

Rivista di studi adleriani

Rivista semestrale

Anno IV – N. 6/7 – Giugno/Dicembre 2024



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>Lo stile di vita e la sua revisione: il caso di Marta</i> di Gloria Pavarini e Camilla Mariani	6
<i>L'aggressività secondo Adler: quando questo costrutto diventa disfunzionale.</i> <i>Presentazione di un caso clinico</i> di Marco Lenzi e Vincenzo Scaglione	28
<i>Il senso della perdita, del tempo e della colpa nella depressione</i> di Barbara La Bella	49
<i>Lo stile di vita di un corpo spezzato: costrutti adleriani e anoressia</i> di Piera Simonini	62
<i>Language and Multiculturalism in an Adlerian Perspective: the Therapeutic Relationship with Patients whose Mother Tongue is not Italian</i> di Claudia Elisabetta Muccinelli	75
<i>Mito e conoscenza: Adler tra relazione, metodo scientifico e astrazione</i> di Roberto Carnevali	94
<i>Relatività e soggettività del tempo in terapia e nelle consulenze giudiziarie</i> di Raffaella Ceruti e Angela Francesca Molina	106
<i>Nuove identità in adolescenza</i> di Paolo Bagnara e Angela Francesca Molina	117
<i>Dal Rifugio alla Riserva Naturale. Il lavoro sui confini nell'approccio terapeutico alla psicopatologia narcisistica</i> di Matteo Crevani	133

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.

Lo stile di vita e la sua revisione: il caso di Marta di *Gloria Pavarini e Camilla Mariani**

ABSTRACT (ITA)

In questo lavoro si approfondirà il concetto di stile di vita nell'ottica della Psicologia Individuale di Alfred Adler. Inizialmente si descriverà cosa si intende per "stile di vita" in ottica adleriana e come lo stile di vita si forma nella vita di ogni individuo. Successivamente, verrà presentato il caso di una paziente da noi seguita. La paziente presentava uno stile di vita disfunzionale che le provocava sofferenza. Infine, si mostrerà come il concetto di stile di vita possa essere esemplificato dal caso da noi considerato e come lo stile di vita della paziente sia stato portato alla consapevolezza e revisionato tramite il percorso psicologico di incoraggiamento in ottica adleriana. Tale percorso ha portato la paziente a un miglioramento della sua qualità di vita.

Parole chiave: stile di vita, Psicologia Individuale, stile di vita disfunzionale, revisione dello stile di vita, incoraggiamento

The lifestyle and its revision: Marta's case by *Gloria Pavarini and Camilla Mariani*

ABSTRACT (ENG)

This work will deepen the concept of lifestyle in the framework of the Individual Psychology of Alfred Adler. Firstly, we will describe what "lifestyle" is in the adlerian's framework and how it forms during everyone's life. Then, we will present the case of a patient we followed. The patient had a disfunctional lifestyle which caused her sufference. Lastly, we will show how the concept of lifestyle can be exemplified by the case that we considered and how the patient's lifestyle was brought to consciousness and revised thanks to the encouraging psychological journey in an adlerian's framework. That journey brought the patient to an improvement of her quality of life.

Keywords: lifestyle, Individual Psychology, disfunctional lifestyle, lifestyle's revision, encouragement

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

Introduzione

Lo scopo del presente lavoro è illustrare il concetto cardine della Psicologia Individuale di Alfred Adler di stile di vita, sia dal punto di vista teorico che attraverso la presentazione di un caso clinico. Nel primo capitolo viene descritto cos'è lo stile di vita in ottica adleriana e come esso si forma. Vengono inoltre indagate le sue funzioni, il suo essere funzionale o disfunzionale per la vita dell'individuo e come può essere revisionato tramite un percorso psicologico in ottica adleriana.

Nel secondo capitolo viene presentato un caso da noi seguito. La paziente presentava uno stile di vita disfunzionale che le provocava sofferenza e di cui non era consapevole. Durante il percorso riuscirà a diventare più consapevole del suo stile di vita e a intraprendere un lavoro di revisione di esso. Si libererà da antichi schemi disfunzionali per abbracciarne di nuovi e sul lato utile della vita, quindi mantenendo un sano equilibrio tra le proprie esigenze e quelle altrui.

Il terzo capitolo rappresenta un ponte tra la parte bibliografica del primo capitolo e il caso presentato nel secondo. L'intento è quello di approfondire il costrutto di stile di vita esemplificandolo attraverso il racconto dell'esperienza con la paziente. Viene anche mostrato come è possibile una revisione dello stile di vita alla luce dell'esperienza di incoraggiamento che il paziente può vivere durante il percorso psicologico.

1. Lo stile di vita

1.1 Lo stile di vita nella psicologia individuale: cos'è e come si forma

Lo "stile di vita" è un concetto cardine della Psicologia Individuale Comparata di Alfred Adler. Come afferma Parenti (1983), esso è definibile come "l'impronta soggettiva di ogni individuo, costituita dalla risultante di tratti comportamentali, orientamento del pensiero, affetti ed emozioni, articolati al servizio di finalità prevalenti." (Parenti, 1983, p. 25). Si potrebbe quindi affermare che lo stile di vita, in accezione adleriana, sia quella modalità unica con cui ogni individuo si muove verso la propria "finalità prevalente". La visione di Adler è infatti finalistica oltre che causale. Con ciò si intende che i comportamenti di ogni individuo hanno sempre delle cause ma hanno anche un fine, o meglio una finalità prevalente (o "meta prevalente" o "fine ultimo"), conscia o inconscia, verso cui l'individuo si dirige. L'uomo, infatti, la più perfezionata tra le forme di vita dal punto di vista psichico, vive nel tentativo costante di pianificare un futuro più sicuro del presente.

Se questo fine, conscio o inconscio, che ci si è prefissi di raggiungere, viene influenzato negativamente dalla volontà di potenza, ovvero dal proprio desiderio di autoaffermazione, si

verifica la condizione denominata in Psicologia Individuale come “fine ultimo fittizio”, condizione che produce sempre più distanza tra l’individuo e i suoi simili (Pagani, 2003).

Lo stile di vita si forma intorno ai cinque anni di età e tende a rimanere stabile. Esso si modifica in modo significativo solo se intervengono fattori di notevole portata.

Il bambino si trova a dover fare i conti con la propria inferiorità rispetto agli adulti e con tutte le esperienze per lui nuove della vita. Queste difficoltà che continuamente incontra fanno sì che egli sviluppi un particolare “piano di vita” (Dreikurs, 1968). Come afferma Pagani (2003), il piano di vita è l’impostazione, in parte inconscia in parte no, che guida l’atteggiamento dell’individuo verso la realtà, sotto la spinta del Sé creativo. Il Sé creativo è, per Adler, quell’istanza che consente all’individuo di mantenere lungo tutta la vita quegli schemi con cui persegue i propri scopi (Pagani, 2003). Adler afferma:

Non sono né l’eredità né l’ambiente che determinano la [...] relazione (*dell’individuo*) con il mondo esterno. L’eredità gli assegna solo alcune doti. L’ambiente gli fornisce solo alcune impressioni. Queste doti e impressioni e la maniera in cui egli ne fa «esperienza», cioè l’interpretazione che egli dà di queste esperienze, sono i mattoni che egli usa nelle specifiche modalità «creative», per costruire le proprie attitudini verso la vita (Adler, 1935/1993, p. 5).

Dal particolare piano di vita dell’individuo, sorgerà lo stile di vita (Pagani, 2003; Dreikurs, 1968).

Come spiegano Shulman e Mosak (1988/2008), il bambino piccolo per il suo apprendimento utilizza un metodo per prove ed errori, finché non sviluppa delle regole che gli consentono di interagire con il mondo in modo più organizzato. Le regole vengono man mano organizzate in un modello sempre più complesso, che integra tutte le regole.

Il modello iniziale si rafforza durante la crescita del bambino, finché diventa legge, quasi un mito personale. Il modello diventa dunque una direttiva nella vita dell’individuo, quasi un Testamento su come affrontare le circostanze della vita.

Lo stile di vita “è l’organizzazione di tutte le regole in un modello che sovrintende non solo le regole stesse, ma tutta l’attività che ci rende adeguati ad affrontare le situazioni” (Shulman & Mosak, 1988/2008, p. 20).

Uno dei più grandi contributi adleriani alla psicologia è stata la teoria della costellazione familiare (Shulman & Mosak, 1988/2008), la quale comprende la fratria, i valori familiari, l’atmosfera familiare, il comportamento dei genitori e il ruolo che ognuno dei bambini ricopre in famiglia. Tutti questi fattori contribuiscono alla creazione di un certo stile di vita invece che di un altro. Ci soffermiamo in particolare sulla fratria, sul comportamento dei genitori e sul ruolo che ogni bambino ricopre in famiglia, dal momento che li ritroveremo nel secondo capitolo.

Per quanto riguarda la fratria, un tema è quello della competizione. La competizione tra bambini avviene perché ognuno cerca di guadagnare per sé un posto importante in famiglia. Questo può avere risvolti positivi o negativi: in generale un effetto della competizione potrà essere quello che ogni bambino svilupperà interessi diversi, ma allo stesso tempo, ad esempio, un bambino potrà comportarsi male proprio perché il fratello invece si comporta bene.

Un altro tema importante è l'ordine di nascita. Adler dà molta importanza all'ordine di nascita ma anche alla situazione psicologica. Il figlio maggiore, ad esempio, è il primogenito, ma se venisse considerato debole, il secondogenito potrebbe assumere il ruolo di primogenito. Il figlio unico non ha rivali, è possibile che sia stato viziato e che quindi abbia imparato poco la cooperazione. Il primogenito vorrebbe continuare ad essere primo, si sente legittimato ad avere precedenza ed è spesso volto all'affermazione di sé. Il secondogenito deve cercare di mettersi in pari, dal momento che parte in ritardo. Ha nel primogenito un antagonista e deve cercare di misurarsi con lui. Il figlio di mezzo ha davanti a sé un antagonista e dietro di sé un inseguitore, quindi è come accerchiato, e cerca un significato. Il figlio più piccolo ha una strada ben segnata davanti a sé. Non sarà mai spodestato ma ha più passi da fare per riguadagnare terreno rispetto agli altri.

È utile tenere conto anche della differenza di età tra i fratelli, perché la competizione sarà tanto più forte quanto più i fratelli hanno età simili e diminuirà con l'aumentare della differenza di età. Un'altra variabile importante è il sesso: la competizione può crearsi a motivo della divisione di ruoli e a seconda del significato che ogni famiglia vi attribuisce. Un altro fattore in gioco è ad esempio il favoritismo che un genitore può creare verso un figlio in particolare. Il favoritismo può portare il bambino a sentire di valere, e probabilmente da adulto avrà successo, ma allo stesso tempo può porre il bambino in una posizione di obblighi verso i genitori.

Per quanto riguarda il comportamento dei genitori, i genitori offrono ai figli modelli di valori e di comportamento. I figli scelgono, inconsciamente, cosa prendere e cosa no dai genitori e quanto da un genitore e dall'altro. Il comportamento dei genitori è importante in quanto influenza lo sviluppo o il non sviluppo di alcuni atteggiamenti di base che gli adleriani considerano fondamentali. Dreikurs, ad esempio, (1957, 1973) ha descritto questi atteggiamenti e quelli opposti: sentimento sociale vs animosità, fiducia negli altri vs mancanza di fiducia e sospetto, fiducia in se stesso vs sentimenti di inferiorità, coraggio vs scoraggiamento.

Nella costellazione familiare rientra anche la famiglia allargata: nonni, zii, cugini... Alcune di queste figure, se instaurano un legame stretto con il bambino, possono fungere per lui da figure parentali ed essere dei modelli. Anche altre figure esterne dalla famiglia possono fungere da modelli.

Infine, bisogna tenere conto dei ruoli che ciascun figlio assume. Il ruolo di solito riceve un'etichetta, e l'ordine di nascita ad esempio è già un'etichetta, dal momento che implica certe caratteristiche

tipiche. Ad esempio, l'etichetta di primogenito avrà spesso caratteristiche di responsabilità e di comando.

1.2. Le funzioni dello stile di vita

Dal punto di vista biologico, lo stile di vita sarebbe la matrice cognitiva per il comportamento che entra in gioco quando non c'è una matrice istintiva. Infatti, l'uomo necessita di un programma per affrontare tutte le sfide proposte dalla vita, e per questo i modelli istintivi non sono sufficienti. L'uomo è in grado di programmare attraverso l'apprendimento (Shulman & Mosak, 1988/2008). Si può pensare allo stile di vita anche come *causa formale*, in senso aristotelico, del comportamento, nel senso che esso imprime una direzione alla linea del movimento della persona, e lo fa di continuo, non in un momento preciso. Ha una azione causale continua.

I metodi comuni che gli individui utilizzano per raggiungere la finalità prevalente possono essere riscontrati ad esempio nei disturbi di personalità: la personalità dipendente usa come metodo l'essere bisognoso per ottenere servizi dagli altri. Metodi simili si trovano associati a mete diverse. Gli adleriani spesso descrivono lo stile di vita riassumendolo in una parola o frase, ad esempio "bambino debole" o "erede al trono", e queste espressioni sono spesso definizioni sia della meta che del metodo.

Lo stile di vita secondo Shulman e Mosak (1988/2008) può avere una funzione:

- Di organizzazione e di semplificazione

Il senso è di fornire regole che possano definire delle priorità, come già detto.

- Di selezione

Essa si articola in diversi passaggi. Innanzitutto, lo stile di vita traccia la linea del movimento che la persona segue. Inoltre, vi è una "percezione selettiva", nel senso che in base al proprio stile di vita, ognuno cerca conferme di esso nelle situazioni che vive. Ad esempio, se lo stile prevede che gli altri siano ostili, la persona percepirà una ostilità in certe situazioni nelle quali invece altre persone potrebbero non percepirla. Inoltre, lo stile di vita funge da azione guida, nel senso che dirige il proprio modo di agire nelle situazioni. Lo stile di vita ha funzione di predizione e anticipazione: porta con sé delle aspettative su cosa accadrà che sono destinate ad avverarsi. Lo stile di vita porta anche a vigilare sulle situazioni speciali, come se ci fosse un radar sempre attivo. Tra il senso comune e lo stile di vita, è lo stile di vita a prevalere.

- Di problem-solving

Lo stile di vita riguarda il problema dell'azione, dell'adattamento, dal momento che imposta le linee guida per risolvere i problemi.

- Di controllo dell'esperienza

Questa funzione consiste nel classificare le esperienze. Un evento viene definito traumatico dallo stile di vita stesso.

- Di produzione dei miti

Si può parlare di “miti” nel senso che l'immagine di sé e del mondo sono delle finzioni, quindi dei miti, generati dallo stile di vita.

- Di rinforzo

Lo stile di vita continua a rinforzarsi costantemente, dal momento che ha una funzione selettiva che condurrà la persona a sperimentare ciò che serve a rinforzare il punto di vista dello stile di vita stesso.

- Autoprotettiva

La funzione autoprotettiva consiste nel fatto che ogni volta che accade qualcosa che sembra mettere in discussione lo stile di vita, il sistema dello stile di vita si autoprotolge interpretando gli eventi in modo che l'insieme delle regole immagazzinate non venga minacciato.

- Collegata al Sé

Le funzioni collegate al Sé sono la funzione di autodefinizione, per la quale lo stile di vita serve per definire il Sé, i suoi limiti e le sue caratteristiche, e la funzione di percezione del Sé e di giudizio, per cui la soddisfazione o l'insoddisfazione relativa alla percezione del Sé dipende dai valori contenuti nello stile di vita.

1.3. Quando lo stile di vita è “sbagliato”

In base a quale criterio stabiliamo che uno stile di vita sia “sbagliato”?

Secondo Shulman e Mosak (1988/2008), lo stile di vita è incentrato su alcuni elementi che riguardano i problemi di base della vita umana. Vi possono dunque essere degli errori, delle distorsioni nel valutare i problemi di base, e in tal caso lo stile di vita è definibile come “sbagliato”. Possiamo pensare ad esempio alle generalizzazioni eccessive, come ad esempio “Le persone sono ostili”, a mete di sicurezza false o impossibili, come ad esempio “Devo piacere a tutti”, a percezioni sbagliate della vita e delle sue richieste, come ad esempio “La vita è troppo ardua”, alla minimizzazione e alla negazione del proprio valore: “Sono inutile”, a valori sbagliati: “Sii il primo anche se devi calpestare gli altri” (Mosak, 1984).

Karen Horney (1966) parlava di “posizioni esagerate”. La posizione esagerata è individuabile da queste caratteristiche: è irrazionale, insaziabile, impossibile, inadeguata, intollerante, cercata senza sforzo, egocentrica, vendicativa, compulsiva.

Possiamo raggruppare le distorsioni nel proprio modo di pensare in alcune categorie. Una categoria è quella delle opinioni distorte su se stessi: “Sono meno capace degli altri”, “Sono speciale e unico”, ecc. Un’altra è quella delle opinioni distorte sul mondo e sugli altri: “La vita è una giungla (*homo homini lupus*)”, “La vita chiede troppo”, ecc. Un’altra categoria è quella delle mete distorte: “Tutti devono amarmi”, “Devo essere senza difetti”, ecc. Un’altra è quella delle modalità operative distorte, ad esempio l’idea che gli altri debbano prendersi cura di sé, quindi una dipendenza eccessiva dagli altri o il ribellarsi a qualsiasi autorità, e infine gli ideali distorti: “Un «vero» uomo è aggressivo, senza paura, eroico e non è mai sconfitto”, “Ogni trasgressione deve essere severamente punita”, ecc. (Shulman & Mosak, 1988/2008)

1.4. La revisione dello stile di vita

Come afferma Dreikurs: “Ognuno si oppone il più energicamente possibile a qualsiasi tentativo di cambiare il proprio stile di vita.” (Dreikurs, 1950/1968, p. 56).

Adler scrive: “ogni particolare tipo conserva il suo stile dall’infanzia alla fine della vita, a meno che non si convinca di aver creato una propria attitudine fuorviante nei confronti della realtà. (Adler, 1935/1993, p. 7).

Se la persona intraprende un percorso terapeutico, all’inizio mostrerà uno “stile di vita esibito”, una maschera. Dunque, non sarà facile per l’analista ricostruire accuratamente lo stile di vita. Mezzi eccellenti per scoprire lo stile di vita del paziente sono i primi ricordi ed i sogni. (Parenti, 1983). I primi ricordi d’infanzia, infatti, mostrano sia le finalità remote dell’individuo, sia le finalità progettuali più recenti, che non hanno ancora raggiunto il livello di coscienza (Pagani, 2003). I sogni rappresentano dei ponti che gettiamo verso il futuro per collaudare anticipatamente un progetto del nostro piano di vita che non è ancora ben definito (Pagani, 2003).

Secondo Dreikurs (1950/1968), la terapia per essere utile deve fornire un incoraggiamento che duri nel tempo, e questo è possibile se si aiuta la persona a conoscere se stessa. Infatti, poche persone conoscono realmente se stesse, anche quando vogliono farlo credere.

Grazie alla terapia, “Il paziente scoprirà che il caso ha avuto nella sua vita una parte meno importante di quanto avesse immaginato, dato che molte delle sue esperienze risultano modellate secondo un piano.” (Dreikurs, 1950/1968, p. 114).

Secondo la Psicologia Individuale, nella fase iniziale dell’analisi si comprendono anche gli incontri preliminari, in cui l’analista formula una diagnosi psicopatologica, il tipo di struttura di personalità del paziente, le risorse del paziente, ipotesi sul significato della crisi e della richiesta di aiuto (Fassino, 1998).

Successivamente, invece, viene compiuta la vera e propria analisi dello Stile di Vita. Dal rapporto con l'analista si svilupperà l'esperienza emotiva correttiva che permetterà di raggiungere gli obiettivi terapeutici (Fassino, 1998). Per “esperienza emotiva correttiva” si intende l'esperienza di correzione del deficit affettivo di base del paziente. Adler, infatti, ritiene che nella psicoterapia il terapeuta assuma una tardiva funzione materna che possa correggere il deficit del paziente (Ferrigno, 2005). Gli insight prodotti durante l'analisi tramite le interpretazioni sono trasformativi: fanno sì che le esperienze vengano rielaborate e che avvenga una trasformazione della soggettività rispetto alle mete fittizie.

La revisione dello stile di vita stimola nell'analizzando la progettualità.

Quello che avviene è una continua modulazione tra lo Stile di Vita dell'analista e quello del paziente. Grazie ad essa, il paziente comincia ad intuire di poter sopportare la frustrazione che deriva dal rinunciare alle mete fittizie.

Nella Psicologia Individuale, “il trattamento coinvolge e trasforma sia il medico che il paziente” (Adler, 1936).

Come afferma Dreikurs (1950/1968), la terapia serve a riparare i danni dovuti a un'educazione errata nell'infanzia.

La persona nevrotica è quella che da bambina, cercando di risolvere il problema della definizione del proprio valore, arriva ad una soluzione sbagliata e si crede inferiore agli altri. La terapia ha come compito quello di correggere questo errore.

In sostanza ogni cura psicologica è un tentativo di accrescere la fiducia del paziente in se stesso e di incoraggiarlo in modo diretto o indiretto. [...] Persino la denuncia dell'inganno che si nasconde sotto l'apparente contraddizione esistente tra ciò che il paziente «vuole» e quello che «può» fare, tra le sue intenzioni apparenti e la sua incapacità ad attuarle, alla fine lo aiuta a prender coraggio. Il paziente vede che i suoi insuccessi non sono dovuti ad alcuna debolezza di carattere o mancanza di possibilità intrinseche, ma semplicemente al fatto che si è ingannato circa la natura delle proprie intenzioni. (Dreikurs, 1950/1968, pp. 114-115).

Il terapeuta dovrebbe assumersi il compito dell'educatore.

Come l'educatore, non dovrebbe sembrare simile ad una autorità superiore, ma quasi un amico che sta aiutando qualcuno di scoraggiato. Infatti, in caso contrario, tutto il successo o l'insuccesso della cura andrebbe attribuito a lui, quando in realtà tutto dipende dal comportamento del paziente.

2. Il caso di Marta

2.1. Il primo incontro con Marta

La signora Marta ci contatta dopo aver ricevuto il riferimento da una sua amica e chiede un primo colloquio in studio.

Chiede di vederci perché dice di non stare bene e di essere stufa di sentirsi così da una vita; è anche preoccupata di poter peggiorare nei sintomi di angoscia che prova quotidianamente e, per tutti questi motivi, ha deciso di chiedere aiuto.

Marta parla al telefono a voce bassa, quasi rauca, con tono triste e stanco.

Fissiamo un appuntamento per la settimana successiva.

Marta si presenta in perfetto orario, è curata nell'aspetto, è vestita in modo sobrio ed elegante, senza eccessi, un filo di trucco sui grandi occhi scuri. Notiamo che cammina come se fosse "appesantita" da qualcosa, con fatica.

Le spalle sono incurvate, guarda mentre parla ma spesso distoglie lo sguardo.

Marta sembra faticare nella partenza del racconto, poi però, man mano che parla, si lascia andare maggiormente ed emergono parole ed emozioni.

2.2. Anamnesi

Marta è una signora di cinquant'anni, originaria del sud Italia. Racconta di aver fatto un percorso al suo paese in adolescenza perché aveva degli attacchi di panico ma, aggiunge subito, non sono stati riconosciuti come tali, le hanno fatto molte visite e l'hanno portata dal prete del paese a chiedere spiegazioni del suo strano comportamento. È stato il prete ad indirizzare i genitori da uno psichiatra. I genitori se ne vergognavano e volevano solo che prendesse dei farmaci per farla tornare "a posto".

Dice che si agitava moltissimo in occasione di verifiche ed interrogazioni, l'esame di maturità lo ricorda come un incubo e riporta di aver provato ad iniziare l'università ma ha deciso di abbandonare perché era "troppo fragile" e non riusciva a reggere la situazione.

Così, inizia a lavorare in un'azienda ma dopo qualche anno non vuole più rimanere lì, si sente la "badante" dei genitori.

Ha un fratello minore che, dopo essere uscito di casa, rimane a vivere al paese e una sorella maggiore che invece viene a lavorare al nord.

Marta decide di seguire l'esempio della sorella e di salire al nord facendosi ospitare da lei.

Trova lavoro e conosce l'uomo che diventerà poi suo marito.

Vanno a convivere ma il padre è sfavorevole alla situazione e le dice che se vuole la convivenza deve sposarsi e lei si sposa. A proposito di ciò, dice: “Non ero sicura di volerlo, ma perché dovevo far soffrire mio padre?”.

Non fa minimamente cenno alla sua sofferenza nel compiere per desiderio di un altro un atto così importante come il matrimonio.

Dopo pochi mesi, è incinta del figlio Lorenzo.

Marta racconta della gravidanza e del parto come di momenti belli, anzi i più belli della sua vita, in cui si è sentita unita a suo marito e ha provato amore vero per lui e per il piccolo. Dice di essere stata felice di portare la vita che nasce ma che ha anche vissuto momenti difficili perché era sola. La sua famiglia di origine era giù e quando il marito ha ripreso il lavoro dopo il parto si è sentita abbandonata.

Ricorda Lorenzo che piangeva e pensava fosse una punizione perché lei, in fondo, un figlio non se lo meritava. Aveva un grande senso di colpa.

Per superare l'angoscia dice di star prendendo da tanto tempo un ansiolitico che le risolve i sintomi al momento ma a lungo termine non la aiuta.

Racconta di avere un buon rapporto col marito, descritto come una brava persona, che la rassicura e la abbraccia nei momenti di difficoltà. Di lui Marta dice che “non sa cosa sia l'ansia” e che è un uomo sereno.

Della sua famiglia di origine sappiamo che Marta ha una sorella maggiore di due anni che la trattava male, come la “piccola rompiscatole”, e un fratello minore di cinque anni, spiritoso e divertente, il “giullare di corte”, tanto desiderato in quanto erede maschio.

Dice che sua sorella in quanto primogenita, sebbene femmina, è riuscita a farsi spazio nel cuore dei genitori, lei invece non si è mai sentita “né carne, né pesce”.

Racconta dei suoi come dei genitori di cinquant'anni fa: il padre lavorava, la madre era casalinga. Dice che non le mancava niente.

In casa con loro viveva anche la nonna materna, rimasta vedova di guerra in giovanissima età.

Il nonno, infatti, non è mai tornato indietro e Marta ricorda sua nonna che stava seduta in cucina a guardare la porta e ad aspettare.

Dice inoltre che la nonna aveva paura del temporale e, se pioveva di notte, si infilava nel suo letto e lei, da bambina e ragazza, le dava protezione.

La nonna è vissuta con loro fino alla morte, avvenuta a ottant'anni, morte che per Marta è stato un terribile lutto. Marta afferma tuttora: “lasciarla sola al cimitero è stato terribile”. Racconta che la nonna era una figura femminile che lei, nonostante le fragilità, sentiva più forte e sicura della madre. La madre, invece, viene descritta come una bambina mai cresciuta, fragile, incapace di fare qualsiasi cosa che non sia pulire la casa e cucinare.

Marta definisce invece il padre un “padre padrone”, che non picchiava i figli ma manifestava la sua forza e autorità.

Racconta che egli aveva subito un “grave trauma”: era stato adottato dallo zio, fratello della sua vera madre, perché gli zii non avevano avuto figli e ne volevano uno, mentre loro erano 5 fratelli, e così questo bambino venne “donato”.

Lui conosceva la storia e ha sempre chiamato la vera madre “zia” e ha sempre avuto un rapporto terribile con i suoi fratelli rimasti in casa.

Questi nonni adottivi avevano una predilezione per la primogenita e il maschio e, quando andavano a trovarli, Marta ricorda che portavano due regali, e per lei nulla.

2.3. Un sogno e un ricordo

Durante i primi colloqui si è provato più volte a chiedere a Marta i primi ricordi ma ha risposto sempre che non ne ha, mostrando tutta la sua resistenza nel riaprire i temi dell’infanzia.

Nel sesto colloquio però si sblocca un ricordo mentre sta raccontando della sua famiglia di origine, in particolare di sua madre, che lei definisce come “non premurosa”. Ella diceva che “i figli vanno baciati quando dormono, senza farsi vedere”. Seguendo il filo di questi pensieri, Marta racconta che si ricorda improvvisamente di un episodio. Si riporta interamente:

“Mi sono svegliata da poco ed esco sul balcone. Lì vedo la mia mamma seduta su una amaca che scherza con mia sorella. Non mi vedono. E io resto lì e non faccio niente. Sono rimasta in quell’angolino aspettando di essere vista. Non avevo voglia di uscire e immaginavo come poteva essere esser vista da qualcuno, da mia mamma.”

Questo racconto sarà molto importante nel corso del percorso, e questo momento che Marta si concede di ricordare segna l’inizio del cambiamento che piano piano avverrà in lei.

D’ora in avanti a colloquio parleremo di questo episodio come dell’“episodio dell’ombra”. Scegliamo queste parole per descrivere quel complesso di emozioni e sensazioni che Marta aveva provato in quel momento in cui era rimasta nell’ombra, per l’appunto.

Nel colloquio successivo Marta racconta un sogno.

Lo riportiamo perché è interessante per approfondire lo stile di vita della paziente:

“Ci sono io davanti al fiume. Io devo attraversare il fiume e per farlo devo fare un salto enorme ma quella è l’unica strada. Siamo io e mia sorella, provo molta angoscia.

Ad un certo punto mia sorella salta e cade ma poi risale e passa dall’altra parte, io invece non riesco a farlo quel salto.”

Le chiedo se sa che l’acqua è l’elemento femminile per eccellenza e lei mi risponde che, alla luce del ricordo raccontato nello scorso colloquio, crede che il fiume che lei non riesce a raggiungere sia

sua mamma e che l'unica cosa che sa fare è stare a guardare gli altri che vanno mentre lei è impossibilitata a muoversi, prova angoscia ed è bloccata.

Dopo aver raccolto tutti questi dati si ipotizza che la signora si sia costruita la finzione patogena dell'ombra per difendersi dal dolore di non essere vista da una madre che le risulta irraggiungibile. Per finzione in senso adleriano intendiamo “una modalità, in vario modo non obiettiva, di valutare se stessi e il mondo, concepita in appoggio alle finalità che l'individuo vuol perseguire.” (Parenti, 1983, p. 22). Diventa patogena quando allontana l'individuo dall'ambiente, dagli altri. È come se Marta avesse detto a se stessa: “Io non devo muovermi, non sono autorizzata ad uscire allo scoperto, l'altro non mi vede e questo non essere visti è così doloroso che è meglio stare nell'ombra, nascosti. La felicità non è per me, non posso sperarci ma al massimo posso rimanere bloccata a guardare gli altri vivere”.

Nel corso del percorso si condivide con la paziente questa interpretazione, anzi è lei stessa a riportare:

“Ripercorrendo la mia storia, ho capito che io non devo essere felice, non posso meritarmi la felicità e quando mi accade qualcosa di bello mi spunta l'angoscia che possa capitare qualcosa di brutto perché non ne sono degna.”

Marta afferma che l'angoscia dei momenti belli la “richiama all'ordine”.

Da questa consapevolezza dolorosa, Marta inizia a rileggere gli episodi della sua vita e a capire quanto è stato difficile per lei il suo “rimanere nell'ombra”.

Parallelamente a questo lavoriamo sui suoi tratti di alta sensibilità che le danno delle antenne attentissime per cogliere la realtà. È come se lei fosse rimasta quella bambina sensibile e scottata dagli episodi accaduti e le servissero molte energie e coraggio per dare una svolta alla sua vita.

Si ascoltano insieme alla signora due brani musicali legati al tema dell'alta sensibilità. Uno è *Assurdo* di Anastasio che ad un certo punto recita: “Non sono pronto ancora a questo mondo che va a un ritmo folle come i colibri” descrivendo così la stessa sensazione di Marta, e l'altro è *Il ballo delle incertezze* di Ultimo, in cui il cantante racconta di essere stato sempre zitto per fare spazio agli altri finché un giorno trova se stesso e smette di stare in equilibrio su di sé ma prende il suo posto. Anche in questo brano l'analogia con la storia di Marta è molto evidente per la signora, che si affeziona a questo brano inserendolo nella sua playlist dei momenti difficili.

Si incoraggia molto la signora lavorando sul fatto che è “fatta bene” e che tutto quello che ha strutturato da un punto di vista psicologico ha avuto un significato, quello di salvaguardare la sua integrità psichica.

Piano piano, identificando il proprio stile di vita, Marta riesce a vederne l'utilità ma anche la meta fittizia e inizia a desiderare un cambiamento.

Ci vorranno ancora alcune sedute prima che Marta riesca a lasciarsi andare alla possibilità concreta di esso.

Marta in terapia sta portando tutta se stessa, con le sue percezioni delle cose, senza omettere niente. Questa possibilità di sentirsi unita e di uscire dall'ombra mettendosi in primo piano nella relazione con noi, la aiuta a mettere in atto un cambiamento anche fuori dalla stanza di terapia. Marta inizia ad essere più assertiva, ad esprimere, in primis con se stessa, quello che non le fa bene e poi a dire alcune parole davanti agli altri, ai colleghi, al capo, fino a sentirsi pronta a scendere dai suoi genitori.

2.4. Ritorno a casa

Il viaggio dai suoi genitori sarà per lei simbolicamente una sorta di “ritorno alle origini” in cui metterà alla prova i cambiamenti avvenuti in lei, quando si ritroverà seduta a quella tavola, insieme ai genitori, al fratello e alla sorella, anche loro invitati a passare le vacanze nella casa di origine.

Marta scende col marito a casa dei suoi. Questa volta scende consapevole dei suoi bisogni e desideri, quindi avvisa la sua amica d'infanzia che conosce le sue fatiche che sta arrivando e le chiede degli appuntamenti in cui vedersi in modo da non stare più di mezza giornata in casa dei suoi, dato che dopo un po' si sente in trappola.

Inoltre, la madre, come sempre, le chiede di fare le grandi pulizie, e così con l'appuntamento dell'amica Marta riesce a garantirsi di non stancarsi troppo.

Per quanto riguarda i pranzi, Marta lascia che sia la madre a cucinare e decide di essere assertiva su cosa e quanto mangiare. Inoltre, decide per la prima volta di non trascorrere tutte e due le settimane di vacanza di Natale dai suoi ma di fermarsi solo per una, prendendosi dei giorni tranquilli con il marito.

Questa è una grande rivoluzione per Marta, non viene capita dai genitori, ma lei continua per la sua strada.

Emerge come il cortocircuito relazionale che crea sofferenza a Marta sia legato al fatto che lei desidererebbe essere coccolata dalla madre, sentendosi in vacanza, mentre la madre, a detta sua, non aspetta altro che arrivi lei per farle pulire e sistemare la casa, chiedendo di essere a sua volta accudita.

Marta ha bisogno di mettere a fuoco questo cortocircuito e trovare altrove luoghi e relazioni di cura per sé sapendo che non potrà avere dai genitori quello che desidera; nello stesso tempo però non si fa più trascinare dai sensi di colpa annullandosi e tornando nell'ombra, ma inizia a uscire allo scoperto dicendo timidamente “io” e mettendo in atto dei comportamenti nuovi, liberatori.

Quando torna, alla prima seduta, racconta contenta tutto questo. Sta sorridendo.

È lei stessa a dire: “Quindi praticamente sono guarita, ho capito che posso concedermi delle cose e non sono egoista”. Si continua nel processo di incoraggiamento, valorizzando i piccoli-grandi cambiamenti che la signora sta realizzando dentro di sé e nel suo ambiente.

Questa consapevolezza apre la terza parte del percorso, in cui si sostiene la signora nel consolidamento dei cambiamenti che ha apportato al suo stile di vita, aiutandola anche a svincolarsi in modo sereno e positivo dal figlio Lorenzo, che ormai ha 18 anni e ha bisogno di una madre adulta capace di lasciarlo andare per la sua strada.

2.5. La vita professionale

Con Marta affrontiamo anche il tema del lavoro.

Adesso che Marta sta piano piano acquisendo sicurezza e imparando ad essere assertiva, lavoriamo su come poter migliorare il suo vissuto lavorativo.

Marta, infatti, manifesta tanto malessere quando è in ufficio. Soffre, in particolare, perché si è accorta di un flirt tra il capo, sposato con una collega, e un'altra collega più giovane che lavora direttamente con Marta.

Con la sua acutezza e sensibilità se n'è accorta da mesi, soffre per la collega moglie ed è arrabbiata con il capo e la collega amante che, tra l'altro, a detta sua, fa molte moine al capo, spudoratamente, ed è manipolatoria nei confronti dei sottoposti facendosi forte dell'ascendente che ha verso quest'uomo.

Marta soffre molto di questi intrighi e arriva a fare molta fatica a trascorrere tanto tempo in ufficio. L'organizzazione dello spazio di lavoro, poi, non aiuta, in quanto sono tutti collocati in un grande open space e lei fa fatica a concentrarsi sulle sue cose in mezzo ai rumori e alle persone che parlano. Lavoriamo su quanto questo contesto grande e rumoroso non aiuti Marta con la sua alta sensibilità a rimanere focalizzata sui suoi compiti anziché perdersi nei pensieri e riflessioni su ciò che vede e sente accadere intorno a sé.

Aggiungiamo il fatto che Marta soffre per il senso di ingiustizia che avverte per il tradimento del capo e per la frustrazione nel sentirsi manipolata dalla collega e proviamo ad aiutare Marta a leggere tutti i pesi che si è presa e a lasciare andare tutto ciò che non riguarda lei, aiutandola, piano piano, a ricentrarsi e ad alleggerirsi.

Si individua una stanza chiusa accanto all'open space in cui Marta chiede di poter andare con la motivazione di dover fare delle chiamate ai clienti e aver quindi bisogno di silenzio. Questo le permette di decomprimere e ricentrarsi, di fare una sorta di “igiene mentale” che la aiuta a ritrovare benessere.

All'inizio Marta fatica ad accettare questi suggerimenti “ambientali” perché ritiene ancora la sua alta sensibilità come una debolezza e ha paura di essere considerata “viziata” perché usa una stanza privata invece che l'open space o “fragile” perché non regge l'impatto con la situazione lavorativa. Man mano che cresce in Marta l'accettazione di sé e la stima nelle proprie qualità, ella capisce che non si tratta di debolezza ma di mettersi nelle circostanze in cui può stare bene e quindi dare il massimo, e questo la sostiene nell'assertività e nelle timide richieste che fa per stare meglio.

2.6. La vita familiare

A questo punto, affrontiamo il tema della relazione col figlio Lorenzo.

Marta adora questo ragazzo, è stato per lei la possibilità di dare amore e tutta se stessa a qualcuno che ne aveva bisogno e riconosce che in questo modo ha potuto prendersi cura anche di sé e di quello che le era mancato da bambina.

Come sempre, però, quando il rispecchiamento è così presente, Marta rischia di invischiarsi col figlio, non permettendo lo svincolo che un codice affettivo materno sano dovrebbe concedere, ma rischiando di essere soffocante.

