corrisponde solamente a un complesso di regole poste dall'organizzazione collettiva ma a un sistema di valori da legittimarsi nell'affettività e nella relazione interpersonale. In altri termini, il processo di interiorizzazione del sistema normativo non è passivo in quanto scaturisce dal desiderio connaturato nell'uomo di acquisire le caratteristiche delle figure di riferimento: esso si lega necessariamente alle dinamiche di identificazione nei modelli genitoriali e sociali (Adler, 1929; 1930a-b; Lancini et al., 2020).

È chiaro che, qualora l'adolescente faccia propria la regola senza averne piena nozione del valore sociale e collettivo, egli si limiterà a seguirla "meccanicamente" e, pertanto, stili genitoriali incapaci di integrare aspetti normativi e affettivi favoriscono, come già accennato, confusione e conflitto interiore. È opportuno che il rimando alla regola sia rappresentato all'adolescente quale occasione per orientarsi verso una buona regolazione di sé e responsabilizzarsi (piuttosto che come un'imposizione autoritaria che non tiene conto della sua individualità) (Adler, 1929; 1930a-b; Parenti, 1970, pp. 25-36, 56-60).

Per quanto concerne la presa in carico dell'adolescente, secondo il modello adleriano, il sintomo può intendersi quale forma di deresponsabilizzazione e "autosabotaggio" evolutivo. L'espressione sintomatologica, di fatto, implica sia il distanziamento dai compiti sociali (impegno scolastico/lavorativo, legami amicali e sentimentali significativi) sia lo svincolo rispetto alle sfide

evolutive che richiedono il ricorso alle capacità personali. Secondo la psicologia individuale, di fatto, l'autosvalutazione non è connessa soltanto a una bassa stima di sé ma implica anche peculiari tentativi di adattamento al proprio ambiente che ostacolano il perseguimento di obiettivi di vita (criterio adleriano di utilità sociale). Il lavoro terapeutico/educativo implica la comprensione dei limiti personali e l'attivazione delle risorse cognitive e affettive presenti nell'individuo, nella famiglia ed, eventualmente, nel territorio. Attraverso tali passaggi l'adolescente può riorientarsi in attività utili a se stesso e agli altri, evolvere e proseguire nuovamente nel progetto personale. All'interno del percorso clinico la rielaborazione del percorso di vita (difficoltà, stasi evolutive, vissuti di fallimento) gioca un ruolo fondamentale: la comprensione dei bisogni emotivi e l'integrazione di valori più funzionali e positivi aprono alla ri-significazione della storia del paziente, alla costruzione di un Sé più autentico e a un nuovo investimento di energie verso finalità costruttive (Adler, 1929; 1930a-b; Parenti, 1970, pp. 25-36, 56-60).

Il metodo adleriano si basa sull'approfondimento della costellazione familiare e delle dinamiche di fratria, sull'analisi dei primi ricordi infantili e dei sogni e, infine, sulla ricostruzione dello *Stile di Vita* (nozione parallela a quella di personalità/carattere individuale) (Shulman & Mosak, 1988; Parenti & Pagani, 1987). Il costrutto prettamente adleriano di Stile di Vita costituisce una forma di apprendimento generale rispetto al mondo, a se stessi e agli altri e figura quale schema cognitivo fondamentale. Esso si struttura a partire dai 3 o 4 anni in risposta ai vissuti familiari e sociali e include attribuzioni interne o esterne, credenze personali e corrispettive modalità di compensazione del senso di inferiorità (sorto durante il periodo infantile) e il raggiungimento di condizioni di superiorità. La nozione di Stile di Vita acquista attinenza teleologica (e non prettamente deterministica) in quanto orienta le facoltà psichiche dell'individuo per consentirvi di far fronte alle principali sfide del percorso evolutivo e perseguire i propri obiettivi.

Dallo Stile di Vita dipendono dunque: finalità e scopi personali (consapevoli o inconsce, reali o fittizie), strategie di fronteggiamento di situazioni avverse, modalità di compensazione delle mancanze e degli svantaggi percepiti, modalità relazionali con cui si tenta il soddisfacimento del bisogno di desiderabilità, riconoscimento e appartenenza sociale. La terapia adleriana, dunque, si basa sull'analisi e sulla revisione dello Stile di Vita: accompagnato e incoraggiato dal professionista, il paziente giunge all'insight rispetto alle sue convinzioni errate o disfunzionali ed è messo nella condizione di concepire la vita in una prospettiva positiva, sviluppare nuovi comportamenti e riformulare gli scopi personali (Shulman & Mosak, 1988; Parenti & Pagani, 1987).

3. La residenza terapeutica e il caso di J.

Posto che il caso clinico riportato nel presente elaborato è tratto da un'esperienza professionale svolta in residenza terapeutica NPI, è d'uopo una breve introduzione rispetto al modello teorico e alle modalità operative che caratterizzano il servizio.

La struttura accoglie adolescenti e giovani adulti di età compresa tra i 14 e i 18 anni, utenti complessi in post-acuzie con particolari difficoltà psicosociali e vulnerabilità familiare. Allo scopo di strutturare un lavoro quanto più in ottica bio-psico-sociale, l'équipe si compone delle figure di psicologo (*case-manager*), neuropsichiatra infantile, infermiere, tecnico di riabilitazione psichiatrica (TeRP), educatore, operatore sociosanitario (OSS), assistente sociale, dietista/nutrizionista e antropologo. Tra i diversi riferimenti è opportuno ricordare il coordinatore di struttura, il coordinatore d'équipe e il direttore sanitario (Vita, Dell'Osso & Mucci, 2018; 2019).

L'iter residenziale si articola essenzialmente in due fasi, una intensiva e una estensiva. Dal momento del ricovero ha avvio un periodo di valutazione psicologica, neuropsichiatrica e educativa, passaggio che – salvo la necessità di tempi ulteriori – si esaurisce a 1-2 mesi dall'ingresso con l'équipe diagnostica e l'inquadramento nosografico dell'utente. Nel dettaglio, al fine di provvedere all'*assessment*, lo psicologo può servirsi sia di particolari strumenti quali batterie testologiche sia di colloqui con utente e famiglia. L'équipe si rapporta con le istituzioni, con i servizi invianti e con le famiglie allo scopo di indagare i precedenti di vita del degente e concordare obiettivi (breve, medio e lungo termine), tempi e modalità di lavoro. A tal proposito, successivamente alla restituzione dell'*assessment* ai servizi invianti, entro 6 settimane dal ricovero, vengono stilati due documenti fondamentali:

- il *Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato* (PTRI), che comprende gli obiettivi generali e specifici e le modalità che l'équipe ritiene opportuni al fine di prendersi cura del degente e rispondere alle sue necessità fondamentali;
- il *Contratto Terapeutico* (CT) che, in riferimento ai suddetti obiettivi di area psicologica, educativa, sociale e familiare, esplicita in maniera più definita i tempi, le tecniche e le specifiche modalità operative.

Oltre che dall'utente interessato, è necessario che quanto ivi indicato sia anzitempo discusso e condiviso dai servizi invianti e dalla famiglia (o da coloro i quali esercitano una responsabilità sul minore): ciò favorisce il rapporto fiduciario nei riguardi dell'équipe curante e del servizio in generale e pone le basi per un adeguato lavoro clinico-riabilitativo.

Nel dettaglio, l'équipe si avvale di un metodo che integra diversi protocolli e tecniche che consentono di calibrare l'intervento sulla scorta delle risorse disponibili nel paziente, nella famiglia e nel territorio (Hackmann, Bennet-Levy & Holmes, 2018; Luber, 2015; Vita, Dell'Osso & Mucci,

2018; Verardo & Lauretti, 2020). È opportuno specificare come quadri clinici complessi sovente richiedano l'integrazione di diverse tecniche – Attività di TPE (*Tecniche Psico-educative*) e DBT (*Terapia Dialettico-comportamentale*) (Rathus & Miller, 2016; Vita, Dell'Oso & Mucci, 2019) – e di protocolli specifici (Swanson et al., 1990; Vita, Dell'Oso & Mucci, 2019; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2022). Il coinvolgimento attivo delle figure affettive di riferimento (in primo luogo gli accudenti o la famiglia) all'interno del processo di stabilizzazione, cura e riabilitazione è essenziale a supportare adeguatamente l'utente, a incrementare le capacità di comunicazione e gestire le intense reazioni sintomatologiche. La disponibilità al confronto da parte dell'équipe risulta dunque funzionale al consolidamento dei risultati raggiunti e alla prevenzione di eventuali ricadute.

A una fase di elevata intensità sanitaria ne segue una di apertura all'esterno che, compatibilmente al perseguimento degli obiettivi riabilitativi concordati e all'andamento clinico del degente, vede rientri progressivi in famiglia, uscite in autonomia nel territorio, ripresa scolastica e graduale prosecuzione nel progetto di vita (Swanson et al., 1990; Vita, Dell'Oso & Mucci, 2019; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2022).

La residenza terapeutica, nei fatti, assurge a luogo sicuro e di tutela, in quanto i minori presi in carico godono di riferimenti autorevoli e di supporto continuativo. Essi, inoltre, trovano orari, regole, limiti e impegni giornalieri prevedibili che permettono loro di autoregolarsi e risperimentarsi nella vita con nuove strategie e prospettive. La cura dei legami famigliari (spesso soggetti a bonifica), anche grazie al lavoro psicoeducativo e di *parent-training*, consente di intervenire nelle dinamiche che concorrono ad acuire lo stato di sofferenza. L'esperienza residenziale, dunque, offre agli utenti occasioni sane e costruttive in termini di regolazione e scambio affettivo-relazionale che risultano funzionali alla vita sociale. A conclusione del percorso residenziale, con cadenza mensile, trimestrale e semestrale dalla data di dimissione si programmano incontri di *follow-up* al fine di aggiornamenti e rinnovata disponibilità al confronto (Swanson et al., 1990; Vita, Dell'Oso & Mucci, 2019; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2022).

Introduzione del caso

J. (anni 14, figlio unico) giunge in residenza terapeutica accompagnato dalla coppia genitoriale. In anamnesi figurano: chiusura relazionale, ideazione omicida, lettura interpretativa della realtà sociale, aggressività auto- ed eterodiretta verso i genitori (la madre in particolare) in contesto famigliare particolarmente complesso. Accede con diagnosi di “*Disturbo psicotico in parziale remissione e disturbo esplosivo intermittente*”.

Le prime settimane di ricovero sono finalizzate ad *assessment* psicodiagnostico del minore, osservazione clinica prolungata e revisione del piano farmacologico. Tale osservazione consente di

ridefinire approfonditamente il funzionamento psicologico del paziente il cui compendio sintomatologico di presentazione risulta esito di una rigida struttura difensiva che richiama i concetti di “falso-Sé” e “paziente designato” (come si avrà modo di approfondire successivamente).

Tra gli accertamenti svolti a 4 mesi dall’invio in residenza terapeutica si individuano:

- *Blacky Pictures Test* “Discreta partecipazione. Tempi di latenza aumentati di fronte a tavole di erotismo e aggressività orale. Riconosce in parte i percetti delle tavole. Problematiche nelle prime relazioni oggettuali, vissute come non tramite meccanismi di difesa a stampo ipomaniacale. Processo di identificazione correlato a senso di sé percepito come deteriorato. Idea di merito legata all’essere ‘bravo’. Istanze superegoiche precarie e ancora in fase di definizione. Ideale dell’Io declinato in chiave narcisistica. Oggetto d’amore non ancorato all’oggetto di amore materno” (Ferradini, 1971; Nosengo & Xella, 1997);
- *Rorschach-test* (R-PAS) “Rapporto adeguato all’esaminatrice, sebbene l’atteggiamento difeso e riservato. Coinvolgimento al compito nella media con elevato numero di risposte (seppur semplici e con mancanza di attenzione ai dettagli e alle caratteristiche più sottili del mondo interno e per le opportunità esterne). Sul versante delle risorse, emerge come J. si affidi in egual modo alle risorse ideativo-cognitive e a quelle emotive, sebbene la propensione a servirsi di uno stile intellettualizzato o astratto di elaborare le informazioni. Nel dominio degli stress emerge un’elevazione significativa legata al pensiero rimuginante e intrusivo, che pregiudica le capacità attentive e di concentrazione. Il pensiero indica presenza di ansia proveniente dall’esterno e al di fuori del controllo personale. Nella sfera del pensiero e del ragionamento non si ravvedono cadute. Esame di realtà preservato. Presentazione delle figure umane buona e realistica con adeguata interpretazione delle relazioni interpersonali” (Meyer et al., 2015).

Primi Colloqui, costellazione familiare, primi ricordi

Dai Primi Colloqui emerge un atteggiamento sospettoso, diffidente e fortemente difensivo che, soprattutto in fase iniziale, inficia la raccolta anamnestica. In linea con la lenta costruzione dell’atto fiduciario, sono necessari diversi incontri di approfondimento.

Dalla costellazione familiare emergono le seguenti attribuzioni:

- padre, anni 51, impiegato in azienda, “un coglione”, “senza polso”;
- madre, anni 55, operatrice socio-assistenziale, “urla, la odio perché urla sempre e tratta male”, “aggressiva”, “conserva rabbia”;
- aspetti comuni “Non so cosa hanno in comune tra di loro. Non so in cosa sono simili. Forse il volermi bene?”;
- se stesso “speciale”.

Seguono i primi ricordi di vita (ordine in cui li riporta il paziente):

- (8 anni) “Ricordo di aver visto la pistola di mio padre, quella del poligono. Anche se era scarica, ricordo che mi piaceva” (Emozione: indefinita. Parte più vivida: “tutta la pistola”);
- (6 anni) “Ricordo quando mi sono rotto il braccio in prima elementare. Ero a scuola e stavo giocando con un mio compagno che stava cercando i vermi per terra e io andavo lì a dargli fastidio, per giocare. Sono scappato, mi ha fatto lo sgambetto, sono caduto e mi sono rotto il braccio. Ricordo i miei genitori preoccupati che facevano di tutto per calmarmi. Mi tranquillizzavano mentre ero sulla sedia a rotelle e ricordo che piangevo e c’era la mamma” (Emozione: indefinita. Parte più vivida: “la faccia dei miei genitori”);
- (3 o 4 anni) “Ricordo la prima volta che la mamma ha capito una parolaccia. Ero sul divano, lei stava stirando i panni. Io ho detto una frase in cui ho detto la parola ‘cubo’ ma lei ha capito ‘culo’. Quindi mi ha detto che le parolacce non si dicono” (Emozione: indefinita. Parte più vivida: “la faccia arrabbiata di mamma”).

Seppur esigue e frammentarie, le informazioni raccolte sia in corso di Primi Colloqui con il paziente sia negli scambi intercorsi con i genitori confermano un ambiente familiare altamente conflittuale, nonché criticità storiche nella coppia coniugale che culminano in iter separativo. Nel dettaglio, si evince uno stile genitoriale materno più rigido-autoritario e tendente alla svalutazione e uno paterno molto permissivo e a tratti lassista.

Il percorso scolastico del minore vede dinamiche tra pari che, in linea con le sue narrazioni, sono compatibili con episodi di bullismo e vissuti di espulsione dal gruppo dei compagni. Il minore ha interrotto il progetto scolastico astenendosi dalla frequentazione mesi prima dell’ingresso in struttura e si dichiara disinteressato al ripristino.

Gli episodi scolastici riportati, inoltre, sembrerebbero nutrire la sfiducia verso i coetanei: il minore ribadisce la fatica a instaurare amicizie durature e di temere l’inganno, le critiche, la disapprovazione e l’esclusione. Per simili ragioni, afferma di intrattenere solamente un rapporto con un coetaneo (legame caratterizzato da esclusività, gelosia e forte invidia).

Lo stesso non sembra tollerare la condivisione di tale legame con altri, pretende di essere “il solo e il migliore”. A suo avviso, inoltre, l’altro dovrebbe possedere dei requisiti particolari che rendano la sua persona “speciale”, come egli stesso si definisce. Inoltre l’amico dovrebbe condividere i suoi stessi interessi e tendere all’isolamento, requisito che permetterebbe loro di trascorrere la totalità del tempo a giocare in stanza al PC. Ulteriori approfondimenti chiarificano come l’amico sia funzionale esclusivamente alla compagnia nel gioco: il minore afferma di non condividere con questi alcuna informazione personale per il timore di sottoporsi al giudizio esterno. Esprime la paura di esser ritenuto “pazzo” (timore condiviso dalla madre che lo esorta alla riservatezza).

Manifesta intesse per la manipolazione informatica e, di fatto, afferma di voler diventare “un hacker che crea virus e sistemi per fare furti di soldi e di dati”. Motiva tale intento con l’attrazione verso il senso di potere e di dominanza che, idealmente, vorrebbe esercitare a discapito di individui più deboli.

Si raccolgono alcune costruzioni personali legate da temi particolarmente cruenti: il minore riporta la fantasia di ingerire delle persone mentre consuma carne bovina per rendere più “divertente” il pasto. Nel suo immaginario le vittime sono persone specifiche che nel corso della sua vita gli avrebbero recato danno e sofferenza. In linea con le sue narrazioni, individua la morte quale unica soluzione per estinguere la sofferenza.

Asserisce di non nutrire prospettive future o, ad ogni modo, nessuno spunto di progetto personale si configura come socialmente accettabile (ad es. riferisce di voler diventare un rapinatore, una delle poche vesti che, a suo avviso, si allineerebbero alla sua persona).

Assessment e inquadramento diagnostico

Il minore mostra un atteggiamento disponibile nei confronti dell’équipe curante cui si rivolge per il soddisfacimento dei suoi bisogni, riconoscendone funzione affettiva e normativa, nonostante l’adesione alle buone norme sociali sia l’esito della fatica del minore che esprime con candore di avere desideri e impulsi sadici.

Appare solo parzialmente consapevole dei suoi sintomi e segni di cui riconosce la pericolosità solo in termini di morale eteronoma e di preoccupazione per sé e per le sgradevoli conseguenze di azioni antisociali. Attribuisce ai genitori la piena responsabilità della sua insoddisfazione e sofferenza: a partire da tale credenza, ritiene del tutto accettabile l’atteggiamento onnipotente, despota e giudicante assunto nei loro riguardi, con particolare riferimento alla madre.

Il paziente è orientato sui parametri di spazio, tempo e Sé e, tuttavia, il giudizio di realtà risulta gravemente compromesso in termini di stile attributivo e deficit empatico.

La cura della persona è solo parzialmente adeguata: il minore accetta dopo molte sollecitazioni di occuparsi dell’igiene personale, probabilmente assecondando il bisogno di confermare a se stesso di essere rifiutato ed espulso dai pari.

L’ipomimia caratterizza il volto e si accompagna a scarsa focalizzazione dello sguardo, spesso mantenuto su mani o piedi. L’espressione facciale è riconducibile alla dimensione dell’indifferenza, del distacco emotivo, ad eccezione dei momenti in cui sorride divertito alle crisi di pianto o di agitazione psicomotoria di altri pazienti o, ancora, a momenti in cui la rabbia esplode in modalità discontrollate e cortocircuitali.

Il tono di voce è piuttosto basso, privo di flessioni e monocorde. L'eloquio è ricco di contenuti: i nessi associativi risultano labili nell'attribuzione di causa e nella necessità di giustificare le sue fantasie antisociali quali esito dei danni e delle ingiustizie patite. Il lessico emotivo è decisamente povero e, invece, la teoria della mente appare adeguata ma utilizzata per raggiungere i propri scopi. Lo stile relazionale è caratterizzato da una componente emotiva fredda, indifferente, distaccata, scarsamente empatica, con assenza di senso di colpa. Non si osserva audacia e, dunque, non pare elevato il rischio di aggressività fisica. La presenza di meschinità, intesa quale opportunismo e assenza di valori morali, correla invece con elevati livelli di aggressività sociale osservabile in condotte sadiche.

I movimenti sono lenti. La postura è caratterizzata da rigidità e contratture muscolari indicative della fatica esercitata nel trattenimento (ad es. pugni stretti, mascelle serrate, movimento stereotipato delle gambe) esitate talvolta in gesti bruschi rivolti verso gli oggetti che, in alcuni casi, distrugge (ad es. il telefono).

Benché ricerchi l'isolamento, è riuscito a sviluppare taluni rapporti preferenziali che pare significare solo in funzione consolatoria, ovvero sempre secondo un codice di opportunistico soddisfacimento dei bisogni personali. Globalmente, tuttavia, le competenze sociali sono sufficienti al mascheramento delle istanze che il minore riconosce come profondamente autentiche e che sono ascrivibili al piacere sadico con cui lo stesso si difende dal profondo nucleo depressivo correlato all'angoscia abbandonica e di frammentazione.

Le funzioni cognitive appaiono complessivamente buone nelle aree dell'attenzione, del ragionamento e della memoria. Tuttavia, nel minore la spinta epistemofila è bloccata e la mente colonizzata da pensieri profondamente distruttivi.

Presenti fantasie ascrivibili alla dimensione psicopatica: omicidi, vendette sanguinarie, violenza carnale, tortura e necrofilia sono contenuti mentali ricorrenti, prevalentemente nella forma di immagine, che non solo il paziente non teme ma che risultano fonte di piacere e rifugio narcisistico. Perfettamente consapevole dell'impatto sociale di tali pensieri – che qualifica come “desideri e passioni” – si astiene dal condividerli nella dimensione sociale e gruppal, limitandosi a rispondere alle domande formulate in setting clinico, preoccupato di proteggere se stesso dalle conseguenze di agiti e di essere convalidato nella propria convinzione di essere stato profondamente danneggiato dai genitori, su cui proietta il piacere sadico della sofferenza dell'altro (o si identifica). Relativamente alle dinamiche familiari, è presente un marcato conflitto di lealtà che pare suggestivo del bisogno di evitare a qualunque costo la separazione genitoriale.

In termini di risorse, la disponibilità all'intervento clinico e psicoeducativo sono positivi indici prognostici, alla stregua del timore delle conseguenze degli agiti distruttivi che progetta e coltiva quali desideri nel suo fantasmatico. Il funzionamento è narcisistico e distruttivo, come anche test

proiettivo e tematico effettuati durante pregresso ricovero ospedaliero confermano. Pur essendo evidente il nucleo depressivo quale esito del vissuto di deprivazione affettiva primaria (riferita verbalmente e riscontrata nei test), il minore si difende mediante fantasie, pensieri e azioni orientate alla grandiosità, alla necessità di prevaricare, all'utilizzo strumentale dell'altro quale oggetto di soddisfacimento dei suoi bisogni. L'identificazione in un personaggio criminale sostiene nel minore il desiderio di essere crudele e manipolatorio. Estremamente invidioso, coltiva il bisogno di vendicare i torti realmente o solo fantasmaticamente subiti.

Dal punto di vista nosografico, pur sottosoglia forse per la sensibilità al contenimento ambientale, è possibile ipotizzare un quadro di disturbo della condotta con tratti di personalità calloso-anoemozionali stante la presenza di: mancanza di rimorso o senso di colpa, insensibilità, deficit di empatia, indifferenza per i risultati. Sono altresì evidenti deficit nel riconoscimento e processamento delle emozioni, nonché una generale alterazione dei meccanismi di contatto visivo (Frick & White, 2008). Assente tuttavia il tipico temperamento *fearless*.

Accertamenti testali

Segue ipotesi interpretativa dei test carta-matita somministrati allo scopo di corroborare i dati clinici già all'attenzione dell'équipe (colloqui, osservazione clinica, visite NPI, studio del fascicolo anamnestico) (Roberti, 2017; 2023; Castellazzi, 2018).

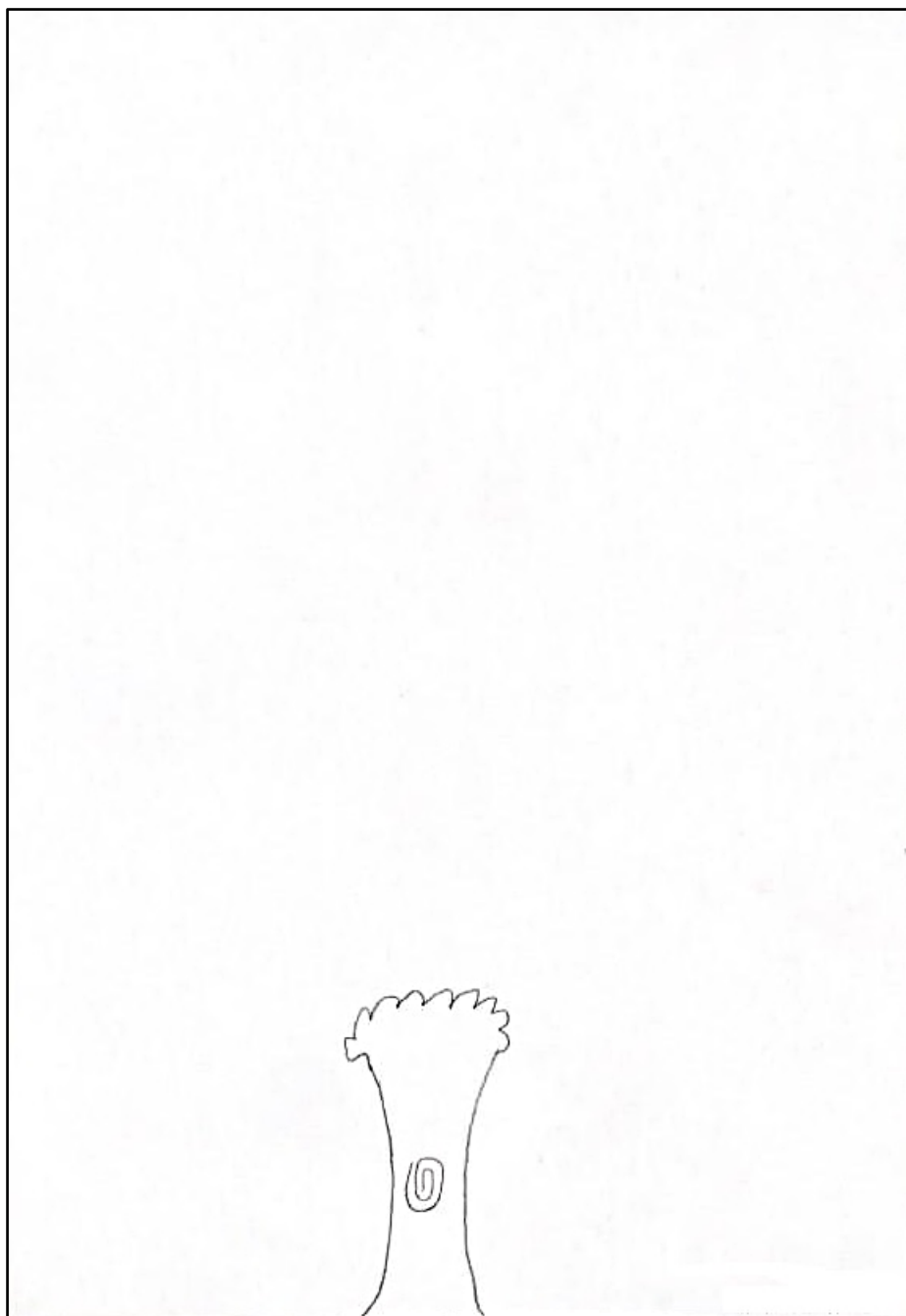


Fig. 1: Disegno dell'albero (Baum-test)

Collocazione: margine inferiore (area della materialità, istinti primitivi).

Chioma schiacciata (area vitale e intellettuale caratterizzata da senso di oppressione e inferiorità),
presenza di nodo all'interno del fusto (trascorso traumatico).

Realizzazione grafica tendenzialmente fuori asse rispetto all'età del soggetto.

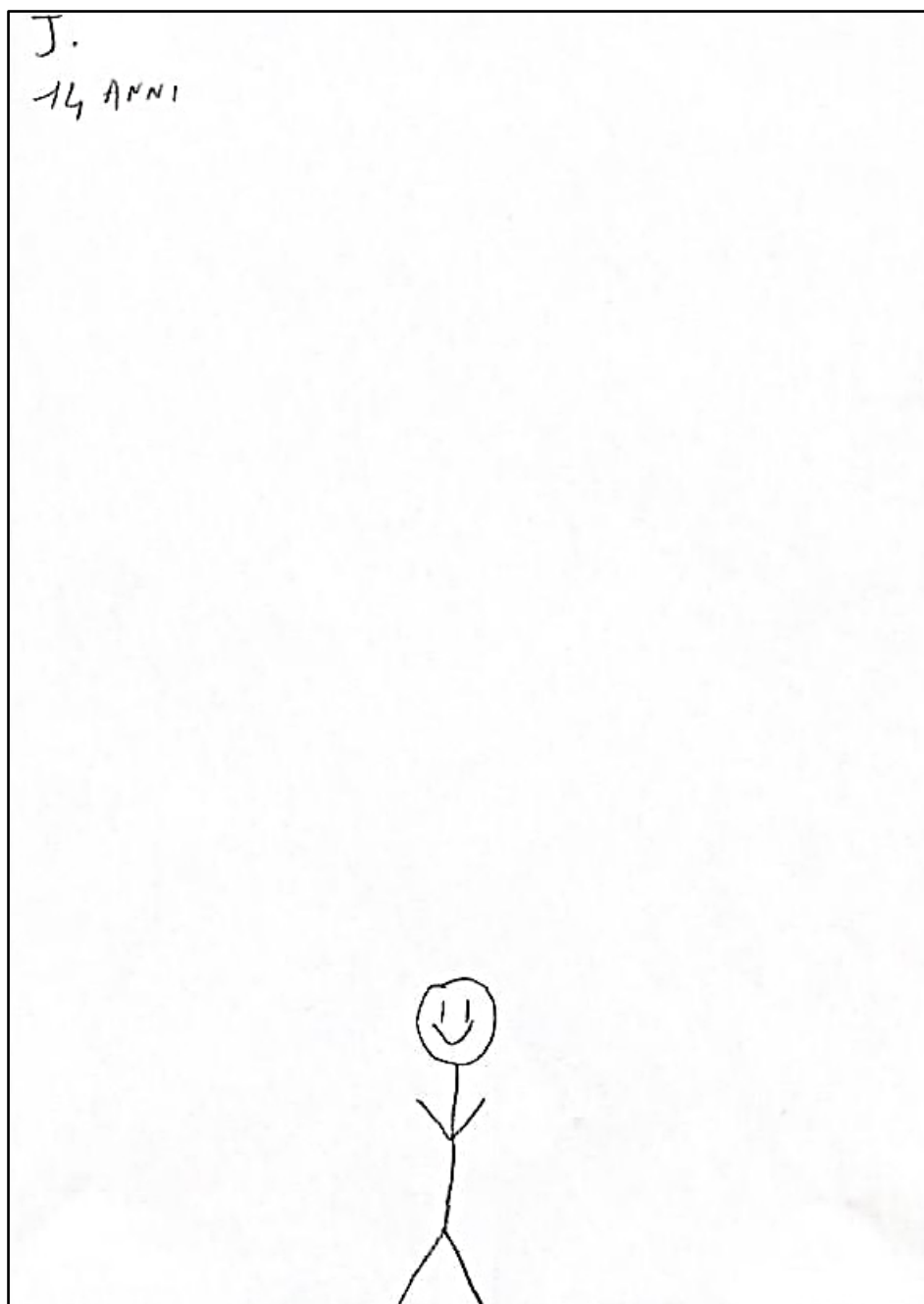


Fig. 2: Disegno della figura umana 1 (DFU, genere maschile)

Collocazione: margine inferiore (area della materialità, istinti primitivi).

Stickman. Realizzazione grafica elementare e fuori asse rispetto all'età del soggetto.

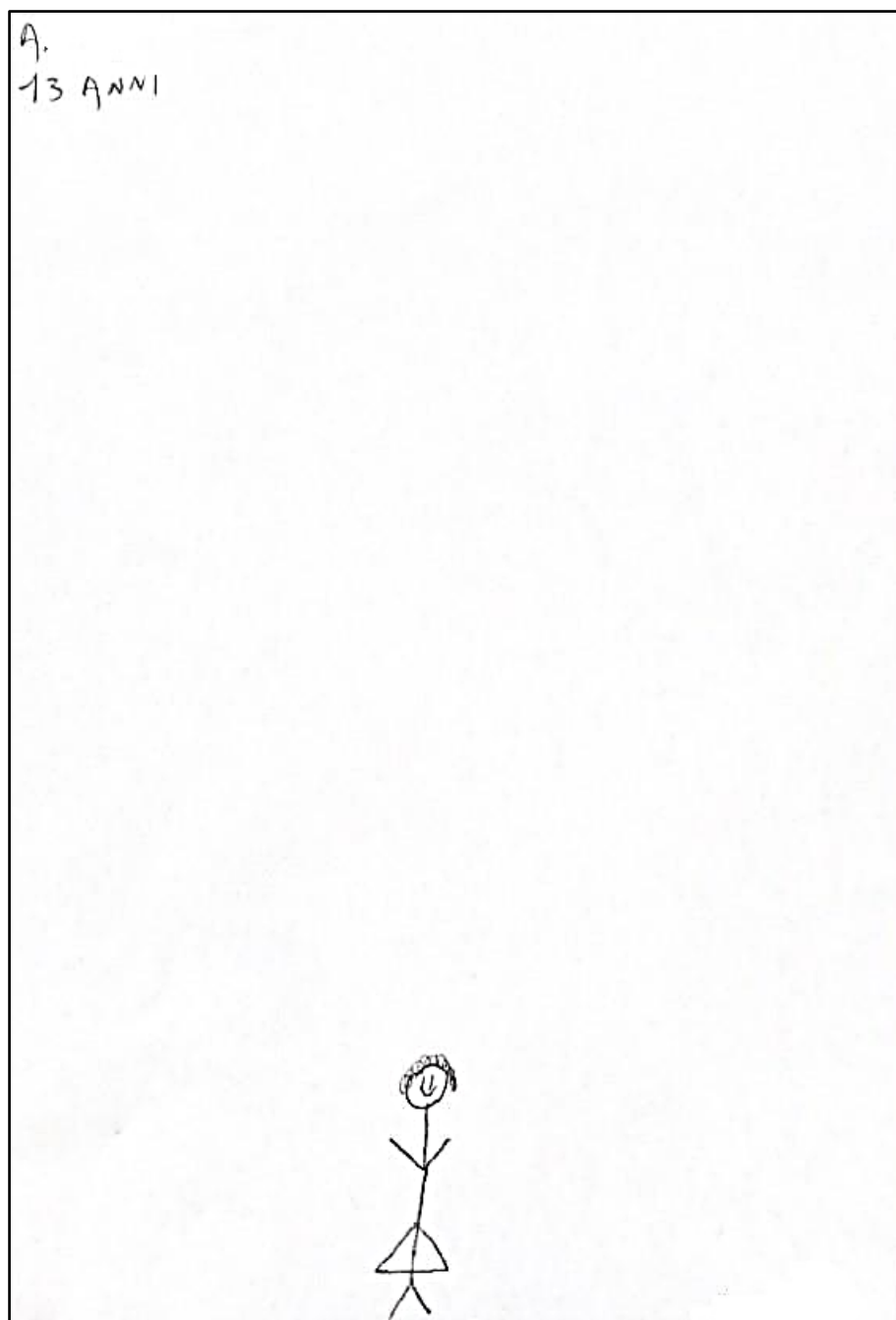


Fig. 3: Disegno della figura umana 2 (DFU, genere femminile)

Collocazione: margine inferiore (area della materialità, istinti primitivi).

Stickman. Realizzazione grafica elementare e fuori asse rispetto all'età del soggetto.

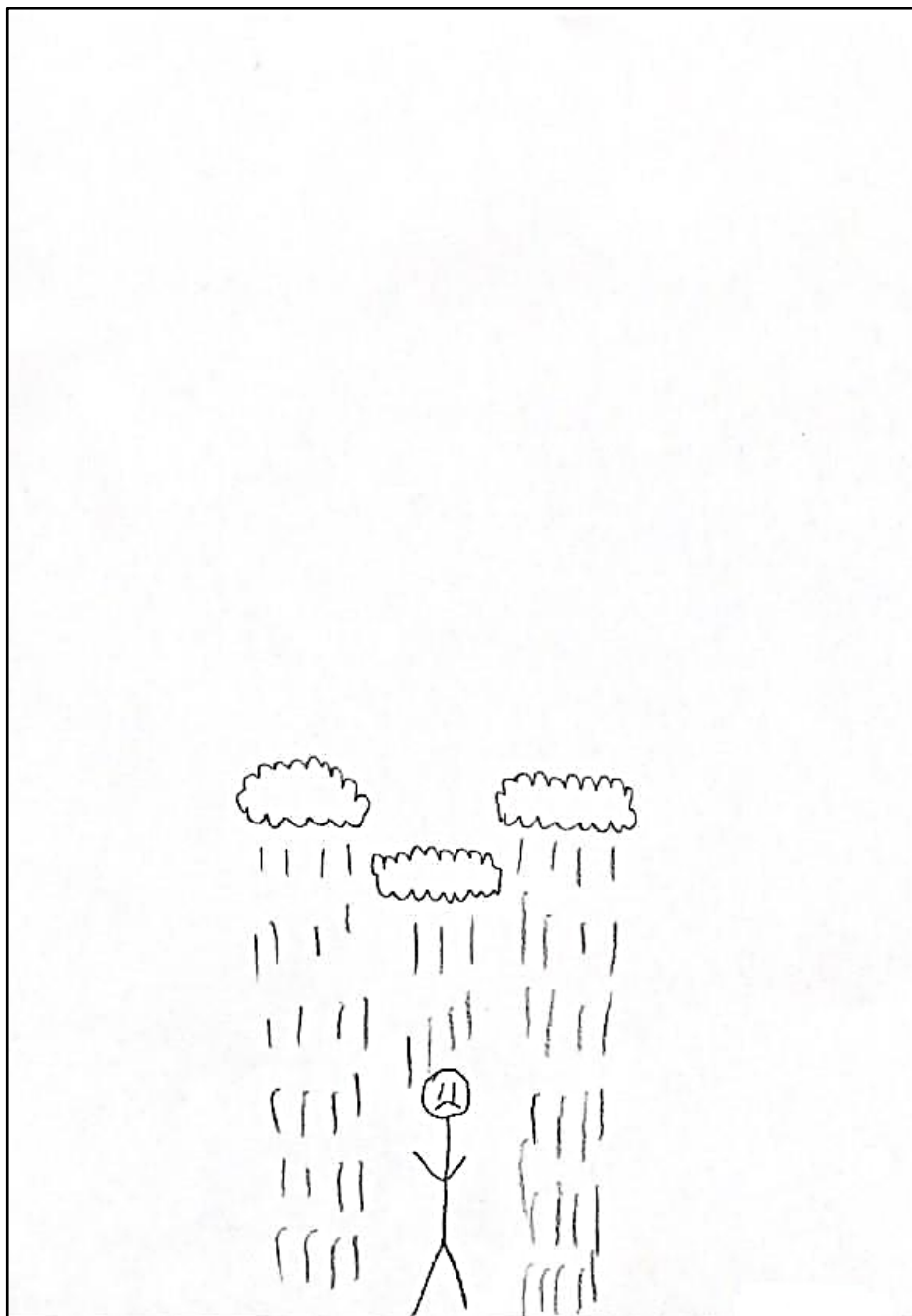


Fig. 4: Disegno della persona sotto la pioggia (DPSP)

Collocazione: margine inferiore (area della materialità, istinti primitivi).

Pioggia presente e intensa, ombrello assente (percezione di forti avversità ambientali e di mancanza di difese).

Stickman. Realizzazione grafica elementare e fuori asse rispetto all'età del soggetto.

Narrazione: "C'è questo bambino che va a scuola, poi viene visto che ride con un compagno e viene sgridato dalla maestra. È triste perché è stato sgridato davanti agli altri e poi, mentre va a casa piove, si mette a piovare. Poi arriva a casa e viene sgridato anche dalla mamma. Alla fine, va a letto triste".

In conclusione, è possibile affermare che i disegni suggeriscono un quadro di significativa immaturità e povertà di ragionamento. Significativo l'ultimo elaborato evocativo di forti avversità in mancanza di difese funzionali che, purtuttavia, non intaccano il soggetto protetto da una sorta di “alone magico” che ne impedisce le naturali conseguenze (dunque, essere bagnato essendo sotto un acquazzone in assenza di ombrello). È interessante notare come tale produzione grafica corrisponda esattamente alla difesa narcisistica in un contesto di deprivazione affettiva ed esposizione al conflitto genitoriale.

SCL-90-R (*Symptom Checklist-90-R*)

Al momento del ricovero emerge un indice globale (GSI) di 0.88 punti (risposte omesse 0). Possono considerarsi di interesse i punteggi uguali o maggiori a 1.00 (*cut-off*) e, pertanto, si riportano le seguenti evidenze: “turbe del sonno” (SLEEP 2.00); “sospettosità, paura della perdita di autonomia, ostilità, idee di riferimento” (PAR 1.83); “depressione” (DEP 1.46); “rabbia, irritabilità, risentimento” (HOS 1.17); “paura irrazionale e sproporzionata che conduce a condotte di evitamento/fuga” (PHOB 1.14) (Cassano, Conti & Levine, 1999/2000; Derogatis, Lipman & Covi, 1976).

Ad ultima somministrazione emerge un indice globale (GSI) di 0.32 punti (risposte omesse 0). Punteggi superiori al cut-off (1.00): “turbe del sonno” (SLEEP 2.33) (Cassano, Conti & Levine, 1999/2000; Derogatis, Lipman, & Covi, 1976).

Obiettivi, modalità operative, tempi di lavoro e di verifica

Come da Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale e Contatto Terapeutico si concordano i seguenti obiettivi (eventualmente rinnovabili, tempi di verifica 6 mesi).

Area psicologica:

- promuovere la costruzione di relazioni fiduciarie;
- coltivare il senso di responsabilità e ridurre il disimpegno morale.

Modalità: colloqui con lo psicologo con utilizzo del metodo integrato, colloqui con il neuropsichiatra infantile funzionali anche al monitoraggio psicofarmacologico, tecniche cognitivo-comportamentali per il controllo della sintomatologia.

Area educativa:

- favorire la costruzione di relazioni fiduciarie con le figure educative;
- promuovere la cura del sé;
- promuovere l'opportunità di trascorrere momenti di condivisione e cooperazione con i pari;

- promuovere una graduale risocializzazione;
- promuovere un graduale reinserimento scolastico e la ripresa del progetto di vita.

Modalità: interventi di TPE individuali e di gruppo; gruppi di mindfulness e tecniche bottom-up; laboratori educativi e riabilitativi (tecniche espressive); attività all'esterno con interventi di risocializzazione; colloqui periodici con TeRP di riferimento.

Area sociale:

- favorire l'acquisizione di modalità relazionali adeguate alla costruzione di relazioni positive con pari e adulti, riducendo la possibilità siano nuovamente posti in essere comportamenti a rischio e di interesse penale;
- favorire il reinserimento formativo e la ripresa del progetto di vita.