Anche perché il marito di Marta, riconoscendole tutta la sua capacità di accudimento, si è, negli anni, tirato indietro rispetto alla cura di Lorenzo, che è quasi del tutto affidata alla signora, anche ora che lui è grande e deve prendere delle decisioni importanti sul futuro, come la scelta della facoltà universitaria.

Questo assetto familiare non aiuta lo svincolo di Lorenzo, ma anzi lo rende più difficoltoso.

Non è facile portare alla luce queste dinamiche relazionali con la signora. Marta impiega parecchie sedute, molto sofferte, per capire che, allo scopo di stare bene tutti, è necessario lasciar andare Lorenzo anche se questo vuole dire, per lei, decidere di non avere il controllo su tutti gli aspetti della vita di suo figlio.

D'altra parte si mette a fuoco l'importanza di fare un passo indietro nei confronti di Lorenzo perché il padre possa fare dei passi avanti, lasciando aperto uno spazio che il paterno possa riempire. È difficile per la signora correre questo rischio senza sentire che sta abbandonando il figlio, il quale potrebbe provare, secondo lei, quel senso di vuoto che lei ha provato da bambina e che ancora si porta dentro.

Dopo nove mesi di percorso psicologico assieme, una gestazione praticamente, Marta riporta di stare meglio, i sintomi di angoscia sono ancora presenti nelle circostanze belle e al mattino, quando la giornata si apre davanti a lei, ma adesso non si lascia più bloccare da essi, li legge nella chiave che insieme abbiamo individuato e va avanti.

Marta soprattutto sta imparando a volersi bene e a non viverci solamente come una persona fragile ma a concedersi la possibilità e il piacere di dire “io”.

Ha bisogno di essere ancora sostenuta in questo processo e, di comune accordo, decidiamo di continuare il percorso con cadenza quindicinale anziché settimanale.

Andremo avanti così per qualche mese, fino a tenerci un appuntamento mensile in cui è Marta a condurre la seduta, decidendo cosa portare e su quali aspetti lavorare, provando così anche nel contesto di cura la sua nuova assertività e individuazione.

3. Lo stile di vita nel caso di Marta

3.1. Come si è formato lo stile di vita di Marta

Nel caso appena descritto, possiamo considerare l'importanza della famiglia di origine di Marta.

Sappiamo che Marta è la secondogenita di tre fratelli: una sorella, maggiore di due anni, desiderata ed amata, e un fratello minore di cinque, “erede” del cognome di famiglia.

Marta nasce femmina, mentre in famiglia tutti desideravano un maschio, e si colloca da subito all'ombra della sorella, maggiore e già inserita nelle dinamiche familiari. Fin da piccolissima sembra non avere avuto un suo spazio in famiglia e probabilmente muove dei passi nella direzione di crearsi da sé uno spazio di amore e considerazione in cui vivere.

L'arrivo del maschio, avvenuto cinque anni dopo la sua nascita, non la aiuta ad acquisire questo spazio ma, anzi, le fornisce l'occasione per strutturare ancora di più la sua posizione di figlia nascosta, nell'ombra, appunto, come è lei stessa a dirci raccontando un ricordo.

Considerando la famiglia allargata, sappiamo che Marta ricorda che i nonni paterni portavano regali per la sorella e il fratello, ma non per lei.

Emerge anche in questa dinamica il suo essere bambina silenziosa e nascosta, che tuttavia, non esce dal suo “non-spazio” ma sempre di più vi si chiude dentro finendo per strutturare in quel nascondiglio la sua permanenza in famiglia.

Sarà l'adolescenza con i suoi grandi cambiamenti a permettere a Marta di manifestare il suo malessere. In occasione dell'esame di maturità, infatti, avrà un attacco di panico molto importante che spingerà i suoi genitori ad accorgersi di lei e a cercare di capire il suo disagio, anche se non ci riusciranno e Marta deciderà di andarsene, legittimandosi a farlo perché anche la sorella, poco tempo prima, aveva lasciato la famiglia di origine.

Marta infatti seguirà la sorella al nord, nella stessa città.

Vediamo quindi una grande influenza della costellazione familiare nello strutturarsi dello stile di vita di Marta e notiamo anche la sua stabilità nel tempo.

3.2. Le funzioni dello stile di vita di Marta

Lo stile di vita nell'ombra di Marta risponde al suo bisogno di problem solving perché le fornisce una modalità di adattamento, anche se disfunzionale, come vedremo al paragrafo successivo, all'ambiente circostante così poco attento a lei; inoltre, il suo stile di vita ha una funzione di controllo dell'esperienza perché le consente di classificare quanto le accade.

Per quanto riguarda la produzione di miti, lo stile di vita di Marta la spinge a leggere se stessa come inferiore agli altri, gli altri come prepotenti e il mondo come un luogo ostile e irraggiungibile per lei.

Lo stile di vita di Marta ha anche una funzione di rinforzo di se stesso, nel senso che svolge quella funzione selettiva che conduce la paziente a sperimentare ciò che le rinforza il punto di vista del suo disvalore e incapacità.

Lo stile di vita di Marta ha anche una funzione autoprotettiva, autoalimentandosi ogni volta che accade qualcosa a Marta e al suo contesto affettivo e rinforzandola sulla sua posizione defilata dalle relazioni.

Tutto questo fa sì che Marta potenzi moltissimo la sua intelligenza e la sua sensibilità, rimanendo isolata dal contesto e rifugiandosi nella sua testa e nel suo mondo interno che, una volta esplorato grazie alla psicoterapia, verrà riconosciuto come un luogo ricchissimo e popolato di pensieri e desideri che Marta non si è mai concessa di riconoscere né tanto meno realizzare.

Infine, lo stile di vita di Marta ha una funzione collegata al Sé, in quanto la definisce come indegna di cura e struttura la percezione di disvalore che Marta porta incarnata e che si manifesta nel presente prima ancora che inizi a parlare, osservando la posizione somatica che assume quando cammina e si presenta in un ambiente. Marta infatti cammina molto lentamente, con le spalle ricurve, in una posizione ripiegata su di sé.

Per proteggersi dal grande dolore di non essere vista, considerata e curata, cosa che accadrebbe uscendo dal proprio nascondiglio, Marta decide che è meglio stare rintanati in un posto sicuro ma solitario, e da lì, da quando era bambina, non esce più.

Saranno poi i forti sintomi di ansia sviluppati in adolescenza che le permetteranno di affacciarsi al mondo esterno, segno della disfunzionalità dello stile di vita che aveva messo in atto per "salvarsi" da un dolore ancora più grande, quello dell'abbandono.

Sarà la psicoterapia poi a portare alla luce tutto questo vissuto e a premetterle di diventare consapevole del suo stile di vita e a modificarne gli aspetti disfunzionali.

3.3. Stile di vita disfunzionale

Possiamo quindi definire “sbagliato” o disfunzionale lo stile di vita di Marta per le sue caratteristiche di minimizzazione e negazione del proprio valore.

Marta ha una autovalutazione impropria in senso negativo che la porta a strutturare delle modalità operative distorte come la sua eccessiva dipendenza dalle relazioni che svilupperà nella seconda parte della vita, quando, trasferitasi al nord, creerà un suo nucleo familiare.

Marta ha strutturato una personalità nevrotica dal momento che, fin da bambina, per definire il proprio valore è giunta a una soluzione errata che la fa credere inferiore agli altri.

Questo sarà un punto di lavoro molto importante, che la aiuterà a modificare le opinioni distorte che si è creata su di sé e sul mondo.

3.4. Revisione dello stile di vita di Marta tramite il percorso psicologico in ottica adleriana

L'episodio che abbiamo chiamato insieme alla signora “l'episodio dell'ombra” diventerà molto importante per descrivere lo stile di vita di Marta.

È lei stessa a riconoscersi come una bambina che si è sentita tanto sola e che, per non soffrire, ha pensato che fosse più sicuro ritirarsi dalle relazioni familiari, in primis dal rapporto con la madre, che nel ricordo non la vede e sembra non percepire minimamente la sua presenza. Marta riconosce di essere stata invisibile per buona parte della sua vita e rilegge gli episodi di attacchi di panico in età adolescenziale come una richiesta di aiuto e la modalità che ha potuto trovare per essere vista e curata. Purtroppo però questi attacchi di panico sono stati letti da Marta, ai tempi, come un'ulteriore dimostrazione della sua inferiorità (“Tutti fanno l'esame e io non ci riesco”) e della sua inadeguatezza, inadeguatezza rafforzata dal fatto che i genitori desideravano mettere a tacere il prima possibile i sintomi, vergognandosene e chiedendo aiuto al prete del paese. Marta ricorda che è stato proprio il sacerdote ad indirizzare per primo i genitori da uno psichiatra e ricorda di aver iniziato a prendere dei farmaci per l'ansia in adolescenza.

Qualche anno dopo sarà lei a decidere di iniziare un primo percorso di psicoterapia, che ricorda ancora con affetto e gratitudine come il primo momento in cui si è messa al centro e ha capito delle cose di sé. Forse anche grazie a questo percorso è riuscita a trovare la forza di lasciare il suo nucleo familiare così disfunzionale e trasferirsi al nord.

Al nord Marta lascia emergere tutte le risorse che ha.

Nel corso del racconto la si incoraggia molto valorizzando tutti i passi di autonomia e di riconoscimento di sé e del proprio valore. Dapprima la signora sembra quasi negarli e attribuire tutte le sue conquiste a fattori esterni, come la presenza di sostegno della sorella, l'affetto per il

nipotino, la protezione del fidanzato che poi diventerà marito... ma, piano piano, nel corso delle sedute inizierà a vedere quanto lavoro le ha richiesto costruirsi da capo una nuova vita, partendo da tutte le fragilità che portava con sé.

Rileggerà anche la relazione con i suoi genitori, prima visti come genitori adeguati e integerrimi, e poi rivisti in una lettura più realistica in cui si concede anche di riconoscere quello che non hanno potuto darle. In questa chiave rileggerà anche la storia della sua famiglia allargata e della presenza della nonna in casa, che aveva sempre considerato come una fonte per lei di protezione e affetto ma ora, con gli occhi dell'adulto, ripensandosi bambina, capisce quanto le sia costato ospitare la nonna di notte nel letto quando aveva paura del temporale o sostenerla mentre aspettava il marito disperso in guerra davanti alla porta.

Piano piano Marta inizia a non sentirsi più solo inferiore e inadeguata ma riesce a leggere i bisogni di quella bimba non vista e a prendersene cura.

Inizia a guardare le sue ferite, a capire quanto si è sentita sola e abbandonata, si legittima in questo nuovo sguardo e si percepisce come capace di tirarsi fuori da una circostanza che le dava sofferenza e, lentamente, mette la testa fuori dal suo nascondiglio.

Questi passi di rilettura della sua storia avvengono nel corso dei mesi, mesi nei quali Marta è molto fedele ai nostri appuntamenti, non ne disdice nessuno ed è sempre puntuale e anzi, arriva spesso in anticipo. Le verrà riconosciuto tutto l'impegno e il lavoro che sta portando avanti mostrandole come è in grado di prendersi cura di sé e come sta diventando assertiva sui suoi bisogni.

Piano piano riesce a mettere una sana distanza con la madre che si aspetta telefonate quotidiane da lei ma che, da parte sua, non la chiama mai. Si porta la signora a riflettere su questo meccanismo relazionale e a rendersi conto di come lei lo stia portando avanti e alimentando, continuando a darsi sofferenza.

Marta riesce con fatica a smettere di contattare la madre tutti i giorni rendendosi conto che quella telefonata le faceva male e la ributtava in quella sensazione di inadeguatezza che ormai conosce bene e riconosce bene e si legittima a chiamarla solo quando se la sente, qualche sera a settimana, concedendosi così di sentire come sta lei, in primis, e di capire se ha le risorse per sostenere il dialogo con la madre che, da parte sua, sembra considerarla sempre una bambina incapace e rimproverarla per tutto quello che non va, anche a distanza.

Marta riesce a mettere un filtro e a proteggersi e tutelarsi anche quando la madre le chiederà come mai non la chiama più tutti i giorni, scoprendosi capace di autoprotezione.

Un altro momento significativo del percorso è stato quando la signora ha riportato un sogno ricorrente:

“Ci sono io davanti al fiume. Io devo attraversare il fiume e per farlo devo fare un salto enorme ma quella è l'unica strada. Siamo io e mia sorella, provo molta angoscia.

Ad un certo punto mia sorella salta e cade ma poi risale e passa dall'altra parte, io invece non riesco a farlo quel salto.”

E' stata lei stessa a leggere il sogno come il suo tentativo di raggiungere l'irraggiungibile, cioè la madre. Conquista difficile anche per la sorella che però nel sogno ci riesce sempre, mentre lei non ce la fa.

Racconta che ci sono altre versioni del sogno in cui accanto a lei si collocano marito e figlio, come a sostenerla, loro sono lì, ma non devono saltare. Il salto è il suo e lei deve arrivare al fiume.

Interessante anche l'angoscia che il sogno le lascia, proprio l'angoscia infatti è uno dei sintomi che Marta ha ancora nel presente, e in questo sogno è legata all'incapacità di raggiungere quello che si vuole e di nuovo ad un senso di inadeguatezza e inferiorità vissuto come paralizzante: lei il salto non riesce a farlo.

Lavoreremo anche su questo nel corso delle sedute e la signora ne prenderà sempre più coscienza. Riuscirà a guardare i “salti” che invece ha fatto, lavorando, costruendosi un'indipendenza economica, sposandosi e mettendo al mondo un figlio. Piano piano, sarà incoraggiata nel rendersi conto che lo stile di vita patogeno che la relegava nell'ombra è ad ora disfunzionale e che, da adulta quale è, può decidere di uscire dall'ombra e cambiare ciò che della sua vita le provoca dolore.

Questa consapevolezza farà stare Marta molto meglio, l'angoscia si ridurrà e la signora troverà il coraggio di tornare a casa dei suoi trascorrendo del tempo con loro ma senza ripiombare nell'ombra, individuata nei suoi bisogni e nelle sue capacità.

Sarà lei stessa che tornando da una vacanza al suo paese di origine dirà: “Sono guarita!” mostrando un nuovo entusiasmo e una nuova vitalità.

In realtà Marta avrà ancora delle ricadute, dei periodi in cui l'angoscia tornerà forte a farsi sentire, ma ripartirà per affrontare questi momenti con il nuovo bagaglio di consapevolezza di sé e di strumenti che ha imparato nel percorso, che la sosterranno e incoraggeranno a percorrere la sua strada, forte di una nuova immagine di sé competente e capace.

Conclusione

Lo scopo di questo articolo era quello di illustrare il concetto di stile di vita in ottica adleriana sia dal punto di vista teorico che attraverso la presentazione di un caso clinico.

Il caso clinico riguardava una paziente da noi seguita, la quale presentava un iniziale stile di vita disfunzionale e che le creava sofferenza, di cui però non aveva consapevolezza. Il lavoro della coppia terapeuta-paziente ha permesso dapprima una presa di coscienza da parte della paziente del proprio stile di vita, e, in seguito, una modificazione di esso verso una direzione più adattiva ed equilibrata.

A fronte di quanto emerso dal lavoro si può concludere che lo stile di vita è una componente fondamentale della vita dell'individuo, in quanto orienta il pensiero, il comportamento e gli affetti di ognuno, e che, se diventa fonte di sofferenza, può, con l'aiuto di un percorso psicologico in ottica adleriana, essere rivisto in modo da migliorare la qualità di vita della persona.

Bibliografia

Adler, A. (1904). *Der Arzt als Erzieher, Aerztl. Standeszeitung* (tr. it. e commento in E. Marasco & U. Samtleben, Adler prima di Adler, il maestro in qualità di medico e il medico come educatore. *Riv. Psicol. Indiv.*, 38, 53-71, 1995).

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. (1935). The fundamental views of Individual Psychology. *Int. J. of Indiv. Psychol.*, n. 1, vol. 1 (tr. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale. *Riv. Psicol. Indiv.*, 33, 5-9, 1993).

Adler, A. (1936). Prefazione al diario di V. Nijinskij. In H.L. Ansbacher, F. Parenti & P.L. Pagani (a cura di) Adler e Nijinski. *Quad. Riv. Psicol. Indiv.*, 6, 1981.

Dreikurs, R. (1950). *Fundamentals of Adlerian psychology*. Greenberg Publisher (tr. it., *Lineamenti della psicologia di Adler*. La Nuova Italia, 1968).

Dreikurs, R. (1957). Psychotherapy as correction of faulty social values. *American Journal of Individual Psychology*, 13, 150-158.

Dreikurs, R. (1973). The private logic. In H.H. Mosak (a cura di), *Alfred Adler: His influence on psychology today* (pp. 19-32). Noyes Press.

Fassino, S. (1998). Lo Stile di Vita e il Sé creativo. In B. Sanfilippo (a cura di), *Itinerari adleriani: La psicologia del profondo incontra la vita sociale* (pp. 53-71). FrancoAngeli.

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

Horney, K. (1966). *Our inner conflicts*. Norton (tr. it., *I nostri conflitti interni*. Martinelli, 1971).

Klages, L. (1906). *Das persoenliche Leitbild*. Ackermann.

Mosak, H.H. (1984). Adlerian psychotherapy. In R.J., Corsini (a cura di), *Current psychotherapies* (3rd ed.) (pp. 56-107). F.E. Peacock.

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.

Shulman, B.H. & Mosak, H.H. (1988). *Manual for Life Style Assessment*. Brunner Routledge – Taylor & Francis Group (tr. it., *Manuale per l'analisi dello stile di vita*. FrancoAngeli, 2008).

L'aggressività secondo Adler: quando questo costrutto diventa disfunzionale. Presentazione di un caso clinico di *Marco Lenzi e Vincenza Scaglione**

ABSTRACT (ITA)

Nel presente lavoro viene analizzato il concetto di aggressività attraverso la presentazione dei principali studi di riferimento secondo una prospettiva ambientale: l'ipotesi di Adriano Zamperini e il modello di Anderson e Bushman. Viene riportato il costrutto aggressivo secondo la teoria di Adler, descrivendo il suo sviluppo in età evolutiva fino ad arrivare a un confronto tra questo e la volontà di potenza. Si presenta in chiave adleriana il caso clinico di un paziente con condotte aggressive cominciando dallo stile di vita. Gli obiettivi terapeutici sono stati il contenimento e la riduzione dell'aggressività per un miglior adattamento all'ambiente del paziente. Dall'analisi del caso e dal percorso svolto, emerge come il paziente sia fortemente proiettato verso la volontà di potenza a scapito del suo sentimento sociale. L'intervento è stato mirato allo sviluppo e al rafforzamento del sentimento sociale del paziente tramite un approccio terapeutico, farmacologico e educativo. In questo modo, sarebbero coperte tutte le aree vitali di rilevanza psicologica per il soggetto e lo si incoraggerebbe a muoversi verso la comunità e il lato utile della vita.

Parole chiave: aggressività, volontà di potenza, sentimento sociale, sentimento di inferiorità, compensazione

Aggression according to Adler: when this construct becomes dysfunctional. Presentation of a clinical case by *Marco Lenzi and Vincenza Scaglione*

ABSTRACT (ENG)

In this paper, the concept of aggression is analysed by presenting the main reference studies from an environmental perspective: Adriano Zamperini's hypothesis and Anderson and Bushman's model. The aggressive construct according to Adler's theory is reported, describing its development in developmental age up to a comparison between this and the will to power. The clinical case of a patient with aggressive conduct is presented from an Adlerian perspective, starting with the lifestyle. The therapeutic goals were the containment and reduction of aggression for a better adaptation to the patient's environment. From the analysis of the case and the treatment taken, it emerges how the patient is strongly projected towards the will to power to the detriment of his social feeling. The intervention was aimed at developing and strengthening the patient's social feeling through a therapeutic, pharmacological and educational approach. In this way, all vital areas of psychological relevance to the subject would be covered and he would be encouraged to move towards the community and the useful side of life.

Keywords: aggression, will to power, social feeling, feeling of inferiority, compensation

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

1. L'aggressività secondo i principali contenuti teorici

1.1 Teorie classiche sull'aggressività

Il costrutto aggressivo è stato trattato da diversi autori nel corso degli anni. Infatti, è un tema di interesse di più discipline, quali l'etologia, la psicologia sociale, la psicologia animale. Ad esempio, anche negli animali sono presenti gli istinti connessi al comportamento aggressivo, utili per la sopravvivenza della specie; si tratta di energie-guida (Parenti, 1983).

Essendo un argomento universalmente riconosciuto come rilevante, ha attirato su di sé l'attenzione di più studiosi che lo hanno analizzato in modo specifico.

Uno dei primi autori a parlare dell'aggressività è Sigmund Freud (1920), il quale ritiene che tale costrutto sia un elemento legato al principio del piacere. Il padre della psicoanalisi ritiene che l'aggressività sia una reazione fisiologica dovuta alla frustrazione per il mancato appagamento del principio del piacere e il fallimento della soddisfazione della libido (Freud, 1920). Perciò, il concetto aggressivo si ricollega alla sfera sessuale.

In seguito (Freud, 1930), egli sosterrà l'idea per cui siano presenti nell'uomo due istinti contrapposti: la pulsione di morte (*Thanatos*) e la pulsione di amore (*Eros*). Il primo istinto è volto alla distruzione e deve essere riversato verso l'esterno pena l'autoannientamento dell'essere umano, il secondo è orientato all'autoconservazione ed eroga l'energia vitale per sopravvivere. L'aggressività scaturisce dallo scontro tra questi due opposti. Essa, quindi, deve essere spinta all'esterno per consentire la sopravvivenza dell'uomo.

In tempi più recenti, l'aggressività è stata studiata in ambito sociale. Infatti, il fondatore della *Social Learning Theory* afferma che il costrutto aggressivo sia il risultato di un processo di apprendimento sociale (Bandura, 1973). Albert Bandura è divenuto celebre per i suoi esperimenti nel campo dell'aggressività e, più specificamente, per lo studio del comportamento aggressivo nei bambini.

In un suo noto lavoro (Bandura, 1973), egli decise di convocare dei bambini per verificare la sua ipotesi: ovvero, se era possibile apprendere dei comportamenti aggressivi.

Divise i partecipanti all'esperimento in tre gruppi: un gruppo sperimentale, un gruppo di confronto e un gruppo di controllo. In una prima fase, erano stati predisposti tre scenari.

Il primo gruppo assisteva alle condotte aggressive di un adulto su una bambola (la bambola Bobo): la picchiava con un martello e gridava di colpirla al naso.

Il secondo gruppo osservava un collaboratore adulto giocare con delle costruzioni di legno, ignorando la bambola nella stanza.

Il terzo gruppo poteva giocare liberamente e in autonomia, senza la presenza di adulti.

Nella seconda fase, i bambini venivano portati in una stanza dove erano presenti giochi neutri (macchinine, peluches) e giochi aggressivi (martelli di gomma, pistole): qui potevano giocare come preferivano.

È emerso che i bambini che avevano osservato il modello adulto aggressivo erano più propensi ad attuare comportamenti aggressivi su oggetti (es: la bambola Bobo) e persone rispetto ai bambini che avevano assistito a un modello pacifico e a quelli che avevano giocato in autonomia.

Gli esperimenti vennero ripetuti nel tempo anche con adolescenti, portando ai medesimi risultati. Alla base di tale esperimento vi è la teoria dell'apprendimento sociale.

Bandura (1973), infatti, ipotizzò che l'apprendimento avviene grazie anche all'osservazione del comportamento di un modello: l'osservatore è perciò influenzato dalla condotta dell'attore osservato. Chi attua il comportamento viene denominato *modello* e il processo di apprendimento basato sull'osservazione e imitazione di un altro soggetto prende il nome di *modellamento*. Ricollegando la teoria all'esperimento trattato poco sopra, si può affermare che i bambini sono influenzati dall'ambiente sociale nel momento in cui adottano dei comportamenti; in altre parole, imitano il comportamento di altre persone considerate dei modelli e lo acquisiscono.

Il modellamento è di due tipi: passivo e attivo, dipendendo dall'imitazione inconsapevole o consapevole degli altri.

Fattori che possono influenzare il modellamento sono la convinzione di efficacia dell'osservatore di riprodurre correttamente il modello e la somiglianza tra modello e osservatore: avere caratteristiche simili al modello può aumentare la possibilità di replicarlo da parte dell'osservatore. Per brevità, si è deciso di riportare gli autori più rilevanti riguardo il tema dell'aggressività per dare maggiore spazio alla prospettiva ambientale.

1.2 L'aggressività secondo il GAM (General Aggression Model)

L'aggressività è stata studiata da un modello che ha inteso comprendere quali fossero i meccanismi sottostanti il comportamento aggressivo: il GAM (General Aggression Model) (Anderson & Bushman, 2002). In primo luogo, gli autori operano una distinzione tra i concetti di aggressività e violenza. L'aggressività è un comportamento che intende procurare un danno a un'altra persona che vuole evitare di essere danneggiata (Baron & Richardson, 1994). Il tipo di danno può essere fisico o psicologico.

La violenza, invece, è un comportamento teso a provocare estremo danno fisico a una persona che non vuole essere danneggiata come delle ferite o la morte (Bushman & Huesmann, 2010).

Da queste definizioni si può dedurre che la violenza è sempre una forma di aggressività ma non tutte le forme di aggressività sono delle condotte violente (Anderson & Bushman, 2021).

Per quanto riguarda il Modello Generale dell'Aggressività (GAM), esso rappresenta un'integrazione schematica di numerose teorie che spiegano il comportamento aggressivo, quali la teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 1971, 1973), il modello cognitivo neoassociazionista di Berkowitz (1984), il modello sociale di elaborazione delle informazioni (Crick & Dodge, 1994) e la teoria dei copioni di Huesmann (1986) con l'obiettivo di costruire un modello semplificato comune che analizzi il costrutto aggressivo.

Esistono due tipi di variabili in grado di influenzare il comportamento aggressivo: le variabili personali e le variabili situazionali (Anderson & Bushman, 2021).

Con variabili personali si intendono le differenze individuali presenti in ogni soggetto come il genere, l'età, i tratti di personalità, i valori, le credenze. Con variabili situazionali si intendono tutte le variabili ambientali o esterne all'individuo come la frustrazione, la provocazione, la presenza di pari aggressivi, l'alcol, le droghe, lo status socio-economico. Nel modello, queste due variabili esercitano un'influenza sullo stato interno attuale dell'individuo, che include tre elementi: la cognizione, il sentimento e l'attivazione fisiologica (Anderson & Bushman, 2021). Esistono, quindi, tre possibili traiettorie dell'aggressività: il pensiero aggressivo, il sentimento aggressivo e l'attivazione fisiologica (ad esempio: frequenza cardiaca, pressione sanguigna).

Tali percorsi dell'aggressività non si escludono tra loro e non sono indipendenti (Anderson & Bushman, 2021): infatti, potrebbe accadere che un soggetto abbia dei pensieri aggressivi, provi rabbia e riporti una frequenza cardiaca accelerata con una maggiore pressione sanguigna.

D'accordo con questa teoria (Anderson & Bushman, 2021), chi ha idee aggressive, si sente arrabbiato o ha parametri fisiologici alterati perché attivato è più probabile che agisca un comportamento aggressivo rispetto a un individuo che non le vive. Secondo il GAM, lo stato interno attuale del soggetto influisce sui processi di valutazione cognitiva dell'evento e decisionali. Uno studio (Dill, Anderson, Anderson & Deuser, 1997) ha individuato tre tipi di bias ostili che influenzano i suddetti processi:

- Bias di attribuzione ostile;
- Bias di percezione ostile;
- Bias di aspettativa ostile.

Il bias di attribuzione ostile è la tendenza a percepire le azioni ambigue degli altri come ostili (Anderson & Bushman, 2021): ad esempio, se vengo spinto mentre sto camminando, posso pensare che l'altra persona abbia fatto questa azione volontariamente per farmi male.

Il bias di percezione ostile (Anderson & Bushman, 2021) si riferisce al percepire le interazioni sociali ambigue come aggressive. Per esempio, se vedo due persone parlare per strada in modo animato, posso pensare che stiano litigando.

Il bias di aspettativa ostile (Anderson & Bushman, 2021) è la tendenza a ritenere che le persone reagiranno a potenziali conflitti con l'aggressività. Ad esempio, se urto accidentalmente un'altra persona, questo bias mi porterà a pensare che l'altro creda che io abbia agito di proposito e che vorrà vendicarsi per il torto subito.

Per concludere, si può affermare che il tipo di valutazione e di decisione che un individuo metterà in atto avrà un'influenza diretta sul suo comportamento (Anderson & Bushman, 2021).

Tale modello si basa su un approccio socio-cognitivo; tuttavia, bisognerebbe prendere in considerazione anche il fattore ambientale. Come l'ambiente può agire sul comportamento aggressivo individuale?

Uno psicologo sociale italiano si è occupato di studiare il costrutto aggressivo all'interno dell'ambiente. A seguire verrà descritto il suo pensiero.

1.3 L'aggressività intesa come fenomeno sociale: interazione tra uomo e ambiente

Secondo Adriano Zamperini (2014), autore del libro "La bestia dentro di noi: smascherare l'aggressività", il costrutto dell'aggressività dipende dall'interazione tra l'individuo e l'ambiente; egli, infatti, smentisce le teorie che riducono l'aggressività ad un puro determinismo biologico o ad una dimensione naturale. Egli critica l'idea per cui il concetto di violenza sia qualcosa di fisso e innato dentro di noi: non è qualcosa di rigido ed immutabile ma è un costrutto che dipende da noi, e, in virtù del suo aspetto sociale, è soggetto alle interpretazioni degli individui. Per lo psicologo padovano (Zamperini, 2014), l'aggressività è il frutto di una compenetrazione tra aspetti naturali e culturali che interagiscono tra loro.

A sostegno della sua ipotesi, egli propone diversi esempi che esprimono questa dialettica tra individuo e ambiente.

Un primo episodio è rappresentato dal celebre esperimento sociale della prigione di Stanford di Philip Zimbardo (2008). Lo studioso americano (Zimbardo, 2008) aveva chiesto a degli studenti dell'università di Stanford di partecipare a un esperimento come volontari. Il gruppo di allievi sarebbe stato diviso in due ruoli ben definiti: dei presunti detenuti e delle guardie carcerarie.

I partecipanti non potevano agire comportamenti aggressivi di alcun tipo; tuttavia, dopo sei giorni, Zimbardo dovette sospendere l'esperimento a causa dei ripetuti episodi di violenza fisica, verbale e psicologica avvenuti verso i detenuti. Alcune guardie, incarnando il proprio ruolo, avevano iniziato ad attuare comportamenti aggressivi in quanto questi erano ritenuti compatibili con la loro posizione sociale: per tale ragione, la distribuzione dei ruoli può agire in modo molto impattante sull'identità individuale e far aderire le persone alle richieste della società (Zamperini, 2014). Nel momento in cui si entra in un ruolo, è necessario rispettare gli obblighi sociali e le regole che questo

comporta; bisogna legare a tale dimensione anche la scelta del singolo nell'esecuzione del ruolo (Zamperini, 2014).

Un episodio riportato da Zamperini (2014) è quello legato ad un fatto realmente avvenuto: l'esperienza di Emilio Lussu durante la Prima Guerra Mondiale.

Lo scrittore sardo (2014), infatti, racconta di quando combatté sul fronte italo-austriaco sull'altopiano di Asiago. Nel momento in cui, a carponi in una trincea, stava per uccidere un ufficiale austriaco con un colpo di fucile, accadde qualcosa di inaspettato: un'azione che per lui era automatica divenne ragionata. Vide il soldato fumare e iniziò a pensare che anche lui poteva fumare: si creò, quindi, un rapporto tra lui e l'ufficiale nemico. Iniziò a riflettere sul fatto che aveva di fronte a sé un uomo, simile a lui: essendo un uomo, aveva una storia e una vita, non era più solo "il nemico". Riflettendo, capì che la vita del soldato dipendeva dal suo sparare in quel momento. Nonostante il senso del dovere trasmesso dalla necessità della guerra, la dimensione umana prevalse e Lussu non sparò. La consapevolezza dell'essere umano e del rapporto tra individui bloccò l'azione aggressiva dello scrittore.

È interessante notare, quindi, come il fattore sociale possa agire nelle dinamiche di violenza e come questo entri in relazione con l'individuo, le sue caratteristiche e le sue scelte. Tale dialettica può portare all'agito aggressivo, oppure, come in questo caso, al ritrarsi dalla condotta violenta. Il ragionamento (Zamperini, 2014), quindi, distingue l'uomo dall'animale: la riflessione e il farsi domande sulle conseguenze delle proprie azioni consentono all'individuo di prendere delle scelte in merito al comportamento che intende attuare.

2. L'aggressività secondo Adler

2.1 Origini della pulsione aggressiva

Adler (1908) afferma che la pulsione aggressiva inizia a manifestarsi nella prima età infantile, appena dopo la nascita. Infatti, secondo il neurologo austriaco (Adler, 1908), la pulsione aggressiva è connessa all'inferiorità d'organo, uno stato per cui una funzione dell'organismo sia deficitaria e provochi disagio al soggetto. Seguendo tale logica, maggiore è l'inferiorità d'organo, più forte sarà la pulsione. Il neonato, già nei primi istanti di vita, ha un atteggiamento ostile verso l'ambiente esterno perché ha difficoltà a soddisfare l'organo e, inoltre, è combattivo verso l'ambiente. Adler (1908), a differenza di Freud, non riconduce la pulsione aggressiva unicamente all'ottenimento del piacere ma la collega ad una struttura superiore che unisce le pulsioni. Quando la pulsione aggressiva è forte, essa è formata da un insieme di tensioni, eccitamenti e dal loro rilascio; tale concetto si avvicina all'idea di scarica motoria nell'isteria freudiana. Le pulsioni primarie sono

connesse alla pulsione aggressiva (Adler, 1908): perché torni ad esistere un equilibrio psichico nel soggetto, è necessario che le pulsioni primarie vengano soddisfatte attraverso il prendere energia e la scarica della pulsione aggressiva; si tratta di un processo che avviene grazie all'opera di entrambe le pulsioni.

La pulsione aggressiva è sollecitata in special modo dalle pulsioni primarie legate al bisogno di mangiare, di bere, di avere rapporti sessuali, di guardare: si tratta di necessità che devono essere soddisfatte nell'immediato. Lo stesso meccanismo si verifica nei dolori di tipo fisico e psichico che possono essere inibiti direttamente o indirettamente dall'azione di un organo.

Allo stesso modo, il sentimento di comunità è in grado di inibire la pulsione aggressiva dal raggiungimento dei suoi scopi se questi non sono socialmente accettabili. La pulsione aggressiva, infatti, può essere trasformata e vivere diverse fasi come le pulsioni primarie.

Essa (Adler, 1908), nella sua forma base e non modificata, si esprime attraverso liti, lotte, atti crudeli. Quando viene resa più fine, genera concetti come la competitività, lo sport, le guerre, così come i movimenti di lotte religiose, nazionali e sociali. Se la pulsione aggressiva è autodiretta (Adler, 1908), può generare comportamenti come la sottomissione, l'umiltà, la devozione, fino ad arrivare alla flagellazione di sé e al masochismo. Il livello estremo di pulsione aggressiva autodiretta è rappresentato dal suicidio.

Secondo Adler (1908), la pulsione aggressiva può essere mediata dalle altre pulsioni in modo tale da apparire all'esterno più contenuta come nell'arte e in alcune professioni.

I giochi per bambini sono un'ulteriore testimonianza delle manifestazioni della pulsione aggressiva, così come i miti, le favole e le leggende degli eroi.

Inoltre, la pulsione aggressiva può diventare il suo contrario (Adler, 1908); infatti, essa può manifestarsi come compassione, carità, altruismo e interesse empatico per la miseria. Secondo Adler (1908), ciò è possibile in quanto solo chi ha uno storico di procuratore di sofferenze è in grado di comprendere veramente il dolore nella sua essenza. Si tratta, dunque, di un "peccatore pentito" (Adler, 1908): il capovolgimento da versante aggressivo a empatico sarà tanto più forte quanto maggiore è la pulsione aggressiva, come già sottolineato in Tolstoj e Sant'Agostino. Pertanto, tutte le varianti dell'aggressività (aggressività pura, diretta verso di sé, trasformazione nel contrario), così come l'inibizione dell'aggressività sono presenti nelle nevrosi e nelle psicosi (Adler, 1908).

Facendo degli esempi di manifestazioni aggressive dei diversi tipi, Adler (1908) individua come espressioni dell'aggressività pura gli accessi d'ira, le crisi isteriche, l'epilessia e la paranoia. Manifestazioni dell'aggressività diretta verso di sé sono l'ipocondria, i dolori isterici e nevrastenici, il suicidio, la nevrastenia, l'isteria, la nevrosi traumatica, il delirio di riferimento, le idee persecutorie

e le mutilazioni. Infine, manifestazioni dell'aggressività capovolta nel contrario sono i tratti miti e le idee messianiche.

Si possono riscontrare facilmente nell'infanzia alcune espressioni motorie della pulsione aggressiva quali urlare, mordere, tirare calci; queste sono osservabili anche nell'isteria e nella nevrosi (Adler 1908).

In seguito, Adler ritratterà le sue posizioni, affermando che l'aggressività non è una pulsione ma, un atteggiamento conscio e inconscio verso i problemi vitali dell'individuo: essa rappresenterebbe una maniera disfunzionale di affrontare la lotta per la superiorità, quando il sentimento sociale non è correttamente sviluppato (Canzano, 2006). Si sposta, quindi, il focus da una base organica a una concezione psicologica del costrutto aggressivo: si passa al termine "istanza" per descrivere l'aggressività (Pagani, 2006). Per l'autore, l'aggressività è, dunque, un concetto fondamentale per comprendere l'anormalità del comportamento umano: egli ritiene ogni sintomo come un atto aggressivo verso gli altri individui o la società (Ansbacher & Ansbacher, 1956).

2.2 Lo sviluppo dell'aggressività nel bambino

Le radici dell'aggressività sono rilevabili già in età infantile, in quanto il bambino, mostra un comportamento aggressivo non controllato che ha l'obiettivo di affermare i propri bisogni fondamentali e dominare l'ambiente esterno (Parenti & Pagani, 1987). La condotta del bambino sarà tuttavia contenuta dai limiti presenti nel contesto, sotto forma di ostacoli, pericoli e sofferenze che rappresentano l'esperienza di vita dell'infante (Parenti & Pagani, 1987). Il fine dei limiti è quello di guidare l'aggressività a pratiche difensive e di richiamo della persona che si occupa del bambino (Parenti & Pagani, 1987).

Quando il bambino cresce, iniziando a sperimentare diversi contesti sociali, apprende a limitare il proprio comportamento aggressivo sulla base di regole socialmente condivise: l'aggressività viene, perciò, incanalata nei binari accettati dalla società (Bovera, 2023).