Modalità: attivazione di attività sportiva e/o hobby all'esterno della struttura; attivazione di una rete istituzionale per il graduale reinserimento scolastico; colloqui periodici con TeRP di riferimento e assistente sociale.

Area familiare:

- bonifica del legame genitoriale;
- monitoraggio dei rientri presso il padre;
- incontri protetti e valutazione di progressiva liberalizzazione con la madre.

Modalità: incontri protetti con la madre; stretto monitoraggio con il padre; lavoro clinico in sincronia con lo psicoterapeuta esterno che segue la coppia genitoriale; équipe con i Servizi Territoriali.

Decorso clinico

Superate le condotte di ritiro sociale e uso smodato dei dispositivi elettronici, il minore è giunto a trascorrere quasi la totalità del suo tempo negli spazi comuni con il gruppo dei codegenti e/o con gli operatori, impegnato in attività strutturate e ludiche, ben integrato all'interno del gruppo. Per un certo periodo, il minore ha mostrato vicinanza affettiva nei riguardi di una codegente con la quale ha stabilito una "relazione sentimentale", esperienza che, una volta terminata, è stata declinata in rapporto amicale in assenza di criticità: tale elemento è indicativo non solo delle competenze relazionali e affettive del minore in senso emancipogeno, ma anche della capacità di riparazione e transizione relazionale (elementi che invece risultano critici nella relazione di attaccamento con la madre).

All'ingresso il minore possedeva una mimica molto ridotta, esternava fantasie omicide, cannibaliche e necrofiliche e mostrava tendenze sadiche. Gli interessi personali indagati riguardavano contenuti video e film ad oggetto orrorifico, violento e "gore" e, più nel dettaglio, il minore verbalizzava

fascinazione rispetto alla figura dell'omicida seriale Dahmer (protagonista dell'omonima serie TV), individuato pericolosamente come oggetto di identificazione narcisistica. Nel percorso affrontato, il minore risulta aver preso le distanze da detti contenuti e aver progressivamente modificato i suoi modelli di riferimento. Tanto nell'osservazione della dinamica di attaccamento con il padre quanto nel monitoraggio della generalizzazione dei comportamenti osservati in ambiente protetto, appare interessante riportare il contenuto (parziale) di una email di aggiornamento trasmessa dal padre a seguito di uno degli ultimi rientri a casa: “(...) [J.] ha inoltre impedito a R. [amico] di cacciare in malo modo un piccione che aveva fatto il nido sulla tenda parasole del nostro terrazzo (J. si è dimostrato molto sensibile sul fatto che al piccione non venisse fatto del male)”.

L'aspetto della cura di sé, agli inizi particolarmente carente, ha visto un significativo miglioramento, seppur ancora attualmente oggetto di lavoro dell'équipe – e del padre, con opportuno supporto alla genitorialità – in occasione dei rientri. Si ricevono riscontri positivi dal padre, il quale riconosce a J. incrementata autonomia nei confronti dell'igiene personale e della cura di sé: “Si è lavato (di sua iniziativa) e si è preparato per la scuola martedì mattina, con pantaloni lunghi (che siamo andati a comprare il lunedì pomeriggio), maglietta e scarpe nuove, deodorante e profumo”.

Si ipotizza che, in fase iniziale, l'oppositività rispetto alla cura personale poteva assumere connotato di contro-costrizione e protesta rispetto alle costanti esortazioni svalutanti della madre a tal proposito (ad es. “Hai i brufoli. I capelli sono brutti. Stai ingrassando. Puzzi.”) testimoniati direttamente dagli operatori. Detta ipotesi risulta accreditata dal fatto che, a seguito di un parziale miglioramento nella relazione madre-figlio, l'aspetto della cura personale è apparso anch'esso visibilmente migliorato: il minore, infatti, ha verbalizzato sempre maggiore interesse nel presentarsi in condizioni estetiche adeguate agli incontri con entrambi i genitori (in particolare con la madre). Non è possibile, tuttavia, escludere che tale passaggio evolutivo sia altresì connesso a una maggiore apertura relazionale e alla riduzione delle difese persecutorie e proiettive.

È permasto il timore del giudizio altrui, che si è presentato con particolare virulenza nel momento del reinserimento scolastico. Tuttavia, la ripresa della frequenza è proseguita senza particolari criticità pur essendo stato concordato con l'istituzione scolastica un PDP connotato da particolare gradualità.

Contrariamente ai primi mesi di ricovero, anche la mimica e la comunicazione non-verbale sono apparsi differenti: il minore si è dimostrato capace di esternare con modalità esplicite e non-verbali e con espressività evidente e coerente al contesto situazionale. È apparso anche significativamente disponibile allo scambio affettivo: ha ricercato vicinanza e contatto fisico con operatori, codegenti e genitori; in particolare, nei riguardi della figura paterna, cui ha richiesto gli abbracci in occasione degli incontri, ma anche della madre, alla quale ha perfino scritto canzoni attraverso cui ha espresso contenuti affettivi espliciti. Anche in ragione delle modalità relazionali di seguito precisate, si pone

attenzione all'importanza di quanto appena evidenziato: il minore ha certamente mostrato segni e sintomi di attaccamento disorganizzato con la madre e, tuttavia, è risultato proteso nei riguardi della stessa, desideroso di esprimerle da una parte il suo affetto, dall'altra il dolore – condiviso – di una relazione che necessita di bonifica. D'altro canto, nessuna bonifica sarebbe stata possibile in assenza di pieno riconoscimento e responsabilizzazione materna che, di nuovo, non sono state pienamente perseguibili stante l'eccessivo e totalizzante dolore.

Il minore si è rivolto all'équipe con naturalezza, per necessità affettive, di supporto o di contenimento: si è osservata la capacità di affidarsi a basi autorevoli al fine di affrontare e gestire situazioni più o meno complesse, senza ricorrere a modalità e strumenti non idonei. A tal proposito, le fantasie aggressive e violente dichiarate all'ingresso sono andate completamente ad estinguersi. A conferma di ciò, si riportano gli obiettivi e i desideri verbalizzati dal minore rispetto al suo futuro, quale il corso di volontariato presso *Croce Rossa Italiana* o le professioni prese in considerazione come informatico, medico, collaboratore scolastico o educatore comunitario (figure che ha riconosciuto come "aiuto" e supporto per i minori nei quali si identifica). In linea con la sua progettualità e i suoi obiettivi futuri, il minore è apparso in grado di rispecchiare e far propri comportamenti e qualità di modelli adulti positivi.

Lo stesso è stato capace di accettare la ripresa scolastica nonostante abbia dichiarato e manifestato il timore di subire eventuali atti bullismo (manifesta in particolare disagio per la forma fisica), situazione che ha tuttavia gestito tramite la fiducia e la presenza delle figure di riferimento.

Nonostante l'iniziale rifiuto nei confronti della terapia farmacologica, che temeva potesse costituire un'etichetta negativa agli occhi degli altri, il minore ha aderito alle prescrizioni mediche. Nel dettaglio, nei momenti di maggiore criticità, dopo aver tentato strategie di de-escalation attraverso il supporto degli operatori di riferimento (spesso sufficiente al ridimensionamento del suo malessere), ha anche accettato l'assunzione della terapia al bisogno con beneficio.

Rispetto alle relazioni parentali, il rapporto padre-figlio è parso significativamente consolidato, soprattutto a seguito dei colloqui di parent-training svolti dallo psicologo e dall'educatrice di riferimento. Si è ravvisata maggiore complicità tra i due in corrispondenza di interventi volti, per quanto concerne il padre, alla motivazione di eventuali dinieghi e, rispetto a J., a una maggiore disponibilità alla mediazione e alla comunicazione diretta dei suoi bisogni.

Il minore ha svolto anche le vacanze estive in sua compagnia senza riportare criticità, anzi condividendo con gioia l'andamento delle giornate contattando i codegenti. Nel corso dei rientri, il minore ha preso parte ad attività interne ed esterne con il padre e spesso con l'amico R. (ad es. giochi al PC, cucina, pranzi o cene fuori, piscina, parco avventura). Sebbene la frequente presenza dell'amico a casa, a seguito degli interventi psicoeducativi, il minore ha accettato di ridurre il tempo trascorso con questi in funzione di maggiore condivisione esclusiva con il padre, con buon esito. Il

minore ha sovente espresso il desiderio di definitiva collocazione paterna in quanto ha identificato nell'abitazione e nella figura del padre rispettivamente l'ambiente e la base sicura. Su informazione del padre, il minore ha ripristinato i rapporti con le figure dei nonni paterni che all'ingresso rappresentava come influenti per sé e malevoli. Il padre ha presentato modalità di funzionamento psichico atipiche per cui è stata immediatamente evidente la difficoltà di esprimersi rispetto a fatti, pensieri e soprattutto emozioni. Tuttavia, la richiesta di scrivere email all'équipe curante dopo ogni incontro con il figlio ha consentito di instaurare con il genitore una proficua collaborazione, che tenesse conto delle sue difficoltà e che portasse, comunque, ad individuare e risolvere le criticità, favorendo la *recovery* del figlio. In effetti, il padre è risultato essere molto preciso nella ricostruzione di ogni avvenimento. Nel tempo e con il supporto di un professionista esterno che si occupa dell'intervento clinico a favore della coppia genitoriale sul territorio, il padre è anche riuscito ad esprimere chiaramente la sua fatica e a formulare richieste finalizzate a migliorarsi come genitore. Invece, per quanto concerne la madre, sono permaste numerose criticità nella relazione diadica. Nel rammentare che i primi incontri avvenivano in modalità protetta in struttura con l'obiettivo di ridurre lo stato di costante tensione, occorre altresì far presente che si è proceduto con graduale liberalizzazione delle uscite che hanno inizialmente visto la diretta partecipazione degli operatori. In questo contesto, oltre che attraverso i colloqui con il minore e i colloqui con la madre, è stato possibile osservare la persistenza di comportamenti materni svalutanti, caratterizzati da rigidità e da pressione psicologica. Occorre tuttavia precisare che il rigore metodologico relativo alla raccolta dei dati ha consentito di pervenire a conclusioni che non sono visibili esclusivamente dal confronto con la madre, il cui investimento affettivo sul figlio è stato intenso e che ha manifestato l'intento di essere supportata, così come pure la consapevolezza dei bisogni di J., rimanendo poi, tuttavia, rigidamente ancorata alle sue convinzioni. Quanto riferito dalla signora nel tempo, quanto riportato dal figlio e, soprattutto, i diversi e numerosi episodi osservati hanno permesso di comprendere come la madre fosse spaventata dal contesto esterno quanto e più di J., riponesse in lui aspettative elevatissime, fosse tormentata dall'idea di un figlio "inadatto" e "folle", non riuscisse a tollerare le modificazioni delle dinamiche familiari e coltivasse il pensiero doloroso che la separazione coniugale fosse stata in qualche modo indotta dall'équipe curante. Si ritiene che tali pensieri fossero indicativi dell'estrema fatica e del dolore psichico che andava riconosciuto affinché J. non perseverasse nel suo ruolo di "paziente designato", come meglio declinato in seguito. Il minore ha manifestato di voler bonificare il rapporto con la madre ma, spesso, si è trovato in tale difficoltà da evitarne il confronto e poi chiedere disperatamente di aiutarla a stare meglio, riconoscendo in lei la sofferenza che lui stesso ha sperimentato. Sono stati avviati e mantenuti nel tempo interventi di supporto alla diade che, nell'ultimo periodo, sono parsi funzionali, pur esclusivamente in modalità di incontro protette o comunque ben strutturate e connotate da brevità e prossimità territoriale.

Dal punto di vista medico e neuropsichiatrico, si individua un rilevante disturbo del sonno che è emerso compiutamente nei primi tempi della permanenza, ma che era preesistente e connesso a piccole e grandi alterazioni, presenti sin dai primissimi anni di vita del paziente. Attraverso periodi alterni, il disturbo è andato migliorando, ragion per cui il minore ha sofferto solo di qualche difficoltà di addormentamento in concomitanza con fatti e vicende che hanno determinato un turbamento psicoemotivo. Anche la deflessione e l'appiattimento dell'umore sono andati migliorando nel tempo fino ad estinguersi, con evidente miglioramento dello stato timico.

Per concludere, quanto rilevato nel primo *assessment* risulta rappresentare il funzionamento tipico del “falso-Sè” presentato da J. il quale (verosimilmente per difendersi dall'angoscia di frammentazione) si è identificato in figure connotate da narcisismo distruttivo. Sembra altresì che il minore abbia rappresentato nel sistema familiare il “paziente designato” che mantiene l'identità e le caratteristiche disfunzionali del sistema stesso. Occorre precisare che, a dispetto di quanto strenuamente sostenuto dal paziente nelle prime fasi del ricovero, il minore ha non solo accettato la separazione ma rielaborato la narrativa familiare, distinguendo i suoi significati e vissuti emotivi da quelli altrui.

Non sono stati rilevati ulteriori tratti di sadismo e risulta superato – almeno parzialmente – il bisogno risarcitorio: il minore si è sentito infatti riconosciuto nella sua storia di vita e nelle sue esperienze infantili sfavorevoli.

La componente fobica e i segni di attaccamento traumatico sembrano, tuttavia, rimasti prevalenti: a sostegno di una piena riabilitazione, si è perseverato nel loro trattamento.

Si ritiene pienamente raggiunto l'obiettivo di rendere J. consapevole delle personali fantasie onnipotenti, oltre che degli agiti sadico-distruttivi che in itinere ha progressivamente avvertito come egodistonici e appartenenti a un passato di sofferenza psichica, solitudine e paradossi. Si ritiene raggiunto l'obiettivo di bonifica del rapporto paterno, che ha necessitato di ulteriore sostegno al fine di costruire un patto educativo per le sue significative fragilità nel garantire funzione normativa e riflessiva.

Il rapporto con la madre ha invece presentato rilevanti elementi di fragilità: la stessa ha mostrato fatica nell'assunzione di responsabilità e ha agito quote aggressive che J. ha riconosciuto, cercato di gestire chiedendo attivamente supporto, ma ha avvertito insuperabili e distruttive. Tale condotta materna ha posto J., talvolta, a richiedere l'interruzione degli incontri a scopo autoprotettivo sebbene, di seguito, si sia sentito profondamente in colpa e abbia riconosciuto nella madre segni di sofferenza individuale meritevoli di presa in carico, nell'interesse del minore.

Conclusioni

Il caso clinico si accosta al tema dell'aggressività che, secondo il modello adleriano rappresenta un concetto cardine cui il professionista deve porre attenzione allo scopo di strutturare un buon lavoro clinico-riabilitativo. Come da ampia argomentazione individualpsicologica, l'aggressività figura quale fenomeno a valenza psichica e comportamentale destinata all'esterno (ambiente fisico e relazionale), è orientata all'espressione autoaffermativa di sé, alla competizione con l'Altro, alla sopravvivenza e – anche per questioni evoluzionistiche costitutive della stessa specie umana – è rivolta anche in senso distruttivo e al nocimento (Adler, 1908a; Pagani, 2003, pp. 3-4). Il tema aggressivo si lega concettualmente alla strutturazione del carattere e, più nel dettaglio, ai movimenti che l'individuo compie in direzione della compensazione del senso di inferiorità (sia essa intesa come organica, fisica, psichica o legata a specifici aspetti complessuali). Di fatto, detto senso di inferiorità rappresenta la base delle dinamiche intrapsichiche e interazionali per cui l'aggressività (che, secondo il modello adleriano, non è riferibile a nessun organo in particolare) avrebbe la funzione di governare gli impulsi primari e orientare l'individuo verso le sue mete (finzionali o reali). Secondo la psicologia individuale comparata, l'attenzione agli impulsi aggressivi è connessa alle diverse possibilità di contenimento, gestione e mediazione attraverso la promozione del sentimento sociale e delle istanze cooperative del paziente. In linea con quanto emerso nei colloqui clinici intercorsi in residenza, nonché nelle sedute di parent-training svolte sia con i singoli genitori sia in incontri genitore-figlio, il caso del minore fa capo a più aspetti clinici di interesse. Nel particolare, le fantasie aggressive e violente sono giunte a sublimazione o estinzione nel momento in cui – parallelamente all'elaborazione del vissuto di separazione coniugale – si è favorito lo scambio comunicativo e affettivo nella diade. Se, da un lato, il minore ha ricercato attivamente nuove possibilità di scambio e mediazione con la madre, dall'altro, è giunto a ottenere maggiore autorevolezza e direttività da parte del padre, con il quale ha appreso, ad esempio, come discutere costruttivamente i dinieghi. La presenza di una progettualità costruttiva e rivolta verso il lato utile della vita rappresenta il massimo indicatore di trasformazione dell'aggressività e di incrementato interesse sociale: le cruente immagini mentali che inizialmente colonizzavano il pensiero e l'identificazione con figure antitetiche, di fatto, lasciano il posto all'ipotesi del volontariato o a spunti occupazionali implicantil il supporto altrui (piuttosto che la predazione e il danneggiamento).

Bibliografia

- Adler, A. (1908a). Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose. *Fortschritte der Medizin*, 26, 577-584 (tr. it.: La pulsione aggressiva nella vita e nella nevrosi. *Riv. Psicol. Indiv.*, 46, 5-14, 1999).
- Adler, A. (1908b). Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes. In A. Adler & C. Furtmüller (a cura di). (1914). *Heilen und Bilden. Ärztlich-pädagogische arbeiten des vereins für individualpsychologie* (tr. it.: Il bisogno di tenerezza nel bambino. *Riv. Psicol. Indiv.*, 59, 7-15, 2006).
- 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 Schulkindes*; (1930b). *Kindererziehung* (tr. it.: *La psicologia individuale nella scuola*. *Psicologia dell'educazione*. *Psicologia del bambino difficile*. Newton Compton, 1993).
- 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. (2008). *Aspirazione alla superiorità e sentimento comunitario*. Edizioni Universitarie Romane.
- 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*. Martinelli, 1997).
- Canzano, C. (2006). *Teoria della psicologia individuale comparata. L'aggressività*. Istituto Alfred Adler.
- Canzano, C. (2007). *Le istanze fondamentali dell'uomo. Volontà di potenza e sentimento sociale nei cicli di vita*. Istituto Alfred Adler.
- Cassano, C.B., Conti, L. & Levine, J. (1999/2000). Self-Report Symptom Inventory-Revised (SCL-90-R). In L. Conti, *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria (Tomo Primo)*. SEF.
- Castellazzi, V.L. (2018). *Il test del disegno della persona sotto la pioggia*. LAS.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Deblinger, E. (2022). *Trattare il trauma e il lutto traumatico nei bambini e negli adolescenti*. Giovanni Fioriti.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S. & Covi, L. (1976). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale: Preliminary report. In W. Guy (a cura di), *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Revised 1976*. DHEW Publication No. (ADM), 76-338.
- Ferradini, F. (1971). Introduzione allo studio delle Blacky Pictures di G.S. Blum. In G.S. Blum, *Le Blacky Pictures. Una tecnica per l'esplorazione delle dinamiche della personalità*. Giunti OS.

- Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips* (tr. it.: *Al di là del principio del piacere*. Mondadori, 2007).
- Freud, S. (1930). *Unbehagen in der Kultur* (tr. it.: *Il disagio della civiltà*. Einaudi, 2010).
- Frick, P.J. & White, S.F. (2008). Research review: the importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(4), 359-375.
- Hackmann, A., Bennet-Levy, J. & Holmes, E.A. (2018). *Le tecniche immaginative in terapia cognitiva. Strategie di assessment e di trattamento basate sull'imagery*. Erickson.
- Lancini, M., Cirillo, L., Scodeggio, T. & Zanella, T. (2020). *L'adolescente. Psicopatologia e psicoterapia evolutiva*. Raffaello Cortina.
- Luber, M. (a cura di). (2015). *I protocolli terapeutici dell'EMDR. Condizioni di base e specifiche*. Giovanni Fioriti.
- Maggiolini, A. (a cura di). (2014). *Senza paura, senza pietà. Valutazione e trattamento degli adolescenti antisociali*. Raffaello Cortina.
- Meyer, G.J., Viglione, D.J., Mihura, J.L., Erard, R.E. & Erdberg, P. (2015). *Rorschach Performance Assessment System. Somministrazione, siglatura, interpretazione e manuale tecnico*. Raffaello Cortina.
- Nosengo, C. & Xella, C.M. (1997). L'applicazione clinica del Blacky. In F. Del Corno & M. Lang, *Psicologia clinica* (vol. III: *La diagnosi testologica*). Franco Angeli.
- Pagani, P.L. (2000). Discorso sulla psicologia individuale e sull'eclettismo. *Riv. Psicol. Indiv.*, 48, 21-39.
- Pagani, P.L. (2003). *Piccolo lessico adleriano. Dizionario argomentato dei lemmi e delle locuzioni della psicologia individuale*. Istituto Alfred Adler.
- Pagani, P.L. (2006). Dalla pulsione aggressiva al sentimento sociale. Sulle tracce del pensiero di Adler. *Riv. Psicol. Indiv.*, 60, 5-36.
- Parenti, F. (1970). *Manuale di psicoterapia su base adleriana*. Ulrico Hoepli.
- Parenti, F. (1983). *La psicologia individuale dopo Adler*. Astrolabio.
- Parenti, F. (1987). *Alfred Adler*. Laterza.
- Parenti, F. & Pagani, P.L. (1987). *Lo stile di vita*. I.G. De Agostini.
- Rathus, J.H. & Miller, A.L. (2016). *Manuale DBT per adolescenti*. Raffaello Cortina.
- Roberti, L. (2017). *Il test del disegno dell'albero. Guida all'interpretazione in ambito clinico e forense*. Franco Angeli.
- Roberti, L. (2023). *Il disegno della figura umana in ambito clinico e giuridico peritale. Guida pratica all'interpretazione*. Franco Angeli.
- 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).

Swanson, J.W., Holzer, C., Ganju, V.K. & Jono, R.T. (1990). Violence and Psychiatric Disorders in the Community. Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-770.

Verardo, A.R. & Lauretti, G. (2020). *Riparare il trauma infantile. Manuale teorico-clinico d'integrazione tra sistemi motivazionali e EMDR*. Giovanni Fioriti.

Vita, A., Dell'Oso, L. & Mucci, A. (2018). *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale* (vol. 1: *Psichiatria clinica*). Giovanni Fioriti

Vita, A., Dell'Oso, L. & Mucci, A. (2019). *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale* (vol. 2: *Riabilitazione psichiatrica*). Giovanni Fioriti.

Il trattamento psicoterapeutico adleriano di un paziente con “personalità epilettica” di *Aurelio Calcagno**

ABSTRACT (ITA)

Il presente lavoro affronta le criticità del trattamento psicoterapeutico di un paziente affetto sia da psicosi che da epilessia. Si è scelto di adottare un approccio di tipo olistico nell'affrontare le varie manifestazioni psicopatologiche, nonché i sintomi lamentati dal paziente. Soprattutto la sfera relazionale, da cui ha preso impulso la richiesta di cura, ha rappresentato per lui la principale area di sofferenza. La chiave di lettura scelta per comprendere il funzionamento psichico del paziente è stata paradossalmente quella dell'epilessia, cioè della viscosità relazionale che questa malattia spesso determina nelle persone. Con un gioco retrospettico, si è tentato di approcciare il mondo raccontato dal paziente, un mondo che gridava l'urgenza di essere decrittato e conosciuto.

Parole chiave: Adler, psicologia individuale, epilessia, psicosi, finalismo psichico

The Adlerian psychotherapeutic treatment of a patient with “epileptic personality” by *Aurelio Calcagno**

ABSTRACT (ENG)

This work addresses the critical issues of the psychotherapeutic treatment of a patient suffering from both psychosis and epilepsy. We chose to adopt a holistic approach in addressing the various psychopathological manifestations, as well as the symptoms complained of by the patient. Above all, the relational sphere, from which the request for care arose, represented the main area of suffering for him. The interpretation chosen to understand the patient's psychic functioning was paradoxically that of epilepsy, that is, the relational viscosity that this disease often causes in people. With a retrospective game, we attempted to approach the world told by the patient, a world that cried out the urgency of being decrypted and known.

Keywords: Adler, individual psychology, epilepsy, psychosis, psychic finalism

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

1. Introduzione

Si è tentato di ricondurre all'essenza un racconto molto lontano dalla logica comune, fantasioso ed irrealistico ma allo stesso tempo carico di sofferenza e desideroso di un'urgente via di fuga dal dolore.

Nella sua complessità, il caso clinico affrontato pone degli interrogativi fondamentali. Le tematiche emerse riconducono *latu sensu* alla sfida esistenziale che ogni essere umano conduce per poter sopravvivere e poter trarre soddisfazione ed un senso al proprio esistere.

Ma sopravvivere può significare soprattutto riprodursi, donando una continuità del proprio sé al mondo, un'immagine incorruttibile di ciò che buono è stato di noi, cioè un'immagine che aspira a rimanere eterna ed integra.

Per poter affrontare le tematiche riferite dal paziente in occasione dei colloqui, tematiche eterogenee e scollegate, sono state impostate quattro linee direttrici dalle quale partire per poter inquadrare tutto il materiale terapeutico ricevuto: l'istinto di sopravvivenza, la funzione riproduttiva, la memoria delle proprie origini e la memoria dei traumi vissuti.

Il valore di tale impostazione è stato meramente euristico, cioè finalizzato a rendere plausibili gli elementi emersi nel corso del trattamento psicoterapeutico. In un gioco retrospettivo di finzioni, è stata colta la sfida implicitamente lanciata dal paziente al terapeuta: “...vediamo se riesci a dare un ordine al materiale che ti porto...” (o almeno così mi è parso a livello *controtrasferale*).

Ben consapevole del sentimento di onnipotenza che spinge l'argomentare del paziente, della particolare viscosità relazionale che caratterizza la “personalità epilettica” in generale, della necessità di “doversi ricreare” da parte sua ogni volta che sperimenta un vissuto inferiorizzante, è stata riscritta per lui una “specifica teoria del mondo” con lo scopo di finzione guida. Va da sé che tale finzione guida, proposta dal terapeuta, doveva necessariamente puntare a essere vitale e adattiva, con le caratteristiche della scientificità e orientata a stimolare nel paziente il sentimento sociale. Tutto ciò in linea con l'impostazione soggettivistica della teoria adleriana, e non esclusivamente naturalistica e tipica della visione freudiana della psiche. Questa finzione guida ha direzionato il lavoro creativo della coppia terapeutica verso una narrazione di maggior senso, condivisa e più vicina alla logica comune.

Il punto di partenza di questo lavoro è stato l'analisi di un presunto finalismo biologico estrapolato dal racconto del paziente, derivante dalla sua continua ed urgente ricerca di *partners* sentimentali e la necessità di doversi porre come padre acquisito per tutti i figli di queste sue *partners* (presunte o reali). Si è passati successivamente ad articolare un modello di comprensione del caso clinico secondo i costrutti della Psicologia Individuale Comparata di Alfred Adler, in linea con quest'ultima è stato infine proposto un modello di cura per il paziente. Per ciò che riguarda l'alleanza terapeutica

che si è venuta a creare con il paziente, questa ha consentito una maggiore comprensione del suo mondo affettivo. È pertanto emerso il seguente schema: in presenza di un eloquio disorganizzato il paziente si mostrava paradossalmente eutimico, mentre quando il suo umore era deflesso il suo pensiero ed il suo eloquio erano maggiormente organizzati e compattati su vissuti di profonda tristezza.

2. La psicologia individuale di Alfred Adler

Alfred Adler nacque il 7 febbraio 1870 a Rudolfsheim, un sobborgo della città di Vienna (Rattner, 2004). Suo padre Leopold era un ricco commerciante di cereali di origini ebraiche che si trasferì a Vienna dal Burgenland, cioè da una zona rurale situata tra il confine austriaco ed il confine ungherese. I coniugi Adler avevano sette figli, dei quali Adler era il secondogenito. Da bambino Alfred soffrì di una forma di rachitismo e di crampi all'epiglottide, all'età di cinque anni si ammalò inoltre di polmonite ma poi guarì. La madre di Alfred era Pauline, una donna verso la quale egli provava un attaccamento meno forte rispetto a quello nutrito per il padre. Il fratello minore di Alfred morì quando egli era ancora bambino, questa esperienza lo segnò. All'età di sei anni iniziò a frequentare la scuola con risultati mediocri. Dopo aver conseguito la maturità si iscrisse alla facoltà di medicina presso l'università di Vienna, nel 1895 conseguì quindi la laurea. Lavorò per due anni in ospedale e successivamente aprì uno studio privato. All'inizio della sua professione si cimentò con l'oftalmologia, successivamente il suo interesse si rivolse alla neurologia. Tra i suoi interessi rientrò anche l'ideologia socialista, senza tuttavia aderire in modo rigido e dogmatico al marxismo (Rattner, 2004).

La sua prima opera fu *Sulla salute per il mestiere del sarto* (1898), nella quale descrive le connessioni tra professione e stato di salute, ciò a testimoniare la sua vocazione socialista come sopra evidenziato. E fu proprio nei circoli studenteschi socialisti che Alfred Adler conobbe sua moglie Raissa Epstein, di origini moscovita e studentessa prima a Zurigo e poi a Vienna. Dal loro matrimonio avvenuto nel 1897 nacquero quattro figli: Valentine, Alexandra, Nelly e il figlio Kurt.

Sulla cooperazione tra Adler e Freud esistono più versioni. La più accreditata vuole che Adler avesse difeso Freud nell'ambiente medico viennese, a seguito delle interpretazioni psicoanalitiche di quest'ultimo, tanto criticate dagli altri colleghi medici. A ciò Freud avrebbe reagito con un invito esteso ad Adler nel partecipare alle riunioni del mercoledì sera tenute a casa sua. La collaborazione tra i due avvenne dal 1902 fino al 1911, anno in cui avvenne la rottura tra loro. Tra le motivazioni di questa rottura vi fu una differenza sostanziale tra il modo di concepire la psiche umana da parte dei due, prospettica e finalistica per Adler, deterministica e meccanicistica per Freud. Inoltre, Adler

mise in discussione l'eziologia sessuale delle nevrosi tanto cara a Freud, attribuendo maggior rilievo alla dimensione autoaffermativa ed aggressiva dell'individuo.

Anche la psiche era intesa da Adler come indivisibile, mentre per Freud era divisa in istanze in competizione tra loro. Tuttavia, entrambi riconoscevano una dimensione inconscia nell'individuo.

Alfred Adler morì nel 1937 ad Aberdeen dove si era recato per tenere un ciclo di conferenze.

Tra le sue opere principali troviamo:

- *Sulla salute per il mestiere del sarto* (1898)
- *Inferiorità e compenso psichico* (1907)
- *Il temperamento nervoso* (1912)
- *Guarire ed educare* (1914)
- *Prassi e teoria della psicologia individuale* (1920)
- *Conoscenza dell'uomo* (1927)
- *L'arte di leggere la vita: storia di una malattia* (1928)
- *Il senso della vita* (1933)
- *Religione e psicologia individuale* (1933)

Gli assiomi che caratterizzano la Psicologia Individuale Comparata inaugurata da Alfred Adler (Ellenberger, 1976) sono sei e sono i seguenti:

I) Il principio dell'unità

Ogni essere umano è un tutto indivisibile ed unico.

II) Il principio del dinamismo

La vita comporta movimento ed i processi psichici sono caratterizzati dall'avere uno scopo e dall'intenzionalità.

III) Il principio dell'influenza cosmica

L'individuo non si può concepire come isolato dal suo contesto.

IV) Il principio della spontanea strutturazione delle parti in una totalità

Tutti gli elementi della psiche si organizzano in base ad una meta che l'individuo si attribuisce consapevolmente o meno.

V) Il principio di azione e reazione tra individuo ed il suo ambiente

L'individuo deve adattarsi e riadattarsi al suo ambiente in continuazione.

VI) Il principio della verità assoluta

La nostra condotta individuale si conforma ad una norma immaginaria costituita dalla logica comune.

I principali costrutti della linea teorica adleriana sono i seguenti (seguiamo nella trattazione Pagani, 2003):

Volontà di potenza e sentimento sociale

Sono le due istanze fondamentali presenti dell'individuo. “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”. “Il Sentimento sociale è il bisogno proprio di ciascun individuo di cooperare e di compartecipare emotivamente con i propri simili”.

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. La presa di coscienza del bambino di tale inadeguatezza 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 o carenti, si rafforzerà in lui questo “sentimento di inferiorità” diventando patologico e costituendo il “complesso di inferiorità”.

Meta direttiva

È la meta prevalente verso cui è orientata tutta l’attività psichica del soggetto e la sua condotta.

Finzione vitale e finzione rafforzata

La finzione in generale è una modalità, non obiettiva, di valutare se stessi ed il mondo, concepita in base alle finalità che l’individuo intende perseguire consciamente o inconsciamente. Riguardano il fenomeno del “come-se”. 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.

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.

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.

Il Sè 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 positiva e di cura del soggetto.

L'incoraggiamento

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

Ermafroditismo psichico

"Secondo tale principio, al di là delle caratterizzazioni sessuali, sarebbero ravvisabili in ogni individuo, in maniera più o meno marcata, peculiarità e disposizioni tipiche del sesso opposto".

Protesta virile

"È un progetto psicologico reattivo, cosciente o inconsapevole, per mezzo del quale l'uomo enfatizza la supremazia della propria virilità e la donna porta avanti la sua rivolta, palese o nascosta, contro l'antico assoggettamento al maschio".

Aspirazione alla superiorità

"La meta di superiorità è personale ed unica per ciascun individuo e dipende dal significato che egli dà alla vita".

Linea direttrice

Linea progettuale derivante dal *piano di vita*, utile al raggiungimento della *meta direttiva* o altrimenti definita *meta finzionale*.

Piano di vita

È l'impostazione finalistica, prevalentemente inconscia che indirizza l'atteggiamento dell'individuo sotto la spinta del *sè creativo*.

Memoria

Adler individua nella memoria una funzione “cannibalica”, cioè in grado di divorare e digerire le impressioni e le sensazioni. Il meccanismo selezionatore del materiale mnestico divorato sarebbe lo *Stile di vita*. Questo accoglierebbe ciò che gli è consono mentre accantonerebbe ciò che gli è incompatibile ed invisibile. Da questa concezione della Psicologia individuale deriva la tecnica dei *Primi ricordi infantili*.

Primi ricordi infantili

Ogni ricordo sarebbe frutto di un evento, cioè l'esito di un'impressione vagliata ed accolta dallo *Stile di vita*. I *Primi ricordi infantili* sono in grado di delineare le finalità remote dell'individuo e la sua progettualità inconscia.

3. Presentazione del caso clinico

Il paziente ha 50 anni, è ospite da dieci anni di una comunità protetta ad alta intensità. Si è resa necessaria la sua presa in carico a seguito del decesso della madre, la quale lo assisteva ed era il suo punto di riferimento. Il paziente in cartella presenta le seguenti due diagnosi che si sono succedute nel tempo, considerando l'ingravescenza dei sintomi:

- *Disturbo della personalità con anomalie comportamentali, deficit cognitivo di grado lieve in soggetto epilettico*
- *Psicosi d'innesto, reazione da lutto ed epilessia non specificata*

Alcune particolarità che lo riguardano sul piano relazionale sono il fatto che gli altri ospiti della struttura si lamentino che egli ha il vizio di toccare loro nelle parti intime e che spesso rubi e sposti i loro oggetti personali. Il paziente nega tutto questo.

Da un ulteriore esame della documentazione in cartella emerge il seguente quadro psicopatologico:

- Disorganizzazione concettuale
- Ideazione bizzarra e grandiosa

- Confabulazione continua
- Accumulo di oggetti
- Scarso rispetto delle regole di comunità
- Comportamento fatuo ed inadeguato al conteso
- Riduzione delle distanze fisiche con l'interlocutore (risultando irritante)
- Assenza di critica della malattia
- Trascuratezza del sè
- Disorientamento temporale (difficoltà nell'attribuirsi l'età corretta)
- Personalità mitomanica
- Eloquio logorroico e tangenziale
- Patologia epilettica nota
- Umore stabilmente in asse

Dalla somministrazione del test MMSE (Mini Mental State Examination) sono emersi deficit mnestici a breve e a lungo termine. Il paziente richiede spesso di poter essere sentito a colloquio, mostrandosi con il sottoscritto molto ossequioso ed invischiante. Si rende inoltre necessario intervenire a livello di gruppo per la situazione che si è venuta a creare tra il paziente e gli altri ospiti, questi ultimi minacciano di denunciarlo per i suoi continui toccamenti. In particolare, anche i parenti di un ospite si sono rivolti alla direzione della struttura per segnalare la problematica e per manifestare l'intenzione di procedere con una querela nei confronti del paziente. Si riporta qui di seguito un iniziale valutazione condotta sulla base della linea teorica adleriana.

1° Colloquio

ANALISI DEI PRIMI RICORDI:

“Avere cinque anni e ho avuto una malattia bruttissima, ho avuto un attacco epilettico, se non se ne accorgeva mia sorella della crisi convulsiva ero morto”.

Sul tema dell'epilessia si snoda il presente elaborato, nel quale si è cercato di abbandonare la logica esclusiva dell'etichetta diagnostica, dando uno spazio prevalente alla soggettività e specificità del paziente. In ragione del danno organico costituito dalla malattia epilettica, si potrebbe ragionare su questa in termini di *Complesso di inferiorità*. Nello specifico, l'anarchia e la disgregazione dell'attività elettrica cerebrale, secondo un dinamismo del tipo *inferiorità-compensazione*, indurrebbe

inconsapevolmente il paziente a ricercare “quei legami perduti” in una modalità relazionale particolarmente invischiante.

SOGNO: *“Mentre dormivo sentivo sbattere il mio letto ed ad un certo punto sognavo di fare la pipì, la mattina mi sono svegliato bagnato ed ho cambiato le lenzuola”.*

COSTELLAZIONE FAMILIARE:

- PADRE

“È morto quando io avevo 16 anni e lui ne aveva 60”

“Era titolare di azienda”

“Mi adorava”

“Mi voleva un bene bestiale”

“Quando è morto ho voluto provare la cassa per capire se avesse potuto respirare una volta chiuso dentro, può succedere che a volte quando uno muore respira ancora”

- MADRE

“È morta quando io ero in comunità, è morta per una malattia infettiva”

“Era un gioiellino”

“Le volevo un bene bestiale”

- FRATELLO MAGGIORE

“È uno intelligentone”

“È come mio padre”

- SORELLA MEZZANA

“È quella che ha in mano tutto”

“È perfetta, non è come certe persone”

- PAZIENTE (ultimo genito della fratria)

- NONNO PATERNO

“Era un cacciatore, è deceduto”

- NONNA PATERNA

“Era malata”

- NONNO MATERNO

“Faceva l'allevatore”

- NONNA MATERNA

“Lei guardava le pecore e le mucche”

2° Colloquio

Il paziente apre il colloquio informandomi che è appena mancato il padre della sua ex-compagna. Riferisco che mi dispiace. Gli chiedo come stia lei e successivamente come si sente lui. A ciò il paziente ci tiene a spiegare che: *“Sono pieno di donne, non ci sono problemi... posso ricominciare una relazione sentimentale in qualsiasi momento”*.

A questo punto mi elenca in rassegna i nomi di tutte le sue presunte pretendenti.

Successivamente aggiunge: *“Sono io che scelgo quella che voglio e che non cerchi pretese da me, tipo che io gli offra sempre il caffè o che mi chieda le sigarette”*.

Chiedo al paziente come ci si senta ad avere così tante pretendenti. Il paziente (con fare soddisfatto ed orgoglioso) dice di volermi mostrare la foto del suo gruppo musicale. Estrae il suo telefonino e mi presenta la fotografia di un tavolo imbandito con tante uova di Pasqua e sullo sfondo la figura di un uomo, che dice essere lo zio materno. Poi aggiunge: *“Nel gruppo mi vado a denominare, mi rilasso, creo”*.

Chiedo al paziente se qualche volta gli sia capitato di sentirsi solo, lui risponde: *“Cerco sempre di avere persone intorno a me, chi mi ha lasciato in passato adesso mi cerca”*.

Prosegue raccontando: *“Non vedi che ho sempre la barba diversa?”*.

Rispondo affermativamente e chiedo il perché, lui risponde: *“Così mi denomino come persona fascinante”*.

Chiedo come sia il rapporto con la sua famiglia, lui afferma infastidito: *“I miei fratelli sono tutti dei bastardi perché non volevano mia madre prima che morisse...”*.

Prosegue poi dicendo: *“Facendo parte di un gruppo musicale mi stacco dalla mia famiglia... sento però la mancanza di mio papà che è morto quando io avevo 16 anni...”*.

Il paziente si incupisce poi estrae una lattina di aranciata dalla borsa e inizia a berla.

Dopo aver bevuto dice di voler andare a fare una passeggiata. Il colloquio termina.

3° Colloquio

Il dato iniziale del colloquio è che il paziente vorrebbe rimettersi insieme alla sua ex-fidanzata, la quale alcuni giorni prima lo avrebbe lasciato (anche lei ospite della struttura). La sua fidanzata però non vuole tornare insieme a lui. Chiedo quindi al paziente come stia e lui risponde: *“Soffro di ‘depressione tua’ (neologismo), cioè quando io amo una persona che vuole sempre il caffè al bar”*. Prosegue quindi con libere associazioni: *“Io ci metto i soldi per starci con questa persona che io amo”, “vuol dire che la mia depressione è colpa dell’altra persona”, “la mia ex-fidanzata vorrebbe starmi attaccata come un piranha a bocca aperta”, “io sono una cassaforte per lei che si apre e si chiude ogni ora, e questo non è possibile”*.

Chiedo al paziente perchè non sia possibile per lui tagliare i ponti con la sua ex-fidanzata visto che questa situazione lo fa soffrire. Lui risponde: *“Perchè io e lei ci amiamo”*. Invito il paziente a considerare l’ipotesi che le cose stiano in realtà diversamente, e lui dice: *“Succederebbe un casino se mi lasciassi, mi farei venire a prendere dall’ambulanza, o ti spari o ti togli la vita”*. Da una parte il paziente ha consapevolezza della strumentalità del rapporto che ha con la ex-fidanzata, dall’altra questa strumentalità viene negata e giustificata con argomentazioni incoerenti [cioè dal rifiuto deriverebbe una disorganizzazione del pensiero]. Parlando inoltre di una sua altra ex-fidanzata, che di mestiere farebbe la poliziotta nelle carceri aggiunge: *“Quando facevamo sesso la chiamavano dalla centrale mentre lei era in perizoma e doveva prendere subito servizio nella buon costume, e io gli dovevo sganciare 200 euro”*. Ritorna quindi la tematica del pagare la partner. Il paziente aggiunge: *“Il fare loro (cioè dei poliziotti) è un fare chiuso, un fare senza sentimento; loro hanno sempre dietro l’arma e anche le manette”*. Oltre ad un vissuto di sfruttamento sarebbe presente nella narrazione del paziente anche un vissuto di minaccia legato alla presenza di armi nella relazione sentimentale intrattenuta. Il colloquio termina.