Grazie alla formazione del proprio stile di vita, ovvero della propria personalità, l'uomo individua delle traiettorie personalizzate da seguire che sono la risultante di un accordo tra i propri bisogni e quelli del mondo di cui fa parte (Pagani, 2000).

Bisogna, infatti, tenere presente che l'individuo, per Adler, nel momento stesso della sua nascita, si sente estremamente fragile e vulnerabile: da qui, viene il concetto di sentimento di inferiorità; dopo questo frangente, tuttavia, comincia il recupero dell'individuo, la sua rincorsa (Pagani, 2006). Sulla scia di tale movimento, le energie del soggetto si attivano per raggiungere uno scopo ben preciso: un senso di sicurezza che implichi il superamento dei problemi e che permetta di sentirsi trionfanti e salvi; avviene, perciò, il superamento del sentimento di inferiorità (Canzano, 2007).

Può accadere, invece, che i comportamenti aggressivi siano il prodotto di eccessive compensazioni di un sentimento di inferiorità o di un complesso di inferiorità: ciò a causa di un deficit fisico o di un tipo di educazione genitoriale troppo severa o viziante (Bovera, 2023).

Si ritiene opportuno fornire una definizione dei concetti di senso di inferiorità e di complesso di inferiorità. Per sentimento di inferiorità si intende la presa di coscienza delle difficoltà da parte del bambino piccolo alla nascita: è la naturale condizione di inadeguatezza che il piccolo esperisce legata ad insufficienze oggettive di tipo fisico e conoscitivo verso gli adulti e l'ambiente sconosciuto in cui è inserito (Pagani, 2003). Il complesso di inferiorità è la trasformazione in senso patologico del sentimento di inferiorità; le sue cause possono essere tra le altre, degli stimoli negativi ricevuti dagli adulti, un'educazione viziante o ipercorretta, l'inferiorità d'organo, i traumi (Pagani, 2003). Appare, quindi, come i comportamenti aggressivi possano sorgere proprio all'interno del contesto familiare attraverso il fattore fraterno; infatti, i confronti conflittuali con i fratelli possono stimolare compensazioni distruttive (Parenti & Pagani, 1987). Inoltre, una volta cresciuti, gli individui possono vivere delle frustrazioni causate dalla scuola, dalle amicizie, dal lavoro e dalle relazioni amorose che li portano a compensare queste con atti aggressivi disfunzionali (Parenti & Pagani, 1987).

Parallelamente allo sviluppo fisico e psicologico del bambino, avviene un altro fenomeno rilevante: la formazione del carattere. Ciò è di particolare interesse in quanto si può legare alla genesi del comportamento aggressivo.

Secondo Francesco Parenti (1989), il carattere è la manifestazione di un'espressione dell'animo dell'uomo che prova a prendere posizione nella vita. Per poter sviluppare il carattere è fondamentale l'intervento del sentimento sociale che inizia ad emergere in età infantile insieme al bisogno di valorizzazione; il primo si esprime come tendenza alla tenerezza (Bovera, 2023). Il sentimento di inferiorità non viene mai superato, rimane sottotraccia in ognuno di noi ed è l'incentivo a tendere ad un obiettivo di superiorità e perfezione (Adler, 1927). Il desiderio di superiorità, è, perciò, il contrario del sentimento di inferiorità (Pagani, 2000) e insegue una meta di superiorità che è differente e unica per ogni soggetto ed è il frutto del significato che questi attribuisce alla sua vita (Adler, 1931).

Per Adler (1927), quindi, i tratti caratteriali si creano insieme alla traiettoria del suo sviluppo: la direttrice può essere lineare o curva. Se la direzione è retta, il bambino riuscirà a realizzare la sua meta finale e si riconoscerà in un carattere coraggioso e aggressivo in senso funzionale (Adler, 1927). Nella seconda eventualità, invece, è avvenuta una grande frustrazione della linea retta di genesi del carattere e dello sviluppo infantile che porta il bambino ad essere influenzato negativamente dai pericoli e dalle barriere che ha trovato, a restare in una posizione di vigilanza e a tendere verso movimenti non lineari per raggiungere la meta che potrebbero avvicinarsi alla

nevrosi; in questo senso, vivrebbe una diminuzione del coraggio e un allontanamento dall'aggressività. Infatti, le difficoltà provate dal bambino nella relazione con le altre persone potranno far deviare il bambino dalla sua meta; egli cercherà di evitare gli ostacoli per arrivare all'obiettivo (Bovera, 2023).

In sintesi, quindi, il carattere di un bambino può assumere tratti aggressivi a seconda dell'educazione ricevuta e di eventi familiari, come ad esempio la nascita di altri fratelli.

2.3 Aggressività e volontà di potenza: descrizione e differenze

Il concetto di aggressività in Adler non è un elemento isolato ma si connette ad un altro principio cardine: la volontà di potenza. Con il termine aggressività si intendono tutte le manifestazioni di tipo psichico e comportamentale rivolte verso l'ambiente con fini di affermazione, competizione e danno (Pagani, 2003). Quando si tratta di arrecare danno agli altri sarebbe opportuno denominarla violenza.

La volontà di potenza rappresenta una delle due istanze fondamentali per Adler insieme al sentimento sociale. Essa è descritta come *“un'energia che indirizza l'uomo, sia a livello conscio sia inconscio, verso obiettivi d'innalzamento, d'affermazione personale, di confronto competitivo, o, almeno, d'autoprotezione ai fini della propria sopravvivenza”* (Parenti, 1983, p. 11). L'evoluzione dell'essere umano è stata possibile grazie all'interazione tra la volontà di potenza e il sentimento sociale (Pagani, 2003). La volontà di potenza assume, quindi, una funzione compensatoria rispetto al proprio sentimento di inferiorità: grazie ad essa l'individuo può superare il senso di insicurezza e il suo sentirsi inferiore. In tale direzione, essa promuove l'adattamento dell'uomo all'ambiente e alle sue modificazioni. Gli strumenti con cui l'uomo è riuscito ad andare oltre il proprio sentimento di inferiorità sono il linguaggio, la vita di comunità e l'intelligenza. La volontà di potenza ha un raggio d'azione ampio, poiché si applica ai compiti vitali del lavoro, dell'amore, dell'amicizia e anche nelle relazioni familiari: essa opera, ai fini di mantenimento del potere, di sopravvivenza e di dominio attraverso la pulsione aggressiva.

Il termine *volontà di potenza* deriva dalle opere di Nietzsche, il quale ha certamente avuto un'influenza sulla strutturazione del pensiero adleriano: secondo il filosofo tedesco, questa è un'energia fondamentale in grado di controllare tutti i comportamenti umani e che comporta la dimensione del coraggio e dell'abnegazione. Infatti, per Nietzsche, i soggetti privi di volontà di potenza mostrano l'aspetto negativo della potenza: la paura. Si tratta degli individui nevrotici, nei quali, la volontà di potenza, risultato della paura fa sorgere condotte di evitamento, finzioni, individualismi. Oppure, per evitare situazioni rischiose, la volontà di potenza può spingere il soggetto a rimanere passivo (Pagani, 2003). La volontà di potenza, di per sé, non è un elemento negativo né

prevaricatore: essa varia nel suo significato a seconda dell'equilibrio con il sentimento sociale. Infatti, un individuo completamente spostato verso il sentimento sociale tenderebbe ad ignorare le proprie esigenze e a vivere esclusivamente per le altre persone e per il bene della società; ciò non sarebbe funzionale in quanto influenzerebbe il suo benessere psicologico. Allo stesso modo, un soggetto completamente dedito alla volontà di potenza la userebbe per ottenere i propri scopi e si comporterebbe in modo aggressivo ed egoistico con gli altri, senza considerare la comunità sociale in cui vive e le sue regole. Anche in questo caso, egli agirebbe in modo disfunzionale con effetti sul proprio stato psicologico.

Vi sono esempi di individui che si comportano usando esclusivamente la volontà di potenza a scapito del sentimento sociale: coloro che effettuano beneficenza e aiutano le altre persone solo per ottenere un riconoscimento pubblico e un eventuale ritorno economico o di immagine, lo stanno facendo solo per se stessi e per dei vantaggi. In questo caso, sembrerebbe una volontà di potenza mascherata da sentimento sociale. Un altro esempio è dato da chi ha una carica pubblica con molto potere e la utilizza per ottenere dei profitti o dei favori personali o anche per sventare delle presunte minacce.

L'aggressività, dunque, è un mezzo a disposizione della volontà di potenza per poter agire: essa è considerata funzionale se non ha lo scopo di danneggiare gli altri e l'ambiente esterno. Deve essere, quindi, controllata e incanalata in tracciati adeguati al contesto sociale in cui si è immersi. Nella cornice teorica adleriana, l'aggressività è un costrutto fondamentale in quanto consente il movimento del soggetto verso la propria meta: è utile ai fini di un superamento del sentimento di inferiorità per tendere all'autoaffermazione e a una superiorità funzionale.

Si può constatare, quindi, che l'aggressività non è un elemento negativo di per sé: il suo valore dipende dal modo in cui viene utilizzata e dal suo fine ultimo. L'aggressività può essere un'energia utile e adeguata all'evoluzione umana o rivelarsi problematica.

3. Quando l'aggressività non funziona: il caso di F. Modalità di contenimento del comportamento aggressivo

3.1 Inquadramento del caso

Si presenta il caso di un paziente che ha come nucleo problematico la manifestazione di un comportamento aggressivo non utile al raggiungimento dei propri obiettivi.

Il paziente viene selezionato dalla lista di attesa insieme al tutor. Sentito la psichiatra curante, si apprendono alcune informazioni sul caso e avviene il primo contatto. Durante la prima telefonata, il paziente non risponde e prende il cellulare la madre dello stesso, la quale dice che il figlio non c'è

e chiede di riferire l'oggetto della telefonata; a questa richiesta non viene data soddisfazione e si preferisce attendere la chiamata del paziente una volta rientrato a casa.

Si è deciso di non dire nulla alla madre, in quanto trattasi di paziente maggiorenne, in grado di gestire autonomamente il rapporto con lo psicologo oltre al fatto di voler evitare che la figura materna entrasse nella dinamica tra lo specialista e il paziente. Il paziente richiama dopo qualche ora e avviene l'aggancio con il servizio; egli si dimostra convinto del percorso psicologico da iniziare insieme e sembra motivato a cominciare. Si tratta della prima volta che il soggetto si reca da uno psicologo. Ci si dà appuntamento per la settimana successiva.

La struttura presso la quale il paziente viene accolto si occupa del trattamento dei disturbi depressivi in una grande città del nord. Nello specifico, si tratta di un servizio ubicato all'interno del reparto di Psichiatria. Tale servizio si occupa del trattamento di pazienti con disturbi dell'umore (Depressione Maggiore, Episodio Depressivo Maggiore, Disturbo d'Ansia con sintomatologia Depressiva, Disturbo Bipolare di tipo I e II) anche se si occupa anche di altri disturbi, tra cui i Disturbi di Personalità associati a disfunzioni d'umore e i Disturbi Ossessivo-Compulsivi. Tra le prestazioni offerte prevede percorsi di colloqui individuali e terapia in gruppo, così come valutazioni psicodiagnostiche e neuropsicologiche. Il paziente si reca al servizio per dei colloqui individuali. All'inizio e alla fine del percorso vengono somministrati dei test per valutare la situazione clinica del paziente nelle seguenti aree: strategie di Coping utilizzate, meccanismi di regolazione emotiva, stato psicologico del soggetto, livello di dipendenza da Internet, capacità di riconoscere le emozioni.

Il paziente F. viene in terapia a causa di grandi problemi nella gestione della rabbia e del comportamento aggressivo. Egli, secondo di tre fratelli, ha 33 anni e vive in casa con i propri genitori. Il paziente dice che ha bisogno di sbloccare la situazione perché si sente fermo.

La storia del paziente è complessa fin dalla nascita: egli subisce una encefalopatia congenita durante il parto che gli provoca deficit attentivi ed esecutivi oltre a una disabilità: non può più alzare di molto il braccio sinistro (paralisi del plesso brachiale sinistro da distocia di spalla). Alla nascita, la spalla sinistra del neonato è rimasta incastrata nel ventre materno e, a causa della forzatura data dal parto, gli ha provocato una lesione. Per tali motivi, F. è seguito dalla UONPIA fin da molto piccolo. Inoltre, alla maggiore età, viene fatta una valutazione psicologica del paziente con una scala di intelligenza (WAIS IV) ed emerge un QI di 102 e, in seguito, la presenza di un funzionamento intellettuale limite caratterizzato da alterazione della memoria e delle abilità di denominazione verbale. Fin da bambino, il paziente svolge molta fisioterapia per correggere il movimento del braccio sinistro e, ad oggi, lo può muovere parzialmente. Il paziente si racconta come un bambino timido, che aveva difficoltà ad integrarsi con i propri coetanei e a relazionarsi con questi anche per i deficit motori e intellettivi; alle elementari, tuttavia, il tempo scorre adeguatamente. In seguito, le

cose peggiorano in quanto egli diventa bersaglio di offese e di bullismo a partire dalle scuole medie per via dei problemi relazionali e scolastici: ha sempre avuto un insegnante di sostegno. Si diploma in un istituto tecnico e inizia subito a lavorare nell'azienda attuale.

Sul lavoro, mostra difficoltà a rapportarsi con i colleghi e percepisce l'ambiente come frustrante e noioso. Non ha mai cambiato datore di lavoro e si reputa insoddisfatto della propria attività lavorativa.

Attualmente, non ha particolari relazioni di amicizia se non dei contatti sporadici con un amico che però sente e vede poco.

A livello sentimentale non ha riferito relazioni significative.

Il motivo della presa in carico psicologica è dato dal fatto che, da un anno, avendo cambiato luogo di lavoro nella medesima azienda, il paziente si sia sentito più demoralizzato e frustrato e abbia esperito alterazioni dell'umore per problematiche relazionali con i colleghi oltre a preoccupazioni per il proprio futuro lavorativo che hanno provocato un aumento dell'ansia con somatizzazioni di tipo gastrointestinale e peggioramento del sonno (frequenti risvegli notturni). In sintesi, è stato richiesto un intervento di supporto al paziente per migliorare la gestione delle relazioni interpersonali e indagare la sua bassa stima di sé.

3.2 L'aggressività in F.: un modo per relazionarsi col mondo esterno. Una forma di difesa?

Fin dal primo colloquio, il paziente mostra una certa chiusura e, anche a livello non verbale, sembra essere a disagio. Ha le braccia conserte ed è seduto sulla sedia senza toccare la scrivania di fronte a sé. Siamo ancora in fase di emergenza, per cui portiamo la mascherina. Il paziente è vestito in modo informale e ordinato; porta gli occhiali e ha i capelli tagliati corti e puliti. Noto, quindi, una cura nel suo aspetto esteriore. Tende a rimanere nella stessa posizione, e, ogni tanto, a toccarsi il braccio sinistro. Gli chiedo la motivazione di intraprendere il percorso e mi riferisce che gli è stato indicato dal collega psichiatra che lo ha in cura. Si sente giù. Riferisce di voler fare tutto in autonomia per non far preoccupare gli altri. Non ha mai svolto psicoterapia nella sua vita. È un periodo difficile. Vive una situazione molto complessa a lavoro che lo fa soffrire: è impiegato a tempo parziale da 12 anni in una grossa azienda nel settore finanziario come categoria protetta ma, a suo dire, non lavora più. Né il suo capo, né i colleghi gli affidano attività da svolgere per cui si ritrova a “scaldare la sedia” per quattro ore ogni giorno e si annoia molto. Gli ho chiesto se si è rivolto al responsabile delle risorse umane e mi ha detto che lo ha fatto invano: non gli ha dato alcun incarico. Proseguendo nel racconto della sua vita lavorativa, emerge che un anno e mezzo prima era stato trasferito in un'altra sede dell'azienda (magazzino) a svolgere un altro lavoro: doveva registrare i computer arrivati in azienda. In questo periodo, tuttavia, sorgono conflitti con il responsabile con cui si trova

più volte a discutere verbalmente e lo definisce uno “spione”, in quanto riferiva ai capi di F. che lui non lavorava. Parlando con i suoi capi di questo problema, decide infine di non rinnovare il contratto presso questa sede.

Tuttavia, non è solo il compito vitale del lavoro ad essere in crisi, quanto anche quelli dell’amicizia e dell’amore.

Per quanto riguarda gli amici, il paziente ha solo un amico d’infanzia che sente regolarmente e ogni tanto vede. Riescono a vedersi nel fine settimana: con lui condivide la passione dei videogiochi. In generale, sembra che il paziente fatichi molto a mantenere i rapporti con i propri amici del passato: si mantiene distante e non appare motivato a cercarli. Racconta che ormai si sono sposati o fidanzati, alcuni hanno figli o si sono trasferiti per cui non si vedono più. Il paziente ritiene che siano gli altri a doversi fare vivi e non lui, in quanto, non vuole disturbare e non riesce a farlo: sente un blocco. Narra di una volta in cui un suo amico ha invitato altri suoi amici per uscire e non lui; è venuto a saperlo e questa cosa gli ha fatto male.

Anche sul lavoro, riferisce, all’inizio, di aver avuto problemi a relazionarsi con i colleghi in quanto rispondeva loro a male parole e si difendeva; nel tempo, ha legato con alcuni colleghi: nelle pause, chiacchiera con loro. In sintesi, sembra che i rapporti amicali siano molto ridotti e nella maggior parte limitati al posto di lavoro.

Per quanto concerne l’amore, il paziente narra di aver avuto una ragazza diversi anni prima: si conoscono in discoteca e iniziano a frequentarsi. Passano ore in chat a conversare, aspetto che pesa al paziente. Poi, l’episodio segnante: un giorno erano insieme e stavano per avere un rapporto quando, al momento di spogliarsi, lei sminuisce le dimensioni del suo pene, cosa che colpisce profondamente il paziente. La storia d’amore termina dopo questo evento.

F. non ha mai avuto altre relazioni sentimentali. Le ragazze non lo guardavano, anche in passato. È sempre stato scelto per ultimo dalle donne. Egli si definisce timido e di avere difficoltà ad approcciarsi con le donne. Inoltre, riporta di avere un blocco sessuale: sente un’iniziale eccitazione senza però riuscire a masturbarsi. Riporta problemi di erezione. Riferisce di distrarsi nel momento della masturbazione pensando alle dimensioni del suo pene che non ritiene adeguate. Emerge, inoltre, come il paziente abbia un forte bisogno di riconoscimento in quanto non è mai stato apprezzato per il suo aspetto fisico al di fuori della sfera familiare. F. non si piace e soffre molto per questo; vorrebbe avere una ragazza e ha bisogno di rivalse nella sua vita. I vissuti di frustrazione e impotenza sono molto condizionanti nella sua vita.

A livello farmacologico assume uno stabilizzatore dell’umore per controllare la sua irrequietezza. Nel corso della terapia è stato necessario aumentare la dose del farmaco.

Da quanto descritto finora, parrebbe che il paziente abbia deciso inconsciamente nel tempo di isolarsi dalle altre persone per sopravvivere. È un po’ come se stare nel suo nucleo familiare e

lontano da persone esterne lo protegga dall'ambiente ostile: per tale ragione, attua un comportamento aggressivo verso gli altri e tende a diffidare di chi non conosce. Anche la timidezza riferita potrebbe essere un'arma difensiva: non aprendosi agli altri, non corre il rischio di essere ferito. L'aggressività in F. potrebbe agire da meccanismo di difesa in questo modo: il mostrarsi rabbioso e ostile verbalmente aiuta il paziente a nascondere le sue vulnerabilità e a far credere agli altri di essere forte e minaccioso. Di solito, quando passeggia per strada assume un'espressione arrabbiata ed è molto serio: si mette gli auricolari e si isola dal mondo esterno. Tale verbalizzazione fa riflettere su quanto il paziente si veda come un essere minaccioso che può essere temuto dagli altri: lui stesso crede nel personaggio e agisce "come se" lo rappresentasse. Si tratta di una finzione per lui funzionale alla sopravvivenza. Si è costruito nel tempo tutta una narrativa per cui nella vita bisogna combattere per vincere perché nessuno ti dà nulla e ogni cosa va conquistata con la forza. Infatti, il paziente ha realizzato che mostrarsi buono e disponibile lo ha portato ad esporsi all'ambiente esterno e a soffrire. Pertanto, ha deciso di utilizzare l'aggressività nei rapporti umani. Il punto focale è che l'aggressività del paziente vista dall'esterno si rivela disfunzionale poiché influisce in modo negativo sui rapporti interpersonali e fa sì che F. non riesca a controllare la propria rabbia e la esprima direttamente a livello verbale. Ciò conduce a conflitti e ad allontanamenti con le persone o a problemi pratici: si vedano le questioni relazionali sul lavoro.

Oltre a ciò, l'aggressività del paziente sembrerebbe essere collegata al concetto di inferiorità d'organo adleriano: F. ha realmente una disabilità fisica e mentale, che lo portano a sentirsi inferiore rispetto ai fratelli e ai coetanei. In questo senso, il forte impatto causato dalla disabilità porta F. a diventare combattivo verso il mondo esterno e ad agire maggiore aggressività. Egli vede la realtà come un luogo ostile da cui deve difendersi mostrandosi aggressivo. Il paziente si sente diverso e ciò lo conduce a provare frustrazione e disagio: fin dalla scuola veniva deriso dai suoi compagni per le sue difficoltà e giudicato per la disabilità motoria. Tale situazione lo ha portato a non praticare alcuni sport per il timore del giudizio degli altri. L'aggressività va, quindi, di pari passo con l'isolamento relazionale.

Appare chiaro come non ci sia stato un intervento del sentimento di comunità volto a riequilibrare l'aggressività del paziente su un versante accettabile; in questo senso, sono mancate figure che abbiano incoraggiato il paziente ad affrontare il problema.

La famiglia, purtroppo, soprattutto nella figura materna, tende a proteggere il figlio dalle minacce esterne e a ricavarne dei vantaggi, ad esempio attraverso lo status di invalido civile.

Viste tali condizioni, nel percorso terapeutico la difficoltà principale è modificare gli schemi comportamentali del paziente ormai divenuti fissi e rigidi perché da lui considerati utili e aiutarlo ad individuarne di nuovi funzionali.

3.3 Il lavoro clinico: sperimentazione di modalità per contenere il comportamento aggressivo

Nel corso della terapia, sono state raccolte delle informazioni al fine di ottenere una visione completa del caso e, in seguito, comprendere come orientare l'intervento.

In prima battuta è stata effettuata la costellazione familiare del paziente.

F. è il secondogenito di tre fratelli: ha un fratello maggiore, A., e un fratello minore, D., Il paziente ha 4 anni di differenza con A. e 10 anni di differenza con D.

Entrambi i fratelli vivono fuori casa. Il fratello maggiore è divorziato e ora ha una nuova fidanzata, il minore convive con la fidanzata. I rapporti con loro sono adeguati e i tre si frequentano. Alla richiesta di scrivere degli aggettivi che li descrivessero, F. mi chiede se può riportare cose negative; gli dico che va bene.

Descrive il fratello maggiore come *“troppo bonaccione”, “dipendente” e “molto attratto dalle donne ”* e che *“si arrabbia per nulla quando dovrebbe avere più controllo di sé”*.

Il minore, invece, è *“aggressivo a volte”, “irruento” e “si devono fare le cose alla sua maniera”*. Per quanto riguarda le interazioni, sono entrambi *“buoni” e “ci sono sempre per ogni evenienza”, “lo invitano a fare sempre qualcosa anche se lui non accetta quasi mai”*.

Il fatto che il paziente abbia voluto scrivere elementi negativi fa riflettere sul suo stato emotivo fortemente orientato alla frustrazione e alla delusione. Inoltre, sembra anche attribuire ai suoi fratelli caratteristiche proprie, come l'irruenza, la rabbia e l'aggressività, concetti nodali nello stile di vita del paziente: sono così presenti e potenti che F. tende a rivolgerli all'esterno.

È stato poi chiesto di descrivere i genitori. La madre di F. svolge le pulizie nel condominio dove abitano e il padre è un ex operaio di una fabbrica di abbigliamento, ora in pensione che pratica la professione di allenatore nel tempo libero. Il paziente descrive il padre come *“menefreghista”, “trascurato”, “viziato”*.

La madre, invece, risulta *“testarda”, “lamentosa”, “prepotente”*. Per quanto riguarda le interazioni, emerge come entrambi siano *“buoni”, “presenti” e “responsabili”*.

Anche sui genitori emergono caratteristiche negative e come queste, in qualche modo, impattano sul paziente: sembra che costoro non abbiano virtù. Tuttavia, quando analizzati insieme, essi vogliono bene ai figli e si prendono cura di loro. Emerge, quindi, un tema dell'accudimento positivo. Per quanto riguarda il rapporto col padre, esso appare complesso per il paziente in quanto egli non lo stima e dice di non voler diventare come lui da vecchio. Afferma che in casa non faccia nulla e passi il tempo a dormire e a fare le schedine: ciò non è apprezzato da F.; è interessante notare come sia lo stesso comportamento assunto dal paziente sul lavoro. Anche in questo caso, ci sarebbe una proiezione. La madre, considerata dal paziente come una persona molto disponibile che lo ha aiutato fin da piccolo ad affrontare le sue problematiche, è giudicata oggi come invadente

e che tende a reprimere la sua libertà; ad esempio, gli dice come dovrebbe gestire le sue risorse finanziarie e come agire nel quotidiano. Il rapporto madre-figlio è caratterizzato da una simbiosi con forte influenza da parte della figura materna. Conoscendo bene la condizione del paziente, la madre prova ad approfittarne cercando di ottenerne un ritorno economico attraverso la richiesta di relazioni che attestino l'invalidità civile del figlio. Complessivamente, sembrerebbe emergere un quadro familiare contraddistinto da negatività, conflittualità e molta concretezza: ciò che conta realmente, è l'assunzione di un ruolo specifico da parte di ogni membro. Un esempio di ciò è caratterizzato dal lavoro del paziente. È presente anche un tema del prendersi cura valorizzato da F.

Un altro elemento che è stato preso in esame sono i primi ricordi.

1° ricordo

Avevo 5 anni. Avevo litigato con un bambino con fare cattivo. Voleva litigare e io ci sono stato. Abbiamo fatto a botte. Poi abbiamo giocato a pallacanestro e siamo diventati amici.

2° ricordo

Avevo 10 anni. Avevo fatto rumore con la sedia che sembrava un rutto e i miei compagni hanno detto che avevo ruttato. Volevo sparire, ero morto dalla vergogna. Me lo ha detto un "lurido extracomunitario".

Si può notare come già nei primi ricordi emergono comportamenti poi diventati attuali e ricorrenti nel paziente: l'aggressività e il ritiro sociale. Fin dal principio il paziente ha vissuto episodi di rabbia ed esperito l'ambiente esterno come ostile a cui ha reagito di conseguenza. A riprova di ciò, F. ha cominciato a strutturare il suo comportamento e il suo stile di vita con l'aggressività, difendendosi dagli attacchi esterni. Emerge, inoltre, il tema del giudizio: il paziente è offeso dai pari che lo disprezzano pubblicamente; ciò gli fa provare vergogna e desiderio di isolamento. Da qui, si intuisce un principio di disinvestimento nelle relazioni sociali e, questa volta, una inibizione causata dalla vergogna. È presente, poi, un tema connesso alla diversità: il diverso è visto come minaccioso ed è offeso in un'ottica difensiva verso il proprio Sé. Il paziente riferisce positivamente il primo ricordo poiché lo vede legato ad un passato sereno che non tornerà più; inoltre, emerge il tema della riconciliazione e dell'amicizia. Sulla base di ciò, ci si domanda se è possibile attuare un comportamento di perdono e di ricostruzione di un rapporto dopo l'agito rabbioso. Sulla scorta degli elementi presentati si è deciso di impostare il lavoro terapeutico sul controllo della rabbia data la centralità della stessa nella vita di F.

L'idea è stata quella di aiutare il paziente ad individuare delle modalità per contenere il proprio comportamento aggressivo, poiché questo è parso facilmente esplosivo.

Una prima strategia è stata quella di ragionare con il paziente sugli effetti delle proprie azioni rabbiose: far comprendere al paziente che attuare una condotta aggressiva può essere rischioso. Per questo, si sono analizzati insieme episodi accaduti. Tuttavia, il paziente si è dimostrato resistente a provare comportamenti diversi e quindi si è deciso di attuare rimedi molto concreti. Infatti, dal momento che il paziente è molto rigido nel suo modo di pensare, gli è stato proposto di fare un esercizio. L'esercizio consisteva nel contare da uno a dieci quando era arrabbiato prima di rispondere a una persona, in modo tale da ritardare l'impulsività della verbalizzazione. In questo modo, egli poteva riflettere brevemente su cosa dire prima di rispondere. F. è stato stimolato ad attuare questo comportamento nella vita quotidiana, così da provare qualcosa di diverso. Assieme al collega psichiatra si è deciso di lavorare su modalità di contenimento della rabbia perché ritenute dannose: anch'egli si è impegnato a far riflettere il paziente su cosa comporta a livello concreto essere aggressivo a livello fisico e verbale e sulle conseguenze anche sul piano legale. Insistendo su questo aspetto da entrambe le parti, si è portati a far ragionare in modo più deciso il paziente.

Un'altra modalità è stata quella di far capire al paziente di rispondere in modo chiaro ma senza offendere l'altra persona, cercando di rispettarla nel mostrare il proprio fastidio.

Si sono validati e riconosciuti nel paziente i modi con i quali questi prova a trattenere il nervosismo: la lettura di fumetti manga, il giocare a videogiochi online e la visione di video divertenti su YouTube e Instagram. Egli cerca riparo nell'isolarsi.

Il paziente, poi, riporta in un colloquio di essersi trattenuto su un Social Network a rispondere aggressivamente ad un utente anche se avrebbe voluto; il dialogo con un amico lo avrebbe fatto riflettere che non ne sarebbe valsa la pena. Secondo questo episodio sembrerebbe che una risorsa del paziente sia stata prendere in considerazione il parere di una persona di cui si fida. In sintesi, sembrerebbe che un modo per aiutare il paziente a contenere il proprio comportamento aggressivo sia favorire il sostegno e il contatto con la rete amicale: le amicizie potrebbero rivelarsi delle risorse per incentivare F. a cambiare e a modulare le sue esternalizzazioni. Considerando il contesto in cui è cresciuto il paziente, infatti, sarebbe opportuno stimolare il suo sentimento sociale in quanto egli appare solo incentrato su se stesso e usare l'aggressività come mezzo di sopravvivenza; questa sembra guidata esclusivamente dalla volontà di potenza.

Un modo per incentivare la componente sociale del paziente è quello di rafforzare le sue amicizie, fornire esempi positivi ed eventualmente trovare dei gruppi di sostegno per il controllo della rabbia; oltre a ciò, è opportuno continuare il percorso terapeutico e farmacologico.

Conclusioni

In questo lavoro è stata svolta una breve rassegna di alcune teorie relative all'aggressività per poi descrivere il costrutto aggressivo secondo il pensiero di Adler: esso è stato narrato dalla sua genesi fino alla trattazione delle sue caratteristiche distintive. È stato fatto un confronto con il concetto di volontà di potenza. In seguito, è stato presentato attraverso la cornice teorica adleriana il caso di un paziente che adopera l'aggressività in modo disfunzionale. Trattandosi di una situazione molto complessa considerati i differenti fattori che la caratterizzano, l'intervento si è basato molto sulla concretezza e sul provare a far ragionare il paziente sui propri stati d'animo e convinzioni. Bisogna tenere presente, infatti, che ci sono elementi di rinforzo delle idee del paziente che sarebbe utile depotenziare progressivamente: l'ambiente familiare e le esperienze vissute sul luogo di lavoro. Inoltre, è emerso come il paziente si rifugi nei fumetti, nei videogiochi e nei video per allontanarsi dalle situazioni di malessere e per calmarsi. Si rileva, infatti, l'uso dell'aggressività come forma di difesa nei confronti del mondo esterno e la compensazione della sofferenza attraverso il ritiro sociale e l'utilizzo di strategie di coping disfunzionali di distrazione, quali la lettura di fumetti e l'intrattenimento con i videogiochi.

Se questa modalità può apparire funzionale per F., da un'altra prospettiva, preoccupa il passare così tanto tempo connesso e avere hobbies molto solitari. Sarebbe interessante provare a trovare nuove modalità di sfogo e inserirle nella vita del paziente gradualmente per sostituire le strategie note. Emerge, infatti, come queste modalità del paziente siano primarie, frutto di una limitata maturità dello stesso, pur prendendo in considerazione il suo funzionamento intellettuale. Il caso trattato è molto interessante in quanto mostra bene quanto un individuo, guidato dall'aggressività, possa spingersi molto verso la volontà di potenza trascurando il sentimento sociale.

Per tale ragione l'intervento deve essere integrato e mirato a colmare una lacuna di sentimento sociale presente nel paziente. Diventa cruciale, infatti, l'azione di figure esterne come conduttori di gruppi di auto-aiuto, educatori, oltre all'équipe di cura nel costruire e rinforzare quest'area dell'individuo. Bisognerebbe, inoltre, rinforzare la rete sociale del paziente: nel tempo occorre stimolarlo a creare nuovi legami di amicizia. In questo senso, si potrebbe arginare la sua solitudine e aiutarlo ad instaurare dei rapporti sani con altre persone con cui condivide interessi e passioni. Attraverso un paziente lavoro di incoraggiamento del paziente e di inserimento di elementi funzionali, si potrebbero quindi curare i suoi compiti vitali. In sintesi, sarebbe opportuno adottare un approccio integrato: psicoterapeutico, farmacologico e educativo: in questo modo si potrebbero coprire tutte le aree rilevanti di funzionamento psicologico del paziente.

Bibliografia

- Adler, A. (1908). 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.*, n. 46, 5-14, 1999).
- Adler, A. (1927). *Menschenkenntnis*. S. Hirzel (tr. it., *La conoscenza dell'uomo*. Newton Compton, 1994).
- Adler, A. (1931). *What Life Should Mean to You*. Little Brown (tr. it., *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*. Newton Compton, 1994).
- Anderson, C.A. & Bushman, B.J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 27-51.
- Anderson, C.A. & Bushman, B.J. (2021). *General Aggression Model*. The International Encyclopedia of Media Psychology. Jan Van den Bulck (Editor-in-Chief), David Ewoldsen, Marie-Louise Mares, and Erica Scharrer (Associate Editors). John Wiley & Sons, Inc.
- Ansbacher, H.L. & Ansbacher R.R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. Basic Books, Inc. (tr. it., *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*. Martinelli, 1997).
- Bandura, A. (1971). Psychotherapy based upon modeling principles. In A. Bergin & S.L. Gartfield (a cura di), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A Social Learning Analysis*. Prentice-Hall.
- Baron, R.A. & Richardson, D. (1994). *Human aggression*. Plenum.
- Berkowitz, L. (1984) Some effects of thoughts on anti- and prosocial influences of media events: A cognitive-neoassociation analysis. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 410-427.
- Bovera, B. (2023). *Teoria della Psicologia Comparata. L'aggressività*. Centro Ricerche e Formazione Unitre, CRIFU, Milano.
- Bushman, B.J. & Huesmann, L.R., (2010). Aggression. In S.T. Fiske, D. Gilbert & G. Lindzey (a cura di), *Handbook of social psychology*, 5th ed. (pp. 833-863). John Wiley & Sons.
- Canzano, C. (2006). *Teoria della Psicologia Individuale Comparata. L'aggressività*. Istituto Alfred Adler di Milano.
- Canzano, C. (2007). *Le istanze fondamentali dell'uomo. Volontà di potenza e sentimento sociale nei cicli di vita*. Istituto Alfred Adler di Milano.
- Crick, N.R. & Dodge, K.A. (1994) A review and reformulation of social information-processing mechanism in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Dill, K.E., Anderson, C.A., Anderson, K.B. & Deuser, W.E. (1997). Effects of aggressive personality on social expectations and social perceptions. *Journal of Research in Personality*, 31(2), 272-292. doi:10.1006/jrpe.1997.2183
- Freud, S. (2007). *Al di là del principio del piacere*. Bruno Mondadori (ed. originale: *Jenseits des Lustprinzips*, Internationaler psychoanalytischer Verlag, 1920).

- Freud, S. (2010). *Il disagio della civiltà*. Einaudi (ed. originale: *Unbehagen in der Kultur*, Internationaler psychoanalytischer Verlag, 1930).
- Huesmann, L.R. (1986). Psychological processes promoting the relation between exposure to media violence and aggressive behaviour by the viewer. *Journal of Social Issues*, 42 (3), 125-139.
- Lussu, E. (2014). *Un anno sull'altipiano*. Einaudi.
- Pagani, P.L. (2000). Discorso sulla Psicologia Individuale e sull'elettismo. *Riv. Psicol. Indiv.*, 48, 21-39.
- Pagani, P.L. (2003). *Piccolo lessico adleriano: Dizionario argomentato dei lemmi e delle locuzioni della Psicologia Individuale*. Scuola Adleriana di Psicoterapia dell'Istituto Alfred Adler di Milano.
- Pagani, P.L. (2006). Dalla pulsione aggressiva al sentimento sociale: sulle tracce del pensiero di Adler. *Riv. Psicol. Indiv.*, n. 60, 5-36.
- Parenti, F. (1983). *Adler dopo Adler*. Dispense a cura dell'Istituto Alfred Adler di Milano.
- Parenti, F. & coll. (1989). *Antologia ragionata*. Raffaello Cortina.
- Parenti, F. & Pagani, P.L. (1987). *Lo stile di vita*. Istituto Geografico De Agostini.
- Zamperini, A. (2014). *La bestia dentro di noi: smascherare l'aggressività*. Il Mulino.
- Zimbardo, P. (2008). *L'effetto Lucifero: cattivi si diventa?*. Raffaello Cortina.

Il senso della perdita, del tempo e della colpa nella depressione di *Barbara La Bella**

ABSTRACT(ITA)

Il vissuto depressivo è descritto come uno stato d'impotenza, di colpa e di disperazione che deriva dal pensare che non ci sia possibilità di cambiamento. Nella "personalità depressiva" il soggetto ha una bassa autostima, tende ad autopunirsi e a criticarsi. La finzione alla base del disturbo è che la vita costituisce un rischio troppo alto, gli altri sono ostili, l'esistenza è colma di ostacoli e non si hanno le risorse per un *coping* efficace, in un quadro privo di senso sociale e con un vissuto d'inferiorità. Sotto un profilo cognitivo si rileva un pensiero rigido, "*affect as information*", obiettivi definiti in maniera generica, accettazione dello scenario più catastrofico. Lo psicologo León Grinberg, in *Colpa e Depressione*, affronta il tema del senso di colpa, riportando le differenti tesi in letteratura per distinguere la colpa persecutoria, che ha contenuti paranoici, dalla colpa depressiva, che promuove la crescita personale. La depressione è collegata a un'esperienza di perdita reale o affettiva, che condiziona la percezione e la rappresentazione individuale del tempo, che si blocca e si collega a vissuti di nostalgia e solitudine. La strategia terapeutica prevede uno stimolante incontro creativo con il vissuto di perdita. Il lavoro analitico consiste nella rivelazione dei falsi obiettivi ed è concomitante al processo di incoraggiamento. In modo particolare, la crescita dell'io creativo sembra correlata all'elaborazione di questo senso di fallimento e di separazione.

Keywords: senso di colpa, tempo, nostalgia, solitudine, depressione

The sense of loss, time and guilt in depression by *Barbara La Bella*

ABSTRACT(ENG)

The depressive experience is described as a state of impotence, guilt and desperation that comes from thinking that there is no possibility of change. In the "depressive personality" the subject has low self-esteem, tends to self-punish, and criticize. The fiction at the basis of the disorder is that life is too high a risk, that others are hostile, that existence is full of obstacles, and one does not have the resources for effective coping, in a context devoid of social sense and with a great feeling of inferiority. From a cognitive profile, a rigid thought is detected, "*affect as information*", objectives defined in a generic way, acceptance of the most catastrophic scenario. The psychologist León Grinberg in *Guilt and Depression*, addresses the issue of guilt, reporting the different theses in literature to distinguish persecutory guilt, which has paranoid contents, from depressive guilt, which promotes personal growth. Depression is linked to an experience of real or emotional loss, which conditions the individual perception and representation of time, which is blocked and connected to feelings of nostalgia and loneliness. The therapeutic strategy involves a stimulating creative encounter with the experience of loss. The analytical work consists in the revelation of false objectives and is concomitant with the process of encouragement. In particular, the growth of the creative self seems to be related to the elaboration of this sense of failure and separation.

Keywords: guilt, time, nostalgia, loneliness, depression

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

1. Il vissuto depressivo: una introduzione

Il vissuto depressivo è stato descritto dallo psichiatra Glen Gabbard come un sentimento d'impotenza, di colpa e di disperazione: il paziente è pervaso da un pensiero negativo cronico e pensa che niente cambierà mai (Glabbard & Westen, 2004). La “personalità depressiva”, con una bassa autostima, tende ad autopunirsi, a criticarsi e a gettare la spugna, in un contesto relazionale dipendente. Secondo Gabbard, i diversi autori in letteratura concordano sulla sintomatologia che include comunemente tristezza, insonnia, anoressia, senso di vuoto e apatia, mentre si differenziano profondamente con riferimento alle cause del disagio.

Adler, nella psicologia individuale (1912, 1924, 1927), ricorda che la melanconia è riferibile a persone che fin da piccole sono state abituate ad appoggiarsi ad altri e ad ottenere vittorie facili.

Le loro relazioni, inoltre, sono circoscritte ai familiari o ad una cerchia ristretta di amici fidati, con i quali possono esagerare la loro inadeguatezza per ottenere appoggio e accondiscendenza. La finzione alla base del disturbo è che la vita è un rischio troppo alto, che gli altri sono comunemente ostili, che l'esistenza è costellata da infiniti ostacoli e non si hanno le risorse per un coping efficace, in un quadro privo di senso sociale e con un grande vissuto d'inferiorità. Inoltre, chiunque tenti di correggere nel depresso da questa visione negativa della vita, diventa un nemico e viene percepito come un pericolo, che mina la sua sicurezza.

Si tratta, simbolicamente, di una protesta, che tuttavia non si colora di costruttività, creatività e di proposte alternative, ma si rifugia nel rifiuto astensionistico e nel ripiegamento su sé stessi. Parenti e Pagani (1989) la chiamano “protesta in grigio”, identificando, con una nota di colore, il labirinto della depressione, nei cui meandri il paziente viene risucchiato. Protestare in grigio, è sentirsi inutile, inadeguato, incapace ed inaccettabile agli occhi degli altri.

Il depresso è carente di autostima, non ha fiducia nel prossimo, per il quale non nutre interesse; sembra non avere desideri, né scorgere obiettivi degni di essere raggiunti. La tristezza ed il disorientamento sono l'habitus di cui si ricopre.

Sidney Blatt (1974) nel 2004 ha correttamente distinto due tipi di depressione: il tipo “introiettivo” (“io sono difettoso”) incentrato sulla definizione del sé, e il tipo “anaclitico”, sempre teso alla ricerca di qualcuno su cui appoggiarsi, incentrato sulla definizione di un sé in relazione.

Spesso la depressione è causata da eventi di vita stressanti, di natura traumatica, che provocano situazioni di elevata sofferenza, come nel caso di malattie, congenite o acquisite, errori e carenze educative. Talora, può esitare in un suicidio, che nel depresso assume il colore di un atto di vendetta, finalizzato a colpevolizzare l'ambiente circostante.

In realtà, siamo di fronte a personalità ambiziose che però temono di mettersi alla prova per paura di andare incontro ad un fallimento.

Tutti gli individui si confrontano con eventi avversi o anche drammatici, che impattano sui propri obiettivi e desideri, ma perché alcuni li superano e altri no? Secondo lo psicologo cognitivo Francesco Mancini molte sofferenze nascono dalla non accettazione, e quindi hanno una base cognitiva (Mancini & Perdighe, 2012).

Beck ed Ellis inferiscono che il disagio è il risultato di credenze. Adler parla di finzioni patogene, che sono disfunzionali e impediscono di riconoscere i *bias*: il pensiero è rigido, manca di razionalità pratica (Baron) e porta il depresso a perseverare in uno scopo, contro ogni evidenza concreta di realizzarlo (Mancini & Perdighe, 2012).

Il tema della non accettazione è stato ripreso anche dalla *Mindfulness* e dalla *Acceptance and Commitment Therapy*, che attribuiscono la causa ed il mantenimento della sofferenza all'autocritica.

Il concetto di accettazione è molto vicino a quello di resilienza, che viene mutuato dalla fisica per rappresentare la capacità di alcuni metalli di adattarsi ai fenomeni avversi e di ritornare in tempi brevi ad un livello di funzionamento pari o superiore a quello originario. Inoltre, sorge la tendenza ad usare le emozioni come dati di fatto “*affect as information*”, quindi la visione pessimistica è alimentata dal sentimento stesso di tristezza.

Gli scopi vengono definiti in “negativo”, come anti-scopi, che rendono la minaccia più imminente e grave, diminuendo il livello di definizione degli obiettivi: per un depresso essere “sicuri” è la prima priorità anche quando ci si isola dal mondo intero e non ci si alza più dal letto.

Inoltre, in molti casi, può risultare intollerabile vivere con la minaccia di un danno o una perdita e quindi risulta più sicuro accettare subito lo scenario più sfavorevole e prepararsi mentalmente al peggio.

2. Colpa e malinconia: lineamenti teorici

Il tema della colpa e della malinconia ha avuto grande rilievo in letteratura, nella tragedia: si ricordi l'accecamento di Edipo o la pena di morte che si infligge York nel Riccardo II, o ancora i dilemmi di Amleto.

Lo psicologo León Grinberg, in *Colpa e Depressione* (1971), affronta il tema del senso di colpa, spiegando nel dettaglio tutte le principali linee teoriche presenti nella letteratura psicodinamica.

Freud parlò nel 1915 del Super-Io nella melanconia, immaginando che la potenza distruttiva del Super-Io potesse rivolgersi contro l'io e che quindi il Super-Io potesse trasformarsi in un persecutore mortale, ingenerando nell'io il senso di colpa (colpa persecutoria).

Freud, nell'ambito della sua teoria pulsionale, aggiunge che il depresso orienta verso di sé gli affetti negativi, distogliendoli dagli altri ed inizia a odiarsi in maniera abnorme rispetto alle proprie colpe e mancanze.

L'aggressività verso sé stessi è dovuta al fatto che difficilmente i depressi provano rabbia in maniera spontanea e non conflittuale: per ogni colpa di cui si accusano si chiedono come mai non ricordano il crimine commesso.

Freud, inoltre, collega i temi della depressione alle ideologie, alle religioni alle istituzioni ed alla persistenza di rapporti sado-masochistici: in *Totem e tabù* egli parla del capo nell'orda primitiva, che possedeva tutte le donne e che eliminava qualsiasi uomo invidioso. Un cambio di passo si ebbe quando i fratelli uccisero il padre e lo divorarono. L'atto del divorare fu visto come un introiettare il padre, ma l'atroce uccisione generò anche la nascita del senso di colpa. Allora il padre divenne ancora più potente e i fratelli rinunciarono alla pratica del sesso con le donne dell'orda, determinando così la nascita del tabù dell'incesto.

Il padre verrà simboleggiato nell'animale potente del totem, verso cui si prova odio ed amore, e il totemismo con i suoi riti di sacrificio (il parricidio) rappresenta per Freud una prima forma di religione.

L'uccisione del padre e il tema dell'incesto si trova anche nella mitologia greca: si pensi a Cronos che temeva i suoi figli e li divorava appena nati; Zeus fu l'unico figlio sopravvissuto, che uccise il padre sposando la sorella.

Comunque, il senso di colpa si può manifestare anche in assenza di un'azione colpevole, ma solo per l'intenzione ed il desiderio di compierla: ne *I fratelli Karamazov* di Dostoevskij non importa quale tra i fratelli abbia commesso il delitto dell'uccisione del padre, perché tutti ne avevano desiderio.

Inoltre, nella cultura primitiva si ritrova spesso il culto dei morti, con i riti che lo caratterizzano, una sorta di ricordo riverente ed ossequioso verso i defunti, per timore che possano mettere in atto azioni persecutorie, a seguito dei sentimenti ambivalenti provati dai rimasti in vita, nei loro confronti.

Secondo Freud, le religioni successive sviluppano ulteriormente il tema dell'Edipo sostituendo all'animale totemico un padre primitivo.

Durante il Medioevo si tenta di scollegare i poteri maligni da quelli benevoli e si proiettano sulla figura del demonio gli impulsi che il soggetto percepisce come riprovevoli.

Inoltre, in ogni religione, si stabiliscono delle norme che non possono essere infrante senza generare senso di colpa. Nella religione giudaica l'uomo si rapporta direttamente con Dio, mentre nel cristianesimo esiste un intermediario (Gesù) che funge da agnello sacrificale davanti all'ira del padre, ottenendo il perdono per l'umanità.

In ogni caso, per ottenere la salvezza, il peccatore deve contrastare l'ostilità e la gelosia, ristabilendo l'armonia iniziale mediante la confessione. Sia la Pasqua Ebraica con la figura di Mosè, che l'Eucarestia con la figura di Cristo, sono riti sacrificali di contenuto totemico.

Inoltre, nelle concezioni primitive, il delitto non era una questione privata, e l'azione di un singolo sarebbe ricaduta sull'intera collettività. L'eroe della tragedia greca assume su di sé il peso di questa tragica colpa, e la religione in generale, secondo Freud, è espressione delle tendenze del Super-Io, al pari di una nevrosi ossessiva universale.

Per Melanie Klein (1940), invece, il senso di colpa si associa al concetto della depressione, come esperienza necessaria per integrarsi con l'oggetto; infatti, il modello kleiniano è basato sulla relazione con l'oggetto e sulla necessità di conservarla.

Klein scoprì che nei bambini si celano angosce molto intense di tipo persecutorio e che da queste derivano meccanismi di difesa come il senso di onnipotenza, la negazione, la scissione e l'idealizzazione. Per la Klein ciò avviene nella posizione "schizo-paranoica" e, quando il bambino non la supera, si creano nuclei psicotici dove si confonde il simbolo con l'oggetto reale, secondo un pensiero magico, e si assiste a due processi fondamentali: l'identificazione introiettiva dell'oggetto buono e l'identificazione proiettiva dell'oggetto cattivo.

Alla base, il soggetto prova la sensazione di essere invaso da oggetti interni cattivi e persecutori ed ha paura a lasciarli uscire, perché costituiscono un pericolo per il mondo e perché, una volta liberi, potrebbero terrorizzarlo.

È molto importante approfondire il concetto di "ambivalenza", che racchiude la coppia di opposti: i tabù scatenano delle coazioni a ripetere, che riproducono all'infinito situazioni infantili traumatiche e portano a conflitti fra sentimenti di amore e sentimenti di odio o invidia (questa parola deriva dal latino *invideo* e significa guardare con rancore).

Molti autori, come la Klein, hanno teorizzato la nascita della depressione e del senso di colpa già nelle prime fasi della vita, se non addirittura alla nascita.

Grinberg (1971) si concentra sullo psichismo fetale, mettendo in evidenza l'"istinto di morte" che si scatenerrebbe al momento della nascita con la rottura del cordone ombelicale, configurando il venire al mondo come un trauma per la separazione dalla madre e per la perdita di parti proprie come le membrane fetali. Secondo Grinberg, già nell'io precoce potrebbe esistere la capacità di provare angoscia e di mettere in atto rudimentali meccanismi di difesa.

Successivamente, con il rafforzarsi e la crescita dell'io, l'individuo svilupperà una maggiore capacità di integrazione e si avvicinerà alla posizione depressiva descritta da M. Klein, dove le componenti persecutorie vengono sostituite da quelle depressive che creano nel soggetto il senso di colpa per il danno prodotto all'oggetto.

In genere, in caso di fallimento della colpa depressiva con contenuto riparatorio, secondo la Klein, si esacerba la colpa persecutoria e l'uso di difese proiettive rende l'oggetto spiccatamente persecutorio.

Pichon-Rivière ha teorizzato che i disturbi psicologici si dipartano da una situazione depressiva primaria a fronte di situazioni di perdita e frustrazione: se si opera una proiezione sul corpo, si configura la patologia ipocondriaca; se la proiezione va verso l'esterno può nascere una paranoia, o, in assenza di queste dinamiche, può comparire la colpa persecutoria.

Anche la ribellione dei giovani, a volte violente, che attaccano le istituzioni sociali può essere interpretata come una risposta legata all'identificazione e alla contro-identificazione proiettiva attuata dai genitori o dalla società e che porta i ragazzi ad introiettare la colpa, come un deposito "comune", frutto di una comunicazione paradossale da "doppio legame" tra i genitori e figli o tra i giovani ed i sostituti dei genitori nella comunità.

Nella paranoia si perde la coscienza della colpa, come se si subisse un processo di depersonalizzazione, in un clima di totale assenza di empatia e che potrebbe portare anche al suicidio.

Un'ulteriore osservazione riguarda lo sviluppo del bambino, in particolare per quanto concerne gli errori educativi nei processi di individuazione-separazione e l'insorgere del disturbo depressivo.

Il bambino nasce in uno stato di totale dipendenza e nel caso in cui le figure di attaccamento si rivelino trascuranti o maltrattanti ha solo due opzioni: accettare di essere solo e deprivato, alimentando un senso di vuoto e di incompletezza o assommare su di sé la cattiveria per evitare il senso d'impotenza accarezzando l'idea che cambiando il proprio comportamento potrebbe riconquistare l'amore delle figure di attaccamento.

Nascono, in quest'ultimo caso, meccanismi di difesa primari come l'idealizzazione: cicli ricorrenti di eccessiva valorizzazione con conseguente svalutazione di sé in rapporto agli altri, a causa del danno subito dalla propria autostima (Deutsch, 1937).

La perdita di un oggetto d'amore nel bambino si ha anche nel caso in cui non gli sia lasciato abbastanza spazio per sperimentare e distanziarsi, quando la naturale tendenza ad abbandonare la "base sicura" della figura di attaccamento suscita sensi di colpa.

P. Heimann ritiene che il nostro io dipenda dal bilanciamento tra gli istinti di vita e gli istinti di morte. L'istinto di vita spinge alla procreazione mentre l'istinto di morte alla distruzione e si riferisce ad accidenti, malattie, comportamenti masochistici, automutilazione e suicidi.

Il senso di colpa viene spesso rimosso fino all'inconscio e può manifestarsi solo con irritabilità, somatizzazioni, depressione, apatia, attesa di una catastrofe, ricerca di una punizione e come dice Franz Alexander (1938) ha un effetto inibitorio sulla manifestazione delle proprie ostilità.

Tuttavia, la confessione, rinarrando il crimine, lo fa rivivere e in un certo senso tenta di annullarlo, come per magia; parimenti nella psicoterapia tale ri-narrazione, anche in termini metaforici, è il primo passo per superare il senso di colpa.

Money-Kyrle (1966) sostiene che la terapia è etica nella misura in cui conduce alla verità, per quanto possa essere dolorosa, come quando il paziente deve affrontare i temi del proprio senso di colpa. Spesso far capire al paziente che non è così onnipotentemente distruttivo come lui irrealisticamente si valuta porta ad una mitigazione del senso di colpa, a una relazione transferale positiva con il terapeuta e ad un maggiore insight.

3. Nostalgia e temporalità

Il tema della depressione è spesso legato alla fine della giovinezza e all'età matura, quando nasce il confronto con l'inevitabilità della morte, che non è più un qualcosa che riguarda solo gli altri, ma viene percepita come un problema personale.

Iniziano i comportamenti tesi a conservare l'aspetto giovanile, con attività sportive, diete e chirurgia estetica; cerchiamo sempre più di trattenere il tempo che passa e che ci avvicina alla morte, eliminando ozi e attività inutili e arrivando persino a lavorare in *multitasking* nel tentativo di ottimizzare la gestione delle priorità.

Talora nella depressione si sviluppa in noi un vissuto di nostalgia che richiama il concetto di ritorno (*nostos*) e di dolore (*algos*): è il desiderio lacerante di tornare a cose, persone e luoghi del passato, a situazioni sfiorite che si desidererebbe rivivere (Borgna, 2001).

La nostalgia è un vissuto che tutti attraversiamo almeno una volta nella vita, nei molteplici snodi del nostro percorso, e che può portare a una malattia depressiva. Alla base di qualunque nostalgia ci sono vissuti che davano impulso al cuore e che si sono inceneriti, lasciando solo frammenti di passato come braci sempre accese, dilaniando il ricordo del tempo trascorso e rendendo enigmatica la percezione prospettica del proprio destino. La coloritura della nostalgia può essere dolorosa, sognante o dolce – la nostalgia può far morire o far vivere, e in controluce lascia intravedere la perdita di una persona cara o lo smarrimento per un semplice allontanamento: non troviamo più quello stato d'animo che dava senso alle cose e che compariva di tanto in tanto, nel fluire ininterrotto del tempo. La nostalgia può essere ispirata dal ricordo di un paesaggio, che evoca l'"anima" di quel luogo, o da una fotografia o dalla lettura di una poesia che evoca immagini e momenti apparentemente dimenticati.

La nostalgia è una *Stimmung*, connaturata all'esistenza umana, che di continuo viviamo e da cui di continuo prendiamo commiato, ma in alcune persone si dilata e si radicalizza diventando una condizione clinica, una depressione che evoca temi brucianti e che trascina con sé tristezza, accasciamento ed inibizione. In questa accezione da uno stato d'animo, la *Stimmung* della nostalgia, si passa ad una malattia, il disturbo depressivo.

La dimensione del passato dilaga e sommerge il presente, mentre il futuro arretra, addirittura si sfalda, e il presente, invaso dalle memorie dolorose del passato, è connotato anche da intensi sensi di colpa.

Oltre alla morte biologica c'è la morte psicologica: è quella che sopravviene quando una persona non intende più vivere perché non prova più gioia nell'esistenza. La forma (*Gestalt*) della vita si è conclusa ed è venuta meno la speranza di un futuro: l'esistenza non è più fatta di elementi che scorrono gli uni negli altri, ma di forme chiuse.

Nella depressione la strada che si apre al futuro è sbarrata dalla mancanza di speranza ed il passato è immobile, come pietrificato, non è mai rimesso in discussione nelle sue scelte e nella sua dimensione di senso. Il sentimento depressivo può evocare in alcuni casi processi ossessivi che indagano il passato diminuendone la compattezza ed alimentando angosce laceranti per gli errori commessi e che si sarebbero potuti evitare, con una nostalgia senza scampo, dove è negata qualsiasi possibilità di cambiamento.

Eugène Minkowski (1968) sostiene che, come esiste un tempo vissuto, esiste uno spazio vissuto, non geometrico ma persino irrazionale, dove si svolgono le relazioni fra le persone e, sulla scia del pensiero di Bergson che teorizza l'intuizione alla base della conoscenza eidetica dell'esistenza, si argomenta di uno spazio in cui ci si può sentire protetti, che ci preservi dall'invasione di spazi infiniti, che è uno spazio intimo.

Questo si riempie di cose semplici, che sono ricordi significativi e creano un climax d'intimità, dando un'impronta inconfondibile allo spazio che diventa "abitato". Minkowski aggiunge che l'intimità tiene sempre la porta spalancata, anche se non a tutti naturalmente e sconfinata nella cultura del cuore e dello spirito. Minkowski affronta il tema del dolore per la percezione di un'assenza e dice che in quel momento la vita sembra allontanarsi da noi.

La vita è lì fuori come al solito, ma sembra che si dilegui e che con essa sbiadiscano pure i colori. I colori sono gli stessi, ma si attenuano, non penetrano più così naturalmente e intensamente in profondità, ma sembrano più lontani.

Ogni depressione può accompagnarsi alla ricerca di solitudine, a un ritiro autistico dalla relazione con gli altri: ciò da una parte può arrecare sollievo, ma dall'altra può aumentare la lacerazione e le risonanze interne.

La via terapeutica è saper ascoltare e cogliere il senso di questo isolamento; la sfida però è cercare di trasformare il dolore in qualcosa di significativo, assegnandogli un senso, ispirato dalla coscienza etica e dalla speranza di ognuno di noi. Citiamo a tal proposito Rainer Maria Rilke: "Non dovrebbero forse questi dolori antichi diventare finalmente fecondi per noi?" (1999).

Simone Weil (1970) ci suggerisce che la depressione sfida le nostre esistenze banali per far riemergere strutture di significato e aree di introspezione; la sofferenza aiuta a dilatare la conoscenza

della propria soggettività, con un'intuizione circa la propria esistenza e realtà psicologica che altrimenti sarebbe inafferrabile. In questi termini l'esperienza depressiva sfocia nell'esperienza creativa.

E ancora, il filosofo italiano Umberto Galimberti (1994, p. 133) aggiunge che “quando il cuore oscilla tra il passato ed il presente, tra il vicino ed il lontano, è sempre il lontano a rapire l'anima” ma attenzione, perché il lontano è come una fonte aurorale da cui può dipartire una nuova luce; qualche volta, però, chi viene colto dal buio e perde gli orizzonti familiari può riacquistarli in modo creativo, uscendo dal buio della notte e raggiungendo lo spazio ed il tempo della quiete.

4. Strategia terapeutica e momento creativo

Secondo Fassino (1996) rileva che lo stile terapeutico è espressione dell'essere del terapeuta ed è connaturato al suo Sé creativo. Anche il paziente deve essere messo in grado di raggiungere la propria istanza creativa.

Parenti e Pagani (1989) sottolineano che declinare la psicoterapia in chiave individualpsicologica significa instaurare e mantenere un setting ematico, che potenzi la vitalità della coppia terapeutica, trasformandola in diade generativa.

Tramite identificazioni e contro identificazioni il paziente sviluppa il suo Sé oltre la dipendenza regressiva, tipica del vissuto del depresso e degli inizi di una relazione terapeutica.

Il sé creativo del paziente incontra quello del terapeuta, in un sistema ad alta soggettività, personalizzato, che riattiva la progettualità con processi abduktivivi e tramite il pensiero a qualcosa di assente ma possibile. In questo contesto, l'empatia “accorda” il sentimento sociale e la volontà di potenza in un progetto, nel qui e ora.

Sul depresso aleggia sempre lo sconforto, e occorre un incontro incoraggiante che lo aiuti a cogliere anche il deficit per avviare lo smascheramento delle mete fittizie.

Il cammino deve portare il paziente verso una parziale gratificazione di bisogni elevati ed all'accettazione del sé, del prossimo e degli eventi, aiutandolo a sviluppare una capacità di distacco e di sopportazione della solitudine, che vuol dire autonomia e indipendenza, pensiero originale e critico, che sfugge agli stereotipi culturali, ricco di un umorismo filosofico, di gioia e amore.

L'esperienza creativa si esprime con piccole ideazioni come il riordinare la scrivania, variare gli orari, acquisire rituali, in un addestramento progressivo che attiva “circoli virtuosi”.

Questa piccola creatività favorisce una lieve potatura che migliora la fruttificazione di un albero. Spesso le nuove iniziative nascono dalla riscoperta del proprio tempo libero, dopo una vita dedicata ad essere come gli altri vogliono per ottenerne in cambio approvazione ed amore, rinunciando alla propria creatività e unicità.

Il paziente depresso impiega meccanismi di difesa, e non è in grado di rinunciarvi per avviare un processo creativo. Il trattamento terapeutico deve condurlo a sopportare piccole frustrazioni, necessarie per dare avvio a modeste iniziative con funzione simbolica.

Tale esercizio comporta il mettersi in relazione con nuclei di angosciosa impotenza e minacce al Sé del paziente e del terapeuta. Freud teorizzò che l'Io è il “precipitato degli oggetti abbandonati”, così i terapeuti devono elaborare i fantasmi di svuotamento, annientamento e distruzione che sviluppano come controtransfert.

Le reazioni controtransferali si articolano tra il contagio depressivo e una reazione aggressiva di compendio. Le resistenze del paziente si attivano per ostacolare i suoi bisogni di ribellione, per evitare il rischio di un rifiuto ancora intollerabile. Questi pazienti necessitano di essere amati e di essere autorizzati a ribellarsi: la capacità dell'analista di tollerare la propria impotenza e rabbia diventa per il paziente un “modello plastico”, da usare come una protesi e successivamente diviene una struttura identificatoria di personalità; forse un punto di partenza per impostare il lavoro di analisi è proprio la definizione del senso d'identità.

Possiamo costruire una definizione a partire dalla continuità delle proprie fantasie inconse, con riferimento alle sensazioni del corpo, alle angosce ed emozioni, a partire dall'infanzia, agli affetti verso le persone e da noi stessi, ai meccanismi di difesa, al concetto di Super Io, alle identificazioni che arrivano da processi di proiezione ed introiezione.

Spesso l'analisi serve proprio a consolidare il senso della propria identità. Talora si hanno dei turbamenti che possono sfociare in disturbi: altri casi invece si riacquisisce un senso di continuità. Il setting e l'analista diventano un contenitore che tramite un processo di *rêverie* integra i vari pezzi d'identità e, come dice Winnicott, sostituisce un sé autentico al falso sé.

Lo psicologo Giorgio Nardone (2020) ripercorre la letteratura di rilievo per descrivere questo vissuto che è connaturato all'esperienza di vita. L'esistenzialismo nel secolo scorso ci ha messo a confronto, più di ogni altro pensiero, con l'esperienza esistenziale della solitudine: si nasce soli per morire soli. Nel mondo ellenico la solitudine si identificava con la sofferenza e la paura dell'eroe che compiva atti ardi per l'intera collettività. Parimenti il grande pensatore è originale e solo nella sua creazione. Si citano particolari esperienze dove il singolo compie tramite la solitudine un viaggio mistico o religioso o anche un viaggio di esperienza estrema mentre la solitudine che ci affligge è quella proviamo quando non ci sentiamo amati o desiderati da nessuno: Cesare Pavese scrive che si può stare da soli a patto che qualcuno bami per noi.

La solitudine è la nostra ombra e ciò che fa la differenza è il grado dell'esperienza: ci si può sentire soli qualche volta oppure costantemente.

Chi si sente solo occasionalmente solo può utilizzare questa esperienza per apprezzare maggiormente lo stare insieme ad altri, oppure, vivere la solitudine come un momento di ricerca personale, che apporta miglioramenti allo stare con l'altro.

La solitudine costante, invece, corrisponde a una perdita di speranza, a un'angoscia: non dimentichiamo che la stragrande maggioranza di suicidi avviene per un senso di solitudine estrema, ovvero di isolamento, quando viene a mancare anche la motivazione per stare in questo mondo o quando il restarvi espone ad una tale sofferenza che è meglio farla finita.

Non è un caso che noi, analizzando la stragrande maggioranza delle forme di psicopatologia, troviamo che la solitudine le attraversa tutte, come ad esempio la depressione o la paranoia persecutoria.

Abbiamo un problema di solitudine anche quando apparentemente non c'è, perché l'individuo è incapace di stare solo e cerca costantemente di riempire il vuoto stando con gli altri.

I maestri dell'approccio sistemico strategico sostengono che non esistono azioni che non provochino reazioni e che non siamo monadi isolate, ma viviamo in costante interazione (si veda la meccanica quantistica, secondo cui l'unica teoria veramente accettabile è la teoria dei diversi punti di vista per cui ogni cosa è in relazione alle altre).

Nel '900 avviene il passaggio dalla "fisica classica" alla "fisica moderna" e con la teoria della relatività si abbandonano i concetti di spazio e di tempo assoluti, intesi come fenomeni fisici immutabili: lo spazio e il tempo diventano elementi che un osservatore può descrivere dal proprio punto di vista.

Le teorie quantistiche d'altro canto rivelano che materia ed energia sono strettamente legate e che le particelle subatomiche non hanno significato come realtà singole ma esclusivamente in quanto interconnesse.

Lo psicologo Alexander (1938) ci spiega che la meccanica quantistica ha dimostrato che nell'universo non è possibile separare il mondo in unità dotate di esistenza autonome; si trovano solo relazioni tra le varie parti e la dualità genera, come in un paradosso, l'unità.

La teoria della relatività ha dimostrato che la massa non è collegata con una sostanza ma è un tipo di energia; quindi, ogni particella non è un oggetto statico, ma una configurazione dinamica.

Nella fisica moderna l'universo viene descritto come un tutto dinamico, un oscillare costante tra opposte polarità, in antitesi, non separabili in maniera netta. Di conseguenza il mondo è un insieme di componenti interagenti e l'uomo è parte attiva di tale sistema.

Questo approccio filosofico ritorna all'origine della filosofia della scienza e permette di superare la divisione operata dal "*cogito ergo sum*" cartesiano, connesso al modello meccanicistico ad essa collegata.

Tale visione riduce la distanza dalle filosofie mistiche orientali come il Buddhismo, il Taoismo, l'Induismo. Un esempio deriva dalla medicina cinese: allo yang si collega la forza e il movimento, mentre allo yin corrispondono l'inerzia, l'intuito, ossia la materialità. Yin e yang altro non sono che il modo di descrivere le diverse manifestazioni dell'energia: la materia non è altro che una condizione di maggior differenziazione dell'energia, ovvero un aspetto yin dell'energia.

In conclusione, la depressione appare legata a un pensiero rigido, al tema del senso di colpa, spesso persecutoria, che ha contenuti paranoidi ed è collegata a un'esperienza di perdita reale o affettiva, che condiziona la percezione e la rappresentazione individuale del tempo, che si blocca e si collega a vissuti di nostalgia e solitudine.

Bibliografia

- Adler, A. (1912). *Über den nervösen Charakter* (tr. it., *Il temperamento nervoso*. Astrolabio, 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*. Newton Compton, 1994).
- Alexander, F. (1938). Remark About the Relation of Inferiority Feelings to Guilt Feelings. *The Int. of Psycho-Anal*, XIX, 1, 41-49.
- Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler* (tr. it., *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*. Martinelli, 1997).
- Blatt, S.J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Borgna, E. (2001). *L'arcipelago delle emozioni*. Feltrinelli.
- Deutch, H. (1937). Absence of Grief. *The Psycho-Anal. Quarterly*, VI, 9, 12-22.
- Fassino, S. (1996). Deficiency, Disorder, Creativity: about the psychotherapy of depression. *Riv. Psicol. Indiv.*, 40, 63-74.
- Freud, S. (1915). *Trauer und Melancholie* (tr. it., Lutto e malinconia. In S. Freud, *La teoria psicoanalitica. Raccolta di scritti 1911-1938* [pp. 191-209]. Boringhieri, 1979).
- Gabbard, G.O. & Westen, D. (2004, giugno). Ripensare l'azione terapeutica. *Gli Argonauti*, 101, 113-141.
- Galimberti, U. (1994). *Parole nomadi*. Feltrinelli.
- Grinberg, L. (1971). *Culpa y depresión* (tr. it., *Colpa e Depressione*. Ubaldini, 1990).

- Grinberg, L. (1976). *Teoria de la identifcazion* (tr. it., *Teoria dell'identificazione*. Loescher, 1976).
- Hillman, J. (1983). *Healing Fiction* (tr. it., *Le finzioni che curano*. Raffaello Cortina, 1984).
- Klein, M. (1940). Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi. In M. Klein, *Scritti 1921-1958* (pp. 323-354). Boringhieri, 1978.
- Mancini, F. & Perdighe, C. (2012). Perché si soffre? Il ruolo della non accettazione nella genesi e nel mantenimento della sofferenza emotiva. *Cognitivismo Clinico*, 9, 95-115.
- Mc Williams, N. (2012). *La diagnosi psicoanalitica*. Astrolabio.
- Minkowski, E. (1968). *Le temps vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques*. Delachaux et Niestlé.
- Money-Kyrle, R.E. (1966). Psicoanalisi ed Etica. In M. Klein, P. Heimann & R.E. Money-Kyrle (a cura di), *Nuove vie della psicoanalisi*. Il Saggiatore.
- Nardone, G. (2020). *La Solitudine. Capirla e gestirla per non sentirsi soli*. Ponte alle Grazie.
- Parenti, F. & Pagani P.L. (1989). Capire e vincere la depressione. La “Protesta in grigio” dei nostri giorni. De Agostini.
- Rilke, R.M. (1923). *Duineser Elegien* (tr. it., *Elegie duinesi*. Crocetti, 1999).
- Weil, S. (1970). *Cahiers I* (tr. it., *Quaderni I*. Adelphi, 2000).
- Weiss, E. (1926). Der Vergiftungsswahn im Lichte der Introjektions-und Projektionsvorgänge. *Int. Zeitschr. f. Psychoanal.*, XII, 1926.

Lo stile di vita di un corpo spezzato: costrutti adleriani e anoressia di *Piera Simonini**

ABSTRACT (ITA)

Percorrere i sentieri tortuosi dell'anoressia non significa solamente valutare la scientificità di tecniche e metodi, significa piuttosto inoltrarsi in un territorio esistenziale fatto di mistero, di paradossalità, di imponderabilità. Si spezza il corpo, si spezza l'anima: dentro questo cortocircuito, fatto di paure e di angosce a volte sfuggenti, il/la terapeuta si ritrova a dover ricomporre un puzzle disarmonico. Il riferimento al principio dello stile di vita, di chiara matrice adleriana, rappresenta un aggancio fondamentale per ricostruire una dinamica psicologico-esistenziale di nuovo rivolta alla bellezza della vita. Il caso studio qui descritto diventa in questo senso iconico: il percorso terapeutico è un viaggio sempre in divenire, avventuroso, dinamico, mai schiavo di schemi precostituiti. La sospensione del giudizio e l'apertura di spazi sempre nuovi di comprensione rappresentano le luci che possono rischiarare questo viaggio.

Parole chiave: anoressia, attaccamento, ruoli genitoriali, sospensione del giudizio, stile di vita

The Lifestyle of a Broken Body: Adlerian Constructs and Anorexia by *Piera Simonini*

ABSTRACT (ENG)

Navigating the complex paths of anorexia extends beyond evaluating scientific techniques and methods; it requires exploring an existential realm filled with mystery, paradoxes, and unpredictability. As the body and soul fragment, the therapist must reconstruct a dissonant puzzle amid fears and often elusive anxieties. The Adlerian concept of lifestyle serves as a crucial foundation for rebuilding a psychological-existential dynamic oriented toward life's beauty. The presented case study exemplifies this process: the therapeutic journey remains fluid, adventurous, and unconstrained by predetermined frameworks. Suspending judgment and creating new spaces for understanding guide this transformative path.

Keywords: anorexia, attachment, parental roles, suspension of judgment, lifestyle

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

Familiarità con la morte

Un sentimento di familiarità con la morte, quasi una disperazione mistica (Ricoeur, 2022b, pp. 2-16; Baudrillard, 2009, pp. 11-60). Mortificare i bisogni primari, fra i quali la fame, per raggiungere la purezza assoluta del corpo. Ricercare, nel deperimento del corpo, il controllo totale della mente su un corpo puro ma impazzito. Chiedere di essere trasformati in un albero, come Dafne. Rifiutare ogni tipo di cibo e togliersi la vita, come Fedra. Come Dafne e Fedra: eternamente sulla soglia, fra la vita e la morte. Come in Dafne e Fedra: la malattia è l'amore, la cura l'anoressia. O come Erisittone essere condannati a una fame devastatrice, che niente può soddisfare, divorare ogni cosa e infine divorare se stessi. Anoressia come domanda di aiuto, come richiesta di conforto e di riconoscimento di una sofferenza troppo grande, lacerante, impossibile da pronunciare con le parole e possibile da dire con il linguaggio universale del corpo. L'anoressia: opaca, mimetica, aggressiva, fragile e forte al contempo; enigmatica nei sintomi, fortemente simbolica e tragicamente reale. Anoressia non significa solamente cadere nella trappola del controllo, ma convincersi paradossalmente di potersi liberare del corpo, o comunque di tutto ciò che del corpo infastidisce, come i suoi bisogni fondamentali. Il corpo non viene più considerato un valore, è piuttosto un'entità da rimuovere; non rappresenta più un'opportunità per muoversi nel mondo, ma un ostacolo da oltrepassare, e la restrizione alimentare può assumere il significato di una vera e propria protesta. Anoressia non è semplice disfunzione biologica: coinvolge la persona nella sua integralità e si riferisce irrevocabilmente all'esperienza del sé (Selvini Palazzoli, 1963). E l'anoressica, in costante disequilibrio fra l'ossessione di un dualismo radicale ed esasperato, quasi metafisico, fra corpo e mente, e l'utopia di un'unità assoluta e mai raggiungibile fra i due, naviga a vista, sempre in attesa di approdare a territori confortevoli, rassicuranti. Essa è in mezzo alla tempesta, assume il ruolo del rematore e a tratti quello del comandante: qualsiasi cosa succederà, sarà sempre colpa sua. Essere terapeuta vorrà dire assumere la funzione del mozzo all'interno di questo equipaggio marittimo, di questa unità navigante. Il terapeuta assumerà mansioni di coperta, con l'obiettivo di spartire il senso di colpa: sarà innanzitutto la compassione il suo mezzo d'aggancio, per giungere infine a un porto tranquillo.