4° Colloquio

Il paziente apre il colloquio parlando sempre delle sue relazioni sentimentali (o presunte tali). Mi racconta di D. e di S. che gli avrebbero telefonato, a tal proposito riferisce: *“D. è incinta mentre S. ha le tube chiuse, adesso S. è al carcere minorile (in quanto poliziotta penitenziaria secondo quanto riferisce il paziente)”*. Poi prosegue dicendo: *“Non ce la faccio più a stare qui dentro, voglio essere trasferito, mi vedo positivamente con un trasferimento in un’altra struttura socio-sanitaria, poi ritrovo i miei amici”*. Continua argomentando: *“Mia sorella non mi viene più a trovare, ha tutte le sue cose da fare”*. Continua poi a raccontare delle sue relazioni all’interno della Struttura: *“Con F. mi sono rimesso insieme definitivamente”*.

Faccio notare che oggi mi sembra un po’ più arrabbiato del solito, al che il paziente replica: *“Gli altri sono andati con l’operatrice, questa prima mi dice vieni al mercato poi dice no e porta gli altri”*. Chiedo come è la convivenza con gli altri ospiti, e lui: *“Con gli altri non sta andando bene perchè questo posto non è adatto*

a me”. Continua: *“Io non sono un banalista, cioè uno che spiega le cose ma non riesce a essere diverso”, “F. vorrebbe che io la mettessi incinta per avere altri due figli con me ma io non voglio mantenerli”, “due ospiti han tentato di farmi la denuncia dicendo che sono un tossico e che mi buco tutte le sere”*. Poi conclude: *“Qui dentro è come stare in un carcere, sono qui da 10 anni (non vero), sono entrato qui quando io avevo 17 anni (non vero)”*. Al termine del colloquio vengo informato dal personale sanitario che il paziente avrebbe preso dal cellulare di F. (presunta sua compagna ospite della medesima struttura) i numeri dei cellulari delle sue due figlie, e avrebbe telefonato ad una di queste. Avrebbe detto alla ragazza che lui d’ora in avanti sarebbe diventato il loro padre: da questa telefonata si sarebbe poi creata una situazione di allarme con l’intenzione dei familiari delle ragazze di procedere con una denuncia contro il paziente.

5° Colloquio

Il paziente apre il colloquio facendo una rapida telefonata ad una delle sue presunte compagne (D.), verbalizzando al cellulare: *“Ciao, ma tu sei in divisa?...ah ok ciao ciao...”*.

Appena conclusa la telefonata il paziente ribadisce che lui avrebbe diverse relazioni: con F, con S. e con D. Poi aggiunge: *“S. e F. sono attaccate al sesso, a loro piace vedere film hard però a me non piace. Quando li guardano iniziano a spogliarsi e vogliono che io le servizi”*.

Prosegue: *“Anche R. è attaccata al sesso, solo che devi togliere e mettere il preservativo, perché poi esce il liquido e non te la cavi più”*. Continua a verbalizzare: *“Io non ho problemi... solo che avendo tante donne sono un ‘processore’, cioè vengono tutte a cercare me, sanno che ho i soldi”*; *“loro hanno un carattere sentimentale, le ho studiate prima di uscire con loro”*, *“loro reagiscono “avvocatamente”, cioè le porti a mangiare e poi le porti al cinema, poi puoi fare sesso”*.

Conclude dicendo: *“Quando vado a mangiare con mia sorella non vuole che io tiri fuori i soldi”*.

6° Colloquio

Il paziente riferisce di aver trascorso questo ultimo periodo non molto bene, effettivamente appare ingrassato. Subito dopo chiede il mio aiuto per inserire nella rubrica del telefono alcuni numeri di persone, riferisco di non essere sicuro di poterci riuscire e che comunque nel colloquio normalmente non mi occupo di queste cose. Subito dopo fa partire una telefonata alla sorella, la saluta e mi porge il telefono dopo aver detto a questa che era con me. Accetto di parlare con la sorella del paziente che mi comunica di essere esasperata in quanto il paziente quotidianamente, a lei e a suo marito, effettua decine e decine di telefonate. Finita la telefonata chiedo al paziente di chi fossero quei numeri di telefono che voleva memorizzare sul cellulare, lui riferisce che si tratta di numeri dei familiari e numeri della sua fidanzata e altre donne. Il paziente aggiunge: *“Mi sento*

troppo corrente". Chiedo delucidazioni su questa affermazione e lui aggiunge: *"Quando le donne sono tre o quattro mi fanno andare in crisi, cioè mi prendono in giro"*. Mi riferisce poi di un episodio passato dove lui stava con una donna (L.) che tutte le volte voleva fare sesso con lui ma che poi gli chiedeva sempre 50 euro. Chiedo al paziente se in qualche modo lui si senta sfruttato dalle donne, lui risponde affermativamente. Subito dopo il suo eloquio pare procedere in modo maggiormente confuso ed il paziente riferisce degli episodi in cui erano poi le donne a pagare lui dopo la prestazione sessuale (racconta di una donna che faceva la guardia carceraria e che girava armata, la quale avrebbe pagato a lui 300 euro per avere un rapporto sessuale). Chiedo quale sia il vantaggio di stare con una donna in divisa ed armata. Lui risponde: *"È una cosa molto "caporale", lei porta un arma e può difendersi anche da sola"*. Cerco di riformulare quanto detto dal paziente nel seguente modo: *"vuol dire che se tu diventi troppo irruento durante la relazione lei si può difendere?"* Lui risponde affermativamente e dice: *"Bravo, se non riesco a darmi un freno nel sesso il freno me lo da lei e così sono più tranquillo"*. Il colloquio termina.

7° Colloquio

Il paziente si mostra giù di tono, rallentato nell'eloquio, riferisce di voler andare a casa di sua sorella ogni 15 giorni. Aggiunge che sua sorella e suo fratello non si parlano da quando è venuta a mancare la loro madre (piange). Con gli altri ospiti della struttura dice di non farcela più e ribadisce di aver chiuso la relazione con la sua attuale compagna (conosciuta sempre all'interno della struttura). Chiedo il motivo della chiusura del rapporto sentimentale con F. e lui spiega: *"Per un film visto insieme non mi ha neanche parlato... non mi considera più"*. Aggiunge poi che con le altre due compagne S. e D. va meglio, anche se le vede una volta all'anno. Mentre parla delle sue presunte partner muove la mandibola in modo molto rappresentativo come a darsi una sorta di aria da duro. Poi prosegue: *"Da quando mia madre è mancata la mia vita è cambiata completamente. Mi è mancata proprio nel momento in cui io ero qui.... Io mi sento ancora bambino (piange)"*, *"La testa mi è partita quando è mancata mia madre"*, *"Ora i miei fratelli non vanno più d'accordo"*.

"Adesso ho la S. e la D. (compagne presunte)", *"D. che fa la guarda carceraria impazzisce se non mi vede.... S. invece vuole che vado a mangiare a casa sua"*, *"Non vado a letto con una donna perchè ho paura che mi mettono in galera, perchè mi vengono questi sintomi motori quando ricevo un rifiuto"*, *"Quando faccio sesso metto il palloncino, che cambia il colore diventa argento o oro, poi esce un gocciolo di sangue e si butta nella spazzatura"*. Il colloquio termina.

8° Colloquio

Il paziente mi mostra delle foto stampate che lo riguardano, vi sono alcune fototessera ed altre foto più grandi che lo ritrarrebbero durante un'attività teatrale. Vi è il dubbio però che in queste ultime non sia lui a recitare, anche se la sua somiglianza con il personaggio ritratto è significativa. Ringrazio e mi mostro interessato alle foto. Chiedo poi come sia andata in questi giorni e lui spiega: *“La S. e la D. vogliono prendermi come ‘vascello’”*. Chiedo di spiegarmi meglio cosa intende per “vascello”, e lui aggiunge: *“Vuol dire che loro due vogliono ancora avermi insieme come convivente (forse il senso del vascello è quello di ‘aiutare a stare a galla qualcuno’)”*.

“D. (che lavorerebbe in carcere come guardia) mi vuole regalare il suo tesserino e poi anche i suoi gradi... però ho detto ‘amore io non posso mettere la divisa da donna’”. Il paziente spiega quindi che le fototessere che ha con sé servirebbero proprio per sostituirle sul tesserino da poliziotto penitenziaria che D. le regalerebbe.

Chiedo cosa ci vorrebbe fare con il tesserino, lui spiega: *“Mi serve per andare nelle case di riposo e far ridere gli anziani celibi, che sono tristi”*. Il colloquio termina poco dopo per consentirgli di partecipare al pasto di gruppo organizzato dalla struttura.

9° Colloquio

Viene somministrato al paziente il test *Mini Mental State Examination*, già somministratogli in passato. Al termine dell'esecuzione il punteggio risulta essere 11. I punteggi sono generalmente raggruppati come segue:

- 25-30 punti: cognizione normale
- 21-24 punti: demenza lieve
- 10-20 punti: demenza moderata
- 9 punti o meno: demenza grave

Emergono quindi criticità relative all'orientamento spazio-temporale, all'uso del lessico e alla capacità mnestica di rievocazione. Inoltre, al termine del test il paziente inizia a piangere dicendo di volerla fare finita. Si cerca di supportarlo nel momento di difficoltà anche se un particolare colpisce: il pianto a tratti appare sforzato e rappresentativo in quanto non vi sono lacrime ma solo un'espressione contrita nel volto.

10° Colloquio

Il paziente riferisce di stare meglio e di essere di buon umore. Aggiunge: *“Vorrei andare a suonare nelle case di riposo, sto leggendo un libro di 200 pagine sulla vita dell’anziano, loro cercano uno per fare uno spettacolo musicale”*. Chiedo come mai questo interesse per gli anziani, il paziente procede con una serie di libere associazioni: *“Qui dentro è come un carcere, con gli altri ospiti della struttura non va bene, mi hanno messo in camera un galeotto”, “a casa ho una cassaforte dove ci sono 350 euro, la chiave non la trovavo più, ho chiamato un amico che fa il fabbro per aprirla,.. loro (i fratelli) volevano fottermi ma io fotterò loro”, “se loro tentano (i fratelli) di fare male a me hanno sbagliato di grosso, io sono cintura nera di kick boxing”, “quando ero piccolo a casa tutti mi trattavano come un poppante, così poi tutti gli amici dei miei fratelli mi chiamavano ‘bambino’”, “una volta mia hanno dimenticato sullo scuolabus”*.

Il paziente verosimilmente vive come complesso di inferiorità questo “essere trattati come poppanti” dalla famiglia d’origine e dal contesto, e si adopera per compensare questo vulnus con una serie di ipercompensazioni quali:

- eloquio fantasioso,
- furti,
- appropriazioni e spostamenti di oggetti altrui,
- presunte relazioni sentimentali multiple,
- creare tensione tra gli altri ospiti della struttura,
- agiti sessualizzati.

11° Colloquio

Il paziente apre il colloquio riferendo: *“Non sento più i miei fratelli, sento di più mia sorella, domenica con lei andremo a pranzo insieme”*. Prosegue: *“Non mi fanno più uscire il pomeriggio, loro (riferendosi al personale di cura) hanno paura che faccio qualcosa che non va”, “Hanno paura che porto via le cose”*. A motivo di questo suo comportamento il gruppo degli ospiti della struttura è solidale nel mostrarsi espulsivo verso il paziente. Alla riunione di gruppo lui non partecipa per evitare che gli animi si accendano e ne possa nascere un litigio di gruppo. Lamentano tutti il fatto che il paziente spesso sposta gli oggetti altrui. Il paziente non pare problematizzare la questione. Domando: *“Che significato abbia per lui portare via le cose degli altri”*. Il paziente risponde: *“Un significato bestiale... io ho un’agenda nella quale scrivo tutto sì di te (riferendosi al sottoscritto), io e te siamo diventati fratelli”*.

Domando al paziente se, a seguito di questi suoi agiti, non tema ritorsioni da parte degli altri ospiti della struttura. Lui risponde: *“Io gli metto le mani addosso, io li ammazzo... i miei problemi sono problemi seri”*.

e non stupidate come quelle degli altri". Chiedo al paziente se lo spostare gli oggetti degli altri ospiti sia o meno uno stratagemma per evitare di mettergli le mani addosso, lui risponde affermativamente.

Chiedo al paziente che cosa lo preoccupi principalmente e lui risponde: *"Mio fratello non sta bene di salute e deve ricoverarsi in ospedale"*. Prosegue poi nel raccontare delle sue presunte fidanzate: *"La F. non è più qui in struttura e D. è in carcere a lavorare, adesso è incinta di un altro, è stato G. a metterla incinta"*.

Continua poi con altre libere associazioni: *"In questo periodo sono triste perchè non vedo queste persone (verbalizza una lista di nomi)... mi domando se sono un ragazzo come gli altri oppure sono un ragazzo di strada"*.

Il colloquio termina.

12° Colloquio

Il paziente mostra un tono dell'umore deflesso ed inizia subito a spiegare: *"Voglio chiudermi tra quattro mura e pensare ai miei sbagli... tanti sbagli... devo andare in SPDC perchè non sto bene.... ho dei guai dentro che non ce la faccio più, (piange). Ho tutto dentro, da quando è andata via da qui la mia compagna è tutto cambiato (continua a piangere)... era l'unico mio gioiellino che ho trovato. Ho bisogno di essere trattato come un umano e non come un demente... ho bisogno di capire i miei sbagli"*.

Il paziente viene supportato nel momento di difficoltà. La situazione per lui è particolarmente difficile in quanto si sono verificati i seguenti eventi:

- la compagna con la quale intratteneva una relazione sentimentale all'interno della struttura è andata via.
- Uno dei pazienti con cui aveva stretto amicizia anche lui ha lasciato la struttura.
- Il fratello ha gravi problemi di salute

Dalla documentazione reperita in cartella clinica si evince che il paziente ha sempre avuto nella sua vita una "vivace vita sentimentale" (non sessuale). Emergono inoltre varie ospedalizzazioni riferite a crisi epilettiche. Chiedo al paziente se gli vada di raccontare come si sente in prossimità dell'arrivo di una crisi epilettica, lui spiega: *"Ho avuto ultimamente sei crisi epilettiche da quando sono qui, mi danno la terapia antiepilettica. Quando mi viene la crisi comincio a fissare una lampadina oppure il sole, mi lascio cadere a terra (mima il movimento allargando braccia e gambe, flettendo sulle ginocchia). Subito dopo arriva la lettiga dell'ambulanza a prendermi e mi fanno un'iniezione. Poi provo una sensazione di rilassamento e mi risveglio... Comincio a riconoscere le cose e a sentirmi meglio, però alla fine mi mettono su un letto del reparto da solo e mi sento subito arrabbiato e nervoso con gli altri"*.

13° Colloquio

Il paziente apre il discorso ribadendo che la sua ex-compagna F. è incinta di un altro uomo, a tal proposito aggiunge: *“I suoi figli sono andati con il padre, si sa che è una femmina...”*. Mostra un umore deflesso, parla piangendo e dice: *“Sono in crisi perchè prima c’era un rapporto dove c’era amore ed affetto”, “Il suo nuovo compagno ha 25 anni ed è un bel bastardo, io ho 49 anni e la coprivo io, il suo nuovo compagno la poteva lasciare così come era”*.

Faccio notare al paziente che pare essere geloso di questa storia, lui conferma e aggiunge: *“Da quando sta con questo ragazzo la F. è infelice, con me era felice tutti i giorni”*.

Faccio notare che oltre a mostrarsi geloso pare anche arrabbiato. Lui conferma e spiega: *“Sono molto arrabbiato perché mi ha fatto questo la F. ...”*. Prosegue: *“Io adesso sto con S. che ha cinque figli mentre la F. ne ha solo tre di figli...”*. Rimango in silenzio e lui aggiunge rivolgendosi al sottoscritto: *“Tu sei il mio produttore, che mi aiuta ad uscire dai casini”*.

Chiedo al paziente come si possa affrontare la rabbia, e lui: *“Bisognerebbe invertire i due concorrenti...”*.

Il colloquio termina.

14° Colloquio

Al paziente viene somministrato il Test dell'albero. Dopo il test, che viene da lui eseguito in un tempo relativamente breve, ha luogo il colloquio. Come al solito viene lasciato ampio spazio alla parola del paziente, facendo interventi minimali e contenitivi e laddove serve supportivi/facilitatori dell'espressività emotiva. Si procede per libere associazioni, il paziente inizia a raccontare: *“Sono giù”* [in effetti si mostra appiattito nell'espressività emotiva e nella mimica facciale], *“Il motivo della mia tristezza sono la mia ex-compagna F. che ha lasciato la struttura e la malattia di mio fratello... il tutto in realtà è partito dalla mancanza di mia mamma che ha causato tutto questo...”*.

Chiedo al paziente se se la sente di raccontarmi qualcosa in più su sua madre, lui inizia a spiegare: *“Mia mamma era una mamma particolarissima e semplice, una mamma che se poteva mi aiutava in tutto e per tutto, quando aveva il bar trascorreva molto tempo insieme a me”, “Poi con la mancanza di mio padre le cose hanno cominciato ad andare ancora peggio”, “Io a 16 mesi ero morto in un lettino, se non se ne accorgeva mia sorella ero morto... ho avuto una crisi epilettica”, “Voglio andare a vivere per conto mio, voglio lavorare e voglio vivere in una carovana ‘completo’, cioè insieme alla mia nuova compagna S.”, “Loro qua (cioè gli operatori) non ci credono che ho una carovana... problemi loro”, “Io voglio una persona non per sesso, nè per amore ma che stia con me nella carovana... sto cercando un posto di sera che sia casa mia”*. In conclusione del colloquio faccio presente al paziente che il suo umore pare si sia un po' risollevato, lui conferma.

15° Colloquio – Baumtest

Viene somministrato al paziente il Test dell'albero. Il risultato è il seguente:



Posizione dell'albero sul foglio

Il disegno è collocato leggermente a sinistra rispetto all'asse orizzontale del foglio. Ciò è riconducibile ad una tendenza all'introversione, alla vita intima rispetto al mondo esterno, all'io piuttosto che alla dimensione relazionale. Rispetto all'asse verticale invece il disegno si situa nella parte bassa del foglio, ciò ad indicare una propensione per la vita istintuale, per l'inconscio ed il mondo interno.

Radici

Queste sono presenti, ad indicare una dialettica interiore con il proprio passato e le proprie origini. Tuttavia hanno una forma conica e si diramano da un solo punto del fusto, non riguardando l'intera base di questo. Ciò denoterebbe un legame interrotto e debole con la propria sfera emotiva e con il proprio passato. Le radici inoltre sembrano riproporre in piccolo la stessa forma del busto, come a rappresentare un doppione di questo, ossia un "doppione del Sé". Questo ricondurrebbe ad una frammentazione dell'Io di tipo psicotico. Le radici inoltre risultano a loro volta aperte alla base (assenza di confini tra il Sé ed il mondo esterno).

Linea del suolo

Questa è presente per il solo tratto basale del fusto, come a denotare la parziale mancanza di un chiaro confine tra il sè ed il mondo esterno. Tale linea è del tutto assente nel breve tratto che collega il fusto alle radici (o alla radice); vale a dire che tra la vita che si sviluppa sotto terra (inconscio) e la vita che si sviluppa all'esterno (relazione) non vi sarebbe una demarcazione. La linea è inoltre inclinata in basso a sinistra ed in alto verso destra, ciò ad indicare una progressione in salita dal passato verso il futuro: cioè l'uscita dall'egocentrismo infantile verso una vita adulta di relazione verrebbe verosimilmente vissuta dal paziente come faticosa e difficile.

Base del fusto

È molto allargata simmetricamente alla base, ad indicare: inibizione affettiva ed inibizione del pensiero, oltre che difficoltà di apprendimento. Tra le radici e la base del fusto non c'è una progressione armonica, anzi pare che tra inconscio e conscio vi sia un flebile e discontinuo legame come sopra richiamato. Ciò renderebbe particolarmente difficoltosa la coscientizzazione da parte paziente delle proprie dinamiche intrapsichiche.

Fusto

Il fusto simboleggia l'Io, cioè la parte ragionevole e consapevole, l'esecutore delle esperienze, il ponte tra l'istinto e la ragione. Nel disegno il fusto appare molto largo alla base e progressivamente assottigliato verso l'alto. In questo caso l'uscita dal "suolo dell'inconscio" per sviluppare le proprie doti relazionali e vivere la realtà risulta essere parzialmente compromessa. L'esame di realtà da parte del paziente risulta infatti spesso deficitario e le relazioni interpersonali problematiche.

Transizione tra fusto e chioma

Indica il passaggio tra l'individualità e la dimensione relazionale. Nel nostro caso il tronco è molto assottigliato nel punto in cui si innesta nella chioma. Ciò potrebbe indicare una scarsità di risorse nel leggere la dimensione relazionale, la quale si presenta al paziente con un portato di aggressività e risentimento verso l'altro, vissuto spesso come minaccioso e svalutante verso di lui.

Rami

Sono assenti, ad indicare una regressione al proprio ambiente di origine, da cui è difficile staccarsi. La ricerca di gratificazioni e rassicurazioni risulta essere al limite dell'egocentrismo.

Chioma

Essa indica la parte esterna: la zona di mutamento della sostanza, della respirazione, la transizione tra interno ed esterno, il contatto con lo spazio circostante, la vita di relazione, la socializzazione, la realizzazione dei propri ideali nella realtà sociale. Nel nostro caso si ha una chioma chiusa. Ciò è verosimilmente riconducibile ad un senso di vuoto, ad un timore generalizzato verso la realtà, ad un uso spinto della fantasia, ad un atteggiamento improntato alla chiusura ed alla diffidenza verso l'altro.

Tratto

Il tratto è leggero ma ben delineato dalla punta di una penna, ciò ad indicare timore per l'aggressività altrui (per l'aspetto della leggerezza del tratto), ma esigente con gli altri e "pronto a pungere" (per l'aspetto inerente il tratto marcato a punta e non sfumato). Metaforicamente si potrebbe così intendere: "aggredisco per non essere aggredito", oppure uso una "dialettica pungente".

Sintesi del profilo

Il paziente evidenzia dinamiche intrapsichiche incentrate prevalentemente su una dimensione istintuale ed inconscia. Vi è in lui un'esigenza costante di supporto affettivo, un bisogno di appoggiarsi all'altro in quanto prevale un vissuto di sradicamento e di abbandono. Il nucleo identitario risulta poco definito, probabilmente per l'impossibilità di attingere ad una memoria autobiografica lineare e coerente. La personalità del paziente risulta pertanto connotata da: una tendenza all'introversione, da vissuti di sradicamento ed angosce di tipo psicotico, un'assenza di chiari confini tra il Sè ed il mondo esterno, inibizione affettiva ed inibizione del pensiero, oltre che difficoltà di apprendimento. L'esame di realtà da parte del paziente risulta deficitario e le relazioni interpersonali problematiche e connotate da un moto aggressivo ererodiretto. Si rileva infine un senso di vuoto, un timore generalizzato verso la realtà, un uso spinto della fantasia ed un atteggiamento improntato alla chiusura ed alla diffidenza verso l'altro.

Accanto a questi indicatori, francamente psicopatologici, si ravvisano tuttavia alcune modeste risorse compensatorie consistenti in una spinta continua del paziente nel ricercare un contatto con l'altro ed una notevole vivacità. Tutto ciò favorirebbe una dimensione relazionale che potrebbe essere ulteriormente sviluppata, rendendola supportiva e strutturante per il paziente.

16° Colloquio

Chiedo al paziente come stia, lui risponde: *"Io sto "individualmente", ho sentito mia sorella perchè domenica prossima andiamo a mangiare insieme... va meglio rispetto a prima... Mi ha telefonato la F. che vuole fidanzarsi*

con me... devo studiarli bene la "piantina" e vedere se è una presa in giro... Ho trovato una ragazza 'individuale'". Chiedo al paziente di spiegarmi cosa intenda per "individuale", lui spiega: "Individuale vuol dire fare sesso fino ad un certo limite... sai che nella vagina le hanno messo una catenella per non avere più figli... sì... individuale vuol dire che la tengo anche se ha quel problema lì...". Prosegue: "Ho comprato una carovana e sto mettendo in atto una casa soppiantata su quattro ruote... deve rimanere lì impiantata sul lago di Garda... questa carovana la sto blindando perché non voglio che nessuno entri meno che io e la F., la A., la P. e sua figlia, cioè la sto blindando in modo che sia una cosa tutta "individuale"... individuale vuol dire tutta per me". Continua: "La sorella di F., che ha quattro figlie, vuole fare sesso con me, vuole avere un rapporto 'intermediale', cioè vuole fare sesso due volte al giorno"; "La sorella di F. andrebbe poi a caricare il cibo della carovana, tutto il cibo verrebbe fatto lì in casa", "deve venire il fabbro a farmi le porte e le serrature della carovana... ho preso quattro rottweiler piccolini che così crescono in famiglia". Chiedo al paziente se il suo bisogno sia quello di poter stare al centro di un sistema di relazioni, lui risponde: "Tu (rivolgendosi al sottoscritto) sei riuscito a individuare tutti i problemi che ho nella testa... sai cosa c'è... mia sorella a casa non mi vuole più...".

Il colloquio termina.

17° Colloquio

Chiedo al paziente come stia, lui risponde: "Troppi problemi... mi sento un animale. Mi manca la mia compagna, è come quando ammazzi un'oca che poi ti dà anche da mangiare...". Prosegue: "Ho detto alla F.: 'non dire ai tuoi figli che noi facciamo sesso, non dire che lo facciamo al coperto cioè a casa'", "Se una donna non avesse dei figli non avrei una relazione seria con lei", "Io quando mi lego ad una donna mi devo staccare dagli amici perché voglio stare solo con lei". Chiedo al paziente quali siano gli aspetti che lo preoccupano nel rapporto uno-a molti. Risponde e prosegue con delle libere associazioni: "Con i molti succederebbe che non riuscirei a capirli, a 'individualizzarli' e a stargli dietro", "Se hai una relazione 'individuale' con una donna che ha molti figli c'è da mettersi le mani nei capelli", "Io ho avuto dei figli da una vecchia relazione (informazione non vera), solo che sono nati con una malformazione alla testa, così li ho fatti adottare da una famiglia. Se nascevano normali me li tenevo". "Io sono uno di quelli della mia famiglia che non mi vogliono... [piange]... mi hanno messo qui dentro", "Io volevo andare a vivere da mio fratello e non da mia sorella", "Io sono deformato a livello mentale... secondo la mia famiglia non sono un ragazzo normale... mia sorella non è più venuta a prendermi... tutto è partito da quando è morta mia madre". Chiedo al paziente se in questo momento sia arrabbiato.

Il paziente conferma. Ciò che lui ha portato in occasione del presente colloquio è la rabbia per l'abbandono da parte della sua famiglia, per essere trattato come il figlio malato e diverso che nessuno vuole. La mancata visita da parte dei familiari attiva nel paziente un vissuto di persona problematica e malata.

18° Colloquio

Il paziente racconta che ieri piangeva in quanto gli venivano in mente gli amici della vecchia comunità. A questo proposito spiega: *“Tra i vecchi amici ho tenuto i rapporti solo con quattro persone, tra queste c’è anche la S. con la quale ho mantenuto un rapporto sentimentale”*.

Faccio notare al paziente che effettivamente è capitato di vederlo piangere ieri e che non è la prima volta che ciò accade. Lui conferma e aggiunge: *“Da quando non c’è mia mamma mi capita di piangere spesso... mia madre ha aperto tanti bar (mi fa un elenco, peraltro vero)... quando è mancata lei è mancato tutto”*.

Domando al paziente cosa gli piaceva fare quando era piccolo. Lui risponde: *“Suonare, ho fatto anche lo Zecchino d’oro e sono andato in televisione (informazione non vera), ad un certo punto inizia a cantare”*. Dico al paziente che è molto intonato, e chiedo a lui chi avesse intorno in passato quando cantava. Lui risponde:

“Avevo sempre intorno mia sorella, che mi ha messo al mondo e mia ha salvato la vita dalla crisi epilettica”. Chiedo al paziente se sopravvivere ad una crisi epilettica non sia come rinascere e dover ricominciare da zero. Lui risponde affermativamente. Aggiungo: *“perdere un genitore è un po’ come perdere la propria memoria”*. Il paziente annuisce con il capo. Domando infine come si senta in questo momento. Lui risponde: *“Bene”*. Il colloquio termina.

19° Colloquio

Il paziente già nel corridoio inizia a raccontare come è andata la sua settimana, non riesce ad attendere l’inizio del colloquio nonostante l’invito ad attendere almeno l’ingresso nello studio. Inizia con il chiedermi quanto sia distante il luogo in cui si trova dalla città più vicina, più precisamente quanto è distante il carcere. Chiedo come mai questa richiesta, e lui spiega: *“Faccio volontariato in carcere... ho fatto la richiesta e mi hanno pescato tra mille persone, a me e ad un mio amico”*. Chiedo come abbia deciso di fare volontariato in carcere e lui riferisce: *“Perché ci sono ragazzi di 17 anni che si passano le bustine”*.

Domando come sia avere a che fare con i detenuti, il paziente replica: *“Una volta due detenuti litigavano ed uno ha spaccato in testa all’altro una chitarra”*. Annuisco e faccio presente che in carcere tante persone stanno effettivamente insieme in modo forzato. Il paziente conferma e aggiunge: *“Una ragazza guidava il furgone ed io ero seduto accanto a lei con gli altri volontari dietro, andavamo tutti a mangiare fuori”*. Faccio presente al paziente che racconta spesso situazioni che lo vedono sempre parte di un gruppo (musicale, occasionale, istituzionale). Gli chiedo se mi racconta un episodio nel quale si sia sentito solo. Lui spiega: *“Non dovrei dirlo..., mi sono sentito solo quando ho avuto la “mancanza della mia vita”, cioè la morte dei miei genitori [piange]”, “Quando vado a casa vado a dormire nella carovana, non entro dentro casa...”*

poi io e la F. compriamo solo cose di seconda mano, perchè poi le riciclo io”, “Nel camper ci siamo io, la F. e i miei nipoti, in totale siamo in 6”, “siamo andati anche a fare un tour al mare”, “la vita è dura e bisogna guadagnarsela, io prendo solo 1450 euro di pensione (non vero), cosa ci fai con 1450 euro?... niente... io ho 28 anni... sai quanti anni ho io? Ne ho 55 [piange]... non ce la faccio più”. Il paziente dice di essere stanco di “sentirsi un problema” per gli altri. Il significato della “carovana” pare essere quello di un luogo sicuro per il paziente, nel quale ripararsi da una profonda tristezza dovuta alla perdita dei genitori.

20° Colloquio

Il paziente inizia il colloquio raccontando: *“Mia sorella non è venuta a prendermi sabato per uscire”.* Chiedo il motivo e lui genericamente dice: *“Per motivi familiari”.* Poi aggiunge: *“Ci sono rimasto tanto male”, “non so cosa sia successo di colpo, non mi telefona più mia sorella”, “Le ho detto (a mia sorella) che se non vuole vado da mio fratello, lui sì che mi vuole... ho pianto tutta la notte”.* Chiedo come si sente, e lui risponde: *“Mi sento solo, da quando è mancata mia madre mi sento solo... è anche venuto a mancare un mio amico compositore, mi faceva degli effetti strani”.* Chiedo in che senso degli “effetti strani”, ed il paziente risponde: *“con la musica”.* Prosegue: *“Mio fratello mi ha detto: ‘se vuoi venire via dalla comunità mi prendo io la responsabilità’”, “Mio fratello farebbe le veci del padre, lui alla cresima mi ha fatto da padrino, invece mia sorella l’ho accompagnata al matrimonio”, “Oggi dobbiamo parlare di mio fratello e di mia sorella che tra loro non si parlano... è come ‘una muraglia sagomata’”, “Io voglio andare a casa”.* Chiedo al paziente quali siano i suoi bisogni in questo momento e lui risponde: *“Telefono e tablet, però per il tablet forse non è il momento perchè mi farebbe venire in mente momenti critici... io ho girato sessanta comunità... allora era ancora viva mia madre e lì ci facevano usare il tablet”.* Il colloquio termina.

21° Colloquio

Il colloquio non può avere luogo in quanto nel corso della mattinata, il paziente sarebbe caduto picchiando la testa su un tavolo. Si è reso dunque necessario condurlo al pronto soccorso. Non si esclude una causa epilettica dell’evento.

22° Colloquio

Chiedo al paziente come stia e lui racconta la dinamica della caduta che ha fatto un po’ di tempo fa... Spiega: *“Ad un certo punto ho guardato la lampadina, ho fissato la spirale... poi ho guardato per terra e poi ancora la spirale della lampadina, più di una volta... 2+2 fa 4 e son caduto per terra”.* Dice che una volta giunto in ospedale ha avuto una seconda crisi epilettica parziale. Poi mi chiede se ho con me una

macchina fotografica per fare una “foto da tenerne conto” e poi aggiunge: *“Qui mi vogliono tagliare i capelli e la barba... che palle... non si possono fare gli arrangiamenti da loro...”*. Ad un certo punto dice: *“Io ho la sindrome di Landau, ed è per questo che mi vengono le crisi”*. Il paziente prosegue: *“Il cervello funziona come una lampadina, con gli impulsi elettrici”*. Mi documento sulla “sindrome di Landau” e trovo una corrispondenza con la Sindrome di Landau-Kleffner (della quale non c’è comunque evidenza nella cartella clinica del paziente). Si tratta di una sindrome caratterizzata da afasia acquisita e crisi epilettiche, il cui esordio è tra i 3 e i 7 anni. Le crisi epilettiche possono manifestarsi con diverse modalità e scompaiono con la pubertà.

23° Colloquio

Il paziente apre il colloquio dicendo: *“Mi hanno regalato un netbook, così ci navigo... adesso mi sono messo insieme a M... anche lei ha una sua patologia tutta particolare, tipo la bellezza, poi ha una casa vicino alle sorelle che abitano vicino a lei”*. Prosegue parlando della nuova compagna: *“Le ho detto: ‘Vuoi stare con me? ...Come in una patologia individualizzata?’”, “Ho paura di come andranno le cose... lei vuole essere protetta”*. Mentre parla il paziente trema molto, glielo faccio notare e chiedo se vada tutto bene, lui risponde: *“Io con la mia famiglia ero andato in crisi e poi non mi ricordavo alcune memorie... non riuscivo a parlare in quel periodo lì”*. Il paziente si mostra molto disorganizzato nell’eloquio e continua a manifestare un forte tremore alle mani mentre parla, il colloquio termina e viene affidato al personale sanitario.

24° Colloquio

Il paziente parla della sua nuova presunta partner e riferisce: *“Adesso la M. mi dà l’età esatta, è la donna ideale, ma la F. (l’altra presunta partner) la tengo comunque come compagna... la F. vuole fare dei bambini con me una volta che uscirò da qui”*. Chiedo al paziente in modo diretto qual’è il bisogno che soddisfa stando con più donne, lui inizia a fare un resoconto dei mezzi di trasporto che prenderebbe per andare a trovare le due compagne, di fatto non fornisce una risposta alla mia domanda (forse un po’ troppo diretta). Da una verifica interna risulta che la M. (presunta partner anch’essa ospite della struttura) in realtà non vuole alcuna relazione sentimentale con il paziente. Il paziente disconosce questo fatto, la sua convinzione di stare intrattenendo con lei una relazione sentimentale è incoercibile e resiste ad ogni contro-evidenza. Il colloquio termina.

25° Colloquio

Prima di iniziare il colloquio mi viene riferito dal personale sanitario che il paziente è stato sorpreso mentre commetteva un furto in reparto ai danni di altri codegenti. Chiedo al paziente come vada e lui mi risponde: *“Mi sento come una disgrazia... voglio andare via... a casa di mio fratello... mi sono lasciato definitivamente con la F., lei adesso è con un altro... (piange)... io non voglio stare da solo...”*. Il colloquio termina subito.

26° Colloquio

Prima di iniziare il colloquio vengo informato dal personale di cura che il paziente questa mattina gridava in continuazione. Inizio il colloquio chiedendo al paziente come stia, e lui argomenta: *“Stamattina avevo bisogno di scaricarmi... hanno organizzato un’uscita con gli altri ospiti e a me non mi hanno coinvolto”*. A seguito del furto che il paziente avrebbe commesso nei giorni scorsi in reparto sono stati presi dal personale di cura dei provvedimenti che ne limitano le uscite. Il paziente prosegue: *“Sarei contento di andare a casa mia per questo week end, sarei un ragazzo libero che vuole riprendere il giro, mi sento le capacità, voglio andare a trovare mia madre al cimitero... io non ho la patente e devo chiedere un passaggio a qualcuno, io non mi sento handicappato, vorrei essere libero come un ragazzo, cioè come gli altri... vorrei aprire un bar, se poi mi viene a trovare ti faccio un panino... nel bar ci metto anche le moto”*. Vedendo che non rispondo il paziente mi incalza dicendo: *“Perché stai zitto non mi credi?”*. Rispondo che gli credo e lui continua dicendo: *“Voglio cambiare vita... mi mancano la F. e la M.... io ho la roulotte ma vorrei cambiarla con un camper... se lo sanno i miei fratelli mi ammazzano... Non vogliono che dialoghi con le ragazze.... mi sento limitato e nervoso... non sono una bestia... uscire fuori mi aiuterebbe... piange...”*. Il colloquio termina.

27° Colloquio

Il personale di cura mi riferisce che sono ripresi i tocamenti da parte del paziente verso gli altri ospiti della struttura. Ricevo il paziente nello studio come di consueto e lui mi saluta così: *“Ciao amore... devo sentire i miei fratelli per andare tutti insieme al santuario, viene anche la M. che si vuole rimettere insieme a me”*. Riferisco di essere a conoscenza del fatto che lui e la M. fossero solo amici, il paziente replica: *“È un rapporto-amizizia che a me va bene, lei mi ha dato il numero di telefono e l’indirizzo di casa sua... io però voglio andare in SPDC per ‘scandirmi’ la testa... sto facendo molti errori...”*. Prosegue: *“Gli operatori mi hanno preso la chiavetta sulla quale erano caricati dei soldi... adesso per prendere un caffè devo andare in giro come un deficiente a chiedere l’elemosina”*. Si rileva che nei giorni scorsi il paziente si sarebbe recato presso

un reparto della struttura ed avrebbe sottratto ad un ospite degli oggetti personali. Il ritiro della chiavetta sarebbe stata una contromisura adottata dal personale di cura rispetto all'agito di cui sopra.

28° Colloquio

Comunico al paziente che la mia presenza nella struttura terminerà a breve. A ciò il paziente non mostra alcuna reazione emotiva evidente, solo inizia improvvisamente ad esibire una sonnolenza eccessiva. Il paziente inizia poi un monologo difficilmente comprensibile al sottoscritto, sia a causa della pronuncia alterata delle parole che degli argomenti portati, molto poco chiari. Al termine di questo monologo, che il sottoscritto non ha inteso interrompere, ci si congeda con saluto e con la richiesta avanzata dal paziente di venirlo a trovare di tanto in tanto. Il tutto risuona come faticoso.

5. Ipotesi di cura e trattamento

Dopo aver esposto il materiale di cui sopra, in ragione del *vulnus* organico rappresentato dalla malattia epilettica, attribuiamo a questa il costrutto adleriano di *complesso di inferiorità*. L'anarchia e la disorganizzazione dell'attività elettrica cerebrale proprie di una crisi convulsiva, secondo il dinamismo *inferiorità-compensazione*, indurrebbero il paziente a ricercare "quei legami perduti", adottando una modalità relazionale particolarmente invischiante. Cioè si determinerebbe nel paziente una ricerca di legame tra le parti di Sé disgregate. Il paziente, infatti, non riesce a pensare a se stesso come individuo separato, bensì sempre come soggetto inserito in un contesto di gruppo. Ne è la dimostrazione il suo fare continuamente riferimento all'appartenenza (reale o presunta) ad un gruppo, oppure all'intrattenere continue (reali o presunte) relazioni sentimentali multiple. Questo suo sentire non è modificabile, è antecedente a tutto e veicola una quota importante di aggressività. I contenuti degli scambi comunicativi con gli altri soggetti si condensano principalmente intorno alle seguenti tematiche:

- La necessità di avere una partner sempre disponibile, anche a costo di renderla immediatamente intercambiabile con un'altra in caso di abbandono.
- La rabbia nel dover offrire favori o dover pagare per avere in cambio affetto, attenzioni e consenso dalle partners.
- La paternità acquisita mediante la relazione con la partner, cioè le figlie di questa diventano "di diritto" figlie del paziente.
- Disorientamento temporale nel ricordare date ed età sua.
- Utilizzo di neologismi, per rappresentare il suo stato d'animo.
- Riferimenti al contesto carcerario

La modalità relazionale viene esercitata dal paziente in modo costringitivo ed erotizzato verso l'altro (spesso attraverso toccamenti della zona genitale degli altri pazienti). La sua rabbia verosimilmente viene attivata da rifiuti ed abbandoni. A questi segue poi un ricorso massiccio del paziente ad operazioni cognitive di diniego e negazione, spesso anche di ideazione delirante.

Il gruppo normalmente si comporta in modo espulsivo con il paziente, e ciò lo indurrebbe ad una *escalation* che lo porterebbe ad essere sempre più invischiante e fastidioso verso gli altri. Pare che in qualche modo il paziente tragga una forma di gratificazione dall'essere odiato ma comunque considerato dagli altri. In qualche modo lui giustifica le reazioni dell'ambiente dicendo che questo è "come un carcere" e perciò desidera cambiare struttura. Il tutto si ricompone secondo una logica grupale, dalla quale il paziente non riesce a differenziarsi.

L'ipotesi di trattamento è quella di lavorare sul sentimento sociale del paziente, accogliendo le sue istanze di supporto e considerazione, tentando di stimolarlo sul versante empatico. Il taglio dell'intervento rimane comunque molto più supportivo che esplorativo, considerando il fragile nucleo identitario del paziente.

Oltre al disturbo del pensiero che risulta evidente in tutti i resoconti dei colloqui, il paziente manifesta anche un funzionamento di tipi dipendente. Lo si desume dai seguenti tre elementi:

- Necessità di appoggiarsi all'altro, attivando relazioni sentimentali o presunte tali.
- Scelta del partner tra i membri delle forze dell'ordine, cioè di una persona che lo controlli e lo protegga allo stesso tempo.
- Comunicare in modo rappresentativo e teatrale per fare colpo sull'altro, e quindi in qualche modo tentare di legare a sé le persone.
- Attribuire un nuovo significato alle parole ed utilizzare dei neologismi, sempre nel tentativo di stupire l'altro.

Il paziente vive inoltre come *complesso di inferiorità* questo essere trattati come l'elemento fragile della famiglia e del suo contesto sociale, si adopererebbe pertanto nel compensare questo *vulnus* con una serie di ipercompensazioni quali:

- eloquio fantasioso e barocco,
- piccoli furti,
- appropriazioni e spostamenti di oggetti altrui,
- presunte relazioni sentimentali multiple,
- mettere zizzanie tra gli altri ospiti della struttura,
- agiti sessualizzati ed aggressivi (mascherati come forma di scherzo).

Nello specifico, stando al riferito del paziente, la sua vivace vita sentimentale (cioè la continua ricerca di una partner con cui legarsi affettivamente) potrebbe essere una forma di compensazione giustapposta al vissuto abbandonico sperimentato sul lettino del reparto dopo una crisi epilettica.

Fino a quando il paziente accede e si mantiene all'interno di uno stato depressivo il suo pensiero risulta meno disorganizzato. Quando invece prende il sopravvento la dimensione rabbiosa il paziente si destruttura ed il suo pensiero si mostra più disorganizzato. La tematica dell'abbandono risulta centrale nella sua economia psichica. L'abbandono sembrerebbe ancora più cogente alla luce dell'esperienza delle crisi epilettiche, a seguito delle quali il paziente si troverebbe su di un letto di ospedale "solo e abbandonato". Forse da qui sorge anche l'esigenza di una compensazione che lo spingerebbe sempre ad immaginarsi all'interno di un gruppo (musicale e non).

Ad una sua condizione di eutimia pare corrispondere una maggiore disorganizzazione del pensiero, mentre alla condizione di un umore deflesso l'eloquio del paziente pare più unitario (anche se centrato sulla tematica depressiva). Lungo il continuum tristezza-aggressività si articolerebbe la sintomatologia del paziente.

La fantasia viene usata da lui per fare colpo sugli altri e costruirsi un seguito relazionale. Quest'ultimo sarebbe un'ulteriore compensazione ad un vissuto estremamente doloroso di abbandono (un abbandono che frammenta il pensiero). L'utilizzo della fantasia, l'originalità del lessico, il pensiero incoerente, vengono dal paziente percepiti come una sua capacità fuori dal comune, cioè una sua forma di intelligenza che sarebbe superiore alla media. Questo aspetto è quindi da lui normalizzato e poggia paradossalmente su una condizione di eutimia.

La rinuncia "aspirazione alla superiorità", dovuta ai legami affettivi che si deteriorano oppure si interrompono, indurrebbe nel paziente uno stato depressivo al quale corrisponderebbe una maggiore coerenza di pensiero. Questa è una contrapposizione sulla quale occorre riflettere per finalizzare il modello terapeutico di intervento più idoneo, ricercando un opportuno bilanciamento tra tono dell'umore ed integrazione del pensiero.

Le domande rivolte al paziente stimolano in lui quasi sempre un eloquio fantasioso e tangenziale rispetto al dato di realtà. Il paziente prende alcuni spunti contenuti nella domanda dell'interlocutore e su questi ci costruisce creativamente una storia poco plausibile se non francamente bizzarra. Tale elemento evidenzerebbe una "diffusione dell'identità", la quale sarebbe quindi alla base del suo eloquio disorganizzato. La diffusione dell'identità si manifesterebbe maggiormente in condizioni di eutimia (come già sopra riportato), mentre quando il suo umore è deflesso prevarrebbe una maggior integrazione del Sé. Resta da valutare la possibilità di usare questa energia immaginifica e creativa del paziente come propulsore per un tentativo di cambiamento, spostando l'asse da una logica privata ad una logica comune. Ciò in parte viene già fatto dal Centro che lo ha in carico, attraverso il laboratorio artistico che il paziente frequenta. La proposta di cura prevede inoltre una finestra di ascolto stabile per il paziente, cioè un luogo dove il paziente possa dialogare in libertà con un terapeuta, rompendo lo schema consuetudinario del passato, dove lui parlava e le persone intorno a lui lo ridicolizzavano. Il paziente dice di essere stanco di "sentirsi il problema" degli altri e,

verosimilmente, compensa con un'oppositività agita a livello di gruppo questa sua percezione. Il paziente mostra per la realtà un interesse di tipo trasformativo, cioè la riprende e la reinventa, la manipola e poi la restituisce all'altro modificata. Questo sarebbe un comportamento altamente regressivo e darebbe la dimensione dell'organizzazione psichica del paziente, nonché del suo grado di sofferenza. Il paziente mostrerebbe verso la realtà un interesse di tipo plastico, come il bambino che manipola le feci e le restituisce orgogliosamente al *caregiver* come dono. Se il rimando del *caregiver* è la riprovazione ed il disgusto, il bambino introietta un'immagine di sé come persona rifiutata e priva di valore. Questo è ciò che in realtà non dovrebbe mai accadere, ma che spesso accade in generale con i pazienti gravemente psichiatrici. Non si realizza cioè uno spazio di rispecchiamento con l'altro, vi sono due mondi che tentano di convergere in un percelto comune, ma ciò purtroppo non sempre avviene. Ecco che per il nostro paziente una parte importante del percorso di cura consisterebbe nel riconoscergli un interesse partecipe ai suoi racconti, sapendo che lui attraverso quei racconti fantasiosi e bizzarri ci sta facendo un dono. Nel momento in cui questo dono viene ricusato dall'interlocutore il paziente si sentirebbe improvvisamente respinto, sperimentando reattivamente un vissuto depressivo, che da una parte compatterebbe il pensiero del paziente ma dall'altro acuirebbe il suo dolore psichico. L'altro versante dell'ipercompensazione consisterebbe nella vivace vita sentimentale vissuta ed in parte millantata da parte del paziente. Questa deriverebbe da un vissuto abbandonico che la malattia epilettica aggiungerebbe al rifiuto sopra argomentato. L'idea di risvegliarsi dopo una crisi epilettica sopra una brandina di ospedale da solo, senza nessuno intorno ben rappresenta il vissuto di solitudine sperimentato dal paziente. Un vissuto tanto profondo quando bisognoso di una rapida ed immediata compensazione attraverso una presunta e fantasticata vita poliamorosa. Questo poliamore potrebbe funzionare da "paracadute" rispetto agli abbandoni, consentendo di aver sempre qualcuno di significativo accanto a sé.

Nel caso di specie occorre mostrare sempre un interesse vivo ed un riconoscimento di fondo ogniqualvolta si interagisce con il paziente, introducendo, di quando in quando, dei dati di realtà che incoraggino e strutturino la rappresentazione dal paziente. Attraverso un lavoro di lenta e progressiva inserzione di elementi di realtà entro il suo quadro finzionale, la meta verso cui si orienterà il lavoro terapeutico sarà sempre più prossima alla logica comune, e meno ad una logica privata. Questo è stato il taglio del lavoro terapeutico che è stato svolto con il paziente. La durata della terapia è stata di circa un anno. Gli aspetti controtrasferali emersi hanno portato il sottoscritto ad esperire prevalentemente vissuti di curiosità verso la storia del paziente, ma anche di impotenza considerando la cronicità della patologia affrontata. Non vi è stata la possibilità di restituire al paziente tali elementi controtrasferali, per non gravare ulteriormente sulla sua economia psichica già fin troppo sollecitata e fragile. Ciò che è stato restituito a lui è stata la possibilità di un ascolto incondizionato rispetto ai propri vissuti, oltre che il riconoscimento della propria capacità creativa,

la quale, al pari di un sogno, costituisce un laboratorio protetto entro il quale sperimentare soluzioni rispetto ad una grande sofferenza. Con lo stesso spirito si è inteso affrontare i contenuti della sua ideazione delirante, mostrando verso essi un sobrio e rispettoso interesse.

6. Conclusioni

Il presente caso è stato condotto dando la priorità al potere creativo della relazione terapeutica. La “teoria del mondo” proposta dal paziente, secondo un criterio di logica privata e non di logica comune, è stato accolto e sviluppato dal sottoscritto. Anziché contrastare la sua visione delle cose, nel tentativo di correggerne la radicale stortura, ne è stata anzi data voce, mantenendo un taglio supportivo ed emotivamente contenitivo. Ne è nata una dialettica vivace e colorita, spesso surreale e comunque orientata all’ascolto ed all’accoglimento dei vissuti maggiormente disturbanti per il paziente. Ciò ha portato ad individuare un funzionamento cardine nella sua economia psichica, cioè ad una condizione di eutimia corrispondeva una maggiore disgregazione identitaria e di pensiero, mentre ad un tono dell’umore deflesso l’Io ed i processi di pensiero risultavano maggiormente compatti. Da ciò ne è discesa la necessità di escogitare una linea mediana tra la sfera emotiva e quella cognitiva del paziente, cioè la possibilità di sperimentare un livello tollerabile di tristezza ed al contempo una sufficiente integrazione del proprio nucleo identitario. Le criticità maggiori si sono verificate nella sfera relazionale, la permanenza nella struttura terapeutico-riabilitativa ha portato il paziente ad attivare diversi conflitti con altri codegenti. Questo è stato sempre l’aspetto di maggior preoccupazione del personale di cura. I limiti della terapia hanno coinciso proprio con quest’ultimo aspetto, cioè ad una maggiore dimensione di benessere sperimentato dal paziente non sempre è conseguito una maggiore sua partecipazione emotiva alla vita di gruppo. È come se l’unica possibilità di sperimentare un sentimento sociale fosse quello di immaginarsi all’interno di un gruppo musicale oppure all’interno di una vita sentimentale poliamorosa. E da qui non ci si è purtroppo mossi. Su questo fronte la terapia medica ha rappresentato l’unica possibilità di un argine per l’accesa litigiosità ed aggressività agita dal paziente verso gli altri ospiti della struttura. Infine, la multiprofessionalità degli operatori: medici, psicologi, educatori ed oss, ha rappresentato lo strumento elettivo per poter garantire un sostegno nei momenti di maggior sofferenza. L’aver infine compreso che i vantaggi secondari della malattia psichiatrica non vanno solo visti come una manipolazione da parte del paziente verso l’ambiente, ma costituiscono talvolta un tentativo di andare oltre la patologia, guadagnando una distanza vitale dai numerosi svantaggi e sofferenze che la malattia psichica comporta. Nei vantaggi secondari talvolta risiede la vitalità e la creatività del paziente. Bisogna solo volerle individuare.

Bibliografia

- Abt, L.E. & Bellak, L. (1967). *La psicologia proiettiva*. Longanesi.
- Adler, A. (1933). *Il senso della vita* (S. Bonarelli, trad.). Newton Compton, 1997.
- Adler, A. (1924). *Teoria e prassi della psicologia individuale*. Astrolabio, 1967.
- Adler, A. (1912). *Il temperamento nervoso. Principi di psicologia individuale comparata e applicazioni alla psicoterapia*. Astrolabio, 1978.
- Anastasi, A. (1973). *I test psicologici*. Franco Angeli.
- Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (1997). *La psicologia individuale di Alfred Adler*. Martinelli.
- Bresadola, E. (2010). *Metodi psicodiagnostici: concetti fondamentali e caratteristiche generali*. Dispensa A.M.I.S.I.
- Crotti, E. (2010). *E tu che albero sei? Come interpretare la personalità attraverso il disegno dell'albero*. Arnoldo Mondadori.
- Ellenberger, H.F. (1976). *La scoperta dell'inconscio*. Bollate Boringhieri.
- Gabbard, G.O. (2015). *Psichiatria psicomica. Quinta edizione basata sul DSM-5*. Raffaello Cortina.
- Ghisi Migliari, A. (2011). TLE: l'epilessia del lobo temporale come "terra di nessuno". I luoghi sconosciuti della nostra mente. *Humantrainer.com*, Psico-Pratika: Numero 70.
- Koch, K. (1949). *Il reattivo dell'albero*. Organizzazioni Speciali, 1978.
- 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.
- Passi Tognazzo, D. (1977). *Metodi e tecniche nella diagnosi della personalità*. Giunti Barbera.
- Perl, O., Duck, O., Kulkarni, K.R., et al. (2023). Neural patterns differentiate traumatic from sad autobiographical memories in PTSD. *Nat. Neurosci.*, 26, 2226-2236.
- Rattner, J. (2004). *Alfred Adler* (D. Bosetto, trad.). Fonte Editore.
- Sartarelli, G. (2021). *Pedagogia penitenziaria e della devianza. Osservazione della personalità ed elementi del trattamento*. Carocci.
- Serpico, D., Costa, L. & Rasino, D. (2014). La riproduzione come fine ultimo degli organismi viventi Genealogia di un paradigma economico. *NATURALMENTE - Fatti e trame della scienza*, 27, 3-4, 4-10.

Lettura della mutazione genetica BRCA come inferiorità d'organo nella psicologia individuale di Alfred Adler. Un progetto di intervento primario in ambito clinico

di *Emanuele Panza**

ABSTRACT (ITA)

È stato dimostrato che l'indagine, e i relativi risultati, sulle mutazioni genetiche BRCA 1 e BRCA 2 possono compromettere il benessere della donna sia prima che dopo il test. Attraverso un'analisi delle implicazioni psicologiche, secondo la prospettiva della Psicologia Individuale Comparata, si propone un progetto di prevenzione primaria indirizzato alle donne che si sottopongono a questo tipo di test genetico.

Parole chiave: mutazione genetica BRCA, psicologia individuale, inferiorità d'organo, psicologia oncologica, stile di vita

Reading of the BRCA genetic mutation as organ inferiority in Alfred Adler's Individual Psychology. A primary intervention project

by *Emanuele Panza*

ABSTRACT (ENG)

It has been demonstrated that the investigation, and its results, on the genetic mutations BRCA 1 and BRCA 2 can compromise the well-being of the woman both before and after the test. Through an analysis of the psychological implications, according to the perspective of Comparative Individual Psychology, a primary prevention project is proposed aimed at women who undergo this type of genetic test.

Keywords: BRCA genetic mutation, individual psychology, inferiority organ, oncological psychology, lifestyle

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

1. La teoria dell'inferiorità d'organo e la mutazione genetica BRCA

1.1 Sviluppo nel pensiero adleriano della teoria dell'inferiorità d'organo

Dal tema dell'inferiorità d'organo “prende avvio la dottrina adleriana” (Parenti, 1975, p. 110). Il costrutto d'inferiorità d'organo si sviluppa, nel tempo, coerentemente con l'evoluzione del pensiero adleriano.

Nel suo scritto *Studie über Minderwertigkeit von Organen*, del 1907, Adler presenta la sua prima formulazione di questa teoria. Benché lo scritto sia prettamente medico la sua importanza non è esclusivamente storica in quanto, come rilevato dagli Ansbacher, “*represent an exposition of field theory, albeit in terms of medical material*” (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 23). Anche la Orgler evidenzia l'importanza di questo testo. In particolare, in riferimento al collegamento che Adler istituisce fra soma e psiche, apre “nuove vie al problema della interrelazione fra corpo e anima [...] mettendo in evidenza l'intimo rapporto fra l'inferiorità organica e l'esperienza psichica” (Orgler, 1956, p. 60). Nella disamina del testo, la Orgler sottolinea come il termine inferiorità organica non indichi solamente lesioni o malattie che predispongono a disturbi specifici, ma un vero e proprio disturbo funzionale dell'organo, rilevante in sé e considerato come inadattabilità dello stesso alle esigenze esterne. Ciò che è importante mettere in luce è che queste disfunzioni potrebbero anche non apparire per tutta la vita dell'individuo o essere così leggere da non farvi caso. In ogni caso, l'aspetto maggiormente rilevante nella proposta di Adler, è che questa inferiorità non comporta, di per sé, conseguenze negative per l'individuo, in quanto potrebbe anche dare luogo a uno sforzo di compensazione, sia nel fisico che nella psiche, portando il soggetto a uno stato normale o addirittura a eccellenti realizzazioni attraverso una supercompensazione (Adler, 1907b, p. 71). Adler, descrivendo questo processo, sottolinea che

as soon as the equilibrium, which must be assumed to govern the economy of the individual organ or the whole organism, appears to be disturbed due to inadequacy of form or function, a certain biological process is initiated in the inferior organs. The unsatisfied demands increase until the deficit is made up through growth of the inferior organ, of the paired organ, or of some other organ which can serve as a substitute, completely or in part. This compensating for the defect through increase in growth and function, may, under favorable circumstances, achieve overcompensation [...] in favorable cases of compensation, the inferior organ has the better developed and psychologically more potent superstructure. The psychological manifestations of such an organ may be more plentiful and better developed as far as drive, sensitivity, attention, memory, apperception, empathy, and consciousness are concerned [...] through this process psychological axes develop according to which the individual is oriented. This always takes place in dependency on one or more inferior organs (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 26).

Ancora più incisiva, è l'interpretazione di *Studie über Mindervertigkeit von Organen* data da Marasco che, nell'introduzione alla versione italiana del testo, sottolinea come i cardini della teoria psicologica adleriana siano già tutti espressi in quest'opera che, per essere pienamente apprezzata, necessita di essere "letta come un testo di psicologia del profondo e non come una trattazione di patologia generale" (Adler, 1907b, p. 26). Marasco, a sostegno della sua tesi, rintraccia all'interno del testo, e interpreta, i dodici assunti fondamentali della Psicologia Individuale proposti dagli Ansbacher nel loro classico *The Individual Psychology of Alfred Adler* (Ansbacher & Ansbacher, 1956, pp. 1-2).

In ogni caso, al di là delle interpretazioni date allo scritto del 1907, certo è che il costrutto del sentimento di inferiorità appare esplicitamente solo nel 1910 in *Der psychische Hermaphroditismus im Leben und in der Neurose*. Secondo l'interpretazione degli Ansbacher è proprio nel periodo degli anni 1910-1911, con il riconoscimento del sentimento soggettivo di inferiorità, che Adler abbraccia un approccio soggettivistico e psicologicamente orientato abbandonando la psicologia delle pulsioni, oggettiva e biologicamente orientata. In questa nuova prospettiva, l'inferiorità d'organo assume rilevanza psicologica, diventando attiva, attraverso l'intervento del sentimento di inferiorità (e non più attraverso la sovrastruttura nervosa). Le condizioni oggettive vengono, quindi, sostituite dagli stati soggettivi dell'individuo. In questa formulazione, tuttavia, è ancora presente una causalità oggettiva nel senso che il sentimento soggettivo di inferiorità trova le sue radici nella condizione oggettiva di inferiorità d'organo.

Sarà solo con l'introduzione del finalismo finzionale che il costrutto del sentimento d'inferiorità e dell'inferiorità d'organo prenderanno definitivamente e compiutamente forma. Infatti, come riporta significativamente la Orgler (1956, p. 65), "una persona può soffrire di una vera minorazione organica oppure avere solo l'impressione di essere un minorato; l'una e l'altra situazione hanno il medesimo effetto sulla sua evoluzione psichica". Quindi l'incidenza dell'inferiorità non potrà mai essere valutata quantitativamente come elemento a sé stante ma andrà inscritta nell'ambiente dell'individuo che, agendo come concausa, potrà esasperare il disagio per difetti di scarsa entità oppure temperarlo per minorazioni obiettivamente gravi. Come sottolinea Parenti (1975, p. 111): "Gravissime minorazioni possono indurre soltanto tracce psicologiche assai lievi, se la famiglia del soggetto non accentua i corollari negativi, mentre deficienze irrilevanti producono talora gravissime ripercussioni, in rapporto a un comportamento educativo traumatizzante". Dunque, le conseguenze negative non saranno inevitabili poiché l'inferiorità d'organo non sarà un elemento condizionante su base fisica, in quanto la stessa inferiorità che blocca una persona potrà, al contrario, stimolarne un'altra a migliorare facendo scaturire nuove risorse emotive e comportamentali.

Nella formulazione matura il sentimento d'inferiorità viene quindi considerato come una "condizione d'inadeguatezza e disagio, intensificabile sino alla sofferenza, che nasce da un'obiettiva o fittizia convinzione d'inferiorità e, quindi, da confronti interpersonali per il soggetto" (Parenti, 1975, p. 187). L'inferiorità d'organo è, invece, la "condizione reale o presunta d'inferiorità, motivata da deficienza organica" (Parenti, 1975, p. 110) che potrà incrementare in diversa misura il sentimento di inferiorità.

1.2 Breve storia della mutazione BRCA e implicazioni psicologiche nelle donne mutate

Le scoperte in ambito genetico hanno dato inizio a un cambiamento di grande portata nella storia della ricerca scientifica, in particolare della medicina predittiva. Questo tipo di medicina si basa sulle informazioni trascritte nel DNA di un individuo, dalle quali è possibile anticipare la stima del rischio di una persona di sviluppare una determinata malattia nel corso della vita (Bucchi, 2000). Con la personalizzazione dell'informazione genetica vi è stato un effettivo mutamento di paradigma che ha segnato il passaggio da una medicina interventistica ad una preventiva (Guttmacher et al., 2010). Le indagini genetiche hanno, inoltre, supportato trasformazioni rilevanti nei comportamenti individuali legati alla salute. Infatti il paziente ha assunto un ruolo attivo, con un maggior controllo di sé stesso, anche nel trattamento di aspetti legati alla propria salute. Il paziente contemporaneo è un paziente che si informa e che è sempre più conscio di quali siano i suoi bisogni. Si è così venuta a creare, accanto alla categoria dei pazienti in senso stretto, la categoria degli *unpatients* (Jonsen et al., 1996), i non pazienti, coloro che non presentano sintomi, ma condividono predisposizioni genetiche.

Lo sviluppo della ricerca ha permesso, quindi, di individuare un ampio numero di malattie, il cui fattore genetico può essere mappato in determinate regioni cromosomiche. A partire da questi studi, si è compreso come i geni agiscono sull'organismo sia in condizioni di salute sia di malattia ma, soprattutto, è stato possibile valutare "l'ampiezza e l'eventuale diversità della risposta individuale a stimoli eguali, rapportata alla singolarità della struttura genetica" (CNB-CNBBSV, 2010).

I tumori sono inclusi nella categoria delle malattie genetiche. L'insorgenza del cancro è spesso causata da una combinazione di fattori interni, e cioè propri delle cellule dell'organismo e quindi ereditabili, ed esterni, ossia legati all'ambiente di vita, di lavoro e allo stile di vita della persona (AIRTUM-AIOM, 2014).

Questa tesi si concentrerà sulle mutazioni genetiche BRCA. I geni BRCA 1 e BRCA 2 (acronimo di *BR*east *C*ancer *s*usceptibility *g*ene), sono geni di suscettibilità ad alta penetranza che, in caso di mutazione, conferiscono un rischio aumentato di cancro al seno e all'ovaio (Antoniou et al., 2003).

Nel mondo, circa 1.38 milioni di donne ricevono una diagnosi di cancro della mammella ogni anno (Francken et al., 2013). In Italia, sono circa 37,000 le donne con diagnosi di neoplasia della mammella registrate annualmente. Nella popolazione generale, le mutazioni BRCA1-BRCA2 si verificano in circa 1 donna su 300-500 e rappresentano circa il 10% dei casi di cancro al seno e il 15% dei casi di cancro ovarico (Antoniou et al., 2000). Queste mutazioni predispongono l'individuo, che ne è portatore, all'insorgenza di tumori ereditari, dovuti alla trasmissione di copie difettose di alcuni geni, detti onco-soppressori (Ponder, 2001).

I geni BRCA sono geni ad alto potenziale patogeno, che aumentano il rischio di sviluppare il cancro ereditario alla mammella, all'ovaio e alla mammella maschile, ma il rischio aumenta anche per altri tumori, come il melanoma, il tumore al pancreas, alla tiroide e alla prostata. La rilevazione delle mutazioni a carico dei geni BRCA avviene sottoponendo l'individuo ad alto rischio al test genetico, che viene eseguito su un campione di DNA estratto tramite prelievo di sangue o saliva. Questo test permette di valutare il rischio di malattia, in modo da prevenirla o ritardarne l'insorgenza, ed è proposto a individui con alto rischio, cioè con una significativa storia familiare o diagnosi in giovane età, al fine di includerli in percorsi di prevenzione appropriati (Domcheck & Bradbury, 2013).

Mutazioni a carico dei geni BRCA comportano un rischio cumulativo medio di sviluppare la malattia entro i 70 anni del 60% per il cancro della mammella e del 60% per quello dell'ovaio, nella mutazione del gene BRCA 1, e un rischio corrispettivo del 55-60% per il cancro della mammella e del 16.5-20% per quello dell'ovaio, nella mutazione del gene BRCA 2. In assenza di mutazione, il rischio di carcinoma mammario è invece dell'11%, quello di carcinoma ovarico del 1.4% (Antoniou et al., 2003).

Come si è visto, queste mutazioni ereditarie conferiscono un significativo aumento del rischio di cancro della mammella e dell'ovaio e il test genetico con la relativa consulenza possono contribuire a ridurre, o quantomeno gestire, il rischio di mortalità. Le strategie di riduzione e gestione del rischio, includono l'aumento nelle attività di *screening* o sorveglianza intensificata, la farmaco-chemio prevenzione e l'utilizzo della chirurgia profilattica.

La riduzione chirurgica preventiva, nonostante sia una pratica aggressiva, rimane l'opzione più efficace nella riduzione del rischio. Nei portatori di mutazione BRCA, si è dimostrata efficace, sia in termini clinici, che di costi/benefici. I rischi e i benefici, annessi all'opzione chirurgica, andrebbero discussi preventivamente con un genetista e con uno psicologo nell'ambito di un'attività di consulenza, per supportare l'individuo nella presa di decisione informata poiché donne che potrebbero beneficiare di questi interventi spesso non traggono il massimo vantaggio da essi (Chai et al., 2014). Le opzioni chirurgiche di riduzione del rischio si distinguono in mastectomia preventiva per la mammella e salpingo-ovariectomia bilaterale profilattica per l'ovaio. La stima della percentuale di rischio di ammalarsi, in caso di mutazione, o in assenza di mutazione,

prima e dopo la chirurgia, è significativamente diversa. Supponendo un rischio di cancro della mammella del 60%, in entrambe le mutazioni BRCA, attraverso la mastectomia bilaterale, il rischio di carcinoma mammario si abbasserebbe al 6% (percentuale inferiore a quella delle donne senza mutazione, che è del 10%). Tuttavia, anche la mastectomia preventiva, nonostante i numerosi benefici, rientra tra gli interventi chirurgici e non esclude conseguenze mediche e psicosociali potenzialmente negative. Infatti, se si considera la quantità di strategie di riduzione del rischio di carcinoma mammario disponibili, anche se non altrettanto efficaci, solo meno della metà delle portatrici di mutazione BRCA si sottopone alla mastectomia preventiva (Chai et al., 2014). La salpingo-ovariectomia bilaterale profilattica (SOB), nota come *risk-reducing salpingo-oophorectomy* (RRSO), consiste nella rimozione di una o di entrambe le ovaie e delle tube di Falloppio, riducendo il rischio di cancro, sia ovarico che mammario. Il rischio di carcinoma ovarico si abbassa dell'80% mentre quello di carcinoma mammario del 50%. Alcuni studi hanno dimostrato come la rimozione delle ovaie, prima della menopausa, abbia inoltre ripercussioni positive nella riduzione del rischio di cancro al seno, in quanto riduce la circolazione di estrogeni nell'organismo (Armstrong & Evans, 2014).

Dunque, la scoperta e l'isolamento dei geni BRCA 1 e BRCA 2 rappresentano un'opportunità per le donne ad alto rischio. In effetti diversi studi hanno mostrato un buon livello d'interesse nei confronti di questa indagine. Infatti quasi il 95% dei soggetti con una storia familiare di cancro ereditario al seno indicano di voler sottoporsi al test genetico predittivo. Tuttavia in molti casi l'interesse è stato superiore all'effettiva adozione della pratica di *testing* (Azien, 1991, Azien and Madden, 1991; Biesecker et al., 2000). È necessario considerare, infatti, che accanto ai potenziali benefici che derivano dalla conoscenza del risultato del test predittivo, sono presenti anche notevoli difficoltà di natura psicologica legate allo svelamento di un aumentato rischio di cancro. Si è dimostrato, comunque, che la reazione al risultato è strettamente individuale e la reazione psicologica nei confronti di un possibile test positivo varia sensibilmente al variare di alcune condizioni psicologiche e psicosociali (Lerman et al., 1998; Biesecker et al., 2000). Solitamente, le donne che decidono di concretizzare l'interesse al *testing*, hanno un elevato livello di istruzione, vivono in una condizione familiare di forte coesione, hanno un'elevata percezione del rischio, sono generalmente pessimiste e, talvolta, sono già affette da cancro (Lerman et al., 2002, Biesecker et al., 2000). Gli ultimi tre fattori possono contribuire allo sviluppo di un vero e proprio stress da cancro, associato a manifestazioni di disturbi dell'umore (Lerman et al., 1994; Lerman et al., 2002).

Sono molti, inoltre, i fattori psicologici legati a questo tipo di indagine e ai relativi risultati che possono compromettere il benessere della donna sia prima che dopo il test: il desiderio di avere dei figli o includerli in un progetto di vita futura, la possibilità di potersi ammalare, le conseguenze fisiche di una eventuale operazione chirurgica, il fatto che l'opzione chirurgica possa

compromettere permanentemente la fertilità, la possibilità di trasmettere la mutazione ai propri figli, l'incertezza legata alla conoscenza del proprio status genetico, il rischio di discriminazione genetica (da parte di assicuratori o datori di lavoro), l'impatto psicosociale dello *status* di portatore nel sé, il timore di un senso di perdita delle speranze associato a un risultato positivo del test (Jeffers et al., 2014). Tra gli altri aspetti che incentivano, invece, la decisione di sottoporsi al test, si trova: l'aver avuto un'esperienza diretta di cancro familiare in parenti stretti, avere una storia personale di cancro al seno e/o all'ovaio, avere dei figli, avere una sicurezza psicologica tale da poter affrontare una condizione potenzialmente stigmatizzante in quanto "il seno riveste un'importanza notevolissima dal punto di vista psico-emotivo-affettivo, e la sua mutilazione provoca nella donna una profonda modificazione dell'immagine sia del proprio Io ideale sia del Sé" (Federici, 2014), voler conoscere il proprio stato di portatore in modo da poter contribuire attivamente alla riduzione del rischio attraverso l'adozione di uno stile di vita sano (Lerman et al., 1994; Biesecker et al., 2000; Lerman et al., 2002; Dorval et al., 2008; Dancyger, Smith, Jacobs, Wallace, Michie, 2010; Jeffers et al., 2014).

In ogni caso, comunque, lo svelamento di una situazione di rischio può effettivamente creare condizioni di forte stress (Lerman et al., 1998, Lerman et al., 2002). Infatti, le donne che hanno deciso di sottoporsi al test predittivo hanno mostrato, con maggior frequenza, casi di stress psicologico rispetto a tutte le altre donne. Si è mostrato, tuttavia, come questo stress sia legato maggiormente a uno stato d'ansia, per lo più legato a esperienze associate alla storia familiare, piuttosto che a sintomatologia depressiva in senso stretto (Meiser, B., 2000; Dorval et al., 2008). A sostegno di questa tesi si può notare, infatti, che il test genetico predittivo BRCA, viene solitamente consigliato a chi ha una consistente storia familiare di cancro al seno e/o all'ovaio, o ha familiari ai quali è stata già rilevata la mutazione. Questo comporta che molte delle donne ad alto rischio potrebbero essere state testimoni in qualche parente stretto, come la propria madre o una zia, del doloroso corso della malattia, anche sfociato in esiti infausti (Lerman et al., 1994; Dorval et al., 2008).

Diversi effetti psicologici sono anche legati all'esito del test predittivo (Meiser, 2005). Si è mostrato che le donne che hanno maggiori probabilità di sviluppare stati di ansia e di stress, in seguito al test predittivo, sono: i membri della famiglia che sono state testate per prime, quelle che presentano risultati differenti dai familiari (sia positivi che negativi), quelle che hanno perso un proprio caro per cancro ereditario e le donne con bambini piccoli (Meiser, 2005).

L'indagine delle caratteristiche psicologiche delle donne più a rischio di effetti negativi in seguito, o precedenti, al test appare fondamentale per lo sviluppo di progetti di sostegno nel percorso (Lerman et al., 2008). Ad esempio si è mostrato che in membri di famiglie ad alto rischio la presenza di sintomi di stress da cancro è predittiva di un successivo stato depressivo (Lerman et al., 1998).

Comunque, bisogna sottolineare che questi sintomi sono maggiori tra quelle donne che decidono di non sottoporsi al test o di rinviarlo in un secondo momento rifiutandosi di partecipare alla consulenza genetica (Lerman et al., 1998).

Quando osservato dimostra che la decisione di sottoporsi al test predittivo non è semplice. Si è evidenziato che il potenziale conflitto decisionale è anche generato dallo scontro della volontà della donna di conoscere il proprio fattore di rischio con l'ansia causata dai sentimenti di colpa, di rabbia e di vergogna nella prospettiva di poter trasmettere una condizione di rischio alla propria prole (Lerman et al., 1994; Dancygen et al., 2010; Segal et al., 2004).

2. Quadro teorico di riferimento del progetto

2.1 Lettura in chiave adleriana della mutazione BRCA

Per Adler l'ereditarietà consiste nella “trasmissione al discendente di uno o più organi in stato di inferiorità” (Adler, 1907b, p. 61). Adler non respinge a priori la teoria dell'ereditarietà: sin dal 1907 con *Studie über Mindernwertigkeit von Organen*, evidenzia l'importanza sia dell'ereditarietà di certe caratteristiche fisiche, sia della ricerca di precedenti ereditari. Infatti, anche se non dovessero essere trovate che delle vaghe indicazioni di inferiorità organiche nel soggetto, è necessario comunque ricercare nei suoi antenati delle tracce di inferiorità di un determinato organo o dell'intero sistema organico (Orgler, 1956). Tuttavia, Adler sottolinea come “nella ricerca sulla natura e l'entità dell'ereditarietà non bisognerebbe ostinarsi a voler ritrovare in modo uniforme le anomalie degli ascendenti” (Adler, 1907b, p. 71) in quanto “l'inferiorità di un organo nella discendenza può manifestarsi in differenti punti dell'organo” (Adler, 1907b, p. 61).

Per Adler, infatti, non sono ereditari i tratti di carattere in sé stessi ma solo le disposizioni e, inoltre, non è detto che un'inferiorità organica congenita debba avere conseguenze dannose in quanto, come si è visto, al posto dell'attesa inferiorità potrebbe riscontrarsi anche una situazione del tutto normale o addirittura scoprirsi una superiorità.

In *Studie über Mindernwertigkeit von Organen* si affronta nello specifico la tematica del cancro e della sua ereditarietà. Dopo aver difeso il “punto di vista secondo cui importa tener conto dell'ereditarietà dell'organo in stato di inferiorità e non dell'ereditarietà della malattia” (Adler, 1907b, p. 62), Adler specifica che del cancro non verrà approfondita l'eziologia microbica o meno, poiché la fonte causale è, nella sua visione, più profonda. Infatti, secondo la lettura adleriana, il cancro potrebbe svilupparsi esclusivamente su un organo inferiore. Specifica infatti: “Credo anche di poter spiegare il significato ereditario del cancro, tuttavia in un senso diverso da quello impiegato dalla maggior parte degli autori. Quello che è ereditato non è il cancro, ma l'inferiorità d'organo. Altre condizioni

sono indispensabili per provocare l'apparizione del cancro, l'inferiorità degli organi, per contro, può trovarsi negli antecedenti familiari (Adler, 1907b, p. 69). Quindi le inferiorità organiche, anche se congenite, non costituiscono un destino fatalmente inesorabile poiché ciò che importa “non è ciò che un individuo reca con sé dalla nascita, ma ciò che egli ne fa” (Orgler, 1956, p. 67).

È necessario dunque, a questo punto della trattazione, introdurre il concetto di stile di vita di un individuo poiché è ciò che, effettivamente, determinerà l'effetto negativo o positivo dell'inferiorità d'organo. Come sottolineato dagli Ansbacher (1956, p. 188), il costrutto di stile di vita è stato tra quelli più rimeditati da Adler. Per gli scopi di questa trattazione potremmo definire lo stile di vita come un'unità inscindibile che influenza tutte le manifestazioni vitali di un individuo. Parenti lo descrive come “l'impronta soggettiva di ogni individuo, costituito dalla risultante di tratti comportamentali, orientamento del pensiero, affetti ed emozioni, articolati al servizio di finalità prevalenti” (Parenti, 1983, p. 25).

È lo stile di vita a determinare la traumaticità o meno di un avvenimento. Il fatto esteriore in sé ha poca importanza poiché è lo stile di vita che elabora l'esperienza vissuta. Due persone, infatti, possono ricordarsi avvenimenti molto simili in modo estremamente diverso, proprio in relazione al loro diverso stile di vita. In ogni caso, “è sempre possibile cambiare lo stile di vita trovando la fonte dei propri errori” (Orgler, 1956, p. 28) e, quindi, modificare anche lo schema appercettivo attraverso cui ogni individuo vive il suo mondo soggettivo e la sua visione della realtà.

La lettura adleriana dell'inferiorità organica e le sue possibili compensazioni, dell'ereditarietà e dello stile di vita, ha una valenza non solo teorica ma anche pratica, poiché può influenzare il modo in cui un individuo affronta l'ereditarietà genetica, sollevandolo da una sentenza di condanna già emessa. A riprova di ciò si riporta il caso delle gemelle monozigoti Ada e Ida che vennero affidate a tre anni a famiglie diverse a causa di gravi difficoltà presenti nella loro famiglia d'origine. Dopo molti anni dalla separazione, alla madre naturale venne il gozzo. La reazione delle gemelle alla notizia fu profondamente diversa, in accordo con i diversi stili di vita. Ada seguì un trattamento preventivo. Non appena comparvero i primi sintomi consultò un medico e, seguendo le cure, il gozzo scomparve. Ida affrontò questa notizia in modo diverso: non fece nulla, né prevenzione né cure, e si ammalò di gozzo. Le due gemelle avevano entrambe ereditato dalla madre un'inferiorità organica: la predisposizione al gozzo. Tuttavia mentre Ada aveva reagito cercando la prevenzione e accettando il trattamento, Ida aveva considerato la malattia come una conseguenza inevitabile (Orgler, 1956). Questo caso dimostra che quello che conta nella vita di un individuo non sono le dotazioni iniziali ma l'uso che ne fa.

Il progetto di prevenzione primaria indirizzato alle donne con mutazione BRCA, e presentato nel terzo capitolo del presente lavoro, ha il proprio fondamento in questo modello teorico.

2.2 Fondamento filosofico dell'approccio adottato

“Aiutare gli uomini, che hanno un'opinione sbagliata della vita, a scoprire il loro errore e a liberarsene è uno dei compiti più importanti della psicologia adleriana” (Orgler, 1956, p. 29).

Tale approccio ha le sue basi filosofiche nello stoicismo.

Gli antichi ritenevano che la filosofia dovesse avere un'utilità pratica, e non semplicemente speculativa, per la vita dell'uomo. In particolare, il suo compito era quello di indicare il modo migliore in cui un individuo poteva condurre la propria vita. L'obiettivo ultimo, dunque, era quello di mostrare il percorso da seguire per avere un'esistenza felice. L'importanza della prassi assume rilevanza anche nella psicologia adleriana. “Prima di essa, nessun metodo scientifico aveva potuto essere praticato nella vita quotidiana. Anche gli stessi avversari della teoria della psicologia adleriana riconoscono il suo sorprendente successo in campo pratico” (Orgler, 1956).

Alfred Adler, riconosce l'importanza della filosofia stoica, fra l'altro, citando proprio Seneca nell'esergo de *Il temperamento nervoso* (Adler, 1912, p. 19): “Tutto dipende dalle impressioni soggettive: come l'ambizione, la lussuria e l'avarizia, anche la nostra sofferenza è soggetta al giuoco della suggestione. Ognuno è infelice nella misura in cui si crede tale” (Seneca, 2016, p. 539).

Per Adler il comportamento di ogni uomo “scaturisce dalla sua opinione. Ciò non può meravigliare in quanto noi, con i nostri sensi, non possiamo recepire dei fatti ma soltanto un'immagine soggettiva, un riflesso del mondo esterno. *Omnia ad opinionem suspensa sunt*.¹ Nelle ricerche psicologiche non bisogna mai dimenticare queste parole di Seneca” (Adler, 1933, p. 23).

Secondo il modello adleriano, infatti, tutti gli individui agirebbero secondo una personale opinione che, se corrispondesse effettivamente alla realtà, farebbe apparire oggettivamente corretto il proprio comportamento. Questo concetto è pienamente abbracciato anche dalla filosofia stoica. Marco Aurelio (*Pensieri*, VII, 26) infatti osserva che quando ci si confronta con un'altra persona è necessario considerare subito quale opinione sul bene o sul male lo abbia spinto all'azione in quanto, comprendendola, non si sarà né sorpresi né adirati nei suoi riguardi.

Un individuo non verrebbe, quindi, influenzato dai fatti ma dall'opinione che ha degli stessi e, la maggiore o minore convinzione di avere sviluppato delle opinioni corrispondenti a questi, avrebbe le sue radici in esperienze insufficienti o nell'accordo fra la singola opinione e il successo dell'azione ad essa ispirata. Ad esempio, per Adler l'intensità o il tipo di impressione che una determinata situazione genera in un bambino sono determinate dalla sua personale ed individuale interpretazione delle cose, non dipendendo dalle caratteristiche obiettive del fatto o delle circostanze ma, piuttosto, da come il bambino considera quel determinato evento.

¹ Tr. it.: “Tutte le cose dipendono dall'opinione (che si ha di esse)”.

“Ciò che è veramente notevole nella nostra vita mentale risiede nel fatto che sono i nostri punti di vista che ci inducono a scegliere l’orientamento che prendiamo e non i fatti in sé stessi considerati. Questa è una circostanza straordinariamente importante in quanto regola tutte le nostre attività e costituisce il fondamento su cui si organizza la nostra personalità” (Adler, 1930, p. 173).

Dunque, secondo questo approccio, quando ci si confronta con un individuo è necessario andare oltre le apparenze e cercare la coerenza della personalità la cui unità è fissa in qualunque modo essa si manifesti. Questo perché il mondo è visto da un individuo attraverso uno “schema stabile di appercezione in cui le esperienze verranno interpretate, prima ancora di essere accettate, e l’interpretazione sarà sempre conforme al significato dato in origine alla vita” (Adler, 1931, p. 30). Proprio per questo motivo, anche quando detto significato risulti essere sbagliato, e comportamenti continue angosce causate dalla difficoltà a risolvere i problemi che la vita presenta, sarà molto difficile abbandonarlo. Infatti “gli errori commessi nell’attribuire un significato alla vita possono essere corretti solamente riesaminando la situazione in cui fu fatta l’interpretazione erronea, riconoscendo l’errore e correggendo il proprio schema di appercezione” (Adler, 1931, p. 30). Lo stoicismo, a questo proposito, sottolinea quando sia importante soppesare le parole che vengono usate per descrivere un oggetto in quanto questa scelta influenza il modo di vederlo. Le parole, infatti, sono accompagnate da emozioni che possono essere sia positive che negative. Dire che qualche cosa o qualche evento è orribile non descrive l’oggetto o l’esperienza, ma esprime il giudizio di valore prodotto dalla mente dell’individuo. Quindi le parole usate per descrivere una situazione possono intensificare il modo in cui un soggetto si sente in merito. Per lo stoicismo sarebbe quindi auspicabile avere delle preferenze lessicografiche neutre e questa proposta potrebbe porre le basi per nuove ricerche di senso.