L'influenza della figura materna nell'anoressica

L'anoressica vive l'inquietante e tragica esperienza di un conflitto eterno tra il bisogno profondo della madre e la radicale necessità di separarsi da essa (Ottaviani, 2021). L'anoressica si dimena incessantemente tra la spinta fisiologica del distacco dalla madre e il desiderio titanico di costruire un'identità personale forte, il più delle volte resa complicata da una figura materna che,

simbolicamente e realmente, non accoglie ma rifiuta. Non essere più, alienarsi fino a scomparire, rappresenta l'ultimo tentativo disperato di separazione dalla madre, tentativo che non garantisce la costruzione di se stessa e che anzi può condurre alla morte. L'anoressica utilizza il corpo per raccontare l'insufficienza affettiva ed empatica della madre, per narrare questo disagio interiore incontenibile; nello stesso tempo, quasi in modo eroico, vuole mostrarsi padrona assoluta e incontrastata del suo corpo e della sua mente. Possiamo evidenziare, ancora una volta paradossalmente, che il rifiuto del cibo nasconde una grande fame d'amore: questo invasivo bisogno di essere colmata, riempita, inondata dall'affetto materno, viene per così dire annientato e sostituito da una modalità difensiva, da una rinuncia di sé e della vita che in senso quasi iconico può addirittura apparire sensata, auto-realizzante, compiacente. L'anoressica, interpretando se stessa come estensione della figura materna e non come soggetto autonomo e indipendente, attraverso il dimagrimento si aggrappa all'immagine infantile di se stessa, costruendo così l'illusione di una figlia ancora bambina dalla quale la madre non riuscirà mai a separarsi; è appunto nel rifiuto del cibo, e di ogni altra cosa che favorisca la permanenza nella vita, che l'anoressica cerca un'utopica e trasfigurata autonomia, che si realizza attraverso l'allontanamento di ogni desiderio e bisogno (Ricoeur, 2002a, pp. 15-27). L'anoressica vuole dimostrare a se stessa e al mondo intero che essa è in grado, come le grandi eroine e i mistici, di controllare la fame, i sentimenti, le emozioni, se necessario fino all'annientamento di ogni istinto di permanenza all'interno dell'esistenza; in questa dimensione, sempre a metà e sempre in disequilibrio fra realtà e immaginazione, il cibo finisce per rappresentare la risposta più fisiologica e più arcaica alla sofferenza. Il non mangiare diventa la prima soluzione per oltrepassare il muro del dolore; il piacere alimentare, che rimanda immediatamente all'istinto vitale, rappresenta una minaccia rispetto alla realizzazione del sogno di non essere più.

Desiderio di essere desiderati

L'anoressia è un non-appetito, un'assenza di volontà, un tentativo delirante di soffocare ogni tensione, ogni pulsione vitale; può essere quindi intesa come una pratica difensiva, marcatamente narcisistica, del desiderio puro, affinché quest'ultimo non sia completamente e definitivamente soffocato dalle domande, dagli interrogativi sul senso dell'esistenza. L'anoressica risponde con un rifiuto netto, irrevocabile, inappellabile, che serve precisamente a questo: scoraggiare, se possibile alienare, il desiderio di sapere, di conoscere, di approfondire, di interrogare la vita (Levinas, 1993). L'anoressica non è solamente colei che non mangia, che rifiuta il cibo: essa vive nel terrore di avere idee proprie e spesso immagina simbolicamente di sottrarle a qualcun altro; addirittura mette in

scacco la sua dipendenza dall'altro non nutrendosi di qualcosa ma semplicemente, e tragicamente, di se stessa.

Questa strategia permette all'anoressica di obbligare gli altri ad essere dipendenti da lei, trasformando sostanzialmente le relazioni in rapporti di forza: di fronte alla superpotenza della madre, che può donare o rifiutare, l'anoressica scava un burrone, opponendo il suo sé ingigantito dalla forza del non mangiare niente a quello della madre ambigua, che invece non è mai in grado di amare completamente e definitivamente (Marcuse, 1968, pp. 17-25). L'ossessivo non mangiare niente dell'anoressica è un evento-simbolo ambivalente: è un rifiuto rivolto all'onnipotenza vuota della madre e nello stesso tempo un tentativo estremo di ridare vita alla propria interiorità, al proprio desiderio; in questo percorso tortuoso, angosciante e per certi aspetti esaltante, diventa paradossalmente costante, per l'anoressica, il pericolo di approdare a un narcisismo comprimente e mortifero (Merini, 1990, pp. 10-21). Nell'anoressica diventa preponderante la difesa del sé, che assume però le caratteristiche di un oggetto: proprio per questo motivo questa difesa si può trasformare in una pratica di godimento, in una vera e propria auto – terapia di riappropriazione del desiderio; l'anoressica impara a mangiare sé stessa, diventa essa stessa il cibo di sé stessa. Per questo motivo il cibo, inteso come oggetto, e il mangiare, inteso come atto, non sono più necessari: il cibo – oggetto e il mangiare – atto vengono paradossalmente sostituiti dal divorare sé stessi (Montecchi, 2010).

Anima che mangia il corpo

Nella prospettiva adleriana l'anoressia assume un doppio significato: da un lato rappresenta una lotta titanica per il controllo assoluto sulla realtà, dall'altro per il senso di adeguatezza esistenziale; il primo dinamismo è esplosivo, il secondo implosivo. In entrambi i casi, corpo e inconscio si sovrappongono fino a confondersi: l'unica sede dell'inconscio, nel caso dell'anoressica, diventa il corpo, che si trasforma progressivamente in una specie di tabernacolo del non-detto (Lessing, 1963, pp. 36-53). Esso assorbe tutte le emozioni, siano esse dinamiche o funzionali: se la mente non è in grado di elaborarle, il corpo si sviluppa secondo una linea oppositiva. Questa opposizione radicale appiattisce e oscura nell'anoressica la spinta costante verso il futuro e il desiderio di affermazione personale: la costruzione appassionata di uno stile di vita diventa un impedimento, un'ostruzione, lo svuotamento di sé l'unico obiettivo. Nel corpo e attraverso il corpo – privato di ogni spunto e di ogni possibilità – l'anoressica celebra, come in una liturgia mistica, il suo modo di essere nel mondo. Il suo corpo è lei stessa nel realizzarsi della sua esistenza: questa volontà di potenza, che si esplicita nell'anoressica in senso contrario – cioè attraverso la capacità di annichilire il corpo, di annientarlo, di prosciugarlo – coincide in ultima analisi con la sua stessa fragilità, che oscura ogni

possibilità di bellezza. Nell'anoressica volontà di potenza e fragilità si sovrappongono, si spalleggiano, diventando in qualche modo intercambiabili. Nell'anoressica la fragilità – figlia del complesso d'inferiorità – finge di essere potente, irresistibile, forte ed imbattibile: in questo processo di finzione l'anoressica utilizza il corpo come scudo, scoprendosi alla fine impotente rispetto alla ricerca di un senso (Levi della Torre, 2004a, pp. 72-91). La volontà di potenza – supposta, ipotizzata – si scontra con l'impotenza esistenziale, che invece è radicata nella realtà: nell'anoressica il rifiuto totale di questo senso di impotenza – connaturato nell'essere umano e con il quale è necessario interloquire – la conduce nei territori dell'oppositivo e del provocatorio; in lei, per questo motivo, prevalgono la rabbia, l'irritazione, unitamente a comportamenti di polemica e di sfida. L'altro, di conseguenza, è visto come un muro: la relazione diventa un viaggio impossibile, l'altro è solo il nemico da sconfiggere, da annientare, proprio come il corpo. L'annientamento di sé diventa nell'anoressica l'annientamento dell'altro da sé: in questa sovrapposizione definitiva si consuma tutta la tragedia esistenziale dell'anoressica, che obbliga gli altri – vicini nella realtà e lontani nell'immaginario – a entrare nel suo inferno senza via d'uscita (Levi della Torre, 2004b, pp. 91-102). La forza con la quale l'anoressica porta avanti la sua battaglia contro il cibo è, in realtà, una forza vuota: l'anoressica si finge superpotente, cioè capace di vivere senza mangiare, per nascondere la sua incapacità di essere assertiva e per celare la conseguente rabbia che spesso si tinge di aggressività. L'anoressica non riconosce come vere le sue emozioni e non riesce ad esprimerle, proprio per questo non è in grado di raggiungere i suoi obiettivi e di mantenere nel contempo una relazione positiva con gli altri. Queste incapacità incrociate inducono l'anoressica a produrre la più tragica delle finzioni, quella di credere nella vita pur coltivando un progetto di morte. Nell'anoressica questa super-finzione diventa reale, concreta, e proprio per questo può condurre al totale annullamento. L'anoressica non percepisce, e non comprende, l'avvicinarsi imminente di un futuro di morte. Siamo di fronte a ciò che potrebbe sembrare un ossimoro, addirittura un paradosso: l'anoressica, nonostante abbia ben chiaro, nella mente, il concetto di morte, decide inconsapevolmente di andarle incontro in modo graduale e spontaneo. L'aspetto legato alla finzione si radica in questo concetto: le idee di sviluppo, crescita, vita, prendono forma nel loro esatto opposto. Si può prendere corpo rispetto all'esistenza solo nel momento in cui si perde, e si disperde, appunto, il corpo. La finzione consiste in questa possibilità di una nuova, e inconsciamente presunta, rinascita: poter essere quello che si vorrebbe essere e che non si è mai riusciti ad essere. È proprio questa aspirazione, figlia appunto della finzione, che spinge l'anoressica a intraprendere il suo percorso suicida. L'inesorabile ricerca della magrezza, che spesso conduce all'annientamento totale del corpo e alla morte, diventa – nutrita appunto dalla finzione – iconica, rappresentativa di questa corsa forsennata verso la fine. Ad essa si associa spesso la scarsa empatia, intesa come difficoltà a riconoscere gli stati emotivi altrui: la mia morte – pensa l'anoressica – non

può e non deve essere solamente la mia morte, deve poter diventare anche la morte degli altri. In questa dimensione la finzione diventa vera realtà. Essa è finalmente, e definitivamente, traducibile: l'annullamento diventa una questione universale, non più e non solamente personale. Nell'anoressica il confine mente-corpo è indistinto alla massima potenza e, paradossalmente, quasi in senso inverso, tale confine si trasforma in una feroce contrapposizione fra i due. Il corpo si trasforma in un'appendice del soggetto: lo spazio maggiore viene occupato dal pensiero, che divora la zona-corpo; il corpo diventa il vero teatro d'azione della psiche, il suo palcoscenico. L'anoressia è un fenomeno complesso, doppio, ambiguo ed enigmatico. L'anoressica è un soggetto inerte, dipendente, non ancora maturo: il suo rifiuto di mangiare tenta di aggirare lo svezzamento psicologico, non rinunciando allo stato di simbiosi con la madre. C'è nell'anoressica una spinta regressiva verso una nuova fusione con la madre: una spinta mortifera, un consegnarsi alla morte pur di non affrontare il sentimento della perdita. È questo il tratto malinconico dell'anoressica: rimanere ferma sull'asse dell'anestesia emotiva paradossalmente animata da un desiderio, quello di attivare una protesta silenziosa. L'anoressia è una modalità per preservare il territorio del desiderio, per non permettere agli altri di invaderlo, di occuparlo (Levi della Torre, 2004c; Adler, 1971, pp. 141-165; 1975, pp. 21-34; 1976, pp. 3-21). L'anoressia è un tentativo, l'ultimo disperato, di aprire un varco. Il fantasma della propria morte, della propria scomparsa, è il primo oggetto che l'anoressica può mettere in gioco in una nuova dialettica del desiderio. Nell'attesa di uno spazio mentale che ritorni ad essere pulsante, propositivo, è necessario recuperare la dimensione della bellezza del desiderio: esso non rappresenta un limite ma è spazio aperto, infinito; non più e non solamente pulsionale, istintivo, ma pienamente passionale e costruttivo. Non sarà più necessario ingurgitare il niente, diventerà più esaltante mangiare qualcosa, gustare la vita.

Alla ricerca della bellezza

Affermare l'esistenza dell'inconscio e della volontà di potenza significa affermare che il soggetto è diviso, più precisamente che la psiche è organizzata da divisioni e separazioni. Analizzare la mente umana dal punto di vista dinamico significa porre attenzione ai rapporti fra i vari sistemi psichici, rapporti che possono essere di conflitto, di compromesso o di cooperazione (Francesconi & Scotto di Fasano, 2021). Inconscio e volontà di potenza sono i registi occulti della mente, come se ci fosse una sorta di autonomia dello psichico rispetto al mondo esterno, che pur determinando i comportamenti umani può essere sempre superato. Rimane vero che ogni scelta dell'individuo umano è guidata da una lunga catena di eventi che la precedono e che la psiche vive di motivazioni che sfuggono al controllo della coscienza. L'inconscio e la volontà di potenza sono modi di pensare: categorie del pensiero che confondono, composte da unità instabili, che delimitano e separano al

contempo, che si fondono continuamente l'una nell'altra (Iatomasi, 2021). Inconscio e volontà di potenza sono modalità flessibili e nello stesso tempo asimmetriche, autonome e dipendenti, dominate spesso dal simbolico e dall'immaginario. Nel mondo turbinoso dell'anoressia inconscio e volontà di potenza si muovono in modo inafferrabile: sfuggono spesso ad ogni tipo di sistemazione concettuale, ad ogni pretesa di schematismo, anche terapeutico. Adler ha colto appieno questa difficoltà, che è al contempo teoretica e fenomenologica, e per uscire dal limbo dell'incomprensibilità ha abbozzato un nuovo territorio di senso, quello dello "stile di vita", che ci permette di guardare all'essere umano con ottimismo e speranza (Irigaray, 2008, pp. 7-17). Oltre la disperazione, oltre l'inferno dell'anima, esistono spazi nuovi da costruire. Si tratta un cammino impegnativo, spesso impervio, ma non impossibile. Il pensiero non si annida infatti passivamente in schemi prefissati, ma vi si insedia in modo inafferrabile: è libero slancio, che permette all'individuo umano di staccarsi dall'immediatezza del vissuto e dai condizionamenti pregressi, dando vita di volta in volta a un nuovo senso dell'agire. Il pensiero non è solamente un modo per decifrare il mondo, è anche uno strumento di autotrasformazione, un gesto creativo di rottura, una risposta a sfide lanciate da situazioni concrete. Si scopre sempre troppo tardi che la meraviglia e la bellezza sono nell'istante: l'anoressica è invece proiettata eternamente nell'oltre.

Risulta doveroso operare una distinzione tra la paura della morte e il normale interrogarsi sulla nostra fine (Jonas, 2001, pp. 67-73). Nel primo caso ci troviamo di fronte a un arresto netto – evidente nelle procedure mortifere dell'anoressica – del dinamismo della libido: chi ha trovato difficoltà ad affrontare la vita, spesso è ossessionato dal pensiero minaccioso – e nel contempo affascinante – della morte. Si tratta in ogni caso di essere in grado di affrontare l'ignoto, il mistero inesplicabile della vita. Tocchiamo qui un apparente paradosso: sia la vita sia la morte rappresentano una sfida, giacché in ogni caso il soggetto è chiamato a far fronte a ciò che ancora non è, cioè a qualcosa che va oltre il luogo psichico stesso in cui ci troviamo a esistere (Jonas, 2006, pp. 24-28). In questo territorio di ricerca del senso la presenza analitica è chiamata a interpretare in modo creativo il mistero dell'essere, evitando il più possibile le derive della sottomissione e dell'aggressività (Jung, 2008, pp. 82-96).

Il caso studio

Il caso narrante

Le prime notizie relative alla situazione problematica di G., una ragazza di diciannove anni diplomata in Scienze Umane e iscritta alla Facoltà di Psicologia (Online), mi giungono attraverso l'intermediazione della zia (sorella del padre). La zia di G. si riferisce, in un primo colloquio

caratterizzato dall'utilizzo di un linguaggio piuttosto enfatico, a problemi legati all'alimentazione della nipote, che a suo dire perdurerebbero da alcuni anni. G. pesa trentotto chilogrammi ed è alta 1,70 m.: la zia la descrive pallida e poco consapevole della gravità di questo disturbo; nonostante ciò, riferisce la zia, G. appare una ragazza viva ed energica. G. è secondogenita: la sorella, più grande di quattro anni, presenta un disturbo dello spettro autistico; il fratello minore, più piccolo di un anno, frequenta un Istituto Professionale. La madre di G. ha quarantasette anni ed è casalinga; il padre di G., cinquantenne, ha un'azienda individuale, che negli ultimi due anni ha procurato parecchi problemi economici. La nonna paterna è iperprotettiva, sia nei confronti dei figli sia nei confronti dei nipoti; non nutre simpatia per la nuora, ma ogni domenica la invita a pranzo per riunire almeno simbolicamente tutta la famiglia. Il nonno paterno è una figura oscura, misteriosa, che ha sempre aiutato il padre di G. mettendo pezze ai suoi ammanchi di natura economica. La zia di G., molto curata nell'aspetto esterno, è sposata e senza figli. Dedicò il suo tempo libero ai nipoti in modo costante e spasmodico: in particolare segue quotidianamente G. nello studio; G., molto spesso, si ferma dalla zia per la cena, rimanendo da lei anche a dormire. La zia individua nella madre di G. l'origine dell'intero disastro familiare: il suo atteggiamento freddo e distaccato, a suo dire, sarebbe la causa di relazioni familiari false, poco limpide e poco lineari. Nel racconto della zia di G. emerge chiaramente un dato: la zia di G., seppur inconsciamente, si propone come sostituta di diritto della madre naturale, considerata da lei stessa assente. La zia di G. sembra aver incorporato a tutti gli effetti le caratteristiche tipiche di una "madre aggiunta", di una "seconda madre". La bassa autostima di G. è stata, sin dall'inizio del percorso terapeutico, la traccia identificativa del suo profilo di personalità. L'idea negativa che G. aveva di se stessa ha preceduto l'insorgenza del disturbo, supportato psicologicamente da un profondo ipercriticismo e da una maniacale concentrazione su difetti e imperfezioni. L'obiettivo del percorso terapeutico di G. è stato quello di aiutarla a non usare una lente di ingrandimento rispetto alle zone negative del suo sé, per imparare ad essere più tenera e gentile con il suo io. L'accettazione piena del disturbo, trampolino di lancio per il superamento del medesimo, potrebbe essere considerato il secondo passo, a integrazione della decisione di G. di intraprendere un percorso riabilitativo in una struttura sanitaria specializzata. È stato decisivo per me, dal punto di vista terapeutico, prestare attenzione ai suoi cambiamenti, soprattutto nello stile del pensiero, e dei suoi progressi rispetto alla concentrazione sui punti di forza e sui successi. A integrazione di un'idea dell'anoressia intesa solo ed esclusivamente come sofferenza psichica è possibile accostarne una seconda, che interpreta l'anoressia come forma di godimento: uno scontro attivato da G. per mettere alla prova se stessa, un non-mangiare concepito come sfida al fine di aumentare l'autostima. Al termine del percorso con G. ho compreso che l'anoressia è un disturbo del desiderio più che dell'aver fame in sé: un vero e proprio tentativo di annichilire il desiderio privandosi del desiderio stesso.

Il caso narrato

Dal mese di febbraio 2023 G. accetta di venire in Studio da me. Ci vediamo ogni mercoledì: G. è sempre puntuale, la sua frequenza è costante. Nelle prime sedute G. riferisce di aver trascorso l'infanzia con la zia paterna, poiché la madre doveva accudire la sorella maggiore per problemi legati alla sua patologia. Riferisce, inoltre, che spesso la madre piangeva da sola in bagno, dopo aver litigato e discusso con il papà. Appare una studentessa rigorosa e competente, anche se non riesce a sostenere gli esami all'Università a causa, a suo dire, dell'ansia di prestazione. Racconta di essersi innamorata, all'età di quindici anni, di un ragazzo che frequenta l'Oratorio del Paese: da lui si sente accettata ed amata, ma nel contempo subisce la sua ingerenza soprattutto dal punto di vista sessuale; la relazione dura da quattro anni, G. non si sente più libera con lui ma nello stesso tempo ha paura di perderlo perché questo significherebbe rimanere completamente sola. Il ragazzo di G. è possessivo e geloso, per questo motivo non piace ai genitori di G. Rispetto ai "Primi Ricordi" emerge quanto segue: all'età di sei anni mi trovavo in un gruppo per la Catechesi, non conoscevo nessuno, tutti si divertivano e io mi sentivo sola, pertanto cercavo ogni volta un luogo nascosto per piangere in completa solitudine; all'età di tredici anni mi trovavo con due amiche, che mi invitano ad alzare la maglietta per confrontare il seno, io non potevo esibire nulla mentre loro erano già molto dotate, ricordo di aver provato vergogna e indignazione; all'età di quattordici anni mi trovavo in un bar con un'amica, con la madre di lei e con mia madre, riferisco a entrambe che mia madre è stata bocciata, nel viaggio di ritorno mia madre mi ammonisce violentemente e mi invita, sotto minaccia, a non riferire mai più a nessuno dati relativi alla sua vita privata. G. racconta della sua difficoltà nell'accontentare sia la madre sia la zia paterna: fra loro, a suo dire, non esiste un buon rapporto ed entrambe non perdono occasione per parlare male dell'altra. Il doppio riferimento affettivo-pedagogico, madre e zia paterna, provoca in G. una profonda insicurezza emotiva e produce una bassa autostima. Dopo circa due mesi di sedute, G. accetta di sottoporsi a controllo psichiatrico: decide di assumere gli psicofarmaci prescritti, ma rifiuta l'assunzione degli integratori (accetta di assumerne uno solo alla fine della seduta con la psicoterapeuta). L'atteggiamento di G., durante il percorso terapeutico, è sempre stato collaborativo, mai ostile e mai oppositivo. La psicoterapia ha rappresentato per G. la scoperta di un territorio nuovo, inesplorato, quello del dialogo, a fronte di un'esperienza esistenziale costellata da silenzi, da indifferenza e da passività. La libertà di espressione, anche e soprattutto dal punto di vista verbale, ha contribuito all'innalzamento della sua autostima, con positive ricadute nell'ambito delle relazioni sociali, che hanno assunto il carattere della reciprocità.

Conclusioni

La vicenda di G. scardina agli schemi classici del percorso clinico orientato alla risoluzione del dramma “anoressia” ed impone una rivalutazione degli approcci alla questione medesima. Il problema della “doppia madre” è certamente atipico, ma ripropone in una forma nuova le questioni della ricerca dell’identità e dell’identificazione (Francesconi & Scotto di Fasano, 2021). La madre naturale di G., fredda e poco empatica, pessimista rispetto alla significatività della sua funzione materna, invoca inconsciamente una sostituta, che non è più simbolica ma tragicamente reale, in aperta e radicale opposizione a lei medesima. Non solo si defila, aggredita dal senso di colpa di non saper amare, ma introduce forzatamente e violentemente nel cerchio relazionale-familiare un’ulteriore “madre scomoda”, oppositiva, rappresentata appunto dalla zia paterna. Il percorso di G. dall’inferno al paradiso, dall’angoscia asfissiante alla possibilità della bellezza, è diventato in questo modo ancora più tortuoso, impervio, massacrante: i nemici da combattere, da respingere, sono due; l’uno è il prolungamento simbolico e reale dell’altro e nello stesso tempo lo respinge, provocando in G. una doppia repulsione nei confronti della vita (Iatomasi, 2021; Bruch, 1983; Ciocca, Marinelli, & Dazzi, 2013; Cosenza, 2008; De Clercq, 2010). Un terzo nemico, in questo caso invisibile, si è poi aggiunto durante il percorso terapeutico: il nulla. Passione, se non addirittura fanatismo per il grande e immenso nulla, non solo rifiuto e rinuncia. Il “mangiare nulla” come scelta, come presa di posizione (Irigaray, 2008, pp. 99-116). Un nulla non inteso come assenza dell’oggetto: l’oggetto del desiderio sembra non esserci, eppure c’è, esiste, e si alimenta in G., appunto, attraverso il rifiuto del cibo. Considerando il contesto familiare il substrato fertile, il palcoscenico principale della manifestazione dell’anoressia, ho anche ipotizzato, a metà percorso, di inserire un approccio incrociato, inteso come risorsa ed elemento ristrutturante il disturbo stesso, in una prospettiva di diagnosi e cura (Jonas, 2001, pp. 39-61). Purtroppo, questa ipotesi procedurale, basata sull’accogliere, sull’assumere e sul valutare le relazioni familiari, si è dimostrata fallimentare a causa di un sistema chiuso e ricattatorio; l’assenza di regole definite e di confini, l’oscuramento volontario di qualsiasi forma di comunicazione aperta e sincera, hanno ostruito questo tipo di approccio. Le finzioni regalano del resto una sicurezza solo apparente: esse possono rappresentare un blocco, se utilizzate in modo strumentale rispetto all’altro da sé, e trasformarsi drammaticamente in una vera e propria camicia di forza (Jonas, 2006, pp. 89-97; Arendt, 2004, pp. 48-55; Asbrink, 2022).

Il mistero dell'altro

Nel cammino terapeutico sulle orme dell'anoressia il tempo non ha rappresentato la degradazione dell'eternità (Nielsen, 2011a): esso ha assunto piuttosto le caratteristiche di una relazione misteriosa e imponderabile con ciò che non si lascia assimilare e comprendere. Una relazione spesso invisibile, dai tratti incerti. Un tempo infinito, di conseguenza, spesso assurdo e paradossale, fatto di non-coincidenze, un tempo che diventa attesa. Un filo tenue, sottile, sempre pronto a spezzarsi. Un territorio spesso senza confini, senza termini, coltivabile solo attraverso un'aspirazione insaziabile, mai conclusa (Nielsen, 2011b). Un cammino terapeutico che il più delle volte ha creato distanza. Il suo modo di significare, segnato costantemente dalla paura della morte, è diventato etico: un impegno a preservare la vita, la bellezza (Nielsen, 2011c). È stato anche necessario approfondire la nozione di solitudine, mia e della mia paziente. Non esistiamo solo al singolare, siamo circondati da esseri umani con i quali entriamo costantemente in relazione: queste relazioni sono però, per natura, transitive; io incontro l'altro, ma io non sono mai l'altro. Sono dunque l'essere in me, il fatto di esistere, il mio stesso esistere, gli elementi assolutamente intransitivi (Nabokov, 1991). L'anoressica utilizza questa sfumatura ontologica, vera anche dal punto di vista esistenziale, in senso estremo, radicalizzandola e spingendola verso l'ossessività: pensa di dover contare unicamente su se stessa, per questo motivo è necessario che essa sia forte, impenetrabile, imbattibile. A questo modo di intendere la vita è necessario porre un limite: non è possibile fare della propria forza – una forza che proprio perché estremizzata si trasforma in fragilità incontrollata, quindi in debolezza – un recinto; questa forza, inoltre, potrà sempre essere sconfitta da una forza superiore – anch'essa radicalmente incontrollata e incontrollabile – che coincide con la morte (Parenti, 1983; Bruch, 1983). La forza che insieme abbiamo cercato non aveva a che fare con il vincere o con il perdere: si trattava invece di abbattere un muro, quello della perfezione. Si trattava di individuare una forza interiore in grado di sopportare gli assalti esterni: le ingiustizie, le tristezze, i malintesi, le incomprensioni. Si trattava di trovare una forza capace di sopportare tranquillamente tutte queste cose (Ciocca, Marinelli & Dazzi, 2013). Abbiamo compreso insieme che questa forza è la più difficile da conquistare. Abbiamo compreso che la solitudine – con tutte le sue angosce – può essere costruttiva e non solo restrittiva: esiste certo il bisogno di salvar-si, ma anche quello di appagar-si, di aprir-si all'altro senza paura, senza il timore di essere schiacciati. Abbiamo compreso che al nostro interno si muovono spesso contraddizioni insanabili: sono queste però che contribuiscono in modo decisivo – se interiormente accettate – a costruire la nostra auto-coscienza (Cosenza, 2008). Un'auto-coscienza che si sdoppia ciclicamente tra il desiderio dell'assoluto e quello del contingente: è proprio dentro questo percorso impervio che la coscienza corre il rischio di autocondannarsi all'isolamento, all'identità colpevole e colpevolizzata, alla separazione netta tra

vita e morte. L'individuo umano soffre per questo, si sente dilaniato, percepisce in sé che qualcosa non va perché non potrà mai conciliarsi definitivamente con la perfezione: in questo senso ognuno di noi corre il rischio – profondo e tangibile – dell'alienazione, dell'unilateralità. Abbiamo compreso che questa condizione ontologica può essere superata – e profondamente accettata – attraverso procedure dialettiche e dialogiche, all'interno delle quali il sapere e l'agire, il riflettere e il rischiare, si rispecchiano costantemente a vicenda (De Clercq, 2010). Abbiamo compreso che il pensiero e l'azione devono tendere – il più possibile – all'unità. Abbiamo compreso che riconoscersi, tra individui scissi all'interno, significa rimanere indipendenti pur permanendo nella propria indiscutibile solitudine. Abbiamo compreso che è indispensabile tollerare una certa dose di frustrazione, di infelicità: essa è parte integrante del processo di auto-individuazione, un processo sempre evolutivo e sempre progressivo (Deleuze, 2004; Marcuse, 1968). Abbiamo compreso che neppure la consapevolezza interiore è elemento sufficiente: esiste un mondo fuori di noi e oltre noi, un insieme di individui distinti con i quali possiamo incontrarci e cooperare (Deleuze, 1990). Abbiamo compreso che l'auto-riflessione previene l'omologazione: in questo contesto essa può svolgere il ruolo di coscienza critica, senza per questo scadere nell'auto-referenzialità. Abbiamo compreso che la soggettività esiste: o pretende di essere a tutti i costi, auto-imponendosi, o gioca la partita del confronto aperto con l'alterità; nel primo caso si inscena una farsa, nel secondo prevalgono il senso dell'avventura e del rischio (Ellenberger, 1976; Deleuze, 1990; Deleuze, 2004).

Bibliografia

- Adler, A. (1971). *Il temperamento nervoso*. Astrolabio.
- Adler, A. (1975). *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale*. Newton Compton.
- Adler, A. (1976). *Cos'è la psicologia individuale*. Newton Compton.
- Arendt, H., (2004). *Il concetto di amore in Agostino*. SE.
- Asbrink, E. (2022). *Abbandono*. Iperborea.
- Baudrillard, J. (2009). *Lo scambio simbolico e la morte*. Feltrinelli.
- Bruch, H. (1983). *La gabbia d'oro: l'enigma dell'anoressia mentale*. Feltrinelli.
- Ciocca, A., Marinelli, S. & Dazzi, F. (2013). *Anoressie: patologie del sé corporeo*. Franco Angeli.
- Cosenza, D. (2008). *Il muro dell'anoressia*. Astrolabio.
- De Clercq, F. (2010). *Tutto il pane del mondo*. Bompiani.
- Deleuze, G. (1990). La vita come opera d'arte. In G. Deleuze, *Pourparler*. Quodlibet.

- Deleuze, G. (2004). Primo criterio: il simbolico. In G. Deleuze, *Lo strutturalismo*. SE.
- Ellenberger, H. (1976). Alfred Adler e la psicologia individuale. In H. Ellenberg, *La scoperta dell'inconscio* (pp. 653-670). Bollati Boringhieri.
- Francesconi, M. & Scotto di Fasano, D. (2021). Oltre l'insostenibile e impuro peso dell'essere. Una riflessione psicanalitica sull'anoressia. *Storia delle donne*, 17. www.fupress.net/index.php/sdd
- Iatomasi, R. (2021). *Il coraggio di avere fame*. EPC Editore.
- Irigaray, L. (2008). *Condividere il mondo*. Bollati Boringhieri.
- Jonas, H. (2001). *La domanda senza risposta*. Il melangolo.
- Jonas, H. (2006). *Potenza o impotenza della soggettività?*. Medusa.
- Jung, C.G. (2008). *Risposta a Giobbe*. Bollati Boringhieri.
- Lessing, D. (1963). *A ciascuno il suo deserto*. Einaudi.
- Levi della Torre, S. (2004a). Enigmi dell'evidenza. In S. Levi della Torre, *Zone di turbolenza* (pp. 72-91). Feltrinelli.
- Levi della Torre, S. (2004b). Forse. In S. Levi della Torre, *Zone di turbolenza* (pp. 91-102). Feltrinelli.
- Levi della Torre, S. (2004c). Gioco e paura. In S. Levi della Torre, *Zone di turbolenza* (pp. 15-19). Feltrinelli.
- Levinas, E. (1993). *Il tempo e l'altro*. Il melangolo.
- Marcuse, H. (1968). *L'uomo a una dimensione*. Einaudi.
- Merini, A. (1990). *Il tormento delle figure*. Il melangolo.
- Montecchi, F. (2010). *I disturbi alimentari nell'infanzia e nell'adolescenza*. Franco Angeli.
- Nabokov, V. (1991). *Il dono*. Adelphi.
- Nielsen, N.P. (2011a). Il piacere dell'odio. In N.P. Nielsen, *I colori dell'odio* (pp. 103-113). Raffaello Cortina.
- Nielsen, N.P. (2011b). Odio, dipendenza e carenza. In N.P. Nielsen, *I colori dell'odio* (pp. 189-200). Raffaello Cortina.
- Nielsen, N.P. (2011c). Odio ergo sum. *I colori dell'odio* (pp. 211-220). Raffaello Cortina.
- Ottaviani, R. (2021). La relazione simbiotica materna come preludio del sintomo anoressico. *Storico Fida (Federazione italiana disturbi alimentari)*.
- Parenti, F. (1983). *La Psicologia Individuale dopo Adler*. Astrolabio.
- Ricoeur, P. (2002a). *La persona*. Morcelliana.
- Ricoeur, P. (2002b). *Il simbolo dà a pensare*. Morcelliana.
- Selvini Palazzoli, M. (1963). *L'anoressia mentale*. Feltrinelli.

Linguaggio e multiculturalismo in una ottica adleriana: la relazione terapeutica con pazienti di madrelingua non italiana

di *Claudia Elisabetta Muccinelli**

ABSTRACT (ITA)

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di indicare come l'approccio individual-psicologico, con la sua vocazione olistica e l'attenzione precipua al contesto sociale ed alle sue variazioni, si possa porre come un approccio preferenziale per la terapia con pazienti di madrelingua non italiana. Verranno altresì illustrati due casi clinici nei quali il "problema della lingua" e quello della diversità culturale diventano elementi importanti dei quali tenere conto nel contesto terapeutico.

Parole chiave: multiculturalismo, linguaggio, sentimento sociale, psicologia individuale

Language and multiculturalism in an Adlerian perspective: the therapeutic relationship with patients whose mother tongue is not Italian

by *Claudia Elisabetta Muccinelli*

ABSTRACT (ENG)

The aim of this paper is to demonstrate how the individual-psychological approach, with its holistic perspective and the main focus on social context and its variations, can serve as a preferred approach for therapy with non-native Italian-speaking patients. Two clinical cases will be presented, illustrating how language differences and cultural diversity become significant elements to consider within the therapeutic context.

Keywords: multiculturalism, language, social feeling, individual psychology

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

Multiculturalism and language

Over the last 40 years, Italy has transformed from a country of emigration to a country of immigration: if in the first twenty years of the 20th century as many as 14 million Italian people emigrated to Northern Europe or to the American continent (especially to the United States, Brazil, Argentina) in search of work, starting from the 1980s there has been a clear reversal of the trend, with a notable intensification of migratory flows towards our country. The data released by ISTAT on the resident population show that as of 1st January 2016, 60,665,551 people resided in Italy, of which 5,026,153 were foreign citizens (8.3%): this migratory phenomenon has changed the demography of the country and the relationship with otherness, also involving Italian legislation (Bonifazi, 2013).

The multicultural perspective also involves a parallel attention to the dimension of language, in a pluri- and multilingual perspective, as groups of different cultures often also have different languages. Language represents one of the fundamental aspects of the culture of a group and an individual, as well as being a fundamental element of psychology and the therapeutic relationship, called “talking cure” by Freud. Linguists, psychologists and philosophers have dealt with language and the diversity of languages over the centuries.

The *Cratylus*, Plato’s great philosophical dialogue, is often also considered as the first essay on the philosophy of language: in this work we find the conceptualisation of opposing points of view with respect to the nature of language, represented respectively by the characters of Hermogenes, who maintains that language was born from a convention, and of Cratylus, who supports the thesis of a language born by nature. From the analysis of the different positions, and above all that of Socrates who is part of the dialogue between Cratylus and Hermogenes, a form of epistemological instrumentalism seems to emerge, which places language on a universal level which is the Platonic one of ideas (Formigari, 2007).

The Aristotelian position presents itself as different from the Platonic one: Aristotle frames language in a vision that also includes the linguistic articulations of different animal species, recognizing as a specific characteristic of human expressiveness the capacity for apophantic speech, which can be false or true. Within Aristotelian theorization, it is in *De Interpretatione* that it is possible to trace the nucleus of his philosophical thought on language: according to the interpretation given by Umberto Eco, Aristotle traced a semiotic triangle in which the words would be on one side linked to objects, and on the other to passions and concepts; words would therefore become symbols of passions (Eco, 1997).

The discussion and theorization on language is not limited to the philosophical field, since it also concerns writers and poets: a specificity of the Italian context is precisely that of having developed

a system of philosophical reflection that is found in the works of poets, artists and writers, in what was defined as “Italian Thought” (Esposito, 2010). Dante can in all respects be considered the first Italian philosopher, and his work *De Vulgari Eloquentia* is often considered as the first Italian work of philosophy of language: in it, Dante proposes a reflection on the use of language in a high-level poetic production, and on the relationship between subjectivity and the linguistic expression of this same subjectivity. At the same time, Dante speaks of the vernacular as a mother tongue, which we learn while attached to the breast of the mother or nurse, and therefore of a language with a strong emotional and affective component (Fortuna, 2010). *The Divine Comedy* appears as a moment of further linguistic reflection: if in *De Vulgari Eloquentia* Dante theorized a vernacular with rules, which could be understandable over time, as the different Italian dialects of the time were substantially ineffective, in *The Divine Comedy* Dante arrives at multilingualism, accepting the fact that the different languages have, or can have, terms ambiguous and polysemic (Fortuna, 2010), and, in *Paradise*, Dante uses multilingualism to explain the complexity of the afterlife.

The idea of language as an expression of complexity is also found as a key element in the theorization of Wilhelm von Humboldt, who conceived language as a *Weltansicht*, or a perspective on the world. Language would therefore not only perform a simple communication task, as philosophers of an instrumentalist conception believed, but would have a cognitive value even before a communicative one (Di Cesare, 1993). In Humboldt’s linguistic conception, centrality belongs to the speaker, in a dimension of linguistic subjectivity: everyone can modify the language, not in the sense of inserting new terms but in the sense of the possibility of referring to a series of individual meanings. Humboldt does not consider the concept of *Weltansicht* as a closure that leads to a lack of communication between subjects speaking different languages, as it provides for the possibility of entering different linguistic perspectives thanks to the tool of translation (Di Cesare, 1993).

Starting from the beginning of the twentieth century, all philosophy has implemented a linguistic turn in conjunction with a general crisis at a cultural level, linked to political, social and economic factors. An important element characterizing the linguistic turn is represented precisely by linguistic subjectivity, or rather the role that the speaking subject has with respect to his language (D’Agostino, 1996).

In this regard, it is necessary to introduce a reflection with respect to Ferdinand de Saussure and his *Course in General Linguistics*, in which Saussure elaborates a distinction between the point of view of *langue*, understood as the social aspect of language, a set of socially and culturally shared meanings and signifiers, and the point of view of *parole*, as an individual and creative dimension (De Palo, 2016).