Un altro aspetto che accomuna la teoria adleriana con la filosofia stoica è l’importanza attribuita al sociale. Per Adler il sentimento sociale è, insieme alla volontà di potenza, l’istanza innata basilare dell’uomo. Un uomo, per la Psicologia Individuale, non può essere considerato isolatamente ma deve essere sempre osservato in rapporto con il mondo. Nessuno dovrebbe respingere l’appartenenza alla comunità poiché essere uomo significa essere sociale. Per Adler il bisogno comunitario regola le relazioni fra gli uomini e la vita comunitaria precede quella individuale in quanto nessun essere umano è mai apparso al di fuori di una comunità di esseri umani (Adler, 1927). Tutte le facoltà dell’individuo si sono infatti sviluppate all’interno della comune logica della vita in comune. Adler chiarisce che “*we find adaptation to the community is the most important function of the psychic organ [...] we can judge a character as bad or good only from the standpoint of society*” (Adler, 1927, p. 23). Il sentimento sociale può quindi essere definito come il “bisogno, insito in ogni uomo, di cooperare e di partecipare emotivamente con i propri simili” (Parenti, 1983, p. 12). Costituisce,

cioè, il senso della solidarietà umana, e nessun uomo può crescere adeguatamente senza sviluppare un profondo senso di umanità verso il suo prossimo (Adler, 1927).

Lo stoicismo, in proposito, insegna una vita ecumenica che esorta alla giustizia, alla correttezza e alla gentilezza per l'essere umano e per la Natura in tutte le sue forme. Una grande parte della sua dottrina è, infatti, dedicata a come essere sociali e a come sviluppare la propria disposizione ad aiutare gli altri esseri umani e il progresso della società. Il cardine della filosofia stoica è il cosmopolitismo che viene vissuto attraverso la dottrina dell'*oikeiôs*. Lo stoico si "appropria" del bene degli altri in modo da considerarlo come proprio: si tratta, cioè, di avere a cuore ciò che accade agli altri come si ha a cuore ciò che accade a sé stessi. Sviluppando la razionalità si arriva a comprendere che tutti gli esseri umani sono membri della società e che è necessario essere attenti e proattivi per il benessere sociale. Seneca in un passaggio de *La tranquillità dell'animo*, esplicita questo concetto ricordando che, per quanto difficili possano essere le circostanze della vita e per quanto possa sembrare ristretta la propria sfera d'azione, si può sempre trovare qualcosa di utile con cui contribuire al benessere sociale. Compiere l'azione che fa la differenza è sempre possibile per gli stoici perché dipende esclusivamente dalla volontà dell'individuo. Infatti, fintanto che l'individuo interagisce con gli altri ed è inserito in una rete sociale può sempre ricoprire un ruolo attivo e rendere il mondo un posto migliore.

3. Progetto di intervento di prevenzione primaria in contesto clinico

3.1 La progettazione in ambito oncologico

La psico-oncologia nasce negli anni cinquanta del secolo scorso, configurandosi come una branca di ricerca dei tratti comportamentali e psicologici favorevoli allo sviluppo del cancro. Oggigiorno, però, una seconda linea di sviluppo di questa disciplina si concentra specialmente sull'aspetto clinico. Attualmente la psico-oncologia è un settore della psicologia clinica che si occupa in modo specifico del supporto psicologico alle persone che durante la loro vita incontrano la malattia neoplastica. L'ambito di operatività è la cura e l'assistenza degli ammalati e dei loro familiari, con lo scopo di occuparsi degli effetti psicologici secondari del cancro. Gli obiettivi primari di questa disciplina sono quelli di fornire sostegno, in ogni fase del percorso, sia ai pazienti oncologici sia ai loro familiari, nel decorso della malattia del proprio caro e nella eventuale fase successiva alla perdita. Affrontare un cancro ridefinisce affetti e priorità nella vita e, il trattamento oncologico coinvolge differenti dimensioni, fra cui la dimensione somatica, quella psicologica, esistenziale e relazionale. Considerare tutte queste sfaccettature significa considerare prima di tutto i bisogni e la dignità dei pazienti.

È stato dimostrato che nei pazienti oncologici la morbilità psichiatrica (in particolare quella depressiva) correla con una riduzione della qualità della vita, un maggior rischio di suicidio e con stili di *coping* disfunzionali (Grassi & Riba, 2014). La possibilità di poter identificare mutazioni genetiche, che espongono ad un alto rischio di sviluppo del cancro, ha aperto ulteriori aree di interesse clinico per la psico-oncologia (Eijzena et al., 2015). L'ipotesi è quella per cui la scoperta di essere portatori di una mutazione genetica possa impattare emotivamente sul paziente, tanto quanto il possedere un tumore. Tali innovazioni hanno ripercussioni importanti a livello psico-oncologico per i malati a rischio, cioè quei soggetti che non hanno ancora sviluppato la malattia, ma possono manifestarla in un tempo successivo. La letteratura è conflittuale con risultati discordanti tra loro. Ad esempio, alcuni studi non riportano un incremento significativo di depressione e ansia nelle pazienti con mutazione BRCA (Arver et al., 2004). Altre ricerche affermano come sia vero che tale aumento non si verifichi nel gruppo dei portatori, però nel gruppo di controllo si verifica un decremento (Lerman et al., 1996; Croyle et al., 1997). Al contrario, alcuni ricercatori attestano come i portatori di mutazione genetica presentino livelli più elevati di distress psicologico, espressi in particolar modo mediante ansia e depressione (Dorval et al., 2008).

Le ricerche concordano, tuttavia, nel presentare questi pazienti come necessitanti di un supporto maggiore da parte dell'*équipe* sanitaria. Sembra, quindi, importante che possano trarre i massimi benefici dagli interventi di carattere psicologico a loro rivolti (Van Oostrom et al., 2003; Farrelly et al., 2013; Vos et al., 2013). La letteratura evidenzia che i soggetti che decidono di sottoporsi a programmi educativi e a sedute di *counselling* precedenti al test di *screening* hanno minori livelli di distress, di depressione e di ansia rispetto a chi non vi si sottopone. Essi potenziano, infatti, le strategie di *coping* rispetto al rapporto con i familiari e alle decisioni da prendere (Arver et al., 2004; Dorval et al., 2008). A sostegno di ciò, uno studio ha osservato come il vissuto negativo del paziente durante questa fase di *testing* sia molto simile ai sintomi caratterizzanti il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), condizione tipica di chi ha fatto esperienza di un evento traumatico nella propria vita (Cukier et al., 2013).

Nella progettazione in ambito clinico si possono distinguere diverse tipologie di intervento. Gli interventi più diffusi sono quelli di prevenzione, di sostegno e di *empowering*.

La prevenzione comprende tutte quelle attività finalizzate a sensibilizzare, educare, informare e anticipare atteggiamenti, comportamenti e condotte a rischio o da perseguire. Prevenire significa, quindi, promuovere lo sviluppo delle competenze dell'altro per passare attraverso la condizione di rischio con meno traumi possibili. Si distinguono tre livelli di prevenzione: quello primario, quello secondario e quello terziario. Ognuno di questi livelli ha obiettivi, caratteristiche, metodi e destinatari differenti e specifici.

Attraverso la prevenzione primaria ci si propone di individuare e promuovere le risorse personali e ambientali, la cui azione può tutelare la salute e il benessere del singolo e della famiglia. Nello specifico, la prevenzione primaria favorisce percorsi evolutivi resilienti, mediante la promozione di competenze specifiche, quali, ad esempio, quelle comunicative, socio-relazionali ed emotivo-affettive. Dunque, si tratta di interventi proattivi indirizzati a quegli individui che, seppur caratterizzati da una bassa probabilità di psicopatologia, potrebbero potenzialmente manifestare un disagio. Un esempio sono gli interventi di *empowering* dove ci si propone di attivare risorse e competenze e di accrescere, nei soggetti, la capacità di utilizzare le loro qualità positive e quanto il contesto può offrire a livello materiale e simbolico per agire sulle situazioni e per modificarle.

Il ricorso a interventi di prevenzione secondaria si rivela necessario, invece, nei casi in cui viene precocemente identificata o diagnosticata una condotta sintomatica, ma prima che questa degeneri in un disturbo psichiatrico. L'obiettivo della prevenzione secondaria è, quindi, quello di riconoscere gli indici predittivi del disagio e di progettare interventi finalizzati a ridurre l'impatto dei fattori di rischio. Tale livello di prevenzione può essere definito para-attivo. Infatti, la proposta è spesso affiancata da attività proattive, tipiche della prevenzione primaria, e ad altre reattive, caratteristiche, invece, della prevenzione terziaria.

La prevenzione terziaria ha come obiettivo, invece, la riabilitazione di individui problematici, il cui disagio richiede un intervento terapeutico specifico. Tipici esempi sono gli interventi di sostegno psicologico che si rivolgono a quegli individui che vivono situazioni di disagio e che devono affrontare una sofferenza psicologica che incide, più o meno gravemente, sul benessere fisico e psicologico. Gli interventi di sostegno psicologico costituiscono un supporto fondamentale nelle situazioni di disagio emotivo ed esistenziale legato a momenti critici della vita. Inoltre sono un utile strumento di cura in condizioni di carenza affettiva e relazionale, in quanto consentono lo strutturarsi di nuove modalità relazionali. Gli interventi possono essere progettati sia individualmente sia in gruppo, in funzione degli obiettivi, della tipologia di utenti e contesto.

La proposta che verrà presentata sarà un progetto di prevenzione primaria per donne che hanno già sostenuto il test genetico BRCA e il cui esito è stato positivo.

3.2 Progetto di intervento

È all'interno della cornice teorica di riferimento esposta nei capitoli precedenti, intesa come la lente di osservazione attraverso la quale verrà considerato il contesto, gli individui che lo abitano e le relazioni che li legano, che prenderà forma il progetto di intervento.

Questo progetto di intervento è indirizzato alle donne che si sono sottoposte al test BRCA con risultati positivi. Ulteriori interventi potrebbero essere programmati per donne in attesa di compiere

il test o per donne con familiarità conclamata, ma con test negativo, e con stretti parenti positivi al test o che hanno già sviluppato la malattia.

TITOLO DEL PROGETTO

Vivere con la mutazione BRCA

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA E ANALISI DEL CONTESTO

È stato dimostrato che le donne portatrici di mutazioni nei geni BRCA1 e BRCA2 presentano un'elevata probabilità di sviluppare la malattia nell'arco della vita. Costituiscono, quindi, nell'ambito della popolazione generale, una categoria distintiva, che necessita di un'appropriata e peculiare gestione, che non può essere assimilata alle prestazioni fornite alla restante popolazione in termini di prevenzione, sorveglianza e terapia.

È stato altresì dimostrato che la diagnosi genetica può anche causare, psicologicamente, importanti modificazioni nel modo in cui la donna percepisce sé stessa con conseguenze sia sul senso di identità personale sia sul senso di appartenenza familiare. L'alterazione genetica, infatti, potrebbe essere vissuta come un'anomalia del proprio corpo e della propria costituzione fisica, portando la donna a considerarsi carente nella sua globalità. Dunque, il disagio psicologico relativo alla conoscenza di essere portatrici di una mutazione potrebbe avere delle conseguenze anche sulla vita familiare e relazionale.

CONTESTO

È previsto che l'intervento venga svolto all'interno dell'Azienda Ospedaliera in cui è stato effettuato il test genetico.

DESTINATARI

- i. Destinatari diretti: donne che hanno effettuato il test genetico BRCA con esito positivo
- ii. Destinatari indiretti: rete familiare e sociale

OBIETTIVI GENERALI

Offrire una presa in carico di tipo psicologico, attraverso un percorso di prevenzione primaria, dedicata alle donne portatrici di mutazione BRCA. Particolare attenzione verrà dedicata alla gestione di problematiche specifiche quali ad esempio: la valutazione e il relativo risvolto psicologico dei possibili percorsi preventivi, la promozione di competenze specifiche di resilienza, la gestione dell'ansia legata alla conoscenza del dato genetico, la gestione delle implicazioni familiari. Non è previsto tra gli obiettivi illustrare alla donna gli aspetti relativi alla componente genetica, in quanto questo tipo di comunicazione, tipicamente personalizzata, viene già curata dal medico genetista al momento della restituzione del test alla paziente.

OBIETTIVI SPECIFICI

- i. Fornire le coordinate generali dei protocolli di prevenzione

- ii. Alleviare il carico emotivo legato alla gestione della concretizzazione dell'aumentato rischio patologico aiutando a sviluppare efficaci strategie di *coping* per fronteggiare la situazione
- iii. Fornire le coordinate necessarie per affrontare con la maggior serenità possibile la profonda ristrutturazione della percezione del proprio sé
- iv. Sviluppare l'*empowerment* delle donne in modo da fare acquisire la consapevolezza che non sono sole

METODOLOGIA E ATTIVITÀ

Per il presente progetto verrà utilizzata una metodologia psico-educativa. Una prima parte della psico-educazione sarà dedicata all'informazione/formazione sul tema (2 incontri di gruppo) e una seconda parte sarà di tipo esperienziale (4 incontri di gruppo e un eventuale incontro individuale). In occasione della restituzione del test, alla donna verrà data l'opportunità di partecipare al progetto, previo consenso informato come previsto dalla Legge.

Verranno, quindi, proposti sei incontri di gruppo (con numero massimo di partecipanti di 6 donne) a cadenza settimanale. La durata di ogni incontro sarà di 90 minuti. L'obiettivo principale degli incontri sarà la psico-educazione delle donne in merito alle tematiche in oggetto. Al termine degli incontri verrà offerta la possibilità di un ulteriore incontro individuale con lo psicoterapeuta, della durata di 60 minuti, per una rielaborazione personale di quanto discusso nel gruppo.

- *Primo incontro: la prevenzione ginecologica.* Incontro con un ginecologo e uno psicoterapeuta di formazione adleriana. Una prima parte di 30 minuti sarà dedicata alla spiegazione, da parte del medico specialista, delle diverse possibilità di trattamento preventivo. Una seconda parte di 60 minuti sarà dedicata alle domande delle donne relative sia agli aspetti medici che psicologici dei trattamenti prospettati.
- *Secondo incontro: la prevenzione senologica.* Incontro con un senologo e uno psicoterapeuta di formazione adleriana. Una prima parte di 30 minuti sarà dedicata alla spiegazione, da parte del medico specialista, delle diverse possibilità di trattamento preventivo. Una seconda parte di 60 minuti sarà dedicata alle domande delle donne relative sia agli aspetti medici che psicologici dei trattamenti prospettati.
- *Terzo incontro: significato psicologico dell'ereditarietà.* Incontro con uno psicoterapeuta di formazione adleriana e presentazione del concetto adleriano di ereditarietà. Discussione di gruppo e valutazione delle diverse cornici di senso possibili per le donne mutate.
- *Quarto incontro: identità e relazioni personali.* Esercitazione di gruppo, condotta da uno psicoterapeuta adleriano, con tema: cosa mi rende 'me stesso'? Si domanda alle donne di scrivere uno o due tratti che, a loro parere, consentano di distinguerli dal resto del gruppo. Ognuno condivide la sua descrizione e, successivamente, ci si interroga come le differenze emerse possano essere utili per il gruppo.

- *Quinto incontro: significati possibili.* Esercitazione di gruppo condotta da uno psicoterapeuta adleriano. Dopo aver fatto vedere una foto, un quadro o un breve video, si domanda alle partecipanti di riferire le loro interpretazioni delle situazioni rappresentate. Si apre poi la discussione sulla possibilità di vedere le cose da prospettive diverse e sulle possibili conseguenze. Le differenti interpretazioni dello stesso materiale vengono utilizzate come esempi della natura soggettiva del significato della vita.
- *Sesto incontro: i testi come strumenti terapeutici.* Lettura e discussione di testi relativi alla resilienza guidata da uno psicoterapeuta di formazione adleriana. Il terapeuta leggerà dei passaggi di testi adleriani e proporrà alle componenti del gruppo di scrivere delle parole chiave relative alle letture svolte. Verrà poi proposto di raccontare dei ricordi o delle storie legate a quelle parole chiave.
- *Settimo incontro:* eventuale, se scelto dalla donna. Incontro individuale della donna con lo psicoterapeuta di formazione adleriana dove si potrà rielaborare in modo individuale l'esperienza.

Bibliografia

- Adler, A. (1912). *Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie* (tr. it.: *Il temperamento nervoso: principi di psicologia individuale comparata e applicazioni alla psicoterapia*, Astrolabio, 1950).
- Adler, A. (1907a). Organminderwertigkeit. In H.L. Ansbacher & R.R. Ansbacher (1956), *The individual Psychology of Alfred Adler. A systematic presentation in selection from his writings*. Harper Collins.
- Adler, A. (1907b). *Studie über Mindervortigkeit von Organen* (tr. it.: *Inferiorità e compenso psichico*. Mimesis, 2013).
- Adler, A. (1910). Der psychische Hermaphroditismus im Leben und in der Neurose. *Fortschritte der Medizin*, 26, 577-584 (ristampato in *Heilen und Bilden*, 1914, 23-32).
- Adler, A. (1927). *Menschenkenntnis* (tr. ingl. di B. Wolfe: *Understanding human nature*. Neo Books, 2018).
- Adler, A. (1930). *Education of children* (tr. it.: *Psicologia dell'educazione*. Newton Compton, 2003).
- 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).
- Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (1956). *The individual Psychology of Alfred Adler. A systematic presentation in selection from his writings*. Harper Collins Publishers.

- Antoniou, A.C., et al. (2003). Average Risks of Breast and Ovarian Cancer Associated with BRCA 1 or BRCA 2 Mutations Detected in Case Series Unselected for Family History: A combined Analysis of 22 studies. *American Journal of Human Genetics*, 72, 1117-1130.
- Antoniou, A.C., Gayther, S.A., Stratton, J.F., Ponder, B.A. & Easton, D.F. (2000). Risk models for familial ovarian and breast cancer. *Genet Epidemiol*, 18(2), 173-190.
- Armstrong, A.C. & Evans, G.D. (2014). Management of women at high risk of breast cancer. *British Medical Journal*, 348.
- Arver B., Haegermark, A., Platten, U., Lindblom, A. & Brandberg, Y. (2004). Evaluation of psychosocial effects of pre-symptomatic testing for breast/ovarian and colon cancer predisposing genes: a 12-month follow-up. *Familial Cancer*, 3(2), 109-116.
- Associazione Italiana Registri Tumori-Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIRTUM-AIOM). (2014). Intermedia editore.
- Aurelio, M. (2008). *Pensieri* (C. Cassanmagnago, a cura di). Bompiani.
- Azien, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organ Beh Hum Dec Proc*, 50, 179-211.
- Azien, I. & Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions and perceived behavioral control. *J. Exper Soc Psychol*, 22, 453-474.
- Biesecker, B.B., Ishibe, N., Hadley, D.W., Giambarresi, T.R., Kase, R.G., Lerman, C. & Struewing, J.P. (2000). Psychological factors predicting BRCA1/BRCA2 testing decision in members of hereditary breast and ovarian cancer families. *American Journal of Medical Genetics*, 93, 257-263.
- Bucchi, M. (2000). *Il Progetto Genoma e la scienza che cambia*. Il Mulino.
- Chai, X., et al. (2014). Use of risk-reducing surgeries in a prospective cohort of 1,499 BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Breast Cancer Res Treat, epidemiology*, 148, 397-406.
- Comitato Nazionale per la Bioetica-Comitato Nazionale per la Bio-sicurezza le Biotecnologie e le Scienze della Vita [CNB-CNBBVS]. (2010). *Test genetici di suscettibilità e medicina personalizzata*. Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- Croyle, R.T., Smith, K.R., Botkin, J.R., Baty, B. & Nash, J. (1997). Psychological responses to BRCA1 mutation testing: preliminary findings. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 16(1), 63-72.
- Cuckier, Y.R., Thompson, H.S., Sussner, K., Forman, A., Jandorf, L. & Edwards, T. (2013). Factors associated with psychological distress among women of african descent at high risk for BRCA mutations. *Journal of Genetic Counseling*, 22(1), 101-107.
- Domcheck, S.M. & Bradbury, B. (2013). Multiplex genetic testing for cancer susceptibility: out on the high wire without a net?. *Journal of clinical oncology*, 31, 1267-1270.

- Dorval, M., Bouchard, K., Maunsell, E., Plante, M., Chiquette, J., Camden, S., Dugas, M.J. & Simard, J. (2008). Health behaviors and psychological distress in women initiating BRCA1/2 genetic testing: comparison with control population. *J Genet Counsel*, 17, 314-326.
- Eijzenga, W., Bleiker, E.M.A., Hahn, D.E.E., Van der Kolk, L.E., Sidharta, G.N. & Aaronson, N.K. (2015). Prevalence and detection of psychosocial problems in cancer genetic counselling. *Familial Cancer*, 14(4), 629-636.
- Farrelly, A., White, V., Meiser, B., Jefford, M., Young, M.A. & Ieropoli, S. (2013). Unmet support needs and distress among women with a BRCA1/2 mutation. *Familial Cancer*, 12(3), 509-518.
- Francken, A.B., Schouten, P.C., Bleijer, E.M.A. & Linn, S.C. (2013). Breast cancer in women at high risk: The role of rapid genetic testing for BRCA 1 and 2 mutations and the consequences for treatment strategies. *The Breast, Elsevier*, 22, 561-568.
- Grassi, L. & Riba, M. (2014). *Psychopharmacology in oncology and palliative care*. Springer.
- Guttmacher, A.E., McGuire, A.L., Ponder, B. & Steffanson, K. (2010). Personalized genomic information: preparing for the future of genetic medicine. *Nature review genetics (Perspectives)*, 11, 161-165.
- Jonsen, A.R., Durfy, S.J., Burke, W. & Motulsky, A.G. (1996). The advent of the unpatients. *Nature Medicine*, 2 (6), 622-624.
- Lerman, C., et al. (1996). BRCA1 testing in families with hereditary breast-ovarian cancer. A prospective study of patient decision making and outcomes. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 275(24), 1885-1892.
- Lerman, C., Hughes, C., Lemon, S.J., Main, D., Snyder, C., Durham, C., Narod, S. & Lynch, H.T. (1998). What you don't know can hurt you: Adverse psychologic effects in members of BRCA-1 linked and BRCA-2 Linked families who decline genetic testing. *Journal of Clinical Oncology*, 16 (5), 1650-1654.
- Lerman, C., Croyle, R.T., Tercyak, K.P. & Hamann, H. (2002). Genetic Testing: psychological aspects and Implications. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 70 (3), 784-797.
- Orgler, H. (1956). *Alfred Adler. Der Mann und Sein Werk* (tr. it.: *Alfred Adler e la sua opera*. Astrolabio, 1970).
- Parenti, F. (1975). *Dizionario ragionato di psicologia individuale*. Cortina.
- Parenti, F. (1983). *La psicologia individuale dopo Adler*. Astrolabio.
- Ponder, B.A.J. (2001). Cancer genetics. *Macmillan Magazines Ltd, Nature*, 411, 336-341.
- Seneca. (2014). *La tranquillità dell'animo*. BUR.
- Seneca. (2016). *Lettere a Lucilio*. BUR.

Van Oostrom, I., Meijers-Heijboer, H., Lodder, L.N., Duivenvoorden, H.J., Van Gool, A.R. & Seynaeve, C. (2003). Long-term psychological impact of carrying a BRCA1/2 mutation and prophylactic surgery: a 5-year follow-up study. *Journal of Clinical Oncology*, 21(20), 3867-3874.

Vos, J., Menko, F.H., Oosterwijk, J.C., Van Asperen, C.J., Stiggelbout, A.M. & Tibben, A. (2013). Genetic counseling does not fulfill the counselees' need for certainty in hereditary breast/ovarian cancer families: an explorative assessment. *Psycho-Oncology*, 22(5), 1167-1176.

Sitografia

ASSOCIAZIONE ITALIANA RICERCA SUL CANCRO, AIRC,
<http://www.airc.it/tumori/tumore-all-ovaio.asp>.

ASSOCIAZIONE ITALIANA RICERCA SUL CANCRO, AIRC, *La mastectomia preventiva*,
<http://www.airc.it/cancro/screening/seno-mammografia>.

ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA (IEO), <https://www.iew.it/it/PER-I-PAZIENTI/Cure/Tumori-ovarici/#second>.

MINISTERO DELLA SALUTE, *Screening per il cancro del seno*,
http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=23&area=Screenin.

Relazioni sentimentali e fragilità: un'analisi adleriana dell'adolescente

di *Claudio Megna**

ABSTRACT (ITA)

In questo articolo viene analizzato come l'approccio adleriano, con la sua enfasi sul ruolo attivo dell'individuo e sulla costruzione del proprio stile di vita, offra una prospettiva unica e ancora poco esplorata nel contesto delle prime relazioni sentimentali in fase adolescenziale. Combinando dati scientifici e l'analisi di un caso clinico trattato da Alfred Adler, si delineano le principali sfide psicologiche che gli adolescenti affrontano nel mondo contemporaneo. In particolare, ci soffermeremo sul concetto Adleriano di complesso di inferiorità e sull'impatto della diffusione delle tecnologie digitali, per indagare come queste dinamiche influenzino la costruzione dell'identità e lo sviluppo della propria autostima, entrambi fattori determinanti nelle prime relazioni sentimentali.

Parole chiave: adolescenza, sviluppo cerebrale, relazioni sentimentali, complesso di inferiorità, tecnologia

Romantic relationships and vulnerability: an Adlerian analysis of adolescence

by *Claudio Megna*

ABSTRACT (ENG)

This article examines how the Adlerian approach, with its emphasis on the individual's active role and the construction of one's own lifestyle, offers a unique and yet under-explored perspective on early adolescent romantic relationships. By combining scientific data and the analysis of a clinical case treated by Alfred Adler, the main psychological challenges faced by adolescents in the contemporary world are outlined. In particular, we will focus on the Adlerian concept of inferiority complex and the impact of the spread of digital technologies, to investigate how these dynamics influence the construction of identity and the development of self-esteem, both of which are crucial factors in early romantic relationships.

Keywords: adolescence, brain development, romantic relationships, inferiority complex, technology

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

Introduzione

“Chi non ha veduto accendersi in un occhio limpido il fulgore della prima tenerezza non sa la più alta delle felicità umane. Dopo, nessun altro attimo di gioia eguaglierà quell’attimo” (D’Annunzio, 1889)

L’interesse per lo sviluppo psicologico dell’adolescente e per il ruolo delle prime relazioni sentimentali nella formazione della personalità è un tema classico nella psicologia dello sviluppo. Tuttavia, l’approccio adleriano, con la sua enfasi sul ruolo attivo dell’individuo e sulla costruzione del proprio stile di vita, offre una prospettiva unica e ancora poco esplorata in questo ambito.

Il presente articolo si propone di offrire un’analisi approfondita delle prime relazioni sentimentali degli adolescenti alla luce della teoria di Alfred Adler.

Esplorando i concetti chiave della psicologia individuale, come il sentimento di inferiorità, la volontà di potenza e lo stile di vita, si comprende come questi fattori possano condizionare le prime relazioni sentimentali e le dinamiche interpersonali degli adolescenti.

In un contesto sociale caratterizzato da una crescente complessità, da un elevato utilizzo della tecnologia e da una continua evoluzione dei modelli relazionali, comprendere i meccanismi psicologici che guidano le scelte affettive degli adolescenti risulta di fondamentale importanza sia per gli operatori del settore che per i giovani stessi.

Le riflessioni riguardanti la pratica clinica, sottolineano l’importanza di un approccio terapeutico che tenga conto della complessità dell’individuo e del suo contesto relazionale. La prevenzione e l’intervento precoce rappresentano strumenti fondamentali per sostenere gli adolescenti nel loro percorso di crescita, nella costruzione della propria identità e nelle prime relazioni sentimentali.

1. L’adolescenza

1.1 Un viaggio tra cambiamenti e scoperte

L’adolescenza è un periodo di transizione intenso e complesso, caratterizzato da una profonda trasformazione a livello biologico, psicologico e sociale. I rapidi cambiamenti fisici legati alla pubertà, la ricerca frenetica di una propria identità, le trasformazioni nelle relazioni con i pari e con la famiglia, e l’emergere di nuovi interessi e aspirazioni contribuiscono a rendere questa fase della vita particolarmente intensa e ricca di sfide. È un momento in cui si costruiscono le fondamenta per l’età adulta, ma anche un periodo di grande vulnerabilità, in cui gli adolescenti sono chiamati a confrontarsi con dubbi, incertezze e pressioni esterne.

L'influenza dei coetanei, il confronto con i modelli proposti dai media, la pressione a conformarsi a determinati standard di bellezza e successo possono generare ansia, insicurezza e, in alcuni casi, comportamenti a rischio. Tuttavia, l'adolescenza è anche un periodo di grande creatività e potenziale, in cui gli adolescenti possono sviluppare talenti, scoprire passioni e costruire relazioni profonde e significative.

A livello psicologico, si assiste a un'evoluzione cognitiva significativa, con lo sviluppo del pensiero astratto, del ragionamento ipotetico-deduttivo e della capacità di comprendere prospettive diverse dalla propria. Le emozioni diventano più intense e complesse, e gli adolescenti si confrontano con una vasta gamma di sentimenti, tra cui l'amore, la rabbia, la tristezza e la confusione. È un momento cruciale per lo sviluppo dell'identità, in cui gli individui cercano di definire chi sono, cosa vogliono dalla vita e quale sarà il loro posto nel mondo.

L'adolescenza è un'esperienza unica e soggettiva, che varia da individuo a individuo in base a fattori biologici, psicologici, sociali e culturali. Non esiste un'adolescenza "tipica", ma piuttosto una molteplicità di percorsi di sviluppo, ciascuno con le proprie specificità. È importante riconoscere e valorizzare la diversità delle esperienze adolescenziali, evitando di generalizzare e di applicare etichette stereotipate.

1.2 Le fasi dell'adolescenza: un viaggio di trasformazione

Possiamo suddividere l'adolescenza in diverse fasi, ognuna con le sue peculiarità:

- **Prima adolescenza (10-12 anni):**

- **Pubertà e crescita accelerata:** Inizia la pubertà, con i primi cambiamenti fisici come lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari e un'accelerazione della crescita. Questi cambiamenti possono portare a una maggiore consapevolezza del proprio corpo e a nuove preoccupazioni sull'aspetto fisico.

- **Cambiamenti emotivi:** Gli adolescenti possono sperimentare sbalzi d'umore più frequenti, irritabilità e una maggiore sensibilità. Si intensifica la ricerca di autonomia e il desiderio di affermare la propria individualità.

- **Relazioni sociali:** Si rafforzano i legami con i coetanei, si formano i primi gruppi di amici e si inizia a sperimentare le dinamiche sociali tipiche dell'adolescenza.

- **Seconda adolescenza (13-15 anni):**

- **Completamento della pubertà:** Si completano i cambiamenti fisici legati alla pubertà, con il raggiungimento della maturità sessuale.

- **Ricerca dell'identità:** Gli adolescenti sono impegnati in una intensa ricerca della propria identità, sperimentando diversi ruoli e valori. Possono esserci conflitti con i genitori e con le figure autoritarie, mentre si cerca di affermare la propria autonomia.
- **Comportamenti a rischio:** La ricerca di nuove esperienze può portare a comportamenti a rischio, come l'uso di sostanze, relazioni sessuali precoci o comportamenti trasgressivi.
- **Influenza dei pari:** Il gruppo dei pari assume un ruolo fondamentale, influenzando le scelte, i comportamenti e i valori degli adolescenti.
- **Terza adolescenza (16-20 anni):**
 - **Consolidamento dell'identità:** Gli adolescenti tendono a definire più chiaramente la propria identità, i propri valori e i propri obiettivi futuri.
 - **Orientamento verso il futuro:** Si inizia a pensare al futuro, pianificando gli studi universitari o professionali e cercando di definire il proprio percorso di vita.
 - **Relazioni affettive più stabili:** Si sviluppano relazioni affettive più mature e durature, spesso caratterizzate da una maggiore intimità e complicità.
 - **Maggiore autonomia:** Gli adolescenti acquisiscono una maggiore autonomia, prendendo decisioni più indipendenti e assumendosi maggiori responsabilità.

2. Il cervello adolescente

2.1 Un'opera in costruzione

L'adolescenza è un periodo di profondi cambiamenti, non solo a livello fisico, ma anche a livello cerebrale. Il cervello di un adolescente è come un'opera in costruzione, dove diverse aree si sviluppano a ritmi differenti.

2.2 La corteccia prefrontale: il direttore d'orchestra in ritardo

La corteccia prefrontale, spesso definita il “direttore d'orchestra” del cervello, è l'area responsabile delle funzioni esecutive come il ragionamento, la pianificazione, l'inibizione degli impulsi e la presa di decisioni. In un adolescente, questa regione è ancora in fase di maturazione. È come se il direttore d'orchestra fosse appena arrivato e stesse ancora imparando a coordinare tutti gli strumenti dell'orchestra. Questo ritardo nello sviluppo spiega perché gli adolescenti possono apparire impulsivi, prendere decisioni affrettate o avere difficoltà a concentrarsi sui compiti a lungo termine.

2.3 Il sistema limbico: il motore delle emozioni

Mentre la corteccia prefrontale sta ancora sviluppandosi, il sistema limbico, la parte del cervello che regola le emozioni, è già molto attivo. È come se il motore dell'auto fosse a pieno regime, mentre i freni non funzionassero ancora alla perfezione. Questa discrepanza tra un sistema emotivo molto reattivo e un sistema cognitivo ancora immaturo spiega gli sbalzi d'umore, la maggiore reattività agli stimoli emotivi e la tendenza a prendere decisioni basate più sull'istinto che sulla ragione, tipici dell'adolescenza.

2.4 La comunicazione tra le due parti

In un cervello adulto, esiste una comunicazione efficiente tra la corteccia prefrontale e il sistema limbico. Questo permette di bilanciare le emozioni con la ragione, di prendere decisioni ponderate e di controllare gli impulsi. Nell'adolescente, questa comunicazione è ancora in via di sviluppo, e questo può portare a conflitti interni e a comportamenti impulsivi. È come se le due parti del cervello parlassero lingue diverse e faticassero a comprendersi a vicenda.

2.5 Le conseguenze comportamentali

Questa maturazione asincrona del cervello ha importanti conseguenze sui comportamenti degli adolescenti. Ad esempio:

- **Ricerca di sensazioni forti:** Gli adolescenti sono spesso attratti da attività rischiose, come l'uso di sostanze o la guida spericolata, perché il sistema limbico li spinge a cercare nuove esperienze e sensazioni forti.
 - **Difficoltà a gestire le emozioni:** Gli adolescenti possono avere difficoltà a comprendere e gestire le proprie emozioni, che possono manifestarsi attraverso sbalzi d'umore, irritabilità e rabbia.
 - **Problemi di concentrazione:** La maturazione della corteccia prefrontale è fondamentale per la concentrazione e l'attenzione. Gli adolescenti possono quindi avere difficoltà a svolgere compiti che richiedono un impegno prolungato.
 - **Difficoltà nelle relazioni sociali:** La difficoltà a comprendere le emozioni altrui e a prendere prospettive diverse dalla propria può portare a conflitti nelle relazioni con i pari e con gli adulti.
- Comprendere il funzionamento del cervello adolescente è fondamentale per poter interagire con gli adolescenti in modo più efficace. Sapere che le loro difficoltà non sono dovute a pigrizia o cattiva volontà, ma a un processo di sviluppo cerebrale ancora in corso, può aiutarci a essere più

pazienti e comprensivi. È importante offrire agli adolescenti un ambiente sicuro e supportivo, che li aiuti a sviluppare le loro capacità cognitive ed emotive.

3. Criticità adolescenziali

3.1 La visione di Alfred Adler

La teoria di Alfred Adler offre una prospettiva unica e illuminante per comprendere le criticità che gli adolescenti possono affrontare. Secondo Adler, il senso di inferiorità innato in ogni individuo, unito alla ricerca di superiorità e alla costruzione di uno stile di vita personale, può portare a diverse sfide durante l'adolescenza.

3.2 Le principali criticità adolescenziali secondo Adler

- **Il sentimento di inferiorità e la ricerca della superiorità:** Durante l'adolescenza, il senso di inferiorità può acuirsi a causa dei rapidi cambiamenti fisici e psicologici. La ricerca della superiorità può manifestarsi in comportamenti a rischio, come l'uso di sostanze, la violenza o l'isolamento sociale, nel tentativo di affermare la propria identità.
- **La costruzione dell'identità:** L'adolescente è impegnato in una continua ricerca della propria identità, cercando di capire chi è e quale sarà il suo posto nel mondo. Questo processo può essere fonte di grande ansia e incertezza.
- **Le relazioni interpersonali:** Le relazioni con i pari e con gli adulti diventano cruciali in adolescenza. Difficoltà nelle relazioni possono alimentare il senso di inferiorità e ostacolare la costruzione di un'identità positiva.
- **La pressione sociale:** Gli adolescenti sono sottoposti a una forte pressione sociale a conformarsi ai modelli proposti dai media e dai coetanei. Questa pressione può portare a conflitti interiori e a comportamenti inadeguati.
- **Il futuro:** L'incertezza riguardo al futuro può generare ansia e preoccupazione. Gli adolescenti possono sentirsi sopraffatti dalle scelte da fare e dalle aspettative degli altri.

3.3 Il sentimento di inferiorità

Il sentimento di inferiorità è un sentimento innato nell'uomo, un senso di inadeguatezza e di inferiorità rispetto agli altri e al mondo che ci circonda. Non si tratta necessariamente di un

sentimento negativo o patologico, ma piuttosto di una forza motrice che spinge gli individui a cercare di superare i propri limiti e a raggiungere la superiorità.

3.4 Come nasce il complesso di inferiorità

Secondo Adler, questo sentimento ha origine nell'infanzia, quando il bambino si rende conto della propria dipendenza dagli adulti e della sua relativa impotenza rispetto al mondo esterno. Questa sensazione di inferiorità, però, non è statica, ma può evolvere in modi diversi a seconda di come l'individuo la affronta.

Il sentimento di inferiorità è importante perché influenza profondamente il nostro modo di pensare, sentire e agire. Può motivare a raggiungere grandi traguardi, ma può anche portare a comportamenti compensatori, a volte disfunzionali, in questo caso non si parla più di senso di inferiorità ma complesso di inferiorità.

3.5 I principali fattori che favoriscono il complesso di inferiorità in ambito familiare

- **Confronti sfavorevoli:** Confrontare costantemente un figlio con i fratelli, i compagni di classe o con modelli ideali può generare un senso di inadeguatezza e di inferiorità.
- **Rifiuto emotivo:** Un clima familiare freddo e distante, caratterizzato da una mancanza di affetto e di sostegno emotivo, può far sentire un bambino indesiderato e non amato.
- **Eccessiva permissività o eccessiva severità:** Entrambe le posizioni educative possono essere dannose per lo sviluppo dell'autostima. Un'eccessiva permissività può portare il bambino a sentirsi insicuro e incapace di affrontare le sfide, mentre un'eccessiva severità può generare paura e senso di colpa.
- **Incongruenza educativa:** Quando i messaggi educativi dei genitori sono contraddittori o incoerenti, il bambino può sentirsi confuso e disorientato.
- **Modelli relazionali disfunzionali:** Osservare modelli relazionali disfunzionali tra i genitori può insegnare al bambino comportamenti disadattivi e difficoltà nel costruire relazioni significative.
- **Favoritismo:** Quando un genitore mostra preferenze marcate per un figlio rispetto agli altri, i figli meno favoriti possono sviluppare un senso di inferiorità e di gelosia.

3.6 Come si manifesta il complesso di inferiorità

Il complesso di inferiorità può manifestarsi in molti modi diversi, a seconda della personalità dell'individuo e delle esperienze di vita. Alcuni esempi comuni includono:

- **Tendenza a compensare:** Cercare di dimostrare agli altri e a se stessi di essere superiori, attraverso successi, potere o dominio.
- **Evitamento:** Tendenza a evitare situazioni che potrebbero rivelare le proprie debolezze o fallimenti.
- **Aggressività:** Utilizzare l'aggressività come mezzo per proteggersi dalle critiche e affermare la propria superiorità.
- **Dipendenza:** Cercare appoggio e protezione negli altri, evitando di affrontare le proprie difficoltà in autonomia.

Nel contesto dell'adolescenza, questo può manifestarsi anche in comportamenti sessuali rischiosi o inappropriati.

3.7 Meccanismi psicologici sottostanti

- **La sessualità come compensazione:** L'adolescente che si sente inferiore potrebbe cercare di compensare questa sensazione attraverso la sessualità, dimostrando di essere attraente, desiderabile e potente. Questo può portare a comportamenti sessuali impulsivi, non pianificati e potenzialmente pericolosi.
- **La sessualità come affermazione di sé:** La sessualità può essere utilizzata come uno strumento per affermare la propria identità e differenziarsi dagli altri. Un adolescente che si sente diverso o emarginato potrebbe cercare nell'intimità sessuale un senso di appartenenza e accettazione.
- **La sessualità come fuga:** La sessualità può diventare una forma di evasione dai problemi e dalle difficoltà della vita quotidiana. Un adolescente che si sente sopraffatto da ansie, paure o stress può cercare rifugio in esperienze sessuali intense e coinvolgenti.

3.8 Caso clinico

A conferma di quanto detto, seguono alcune considerazioni tratte dal libro *Il bambino difficile* (1939) di Alfred Adler, nel quale, al capitolo V (pp. 91-95), affronta il tema "La causa delle crisi della pubertà".

Nel testo viene presentata l'esperienza di una ragazzina di quattordici anni, cresciuta in una famiglia povera. La fratria è composta da un fratello maschio primogenito, dalla ragazzina stessa e da una sorella più piccola. Il fratello più grande soffrì a lungo a causa di alcuni problemi di salute e questo ha inevitabilmente fatto sì che potesse godere di maggiori cure e attenzioni da parte della madre.

Questa situazione protratta nel tempo iniziò ad influire negativamente sulla sensazione di cura e attenzione percepita dalla ragazza.

Le cose peggiorarono ulteriormente quando nacque la terza figlia. In quel periodo il fratello maggiore stava meglio e per tale motivo la madre ha potuto dedicarsi maggiormente alla neonata rispetto a quanto avesse fatto in precedenza con la figlia intermedia, venendosi pertanto a creare una situazione alquanto sfavorevole per lei. Crescere con l'impressione di trovarsi in una situazione di svantaggio rispetto al fratello maggiore e alla sorella minore caratterizzò fortemente lo stile di vita della ragazza, fino a quando la situazione cambiò temporaneamente.

Ad un certo punto della sua vita ebbe la fortuna di incontrare sulla sua strada un'insegnante scolastica che credeva molto in lei e attraverso l'incoraggiamento e le attenzioni che le forniva la ragazza divenne addirittura una delle migliori della classe. Il problema si ripresentò in maniera importante quando all'età di quattordici anni dovette lasciare questa insegnante per iniziare la scuola superiore. Nella nuova classe trovò un'insegnante che non comprese la sua personalità e la trattò con durezza facendo rinasce in lei seri dubbi su sé stessa e sulle sue capacità. Era chiaro che la forza acquisita negli anni precedenti era basata esclusivamente sui rinforzi positivi mostrati dalla precedente insegnante tramite lodi ed affetto.