In this Saussurian distinction between *langue* and *parole*, between the social and the subjective dimension, we could find a parallel with some constructs of Comparative Individual Psychology: the dimension of *langue*, or the social aspect of language, “has its roots in community life, from which it derives and with which it is intimately connected” (Ansbacher, 1956, p. 135); the subjective dimension of *parole* can be included in the Adlerian concept of the creative Self, as a subjective imprint of the individual’s creative modality in building his own attitudes towards life (Adler, 1935). As regards more specifically the psychological reflection on language, we recall the contribution of Jean Piaget and his distinction between an egocentric language and a socialized language: the language of the child would originally be egocentric, acting as an aid in the development of thought, and only later it would become a socialized language.

Lev S. Vygotsky, with his work *Thought and Language*, takes some distance from Piaget’s theorization, considering the role of sociality and the environment in the cognitive and linguistic development of the child as fundamental: according to Vygotsky, the child first learns to speak, and only at a later moment to think, internalizing the language and making it become thought (Camaioni, 1999). Behaviorism also focuses on the role of the environment in language learning: according to Burrhus F. Skinner it would be the interaction with the environment which, through a system of positive and negative reinforcements, would allow the child to discriminate between verbal expressions and vowels to be used, which will therefore be repeated as useful, from those which do not allow him to be understood and which therefore, like other non-productive behaviours, will no longer be used (Pinker, 1994).

The behaviorist approach was called into question in the mid-1950s following a criticism of Skinner’s theories by the linguist Noam Chomsky. With Chomsky a change in perspective began, and the focus on the mental activity of the individual became central; it is the so-called “cognitive turn” (Pinker, 1994), which attributes absolute centrality to the subject’s cognitive activity, giving rise to the so-called “cognitive sciences”.

Observing the development of the child, Chomsky remarks the relative ease and speed with which he learns to speak, arriving at the hypothesis of the existence of an innate mental structure, the Language Acquisition Device (known by the acronym LAD), which would predispose the child to learning language as a form of communication. Pinker integrates this perspective by inserting the concept of Universal Grammar as a structure of innate parameters and principles, common to all human languages, which would differ only in the semantic, syntactic and phonetic forms of the lexicon (Chomsky, 1988).

Jerome Bruner, starting from the concept of LAD, will point out that, however, children also require regular interactions with teachers or caregivers: by correcting the errors made by the child during language learning, it becomes possible to build a solid scaffolding, which will then allow the

acquisition of sufficient fluency in linguistic use and understanding. Bruner's theory is known as Language Acquisition Support System (LASS) (Camaioni, 1999).

Psychology has been interested in language not only in its dimension of manifestation of the human mode of inter- and intra-personal communication, but also and above all because language is one of the fundamental aspects of the psychological conversation. Semi defines the so-called "language rule", according to which the patient's language is the one to be used in the interview: in this regard, it is also necessary to note whether the language used by the patient is the one usually used, or whether the patient is using a language, or a linguistic register, that is not usual for him (Semi, 1996).

Freud had already attributed absolute priority to the word in the therapeutic context, and this becomes evident when thinking above all the psychoanalytic setting, in which the analyst does not have face-to-face contact with the patient. Freud also found himself dealing with multilingualism, which, in the multicultural context of Vienna at the time, was a common phenomenon: not only that, but Freud himself treated American patients, with whom therapy took place in English (Gay, 1988).

In the vast corpus of Freudian literary production there are no writings specifically focused on the use of a foreign language, but some theorists have pointed out that the entire psychoanalytic theoretical system is based on the relationship with the language of the unconscious, which, by its nature, can be assimilated to a foreign language: Freud was looking for a way of access to this language, with the intention of carrying out a sort of translation from the language of the Id to that of the Ego (Amati, Argentieri & Canestri, 1990).

During the Second World War, due to Nazi persecution, several psychologists and psychoanalysts had to emigrate, therefore finding themselves having to carry out therapies in a country other than their own, and in a foreign language; in other cases, the therapist could find himself in front of people who had also emigrated, and therefore it was the patient who carried out the therapeutic process in a language different from that of origin. These situations led to a series of thoughts regarding the therapeutic implications linked to the use of a second language (Amati, Argentieri & Canestri, 1990).

Some of these thoughts highlight how adaptation to a new language can influence the intrapsychic relationships between Id, Ego and Superego, also leading to new affective experiences; moving away from the "mother tongue" would lead to the parallel removal of childhood experiences and the related emotional burden (Buxbaum, 1949). Learning and subsequently using a new language means becoming aware of a specific task of the Superego, namely that of presiding over the intrapsychic norms that regulate the relationship between the word and what one wants to

communicate; it is above all obsessive neurotics who have difficulty using a second language, as they are obsessed with the need to always find the exact word (Ceracchi, 2007).

Starting from the 1980s, the historical events connected to colonialism and the relationship between different languages also brought the theme of bilingualism to the attention of the psychoanalytic universe, and the opportunity to establish a dialogue with other disciplines, such as linguistics (Ceracchi, 2007). In the case of bilingualism, using one language rather than another does not only involve a choice on a purely cognitive level or a need dictated by the environment and circumstances, but becomes a process of restructuring the entire system of culturally attributed meanings and affective investments (Lévi-Strauss, 1958).

In the case of learning and using a second language, the factor of the relationship between the original language (L1, or mother tongue) and the learned one (L2) also arises. The term “mother tongue” itself suggests a close relationship with the maternal function, as had already been highlighted by Dante in *De Vulgari Eloquentia* (see above par. 1.2): language is one of the elements of separation of the mother-child dyad, as a factor that allows the child to detach himself from the mother, starting to structure his own self, but also provides the possibility of establishing a different communication channel for approaching the mother herself. Hence, the multiple value of language, which can be understood as an element of separation but also as an element of rapprochement, as a factor in the construction of personal identity but also as a sign of cultural belonging, in a dynamic that frames the profound meaning of language a combination of distancing-approach, which in one of personal identity-belonging to the group.

It is precisely as a consequence of this complexity of the framework of the use of the mother tongue and the learned language, that it is necessary and appropriate to take into consideration that the second language can represent a defensive and distancing element with respect to archaic emotional experiences, but can at the same time at the same time become an element of restructuring and transformation of identity (Amati, Argentieri & Canestri, 1990).

Emblematic in this sense are the works of the linguist and psychoanalyst Julia Kristeva, who underlined the liberating value of the use of the second language in what is the complex ambivalence of the “foreigner”: moving away from one’s own cultural and linguistic origins also means moving away from some Superego instances and being able to rethink oneself and one’s identity. The use of a language different from the one of origin can become a way and an opportunity to re-tell oneself, in an exploration of the otherness that is found within each of us (Kristeva, 1988).

Rovera is one of the Adlerian authors who were most interested in the intercultural aspect, and had the opportunity to underline how Comparative Individual Psychology can in all respects be placed in areas that cut across multiple cultures and multiple linguistic matrices, thanks above all to its

social vocation, and to the relevance given to Social Feeling as an expression of the individual's connection to the social context understood in its broadest sense, also considering that it is a specific characteristic of Comparative Individual Psychology to respect the differences existing between individuals and communities, also in religious and cultural (Rovera, Lerda & Bartocci, 2014).

The Adlerian setting also presents itself as particularly suitable for an intercultural approach, due to its specific attention to empathic sharing and encouragement, due to the flexibility of the Adlerian setting with respect to elements such as spatial position and therefore respect for any proxemic customs (which depend a lot on the culture they belong to), and for the *vis-à-vis* position which leaves room for the various elements of non-verbal communication and the gestural sphere (Rovera, 2016).

Any linguistic difference, where it is not of such magnitude as to represent an objective impossibility in the therapeutic relationship, can take on the connotation of a possible problem to be solved (Ansbacher, 1956, pp. 186-187): in fact, in line with Winnicott's construct of a "good enough mother" rather than a "perfect mother", it is possible to hypothesize, as also indicated by authors such as Stern (Stern, 1985) and Fonagy (Fonagy et al., 2002), that even at the level of verbal communication the target must not necessarily be represented by "perfection", but rather by a "good enough" level: "It is more important that the patient, in an intercultural relationship, feels the affective and empathic resonance of the therapist, even if the language is not perfectly tuned, rather than impacting himself in a mirror that aseptically reflects his personal, communicative and linguistic difficulties" (Gasparini & Gatti, 2012, p. 51).

It is however appropriate that, in any therapeutic path, a communication code negotiated and shared by patient and therapist is gradually built, and it therefore represents the specific language of that particular therapeutic couple (Ferrigno, 1998). This shared language is reflected in the domain of verbal communication but also at the same time in that of the non-verbal component, and in every therapeutic couple the gradual construction of the shared language requires time and possible adjustments; if there are also linguistic differences, this process, which is already intrinsic in every therapeutic relationship, simply takes on a more relevant value, which is often proportional to the difference in the linguistic mastery of the two actors in the therapeutic process.

The creation of a shared language, and a strong therapeutic relationship characterized by empathy and a welcoming attitude, constitute the main factors that resolve any communication slowdowns linked to a gap in linguistic mastery; furthermore, communication at a para- and non-verbal level, always framed in the cultural context to which the two protagonists of the therapeutic relationship belong, can represent a further added value. "The therapeutic agent is however the relationship, with all its variables at play, including the linguistic one" (Gasparini & Gatti, 2012, p. 53).

The case of S., linguistic diversity

Many of the contents exposed and discussed above can be found reflected in a clinical case I followed, relating to a client I will call S.

S., 29 years old, contacts me via email, asking for my availability for an interview, as he has been feeling particularly anxious for several months.

At the first meeting in my office, S. explains to me that he is English, born and raised in England even though his paternal grandparents were Italian. For almost three years, S. has lived in Milan, he understands Italian but has difficulty in speaking it, and therefore asks that the interviews be carried out in English.

In describing to me the reasons that led him to contact me as a psychologist, S. reports that he feels “different from usual”: he has always considered himself a sociable, generally optimistic person, while for almost a year he has been feeling constantly worried, with great difficulties in interpersonal relationships; he often wakes up at night and his thoughts do not allow him to go back to sleep. Since there are no external factors or life situations that could, in his opinion, justify this change, S. believes the reason can only be of a psychological nature.

By inviting S. to describe to me the circumstances of his current life situation, it emerges a picture of a person who is apparently well integrated at a working level (S. works as a consultant in graphic publishing), at a relational level (a few months after his arrival in Milan he met S., an American, and they currently live together in S.’s apartment), and on the level of friendships (S. reports having several friends and acquaintances both here and in England, even if the friends in Milan are for the mostly English or Americans living in Italy).

From the analysis of the family constellation, it emerges that S. is the second born, the youngest son. Adler describes the last-born as the one who, in the phratry, is never alone, and at the same time the one who, equally, is often considered “the little one”, and therefore finds himself constantly fighting to affirm his own value and his own “stature” (Adler, 1933).

S.’s parents separated when he was around 10 years old, and S. is still very close to both parents, but particularly to his mother, who he describes as “full of energy, sometimes melancholic, generous, artistic temperament”, while the father is “precise, thoughtful, a little rigid in his beliefs”. The brother, 5 years older, is described as “outgoing, intelligent, good”. The relationship with his brother has always been characterized by great trust, and the two brothers still talk almost every day.

Thinking about his family, S. remembers a good climate, a great serenity, and his great amazement when he learned that his parents intended to separate. However, the first memory reveals a slightly different reality: S. was around 5 years old, he remembers that one day he entered the living room

and saw his mother sitting on an armchair, crying desperately; S. had approached, not knowing what to do, he caressed his mother's hand and asked her if he should call a doctor, but his mother smiled at him and told him that she wasn't sick, but was sad about "grown-up things".

Thinking back to this episode, S. connects her mother's sadness to the fact of living in a small town, a not very lively and very formal social environment, which perhaps did not suit her mother's artistic and energetic temperament, but was totally in line with his father's way of being. After the separation, S. and his brother went to live with their mother in a nearby town, where the brother attended high school, while the father remained in the former marital home, which was owned by the father's family.

Comparative Individual Psychology believes that the first memories, as indicators of lifestyle, can be placed in close relation with the main values and interests of the individual, and with the most feared dangers (Adler, 1935): adopting From this perspective, even the emotions that S. associates with his first memory ("I felt frustrated, I wanted to help my mother but I didn't know what to do") can represent a key to understanding S.'s lifestyle, which can be hypothesized based on a feeling of impotence and inferiority (the mother talks about "grown-up things", and therefore, implicitly, underlines S.'s inferior position as a child).

Thinking about this first memory leads S. to think on some elements, especially in relation to his way of experiencing interpersonal relationships: S. often feels what he defines as "guilt", or a sense of guilt, because he believes he is not capable to reach the expectations that people have of him.

S. traces the beginning of his discomfort to his move from England to Milan, a move dictated by work reasons (the company for which he works proposed that he follow an important client for a few months at the Milan office) and willingly accepted by S. because it responded to his desire to have a work experience abroad, and also to get to know Italy, a country which for him represents "his family origins".

However, only the paternal branch of his family is of Italian origin, while the maternal branch is English, and S., born and raised in England, considers himself to all intents and purposes British. We can therefore hypothesize a situation in which the English language is truly the mother tongue, in the sense of the mother's "belonging" language (see 1.2 and 1.4 above), while the Italian language, and Italy in general, take on a connotation linked to the male and paternal element, despite the fact that S.'s father speaks fluent English, as he was also born and raised in England.

Having arrived in Milan in the autumn of 2020, S. finds himself experiencing the lockdown period in a city he does not yet know, and where he has not yet established social relationships: the first episodes of occasional strong anxiety begin, linked to the thought of not being able to "make it" in Italy: this belief of his leads directly to what Adler described referring to one of the fears of the neurotic, namely the fear that one's own low value may become evident; neurosis would therefore

be the lesser evil, an expedient that would allow the individual to maintain a semblance of value (Adler, 1933).

The gradual improvement of the general health situation and the easing of lockdown measures allow S. to go out and meet people, but do not contribute to canceling or decreasing the perceived anxiety: the expression used by S. is interesting, “feeling different”, an expression that can refer both to his perception of being different compared to some time before, that is, less inclined to human contact, and to the sensation of being a foreigner, therefore, once again, different.

By delving into the meaning that S. attributes to the word “different”, a whole “world” of differences found by S. in the Italian way of experiencing the social dimension emerges, and above all S.’s anxiety regarding linguistic diversity emerges forcefully and to what he considers his inadequate mastery of Italian: specifically, what worries S. is the possibility of being able to unknowingly offend someone, due to his insufficient knowledge of the language.

Scientific literature has found that, in the structure of obsessions, it is common to find the centrality assigned by the person to his presumed responsibility for potential harm to other people, with an overestimation of the probability that this could happen (Varriale, 2011). Adler also had the opportunity to observe the central position occupied by worry in the context of anxiety-related disorders, and indicated how worry is aimed at preventing changes. In other words, the neurotic would build an alibi (the neurotic symptom) as a defense of his self-esteem, which he perceives as threatened, as he essentially does not feel ready enough to face life and its problems (Ansbacher, 1956). He is, essentially, a discouraged individual.

In the fifteenth chapter of *Practice and theory of individual psychology*, Adler delves into the theme of obsessions and the distance that the neurotic and discouraged individual tends to place between himself and life circumstances: “To justify this distance, he uses arrangements that pile up in front of him like a garbage dump” (Adler, 1920, p. 174). Maiullari indicates how the expression used by Adler in German is actually *Berg von Mist*, “pile of manure”: this fully conveys the idea of the futility of obsessive thoughts, which occupy the mind of the neurotic (Maiullari, 2021). This “garbage dump” becomes a stratagem used by the individual not only to defend himself against any external event, but also to concentrate only on himself and not on others (Adler, 1920): the case of S., with his “feeling different”, which creates an implicit distinction between self and others, is emblematic in this sense.

The universe of the obsessive neurotic, dominated by worries and the consequent self-devaluation, is thus oriented towards the “non-useful side of life”, in a clumsy attempt to reduce anxiety and restore a sense of control over events. The intervention of the Adlerian therapist must therefore consist of in re-orientating the lifestyle, bringing it towards the “useful side” and decreasing the distance that the individual has placed between himself and others, through a supercompensation

that was intended to be a clumsy and paradoxical attempt to acquire security and enhance oneself, to counteract one's inferiority and reach a position of superiority (Ansbacher, 1964).

This tendency towards a position of superiority can be expressed in a search for perfection, therefore, once again, in a goal that is focused solely on one's own person (Adler, 1933): in S., this perfectionism is characterized by a linguistic matrix, that is, in the belief that you can speak Italian only when your knowledge of the language reaches a level of absolute precision. As already explained previously in this same work, it is often individuals with obsessive tendencies who experience the greatest difficulties in using a foreign language, precisely due to their belief in having to always find the "perfect word" (see above, par. 1.4).

Language, in the individual psychological perspective, has a predominantly social value, as it has its origins in community life, with which it is closely connected; therefore, a behavior of "withdrawal" with respect to the use of a language means, implicitly, wanting to distance oneself also from a specific community and from a total integration in the social life of that community itself.

In the case of S., in fact, it seems that his obsessive thoughts and his anxiety regarding his linguistic skills have given rise to a strategy which translates into trying, even in Milan, to interact mainly with English-speaking people, thus partially managing to "fulfil" the vital tasks of friendship and love, but leading him to distance himself from the social life of the place where he lives, namely Milan; on the other hand, by avoiding exposure to the use of the Italian language, the learning process is slowed down and the belief of "not being able" is strengthened.

S. says that the family educational style tended to be rigid and demanding, mainly with regards to school: it was above all the father who was severe and made him uncomfortable, giving him the impression of never being considered "good enough" by him, that is good enough, and therefore S. wanted to become "perfect" in order to improve the relationship with his father. S. deduces that his perfectionism comes from here.

The case of Sharon, the mother tongue and emotions

As already mentioned in this work, linguistic diversity can sometimes represent a potential obstacle to carrying out therapy, as happened in the case of Sharon, 27 years old, an Ecuadorian patient who has been living in Italy for 8 years.

Sharon, who received my name from an acquaintance of hers and a former patient of mine, contacts me asking for a meeting because she is going through a difficult time both with her family and with her boyfriend, and these relational difficulties cause her anxiety and a sad mood.

At the first meeting, Sharon appears as a girl with a pleasant appearance, who seems more adult than her age. Sharon apologizes because her Italian is not perfect: she arrived in Italy after finishing

high school in Ecuador and learned Italian mainly by self-taught, she thinks she speaks and writes it quite well but sometimes some words escape her, especially when she feels agitated or excited.

In explaining to me the reasons that led her to ask for a psychological interview, Sharon already outlines her current life situation: she lives in Milan with her mother, father and younger brother and works with her parents in the restaurant owned by the family. Currently, however, working and living with her parents is becoming a problem for Sharon, it is a situation that she experiences as “suffocating”, also because she believes that her parents do not leave her enough space to make decisions regarding the management of the restaurant.

For three years Sharon has been dating an Ecuadorian boy, the son of friends of the family, but the relationship is currently “lukewarm”; Sharon would like to leave him but feels trapped, because ending the relationship would mean disappointing the expectations of the family, who instead expect the two to get married. Sharon therefore finds herself in a working and relational reality that she does not like, that she does not feel “hers”, but that she is unable to change: she feels perpetually sad and unmotivated, with no prospects for the future, but only the thought of doing something to Changing the situation creates strong anxiety for her.

The situation described by Sharon brings us back to the dimension of courage as the ability to act in the face of difficulties, with the prospect of achieving an improvement in one’s living conditions: courage takes the individual from a condition of minus to a condition of plus, but in this dynamic of moving away from inferiority, discouragement can instead arise, which leads to overestimating the difficulties and at the same time underestimating one’s abilities, thus keeping the individual in an inferior position (Adler, 1935).

“The patient seems to say: I am condemned to the minus, I have been pushed back to the minus, I am unfairly hindered in my search for joy and security, the world and others are hostile or insensitive, life is wrong, I am wrong” (Canzano, 2009): these words seem to summarize Sharon’s situation, who feels hindered in her attempt to reach a better life condition.

The family constellation, and Sharon’s family history, prove to be particularly helpful in understanding her situation, and the problems she avoids facing.

Sharon’s family consists of her mother (described as strict, authoritarian, unaffectionate, with a very “old-fashioned” mentality), her father (affectionate, caring, not very intelligent but a hard worker) and her 5-year-old brother, Patrick. younger than her (very extroverted, a little spoiled, excellent listener, generous); Sharon also introduces her maternal aunt, Shirley (a great woman, with a big heart, always present) into the family constellation.

When Sharon was 7 years old, her father decided to move from Ecuador to Italy to look for a better job, and after a year her mother also moved to Italy, leaving Sharon with her sister, her aunt Shirley, and Patrick with his mother, therefore Sharon’s grandmother. At the time, in Ecuador it

was a fairly frequent situation for parents to move to Europe to look for better employment, leaving their children with relatives, even for long periods of time: the Ecuadorian economic crisis of the 90s of the twentieth century in fact unfortunately had, as a consequence, a dramatic increase in emigration; it is estimated that around 2.5 million Ecuadorians (compared to a total population of around 13 million inhabitants) were sent to live and work in the United States or Europe, and that most of these emigrants left their children in Ecuador (Schvaneveldt, 2014).

Scientific literature has dealt with what happens to these children: evidence has reported that many of these children have internalized a whole series of socio-cultural representations of families, as a defense mechanism to maintain a positive image of their parents. Some children reacted to the possible anguish of separation by selectively narrating only those events that confirmed the existence of a positive relationship with the parent and minimizing those that could have been indicators of abnormality, or by disconnecting the emotional and affective concept of family from the domestic unit represented by the house, precisely to overcome the cognitive difference linked to the distance from the parent's home (Rae-Espinoza, 2016).

Sharon reports having experienced the events connected to her parents' emigration as a series of successive abandonments: first by her father, then by her mother, finally also by her brother. It is above all the relationship with her mother that is compromised: Sharon describes her mother as a very severe, unaffectionate woman, she does not remember any hug or caress from her, and these memories do not help Sharon to maintain a positive image of her mother during her childhood years. Furthermore, the difficulties that parents face in Italy in finding a job and strengthening their economic position turn out to be more challenging than initially expected, so for several years the parents are unable to return to Ecuador.

When her mother finally manages to return to her homeland, Sharon was already 14 years old, and when she went to welcome her mother at the airport, she remembered that she had not been able to recognize her and was frightened when she realized that that tenuous bond with her mother was so loose. A couple of years later, her parents opened a small restaurant in Milan, and after a few years Sharon and her brother also moved to Italy.

“Maybe it's because of my personal history, that now I can't move forward in my life, detaching myself from my family”, says Sharon.

The first memory seems to indicate other reasons behind this difficulty in moving away from the family: Sharon was 4 years old, one day she was with a cousin in the garden and the two little girls were thinking of climbing a tree and then jumping from there to another tree, seeing as the branches were close together. Sharon's parents had forbidden her to climb trees, but she still wanted to try to make this jump, and fell, breaking her arm.

Relating this first memory, Sharon comments, smiling, that she would certainly have done better to follow her mother's instructions, so she would have saved herself a small injury: if, on the basis of Adlerian theorization, we think that this childhood memory is a potential revealer of the Sharon's subjective imprint with respect to herself and the world, here emerges the picture of a person who may have built the belief according to which the world is full of potential dangers, which perhaps I do not take into proper consideration and therefore I could be bad, but if I follow my family's instructions then I could guarantee my "safety". Borrowing Adler's words, his lifestyle foresees that Sharon "is shipwrecked through the fault of others, that her personal responsibility is thereby eliminated" (Adler, 1920, p. 215).

This approach is reflected in various areas of her life: for example, Sharon's competence in the Italian language is quite good, but Sharon believes that the fact of living and working with her family, and also the fact of having friendly and emotional relationships mainly with other Ecuadorian or South American people, did not allow her to acquire a perfect command of Italian. As mentioned previously in this work, according to some authors the emotional bond between the mother tongue and the experiences of one's childhood, and the related family experiences, is very strong (see above 1.4): language is closely linked to the mother-child relationship, and has a dual function, i.e. both distancing and approaching. Buxbaum notes how the mother tongue is correlated in particular with the first phases of the child's psycho-affective development, and how it is therefore often the communicative tool closest to the emotional experience even in the adult individual. In cases of bilingualism, or habitual use of a foreign language, it is often found that the mother tongue is the one that is, consciously or unconsciously, used in moments of great emotional intensity (Buxbaum, 1949).

This is what also happens in the relationship with Sharon, who usually expresses herself in good Italian, at times even excellent, but, when she finds herself talking about situations that involve strong emotions, both negative and positive, she is often unable to find the suitable words: in those situations, it is non-verbal language and the Spanish language that come to her aid, to be able to communicate her experience.

In a therapeutic context with foreign-speaking people, the Adlerian-oriented therapist finds himself having to evaluate the patient's individual expressive modality on the one hand, keeping in mind that his linguistic style can also be influenced by the use of a language that is not that of origin, and at the same time having to attribute a prognostic and diagnostic value to this same linguistic style (Gasparini & Gatti, 2012).

It is relevant, in intercultural contexts, to research and identify the "suitable language", meaning, with this expression, the form of linguistic expression that allows the speaker to express himself and the listener to easily access the contents that the speaker wants to communicate. The

appropriate language can also include occasional interventions of lexical suggestion by the therapist, as actions aimed not only at clarifying what has been reported but also at recognizing the patient's difficulties, with an intention of encouragement (Gasparini & Gatti, 2012).

These clarification interventions are also frequent on occasions in which dreams are reported: Sharon often dreams, but hardly remembers the content of the dream, therefore she mainly reports what she calls "bits and pieces".

In *The Nervous Temperament*, Adler argues that the dream has meaning and meaning only when it is considered as a symbol of life, as an analogy, as an "as if". By its nature the dream is a fiction that reflects previous attempts and tests, with the help of which prudence and the spirit of precaution tend to ensure the subject dominates a future situation (Adler, 1912).

One of Sharon's dream fragments turns out to be significant in this sense: Sharon remembers having dreamed of being in a rowboat in the middle of a lake in Ecuador, she didn't know how to get back to shore. Suddenly a speedboat approaches, she gets on the speedboat but no one is there. He goes to the cockpit and somehow, despite not knowing how to drive the speedboat, manages to get to shore safely.

Analyzing the emotions felt, Sharon talks about a deep fear, almost a terror, linked to the initial part of the dream fragment; The arrival of the motorboat was initially experienced with relief, then with dismay at finding herself alone, and then with extreme satisfaction at realizing that she was still able to get to shore.

Sharon associates the lake with a "foreign land": in Ecuador where she was born and raised there is no sea and there are no lakes or rivers, and Sharon still does not feel at ease when faced with large expanses of water. He never learned to swim, and he wouldn't know how to row a rowboat to shore.

The motorboat is associated with security and wealth, but also with unexpected help: in a lake in Ecuador it is practically impossible for there to be a motorboat, so Sharon attributes the value of divine help to the motorboat, it is "the hand of Providence".

A part of the dream that Sharon remembers as particularly significant from an emotional point of view is the cockpit of the motorboat: the sensation felt is of safety, because Sharon's belief was that, if this motorboat was there, this must mean that she he might be able to do it.

In decoding the dream fragment together with Sharon, the aspect of courage and the possession of apparently unexpected resources emerge in particular: these factors almost seem to be a "rewriting" of his first memory, and a confirmation of an acquired awareness of possession of sufficient "driving" skills to be able to help her manage even apparently very difficult situations.

Sharon underlines a potential parallel with her situation as a foreigner in Italy: being alone in the middle of the lake can be a representation of her emotional experience with respect to a potential

future separation from her family, an event that would make her feel alone and lost in a “land foreign”. However, Sharon also begins to realize that perhaps she could do it: the psychological path she has undertaken has also given her greater confidence in her communication and linguistic skills, she recognizes that she has managed to understand and make herself understood despite the barrier represented by knowledge not perfect in the Italian language, and therefore feels ready to face life situations of greater complexity than those experienced up to that moment.

Conclusions

This work, starting from an exposition and dissertation on multiculturalism and more specifically on language, subsequently went into in-depth analysis of what various disciplines, such as linguistics and philosophy, have expressed and theorized with respect to language. The discussion then focused on the psychological field, highlighting the opinions and positions of various psychology and psychotherapy theorists, to finally underline the close connection between language and comparative individual psychology.

The presentation of two clinical cases, that of S. and that of Sharon, was intended to provide a “practical” case study to support what was expressed previously on a more specifically theoretical level, further supporting the possibility of an effective therapeutic approach even with patients whose native language is different from the one of the therapists.

Bibliografia

Adler, A. (1912). *Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie*. J.F. Bergmann (tr. it., *Il temperamento nervoso: principi di psicologia individuale comparata e applicazioni alla psicoterapia*. Astrolabio, 1971).

Adler, A. (1920). *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*. J.F. Bergmann (tr. it., *Prassi e teoria della psicologia individuale*. Newton Compton, 1995).

Adler, A. (1927). *Menschenkenntnis*. S. Hirzel Verlag (tr. it. *La conoscenza dell'uomo*. Newton Compton, 1975).

Adler, A. (1931). *What Life Should Mean to You*. J.F. Bergmann (tr. it., *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*. Newton Compton, 1994).

- Adler, A. (1932). *Der Aufbau der Neurose*. In H.L. Ansbacher & R.R. Ansbacher (a cura di), *Superiority and Social Interest*. Northwestern University Press, 1964 (tr. it., *Aspirazione alla superiorità e sentimento comunitario* [pp. 145-167]. Edizioni Universitarie Romane, 2008).
- Adler, A. (1933). *Der Sinn des Lebens*. Dr. Rolf Passer (tr. it., *Il senso della vita*. Newton Compton, 1997).
- Adler, A. (1935). The fundamental views of Individual Psychology. *International Journal of Individual Psychology*, 1 (1), 5-8.
- Amati Mehler, J., Argentieri, S. & Canestri, J. (1990). *La babele dell'inconscio. Lingua madre e lingue straniere nella dimensione psicoanalitica*. Raffaello Cortina.
- Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. Basic Books, Inc. (tr. it., *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*. Martinelli, 1997).
- Ansbacher, H.L., Ansbacher, R.R. (1964). *Superiority and Social Interest*. Northwestern University Press (tr. it., *Aspirazione alla superiorità e sentimento comunitario*. Edizioni Universitarie Romane, 2008).
- Bartocci, G. & Rovera, G.G. (2011). Separation and Conception of the World: A Synergism between Individual Psychology and Transcultural Psychiatry. *XXV International Congress of Individual Psychology «Separation, Trauma, Development»*, Vienna (Acta).
- Buxbaum, E. (1949). The role of a second language in the formation of Ego and Superego. *The Psychoanalytic Quarterly*, 18.
- Bonifazi, C. (2013). *L'Italia delle migrazioni*. Il Mulino.
- Bosetto, D. (2009), Il sogno: una modalità di resistenza ma anche di apertura al cambiamento nel percorso di analisi adleriana. *Riv. Psicol. Indiv.*, suppl. n. 65, 21-28.
- Camaioni, L. (1999). *Manuale di psicologia dello sviluppo*. Il Mulino.
- Canzano, C. (2009). Il limite e il coraggio. Di fronte, accanto, dentro all'inferiorità. *Riv. Psicol. Indiv.*, 66, 31-41.
- Ceracchi, M. (2007). Lingua madre e lingua straniera: le implicazioni psicoaffettive dell'apprendimento. *Studi di Glottodidattica 2007*, 1, 19-34.
- Chomsky, N. (1988). *Language and Problems of Knowledge. The Managua Lectures*. The Mit Press (tr. it. di A. Moro, *Linguaggio e problemi della conoscenza*, il Mulino, 1991).
- D'Agostino, F. (1996). *Analitici e continentali. Guida alla filosofia degli ultimi trent'anni*. Raffaello Cortina.
- De Mauro, T. (2014). *In Europa son già 103. Troppe lingue per una democrazia?*. Laterza.
- De Palo, M. (2016). *Saussure e gli strutturalismi. Il soggetto parlante nel pensiero linguistico del Novecento*. Carocci.
- Di Cesare, D. (1993). *Introduzione a Wilhelm von Humboldt, La diversità delle lingue*. Laterza.
- Dreikurs, R. (1933). *Fundamentals of Adlerian psychotherapy*. Greenberg.
- Eco, U. (1997). *Kant e l'Ornitorinco*. Bompiani.

- Esposito, R. (2010). *Pensiero vivente. Origini e attualità della filosofia italiana*. Einaudi.
- Ferrigno, G. (1998). Il “controtransfert” fra impotenza e onnipotenza. *Atti 7° Congr. Naz. SIPI, «Il complesso di inferiorità della psicoterapia»*, Torino 23-24 ottobre 1998.
- Ferrigno, G. (2007). Il lavoro “del” sogno, il lavoro “sul” sogno, il lavoro “col” sogno: dal “sogno sognato” al “sogno raccontato”. *Riv. Psicol. Indiv.*, 62, 3-7.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Other Press (tr. it., *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Raffaello Cortina, 2005).
- Formigari, L. (2007). *Il linguaggio. Storia delle teorie*. Laterza.
- Fortuna, S. (2010). *Dante's Plurilingualism. Authority, Knowledge, Subjectivity*. Routledge.
- Gasparini, C. & Gatti, A. (2012). La Lingua dell'Altro. Aspetti di Psicodinamica Culturale Adleriana. *Riv. Psicol. Indiv.*, n. 72, 41-92.
- Gay, P. (1988). *Freud. Una vita per i nostri tempi*. Bompiani.
- Kristeva, J. (1988). *Stranieri a se stessi*. Feltrinelli.
- Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie structurale*. Plon (tr. it., *Antropologia Strutturale*. Il Saggiatore, 1966).
- Maiullari, F. (2021). Adler, una rivoluzione incompiuta, orientata in Italia in senso psicodinamico da Francesco Parenti (alcuni riferimenti ai disturbi ossessivo-compulsivi). Contributo alla storia della Individualpsicologia e della psicoterapia italiana. *Riv. Psicol. Indiv.*, n. 90, 73-90.
- Melidoro, D. (2015). *Multiculturalismo, una piccola introduzione*. LUISS University Press.
- Mosak, H.H. & Maniaci, M.P. (1999). *A primer of Adlerian psychology: the Analytic-Behavioral-Cognitive Psychology of Alfred Adler*. Brunner-Routledge.
- Oberst, U. & Stewart, A. (2003). *Adlerian psychotherapy: an advanced approach to individual psychology*. Brunner-Routledge.
- 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”. *Riv. Psicol. Indiv.*, n. 50, 5-26.
- Pagani, S. (2009). Il sogno come ponte tra paziente e terapeuta. *Riv. Psicol. Indiv.*, suppl. n. 65, 171-176.
- Parenti, F. (1983). *La psicologia individuale dopo Adler*. Astrolabio-Ubaldini.
- Pinker, S. (1994). *The language Instinct. How the mind creates languages*. Clays Ltd.
- Rae-Espinoza, H. (2016). Transnational Ties: Children's Reactions to Parental Emigration in Guayaquil, Ecuador. *Ethos*, 44 (1), 32-49.
- Rovera, G.G. (2016), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale. *Riv. Psicolog. Indiv.*, n. 80, 31-39.

- Rovera, G.G., Lerda, S. & Bartocci, G. (2014). Psicoterapia Dinamica Culturale. *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, vol. II, n. supplementare, s1 - s12.
- Schvaneveldt, P.L. (2014). Parenting in Ecuador: Behaviors That Promote Social Competence. In H. Selin (eds), *Parenting Across Cultures. Science Across Cultures: The History of Non-Western Science* (vol 7) (pp. 323-334). Springer.
- Semi, A.A. (1996). *Tecnica del colloquio*. Raffaello Cortina.
- Stern, D.N. (1985), *The Interpersonal World of the Infant*. Routledge (tr. it., *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, 1987).
- Trippany-Simmons, R.L., Buckley, M.R., Meany-Walen K. & Rush-Wilson, T. (2014). Individual Psychology Alfred Adler. In R.D. Parsons & W. Chester (a cura di), *Counseling theory: Guiding reflective practice* (pp. 109-139). Sage Publications.
- Varriale, C. (2011). L'inquadramento finzionale della "nevrosi compulsiva": il precursore adleriano dell'attuale paradigma metacognitivo nei D.O.C.? *Riv. Psicol. Indiv.*, suppl. n. 69, 270-281.

Mito e conoscenza: Adler tra relazione, metodo scientifico e astrazione

di *Roberto Carnevali**

ABSTRACT (ITA)

L'articolo presenta una riflessione critica sul percorso personale e professionale dell'autore nel suo rapporto con il pensiero di Alfred Adler, analizzando tre elementi chiave che hanno caratterizzato i suoi "miti personali" e pregiudizi iniziali: la relazione, il metodo scientifico e l'astrazione. L'autore descrive come abbia superato il pregiudizio sulla presunta distanza di Adler dalla prospettiva relazionale, riconoscendo nel concetto adleriano di "sentimento sociale" un punto di contatto significativo con l'approccio gruppoanalitico. Riguardo al metodo scientifico, riconsiderando la critica di Popper alla teoria adleriana alla luce dei moderni paradigmi della complessità, l'autore riconosce il valore euristico del pensiero di Adler al di là dei criteri di scientificità dell'epoca. Infine, analizza il rapporto tra astrazione e concretezza nel pensiero adleriano, evidenziando come il richiamo alla concretezza possa rappresentare uno strumento terapeutico per superare le difese basate sull'astrazione. La riflessione si conclude sottolineando come il superamento di questi pregiudizi abbia permesso all'autore di integrare elementi del pensiero adleriano nella propria pratica clinica, arricchendo la sua prospettiva terapeutica sia nel setting individuale che grupppale.

Parole chiave: relazione, metodo scientifico, astrazione, gruppoanalisi, Adler

Myth and knowledge: Adler between relationship, scientific method and abstraction

by *Roberto Carnevali*

ABSTRACT (ENG)

The article presents a critical reflection on the author's personal and professional journey in his relationship with Alfred Adler's thought, analyzing three key elements that characterized his initial "personal myths" and prejudices: relationship, scientific method, and abstraction. The author describes how he overcame his prejudice about Adler's supposed distance from the relational perspective, recognizing in the Adlerian concept of "social feeling" a significant point of contact with the group-analytic approach. Regarding the scientific method, reconsidering Popper's criticism of Adlerian theory in light of modern paradigms of complexity, the author recognizes the heuristic value of Adler's thought beyond the scientific criteria of the time. Finally, he analyzes the relationship between abstraction and concreteness in Adlerian thought, highlighting how the call to concreteness can represent a therapeutic tool to overcome defenses based on abstraction. The reflection concludes by emphasizing how overcoming these prejudices has allowed the author to integrate elements of Adlerian thought into his clinical practice, enriching his therapeutic perspective in both individual and group settings.