A questo punto il rendimento scolastico e la condotta della ragazzina peggiorarono al punto che venne addirittura espulsa dalla scuola. Questo fu disastroso per lei, sviluppò un forte sentimento di inferiorità perché oltre al contesto familiare si sentì ora inadeguata anche nel contesto scolastico.

La situazione ormai precipitata determinò in lei il bisogno di ricercare l'apprezzamento desiderato con atteggiamenti sessuali inappropriati. Iniziò una serie di relazioni sessuali passeggere, destinate ovviamente a continui fallimenti, che non facevano altro che peggiorare la sua situazione generando in lei ulteriore frustrazione e sentimento di inferiorità.

Arrivò al punto di mancare da casa per dieci giorni fino a quando venne ritrovata dalla madre nelle vicinanze della propria abitazione. A quel punto vista la gravità della situazione la madre decise di rivolgersi ad un consultorio per fornire il giusto supporto alla ragazza.

3.9 Considerazioni del caso clinico

È chiaro come in questo caso il forte sentimento di inferiorità sviluppato nella ragazzina sia stato determinante per mettere in atto delle strategie di compensazione non funzionali che l'hanno portata all'oggettivazione del proprio corpo per ottenere quell'apprezzamento tanto ricercato.

Nella fase adolescenziale i ragazzi e le ragazze desiderano dimostrare di non essere più bambini e capita spesso che nel voler dare prova della loro maturità si spingano troppo in là.

Proprio come accaduto alla ragazzina, talvolta il desiderio di affermazione può portare a sviluppare un genere di sessualità che può condurre a gravi conseguenze.

È fondamentale, pertanto, che in casi simili all'adolescente venga offerta la possibilità di soddisfare il bisogno di sentirsi apprezzato ed amato in altri contesti come la famiglia, la scuola o nella vita sociale. Questo può avvenire quando si offre all'adolescente cura e attenzione attraverso l'incoraggiamento, quello che per Adler non significa semplicemente lodare o compiacere, ma fornire basi solide di fiducia e sicurezza.

4. Tecnologia e adolescenza

4.1 Un'arma a doppio taglio

La tecnologia, con i suoi innumerevoli strumenti e piattaforme, ha rivoluzionato il modo in cui viviamo e interagiamo. Per gli adolescenti, in particolare, rappresenta una porta d'accesso a mondi nuovi, un modo per connettersi con i coetanei, informarsi e divertirsi. Tuttavia, come ogni medaglia ha due facce, anche l'uso della tecnologia presenta un lato oscuro, soprattutto quando diventa eccessivo. Di seguito alcuni dati:

- Secondo un report Eu Kids Online del 2020, che indaga sulla relazione tra i giovani e la rete, lo smartphone il principale strumento con cui i ragazzi accedono a internet ed è usato quotidianamente per andare online dal 97% dei ragazzi di 15-17 e dal 51% dei bambini di 9-10.
- Come riportato su un articolo online del 05/02/2024 del Sole 24 Ore, secondo l'indagine del Movimento Etico Digitale una percentuale considerevole di ragazzi (82%) trascorre oltre 5 ore al giorno davanti agli schermi, incluso il tempo dedicato a telefoni, computer e smart Tv.
- Un articolo del quotidiano La Repubblica del 25/05/23 riportava uno studio promosso dal Dipartimento Politiche Antidroga e dal Centro Nazionale Dipendenze dell'Istituto Superiore di Sanità dove veniva dimostrato che almeno 700 mila adolescenti in Italia sono dipendenti da Internet. "Internet Addiction Disorder" (IAD).

È chiaro che l'avvento di internet e dei social media ha radicalmente trasformato il modo in cui gli adolescenti accedono alle informazioni, compresa quella di natura sessuale. L'esposizione massiccia a contenuti sessualmente espliciti, spesso pornografici, ha inevitabilmente influenzato le loro percezioni, atteggiamenti e comportamenti sessuali.

4.2 L'esposizione precoce: un fattore di rischio

L'accesso facile e indiscriminato a contenuti pornografici, a partire dall'adolescenza e talvolta anche prima, espone i giovani a immagini e rappresentazioni sessuali spesso distorte e non realistiche. Questa esposizione precoce può avere diverse conseguenze negative:

- **Distorsione delle aspettative:** I contenuti pornografici presentano spesso una visione idealizzata e poco realistica della sessualità, che può portare gli adolescenti a sviluppare aspettative irrealistiche riguardo alle proprie performance sessuali e alle relazioni intime.
- **Normalizzazione di comportamenti rischiosi:** La pornografia può normalizzare comportamenti sessuali rischiosi, come la violenza sessuale, la promiscuità e l'uso di sostanze.
- **Difficoltà a sviluppare relazioni sane:** L'esposizione a contenuti pornografici può interferire con lo sviluppo di relazioni intime basate sulla fiducia, il rispetto e l'affetto reciproco.
- **Ritardi nello sviluppo della sessualità:** Paradossalmente, l'esposizione precoce a contenuti sessuali espliciti può inibire lo sviluppo di una sessualità sana e consapevole, poiché gli adolescenti possono sentirsi sopraffatti o confusi da ciò che vedono.

4.3 Fattori che amplificano l'impatto

Diversi fattori contribuiscono ad amplificare l'impatto dei contenuti sessuali online sulla sessualità degli adolescenti:

- **Mancanza di educazione sessuale:** Una educazione sessuale inadeguata o assente lascia gli adolescenti privi degli strumenti necessari per interpretare criticamente i contenuti che incontrano online e per sviluppare una propria identità sessuale.
- **Pressione dei pari:** Il desiderio di conformarsi al gruppo dei pari può spingere gli adolescenti a cercare e condividere contenuti sessualmente espliciti, anche se non ne sentono il bisogno.
- **Solitudine e ansia:** L'uso della pornografia può diventare una forma di automedicazione per affrontare sentimenti di solitudine, ansia e depressione.
- **Fattori svalutanti in ambito familiare:** sono tutti quegli elementi che, all'interno del contesto familiare, possono minare l'autostima di un individuo e contribuire allo sviluppo di un senso di inferiorità. Questi fattori possono essere sia espliciti, come critiche costanti o rifiuto, sia impliciti, come un clima familiare teso o una comunicazione disfunzionale, portando il giovane a ricercare approvazione all'esterno dell'ambiente familiare adottando atteggiamenti sessualmente espliciti.

5. Adolescenza, amore e sesso

5.1 Le prime relazioni sentimentali

Il ragazzo esposto a quanto descritto in precedenza, impara spesso che l'esperienza sessuale può essere vissuta senza alcun coinvolgimento emotivo e di affetto, esattamente come avviene nei siti online, eleggendo così il prototipo della stessa relazione online a fondamento delle sue relazioni interpersonali, con tutte le conseguenze sociali che questo comporta.

- Già nel 2009 Le stime affermano che circa il 54% dei profili degli adolescenti su alcuni social network, mostrano un coinvolgimento in comportamenti rischiosi, tra cui il sesso non protetto o l'alcol (Moreno et al., 2009).
- Nel 2019 Lykens e colleghi hanno condotto uno studio esplorativo chiamato TECHsex nel quale sono stati analizzati, tramite un approccio misto di metodi, diversi dati raccolti da gennaio a dicembre 2016 per capire le esperienze e i desideri dei giovani mentre navigano, le loro relazioni sessuali attraverso i social media, le chat e gli appuntamenti online. I risultati mostrano che gli spazi online spesso sono considerati delle vie primarie per iniziare relazioni romantiche e promuovere le identità sessuali attraverso il flirt e gli appuntamenti online. Sebbene i siti d'incontro siano frequentati da ragazzi maggiorenni e alcuni siano vietati ai minori, molti giovani di età inferiore ai 18 anni li utilizzano per fare amicizia e intraprendere relazioni: il 70% degli adolescenti iscritti ad un sito per dating ha incontrato qualcuno di persona dopo un primo approccio online.

5.2 Relazioni sentimentali tra adolescenti post Covid-19

Per molti adolescenti che hanno vissuto la pandemia da Covid-19, risulterebbe ancora più complesso stringere nuove relazioni sentimentali. Gli effetti della pandemia in termini psicologici, sociali, economici hanno colpito tutti, ma è vero che, per motivi naturalmente diversi, bambini e adolescenti hanno mostrato una maggiore sensibilità alle conseguenze dello stato di emergenza (Musso & Cassibba, 2020). L'isolamento ha portato i giovani a radicare in forma ancora maggiore l'abitudine di avvalersi del web per conoscere coetanei con cui iniziare una relazione. Questo fenomeno oltre a modificare il modo in cui si vivono le prime esperienze sentimentali può portare ad alcuni rischi come quelli esposti di seguito.

5.3 Sexting

Il termine sexting si riferisce all'autoproduzione di materiale sessualmente allusivo, come messaggi, foto e video condivisi grazie alle nuove tecnologie digitali (Chalfen, 2009). È un fenomeno digitale molto diffuso tra adolescenti. Il fattore scatenante il sexting è multiplo: bassa autostima, disturbi depressivi, ansia, frustrazione, problematiche familiari o con i pari. Le problematiche, tuttavia, vanno ben oltre la semplice pubblicazione di immagini pornografiche di sé, poiché le conseguenze del sexting, qualora i video circolassero senza controllo attraverso i media, potrebbero indurre l'individuo a un ulteriore isolamento sociale più radicale, che comporterebbe in lui un danno irreparabile dal punto di vista sia psicologico che sociale.

5.4 Grooming

Altro fenomeno rilevante, sotto il profilo anche penale, è il grooming, ovvero l'adescamento online del ragazzo/a che ha accesso al mondo dei social. Il grooming fa leva proprio sulle fragilità psicologiche dell'adolescente per invitarlo ad atteggiamenti pornografici e all'invio di materiale erotico che coinvolge spesso i minori.

6. Prevenzione e trattamento

6.1 Approccio multidisciplinare

Per affrontare questa complessa problematica è necessario un intervento a più livelli:

- **Educazione sessuale:** È fondamentale fornire un'educazione sessuale completa e aggiornata, che aiuti gli adolescenti a sviluppare un atteggiamento critico nei confronti dei contenuti sessuali online e a costruire relazioni sane e rispettose.
- **Controllo parentale:** I genitori devono essere consapevoli dei rischi connessi all'uso di internet e adottare misure di controllo parentale per limitare l'accesso dei figli a contenuti inappropriati.
- **Collaborazione scuola-famiglia:** Scuola e famiglia devono lavorare insieme per fornire agli adolescenti un supporto adeguato e per promuovere un ambiente educativo sano e sicuro.
- **Prevenzione del cyberbullismo:** È importante sensibilizzare gli adolescenti sul fenomeno del cyberbullismo e insegnare loro a gestire le relazioni online in modo sano e rispettoso.

- **Psicoterapia:** È ormai noto come la psicoterapia anche in fase adolescenziale possa favorire cambiamenti positivi, permettendo ai giovani di essere supportati emotivamente per affrontare questo periodo critico della loro vita. In particolare, un percorso psicoterapeutico basato sull'incoraggiamento può aiutare i ragazzi ad utilizzare l'innato sentimento di inferiorità come uno stimolo per facilitare lo sviluppo di uno stile di vita equilibrato.

La teoria di Adler, con il suo focus sull'individuo, sul suo stile di vita e sul suo costante movimento verso un obiettivo, offre una prospettiva ricca e utile per la pratica clinica e educativa.

6.2 Implicazioni per la pratica clinica

- **Collaborazione terapeutica:** Il terapeuta adleriano lavora in stretta collaborazione con il paziente, aiutandolo a comprendere il proprio stile di vita e a scoprire le modalità con cui può raggiungere i propri obiettivi.
- **Focus sul futuro:** Anziché concentrarsi sul passato, il terapeuta adleriano aiuta il paziente a orientarsi verso il futuro, individuando nuove possibilità e nuovi significati.
- **Correggere le false convinzioni:** Il terapeuta lavora con il paziente per identificare e correggere le false convinzioni che limitano la sua crescita e il suo benessere.
- **Sviluppare l'interesse sociale:** Il terapeuta incoraggia lo sviluppo dell'interesse sociale, aiutando il paziente a riconoscere il valore della comunità e a contribuire al benessere degli altri.

È chiaro come l'esposizione precoce a contenuti sessuali online e il complesso di inferiorità che vivono molti adolescenti rappresenta una sfida significativa per la società contemporanea. Per affrontare questa sfida è necessario un impegno congiunto di famiglie, scuole, istituzioni e società civile, al fine di promuovere una sessualità sana, consapevole e rispettosa.

Conclusione

Questa tesi ha esplorato il complesso legame tra l'adolescente, la ricerca di sé e le prime relazioni sentimentali attraverso una lente adleriana. L'analisi ha evidenziato come il complesso di inferiorità, inteso come sentimento universale e motore di crescita, possa influenzare in modo significativo le prime relazioni sentimentali degli adolescenti. Le diverse strategie di compensazione, messe in atto per superare questo sentimento, si riflettono nelle dinamiche interpersonali, nelle modalità di attaccamento e nelle aspettative nei confronti degli altri.

Le considerazioni contenute in questa ricerca sottolineano l'importanza di un approccio psicologico che tenga conto della complessità dell'individuo e del suo contesto relazionale. Un approccio adleriano, focalizzato sulla costruzione di un senso di comunità e sull'incoraggiamento

dello sviluppo delle potenzialità individuali, può rappresentare una valida alternativa alle terapie più tradizionali.

Comprendere i meccanismi psicologici che sottendono le prime relazioni sentimentali può essere di grande aiuto anche per gli operatori del settore, che possono così intervenire in modo più efficace per sostenere gli adolescenti nel loro percorso di crescita e di costruzione della propria identità.

La citazione di D'Annunzio inserita all'inizio ci invita a riflettere sul valore delle emozioni profonde e sull'importanza di preservare i ricordi delle nostre prime esperienze d'amore. È un invito a cercare la bellezza e l'intensità nei piccoli gesti e negli sguardi, ricordandoci che la felicità più autentica nasce spesso da momenti semplici e genuini.

Bibliografia

Adler, A. (1930). *Il bambino difficile*. Gherardo Casini Editore.

Adler, A. (1933). *Il senso della vita*. Newton Compton.

Capello, G. (2013). *Adolescenze in viaggio. Percorsi di psicoterapia con l'adolescente e il suo ambiente*. Effatà Editrice.

Chalfen R. (2009). 'It's only a picture': Sexting, 'smutty' snapshots and felony charges. *Visual studies*, 24 (3), 258-268.

D'Annunzio, G. (1889). *Il piacere*. Fratelli Treves.

Eu Kids Online (2020). *Survey results from 19 countries*. <https://www.eukidsonline.ch/files/Eu-kids-online-2020-international-report.pdf>

Il Sole 24 Ore. *Dipendenza digitale, ragazzi online tre mesi l'anno*. <https://www.ilssole24ore.com/art/dipendenza-digitale-ragazzi-online-tre-mesi-l-anno-AFqWUpbC>

La Repubblica. *Almeno 700 mila adolescenti dipendenti da web e videogame*. https://www.repubblica.it/-salute/2023/05/25/news/adolescenti_social_web_dipendenza-401742032/

Lykens, J., et al. (2019, 16 maggio). Google for Sexual Relationships: Mixed-Methods Study on Digital Flirting and Online Dating Among Adolescent Youth and Young Adults. *JMIR Public Health Surveillance*, vol. 5, nr. 2.

Marone, F. & Spina, A. (2022, luglio-dicembre). Relazioni amorose e sessualità nella tarda adolescenza e nei giovani adulti durante la pandemia da SARS-CoV-2 (Covid-19). *Pedagogia delle differenze*, a. LI, n. 2.

- Moreno, M.A., et al. (2009). Display of health risk behaviors on MySpace by adolescents: prevalence and associations. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 163(1), 27-34.
- Musso, P. & Cassibba, R. (2020). Adolescenti in tempo di COVID-19: dalla movida alla responsabilità. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 24(2), 191-194.
- Pagani, P.L. (2002). *Piccolo lessico adleriano, Dizionario argomentato dei lemmi e delle locuzioni della Psicologia Individuale*. Edizione per la Scuola Adleriana di Psicoterapia, Istituto Alfred Adler di Milano.
- Palmonari, A. (2011). *Psicologia dell'adolescenza*. Il Mulino.
- Poletti, M. (2009, settembre). Sviluppo cerebrale e funzioni esecutive in adolescenza. *Giornale italiano di psicologia*, fascicolo 3, 353-564.
- Siegel, D.J. (2014). *La mente adolescente*. Raffaello Cortina Editore.
- Vanni, F. (2018). *Adolescenti nelle relazioni. Generazioni che co-costruiscono la società-mondo*. Franco Angeli.

L'identità che si plasma nel dono: volontariato e sviluppo del Sé in ottica adleriana

di *Giorgio V. Panetta**

ABSTRACT (ITA)

Il volontariato, nato come atto libero e spontaneo, si è evoluto da espressione filantropica a forma organizzata di cittadinanza attiva, specialmente dopo la rivoluzione industriale e la nascita dello Stato sociale. In Italia è regolamentato dalla Legge 266/1991 e dal Codice del Terzo Settore del 2017. Oggi coinvolge milioni di persone e svolge un ruolo cruciale nella coesione sociale. Dal punto di vista psicodinamico adleriano, il volontariato è un'espressione del sentimento sociale e della ricerca di senso, ma può anche nascondere spinte narcisistiche e dinamiche compensative. Per evitare derive individualistiche, è fondamentale promuovere la consapevolezza delle motivazioni personali attraverso percorsi formativi e riflessivi. Il volontariato, se vissuto con autenticità, arricchisce profondamente l'identità personale e rafforza il legame con la comunità.

Parole chiave: volontariato, sentimento sociale, narcisismo, psicodinamica adleriana, motivazioni profonde

The Identity Shaped Through Giving: Volunteering and the Development of the Self from an Adlerian Perspective

by *Giorgio V. Panetta*

ABSTRACT (ENG)

Volunteering, originally born as a free and spontaneous act, has evolved from a philanthropic expression into an organized form of active citizenship, especially after the industrial revolution and the emergence of the welfare state. In Italy, it is regulated by Law 266/1991 and by the 2017 Third Sector Code. Today it involves millions of people and plays a crucial role in social cohesion. From an Adlerian psychodynamic perspective, volunteering is an expression of social interest and the search for meaning, but it can also conceal narcissistic drives and compensatory dynamics. To prevent individualistic distortions, it is essential to foster awareness of personal motivations through training and reflective pathways. Volunteering, when experienced authentically, deeply enriches personal identity and strengthens the bond with the community.

Keywords: volunteering, social interest, narcissism, Adlerian psychodynamics, deep motivations

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

Genealogia del dono: evoluzione storica e valenza sociale del volontariato

Il termine “volontariato” deriva dal latino *voluntarius*, che indica un atto compiuto liberamente, senza costrizione, mosso da una scelta consapevole e spontanea. In questa accezione etimologica si cela già la cifra profonda del volontariato: esso rappresenta un’azione che origina dalla volontà libera del soggetto di mettersi al servizio dell’altro, al di fuori di qualsiasi vincolo coercitivo o attesa di ricompensa. È, in fondo, un gesto che riflette l’essenza più pura del sentimento comunitario e che ben si accorda con l’idea adleriana di “interesse sociale” (*Gemeinschaftsgefühl*), ovvero quella capacità empatica di sentire con l’altro e per l’altro, considerata da Alfred Adler (1933/1990) la misura più autentica della salute psichica dell’individuo.

Le radici storiche del volontariato sono antichissime e affondano nelle più alte espressioni delle civiltà classiche. Nella Grecia antica, la *filantropia* era un ideale civico e morale, strettamente connesso alla *paideia*, ovvero alla formazione dell’uomo nella sua totalità etica e culturale. In ambito romano e successivamente cristiano, il concetto di *caritas* si affermò come amore disinteressato e servizio agli ultimi, divenendo uno dei pilastri dell’etica cristiana.¹ Questo tema centrale dell’aiuto e della cura dell’altro, attraversa secoli di pensiero umanistico ed è proprio nella modernità, con l’avvento della rivoluzione industriale, che il volontariato assume una dimensione più sistemica e organizzata. Di fronte all’acuirsi delle disuguaglianze e delle ingiustizie sociali, nascono le prime associazioni di mutuo soccorso e le prime esperienze di organizzazione sociale non statale tese a contrastare la marginalità (Donati, 2000; Bortolotti, 2007).

Nel secondo dopoguerra, con l’istituzione dei moderni sistemi di welfare, il volontariato si sviluppa come una forma complementare – e talora critica – rispetto all’intervento pubblico, rafforzando la propria natura di soggetto attivo nel panorama sociale. In particolare, in Italia, il volontariato si costituisce sempre più come espressione di una cittadinanza responsabile e partecipativa, culminando nel riconoscimento giuridico con la Legge n. 266 del 1991. Questa legge, non solo definisce il volontariato come attività liberamente prestata, ma lo riconosce come risorsa essenziale per il perseguimento del bene comune (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 1991).

A partire da quel momento, il fenomeno del volontariato ha conosciuto una crescita esponenziale, trasformandosi, da forma tradizionale di beneficenza, in una modalità strutturata di partecipazione civica. Oggi il volontariato è considerato a pieno titolo uno dei pilastri del cosiddetto “terzo

¹ “Si tutte [le virtù teologali] più grande è la carità” (1 Cor 13, 13); San Paolo scrive nella lettera ai Corinzi: “La carità è paziente, è benigna la carità; non è invidiosa la carità, non si vanta, non si gonfia, non manca di rispetto, non cerca il suo interesse, non si adira, non tiene conto del male ricevuto, non gode dell’ingiustizia, ma si compiace della verità. Tutto copre, tutto crede, tutto spera, tutto sopporta” (1 Cor 13, 4-7).

settore”, accanto all’impresa sociale e alla cooperazione, come stabilito dal Codice del Terzo Settore (D. Lgs. n. 117/2017). Quest’ultimo ha ridefinito il quadro normativo degli enti del terzo settore, riconoscendo esplicitamente il valore sussidiario del volontariato e il suo contributo essenziale allo sviluppo umano e sociale del Paese (Cotturri & Zamagni, 2018).

Attualmente, in Italia si contano circa 5,5 milioni di volontari, di cui 3,3 milioni operano all’interno di organizzazioni strutturate – quali Croce Rossa Italiana, Emergency, Caritas, Misericordie e altre – mentre i restanti agiscono in forma meno formalizzata. Questo dato riflette la continua espansione di una cultura della solidarietà, che coinvolge non solo persone in età adulta e avanzata, ma anche fasce sempre più giovani della popolazione, particolarmente sensibili a temi come l’ambiente, i diritti civili, la giustizia sociale e la sostenibilità (Istat, 2022). È interessante notare come il volontariato giovanile spesso non nasca tanto da un retaggio familiare, quanto da una ricerca attiva di senso, appartenenza e contributo, fattori pienamente coerenti con la dimensione finalistica dell’agire umano postulata da Alfred Adler (1927/1994).

Il periodo pandemico ha rappresentato un banco di prova decisivo per il mondo del volontariato. La crisi sanitaria ha esacerbato le disuguaglianze e al tempo stesso ha evidenziato il ruolo insostituibile delle reti informali di aiuto. In risposta alla necessità di mantenere la connessione sociale in condizioni di isolamento, si è assistito a un potenziamento del volontariato digitale e a distanza. Questa trasformazione, lungi dall’essere una mera risposta emergenziale, ha introdotto nuove forme di prossimità e coesione sociale, dimostrando ancora una volta come il bisogno di “sentirsi utili” non sia un impulso accessorio, bensì un bisogno psicologico fondamentale (Baumeister & Leary, 1995), strettamente connesso all’autoaffermazione e all’autotrascendenza di cui parlava anche Viktor Frankl (1985), in un’ottica parzialmente convergente con quella adleriana.

Tra Sé ideale e sentimento sociale: le dinamiche interiori del volontariato

Nel quadro della Psicologia Individuale Comparata, il volontariato può dunque essere letto come manifestazione concreta del *Gemeinschaftsgefühl*, ovvero di quella disposizione profonda all’integrazione sociale e alla cooperazione. Come sottolineava Adler (1933/1990), il sentimento sociale non è un optional, bensì la manifestazione di una personalità evoluta, capace di trascendere i propri bisogni egocentrici per orientarsi verso finalità comunitarie. In tal senso, chi si dedica al volontariato, non solo aiuta gli altri, ma realizza anche una propria evoluzione psichica, diventando un “essere umano completo” nel senso più etico del termine (Ansbacher & Ansbacher, 1956).

Un quesito di rilevante interesse psicologico ed etico, soprattutto all’interno della cornice della Psicologia Individuale di Alfred Adler, è il seguente: che cosa ci spinge a divenire soggetti attori nella dimensione dell’aiuto? Qual è il Sé che si attiva quando decidiamo di donare il nostro tempo,

le nostre competenze, la nostra energia? E cosa, esattamente, portiamo di noi stessi nell'atto del volontariato? Queste domande, se accolte con l'attenzione dovuta alla loro complessità, aprono lo spazio per una riflessione profonda sulla motivazione individuale, sull'etica della cura e sul senso del Sé-in-relazione.

Secondo la prospettiva psicodinamica adleriana, l'essere umano è, per sua struttura, un essere profondamente sociale; non si tratta di una semplice predisposizione, ma di un fondamento costitutivo della psiche. Alfred Adler (1933/1990) definisce il *Gemeinschaftsgefühl*, come l'indice più elevato di maturità e benessere psicologico: è l'attitudine a percepire se stessi come parte integrante dell'umanità e a contribuire attivamente al benessere collettivo. In quest'ottica, ogni azione individuale non è mai completamente isolata o autoreferenziale, ma si configura come espressione, consapevole o meno, di una tensione verso l'Altro (Ansbacher & Ansbacher, 1956).

Nel contesto del volontariato, questa tensione si manifesta in forma concreta: l'individuo, agendo in modo gratuito, porta non solo ciò che possiede, ma ciò che è. Porta con sé la propria narrazione biografica, le cicatrici invisibili dei vissuti infantili, lo stile di vita – inteso in senso adleriano come modalità unica e coerente di affrontare il mondo (Adler, 1929/1979) – e, spesso, anche le sue aree irrisolte. Per molte persone, il volontariato rappresenta non solo un'opportunità per contribuire, ma anche un cammino verso la costruzione di senso, appartenenza e identità. Esso può fungere da catalizzatore evolutivo per la realizzazione di un Sé capace di trascendersi, in linea con l'idea adleriana di “auto-superamento” (*Selbstüberwindung*) come motore della crescita personale.

Tuttavia, la motivazione all'aiuto non è sempre limpida, né esente da ambiguità. L'altruismo può talvolta celare bisogni profondi di riparazione narcisistica. Alcuni individui si impegnano nel volontariato mossi da una spinta inconscia a colmare ferite dell'Io, a riparare esperienze precoci di esclusione, svalutazione o abbandono, oppure a ottenere approvazione e riconoscimento sociali. In questi casi, il volontariato diventa un dispositivo di compensazione psichica, in cui l'azione solidale è funzionale alla costruzione di un'immagine idealizzata di sé, spesso grandiosa, funzionale al mantenimento dell'autostima (Kernberg, 1975; Kohut, 1977).

L'approccio adleriano fornisce strumenti teorici e clinici utili per leggere e comprendere queste dinamiche. Il comportamento umano, secondo Adler (1930/1975), è sempre orientato da una finalità soggettiva, spesso inconscia, che riflette il cosiddetto “Sé ideale”. Questo costrutto rappresenta una meta fittizia costruita per compensare il sentimento d'inferiorità, che Adler considera una condizione fisiologica universale dell'essere umano. Il sentimento d'inferiorità, se riconosciuto e integrato, può fungere da stimolo allo sviluppo; ma se negato o eccessivamente amplificato può evolvere in complesso d'inferiorità, dando luogo a forme distorte di autorealizzazione (Adler, 1927/1994).

In questa cornice, il volontario spinto da un complesso d'inferiorità potrebbe agire non tanto per autentico sentimento sociale, quanto per un bisogno inconscio di accrescere il proprio valore percepito. Il rischio è che l'azione di aiuto si trasformi in una "pulsione alla superiorità" mascherata da altruismo, in cui l'altro diventa uno specchio narcisistico per confermare la propria identità idealizzata. Questo meccanismo è noto anche nella letteratura psicodinamica contemporanea come "altruismo reattivo" (Zelizer, 2017), dove l'impegno sociale risponde più al bisogno di riparare un Sé ferito, che a un'autentica apertura empatica.

In ambito clinico e formativo diventa dunque fondamentale distinguere tra motivazioni autentiche e compensative, non per giudicare o screditare l'impegno del volontario, bensì per accompagnarlo verso una maggiore consapevolezza di sé, dei propri desideri e dei propri limiti. Lavorare con gruppi di volontariato da una prospettiva adleriana implica valorizzare il *Gemeinschaftsgefühl*, ma anche osservare con attenzione il modo in cui ogni individuo si relaziona al gruppo, agli utenti e alla propria funzione. La supervisione psicologica, l'autoosservazione guidata e la formazione continua diventano strumenti fondamentali per prevenire il rischio di burnout, disillusione e dipendenza affettiva dall'azione di aiuto (Maslach & Leiter, 2016).

In sintesi, il volontariato rappresenta un laboratorio privilegiato per esplorare la relazione tra il Sé e l'Altro, tra la spinta individuale alla significatività e il bisogno collettivo di cura. All'interno della cornice teorica adleriana, esso può essere inteso come uno degli scenari in cui si giocano le dinamiche più profonde della personalità, rivelando al tempo stesso il potenziale trasformativo della connessione umana e la delicatezza delle motivazioni che la sostengono.

Quando le motivazioni narcisistiche assumono una posizione dominante rispetto alla spinta autentica verso il sentimento sociale, si manifestano frequentemente tensioni sottili ma persistenti all'interno dei gruppi di volontariato. Il bisogno inconscio di essere al centro dell'attenzione, la difficoltà ad accettare il confronto critico o la frustrazione del limite, la tendenza a imporsi sulle decisioni collettive o a esibire il proprio impegno con modalità autocelebrative, sono tutte espressioni di una matrice psichica che ha a che fare più con la necessità di rafforzare il Sé grandioso, che con una reale disposizione all'incontro con l'altro. Tali dinamiche possono minare lentamente, ma in modo sostanziale, la coesione e la funzionalità del gruppo, generando microfratture relazionali, polarizzazioni interne, sentimenti di disaffezione e di sfiducia, soprattutto tra i membri più sensibili o meno assertivi.

Un aspetto ancor più complesso e critico si manifesta nel delicato rapporto che il volontario instaura con l'utenza, rapporto che costituisce il fulcro stesso dell'esperienza di aiuto. Quando il volontario si identifica profondamente con un'immagine idealizzata e salvifica di sé, e orienta il proprio investimento emotivo e comportamentale nel bisogno altrui non attraverso un'empatia autentica e disinteressata, ma piuttosto come mezzo per confermare e rafforzare la propria

autostima e il proprio valore personale, la relazione d'aiuto si trasforma radicalmente. Essa perde la sua essenza originaria, che dovrebbe essere caratterizzata da una qualità asimmetrica e gratuita, propria del dono altruistico, per assumere la forma di un'interazione intrisa di dinamiche narcisistiche, nelle quali l'altro – il soggetto destinatario del gesto di volontariato – viene in realtà relegato a mero strumento funzionale, un "palco" su cui il volontario interpreta la parte dell'eroe, del salvatore, del dispensatore di bene.

In questa dinamica, profondamente radicata nell'inconscio, l'utente non è più considerato come un individuo autonomo e portatore di bisogni autentici, ma si trasforma inconsapevolmente in un oggetto, un'entità funzionale al bisogno di autoaffermazione del volontario. Tale riduzione rischia di compromettere non soltanto l'efficacia concreta dell'azione di aiuto, ma anche la dignità e il riconoscimento pieno dell'altro come persona. Il rapporto perde così la sua autenticità e la sua capacità di promuovere un reale cambiamento, sia nel volontario che nell'utente, divenendo piuttosto un palcoscenico su cui si recita una messinscena emotiva e relazionale.

Alfred Adler, nel suo lavoro pionieristico sulla psicologia individuale, osservava come la spinta alla superiorità – intesa non come dominio sugli altri, ma come desiderio innato di realizzazione e perfezionamento personale – possa manifestarsi sotto molteplici forme. Alcune di queste, benché socialmente accettate e persino lodate, come il volontariato o le attività filantropiche, non sono per questo esenti da rischi di disfunzionalità psicologica, soprattutto se guidate da motivazioni inconscie non del tutto trasparenti. Adler sottolineava come la "tendenza alla superiorità" possa trasformarsi in un complesso quando si basa su un sentimento di inferiorità non risolto, dando così origine a comportamenti compensatori che celano in realtà insicurezze profonde.

La chiave interpretativa, quindi, non risiede semplicemente nel gesto sociale in sé, ma nell'intenzionalità che lo anima. Un atto di volontariato diventa autentico e socialmente significativo quando nasce dalla consapevolezza e dall'apertura all'altro, senza aspettative di riconoscimento personale o gratificazione narcisistica. Al contrario, quando tale gesto è motivato dalla necessità di colmare vuoti interiori, di guadagnare prestigio o di costruire un'immagine grandiosa di sé, esso si configura come una forma sottile di compensazione egocentrica, che rischia di compromettere sia la relazione d'aiuto che la crescita personale del volontario.

Questa distinzione è fondamentale non solo per comprendere le dinamiche interne ai gruppi di volontariato, ma anche per progettare interventi formativi e supervisivi che promuovano una maggiore consapevolezza delle motivazioni profonde. Solo attraverso un lavoro di riflessione critica e di presa di coscienza, il volontario può sviluppare un equilibrio tra il bisogno di affermazione personale e la vocazione autentica all'aiuto, preservando così la qualità e la dignità della relazione con l'utenza, e contribuendo efficacemente al benessere della comunità.

Tali dinamiche sono spesso difficili da intercettare nella fase di ingresso del volontario nell'organizzazione. I processi di selezione, se presenti, si limitano sovente a una valutazione delle disponibilità logistiche o delle competenze tecniche, tralasciando una reale indagine motivazionale. Ciò è comprensibile se si considera il fabbisogno costante di risorse umane nel terzo settore, ma rischia di esporre i gruppi a derive disfunzionali, laddove manchino spazi strutturati per l'elaborazione delle dinamiche interne.

L'approccio adleriano offre qui un contributo teorico e pratico di grande valore. Secondo la Psicologia Individuale, l'essere umano non agisce mai in modo neutro o decontestualizzato: ogni comportamento ha una finalità, esplicita o implicita, e ogni scelta è orientata verso una meta soggettiva (Adler, 1933/1990). Quando il volontariato è motivato da un bisogno di riscatto personale, da una ferita narcisistica o da un desiderio inconscio di superiorità morale, è probabile che le relazioni che ne derivano siano segnate da ambivalenza e che il soggetto resti vulnerabile a dinamiche di frustrazione, competizione e isolamento.

Un esempio clinico può aiutare a rendere più chiaro questo processo: una donna di 42 anni, che chiameremo Marta, si presenta in terapia dopo un periodo di forte demotivazione legato alla sua attività di volontaria presso un'associazione che si occupa di assistenza ai senzatetto. Pur essendo da anni coinvolta con dedizione, Marta riferisce di sentirsi progressivamente frustrata, poco considerata dai coordinatori e spesso in contrasto con gli altri volontari. Durante il percorso terapeutico, emerge una storia personale segnata da trascuratezza emotiva da parte dei genitori e da un forte bisogno di riconoscimento. L'impegno nel volontariato, inizialmente vissuto come occasione di "restituzione" e di significato, si era trasformato nel tempo in una ricerca insistente di gratificazione esterna. Il bisogno dell'altro diventava per lei una conferma del proprio valore e ogni ostacolo alla sua funzione salvifica (un'osservazione critica, una decisione non condivisa) veniva vissuto come un attacco al proprio Sé. Il lavoro terapeutico ha potuto aiutare Marta a riconoscere le motivazioni profonde che la spingevano ad agire e a recuperare, in modo graduale, un senso più autentico del suo gesto, liberandolo dalla necessità di conferma e restituendolo alla logica della cooperazione.

Questo caso evidenzia la necessità di un lavoro formativo continuo e profondo sui volontari, specialmente nei contesti in cui la relazione di aiuto ha un forte impatto emotivo. La Psicologia Individuale sottolinea che il sentimento sociale non è una predisposizione automatica, ma una conquista evolutiva, frutto di una crescita interiore che implica la capacità di decentrarsi, di mettersi nei panni dell'altro e di contribuire al benessere collettivo senza secondi fini. Per questo motivo, non si tratta di escludere chi mostra tratti narcisistici, ma di offrire percorsi che aiutino a riconoscerli, integrarli, trasformarli.

La formazione del volontario, secondo questa prospettiva, dovrebbe includere:

- momenti di riflessione autobiografica e narrativa sulle motivazioni personali;
- spazi di supervisione psicologica individuale e di gruppo;
- laboratori esperienziali in cui si esplorano temi come il potere, il riconoscimento, la vulnerabilità, la cooperazione e il limite;
- percorsi di educazione relazionale e gestione dei conflitti;
- occasioni di confronto con i pari, in un clima che favorisca il rispecchiamento, l'empatia e la decostruzione delle difese narcisistiche.

In questo senso, si può parlare di una vera e propria pedagogia del sentimento sociale, che riconosce il valore trasformativo del volontariato non solo per l'utente, ma anche per il volontario stesso. L'impegno gratuito, infatti, se vissuto con consapevolezza e autenticità, può diventare una via di elaborazione e di crescita del Sé, dove le ferite non vengono negate, ma riconosciute e orientate verso il bene comune. Adler (1933/1990) parlava in questi termini della trasformazione del dolore in contributo, sottolineando come la sofferenza personale, se compresa e integrata, possa diventare la base per una solidarietà profonda e matura.

Infine, è utile introdurre e valorizzare il concetto di "compensazione sana". In questa prospettiva, la tensione a superare le proprie fragilità non è negata né patologizzata, ma accompagnata e guidata affinché si sviluppi in forme costruttive. Una compensazione sana si distingue perché è permeata dal sentimento sociale, si apre al dialogo, accetta il limite, è disponibile alla revisione. L'obiettivo non è dunque espellere la soggettività dal gesto volontario, ma educarla a un'etica della responsabilità relazionale, in cui il Sé si realizza nella connessione e nella cooperazione, non nella supremazia o nell'ideale salvifico.

In conclusione, il volontariato può rappresentare un'occasione preziosa per la realizzazione del Sé e per l'attivazione di percorsi di cambiamento interiore, a condizione che venga sostenuto da una cultura organizzativa fondata sul pensiero critico, sulla supervisione, sulla formazione permanente e su un impianto valoriale che non tema di interrogare le motivazioni profonde del gesto solidale. In questo senso, l'eredità adleriana ci offre strumenti teorici e operativi di straordinaria attualità, capaci di coniugare rigore psicodinamico, visione comunitaria e responsabilità etica.

Cartografia interiore del volontario: una guida alla riflessione sul Sé in azione

Guida di auto-riflessione per il volontario consapevole. Un invito al viaggio interiore prima di ogni gesto verso l'altro.

Intraprendere un'esperienza di volontariato significa, prima di tutto, incontrare se stessi. Spesso si pensa che aiutare gli altri sia un'attività rivolta all'esterno, ma in realtà ogni gesto di altruismo mette in gioco parti profonde della nostra identità. Ecco perché è fondamentale, soprattutto nei contesti

di relazione d'aiuto, interrogare con sincerità e coraggio le proprie motivazioni, le proprie fragilità e le proprie risorse.

Quella che segue è una mappa interiore articolata in sette aree fondamentali, ispirata a una visione integrata della mente e del Sé. Ogni area è accompagnata da una domanda guida: uno specchio attraverso cui osservarsi, senza giudizio ma con onestà. Questo strumento non ha l'ambizione di valutare, ma di accompagnare: ogni risposta sincera è già un primo passo verso la consapevolezza.

1. La mente che pensa (Area cognitiva)

È la sede del pensiero razionale: interpreta la realtà, elabora significati, prende decisioni, immagina scenari, ricorda e progetta. Le nostre convinzioni e interpretazioni modellano il modo in cui percepiamo il mondo e noi stessi.

✓ Domanda guida: "Come interpreto ciò che mi accade?"

Spunto riflessivo: Ti capita di sentirti spesso vittima delle situazioni, oppure riesci a cogliere un significato nelle difficoltà? Che tipo di pensieri emergono quando ti relazioni con chi ha bisogno?

2. La mente che sente (Area emotiva o affettiva)

È il cuore pulsante della nostra esperienza. Qui vivono le emozioni, i sentimenti, le sensazioni corporee che accompagnano ogni scelta. Riconoscere e regolare le emozioni è fondamentale per non agire in modo reattivo, ma coerente con i propri valori.

✓ Domanda guida: "Cosa provo in questo momento?"

Spunto riflessivo: Riesci a distinguere tra ciò che senti per l'altro e ciò che quell'altro risveglia dentro di te? Come vivi la gratitudine, il rifiuto, l'impotenza?

3. La mente che agisce (Area comportamentale)

È il luogo della reazione, dell'abitudine e dell'efficacia. Qui si manifesta ciò che siamo, attraverso il corpo, i gesti, le scelte quotidiane. Le nostre azioni raccontano molto più delle nostre intenzioni.

✓ Domanda guida: "Come rispondo al mondo che mi circonda?"

Spunto riflessivo: Agisci per dovere, per bisogno di riconoscimento o per piacere autentico? Riesci a fermarti quando senti di aver superato il limite?

4. La mente che si relaziona (Area relazionale e sociale)

Questa mente crea legami, entra in empatia, affronta i conflitti, sperimenta il senso di appartenenza o l'isolamento. Secondo Adler, è proprio il sentimento sociale che distingue l'individuo maturo da quello centrato sul proprio mondo interno.

✓ Domanda guida: "Come mi sento quando sono con gli altri?"

Spunto riflessivo: Vivi i rapporti in modo cooperativo o competitivo? Cosa provi quando qualcuno riceve più riconoscimento di te? Sai affidarti o tendi a controllare?

5. La mente che desidera e spera (Area motivazionale ed esistenziale)

Qui dimorano i valori, i desideri, il bisogno di realizzazione e la tensione verso un senso. Il volontariato non è solo un'attività, ma anche una ricerca: di giustizia, di connessione, di significato.

✓ Domanda guida: “Cosa dà significato alla mia vita?”

Spunto riflessivo: Qual è il tuo bisogno profondo? Essere utile? Essere visto? Appartenere? Lasciare un segno? In che modo il tuo gesto solidale risponde a questa esigenza?

6. La mente che si racconta (Area dell'identità e del Sé)

Qui costruisci il tuo racconto di vita. Ogni essere umano ha bisogno di sentirsi coerente nel tempo, anche se cambia. Il modo in cui narri la tua storia influenza la tua capacità di trovare senso nelle esperienze.

✓ Domanda guida: “Che racconto faccio di me stesso?”