Keywords: relationship, scientific method, abstraction, group-analysis, Adler

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

1. Rivisitare riflessivamente il “mito” di Adler. Una introduzione

Quando parliamo di miti, in genere ci riferiamo a qualcosa che appartiene alla cultura di un popolo, alla storia, a epoche specifiche nelle quali un concetto, un’idea, un simbolo hanno preso la forma di un personaggio, di una credenza, di un fantasma...

Esistono peraltro anche i miti personali, che possono non far parte della cultura dominante nella quale un soggetto vive o ha vissuto, ma che, partendo da elementi circoscritti, prendono vita e si radicano dentro di noi al pari dei miti “storici”, e anzi a volte si sviluppano in modo ipertrofico proprio perché circoscritti all’ambito del nostro microcosmo. E spesso questi miti sono i più duri a morire, perché sgorgano dentro di noi in occasioni impensate con un’immediatezza che non lascia spazio a una rivisitazione riflessiva. Questo meccanismo può essere considerato una delle basi su cui si fonda un pernicioso male comune: il pregiudizio.

Negli ultimi anni ho potuto prendere consapevolezza di alcuni miei miti personali, legati alla figura di Alfred Adler, e il contributo che qui propongo raccoglie il frutto della mia “rivisitazione riflessiva” del pensiero di questo autore, col quale oggi sento essersi creato uno spazio d’intesa che mai, in anni passati anche relativamente recenti, avrei pensato potesse costituirsi.

I tre termini contenuti nel titolo: relazione, metodo scientifico, astrazione, sono gli elementi di base su cui si sono costruiti i miei miti personali, e le conseguenti basi di pregiudizio, nei confronti, per l’appunto, di Alfred Adler. Cercherò, riprendendoli in esame ad uno ad uno e sottoponendo a critica l’essenza dei miti che intorno ad essi ho costruito, di evidenziare come lo sfatare i pregiudizi che questi miti hanno originato mi abbia consentito di accogliere la prospettiva adleriana tra gli elementi a cui faccio riferimento nel mio lavoro di psicoanalista, a livello sia teorico che operativo. Partiamo dalla “relazione”. Fin dai tempi dell’università (mi sono laureato in psicologia all’Università di Padova nel 1975) il mio interesse era rivolto alla psicoanalisi relazionale. Autori come Sullivan e Fromm suscitavano già allora il mio interesse e il mio entusiasmo, mentre altri perplessità, a partire da come venivano definiti e da quelli che potevano essere considerati gli elementi di base delle loro teorie, appresi a volte in modo schematico su manuali o testi che si limitavano a fornire una conoscenza generale di vari autori. Ciò che emergeva di Alfred Adler deponeva a favore di una sua lontananza da una prospettiva relazionale. Sia la definizione di “psicologia individuale” sia il concetto di “volontà di potenza” facevano pensare a un uomo *solo* che affronta la vita mosso dal desiderio di affermarsi prevalendo sugli altri, e quest’idea mi sembrava lontanissima dalla prospettiva relazionale e dal considerare il gruppo come elemento centrale nel lavoro psicologico e psicoanalitico. Nel 1975 mi laureai in Psicologia con una tesi sui gruppi e nel 1977 iniziai un’analisi di gruppo con Diego Napolitani, avviando un percorso personale e formativo dove sempre più la gruppoanalisi entrava a far parte della mia vita personale e professionale, e dove

L'immagine di Adler era rimasta legata allo stereotipo di un *individuo* animato da una *volontà di potenza*, che coi gruppi e con la prospettiva relazionale in psicoanalisi non aveva nulla a che fare.

E veniamo al “metodo scientifico”. Intorno al periodo della laurea ebbi un'altra occasione di incontrare Adler. Un amico, laureando in filosofia e amante di questioni epistemologiche e comunque relative al metodo scientifico che sta alla base delle teorie, mi raccontò che quando Karl Popper elaborò la sua teoria della “falsificabilità” Alfred Adler ebbe un ruolo rilevante nelle considerazioni alla base di tale processo elaborativo. Cito qui qualche stralcio di quanto racconta Popper stesso in *Congetture e confutazioni* (1972, pp. 73-74):

Fu durante l'estate del 1919 che cominciai a sentirmi sempre più insoddisfatto di queste tre teorie: la teoria marxista della storia, la psicanalisi e la psicologia individuale; e cominciai a dubitare delle loro pretese di scientificità. Il mio problema dapprima assunse, forse, la semplice forma: “che cosa non va nel marxismo, nella psicanalisi e nella psicologia individuale? Perché queste dottrine sono così diverse dalle teorie fisiche, dalla teoria newtoniana, e soprattutto dalla teoria della relatività?”

[...]

Riscontrai che i miei amici, ammiratori di Marx, Freud e Adler, erano colpiti da alcuni elementi comuni a queste teorie e soprattutto dal loro apparente *potere esplicativo*. Esse sembravano in grado di spiegare praticamente tutto ciò che accadeva nei campi cui si riferivano. Lo studio di una qualunque di esse sembrava avere l'effetto di una conversione o rivelazione intellettuale, che consentiva di levare gli occhi su una nuova verità, preclusa ai non iniziati. Una volta dischiusi in questo modo gli occhi, si scorgevano ovunque delle conferme: il mondo pullulava di *verifiche* della teoria.

[...]

Un marxista non poteva aprire un giornale senza trovarvi in ogni pagina una testimonianza in grado di confermare la sua interpretazione della storia; non soltanto per le notizie, ma anche per la loro presentazione – rilevante i pregiudizi classisti del giornale – e soprattutto, naturalmente, per quello che *non* diceva. Gli analisti freudiani sottolineavano che le loro teorie erano costantemente verificate dalle loro “osservazioni cliniche”. Quanto ad Adler restai molto colpito da un'esperienza personale. Una volta, nel 1919, gli riferii di un caso che non mi sembrava particolarmente adleriano, ma che egli non trovò difficoltà ad analizzare nei termini della sua teoria dei sentimenti di inferiorità, pur non avendo nemmeno visto il bambino. Un po' sconcertato, gli chiesi come poteva essere così sicuro. “A causa della mia esperienza di mille casi simili” egli rispose; al che non potei trattenermi dal commentare: “E con questo ultimo, suppongo, la sua esperienza vanta milleuno casi?”

Mi riferivo al fatto che le sue precedenti osservazioni potevano essere state non molto più valide di quest'ultima; che ciascuna era stata a sua volta interpretata alla luce della “esperienza precedente”, essendo contemporaneamente considerata come ulteriore conferma. Conferma di che cosa, mi domandavo? Non certo più che del fatto che un caso poteva essere interpretato alla luce della teoria. Ma questo significava

molto poco, riflettevo, dal momento che ogni caso concepibile poteva essere interpretato alla luce della teoria di Adler, o parimenti di quella di Freud.

In quel periodo (metà degli anni Settanta) era un tema di grande attualità l'attribuire validità scientifica ad alcune teorie che venivano fatte rientrare nell'ambito delle "scienze umane", e che dovevano guadagnarsi la patente di scientificità sottostando a una valutazione che le "scienze esatte" applicavano nei loro confronti attraverso criteri che variavano a seconda della prospettiva da cui lo scienziato si poneva. Il criterio di falsificabilità di una teoria introdotto da Popper si prestava ad essere utilizzato in modo lineare, e per certi versi poteva unificare vari punti di vista, offrendo un discrimine ben definito e univoco. Chi poi, come me, provenendo da un campo ritenuto più vicino alle scienze umane come la psicologia, e avendo abbracciato una teoria di riferimento come la psicoanalisi, era designato a collaborare con operatori nel campo della medicina, doveva costantemente cimentarsi con i criteri di valutazione che la medicina riteneva i più idonei a configurarne i confini. Ricordo che, molti anni dopo (ma il tema non aveva perso attualità), Corrado Pontalti, in un convegno organizzato dalla COIRAG all'Università Cattolica di Milano, per evidenziare la necessità della psicoanalisi di tenere il passo con il campo medico se intendeva mantenere viva una forma plausibile di collaborazione, uscì con questa affermazione: "Teniamo ben presente che il Servizio Sanitario Nazionale non può finanziare l'ineffabile!"

Il fatto che Popper citasse come esempio di un'applicazione scorretta del metodo scientifico proprio un episodio personale accadutoogli con Adler, aveva reso Adler stesso ai miei occhi l'emblema di una pretesa scientificità che non si fondava su solide basi "oggettive", attribuendo a elementi aleatori una patente immeritata di validità. E se rispetto a Freud avevo cercato e ancora cercavo di trovare qualche elemento probatorio secondo i criteri popperiani, per Adler, che Popper stesso aveva sconfessato, l'impresa mi appariva impossibile e avevo ritenuto non valesse la pena neppure di provarci.

Il terzo termine proposto nel titolo, l'astrazione, si lega al concetto espresso da Corrado Pontalti nell'affermazione citata poco più sopra. Perché un progetto, un'idea, un metodo possano essere finanziati o abbiano comunque credibilità non possono rientrare nel campo dell'ineffabile. Con il trascorrere del tempo il bisogno di "concretezza" sembra avere pervaso a livello comunicativo e operativo tutti i campi espressivi dell'umanità. Nei discorsi dei politici, ma anche degli imprenditori, di chi opera in campo sanitario, civile o nelle organizzazioni, prima o poi la parola "concretezza" deve comparire. Oggi siamo arrivati a una sorta di esasperazione, per cui solo ciò che è concreto sembra avere diritto ad esistere, e ad avere un valore in ciò che gli esseri umani pensano, sentono e cercano di costruire. Nel 2007, visitando, a Milano, una mostra dedicata a Kandinsky e ai suoi epigoni, ebbi la piacevole occasione di affiancarmi a un gruppo guidato da una conduttrice che

seppe commentare le opere in modo davvero pregnante, sollecitando riflessioni profonde in riferimento all'aspetto affettivo-emozionale dell'arte di Kandinsky, sapendo anche metterla a confronto con gli stili che presero forma nei suoi epigoni, anche e soprattutto in Italia. Si venne così a parlare della *terza dimensione*, intesa come *la profondità*, rispetto alle prime due, *la larghezza* e *l'altezza*. Visto che tra gli epigoni dell'arte astratta di Kandinsky venivano presentati anche artisti italiani di una corrente denominata "arte concreta", la guida pose l'attenzione sul fatto che costoro avevano introdotto la terza dimensione, per l'appunto la profondità, producendo quadri composti da oggetti tridimensionali, che si protendevano verso chi guarda (alcuni esemplari erano esposti). La guida evidenziò che Kandinsky riteneva invece che l'opera artistica *dovesse essere a due dimensioni*, perché *la terza* è quella dell'*emozione che si produce in chi guarda l'opera*. E nel dire questo, la guida fece un gesto con la mano, dall'averla aperta a partire dall'opera a semichiuderla ruotando il braccio e portandola sul cuore, per riportarla poi, ancora aperta e ancora ruotando il braccio, verso l'opera, con un'eloquenza che non necessitava di altre parole.

Le riflessioni che si produssero in me a seguito di quest'esperienza furono molte, e mi indussero a rivalutare profondamente il concetto di "astrazione", e a riconsiderare l'invito alla concretezza che da più parti insistentemente viene proposto, nei termini di una difesa dalle emozioni che la conoscenza diretta delle cose del mondo suscita in noi.

2. Un nuovo incontro con Adler: il "senso sociale"

Ho fin qui brevemente delineato i tre temi proposti nel titolo e i miti (e i pregiudizi) ad essi sottesi. Più esplicitamente: il mito della relazione, e il pregiudizio che ciò che si riferisce all'individuo sia da connotarsi negativamente, il mito della scientificità, e il pregiudizio che al di fuori di certi criteri ci sia un mondo troppo aleatorio per essere considerato valido, e infine il crollo del mito della concretezza, soppiantato dal contro-mito dell'astrazione come forma raffinata di superamento di una difesa dall'emozione sottesa agli eventi, che sola può portare al riconoscimento su un piano empatico di ciò che accade nelle relazioni umane.

E veniamo ad Adler. Rispetto alla relazione le sollecitazioni a rivisitare il mito e a far crollare il mio conseguente pregiudizio sono state molte e provenienti da più parti. Innanzitutto il mio primo contatto con il CRIFU ha avuto come mediatore Girolamo Lo Verso, a cui mi lega un'amicizia che dura da più di quarant'anni, e che è indissolubilmente legato alle mie appartenenze gruppoanalitiche. Girolamo è un'istituzione, una parte consistente della gruppoanalisi italiana, e il primo pensiero che ho avuto quando mi ha proposto di partecipare come relatore a un convegno sulla psicoanalisi in istituzione organizzato dalla Scuola Adleriana del CRIFU è stato che avrei dovuto approfondire la mia conoscenza del pensiero di Adler, e che se l'invito veniva da uno che

per tutta la vita, come me del resto, si è mosso in uno spazio dove la relazione ha un valore e un peso determinante, doveva esserci nel pensiero adleriano qualche aspetto che mi era sfuggito e che avrei dovuto approfondire. Ci furono vari passaggi successivi, dalla conoscenza di Daniela Bosetto e poi di altri esponenti di spicco della Scuola, alla proposta di tenere delle lezioni, scegliendo argomenti che fossero corrispondenti a certe mie competenze già esistenti, all'esigenza maturata in me di trovare un filo conduttore tra questi argomenti fino ad arrivare a configurarlo proprio nella relazione. Naturalmente questo percorso è stato sostenuto dalla lettura diretta di Adler e di saggi sul suo pensiero, e il primo mito rivisitato è stato proprio quello relativo alla relazione e alla significatività di tale elemento nel pensiero adleriano.

Tra le mie varie letture ho trovato particolarmente illuminante un articolo di Alessio Penzo e Loredana Scalini sulla rivista online *Psicologia Dinamica*, intitolato *Adler e la Psicologia Individuale* (2017). Riporto uno stralcio particolarmente significativo:

Se le prime formulazioni di Adler mettono in evidenza un essere umano motivato fundamentalmente dalla volontà di potenza e dal bisogno di compensare l'inferiorità, in seguito viene sottolineata la spinta innata del sentimento sociale.

[...]

Il senso di inferiorità, come anche la volontà di potenza, sono presenti in tutti gli uomini.

Quindi, in qualche misura, tutti noi siamo portati a sviluppare uno stile di vita volto a superare il nostro senso di inferiorità sotto la spinta della volontà di potenza. Tutti cioè ci poniamo delle mete fittizie volte a soddisfare la volontà di potenza. Ma ciò diventa patologico nel momento in cui la volontà di potenza supera certi limiti e cioè entra in conflitto col sentimento sociale.

Il sentimento sociale è una delle due istanze innate dell'uomo assieme alla volontà di potenza, ed è da intendersi sia come il sentimento di cooperare con la comunità, sia di compartecipare emotivamente con gli altri individui.

Quando cioè le finzioni distanziano troppo l'individuo dai suoi simili e alterano la coerenza dei pensieri, allora si va nel patologico. La nevrosi si manifesta proprio nella perdita d'interesse da parte dell'individuo per i suoi simili, nella perdita del sentimento sociale, riducendo l'individuo a vivere nell'isolamento narcisistico di una vita svuotata di ogni progettualità. La persona nevrotica pertanto si aliena dal significato stesso di essere uomo, giacché il sentimento comunitario è innato in ogni specie animale.

Il sentimento sociale, che si manifesta nell'interesse reciproco tra gli individui, origina dal rapporto madre-figlio ed è un'istanza innata che ha oltretutto valore adattivo, visto che è la cooperazione a rendere una comunità più facilmente adattabile all'ambiente.

In questo articolo ho trovato alcuni spunti di riflessione che mi hanno rimandato a un mio lavoro intitolato *Teoria e tecnica dei gruppi terapeutici - Diversi approcci a confronto*, comparso una prima volta nel volume *Pensare il gruppo* (2006) e da me successivamente riproposto nel libro *Scegliere la dipendenza*

(2014). In questo lavoro offro una panoramica dei vari gruppi terapeutici esistenti, inquadrandoli nelle teorie di riferimento alle quali si rifanno.

Riporto qui quanto dico relativamente a Foulkes e alla gruppoanalisi, che sono l'autore e la teoria a cui principalmente faccio riferimento nel mio lavoro di psicoterapeuta individuale e di gruppo:

Dire che Bion è più incline alla teoria rispetto a Foulkes non significa che quest'ultimo non abbia costruito a sua volta un apparato teorico ricco e articolato. Appare però evidente che Foulkes privilegiasse la dimensione clinica, e ritenesse che la teoria dovesse essere al servizio di questa. Il suo lavoro di ricerca sul gruppo non procede dunque in modo lineare, e leggendo i suoi scritti appare evidente che il suo interesse prevalente fosse rivolto a costruire un metodo efficace, molto più che ad elaborare una teoria lineare, coerente e priva di contraddizioni.

Ciò che viene riportato nella Tabella 7 [...] cerca di dare in poche frasi l'immagine del complesso percorso del pensiero di Foulkes, che lo ha portato a concettualizzare la *terapia attraverso il gruppo*.

Un'espressione che può cercare di rappresentare una sintesi del *modus operandi* foulkesiano è la frase, cara a Fabrizio Napolitani (che ebbe un rapporto personale di amicizia con Foulkes e che fu, con suo fratello Diego, uno degli epigoni della gruppoanalisi in Italia) "ego training in action", che riesce a rendere, per approssimazione, la complessità del lavoro del gruppoanalista. Il soggetto è immerso in un universo relazionale con il quale ha un continuo rapporto di mutuo scambio, che lo trasforma e che da lui è trasformato, e al tempo stesso è portatore di una gruppaltà interna, fondata sulle sue matrici originarie, che interviene nel processo di interazione.

Terapia *attraverso il gruppo*

- Il gruppo è **l'elemento centrale** su cui si fonda la metodologia, ma **permane l'interesse per l'individuo**.
- Lo **specifico gruppale** e una **psicodinamica del soggetto** sono entrambi oggetto di particolare attenzione e di studio, e l'intervento terapeutico si fonda sull'aver elaborato, a fianco di una **teoria del funzionamento dei gruppi**, anche una **teoria psicodinamica della personalità**.
- **Il gruppo** viene visto come **un'entità**, ma al tempo stesso **viene dato risalto agli individui che lo compongono**, ed è oggetto d'applicazione della pratica terapeutica **non solo il gruppo nel suo insieme, ma anche la soggettività dei vari membri**.

Tabella 7

Mi sembra che balzino agli occhi con immediatezza i punti di contatto fra i due scritti. In entrambi abbiamo un individuo che è animato da quello che in termini adleriani viene definito "sentimento

sociale”, inteso come “il sentimento di cooperare con la comunità” e “di compartecipare emotivamente con gli altri individui”; e questo dà alla relazione il significato di elemento fondante della personalità del soggetto. Nella clinica, la patologia viene vista come un venir meno di questo senso sociale, costituendo un terreno comune di lavoro terapeutico tra l’approccio adleriano e quello gruppoanalitico, rappresentato dal favorire lo svilupparsi del senso sociale attraverso l’aprirsi alla relazione e all’incontro con l’altro. Oltre che dal punto di vista della teoria della clinica, si apre così anche sul piano della prassi operativa la possibilità di lavorare in un setting grupale attingendo anche ai fondamenti del pensiero adleriano.

Questo discorso può essere ulteriormente sviluppato, ma in questo contesto mi limito alla constatazione di elementi di contatto tra il pensiero adleriano e quello gruppoanalitico in merito alla relazione, sfatando il mio primo “mito personale” e cancellando il pregiudizio conseguente.

3. Contestualizzare Adler nel nuovo dibattito scientifico

Rispetto al secondo mito personale, quello relativo al metodo scientifico, oltre all’aver approfondito la mia conoscenza del pensiero adleriano ho potuto, come tutti, assistere allo svilupparsi di un pensiero scientifico caratterizzato da alcuni aspetti che nel momento in cui Popper elaborò la teoria della falsificabilità ancora non avevano quella rilevanza che hanno assunto successivamente. Parlo in modo particolare del principio di indeterminazione di Heisenberg e del paradigma della complessità introdotto da Edgar Morin (1982, 2011). La scienza a cui fa riferimento Popper è una scienza “esatta” che negli anni che seguirono alla sua formulazione entrò in crisi. Oggi l’idea che una disciplina per qualificarsi come scienza debba dare delle certezze di verità, e che quindi se muove dalle affermazioni queste possano essere contestate “falsificandole” (e dunque mettendo alla prova questa “verità oggettiva”), non potrebbe essere applicata neanche per la matematica e la fisica; tantopiù per le “neuroscienze”, termine coniato dopo gli anni settanta e che configura un ambito che potremmo considerare di confine fra le “scienze esatte” e le “scienze umane” di un tempo. Il pensiero umano si fonda su “modelli” (Grillo & Panzani, 1979) che configurano un campo all’interno del quale si muove, e superarne i confini significa addentrarsi in un contesto dove i fondamenti di questo pensiero sono diversi e richiedono un altro modello di riferimento.

Se vogliamo descrivere la realtà non possiamo fare a meno di tener conto dei livelli di complessità che la caratterizza, e quindi esprimerci in termini relativi, rispetto a un assoluto di cui non è possibile una piena conoscenza.

Nel nostro campo, anche il discrimine fra normale e patologico ha assunto confini sempre più sfumati, e se la medicina continua a tenersi in un ambito dove i le discriminanti tendono ad essere tracciate in modo perentorio (ed è più che comprensibile che almeno in certi ambiti non possa che

essere così), la psichiatria e tutto ciò che configura una psicopatologia che dev'essere “curata” si dibatte come può fra l'esatto e il relativo, fra empatia e neutralità, cercando di mantenersi in un ambito per l'appunto di “scientificità” senza perdere una dimensione umana necessaria per entrare nelle profondità della psiche, intesa come una complessità con caratteristiche irriducibili a una visione onnicomprensiva che possa permetterne una descrizione esaustiva.

Ai tempi di Adler, che sono anche quelli di Freud, la psicologia, come psicoanalisi o come psicologia individuale, non poteva esimersi dal sottostare ai criteri di valutazione della scienza medica dell'epoca, e dunque il modo in cui le teorie alla base della clinica psicologica e psicoanalitica venivano formulate risentivano di questa necessità di fondo. Se oggi “il Servizio Sanitario Nazionale non può finanziare l'ineffabile”, ai tempi di Adler e di Freud chi si occupava di “sanità” doveva avere una padronanza della materia che ponesse le basi per riportare alla condizione di “sanità” le persone “malate”, con un passaggio da una condizione all'altra che si fondava su definizioni categoriche che andavano supportate da prove sperimentali inoppugnabili.

Se alla luce di questo discorso ripensiamo all'episodio raccontato da Popper relativo al suo scontro con Adler, le parole di Adler appaiono fondate su elementi troppo poco “oggettivi”, e la critica da parte di Popper appare sacrosanta. Ma se andiamo oltre, contestualizzando l'episodio, e pensiamo ad Adler nella relazione con i suoi pazienti e a Popper che dopo questo episodio smise di occuparsi di psicologia dedicandosi totalmente alla filosofia, possiamo cominciare a vedere le ragioni di Adler. Se Popper avesse voluto continuare a occuparsi di pazienti con problemi psichici, e avesse cercato di costruire una psicoterapia caratterizzata da principi che devono essere sottoposti al criterio di “falsificabilità” e quindi soggiacere a una rigorosa sperimentazione in questo senso, quali risultati avrebbe potuto raggiungere? Non possiamo saperlo, ma possiamo, con un buon margine di convinzione, ritenere che l'applicare con rigore il suo metodo scientifico avrebbe estremamente circoscritto il suo campo d'azione, configurando dei rapporti minimali dove la comunicazione è ridotta per l'appunto ai minimi termini, perché tesa a evitare tutto ciò che non può essere fondato su prove certe di validità.

Leggendo Adler si trovano in molte occasioni affermazioni che sembrano fondate su certezze, e spesso vengono configurate situazioni ben definite a cui viene attribuita la qualifica di “sane” o “patologiche”; ma questo risente a mio avviso del contesto e dell'epoca in cui queste affermazioni furono avanzate. Se riportiamo ai giorni nostri e ricontestualizziamo alcune concettualizzazioni presenti nel pensiero di Adler, possiamo invece cogliere il loro aspetto euristicamente fecondo.

Un punto fondamentale risiede nell'idea che il modo in cui il “nevrotico” percepisce la realtà sia “qualitativamente diverso” rispetto al modo in cui la percepisce l'uomo sano. Detto con le parole di Adler (1912): “Che sia sano o nevrotico, l'uomo, in ciascuna delle fasi della sua evoluzione psichica, si trova preso nelle maglie del suo schema: il nevrotico, con le spalle decisamente voltate

alla realtà, non crede più che alla sua propria finzione; l'uomo sano utilizza la finzione unicamente per raggiungere uno scopo reale”.

La parola “schema” può farci riflettere. Se usciamo dall'idea che il terapeuta sia depositario di una verità che deve trasmettere al malato, e che questo abbia senso che avvenga solo se il terapeuta compie operazioni “certe” supportate da elementi inoppugnabili (che dunque devono reggere alla prova della falsificabilità) possiamo limitarci a constatare che la persona che chiede aiuto è prigioniera di uno schema che applica e che risulta inefficace nel dare un senso alla sua vita, mentre il terapeuta può far riferimento ad uno schema attraverso il quale raggiunge degli scopi che si era prefisso. Il lavoro terapeutico può dunque essere visto come la possibilità di aiutare il paziente a uscire dal suo schema inefficace per accedere a dei punti di riferimento diversi, e questa è un'operazione che, senza pretese di “oggettività”, può aprire uno spiraglio per l'uscita da uno spazio che fino a quel momento era chiuso, consentendo l'accesso ad un altro più ampio dove i punti di riferimento possono non avere la pretesa di essere “assoluti” e “veri”, ma hanno la caratteristica di essere potenzialmente fruibili permettendo un arricchimento a livello esperienziale.

Ciò che in questa prospettiva viene evitato è il porsi come depositari di una verità assoluta che va trasmessa e che, in quanto verificata e validata, si fonda su una certezza inoppugnabile, e se il paziente non la recepisce è perché c'è in lui qualche difetto costitutivo che glielo impedisce.

Se parto invece solo dall'idea che lo schema del paziente è inefficace e il paziente ne è prigioniero, posso offrirgli, fondandomi sul fatto che ho avuto modo di sperimentare in qualche circostanza l'efficacia di uno schema diverso, dei parametri di riferimento che possono ampliare la sua prospettiva, consentendogli un muoversi più libero e articolato, che poi potrà sviluppare in modo proprio.

4. Concretezza e astrazione nel pensiero di Adler

E arriviamo così al terzo mito, che in questo caso è il tramonto di un mito soppiantato da un contro-mito di segno opposto.

Se il pensiero di Kandinsky sulla terza dimensione, quella dell'emozione che passa tra ciò che osserviamo e ciò che l'oggetto dell'osservazione suscita in noi, rivaluta in modo significativo il processo di astrazione come possibilità di sviluppare l'empatia e dunque la capacità di comprendere l'altro, il richiamo che spesso Adler fa alla concretezza nasce dal rilevare che l'astrazione può configurarsi come uno strumento difensivo molto raffinato per conservare i propri schemi di riferimento, rifugiandosi in rappresentazioni che, in questo modo, non possono essere scalfite da alcun elemento “di realtà”, e dunque possono essere preservate e continuare a “funzionare”

mantenendo chiuso quello spazio al quale il lavoro terapeutico inteso nella modalità descritta poco più sopra potrebbe offrire un'occasione di apertura.

Un esempio può essere rintracciato nel delirio paranoico, che nel soggetto che ne è portatore è il frutto di astrazioni che non richiedono un aggancio alla realtà circostante, o se ce l'hanno fanno riferimento a elementi minimali – ad esempio due persone che parlano a bassa voce o che si scambiano delle occhiate – che vengono estesi fino ad assumere un significato che non ha più un collegamento con ciò da cui si è partiti. L'astrazione, che porta alla visione di una realtà sganciata da elementi del mondo esterno, arriva a configurarlo secondo le costruzioni difensive del soggetto, tese a gratificarlo nella sua volontà di potenza attribuendo la mancata realizzazione dei propri obiettivi a una persecuzione contro la quale non esistono strumenti adeguati. Il richiamo alla concretezza può rappresentare uno spiraglio che si apre, un'occasione per cogliere dal mondo circostante un elemento di novità che riapre un discorso che l'astrazione alla base del delirio sembrava aver chiuso definitivamente.

Un altro esempio può essere preso non dalla clinica ma dalla vita di tutti i giorni. Capita frequentemente, in un discorso fra amici o anche in un dibattito o in un confronto fra persone che hanno interessi comuni, che uno degli interlocutori risponda a un'affermazione dicendo qualcosa in cui chi ha espresso l'affermazione non si riconosce; la frase che più frequentemente ne consegue è: “Ma io non ho detto questo!”, e la risposta successiva: “Io l'ho intesa così!”. A questo punto, il discorso è bloccato. Se in un contesto come una seduta psicoanalitica si può pensare che attribuire a un'affermazione un significato diverso da quello che era nell'intenzione di chi l'ha prodotta abbia un senso (Freud, 1925), anzi in alcuni casi è un elemento che porta a una miglior comprensione di ciò che accade, in un discorso fra amici o in un dibattito ciascuno può pretendere che le parole con cui si esprime siano prese per ciò che è nella sua intenzione cosciente, e in quel contesto la scoperta di eventuali meccanismi inconsci sottesi a ciò che si dice esula totalmente dallo scopo per cui le persone si incontrano. In alcuni casi questa modalità può risultare non solo irritante per chi la vive, ma anche controproducente rispetto agli scopi per i quali avviene l'incontro, ponendosi in contrasto col “sentimento sociale” ad esso sotteso. Appare dunque evidente che l'astrazione assume qui il significato di una difesa dall'altro e da ciò che intende portare nella relazione, e dunque assume una valenza opposta al costituirsi di un legame empatico e fecondo nella relazione.

Anche questo discorso potrebbe essere ulteriormente ampliato, ma credo di potermi fermare qui, avendo portato sufficienti elementi perché si capisca come l'incontro con il pensiero di Adler abbia contribuito a sfatare in me anche il terzo mito, e a collocarmi in uno spazio aperto di riflessione dialettica, sgombro da pregiudizi rispetto alla dicotomia rappresentata dai concetti di astrazione e concretezza. E questo nella clinica ma anche nella quotidiana vita di relazione.

Bibliografia

- Adler, A. (1912). *Über den nervösen Charakter. Grundzüge Einer Vergleichenden Individual Psychologie Und Psychotherapie*. Bergmann (tr. it. di D. Rossili, *Il temperamento nervoso*. Astrolabio-Ubaldini, 1950).
- Carnevali, R. (2006). Teoria e tecnica dei gruppi terapeutici. Diversi approcci a confronto. In R. Carnevali & A. Pratelli, *Pensare il gruppo – Fondamenti e pratica del lavoro di gruppo nel Dipartimento di Salute Mentale*. ARPANet.
- Carnevali, R. (2014). Teoria e tecnica dei gruppi terapeutici. Diversi approcci a confronto. In R. Carnevali, *Scegliere la dipendenza – Compendio di psicologia sociale e dei gruppi per psicoterapeuti*. ARPANet.
- Freud, S. (1925). La Negazione. In S. Freud, *Opere* (vol. 10). Bollati Boringhieri, 1978.
- Heisenberg, W.K. (1991). Lo sviluppo della meccanica quantistica. In W.K. Heisenberg, *Onde e particelle in armonia - Alle sorgenti della meccanica quantistica*. Jaca Book.
- Heisenberg, W.K. (2002). *Indeterminazione e realtà* (G. Gembillo & G. Gregorio, a cura di). Alfredo Guida Editore.
- Morin, E. (1982). *Science avec conscience* (tr. it. di P. Quattrocchi, *Scienza con coscienza*., FrancoAngeli, 1984).
- Morin, E. (2011). *Le Défi de la complexité* (tr. it. di A. Anselmo & G. Gembillo, *La sfida della complessità*. Le lettere, 2011).
- Penzo, A. & Scalini, L. (2017). Psicologia Dinamica. Adler e la Psicologia Individuale. *Psichopedia.it*. <https://www.psichopedia.it/index.php/psicologia-dinamica/332-adler-e-la-psicologia-individuale>
- Popper, K.R. (1969). *Conjectures and refutations*. Routledge and Regan Paul (tr. it. di G. Pancaldi, *Congetture e confutazioni*. Il Mulino, 1972).
- The Open University. (1972). *THE MAN MADE WORLD – Technology Foundation Course* (tr. it. di L. Grillo & C. Panzani, *Pensare per modelli, schemi logici e strumenti di calcolo*. Mondadori, 1979).

Relatività e soggettività del tempo in terapia e nelle consulenze giudiziarie di *Raffaella Ceruti, Angela Francesca Molina**

ABSTRACT (ITA)

Il tempo è uno dei principali elementi trasformativi della psiche in tutte le fasi della vita. La sua correlazione con l'esame di realtà rende comprensibili i comportamenti connessi. Il delta esistente tra tempo psichico e tempo giuridico spiega molti dei fallimenti evolutivi con i quali ci confrontiamo. La contaminazione tra questi due costrutti è fondamentale nel tentativo di prevenire i danni psichici.

Parole chiave: relatività, soggettività, tempo, diritto, psicologia

Relativity and subjectivity of time in therapy and legal consultations by *Raffaella Ceruti, Angela Francesca Molina*

ABSTRACT (ENG)

Time is one of the main transformative elements of the psyche in all phases of life. Its correlation with the examination of reality makes the related behaviors understandable. The "delta" between psychic and legal time explains many of the evolutionary failures with which we are confronted. The contamination between these two constructs is fundamental in the attempt to prevent psychic damage.

Keywords: relativity, subjectivity, time, right, psychology

* Associazione Psicologia Individuale Alfred Adler Milano (APIAAM)

Il tempo anamnestic

Quando ci si riferisce al tempo anamnestic del rapporto terapeutico ci si occupa di un'anamnesi diffusa, quella che prosegue per tutta la durata del lavoro di decostruzione-ricostruzione, mai lineare, forse di per sé interminabile, delle storie di vita. Questa anamnesi che coincide in definitiva con la cura e che si muove in una dialettica di poli multipli (presente/passato; realtà interna/realtà esterna, etc.) è di ardua risoluzione nel rischio di semplificazioni o scotomizzazioni di aspetti importanti.

L'enigma del tempo ci conduce al paradosso per il quale la memoria del passato costituisce certamente la significazione entro cui nasce e si struttura l'esperienza del presente ma, contemporaneamente, il presente getta la sua luce sul passato e riorganizza, entro certi limiti, non solo la selezione degli eventi in memoria ma anche le catene di nessi significativi in cui la memoria li aveva inseriti e gli stessi criteri che definiscono che cosa sia o era un evento, fino a far emergere nuovi eventi che modificano i parametri temporali stessi che avevamo adottato. Lo spaziotempo ne viene modificato così come il senso degli eventi e la loro significazione; la storia resta tale ma la narrazione si modifica e viene risignificata.

Il racconto di vita che terapeuta e paziente vanno elaborando e rielaborando è esso stesso parte importante dell'esperienza di contenimento, ricollegamento, contestualizzazione e trasformazione che è il lavoro terapeutico. Anche se lavoriamo sull'*hic et nunc*, il racconto è anche effetto del lavoro in atto. Funzione anamnestic e funzione terapeutica sono quindi connesse e comportano un duplice rischio: la reificazione della memoria e il disinteresse per la storia. Nel primo caso rischiamo il realismo ingenuo come nel secondo la destorificazione. In entrambe le situazioni umiliamo il tempo quale elemento dinamico dell'esistenza. Terapia è movimento di riapertura alla temporalità a partire dalla relazione attuale; in essa la coppia terapeutica scopre la forza della coazione a ripetere, adlerianamente intesa quale nuova occasione offerta dalla realtà, e il radicamento delle rispettive storie. Contemporaneamente si creano le condizioni perché entrino in funzione differenti aspetti del mondo interno, aree mentali, qualità di oggetti interiorizzati, obliterati e risignificati, anzi, rivificati dalla nuova narrazione.

L'idea che si possa mutare la storia del passato può apparire bizzarra solo se non si considera che ogni storia del passato non è altro che una delle narrazioni possibili di un'esperienza che è nutrice di quella stessa storia.

Ciò che importa è definire come nasce questa nuova "verità" narrativa. Ciò non ha nulla di letterario o di arbitrario ma nasce da accadimenti relazionali reali, da un lavoro sugli affetti e sulle radici emozionali delle narrazioni, da una bonifica attraverso scambi dialogici della coppia al lavoro. Ha a che fare con la verità dell'incontro e le verità di due differenti mondi interni. È un lavoro che

anticipa il linguaggio e riguarda lo schermo, l'ambiente psichico su cui quelle storie verranno proiettate.

Il racconto della storia è dunque una costruzione a due realizzata con i materiali presenti nella mente dei protagonisti della storia terapeutica. Non per nulla “materia” deriva dal latino *mater* e l'intesa non tanto sui materiali, dei quali troppo spesso non possiamo conoscere l'origine, ma certo sul legame che può unirli è la chiave dell'intesa stessa. I dati anamnestici e contestuali sono elementi riorganizzativi che stabiliscono il “campo” terapeutico, donano una cornice entro cui il dinamismo della storia diviene dinamismo della mente.

Questa specifica concezione di tempo è dotata di una peculiarità che la differenzia dalle tempistiche ordinarie e da quelle giuridiche. Il tempo intrapsichico è soggettivamente legato all'intensità delle esperienze emotive, al coordinamento delle istanze interne e addirittura dei valori che ci caratterizzano.

In età pediatrica la frammentazione delle esperienze temporali è elemento di repere anche del costruito personologico in costruzione, ragion per cui la de-formazione delle immagini genitoriali interne, potenziale causa di disturbi di personalità, ne viene alimentata. La terapia infantile è dunque, prima di ogni altro elemento, riparazione delle esperienze temporali, una sorta di principio quantistico, vitalizzato dalle relazioni, che surclassa il meccanicismo della staticità indotta dalla frammentazione.

Tempo giuridico e tempo psichico

“*Tempus regit actum*”, che letteralmente significa il tempo regola l'atto, si riferisce alla norma secondo la quale un atto giuridico viene regolato dalla legge vigente all'epoca in cui il procedimento ha avuto inizio, senza tener conto di eventuali sopraggiunte modifiche normative. Questo perché la giurisprudenza è chiamata a svolgere un'analisi fattuale senza considerare l'interferenza del fattore tempo come potenziale elemento trasformativo.

La prospettiva giuridica si fonda su una visione statica, cristallizzata, atemporale dei fenomeni. In realtà la dimensione temporale non è del tutto persa, ma risulta meno incisiva rispetto alla prospettiva psichica, nella quale il tempo gioca un ruolo chiave nel favorire la trasformazione di un evento in esperienza da sedimentare nella memoria emotiva.