Spunto riflessivo: Ti vedi come una persona generosa o come una che deve sempre dimostrare qualcosa? Il volontariato è parte di una narrazione di riscatto, di compensazione o di evoluzione?

7. La mente che non si vede (Area inconscia)

È la dimensione profonda, misteriosa, dove agiscono le dinamiche psichiche meno accessibili: ferite infantili, desideri rimossi, modelli relazionali interiorizzati. Proprio qui nascono spesso le motivazioni più forti, anche quelle che non sappiamo di avere.

✓ Domanda guida: “Cosa di me mi sfugge, ma continua a parlarmi tra le righe?”

Spunto riflessivo: Ti sei mai chiesto perché proprio quel tipo di disagio ti attira? Perché alcune situazioni ti coinvolgono più di altre? Quale parte di te cerchi di guarire aiutando gli altri?

Il dono che trasforma

Quando scegliamo di donare una parte del nostro tempo, delle nostre competenze, della nostra presenza, non offriamo solo un aiuto: ci esponiamo a una trasformazione. Nessun gesto è mai a senso unico. Ogni incontro ci cambia, ogni relazione ci plasma. Il volontariato diventa così una palestra di umanità, un'esperienza formativa che coinvolge l'intero Sé.

Nella Lettera ai Romani l'apostolo San Paolo scriveva: «Non abbiate alcun debito verso gli altri se non quello dell'amore reciproco» (**Rm 13,8**).

In queste parole si cela una verità esistenziale di straordinaria forza, capace di aprirci al significato più profondo del volontariato. Al di là delle appartenenze religiose o della laicità, si tratta di un principio che parla direttamente alla condizione umana, radicato nella nostra stessa natura. In tale ottica, infatti, il volontariato si configura non soltanto come uno strumento operativo finalizzato a rispondere a esigenze sociali contingenti, ma si eleva a vera e propria pratica trasformativa, un laboratorio esistenziale in cui si forgia e si coltiva il sentimento sociale.

Esso rappresenta un terreno fertile nel quale è possibile superare la prigionia dell'egocentrismo, una dimensione in cui la narrazione individuale, spesso dominata da preoccupazioni e interessi

personali, si apre alla relazione, al dono e alla condivisione. Qui, la storia personale si orienta verso un bene più ampio e condiviso, capace di generare una ricchezza che trascende l'individualità, coinvolgendo in modo profondo e autentico tanto chi offre il proprio tempo e le proprie energie, quanto chi riceve.

Il gesto volontario diviene dunque un atto di creazione di senso, una forma di azione etica che riconosce nell'altro non un semplice destinatario di aiuto, ma un soggetto con cui instaurare un legame di reciproca umanità. In questo processo, il volontario sperimenta una crescita interiore che sfugge a ogni logica utilitaristica: il dono non è mai mera transazione, ma occasione per riflettere sul proprio essere e sul proprio ruolo nel mondo.

Forse, in fondo, è proprio in questa dinamica che risiede il segreto più profondo della gioia umana: la sensazione di essere parte integrante di un tessuto sociale vivo, la consapevolezza di contribuire con autenticità al benessere collettivo, la realizzazione di un'esistenza che non si limita a subire il fluire degli eventi, ma si fa protagonista responsabile e generosa.

Essere umani insieme significa allora non solo condividere uno spazio fisico o sociale, ma partecipare con pienezza alla trama delle relazioni che ci definiscono, aprendoci alla bellezza e alla complessità dell'incontro con l'altro. In questa dimensione, il volontariato si pone come una palestra di vita, un crocevia in cui si intrecciano crescita personale, impegno civile e realizzazione di un'autentica dimensione comunitaria.

Questo cammino trasformativo, che il volontariato propone, si radica profondamente in una concezione dell'essere umano come ente essenzialmente relazionale, la cui identità si definisce e si compie soltanto attraverso l'incontro e lo scambio con gli altri. In quest'ottica, donare se stessi non è un semplice atto di generosità occasionale, ma una scelta esistenziale che interpella la dimensione più profonda del Sé, riconducendolo a quella tensione originaria che Alfred Adler definiva come "senso di comunità".

Il senso di comunità, infatti, si manifesta come una forza vitale capace di orientare il singolo verso l'azione consapevole e responsabile, andando oltre i confini dell'interesse personale e abbracciando l'orizzonte più ampio del bene comune. Attraverso questa lente, il volontariato diviene uno strumento di emancipazione personale e sociale, uno spazio nel quale è possibile riconoscere e superare le fragilità individuali, trasformandole in risorse di valore collettivo.

Inoltre, il gesto disinteressato si configura come un atto di resistenza contro le logiche di alienazione e frammentazione tipiche della società contemporanea, spesso dominata da una visione utilitaristica e competitiva delle relazioni umane. Il volontariato, in questo senso, si erge come un baluardo di umanità, un luogo di recupero di quei legami autentici che alimentano la coesione sociale e rinsaldano il tessuto comunitario.

Non è dunque un caso che molte riflessioni filosofiche e psicologiche abbiano individuato nella capacità di donare senza attesa di ritorno un elemento centrale per la costruzione di una vita piena e significativa. Come suggeriva Viktor Frankl, la libertà ultima non consiste nella semplice autonomia, ma nella capacità di scegliere con consapevolezza di impegnarsi per qualcosa che trascende il proprio io, generando senso e valore.

Questa dimensione del volontariato, pertanto, invita a una profonda revisione del concetto stesso di libertà, intesa non come fuga dall'altro o dall'impegno, ma come assunzione responsabile della propria appartenenza al mondo e alla comunità. In essa si cela la possibilità di sperimentare una forma di felicità autentica, fondata sul riconoscimento reciproco e sulla condivisione del cammino umano.

In definitiva, il volontariato rappresenta un invito a diventare non semplici spettatori della vita sociale, ma protagonisti attivi, capaci di trasformare la propria esistenza e quella degli altri attraverso il dono sincero di sé. Ed è in questa tensione, in questo impegno che si manifesta il volto più alto e nobile dell'umano, quello che trova nella gratuità e nella solidarietà la sua più autentica espressione.

Bibliografia

- Adler, A. (1933/1990). *Il senso della vita*. De Agostini.
- Adler, A. (1912/1950). *Il temperamento nervoso*. Astrolabio.
- Adler, A. (1927/1994). *La conoscenza dell'uomo*. Cortina.
- Adler, A. (1930/1975). *Psicologia dell'educazione*. Newton Compton.
- Adler, A. (1929/1979). *La psicologia individuale nella scuola*. Newton Compton.
- Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (a cura di). (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler: A Systematic Presentation in Selections from His Writings*. Harper & Row.
- Baumeister, R.F. & Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Bortolotti, A. (2007). *Volontariato e società*. Il Mulino.
- Cotturri, G. & Zamagni, S. (2018). *La riforma del Terzo settore: Una rivoluzione culturale*. Il Mulino.
- Donati, P. (2000). *Il paradigma sociologico relazionale*. FrancoAngeli.
- Frankl, V.E. (1985). *Man's Search for Meaning*. Washington Square Press.

- Istat. (2022). *Censimento permanente delle istituzioni non profit – Anno 2021*. <https://www.istat.it/>
- Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Jason Aronson.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. International Universities Press.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (2016). *Burnout: Come riconoscerlo e affrontarlo*. FrancoAngeli.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (1991). *Legge quadro sul volontariato n. 266/1991*. Gazzetta Ufficiale.
- Repubblica Italiana. (2017). *Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117 – Codice del Terzo Settore*. Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 179.
- Zelizer, V.A. (2017). *The Social Meaning of Money: Pin Money, Paychecks, Poor Relief, and Other Currencies*. Princeton University Press.

An Adlerian reading of neurodivergence in child neuropsychiatry

by *Simone Ruggiano**

ABSTRACT (ENG)

This paper applies Alfred Adler's Individual Psychology to child and adolescent neuropsychiatry, based on clinical experience in an Italian public service, where many children and adolescents are referred for suspected specific learning disorders (SpLDs). Prescribed compensatory tools and educational supports help with academic difficulties and reduce school-related symptoms, but some individuals exhibit deeper psychological suffering, like feelings of inadequacy, discouragement, and impaired social connection. Integrating Adler's theories into assessment, feedback, treatment, can help the neurodivergent child to feel less inferior and more belonging, focussing on his strengths, and supporting a healthier psychological development during life cycle.

Keywords: adolescence, feeling of inferiority, social ties, social interest, neuropsychiatry

Una lettura adleriana della neurodivergenza in neuropsichiatria infantile

di *Simone Ruggiano*

ABSTRACT (ITA)

In questo articolo si applica la teoria della Psicologia Individuale di Alfred Adler alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, grazie all'esperienza clinica maturata nel servizio pubblico dove bambini e adolescenti vengono inviati per sospetti disturbi specifici dell'apprendimento. Le misure compensative e dispensative prescritte aiutano con le difficoltà scolastiche e riducono i sintomi legati alla scuola, ma alcuni individui mostrano segnali di sofferenza psichica come sentimenti di inferiorità, demotivazione, relazioni sociali carenti. Integrare le teorie di Adler nella diagnosi, nella restituzione, nel trattamento, può aiutare l'individuo neurodivergente a sentirsi parte di un tutto, meno inferiori agli altri, lavorando sui suoi punti di forza per supportare uno sviluppo psichico più bilanciato durante il ciclo di vita.

Parole chiave: adolescenza, sentimento di inferiorità, compiti vitali, sentimento sociale, neuropsichiatria

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

Introduction

As a trainee at the child neuropsychiatry service of Voghera (PV) and having already experienced the same reality during my post-graduate internship, I have been able to observe a large number of children, pre-adolescents, adolescents, and young adults, between the ages of 0 and 18. Most of them come to us due to school difficulties, lack of concentration and suspected neurodivergence. For these reasons, we start a diagnostic process consisting of cognitive tests, tests for specific learning disorders (SpLD), and assessments, so as to have an idea of how the patient can process information, learn it, and use it in the school environment and generalize the whole process and apply it later in life, for example in a work environment. Considering the whole educational process that children have to follow during their development, a learning disorder can be a risk factor for many reasons: for example, dyslexia can lead to school rejection (Herring, 2018) and increase the risk of drop-out (Lichtenstein & Zantal-Wiener, 1988). From a mental suffering point of view, on the other hand, SpLDs cause numerous frustrations (Gresham, MacMillan, & Bocian, 1997) that can manifest as false beliefs expressed in thoughts such as “I can’t do it, I know I’ll fail” (Hiebert, Wong, & Hunter, 1982). Dyslexia, taken here as an example, strongly correlates with other psychological disorders (Backer & Neuhäuser, 2003): logically, if we combine the natural difficulties experienced during the various transformative periods across the lifespan (0–18 years) with the extra effort these young people must make to achieve academic success, we really cannot imagine otherwise. Furthermore, neurodivergent development does not impact only the child but also the parents, who experience elevated levels of stress (Serafini, Amorotti, & Cavallini, 2025). In Italy, special needs education within the education system is clearly defined: as pupils with SpLDs are under the responsibility of teachers, the Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca (MIUR) [*Ministry of Education, Universities and Research*] has issued guidelines to help schools support students with SpLDs in their educational path. In particular, schools shall put in place specific pedagogical and educational measures to guarantee the success of their students, as well as personalised educational plans and the option to use additional support tools and measures, such as audiobooks, calculators, computer use for writing, concept maps.

The intervention of child neuropsychiatry occurs after a diagnosis has been made, prescribing educational aids to help reduce the academic difficulties and allow the student to understand the task presented to the whole class, helping them feel on par with their peers and adequate for the task requirements. In other cases, with severe intellectual disabilities, a support teacher is prescribed, who can dedicate classroom time to help and educate the student with cognitive challenges. These aids are usually sufficient to ensure that the aforementioned academic frustrations disappear.

More and more often, an assessment request arrives in the child neuropsychiatry department to check for school difficulties, but then a completely different type of suffering emerges during the interviews. In such cases, the diagnostic process is modified and projective tests are administered according to age, such as children apperception test (Bellak & Bellak, 1949), thematic apperception test (Murray, 1943), and the Rorschach inkblot test (Vernon, 1933); symptom scales like the symptom checklist-90 (Holi et al., 2003); or personality tests such as the Minnesota Multiphasic Personality Inventory - Adolescent (Archer, 2005), to get an idea of the personological functioning of the individual. After a team discussion, a formulation of a possible diagnosis, and its delivery to the parents, we propose to provide psychological care.

In this paper, I aim to explore how Adler's Comparative Individual Psychology, in particular those about social interest, feeling of inferiority and that of social ties, can offer a way to understand the delicate transition from adolescence to adulthood in the context of child neuropsychiatry and be applied in a social and health service where patients' developmental paths often deviate from the normal trajectories of neurodevelopment, becoming a risk factor for healthy psychological development.

1. From child's feeling of inferiority to adolescence, social interest and social ties

Within the framework of the Adlerian system, the human being is considered to be an active, intentional and purpose-oriented organism. According to Adler (1931), we can only get an idea of an individual if we know the structure of their existential problems and how he intends to solve them. We monitor whether these problems are being addressed by the patient, if they hesitate, if they try to circumvent the problems by creating pretexts, or if they solve them in whole, in part or leave them unresolved.

1.1 Feeling of inferiority

“The struggle to rise from an inferior position to a superior position, from defeat to victory, from below to above. It begins in our earliest childhood; it continues to the end of our lives” (Adler, 1931, pp. 197-198).

The concept of inferiority in Adler's theoretical framework originates by the notion of organic inferiority, where an organ develops differently from how it normally should, for example malforming or developing slower compared to otherwise a normal organ (Ansbacher & Ansbacher, 1964). Having an inferior organ leads to compensation from a medical point of view: for example, another organ could compensate the inferior one, or the whole physical structure could

compensate for it (Ansbacher & Ansbacher, 1964). This concept, originally, was considered only in a medical way for actual physical organs, but later in his work he extends it also to the psychological sphere of life, defining it as inferiority feeling and in the crystallized clinical way of inferiority complex (Adler, 1931).

Adler (1931) tells us that everyone goes through an inferiority feeling, since we all live and go through some positions of inferiority that we seek to improve, and we achieve that by improving our situation: we cannot bear a feeling of inferiority for too long, because being inferior brings a tension that we seek to relief through action. This process of overcoming the feeling of inferiority could go wrong, when instead of focusing on realistic goals, the individual fixates on achieving a superiority state, that will lead him to show the others he is dealing with his situation, tricking himself in believing that he is superior instead of objectively doing something to sort his problem (Adler, 1931). For example, an individual who thinks that he is weak could bring himself into some circumstances where he feels strong, but not actually overcoming the issue to achieve a state where he becomes actually stronger, instead just to appear stronger in his own eyes (Adler, 1931): this can be referred to as private logic, where the neurotic individual perceives reality differently from the way most people do, basically against the common sense (Oberst & Stewart, 2014).

Feeling of inferiority is normal and a necessary part of human development, it drives the child psychology: the infant is weak, because it needs to rely on other individuals to grow up, and it needs it for many years until he is able to provide for himself and give his contribution to society living his social ties (Adler, 1931). Whether this natural inferiority becomes a healthy motivation, or a source of discouragement depends largely on the environment: in the beginning, it is between the mother-child relationship, and later in life, education (Adler, 1931; 1963).

In the end, the psychological objective of childhood is to overcome the sense of inferiority, which, thanks to the encouragement from the family and a good family and school education, will give rise to the feeling of belonging to the human community and therefore, developing what Adler calls social interest (Adler, 1931).

1.2 Social interest

What does Adler mean by social interest? “The first signs of the innate social interest appear, the organically determined impulses of affection blossom forth, and lead the child to seek the proximity of adults. One can always observe that the child directs impulses of affection towards others and not towards himself” (Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 138). Basically, Adler (Ansbacher & Ansbacher, 1964) argues that social interest is an innate predisposition: this innate tendency to cooperate would originally manifest itself in the mother-child relationship, because the mother is

the first figure the child experiences, and the earliest opportunity for the newborn to begin to develop this innate capacity.

Education plays a key role in stimulating the development of social interest: in mother-child interactions, mothers may create various difficulties for the healthy development of social interest, relating to them in a deprivative or overprotective way; in maternal overprotection, the child will be accustomed to a world that does not exist, will be deprived of any possibility of evolving and will not acquire the ability to cooperate, as it will develop egocentric tendencies believing that everything is due to it; this style of education is referred to by Adler as pampering (Adler, 1931). The opposite is instead a neglectful education, where the child finds himself deprived from a relational point of view because they are abandoned to themselves (Adler, 1931). A further threat to the proper development of social interest is organic inferiority: in the event of an illness, the child observes the reaction of the parents to their ailment and could, for example, notice and exploit maternal anxieties by exaggerating their symptoms, getting spoiled and exempted from cooperation (Adler, 1931). Growing up, the child will come into contact with the three great problems of life that need a strong social interest to be best addressed: if you have not been educated to love, you will be able to observe antisocial behaviour and negative attitudes in general, while those who have been educated and have matured a good social feeling will work for the benefit of collective well-being (Adler, 1931).

In *The problem child*, Adler (1963) describes children apparently well adapted to the family and school context, but this adaptation is a failure in which new challenges in life are encountered, for example in peer groups, a sign that their lifestyle does not take into account social cooperation. In essence, the family is the first social laboratory, where the child can experience a sense of belonging, solidarity and cooperation, which will merge into the future social tie of love: by creating an encouraging environment, the child will feel supported, accepted, and able to contribute to the family, developing confidence in themselves and in others. Growing up in a discouraging environment, whether competitive or overprotective, could instead develop a feeling of inferiority that leads to self-centred compensation (Adler, 1963). Schools and educational environments will later be the first experience of society outside the family, which will be configured in the future social tie of work; the child will experience that their success depends not only on their performance, but also on cooperation and interaction with its peers based on mutual respect. A school environment that fosters this also fosters the development of social interest, while a performance-focused school environment risks undermining their development and allow the emergence of problems (Adler, 1963). The friendship that the child establishes at school with their peers, the sharing of spaces and games, will in the future become the social tie of friendship (Adler, 1931).

According to Adler (1931), the child can overcome these three negative factors (pampering upbringing, neglectful education, and feeling of inferiority) with their creative power, their judgment and their intuition.

1.3 Social ties

According to Adler (1931), the problems of life could be traced back to three great problems: work, love, and friendship; these are referred to by Adler as social ties, or life tasks. According to Adler – in the collection of Adler texts edited by Ansbacher and Ansbacher (1964) – these three problems are what adults face on a daily basis, and the way they get addressed reflects our way of life as they are extremely interconnected to one another, since the resolution of one helps the resolution of the other; needless to say, these are often unconscious (Adler, 1931; Ansbacher & Ansbacher, 1964).

Adler, in Ansbacher and Ansbacher (1964), states that these three issues are what individuals must face daily, and the way they are addressed reflects our lifestyle because they are highly interconnected: solving one helps in solving the others.

In particular:

Work and the capacity that enables us to contribute productively to society, fostering its progress and development (Ansbacher & Ansbacher, 1964).

Friendship and the ability to cooperate and live in a community, because and we must always take into account the existence of others and thanks to this that man can either gather and collaborate with others to divide the work (Ansbacher & Ansbacher, 1964).

Finally, love and capacity that allows us to establish long-lasting intimate relationships and to advance our species (Ansbacher & Ansbacher, 1964).

In order to best address each of these issues, the individual must be endowed with a certain degree of social interest and the outcome of the attempt to solve these problems depends on it. (Adler, 1931).

In the child, social ties are not yet distinguished in a mature way but exist only within family and school relationships (Adler, 1931).

1.4 Going through adolescence, according to Adler

All these processes remain consistent over time and are tested in the transition to adolescence, where the individual must fundamentally demonstrate one thing: they are not a child anymore (Adler, 1931).

Adler (1931) explains that adolescence is a well-known period of important physical changes, which generate tension and irritation and can afflict the entire nervous system.

From a relational point of view, what changes for the adolescent are the challenges of life they will face, and these new challenges will make the mistakes in their lifestyle more prominent, although they were always present and visible to a particularly trained eye (Adler, 1931). For example, some apparently obedient children are likely to have always been in opposition to their parents, but only adolescence, thanks to the strength and freedom acquired in this period allow them to show this opposition (Adler, 1931); the child who was pampered during his development and whom was expected a lot from, could fail in his studies and in his work (Adler, 1931); the child who was very promising, in adolescence could crumble under the expectations that he strives to meet (Adler, 1931).

Compared to the child, whose developmental task was to overcome the feeling of inferiority and building his social interest, the developmental task of the adolescent individual is to begin to build his personal social ties, work, friendship and love (Adler, 1931; 1963; Ansbacher & Ansbacher, 1964). According to Adler (1931), the risks and dangers of adolescence stem from inadequate preparation for the three social ties. The objective of growth is not passive adaptation, but to achieve cooperative participation in social life, so much so that neurotic symptoms would appear precisely when the preparation for social life of the adolescent individual is not adequate (Adler, 1931); every neurotic symptom works as a scapegoat to avoid a solution to life problems, without tackling the individual sense of superiority (Adler, 1931). On the other hand, if the child has been trained correctly in having social interest and feel a member of the society, adolescence will be the developmental process in which he will find a creative and personal solution to the problems of life, work, friendship and love, and will live in freedom (Adler, 1931).

The three problems of life, in adolescence, are the same ones of the adult individual, but they differ since they are starting to be figured out by the adolescent individual.

In particular:

Work and the development of competence through education, responsibilities and vocational aspirations; going from childhood dependency to useful contribution (Adler, 1931); to move forward this goal, the young individual could ask himself questions like *“what am I good at?”*, *“what can i contribute to?”*, *“what future can i build?”*.

Friendship and the development of social interest: Adler argued that this task is where social interest becomes most visibly expressed in daily life (Adler, 1931); peer groups become central, and the young individual learns cooperation, empathy, seeking and giving support.

Love, that Adler (1931) considered as the most demanding life task and the development of the ability to establish long-lasting intimate relationships: the young individual starts to explore

romantic relationships, emotional intimacy, sexuality and responsibility for another person's feelings.

As previously stated, working on the three problems of life will lead to failure if the individual has not developed a good amount of social interest, that remains the underlying principle that allows humankind to feel connected and contributing to society (Ansbacher & Ansbacher, 1964). Adolescence is the period where the individual actively shapes their personal values, their lifestyle (Adler, 1999) and how they choose to belong and contribute.

2. Child neuropsychiatry

Child neuropsychiatry is a public healthcare service, part of the mental health department of the Territorial Social-Health Agency (ASST) [*Azienda Socio-Sanitaria Territoriale*] of the province of Pavia. The mental health department also includes other services such as the SerD (addiction service), psychiatry, the family counselling centre, and the prison service.

Child neuropsychiatry is responsible for diagnosis and interventions aimed at the care and rehabilitation of developmental disorders, based on individualized plans. Psychiatric and psychological interviews are conducted, as well as rehabilitative treatment plans; these may be followed by certifications for school supports and special-education teachers.

The service's team includes various professionals such as neuropsychiatrists, psychologists, psychotherapists, social workers, neuropsychomotor therapists, speech therapists, physiotherapists, and administrative staff.

Child neuropsychiatry is a public service, therefore it is possible to interact with people from all cultures, languages, ages, and educational backgrounds: a fertile ground for a future Adlerian psychotherapist, since Adler had patients coming from all socioeconomic backgrounds (Ellenberger, 1970).

2.1 Patient acceptance

Patient acceptance is the first step a family takes to access neuropsychiatry services. Parents enrol their child in a waiting list, in which they are given an appointment. Based on the diagnostic request, the child is matched with the most appropriate professional figure. In some cases, multidisciplinary assessment and a multiprofessional treatment plan are carried out by various specialists working within the service.

The patient's request is clarified during the first visit. At this stage, the patient and caregivers must be welcomed and informed about who we are as a professional and what we work on, using

language appropriate to the individuals that we meet, to obtain informed consent. Because families come from very different heterogeneous backgrounds, it is essential to adjust our communication to their level of understanding, explain things clearly, and avoid overly technical terminology. This ensures they understand the services we are offering in the present, throughout the diagnostic process, and later on, when the diagnosis is eventually provided. After obtaining written informed consent, we open a clinical file and record the anamnestic interview: we ask caregivers about the child's developmental milestones, for example, when the child first walked or spoke, or when it stopped breastfeeding. We then address the core question: "What brings you here today?"

2.2 Clinical interviews: different types of assessment

The first clinical interview allows us to define the patient's request, and depending on the issue presented, the diagnostic process will follow different paths. Broadly speaking, four typical situations can be identified.

2.2.1 Referral from school

A child may be referred to child neuropsychiatry service by teachers, who fill a report called "R module" [*Modulo R*]. The R module describes the child's functioning in four different key areas: autonomy, language and learning, behaviour, social relationships; the psychologist can use this information to understand which domains may require further assessment. A global evaluation is then carried out using age-appropriate cognitive tests, such as WPPSI-III (Gordon, 2004), WISCIV (Kaufman et al., 2006) or WAIS-IV (Hartman, 2009); if the results of the cognitive test show uneven performance across the four cognitive domains, additional assessments for learning skills are administered, such as BDE-2 for dyscalculia (Biancardi, Nicoletti, & Bachmann, 2016) and MT-3 for reading and comprehension (Cornoldi & Carretti, 2016). Once all assessments have been completed – usually across multiple sessions – the psychologist reviews the scores, reflect on their implications, and provides feedback to the child and parents; if other professionals participated in the assessments, feedback is delivered jointly. Lastly, interpretation of results is presented, along with the eventual diagnosis, recommendations, and guidance on what to do next (e.g., contacting the disability commission to request a school support).

2.2.2 Parent-reported concerns

Parents may voice concerns about their child's behaviour and emotional difficulties (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; Treutler & Epkins, 2003), school absenteeism, relational problems, or challenges with emotional regulation, such as anxiety or depression (Angold et al., 1987; Comer & Kendall, 2004). Based on the difficulties described, we select the most suitable assessment instruments. In child neuropsychiatry, depending on the child's age, projective tests are administered such as children apperception test (Bellak & Bellak, 1949), thematic apperception test (Murray, 1943), and the Rorschach inkblot test (Vernon, 1933); symptom scales like the symptom checklist-90 (Holi et al., 2003); or personality tests such as the Minnesota Multiphasic Personality Inventory - Adolescent (Archer, 2005). All these tests are administered in order to explore the individual's personological functioning.

2.2.3 Cognitive and learning re-assessment (Operto et al., 2018)

According to the Italian laws, re-evaluations must be carried out for every study cycle. The previously mentioned cognitive and learning tests are re-administered, and the updated results are communicated to the patient. These results may differ from those obtained during the initial evaluation.

2.2.4 Neuropsychological diagnosis (Maijer et al., 2019)

Children and adolescents may seek help within the neuropsychiatry service due to personal distress, anxiety, depression, or other forms of psychological suffering; in other cases, patients request to begin sessions with a psychologist after receiving feedback from testing. Sometimes, once parents leave the room, a child who has come for cognitive testing may disclose issues such as domestic maltreatment or similar issues: these situations require reporting to child protective services or consultation with the social worker present in the child neuropsychiatry team. When a patient presents with bizarre thoughts or acute psychological distress, an urgent referral to the neuropsychiatrist is necessary. After stabilization through medication, psychological treatment can begin.

2.3 Giving feedback to patients and parents

Giving diagnostic feedback to patients and parents is a delicate part of the process in child neuropsychiatry.

When giving an SpLD feedback, such as dyslexia, parents must be reassured or warned about potential risks in case the matter is minimized. Pizzoli, Lami, Calmieri, and Solimando (2011) studies show that early diagnosis of dyslexia is a protective factor for better psychosocial adaptation and lower stress levels, and this has to be explained to the child and the parents to reassure them. Also, they are to be alerted of potential dangers: Mugnaini, Lassi, La Malfa, and Albertini (2009) research finds that dyslexic individuals are more at risk in developing internalizing anxious and depressive symptomatology, and these could carry onto the adult stage of life, as stated by Boetsch, Green, and Pennington (1996) studies.

Postal, Armstrong, et al. (2013) suggests ways on how to deliver diagnostic feedback in a way that patients and parents understands what the diagnosis means and how to act upon it after receiving it: they suggest building a relationship between all the people involved in the process, creating a therapeutic atmosphere, collaborating on recommendations, tailoring the language to cultural and developmental levels and lastly, using empathy. On the matter, Ackerman, Hilsenroth, Baity, and Blagys (2000) found that psychological assessment process may impact the patient's experience on receiving the feedback and that the assessment process also aids the development of a therapeutic alliance, that carries on in an early stage of psychotherapy. Tharinger et al. (2008) study suggest that a collaborative approach reduces shame, shifts family narratives from blame to understanding, increases hope and alliance, improves follow-through on recommendations.

3. Merging the Adlerian framework with child neuropsychiatry practice

Adler's theoretical framework clearly fits the child neuropsychiatry environment. Adler's theory proposes an holistic view of personality: the individual acts as a whole, with feelings, behaviours and beliefs are guided to a goal that is fictional (Oberst & Stewart, 2014); this is what helps the individual to be distinguished from other individuals, and what makes the individual unique. This uniqueness is even more a matter of discussion, since in child neuropsychiatry, patients are often diagnosed with some form of neurodivergency. In this last chapter, the aim is to merge Adler's theories discussed in the first chapter with the application of bio-psycho-sociocultural approach of the child neuropsychiatry service. In an Adlerian perspective, we accept the patient as-is. Applying this concept to child neuropsychiatry means reframing the suffering and the symptoms of neurodivergent development to be not only intended as brain-based deficits but to be considered

as life events that discourage the individual's feeling of belonging, increasing the feeling of inferiority, that affect the correct development of social interest and impact the formation of life goals.

3.1 Feeling of inferiority

As previously stated, the concept of inferiority originates from the concept of organic inferiority: an organ develops differently from what it should, malforming or developing slower compared to an otherwise normal organ (Ansbacher & Ansbacher, 1964). This concept was later expanded to the psychology of the individual, described as inferiority feeling (Adler, 1931). From a neurodevelopmental point of view, neurodivergency creates objective limitations (e.g. slower processing speed of information), and therefore these limitations could be experienced by the child with a feeling of inferiority compared to other children. Not taking action to support the neurodivergent individual would be, in Adlerian terms, educating the child in a neglectful way (Adler, 1931). The child could develop useful or useless compensations to tackle his inferiority feeling: what we must do, as professionals, is give them the right tools as prescribed by Italian laws, that will make them able to do the educational tasks requested by the school, reducing frustrations (Gresham et al., 1997), school rejection (Herring, 2018) and bridging the gap that they could feel compared to their non-neurodivergent classmates, reducing their feeling of inferiority and building an healthy compensation. The suggestion would also be to make a good use of support tools, and not overuse them: in scientific literature, an over-reliance on educational supports is linked to foster student dependency and stigma, rather than building independence (Giangreco & Broer, 2005); this excess of aid could be considered as pampering (Adler, 1931), in an Adlerian perspective. Carrying this concept on later stages of life could lead to an adult individual that feels inferior compared to others, maybe even developing an inferiority complex that will make them perceive themselves as less intelligent and reporting depressive symptoms (Boetsch et al., 1996).

3.2 Social interest

As mentioned in the first chapter, school and educational environments are the first experience of society that the child experiences outside the family, and that will conflux into the social tie of work (Adler, 1963). Considering an SpLD child, classmates are to be taught to be helpful and not judging, and they have to be stimulated to be spontaneous in the relationship with their neurodivergent peer. This could be considered, in an Adlerian sense, a genuine social interest, because it comes from peers, and the SpLD child will experience the feeling of belonging, and inferiority feeling will

decrease, because the child contributes and is considered a valid member of the community. Otherwise, if only the support teacher is considering the SpLD child, there will be social interest on the part of the teacher, but coming only from an adult individual would be considered, once again, pampering, because the child could think that he's weak and an adult is there only to support him, reinforcing inferiority and reducing peer-level connections and social interest; this could develop into a private logic, that could be stated as a thought like "i'm defective, i don't belong, people are not safe", leading once again to the previously cited neurotic symptoms found by Boetsch et al. (1996).

3.3 Social ties

The social tie of work, growing up, goes from childhood dependency to useful contribution (Adler, 1931). The individual goes through an educational process to be able to contribute to something useful in society, through his creativity, skills and effort. An SpLD could interfere with the process, since there is, for example, chronically slower reading, that will fuel feeling of inferiority, lower social interest if the environment judges the pupil, and it could create a private logic that could be stated as "i can't do anything right"; this will undoubtedly reflect on the chances of an adult SpLD member of society to find a good job and contribute to society. Proposals of intervention could be to find something where the SpLD individual shines, because often they have unique compensatory strengths (Huijsmans, Kleemans & Kroesbergen, 2021), such as being better in holistic processing compared to detail-oriented tasks (Everatt, Weeks & Brooks, 2008).

The social tie of friendship, growing up, means to make friends and create relationships with peers, to feel part of a group, to cooperate, to be empathic, to seek and give support (Adler, 1931). SpLD could make this process difficult, because it could happen that public mistakes in the classroom environment will cause teasing and shame of the child among peers; therefore, it could happen that the SpLD individual will avoid activities that expose his weakness, or could lead him to be the class jester to gain attention, and avoid being teased for his weakness but laughed at because of his funny behaviour, that will mimic a private logic of "i belong only when i hide my weakness". This will reflect on the outcomes of the adult SpLD on keeping a good group of supporting friends. Proposals of intervention could be to give the SpLD child some kind of experience where they feel needed and, therefore, contributing members of society, that will help them to be accepted by their peers, so that the feeling of belonging replaces shame.

The social tie of love, that is the most demanding life task, is the ability of establish long-lasting intimate relationships, sexuality, emotional intimacy and responsibility for someone else's feelings, and it develops during adolescence (Adler, 1931). Trusting another person enough to be fully

known and still feel worthy can be difficult for an SpLD adolescent, because they could have a long history of rejection and a private logic that states “if you really knew me and the fact that I can’t read well, you would leave”; with this kind of private logic, chances that they will find an abusive relationship will go up, because the feeling of inferiority will dictate the research of an unworthy partner; in the scientific literature, is reported that SpLD adolescents report higher loneliness and lower intimacy in romantic ties due to the secrecy around disabilities (Musetti, Eboli, Cavallini, & Corsano, 2019). On the contrary, if the social ties work and friendship are solved, the SpLD adolescent will eventually conclude that someone will love them as he is, besides his different way of functioning.

At the end of the day, a SpLD child that masters the three social ties does not overcome his neurodivergency, but they overcome the discouragement that society attach to it.

3.4 Assessment feedback

In giving assessment feedback, as previously mentioned, building the right atmosphere is key to help the people involved understand the diagnosis, being collaborative, supportive, understanding, increasing therapeutic alliance and improving follow-through recommendations (Postal et al., 2013; Tharinger et al., 2008).

Giving feedback in an Adlerian way must take into consideration feeling of inferiority referred to the organic inferiority of an SpLD individual’s brain, and we should try to balance it highlighting it in a positive way: for example, we should focus on how unique the brain of the individual is, what are the strengths of the child that counterbalance the SpLD, and what tools we can give the child to improve, adapt and overcome his difficulties, without stigmatizing them but presenting them as tools that he has to use normally, just like another normal aid, for example reading glasses. Being empathic, in taking in the reaction of parents and child, and telling them that everyone with a diagnosis of SpLD could feel inferior at first, but this goes away as soon as he adapts and overcomes his difficulty, and as he starts to feel useful and respected. Also, encouraging the child and parents (Oberst & Stewart, 2014) that he will be as equal to the other children, because everyone is unique and everyone has his own challenges in life, and that we should take these challenges with the right spirit to improve ourselves, and improving ourselves will improve the society we live in.

Discussion

In this work, I tried to merge and suggest an application of Alfred Adler’s individual psychology theories of development in the context of child neuropsychiatry. Alfred Adler’s theories of development clearly overlap with the lived realities of children with neurodevelopmental differences. The neuropsychological assessment may give us some hints about the organ inferiority;

Adler tells us what the child does with it, and how we can help them overcome them and make the pupils

contributing members of society, cultivating social interest and succeeding in the fulfilment of social ties. The suggestion from this work is to take in consideration that every assessment feedback could be given to parents and child include, beside the diagnosis, suggestions and supportive tools, an explicit section on strengths, highlighting the uniqueness of the SpLD individual, not as an afterthought but as the organising frame. Social-interest-building must be elevated from “soft skill” to primary therapeutic target, co-equal with symptom reduction and academic remediation. Training programmes could be also given out to teachers, in order to make them more aware that the SpLD child must be engaged in the class context, to help him develop his social interest. Schools must shift from deficit-accommodation models to contribution-inclusion models if we wish to prevent the epidemic of discouragement that is a much worse problem compared to neurodevelopmental difference.

When we place encouragement and social interest at the centre of our theory, our assessments, and our treatment plans, we do not manage neurodevelopmental disorders; we treat the child as a whole individual and help him live a life of meaning, belonging, and usefulness despite neurodivergency.

Bibliography

Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. & Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological bulletin*, 101(2), 213.

Ackerman, S.J., Hilsenroth, M.J., Baity, M.R. & Blagys, M.D. (2000). Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 75(1), 82-109.

Adler, A. (1931). *What life should mean to you*. Brown.

Adler, A. (1963). *The problem child: The lifestyle of the difficult child as analyzed in specific cases*. Capricorn Books.

Adler, A. (1999). *Alfred Adler: The pattern of life*. Psychology Press.

Angold, A., Weissman, M.M., John, K., Merikangas, K.R., Prusoff, B.A., Wickramaratne, P. & Warner, V. (1987). Parent and child reports of depressive symptoms in children at low and high risk of depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28(6), 901-915.

Ansbacher, H. L. & Ansbacher, R.R. (1964). *The individual psychology of alfred adler*. Harper-Collins.

- Archer, R. (2005). *Mmpi-a: Assessing adolescent psychopathology*. Routledge.
- Bäcker, A. & Neuhäuser, G. (2003). Internalizing and externalizing syndrome in reading and writing disorders. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52(5), 329-337.
- Bellak, L. & Bellak, S.S. (1949). *Children's Apperception Test*. C.P.S. Co., P.O. Box 42, Gracie Sta.
- Biancardi, A., Nicoletti, C. & Bachmann, C. (2016). *Bde 2-batteria discalculia evolutiva: Test per la diagnosi dei disturbi dell'elaborazione numerica e del calcolo in età evolutiva—8-13 anni*. Edizioni Centro Studi Erickson.
- Boetsch, E.A., Green, P.A. & Pennington, B.F. (1996). Psychosocial correlates of dyslexia across the life span. *Development and Psychopathology*, 8(3), 539-562.
- Comer, J.S. & Kendall, P.C. (2004). A symptom-level examination of parent-child agreement in the diagnosis of anxious youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(7), 878-886.
- Cornoldi, C. & Carretti, B. (2016). *Prove mt-3-clinica: La valutazione delle abilità di lettura e comprensione (mt-3 tests for clinical work: Assessing reading and comprehension abilities)*. Giunti EDU.
- Ellenberger, H.F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. Basic Books.
- Everatt, J., Weeks, S. & Brooks, P. (2008). Profiles of strengths and weaknesses in dyslexia and other learning difficulties. *Dyslexia*, 14(1), 16-41.
- Giangreco, M.F. & Broer, S.M. (2005). Questionable utilization of paraprofessionals in inclusive schools: Are we addressing symptoms or causes? *Focus on autism and other developmental disabilities*, 20(1), 10-26.
- Gordon, B. (2004). Test review: Wechsler, d. (2002). the wechsler preschool and primary scale of intelligence, (wppsi-iii). san antonio, tx: The psychological corporation. *Canadian Journal of School Psychology*, 19(1-2), 205-220.
- Gresham, F.M., MacMillan, D.L. & Bocian, K.M. (1997). Teachers as “tests”: Differential validity of teacher judgments in identifying students at-risk for learning difficulties. *School Psychology Review*, 26(1), 47-60. doi:10.1080/02796015.1997.12085847
- Hartman, D.E. (2009). Wechsler adult intelligence scale iv (wais iv): Return of the gold standard. *Applied neuropsychology*, 16(1), 85-87.
- Herring, C. (2018). School Stress in Young Children with Learning Disorders: Implications for Psychological Well-Being. <https://aura.antioch.edu/etds/433>
- Hiebert, B., Wong, B. & Hunter, M. (1982). Affective influences on learning disabled adolescents. *Learning Disability Quarterly*, 5(4), 334-343.
- Holi, M., et al. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the scl-90* [Doctoral dissertation, Helsingin yliopisto].

- Huijsmans, M.D., Kleemans, T. & Kroesbergen, E.H. (2021). How cognitive strengths compensate weaknesses related to specific learning difficulties in fourth-grade children. *Frontiers in Psychology*, 12, 552458.
- Kaufman, A.S., Flanagan, D.P., Alfonso, V.C. & Mascolo, J.T. (2006). Test review: Wechsler intelligence scale for children, (wisc-iv). *Journal of psychoeducational assessment*, 24(3), 278-295.
- Lichtenstein, S. & Zantal-Wiener, K. (1988). *Special education dropouts*. ERIC Clearinghouse on Handicapped and Gifted Children.
- Maijer, K., Hayward, M., Fernyhough, C., Calkins, M.E., Debbane, M., Jardri, R., et al. (2019). Hallucinations in children and adolescents: An updated review and practical recommendations for clinicians. *Schizophrenia Bulletin*, 45(Supplement 1), S5-S23.
- Mugnaini, D., Lassi, S., La Malfa, G. & Albertini, G. (2009). Internalizing correlates of dyslexia. *World journal of pediatrics*, 5(4), 255-264.
- Murray, H.A. (1943). *Thematic apperception test*. Harvard University Press.
- Musetti, A., Eboli, G., Cavallini, F. & Corsano, P. (2019). Social relationships, self-esteem, and loneliness in adolescents with learning disabilities. *Clinical neuropsychiatry*, 16(4), 165.
- Oberst, U.E. & Stewart, A.E. (2014). *Adlerian psychotherapy: An advanced approach to individual psychology*. Routledge.
- Operto, F.F., Mazza, R., Buttiglione, M., Craig, F., Frolli, A., Pisano, S., et al. (2018). Qualitative and quantitative revaluation of specific learning disabilities: A multicentric study. *Minerva Pediatrica*.
- Pizzoli, C., Lami, L., Calmieri, A. & Solimando, M.C. (2011). Dislessia e fattori psicosociali: Percorso accademico e benessere psicosociale in due campioni di dislessici giovani adulti. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 15(1), 95-122.
- Postal, K.S., Armstrong, K., et al. (2013). *Feedback that sticks: The art of effectively communicating neuropsychological assessment results*. Oxford University Press.
- Serafini, E., Amorotti, G. & Cavallini, F. (2025). “How are you doing?”. Parental well-being in families with neurodivergent children: A systematic review. *Journal of Clinical & Developmental Psychology*, 7(1).
- Tharinger, D.J., Finn, S.E., Hersh, B., Wilkinson, A., Christopher, G.B., & Tran, A. (2008). Assessment feedback with parents and preadolescent children: A collaborative approach. *Professional psychology: Research and practice*, 39(6), 600.
- Treutler, C.M. & Epkins, C.C. (2003). Are discrepancies among child, mother, and father reports on children’s behavior related to parents’ psychological symptoms and aspects of parent–child relationships? *Journal of abnormal child psychology*, 31(1), 13-27.
- Vernon, P.E. (1933). The rorschach ink-blot test 1. i. *British Journal of Medical Psychology*, 13(2), 90-118.

Una rivisitazione della costellazione familiare: lo strumento “la mia famiglia”

di *Marco Falk**

ABSTRACT (ITA)

Il presente lavoro esplora la collocazione teorica e metodologica dei metodi proiettivi nell'ambito della Psicologia Individuale di Alfred Adler. Si sottolinea come tali strumenti, in particolare la tecnica della costellazione familiare reinterpretata come “la mia famiglia”, produca delle manifestazioni dello stile di vita e della logica privata del paziente. L'interpretazione deve essere facilitata dal terapeuta ma elaborata dal paziente stesso, riconoscendo che le proiezioni non descrivono la realtà esterna, ma le categorie interpretative interne del soggetto. Viene illustrata la procedura dello strumento “la mia famiglia” e le sue implicazioni, evidenziando il concetto che l'individuo proietta il proprio stile di vita sul mondo circostante, comprese le altre persone. Infine, il caso clinico di Ignazio offre un esempio pratico dell'applicazione dello strumento per identificare le dinamiche bipolari del suo stile di vita.

Parole chiave: psicologia individuale, costellazione familiare, famiglia, proiezione, logica privata

A Reinterpretation of the Family Constellation: the “My Family” Tool by *Marco Falk*

ABSTRACT (ENG)

This work explores the theoretical and methodological placement of projective methods within the framework of Alfred Adler's Individual Psychology. It emphasizes how such tools, in particular the family constellation technique reinterpreted as “My Family,” elicit manifestations of the patient's lifestyle and private logic. Interpretation should be facilitated by the therapist but elaborated by the patient, acknowledging that the projections do not describe external reality but rather the subject's internal interpretative categories. The procedure of the “My Family” tool and its implications are illustrated, highlighting the concept that the individual projects their lifestyle onto the surrounding world, including other people. Finally, the clinical case of Ignazio provides a practical example of the application of the tool to identify the bipolar dynamics of his lifestyle.

Keywords: individual psychology, family constellation, family, projection, private logic

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

Introduzione

L'uso di strumenti proiettivi in clinica è un punto cruciale di discussione metodologica. Nella Psicologia Individuale, tali metodi trovano coerenza solo se ricondotti ai suoi presupposti teorici ed epistemologici.

Alfred Adler (1967; 1997), pur non avendo elaborato tecniche proiettive in senso stretto, pose al centro della sua teoria concetti fondamentali come lo stile di vita, la logica privata, il sentimento di inferiorità e il finalismo, che permettono di utilizzare strumenti clinici per far emergere le rappresentazioni soggettive profonde del paziente.

I metodi proiettivi, concettualizzati da Lawrence K. Frank (1939), si basano sull'idea che il soggetto, di fronte a stimoli ambigui, proietta contenuti interni che riflettono la sua organizzazione psicologica. Tuttavia, nella psicologia individuale, non sono letti come espressioni dell'inconscio freudiano, ma come manifestazioni dello stile di vita – l'unità dinamica e finalistica con cui l'individuo interpreta e risponde al mondo, costruita a partire dalle esperienze precoci e dalla tensione al superamento dell'inferiorità (Adler, 2008; 2019).

La prospettiva adleriana si avvicina alla logica del “come se” teorizzata da Hans Vaihinger (1924), secondo cui gli umani costruiscono finzioni utili per gestire la realtà. La veridicità oggettiva è inaccessibile; l'essere umano, pertanto, costruisce la realtà in base alla propria visione. Si può dire che la persona proietta il proprio stile di vita su ciò che la circonda, inclusi gli altri. Di conseguenza, l'interpretazione dei contenuti proiettivi non ha valore diagnostico oggettivo, ma funge da rappresentazione del modo di vedere e pensare del soggetto.

Alla ricerca di evoluzioni metodologiche, si sottolinea come la Psicologia Individuale necessiti di un aggiornamento operativo. Si propone un uso più strutturato dei metodi proiettivi, come la costellazione familiare, reinterpretata per osservare le proiezioni dello stile di vita del paziente sui propri congiunti.

Allontanandosi da spiegazioni causalistiche, è la persona che plasma mentalmente i propri familiari in accordo alla propria logica privata (Falk & Jensch, 2025). In questa prospettiva, il valore dei metodi proiettivi non risiede nello svelare “verità nascoste”, ma nella loro funzione di specchio per prendere consapevolezza del proprio stile di vita. Attraverso il dialogo terapeutico, il paziente è guidato non a scoprire “ciò che è”, ma a comprendere ciò che costruisce, il modo in cui dirige la propria presa di posizione, i suoi obiettivi e le sue modalità relazionali (Adler, 1997; Falk & Jensch, 2022).

1. I metodi proiettivi nella psicologia individuale

Nell'ambito della psicologia individuale, l'utilizzo dei metodi proiettivi può trovare una collocazione coerente solo se ricondotto ai presupposti epistemologici e teorici propri di questo modello. Alfred Adler (1967; 1997), pur non avendo elaborato tecniche proiettive in senso stretto, ha posto al centro della sua teoria alcuni concetti fondamentali, quali lo stile di vita, la logica privata, il sentimento di inferiorità e il finalismo, che rendono possibile l'impiego di strumenti clinici utili a far emergere le rappresentazioni soggettive profonde del paziente.

I metodi proiettivi, concettualizzati per la prima volta da Lawrence K. Frank (1939), si basano sull'idea che il soggetto, di fronte a stimoli ambigui o poco strutturati, tenda a proiettare contenuti interni, spesso non consapevoli, che riflettono la sua organizzazione psicologica. Tuttavia, nella psicologia individuale tali contenuti non vengono interpretati come espressioni dell'inconscio freudiano, bensì come manifestazioni dello stile di vita, cioè dell'unità dinamica e finalistica attraverso cui l'individuo interpreta e affronta il mondo, costruita a partire dalle esperienze precoci e dalla tensione verso il superamento del sentimento di inferiorità (Adler, 2008; 2019). Adler, in questo senso, indica lo stile di vita come un prodotto dell'infanzia, una prospettiva che potrebbe risultare limitante rispetto alla natura dinamica e in continuo sviluppo dell'essere umano, il quale mantiene un margine di libertà decisionale e può assumere posizioni nuove e creative rispetto agli stimoli.

Da questo punto di vista, l'approccio adleriano presenta alcune affinità con la logica del “come se” teorizzata da Hans Vaihinger (1924), secondo cui gli esseri umani costruiscono finzioni utili alla gestione della realtà, indipendentemente dalla loro veridicità oggettiva. Inoltre, la cosiddetta veridicità oggettiva può essere considerata una costruzione, in quanto non accessibile nella sua interezza; l'essere umano è quindi portato a costruire la realtà sulla base della propria visione, ossia del proprio stile di vita. Si potrebbe affermare che l'individuo tenda a proiettare tale stile di vita su ciò che lo circonda, incluse le altre persone. L'interpretazione dei contenuti proiettivi non assume dunque un valore diagnostico oggettivo, ma rappresenta una modalità attraverso cui osservare il modo di percepire e pensare della persona.

In una prospettiva di evoluzione della psicologia individuale, si evidenzia la necessità di un aggiornamento critico e operativo, in particolare sul piano metodologico. Si propone un utilizzo più strutturato dei metodi proiettivi, coerente con la visione adleriana, sottolineando come strumenti quali la costellazione familiare possano essere reinterpretati come occasioni per osservare le proiezioni dello stile di vita del paziente sui membri della propria famiglia. Ci si discosta da spiegazioni di tipo causalistico: è la persona a plasmare, in un certo senso, l'immagine dei propri familiari, secondo la propria logica privata (Falk & Jensch, 2025).

Da questa prospettiva, il valore dei metodi proiettivi nella psicologia individuale non consiste nella capacità di rivelare “verità nascoste”, ma nella funzione di specchio attraverso cui favorire la consapevolezza del proprio stile di vita e della propria logica privata. Attraverso il dialogo terapeutico successivo alla somministrazione dello strumento, il paziente viene accompagnato non a scoprire “ciò che è”, ma a comprendere ciò che costruisce: come dirige la propria presa di posizione, i propri obiettivi e le proprie modalità relazionali (Adler, 1997; Falk & Jensch, 2022).

1.1 L'interpretazione di metodi proiettivi deve essere svolta dal paziente stesso

Nell'ambito della psicologia individuale, l'interpretazione dei contenuti prodotti tramite l'uso dei metodi proiettivi richiede un'attenzione teorica specifica, poiché riguarda il nucleo stesso dell'approccio adleriano: la comprensione dello stile di vita e della logica privata del paziente (Adler, 1967; 1997). A differenza di modelli più direttivi o interpretativi, come quello psicoanalitico classico, la psicologia individuale propone una modalità di lettura delle proiezioni che non si fonda sull'attribuzione di significati da parte del terapeuta, ma sulla costruzione condivisa di senso a partire dal vissuto soggettivo del paziente.

La produzione immaginativa o narrativa nei metodi proiettivi, ad esempio nella costellazione familiare, non va intesa come portatrice di verità oggettive o diagnosticabili, ma come riflesso del mondo interno del paziente, ossia della visione soggettiva costruita per affrontare la vita. Per questo motivo non è il terapeuta a dover interpretare direttamente il materiale, attribuendogli un significato univoco dall'esterno: ciò comporterebbe non solo il rischio, ma l'inevitabilità di proiettare sul paziente il proprio stile di vita e la propria logica privata, distorcendo così l'analisi (Falk & Jensch, 2025). Si tratta di una trappola nella quale è possibile cadere anche per terapeuti esperti, poiché si può erroneamente ritenere di poter interpretare “correttamente” il materiale proiettivo sulla base della propria esperienza, presupponendo di poter escludere il proprio stile di vita e, di conseguenza, il rischio di attribuire al paziente la propria logica privata.

Uno degli errori metodologici più frequenti in ambito terapeutico consiste nell'attribuire alle proiezioni del paziente un valore oggettivo, trasformandole in etichette descrittive o inferenze psicodiagnostiche. In realtà, ciò che emerge nei metodi proiettivi è una narrazione simbolica e soggettiva, utile non per ciò che rivela in sé, ma per il modo in cui il paziente la interpreta e la ricollega alle proprie tematiche di vita. Risulta pertanto fondamentale che sia il paziente a elaborare e attribuire significato ai contenuti emersi, con la guida strutturata del terapeuta.

Il ruolo del terapeuta, in questa prospettiva, è quello di facilitare l'auto-interpretazione, orientando il dialogo affinché il paziente possa riconoscere i propri schemi ricorrenti, i propri assunti soggettivi e la direzione finale del proprio movimento nella vita (Adler, 2008). Solo attraverso tale

collaborazione è possibile accedere alla logica privata, ovvero al modo in cui il sistema interno di convinzioni e significati organizza profondamente l'individuo.

1.2 Le proiezioni non parlano della realtà: soggettività e categorie interiori

Nell'uso dei metodi proiettivi all'interno della cornice adleriana è fondamentale distinguere con chiarezza tra il contenuto del materiale prodotto dal paziente e la realtà oggettiva cui esso apparentemente si riferisce. Ciò che viene espresso attraverso racconti, immagini o descrizioni, come nel caso della costellazione familiare, non fornisce informazioni sulla realtà esterna, ma sulla struttura interna del soggetto, ossia sul suo modo personale di percepire e attribuire significato al mondo. Questo principio riflette il presupposto teorico della psicologia individuale secondo cui ogni individuo vive secondo la logica privata del proprio stile di vita e costruisce una visione soggettiva del mondo coerente con essa (Adler, 1997; 2019).

Alcuni studi indicano che una situazione relazionale attuale, positiva o negativa, influenzi i ricordi delle interazioni passate e le previsioni delle interazioni future con una persona significativa; in particolare, una situazione negativa presente tenderebbe a generare ricordi e previsioni maggiormente negative (Yap et al., 2023). Uno studio di Holmes (1978) conclude che si tende ad attribuire agli altri tratti simili a quelli che le persone riconoscono in sé stesse. Tale prospettiva risulta coerente con l'idea adleriana di proiezione dello stile di vita e si discosta dalla concezione classica della proiezione come meccanismo di difesa basato sull'attribuzione agli altri di caratteristiche indesiderate appartenenti al proprio Sé. Holmes, infatti, riporta l'assenza di evidenze a sostegno di quest'ultima ipotesi.

Queste considerazioni assumono rilievo nel lavoro clinico: ad esempio, nel contesto della costellazione familiare, quando un paziente descrive un padre "severo", una madre "distaccata" o un fratello "fragile", non si raccolgono dati oggettivi su tali familiari, ma si osservano le categorie interpretative attraverso cui il paziente organizza la propria esperienza relazionale. Se venisse chiesto a un collega del padre o a un altro membro della famiglia di descrivere le stesse persone, emergerebbero con alta probabilità caratteristiche differenti, o quantomeno una diversa gerarchia di attributi. Ciò evidenzia che la "severità" non costituisce necessariamente un tratto del padre in quanto tale, ma una costruzione soggettiva del paziente, coerente con la narrazione elaborata per dare senso al proprio vissuto.

La tentazione clinica di trarre inferenze causali lineari, come ad esempio: "il paziente è severo perché ha avuto un padre severo", rappresenta una semplificazione che contraddice lo spirito dinamico e finalista della psicologia individuale. L'obiettivo non consiste nello spiegare il presente sulla base del passato, ma nel comprendere come il soggetto costruisca il proprio passato, in forma

fittizia e creativa, a partire dallo stile di vita attuale, per sostenerlo (Falk & Jensch, 2023). In questa prospettiva, la categoria di “severità” non appartiene tanto al padre, quanto al paziente stesso: è un elemento del suo mondo simbolico, che può essere incarnato, rifiutato, imitato o negato, ma rimane centrale nella sua organizzazione soggettiva, non in quella del padre.

Questo approccio implica una considerazione metodologica rilevante: non si tratta di accertare la verità dei contenuti riportati, ma di esplorare il senso soggettivo attribuito dal paziente a tali contenuti, in chiave finalistica. Solo in questo modo diviene possibile accedere alla logica privata e comprendere come e perché determinate rappresentazioni si siano organizzate nel tempo in funzione della finalità personale del soggetto (Adler, 2008).

Riconoscere che le proiezioni del paziente non descrivono il mondo, ma il soggetto stesso, tutela il processo terapeutico da interpretazioni oggettivanti e consente di valorizzare l'unicità del percorso individuale. Ogni proiezione rappresenta uno specchio del Sé e ogni categoria utilizzata per descrivere l'altro costituisce una finestra sulla struttura interna di chi parla

2. La costellazione familiare: la teoria

Secondo la psicologia individuale, l'essere umano è un essere sociale che sviluppa il proprio stile di vita nel mutevole interscambio con l'ambiente sociale. Questi modelli di interazione corrispondono a ciò che, nella prospettiva adleriana, viene definito *costellazione familiare*: un insieme di membri che assumono differenti ruoli sociali all'interno delle loro relazioni reciproche. Parallelamente, il termine *costellazione familiare* indica anche una tecnica diagnostica utilizzata dagli psicoterapeuti adleriani per l'analisi e la comprensione dello stile di vita del soggetto.

La posizione che la persona assume all'interno delle relazioni è mutevole, come mutevoli sono le relazioni stesse. Ciò implica che la rappresentazione del proprio ruolo nel contesto relazionale cambi nel tempo. È possibile, ad esempio, che una persona, durante l'ultimo anno di scuola superiore, percepisca il proprio vissuto scolastico come stressante e faticoso, desiderando di concludere il percorso; qualche decennio dopo potrebbe rievocare lo stesso periodo in modo assai diverso, adottando una prospettiva nostalgica e positiva. Tale fenomeno, noto come *rosy retrospection*, costituisce un bias di memoria che porta a ricordare esperienze passate come più piacevoli o significative di quanto fossero state vissute al momento (Mitchell et al., 1997). Questo effetto, che rappresenta un aspetto specifico dello stile di vita mutevole ma coerente con gli scopi presenti, conduce alla domanda: che cosa si analizza esattamente quando si chiede a una persona adulta di descrivere la costellazione familiare in cui è cresciuta?

Sarebbe fuorviante ritenere che si possano ricavare informazioni oggettive sui ruoli, sui valori o sui timori delle figure coinvolte nell'infanzia della persona in analisi. Si otterrà, piuttosto, una

rappresentazione coerente con lo stile di vita attuale di chi narra. Infatti, ciò che conta non è l'evento in sé, ma la posizione che la persona assume nei suoi confronti (Adler, 1931), posizione che muta nel tempo così come muta lo stile di vita.

La tecnica della costellazione familiare riguarda “la raccolta accurata di informazioni e l'analisi delle dinamiche di interazione e comunicazione della prima cerchia sociale con cui il paziente, dalla nascita in poi, si è relazionato. Ogni bambino nasce in una certa situazione familiare, definita da un dato clima caratteristico, da determinati valori, dagli altri membri, dagli schemi di interazione e di comunicazione che intercorrono tra di loro, prima, dopo e in relazione all'arrivo di ogni bambino nella famiglia” (D'Ambrosio, 2021, p. 97). Considerando questa descrizione, occorre tornare alla premessa iniziale: l'analisi del ruolo che la persona ritiene di aver avuto nella propria famiglia d'origine. È necessario concludere che tutte le informazioni raccolte saranno prodotte a partire dalla posizione attuale; pertanto, ogni inferenza causale basata su un passato apparentemente oggettivo risulta errata. È la posizione presente a generare una data visione e costruzione del passato, e il fatto che un soggetto possa essere convinto che il proprio punto di vista rispecchi fedelmente la realtà costituisce una potenziale difficoltà nel lavoro analitico.

Adler ha descritto alcune posizioni, come quella del primogenito o dell'ultimo nato, attribuendo loro specifiche implicazioni all'interno della famiglia. Tuttavia, in altre parti delle sue opere afferma che sia la posizione psicologica a incidere maggiormente sul ruolo rispetto all'ordine di nascita effettivo; un primogenito, ad esempio, può comportarsi come un ultimo nato. Secondo Shulman e Mosak (1990), il ruolo interpretato dal soggetto nell'infanzia si rispecchierebbe nel comportamento adulto. Il problema metodologico risiede nel fatto che si dispone del racconto di un adulto riguardo alla propria infanzia, racconto che inevitabilmente risulterà coerente con lo stile di vita dell'adulto che narra. In alternativa, si potrebbe osservare lo sviluppo di un bambino per un lungo arco temporale – ad esempio vent'anni – al fine di analizzare come il ruolo familiare influenzi il comportamento adulto; tuttavia, rimarrebbe cruciale la narrazione soggettiva, poiché l'individuo agirà in coerenza con la percezione che ha di sé. Tale percezione, però, è mutevole, e la persona possiede la libertà di posizionarsi diversamente nel tempo. Inoltre, anche il bambino influisce sul sistema familiare: troppo spesso si rischia di considerarlo un ricevitore passivo delle dinamiche educative, mentre partecipa attivamente alla costruzione del clima familiare.

Si giunge dunque alla conclusione che la persona, verosimilmente, proietti sulle figure considerate significative – dalla prospettiva del qui e ora – determinate caratteristiche, e che percepisca sé stessa e il proprio ruolo in modo coerente con l'attuale stile di vita.

2.1 L'individuo è autore del mondo che lo circonda

Nei capitoli precedenti è stato analizzato come il paziente tenda a proiettare sul mondo circostante, incluse le persone, il proprio stile di vita. In altri termini, l'individuo assume una posizione rispetto agli eventi, li integra nella propria linea direttiva e li proietta nuovamente sull'ambiente, che viene così appercepito in modo coerente con la posizione assunta.

Utilizzando un'immagine metaforica, l'essere umano “scrive” il mondo con la propria calligrafia mentre, allo stesso tempo, legge ciò che egli stesso sta tracciando. Tale processo costituisce un circolo dinamico nel tempo, in cui il mondo influisce sullo stile di vita, ma in cui è soprattutto la presa di posizione dell'individuo a determinare il modo in cui egli “scrive” ciò che lo circonda.

2.2 “La mia famiglia”: la procedura

Utilizzando le premesse illustrate in precedenza, da alcuni decenni il Dr. Jensch sta sviluppando e affinando strumenti proiettivi fondati sulla psicologia individuale. In questo caso il punto di partenza è rappresentato dalla costellazione familiare. Lo strumento qui descritto, denominato *La mia famiglia*, ha l'obiettivo di rappresentare le caratteristiche attribuite dal paziente ai membri della propria famiglia. Esso è il risultato di un lungo lavoro di elaborazione da parte di Jensch (Falk & Jensch, 2025).

La consegna prevede l'enunciazione di quattro caratteristiche per ciascuno dei nonni paterni e materni, dei genitori, degli eventuali fratelli e sorelle, dei figli e di se stesso. Lo scopo dell'esercizio viene illustrato al paziente solo dopo la raccolta completa delle caratteristiche. Tale procedura conduce a un totale minimo di ventotto caratteristiche nel caso in cui il paziente non abbia né fratelli né figli. Le caratteristiche vengono annotate su un foglio, preferibilmente in formato A1, in stampatello e in modo ben visibile per il paziente.

Raccolte le caratteristiche, si procede a raggrupparle secondo tematiche affini. Ad esempio, qualora compaiano più volte termini come *amorevole*, *accudente* o *premuroso*, essi possono essere organizzati in un'unica categoria tematica, evidenziandoli con lo stesso colore e attribuendo al gruppo un titolo coerente con gli elementi dello stile di vita emersi nel percorso terapeutico. Seguendo questo procedimento per tutte le caratteristiche, è possibile ottenere una rubrica composta da almeno sei o sette gruppi tematici. Successivamente, insieme al paziente, si lavora per attribuire un significato a tali gruppi, collegandoli al suo stile di vita, alle sue modalità relazionali e soprattutto alla finalità implicita di ciascuna macroarea.

Durante la fase di raccolta è essenziale evitare qualsiasi suggerimento: tutte le caratteristiche devono essere dichiarate dal paziente e trascritte in modo letterale. Può accadere che il paziente riferisca di

non aver mai conosciuto uno dei nonni; in tal caso, viene invitato a riflettere su ciò che gli è stato raccontato o su come immagina quella persona. Ciò evidenzia ulteriormente la natura proiettiva dello strumento.

La psicologia individuale considera l'essere umano caratterizzato da un sentimento di inferiorità e da una tendenza compensatoria verso il sentimento di superiorità, configurando una dinamica bipolarizzata. L'interpretazione delle macroaree prodotte tiene quindi conto di questa organizzazione bipolare, in accordo con il modello teorico di riferimento.

2.3 Le implicazioni teoriche di *La mia famiglia*

Il paziente attribuisce caratteristiche ai familiari che non sono necessariamente, né oggettivamente, riferibili a tali persone. È plausibile che altri osservatori, conoscendo gli stessi familiari, indicherebbero qualità differenti o simili ma con diversa rilevanza. Come discusso in precedenza, l'individuo proietta sull'altro dimensioni proprie: le caratteristiche elencate possono rappresentare aspetti desiderati, rifiutati, temuti oppure riconosciuti in se stessi, ma in ogni caso rivestono principalmente un significato nell'organizzazione dello stile di vita del paziente. Lo strumento fornisce quindi molte informazioni sul paziente e poche sulla famiglia reale.

Adler (1931) afferma che lo scopo della terapia consiste nel ridurre errori grandi di valutazione a errori piccoli. Con ciò intende che l'errore non può essere eliminato, poiché l'essere umano resta inevitabilmente soggettivo e non può disporre di una logica non privata. Il termine *errore* è usato da Adler, ma risulta più preciso riferirsi alla soggettività, poiché l'idea di un modo “giusto” di percepire il mondo implica una realtà pienamente accessibile, cosa che la psicologia individuale non sostiene. Schopenhauer (2006) afferma che il mondo è volontà e rappresentazione del soggetto e che non esiste oggetto senza un soggetto. L'individuo, dunque, rappresenta il mondo. Adler, come approfondito da Ansbacher & Ansbacher (Adler, 1956), utilizza il termine *appercezione* per descrivere la prospettiva soggettiva attraverso cui ogni persona organizza la propria esperienza: un atto interpretativo e rappresentativo, non percettivo. Ciò implica il superamento del concetto di percezione come accesso diretto alla realtà.

Lo strumento *La mia famiglia* si basa precisamente su questo principio: l'individuo non percepisce qualità oggettive degli altri, ma li interpreta attraverso le proprie categorie.

2.4 Le criticità ed i vantaggi

La teorizzazione di questo strumento comporta alcune criticità. Nella raccolta delle caratteristiche potrebbe non essere chiaro che cosa si sta raccogliendo, in quale misura tali termini siano proiezioni

e in quale misura possano effettivamente corrispondere ad attributi dei familiari. È pertanto importante spiegare al paziente, dopo la raccolta delle caratteristiche, il funzionamento dello strumento, le modalità di utilizzo delle informazioni raccolte e garantire una solida alleanza terapeutica: il paziente potrebbe infatti rifiutare la valenza proiettiva del materiale prodotto, poiché l'idea che si proietti inevitabilmente risulta a prima vista controintuitiva. Si richiama, a tal proposito, l'impalcatura teorica adleriana che sostiene il metodo. Questo strumento dovrebbe essere impiegato dopo alcune sedute preliminari, in quanto è necessaria una comprensione minima dello stile di vita del paziente. In tal modo è possibile confrontare il materiale raccolto e le categorie emerse nello strumento *La mia famiglia* e formulare ipotesi coerenti con lo stile di vita del soggetto.

Un'altra criticità riguarda la tendenza a interpretare i dati in termini causalistici. Le persone sono abituate a pensare che le proprie caratteristiche derivino dall'educazione ricevuta, che le avrebbero “prese” da genitori o nonni. La teoria alla base dello strumento propone invece l'opposto: l'essere umano inserisce nello stile di vita ciò che ritiene utile in funzione delle proprie mete (Adler, 1997; Falk & Jensch, 2025; Vaihinger, 1924). Vaihinger parla di appercezione analogica per indicare che l'individuo modula e plasma l'esperienza, non ne è mero prodotto. Dunque, se una persona enuncia caratteristiche attribuite ad altri, le sta plasmando secondo proprie categorie interpretative; tale aspetto può costituire una difficoltà nel lavoro clinico.

Un vantaggio dello strumento è rappresentato dalla procedura strutturata nella fase iniziale; in una fase successiva si richiede invece un lavoro creativo condiviso per attribuire senso e formulare ipotesi pertinenti insieme al cliente in merito al materiale raccolto.

Un ulteriore punto di forza è la libertà da interpretazioni predittive: pur essendovi affermazioni secondo cui l'ordine di nascita potrebbe correlarsi a determinati tratti (D'Ambrosio, 2021), la pratica di *La mia famiglia* mira a evitare preconcetti di questo tipo. I ruoli che una persona ha o ritiene di avere verranno scoperti e definiti durante il lavoro terapeutico.

Lo strumento presenta inoltre una validità apparente: chiedendo al paziente di descrivere i familiari, è probabile che egli accetti più facilmente la procedura. In alternativa, si potrebbe proporre la scelta di otto personaggi di film e l'attribuzione di caratteristiche a tali figure; anche in questo caso si otterrebbe la proiezione di categorie personali, sebbene la scelta di personaggi fittizi possa risultare meno significativa per il paziente.

La scelta di richiedere almeno una trentina di caratteristiche consente di riscontrare ripetizioni significative: ad esempio, se la parola *accudente* viene attribuita a più familiari, ciò risulta rilevante. Se si chiedesse semplicemente di elencare trenta aggettivi, il soggetto probabilmente non ripeterebbe termini identici.

In ogni caso, la dinamica alla base di questo strumento richiede ulteriori approfondimenti e studi sistematici.

3. Un esempio: il caso di Ignazio

Di seguito verrà presentato il lavoro svolto con un paziente, indicato con il nome di fantasia *Ignazio*, e il modo in cui, tramite lo strumento *La mia famiglia*, si è giunti a considerazioni rilevanti sul suo stile di vita. Verrà illustrato quanto emerso nelle prime cinque sedute e, successivamente, verrà presentata un'immagine dello strumento *La mia famiglia* relativa alla sesta seduta.

3.1 Il caso di Ignazio: analisi dello stile di vita

Ignazio è un uomo di sessantasei anni, prepensionato, con una compagna da circa quindici anni. Ha avuto due figlie e un figlio da tre donne diverse e non ha mantenuto rapporti con nessuno di loro. Anche con il figlio maggiore, oggi ventiseienne, non ha più alcun legame, pur desiderandolo; lo ha cresciuto per circa sette anni insieme all'ex moglie. Finora ha tentato “disperatamente” di ricostruire un rapporto con lui, “correndogli dietro” e mostrandosi disponibile a tutto, anche sul piano economico. Si percepisce invece ignorato, incapace di ristabilire un contatto significativo.

Si descrive come un po' “farfallone”: in gioventù, pur avendo relazioni stabili, gli capitava di infatuarsi frequentemente di altre donne, contribuendo così alle ripetute separazioni.

Ha lavorato come direttore in strutture statali, venendo però coinvolto in procedimenti legali per aver concesso fondi in modo improprio a organi politici. Racconta che, in quel periodo, era estremamente attivo sul piano lavorativo e politico: gli piaceva farsi sentire, lavorare intensamente e realizzare grandi cambiamenti, che ritiene effettivamente di aver prodotto, talvolta a discapito dei colleghi. La “platea” di seguaci, ascoltatori e colleghi che lo temevano e ammiravano costituiva una sorta di “benzina” per il suo ego. Ora, in pensione e trasferitosi in un'altra regione, soffre la mancanza di un palcoscenico e di situazioni in cui poter dimostrare il proprio valore. Si definisce, al tempo stesso, un “orso” solitario, che preferisce camminare da solo in montagna e che, dopo dieci minuti di conversazione telefonica, si sente già saturo.

La compagna, Clara, è percepita come una persona molto socievole e dinamica: organizza mostre ed eventi artistici, per i quali Ignazio svolge numerose attività preparatorie. Lavora molto e soffre quando la compagna lo riprende per il “cinque per cento” che eventualmente dimentica.

La dimenticanza, l'indisponibilità e il ritiro passivo-aggressivo costituiscono le sue principali modalità di protesta. Si impegna in molteplici mansioni al servizio della compagna, fino a diventare una sorta di “paladino servizievole”, trascurando le proprie passioni e necessità, come camminare in montagna, praticare il tiro con l'arco o semplicemente dire di “no” a qualche richiesta. Teme di non essere riconosciuto nel proprio valore e compensa dedicandosi eccessivamente ai bisogni dell'altro. Tuttavia, si irrita quando percepisce di aver sacrificato le proprie esigenze.

Ha paura che, se non si mostra disponibile e servizievole, giustificandosi per ogni mancanza, la compagna possa lasciarlo, come accaduto in passato con altre donne. Si sente trascinato dalle iniziative della compagna, prosciugato dalla mole di lavoro e incline al ritiro solo quando ha superato ampiamente la soglia di tolleranza, diventando intrattabile, alzando la voce e isolandosi. Soffre quando il lavoro svolto per la compagna non viene riconosciuto come egli desidererebbe.

La compagna presenta una patologia intestinale cronica: Ignazio si premura costantemente di sostenerla, anche economicamente, e di accompagnarla a tutte le visite specialistiche, anche fuori regione.

Riferisce di non percepire un proprio centro stabile. Si giustifica spesso, si costringe a compiere gesti di accudimento, come preparare la colazione, anche quando la compagna gli dice di lasciar perdere e di occuparsi di ciò che preferisce. Sente il bisogno di lottare continuamente per ottenere approvazione, assumendo atteggiamenti servizievoli che tuttavia celano rabbia, desiderio di ribellione e una spinta verso l'autoliberazione.

3.2 Il caso di Ignazio: *La mia famiglia*

Di seguito è riportata l'immagine dello strumento descritto precedentemente.

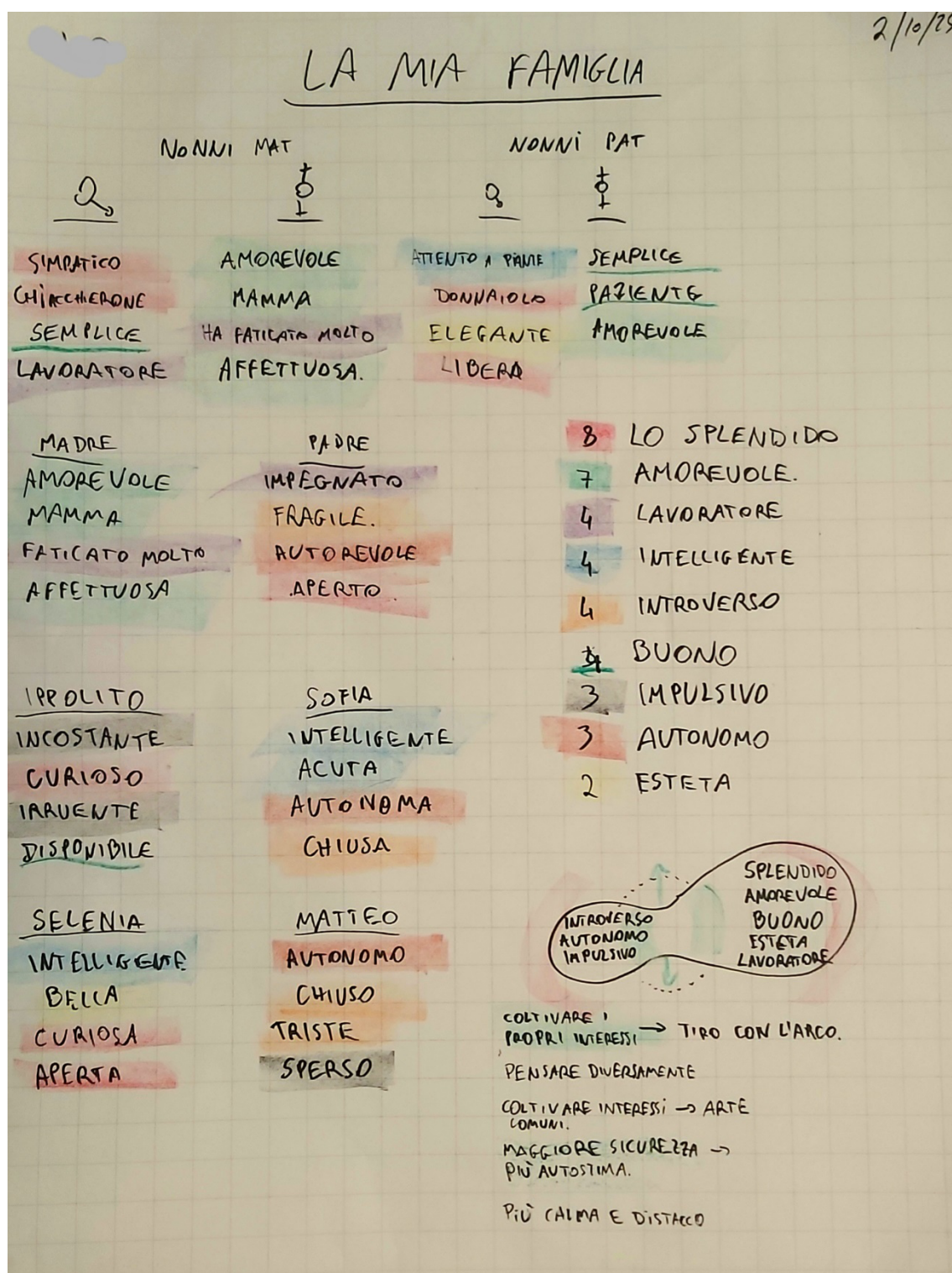


Fig. 1: lo strumento proiettivo “la mia famiglia”, svolta con il paziente Ignazio

Dopo la raccolta delle caratteristiche, al paziente è stato illustrato il funzionamento dello strumento, evidenziando che le parole sono state proiettate da lui sui propri familiari e che tali dimensioni, ad esempio “simpatico” e “chiacchierone”, appartengono al suo stile di vita. Altri osservatori, pur

conoscendo gli stessi familiari, probabilmente attribuirebbero caratteristiche differenti o con un ordine di importanza diverso.

Successivamente si è proceduto alla formazione delle macroaree, in accordo con lo stile di vita precedentemente elaborato.

La categoria denominata “Lo splendido” si riferisce alla tendenza del paziente a cercare una platea, a manifestare comportamenti di “farfallone” nei rapporti con le donne e a trarre gratificazione dal riconoscimento sociale. Tale dimensione rappresenta una forma di apertura e disinvoltura nei rapporti interpersonali ed è funzionale a compensare dubbi sul proprio valore e a favorire la ricerca di approvazione. Questa dinamica può talvolta sfociare in presunzione, arroganza e comportamenti di prevaricazione nei confronti degli altri. La dimensione “esteta” si associa a questo aspetto, contribuendo a una valorizzazione estetica e sociale di sé.

La categoria “Amorevole” descrive le caratteristiche premurose, affettuose e protettive del paziente, che si manifestano, ad esempio, nei comportamenti verso la compagna, sotto forma di aiuti e attenzioni costanti. Tale dimensione può evolvere in servilità o nella presunzione di poter accudire e “salvare” l'altro. La categoria “Buono” si collega a questo aspetto, prefigurando una possibile iper-disponibilità.

Sull'altro versante emergono le dimensioni “Introverso” e “Autonomo”. L'introversione descrive la tendenza del paziente a ritagliarsi spazi personali e a ridurre la propria disponibilità verso gli altri; essa riflette anche fragilità e tristezza, spesso compensate da un atteggiamento “splendido”. L'autonomia costituisce una dimensione più debole: durante la carriera lavorativa il paziente era abituato a manifestarla, mentre attualmente percepisce di averla accantonata per supportare la compagna.

La dimensione “Impulsività” riguarda gli episodi di indisponibilità, alzare la voce e comportamenti aggressivi, funzionali a contrastare la pressione derivante dalla propria iper-disponibilità autoimposta.

Si evidenzia dunque il contrasto tra il lato iper-cooperativo e iper-presente, definito “paladino servizievole”, e il lato caratterizzato da ritiro e introversione.

La discussione successiva si è concentrata sulle aree ancora carenti, in particolare sullo sviluppo di una sana autonomia, sulla coltivazione delle proprie passioni e interessi e su una maggiore capacità di ascolto dell'altro. Le dinamiche relative al comportamento “splendente” e servizievole, finalizzate alla ricerca di riconoscimento, evidenziano aspetti egoriferiti e altalenanti, che possono compromettere la qualità della relazione con la compagna.

3.3 Considerazioni finali

Il paziente ha accettato e riconosciuto questa lettura delle caratteristiche, completamente riferite a se stesso, e non come attributi effettivamente appartenenti ai familiari. Lavorare su questo aspetto è importante in quanto nella psicologia individuale si lavora molto sulla soggettività, sulla logica privata, in modo che il paziente riconosca che è artefice creativo del proprio stile di vita, che lo proietta sul mondo circostante in cui appercepisce ciò che gli pare utile ai propri fini.

Conclusione

L'analisi del caso di Ignazio tramite lo strumento “la mia famiglia” rappresenta una messa in pratica dei concetti della psicologia individuale, purché sia utilizzato non per trarre inferenze oggettive o causali sul passato, ma come proiezione della logica privata e dello stile di vita attuale del paziente. Il valore metodologico dello strumento risiede nella sua capacità di far emergere, in modo strutturato e tangibile, le categorie interpretative con cui il soggetto “scrive” il proprio mondo relazionale. L'essenziale non è la veridicità delle descrizioni dei familiari, ma il riconoscimento da parte del paziente che quei tratti (ad esempio, *amorevole* o *autonomo*) sono sue proiezioni e, di conseguenza, sue dimensioni interne.

Questo percorso dovrebbe facilitare lo sviluppo del sentimento sociale, spostando il focus dall'accusa causale (es. “sono così a causa dei miei genitori”) al riconoscimento della propria libertà e responsabilità creativa nella costruzione del proprio Sé e del proprio mondo. La terapia è un processo collaborativo, guidandolo verso una maggiore consapevolezza e un uso più funzionale e socialmente orientato della propria logica priva

Bibliografia

- Adler, A. (1931). *What Life Could Mean to You*. Oneworld Publications.
- Adler, A. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler: A systematic presentation in selections from his writings* (H.L. Ansbacher & R.R. Ansbacher, a cura di). Basic Books.
- Adler, A. (1967). *Prassi e teoria della psicologia individuale*. Astrolabio.
- Adler, A. (1997). *Lebenskenntnis*. Fischer Verlag.
- Adler, A. (2008). *Der Sinn des Lebens*. Anaconda Verlag.

- Adler, A. (2019). *Lebensprobleme: Vorträge und Aufsätze*. Fischer.
- D'Ambrosio, S. (2021). Costellazione familiare. Meccanismi di comunicazione e giochi di potere. *Education & Learning Styles*, 2, 95-112.
- Falk, M. & Jensch, M. (2022). Die Zwickmühle in der IP-Therapie. *Lichtblick*, 120, 10-11.
- Falk, M. & Jensch, M. (2023). Vom Umgang mit Ängsten. *Lichtblick*, 126, 8-9.
- Falk, M. & Jensch, M. (2025). Wer “prägt” wen in der Familie? *Lichtblick*, 133, 8-9.
- Frank, L.K. (1939). Projective Methods for the Study of Personality. *The Journal of Psychology*, 8(2), 389-413.
- Holmes, D.S. (1978). Projection as a defense mechanism. *Psychological Bulletin*, 85(4), 677-688.
- Mitchell, T.R., Thompson, L., Peterson, E. & Cronk, R. (1997). Temporal adjustments in the evaluation of events: The “rosy view”. *Journal of Experimental Social Psychology*, 33(4), 421-448.
- Schopenhauer, A. (2006). *Il mondo come volontà e rappresentazione* (G. De Lorenzo, trad.). Bompiani.
- Shulman, B.H. & Mosak, H.H. (2008). *Manuale per l'analisi dello stile di vita*. Franco Angeli.
- Vaihinger, H. (1924). *Die Philosophie des Als ob*. Felix Meiner Verlag.
- Yap, S., Ji, L.-J., Wang, X.-Q., Chang, B. & Mao, M. (2023). Projecting the current salient relational situations into the past and future across cultures. *Social Psychological and Personality Science*, 16(2), 224-235.

Studi adleriani

Rivista semestrale

Anno V – N. 8/9 – 2025



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: *Vittoria Arena, Francesca Barillà, Daniela Bosetto, Valentina Di Liberto Parisi, Aurelio Calcagno, Eduardo Calvanese, Davide Maria Giarratana, Marco Falk, Marco Lenzi, Arianna Longoni, Camilla Mariani, Laura Manzini, Claudio Megna, Giorgio V. Panetta, Emanuele Panza, Gloria Pavarini, Vincenza Papeo, Simone Ruggiano, Vincenza Scaglione*