Ragionando in termini dicotomici si potrebbe pensare ad un tempo cronologico, oggettivamente determinato attraverso sistemi di misurazione che ne scandiscono il costante fluire, e ad un tempo psicologico, la cui percezione è soggettiva, non quantificabile e fa riferimento al vissuto personale, condizionato dalle emozioni, dall'umore e dalle aspettative individuali. Il tempo cronologico ha un peso oggettivo condizionato dal vissuto esperienziale soggettivo. La stessa percezione del suo fluire

muta al mutare del nostro stato mentale, secondo la generica equivalenza per cui i secondi contenuti in un minuto dipendono dal vissuto della dimensione temporale.

Non vi è esperienza che non si accompagni alla presenza o consapevolezza del tempo interiore, alla percezione della sua scansione e alla costruzione di una sua immagine. Il tempo psichico, a differenza del tempo cronologico, ci fa rivivere nei ricordi oppure ci conduce verso l'ignoto futuro. Nell'ambito delle consulenze siamo spesso chiamati ad attenerci a una sorta di immobilismo legislativo che si contrappone al dinamismo proprio della mente umana, con il rischio di arrestare il cambiamento e produrre una pericolosa cristallizzazione degli aspetti fenomenologici nell'*hic et nunc*, bloccando il potenziale trasformativo insito nel fluire temporale.

La CTU, Consulenza Tecnica d'Ufficio, non costituisce un intervento terapeutico ma ha una valenza prettamente esplorativa volta a fotografare il funzionamento familiare in un preciso momento storico. È evidente che le dinamiche osservate siano frutto di esperienze pregresse e lascino intravedere una possibile evoluzione futura. Non si può quindi prescindere dalla dimensione temporale, che può fornire un'istantanea dello status quo, ma anche innescare movimenti trasformativi aprendo a nuovi scenari in grado di incidere sulle nostre valutazioni e seminare il germe del cambiamento. Ciò, come tutti i percorsi, richiede tempo, necessario ad integrare ed elaborare le esperienze e consentire ai diversi attori di creare nuove rappresentazioni mentali. Non c'è esperienza psicologica che non si accompagni alla presenza del mutamento del tempo e alla percezione del tempo interiore.

Carlo è un bambino di 10 anni, nato da due genitori che non si sono mai costituiti come coppia attraverso una convivenza, se non per brevi e circoscritti periodi. Il bambino non ha quindi mai esperito una realtà familiare condivisa. La frequentazione tra Carlo e suo padre è stata ostacolata dalla mamma che, oltre a non aver garantito e promosso il legame tra i due, si è in vario modo adoperata per escludere il padre dalla vita del figlio attraverso ripetute denunce penali mosse a suo carico per violenza personale e assistita, percosse, maltrattamenti e abuso sessuale, da cui il compagno è stato assolto con formula piena.

In attesa dello svolgimento del processo, il Giudice aveva però disposto l'immediata sospensione del diritto di visita paterno attivando incontri protetti in spazio neutro, per mantenere la continuità del legame padre-figlio. Dato il protrarsi dell'ordine restrittivo, rimasto immutato a causa dei dilatati tempi di intervento dei servizi sociali incaricati, è stata avviata una CTU che fornisse al Giudice una panoramica sulle dinamiche relazionali operanti nel contesto familiare di Carlo.

Gli incontri protetti, proseguiti per oltre un anno, avevano infatti prodotto un peggioramento della relazione padre-figlio, incrementando le difese del bambino. Per lui vedere il padre in spazio neutro equivaleva a stigmatizzarne l'immagine violenta legittimando di fatto le accuse materne. Carlo aveva gradualmente ritirato il suo investimento affettivo dalla figura paterna interrompendo *ex abrupto* il

dialogo con lui. Accettava di interagire unicamente con l'educatore al punto da interpretare i movimenti affettuosi del genitore (ad esempio il cercare di dargli una carezza) come allarmanti agiti aggressivi nei suoi confronti, nel contesto di una deriva mistificatoria della realtà, sostenuta dalla staticità degli interventi legislativi che non avevano tenuto conto dell'importanza del fattore temporale come elemento trasformativo della realtà interna del bambino.

Nonostante ciò, nella memoria di Carlo era rimasta una flebile traccia del legame paterno, come dimostrato dal clima di intimità osservato nel primo incontro congiunto, nel quale il padre rievocando ricordi piacevoli condivisi con il figlio, aveva ricevuto un riscontro positivo anche dal bambino. Questo processo di sintonizzazione affettiva non poteva che derivare da una pregressa esperienza gratificante, sedimentata nel bagaglio mnestico di Carlo, seppur costantemente minata dall'intervento denigratorio materno.

In corso di CTU si è tentata una graduale ripresa degli incontri tra i due in una cornice meno regolamentativa rispetto allo spazio neutro, concedendo al padre di incontrare il figlio al bar per una merenda, in modo da facilitare un dialogo scevro da interferenze esterne. La ventilata e temuta perdita di un rapporto esclusivo con Carlo aveva però fortemente allarmato la madre che, attraverso un'incisiva azione screditante ai danni del padre, dipinto come uomo pericoloso da cui doversi difendere, era riuscita ad offuscare le tracce mnestiche ancora presenti nei ricordi del bambino, sostituendole con una rappresentazione paterna negativa interiorizzata al netto di una inconvertibile scissione tra bene e male. L'esito è stato inevitabile: il bambino è rimasto imbrigliato nel meccanismo della manipolazione materna che ne ha condizionato il pensiero critico e l'esame di realtà al punto da riferire che il padre lo avrebbe minacciato di morte all'interno del locale.

La rigida suddivisione dei genitori in mamma buona e papà cattivo non consentiva al bambino di riconoscere la presenza di aspetti buoni nella figura paterna, recuperandoli dalle sue esperienze passate, e di moti fisiologicamente aggressivi contro quella materna, stigmatizzando rigidamente le relazioni in positive e negative. Ne è scaturita da un lato l'impossibilità di recuperare una relazione positiva con il padre e dall'altro la difficoltà di mettere in discussione la madre, mantenendo con lei un legame fusivo-simbiotico che ne ha limitato significativamente il potenziale evolutivo.

Carlo aveva ormai una percezione mistificata della realtà, frutto di un processo manipolativo che ha visto il bambino interiorizzare pensieri che non gli appartengono ma che gradualmente si sono sedimentati nel suo mondo interno come ricordi realmente esperiti. L'immobilismo dei tempi giuridici, mantenendo oltre tempo la frequentazione in spazio neutro, aveva prodotto una stasi nei processi di elaborazione che ha impedito a Carlo di rimaneggiare i suoi vissuti traumatici. Se nel concreto Carlo ha potuto accedere al padre solo per via interlocutoria, attraverso la supervisione di un educatore, è inevitabile che lo abbia stigmatizzato come soggetto cattivo e pericoloso, confinando nei meandri del suo inconscio l'immagine di padre sufficientemente buono.

L'immobilismo giuridico ha prodotto un congelamento della plasticità propria della psiche, arrestando quei processi mentali che avrebbero consentito al bambino di interiorizzare ed elaborare le esperienze vissute, attribuendo loro il corretto significato.

L'asincronia tra tempo giuridico e tempo psichico ha prodotto uno sbilanciamento che ha determinato il cronicizzarsi di un assetto relazionale disfunzionale e la sostituzione di modelli operativi interni positivi con false rappresentazioni oggettuali che hanno fuorviato l'interpretazione della realtà condizionando il pensiero di Carlo.

In una prospettiva fenomenologica la *conoscenza* dell'altro o di ciò che accade si lega al tempo vissuto. La costante successione degli eventi lascia una traccia, in positivo o in negativo, che arricchisce le esperienze mnestiche personali.

A Carlo è mancata questa prospettiva ed è rimasto sospeso in uno spazio atemporale nel quale presente e passato non si sono mai integrati, rimanendo due realtà prive di *continuum*, dissociate tra loro e pertanto non fruibili a livello esperienziale.

È mancato un lasso temporale adeguato a fare esperienza di una relazione con il padre, che gli consentisse di creare degli schemi mentali attraverso immagini, emozioni, comportamenti connessi all'interazione con lui. L'attivazione di uno spazio neutro *sine tempore* ha bloccato il potenziale evolutivo di una relazione in divenire congelando il tempo interiore e generando nel bambino disillusione e sfiducia da cui si è protetto ritirando il proprio investimento dalla figura paterna, bloccando di fatto ogni possibile processo riparativo. Un intervento che *ab origine* doveva costituirsi come fattore facilitante ha finito per cronicizzare una relazione disfunzionale, impedendo a Carlo di interiorizzare un modello operativo interno sicuro. Analogamente, i tempi ristretti della CTU non hanno consentito al bambino di arricchire il suo bagaglio esperienziale, sperimentando nuovi scenari relazionali con il padre; al contrario la forzatura tempistica ha prodotto un incremento delle sue difese.

Gradualmente Carlo ha sviluppato un nucleo depressivo, nel quale la vita interiore si è svuotata di intenzionalità, allontanandosi dagli oggetti che appaiono lontani e distanti. Il vuoto è divenuto inibizione, trasformandosi in immobilità ideativa e motoria. L'appesantimento del corpo osservato nel breve lasso di tempo della CTU, legato a repentino incremento ponderale da iperfagia, la sua lentezza nei movimenti erano divenuti espressione di una fatica del vivere.

Il tempo interiore rallentava restringendo fatalmente la dimensione del futuro mentre si amplificava quella del passato, che assorbiva Carlo nella disperazione per la perdita di un orizzonte. Si rendeva così evidente la dissociazione tra il tempo soggettivo/psichico e quello cronologico/giuridico, dal cui conflitto erano rimaste le macerie del legame padre-figlio.

Lo scenario relazionale aperto durante la consultazione avrebbe richiesto un tempo aggiuntivo per consentire a Carlo di fare esperienza del rapporto con il padre e ai consulenti di osservare la

fenomenologia in itinere per promuovere nuove modalità di intervento che potessero arricchire il bagaglio mnestico di Carlo e consentirgli di creare modelli operativi interni più stabili e sicuri.

La mente si sviluppa attraverso l'interazione con l'altro, mediante fenomeni di sintonizzazione affettiva che si basano su processi di sincronizzazione che richiedono la condivisione di affetti, percezioni e pensieri in una precisa cornice temporale.

Occorre che il tempo della presa in carico non sia definito da rigidi confini temporali, secondo criteri che non includano la transizione, il passaggio da uno stato psichico all'altro. E', cioè, necessario che il tempo degli obiettivi prefissati, della capacità di affrontare il problema, degli interventi proposti, entri in armonia con il tempo dei pazienti, in termini di comprensione, accettazione, aspettative, maturazione di una adeguata motivazione al cambiamento. Il *timing*, ovvero la tempistica di uno specifico intervento, rappresenta un elemento cruciale in termini di efficacia dello stesso.

La cura della sofferenza psichica si lega al tempo interiore. Il processo di cura è un percorso che implica una trasformazione complessiva della persona, del meta-tempo e come tale non può essere imbrigliato all'interno di rigidi confini temporali che comporterebbe l'arresto e la cristallizzazione dei processi di elaborazione che conducono al cambiamento.

Le anomalie temporali e il tempo narcisistico

Cosa accade quando un genitore narcisista nega il *noi centrico* originario e considera il figlio come pseudopodio del Sé reso anomalo dal disturbo di personalità? Nel caso precedente il minore viene ridotto a scudo materno e a sostegno dell'ipertrofico IO materno. È una sorta di inesistenza cui si è condannati se non quale immagine e riflesso genitoriale. Si va ben oltre il "confitto di lealtà" fino a giungere ad una colonizzazione della mente che si cercherà di rendere chiara nell'analisi del transfer narcisistico.

Già Lacan sosteneva come il paziente narcisista non potesse strutturare alcun transfert, poiché ignorando l'analista metteva a dura prova non solo la sua tenacia ma, appunto, anche il suo narcisismo.

Chi scrive ritiene che un transfert debba esistere ma che non possa essere manifestato con le modalità che conosciamo dall'analisi di altri pazienti: il transfert narcisistico, ovvero ciò che il narcisista investe affettivamente, non è l'analista, bensì l'analisi, cioè la situazione, il "campo" e non la persona che di questa situazione è uno dei due poli. Quest'ultimo è ridotto ad oggetto, immobile e senza tempo, interno al "campo". Riteniamo che ciò sia esattamente ciò che avviene nella relazione tra un minore ed il genitore escludente l'altro polo della coppia: il minore viene scotomizzato quale soggetto reale ed intrinseco e vissuto solo come rispecchiamento del Sé. Non

è un caso che questo si realizzi sempre più spesso quando la diade madre-figlio, patogena alla sua origine, diviene patogenetica per lo sviluppo psichico del minore.

Un transfert così oggettualizzato, nel senso di abnormemente statico, disvela fin dall'inizio la tendenza ad avere un rapporto esclusivo con oggetti materni, privilegiando una situazione duale ma fusionale, priva di conflitti, a quella triadica, simbolicamente dinamica. Riteniamo che questo tipo di situazione duale consenta un "uso" dell'oggetto senza risparmio e senza ri-conoscimento.

Il tema del ri-conoscimento è fondamentale poiché consente il mantenimento della componente affettiva all'interno dell'evoluzione relazionale. È il legame che lega Ulisse a Telemaco, riconoscibili l'uno all'altro nonostante il trascorrere del tempo proprio per mezzo della stabilità affettiva: Telemaco non è più il bambino che attende il padre, è il principe di Itaca, l'erede al trono, riconosciuto dal padre per mezzo di questa evoluzione affettiva.

Narciso, guardandosi nello specchio d'acqua, oltre a compiacersi della propria immagine, compie un'altra importante operazione: guardando se stesso esclude dalla propria visuale tutto ciò che lo circonda e questo gli permette di evitare di misurarsi con la realtà e con tutto ciò che la realtà rappresenta. Si badi, questa non è una restrizione della visuale per il narcisista, anzi, è uno degli assetti fondanti il pensiero narcisistico: allontanare la realtà da se stesso mantenendosi nel mondo sconfinato, illimitato della fantasia, dove tutto è possibile e disponibile prontamente, senza sforzo, come per diritto. Non esiste quel doloroso scarto temporale che separa l'insorgere del desiderio dal suo soddisfacimento. Il lavoro sembra essere questo: evitare il desiderio per poter trattenere sull'IO gli investimenti.

Paradosso nel paradosso, ciò potrebbe essere risignificato come il modo, forse l'unico, che il narcisista possiede per relazionarsi al proprio figlio: una deformazione ma un contatto possibile, che sia senza sforzo, con uno stato di tensione pari a zero per il soggetto, con un balzo temporale all'indietro, alla relazione primaria del bambino con la madre, nella quale si giocano molti dei destini di ogni persona. Purtroppo, in questo tipo di relazione patogena, tutto avviene al contrario: il balzo all'indietro è del genitore che sfrutta il figlio quale oggetto primario. Si altera completamente il concetto winnicottiano di madre "sufficientemente buona", ovvero di madre che non satura completamente con la sua bontà le valenze desideranti del figlio. Dovrebbe porre un certo scarto temporale fra l'intuizione di uno stato di desiderio del bambino e il suo intervento alleviante, ma qui al bambino non è consentito: deve rispondere immediatamente al rispecchiamento narcisistico, alleviare il dolore genitoriale schierandosi contro l'altro genitore, ovvero contro una parte del Sé. Il principio di realtà, saltato per il genitore, rischia di non esistere nemmeno per il figlio.

L'esame di realtà, dunque, è un derivato della presenza di un terzo, testimoniata dall'assenza della madre. È questa la fase in cui l'idea del terzo si struttura ed è qui che il narcisista elide il terzo e, per

contagio, lo elide nel figlio; il diniego del “padre”, il non esserci del terzo, corrisponde all’annullamento della volontà reale del figlio di cui resta solo la potenza al servizio del narcisista.

Il padre inesistente nella mente è ciò che porta il genitore, spesso la madre, ad una perversa delega della responsabilità: è lui che non vuole vedere il padre; io non posso costringerlo; è lui che preferisce stare con me, etc. il figlio-specchio diviene responsabile e colpevole del proprio vissuto di sofferenza. Non vi è più un bambino, dotato di caratteristiche proprie ma un prolungamento della madre, una sorta di appendice e un tipo di relazione volta al mantenimento reciproco dell’onnipotenza e dell’ideale dell’Io. Una relazione fusionale che non deve essere rotta, pena la perdita dello stato di beatitudine di entrambi.

Un’altra caratteristica tipica del femminile in queste situazioni è la scarsa strutturazione del maschile come entità distinta, con proprie funzioni nella coppia genitoriale. Uomo, padre, limite alla fusionalità, elemento separante, funzione trasformativa dell’Io e contemporanea nascita dell’etica per superare la fusione con la madre onnipotente, le lacerazioni della separazione e della perdita, il riconoscimento di sé e dell’altro come individualità separata e differenziata e, infine, l’emancipazione dal bisogno della dipendenza e dall’illusione egocentrica, queste sono le funzioni della maschilità. La scarsa “presenza” nella mente femminile di questa istanza si manifesta con una freddezza di fondo e con un investimento narcisistico sul figlio.

In questo caso il figlio viene portato a vivere, con la madre, in un mondo illusorio in cui ciò che è desiderabile viene dato per esaudito, ciò che nel futuro potrebbe accadere accadrà certamente o, addirittura, è considerato già accaduto solo perché pensato.

Nel transfert tutto ciò si manifesta nella trasformazione dell’analista in muto testimone di una megalomania alla quale può assistere da spettatore e da terzo escluso.

Ma cosa accade al minore, a chi viene esposto a questa per-versione del dato di realtà?

Il perverso, colui che subisce la perversione, viene ridotto e tradotto in un terreno farraginoso composto da una sola possibile verità, avulsa dalle contraddizioni, data quale mitologica e intoccabile, quella del femminile coartato ed orfano del suo proprio *ermafroditismo psichico*. Ne deriva una vita monca di una parte del Sé e la strutturazione di un Falso Sé fintamente protettivo.

Il rischio è che il conflitto di lealtà divenga generalizzato e costringa ad un mondo alternativo per evitare l’abbandono.

Il danno all’area transizionale e il nucleo psicotico

I bambini hanno bisogno di appianare qualsiasi specie di disordine familiare, fino a caricare sul sé pesi che dovrebbero essere adulti. Lo scopo non è giocato sull’altruismo ma sul poter tornare ad un tempo perduto, vissuto come tranquillo, e soprattutto alla tenerezza da cui quella tranquillità

dipende. Percepire è riferito a cose definite, che abbiano forma e qualità, ed è questa certezza, seppur ipotetica, che ricercano; l'imprevisto e l'incerto bloccano persino la potenzialità creativa.

Se superiamo il concetto di *oggetto transizionale* a vantaggio di uno *spazio-tempo transizionale* comprendiamo meglio l'enormità del rischio cui il minore è esposto. Il venir meno dell'articolazione tra le due responsabilità genitoriali consente il rilevamento di un'unica realtà che diviene il solo punto di repera. L'intercapedine non esiste e dunque non serve, così come non servono altri punti di osservazione, pena la perdita dell'unico riferimento rimasto.

A cosa si può essere disposti in età pediatrica pur di conservare l'unico porto disponibile? A tutto, compreso deformare il dato reale e, in ultima analisi, scegliere la via psicotica pur di non restare soli.

Due differenti casi clinici ci hanno confermato questa possibilità: nel primo, sopravvenute allucinazioni uditive confermavano la pericolosità paterna e consigliavano la “fuga” per potersi salvare, nel secondo, un “fantasma” spingeva ogni notte a tagliarsi per “lasciar uscire il marcio dentro”.

Troppo poco, certamente, per poter parlare di nucleo psicotico in divenire, ma sufficiente per attenzionare una sintomatologia di derealizzazione la cui origine, data la giovanissima età dei pazienti, non può che essere intrafamiliare.

Un terzo caso vede un maggiorenne accusato di violenza sessuale che, nella narrazione della sua storia, ha traccia di una propria accusa sostenuta contro il padre. Non vi è memoria né fattuale né sensoriale degli avvenimenti, per i quali il padre è stato prosciolto, bensì la certezza interna di “dover difendere il bambino dentro” senza ben comprendere se e come ciò si leghi al proprio agito contro il femminile.

È possibile, dunque, che un conflitto di lealtà lasciato evolvere o, peggio, certificato come oggetto di realtà, venga così strenuamente difeso da dover “spaccare” la mente nel “riconoscimento” del reale? E se questo dovesse avvenire, dato per assodato il fallimento della prevenzione, è possibile agire in modo correttivo?

Il concetto di “esperienza emozionale correttiva” non è particolarmente amato dalla psicoanalisi classica perché contempla, anzi, dà per assodato il concetto di “campo” come agente influente i vissuti intrapsichici. Ma, oltre a ragioni storiche e teorico cognitive, vi sono motivazioni emotivo affettive per questo rifiuto.

Il concetto di “emozionale” attiva un'area profonda, a tratti insondabile della nostra psiche e si contrappone a ciò che è “intellettuale”, vissuto come razionale e freddo. Insomma, si riferisce a qualcosa di arcaico che risale ad un tempo andato, quello del rapporto con il corpo della madre.

Subito segue il termine “correttivo”, associato a ciò che riteniamo l'Eden degli umani, una linea di confine tra qualcosa che è corretto e qualcosa che è sbagliato. Forse è quell'aggettivo la fonte della

nostra irritazione: si mette in discussione la sacralità del materno. In più si descrive una “esperienza”, niente di nozionistico o teorico, bensì una “teoria del fare”. La fantasia trasmessa, erronea, è quella di produrre un azzeramento, un nuovo inizio, un rifare invece di riparare.

L'opposto, ciò che serve, è una lunga esperienza di riparazione empatica del Sé e quindi di un tessuto identitario che è stato lacerato dal trauma indotto dalla disfunzionalità genitoriale. Sono pazienti nei quali accanto alla deformazione del reale è sempre presente l'assunzione di una colpa ontologica, non decifrabile che si presenta quasi sempre come colpa persecutoria. Forse la potenzialità riparatrice è tutta nel passaggio dalla colpa persecutoria a quella depressiva, che pure deve essere superata ma che consente un momento di individuazione, possibile quando, finalmente, si viene accolti adeguatamente nei propri arcaici bisogni fusionali.

Bibliografia

- Bion, W.R. (1970). *Apprendere dall'esperienza*. Armando.
- Calasso, R. (1994). *La rovina di Kasch*. Adelphi.
- Galimberti, U. (2011). *Psichiatria e fenomenologia*. Feltrinelli.
- Green, A. (1992). *Narcisismo di vita narcisismo di morte*. Borla.
- Jünger, E. (2000). *Al muro del tempo*. Adelphi.
- Klossowski, P. (1981). *Nietzsche e il circolo vizioso*. Adelphi.
- Rosenfeld, H.A. (1990). *Stati psicotici. Un approccio psicoanalitico*. Armando.
- Schaffer, H. (1976). *La psicologia d'Adler*. Masson.
- Steiner, J. (1996). *I Rifugi della mente*. Bollati Boringhieri.

Nuove identità in adolescenza

di *Paolo Bagnara, Angela Francesca Molina**

ABSTRACT (ITA)

L'attuale fase adolescenziale presenta alcuni tratti caratteristici che la differenziano nettamente dal passato. Chiunque si occupi di clinica degli adolescenti viene quotidianamente in contatto con una serie di fenomenologie psicologiche assolutamente peculiari e che richiedono nuovi inquadramenti e definizioni. Questo aspetto fa il paio con il concetto adleriano di transculturalità, per cui l'apparato psichico e le diverse patologie che lo caratterizzano assumono coloriture differenti a seconda dell'evoluzione del contesto culturale e sociale di riferimento. Incremento delle condotte suicidarie, nuove modalità di socializzazione e stili di vita, mutamento profondo della struttura della famiglia normocostituita e delinarsi di costellazioni familiari variegata e profondamente diverse tra loro. Questi sono alcuni elementi di contorno al tema dell'identità, che secondo gli autori rimane ancora il nucleo centrale dello sviluppo della personalità nelle sue varie derivazioni.

Parole chiave: identità, adolescenza, transculturalità, famiglia, clinica

New adolescent identities

by *Paolo Bagnara, Angela Francesca Molina*

ABSTRACT (ENG)

The current adolescent phase presents some characteristic features that clearly differentiate it from the past. Anyone who deals with adolescent clinics comes into daily contact with a series of absolutely peculiar psychological phenomena that require new frameworks and definitions. This aspect goes hand in hand with the Adlerian concept of transculturality, according to which the psychic apparatus and the various pathologies that characterize it take on different colors depending on the evolution of the cultural and social context of reference. Increase in suicidal behaviors, new ways of socializing and lifestyles, profound change in the structure of the normally constituted family and the emergence of varied and profoundly different family constellations. These are some of the elements surrounding the theme of identity, which according to the authors still remains the central nucleus of personality development in its various derivations.

Keywords: identity, adolescent, transculturality, family, clinics

*Associazione Psicologia Individuale Alfred Adler Milano (APIAAM)

Introduzione

Alla fatica identitaria corrisponde il tempo dell'adolescenza, momento in cui, come già indicato da Alfred Adler, esiste uno scopo primario: dimostrare di non essere più bambini. È passaggio doloroso perché abbandonico, fatto di rinuncia all'accudimento infantile in cambio di libertà che non si è certi di poter gestire.

L'accettazione di una realtà intrisa di rinuncia, che è dunque causa di sofferenza, non può avvenire in modo immediato. La nostra mente deve poter reagire con il rifiuto, anche urlato, deve ribellarsi e rigettare la realtà che pare aggredirci. Se non lo fa, non avviene una vera accettazione ma ciò che Ferenczi definiva "identificazione con l'aggressore", ovvero una scissione per la quale una parte di noi, forse più intellettualizzata, sembra assimilare la realtà, mentre un'altra parte, segretamente, continua a rifiutarla sul piano affettivo e a non reputarla "reale". Sono questi i casi di "adultizzazione", sempre più frequenti in ragazzini che assumono il ruolo adulto lasciato scoperto dai genitori.

Un processo di accettazione emotivamente onesto implica il vissuto rabbioso contro quel reale, fino a constatare che, nonostante gli attacchi, non si modifica. Solo allora, dopo aver attraversato la vergogna per non aver subito creduto a quel reale e la colpa per l'inutile attacco, si potrà arrivare a una vera crescita psichica, data dall'accettazione di quella realtà, nonostante la sofferenza.

Nell'adolescenza di oggi la crescita identitaria appena descritta è da un lato affaticata dal riscontro del "limite" e dall'altra vissuta come pregna di rinunce inaccettabili solo perché richiede/pretende una "definizione" del sé. In quest'ultimo caso si manifesta l'esatto contrario dell'adultizzazione, finta definizione del sé, un protrarsi infinito di tratti indistinti nell'illusione di poter avere tempo infinito a propria disposizione.

Questi due aspetti speculari del tempo adolescenziale non sono autonomi o specifici vissuti dello spazio-tempo puberale, ma correlati alla fragilità del mondo adulto che non lascia terreno libero e fertile per la crescita della generazione seguente. Molto spesso dunque il nuovo non è di per sé originale ma decretato dalla parziale modifica o fallimento del tempo pregresso. La fatica identitaria è molto, troppo spesso collegata ad una espressione delirante del gruppo parentale e sociale di appartenenza fino al punto in cui ciò che è filogenetico si collega all'ontogenetico e al culturale.

Seguendo questa analisi di pensiero potremmo dire che le identità non sono fluide ma lo divengono per esigenza di riconoscimento, in un movimento circolare secondo il quale i "deliri" parentali divengono crisi identitarie della nuova generazione dalle quali si può uscire in un solo modo: creando nuovi miti socioculturali che, come tali, determinano a loro volta un nuovo costrutto del pensiero.

L'analisi di questa diversa modalità deve tener conto, a parere di chi scrive, di alcuni principi cardine: la conflittualità del pensare, il capovolgimento del giudizio, l'ordine e l'intellegibilità. La costruzione di un apparato per pensare richiede adesione a questi contenuti.

Qualsiasi concetto viene esposto ad una potenziale doppia conflittualità: esterna con altri concetti, interna per quanto riguarda la propria dinamica. Nel primo caso il concetto sfocerà in un'idea chiara, vale a dire in un tutto specifico; nel secondo caso, in una idea distinta, vale a dire le cui parti costituenti sono distinte le une dalle altre e possono articolarsi secondo diverse combinazioni. Ne consegue che la ragione, l'Io pensante, è riproduttivo se mira solo alla chiarezza e creativo se agisce sulle articolazioni interne. Nei bambini tutto ciò è in divenire e il razionale, per esporsi, deve spesso trovare una via simbolico - creativa per trasmettere ciò che non è ancora chiaro. L'ideale dell'Io impone all'Io pensante la ricerca di una coerenza interna e definisce il gradiente di tolleranza ai conflitti logici. Quest'ultimo passaggio è specifico compito dell'epoca adolescenziale.

Questa difficoltà concettuale trasmette continuamente il senso di solitudine nell'affrontare la ricerca identitaria così come nel trovarsi nutrimento psichico. È possibile oggi trovare adolescenti che accedono alla stanza d'analisi addirittura con un nome da definirsi, maschile o femminile e, di fatto, potersi nominare corrisponde ad esistere. Il giudizio di causalità è alterato, il "prima" e "dopo" non sono più così chiari e la negazione può giungere fino al *mythos* della nascita.

Nel solitario tentativo di trovare soluzioni, si può giungere a capovolgere il giudizio: bene e male non appaiono poi così chiari o definibili, in una confusione che costringe ad utilizzare la negazione come unica difesa. Ne conseguono capovolgimenti del pensiero che portano in stanza d'analisi gli adolescenti indecisi, coloro che rimandano all'infinito decisioni che andrebbero prese: capovolgimento dell'effetto in causa, del vero in falso, del movimento in immobilità, dell'osservatore in osservato. Ipotizzare che ciò non precipiti sulle capacità cognitive e finanche sul controllo corporeo di un adolescente è impossibile; il capovolgimento si basa su una attività mentale di tipo metonimico ed è questo che lo rende potenzialmente patogeno.

La problematica può certo presentarsi con differenti accessi sintomatologici ma il principio d'origine è uno: la scissione dell'*ermafroditismo psichico* cui si viene costretti. Maschile e femminile (materno e paterno) sono nella mente in antitesi e non in antinomia, così come dovrebbe essere. E allora "scelgo" il maschile, l'essere maschio, per elidere il femminile che è in me o viceversa; oppure voglio il "neutro" che confondo con il poter essere "qualunque cosa" mentre, in realtà, corrisponde all'assenza di Sé.

Ciò che faticosamente stanno cercando di attuare, da soli, è ottemperare ai principi di ordine e intellegibilità. L'ordine è un tentativo di ridurre l'aleatorio nella descrizione dei fenomeni e l'intellegibilità è il tentativo di ridurre l'arbitrario nell'interpretazione dei fenomeni.

Ne consegue l'uso del simbolico con-fuso con il reale, fino al dover fare da soli, fino a nascere per conto proprio e, a questo punto, la rabbia non può che essere distruttiva.

La fatica identitaria nel mito e nel processo culturale

Ne *Al muro del tempo* Ernst Jünger (2019, pp. 82-83) si chiede se sia l'apparizione di una nuova specie a determinare nuovi periodi o se non sia la mutata qualità del tempo a far emergere o scomparire i fenomeni, ovvero

la fine del possente ordine degli ammoniti, detto in modo banale, può allora essere spiegata con il fatto che il suo tempo, la sua era cosmica era passata e che un nuovo stile terrestre esigeva altre forme, altri modelli? [...] Dietro le questioni relative alla forza agiscono questioni concernenti il tempo. La capacità dell'universo rimane sempre la medesima. Ogni evoluzione non è altro che uno spostamento di centri di gravità.

Non è domanda peregrina se riferita a cambiamenti culturali e dunque sociali. Le realtà hanno un loro tempo che, a sua volta, è determinato da modifiche di *accessi* culturali. La crisi identitaria degli adolescenti attuali sembra legata alla crisi di coppia e della coppia genitoriale in particolare, a sua volta determinata da de-formazioni di *femminino e maschilità*.

Già la mitologia greca narrava l'orrore della sofferenza infantile oppressa da deliri parentali che alteravano l'*ermafroditismo psichico*.

Dioniso, figlio di Zeus, ha molteplici volti: è il dio dell'ebbrezza, della trasgressione ma anche della ribellione, colui che mette in discussione le menzogne del potere, della morale persecutoria maschile e che esorta il popolo a insorgere contro i sacrifici. È il dio assassino che, con crudeltà manipolatoria e senza pietà, aggredisce chi lo rifiuta, colui che sotto l'effetto della disperazione, nella sua rabbia cieca, distrugge tutto. È il figlio di un padre adultero, un bambino prematuro la cui madre, Semele, muore prima del parto. Suo padre Zeus tenta di salvarlo e lo pone "covato" nella propria coscia. Per questo è "il nato due volte", ma questa sollecitudine lo lascerà nell'incertezza sulle proprie origini.

Tre sono le figure femminili della sua vita e del suo destino: Era, beffata e gelosa, animata da un desiderio omicida di vendetta, Semele, la madre, colei che ama senza ritegno e che a rischio della vita si concede ogni piacere e Arianna, la sposa che saprà contenere il suo dinamismo pulsionale.

Non conosce regolarità di cura e di parole che rassicurano, passa da una nutrice all'altra, donne dalle quali non si è nati ma che divorano di baci soddisfacendo così il loro desiderio di maternità senza sessualità e senza uomini. Un neonato esposto a cambiamenti continui sviluppa una personalità inquieta, instabile e incontra serie difficoltà nella definizione della propria identità

sessuale. Il polimorfismo di Dioniso, la sua stessa bisessualità, nascondono una ferita narcisistica legata alla propria assenza nella mente di una madre. La sola sua costante è il padre, che partorisce senza donne, un dio che sembra onnipotente. Ma di che padre stiamo parlando? Zeus è in realtà un dio immaturo e la sua fragilità non si compensa se non nell'atto sessuale ossessivo, al riparo dallo sguardo castrante del padre Crono. Le delusioni suscitate da questo suo comportamento ravvivano la rivalità con il femminile che egli, tuttavia, desidera perché ne invidia la possibilità di procreare. L'ordine sociale che rappresenta è menzognero e ipocrita e a questo Dioniso si ribella rifiutando identità se non nella ribellione. E così, incapace di rappresentarsi altrimenti, Dioniso resta il paradigma dell'alterità rabbiosa, di natura enigmatica e onnipotente, senza fede né legge.

A cosa porta questo dolore infantile se non alla rinuncia identitaria a fronte della rivendicazione di ciò che non si è avuto?

L'impossibilità di riconoscersi nella mente genitoriale, il ri-conoscimento negato determina una miseria affettiva che non trasmette nulla di ciò che permette di accedere ad una rinuncia o a una sublimazione delle pulsioni della vita. Pare la descrizione di molti adolescenti che accedono alla richiesta psicoterapeutica: non è che non sanno scegliere, non possono, perché la biunivocità è stata seppellita dal narcisismo delirante delle generazioni precedenti e la menzogna che ne deriva non può essere sconfitta se non attraverso una definizione identitaria seria, capace di rinuncia e sublimazione. Non comprendono che non definirsi corrisponde al non essere e come tale certifica l'impossibilità al ri-conoscimento.

Quest'ultimo è concetto dinamico che definisce un "prima" e un "dopo", un "quel che ero" e "quel che sono ora", definisce il cambiamento quale ragione evolutiva. È tema ben descritto nell'Odissea, nel momento in cui Ulisse rientra ad Itaca ed incontra il figlio che non è più il bambino lasciato ma il principe, l'erede al trono. Mentre Argo riconosce nel padrone "ciò che non cambia", Ulisse e Telemaco si riconoscono vicendevolmente attraverso il cambiamento ed è proprio questo a testimoniare che il tempo non è trascorso invano.

A parti inverse è la storia di G., quindicenne che si presenta con una richiesta analitica che si sviluppa nel tempo, a partire da attacchi di panico che non le consentono di pianificare e *decidere niente*. G. non è il suo nome, lei è *ufficialmente femmina* ma non si sente tale e nemmeno maschio, *forse un'entità, un modo di essere, quindi sono un neutro*. Mi consento di farle osservare che in latino il neutro si usa per ciò che è inanimato, per ciò che non è vivo ma nemmeno morto; insomma, non si può né vivere né morire. Sembra stupita e forse anche preoccupata per questa affermazione cui non aveva pensato. La dilatazione dell'identità porta a non averne o, almeno, a non essere letta come chi la può possedere. Mi racconta della passione per i motori che il padre condivide con il fratello che *sa di essere maschio*; non crede di sentirsi esclusa ma di non essere vista ed è meglio così dato il fastidio che prova *per i rumori paterni*. Si scopre che questi ultimi sono *rumori corporei*: respirare,

camminare, masticare. Essere vivi, insomma, godersi la vita insinuo. Lei conferma e c'è una sorta di vergogna, un colore sessualizzante che la imbarazza e che sembra condurla alla negazione di un sesso definito per non esporsi al rifiuto paterno. G. è la conferma di come, sempre più frequentemente, troviamo nelle fatiche adolescenziali il bambino deprivato di cui nessuno si è accorto.

Non esiste dunque solo l'Edipo dal quale non si può uscire con la costruzione del proprio regno ma anche una sorta di Edipo inaccessibile, non concesso, non tanto per incapacità quanto per indegnità che non poggia sul rifiuto ma sull'indifferenza. Genitori completamente orientati sul Sé non vedono l'altro, nemmeno il figlio; non si tratta di un gesto di esclusione ma di semplice dimenticanza.

Anche questa narrazione si trova nei miti greci, nella storia d'odio e di rivalsa di Oreste.

Agamennone sacrifica la figlia Ifigenia per il proprio successo, verrà assassinato da sua moglie Clitemnestra, madre di Ifigenia. Oreste, il loro figlio, verrà ossessionato dalla necessità di vendicare l'onore del padre e di conseguenza crescerà senza il riconoscimento materno. La madre prima lo esilia e poi lo disereda. Dominata da un profondo odio verso il marito, si sceglie un amante, lo pone sul trono, allontana il figlio e ne organizza la scomparsa, così da godere tranquillamente della nuova situazione. Quando il marito torna dalla guerra di Troia lo uccide con il pretesto di vendicare la figlia, ma in realtà allo scopo di conservare il potere.

Riconquistare la propria eredità, uccidere l'amante della madre, vendicare l'onore del padre, sono le motivazioni cosce che alimentano l'odio di Oreste. A esse si aggiunge, a livello inconscio, l'obbligo di riabilitare l'immagine del padre per accedere alla propria autostima. Tuttavia, il rapporto di Oreste con Agamennone è ambivalente. È ossessionato dal ricordo di un padre violento e un bambino, la cui identità si sta costruendo, cerca un modello, un padre dignitoso, affidabile con cui potersi identificare e in seguito opporre per costruire la propria autonomia. Confronto indispensabile ma difficile se la figura paterna è sfumata, svalutata o, al contrario, opprimente. Non potendo ricostruire l'immagine del padre, Oreste può solo reagire, senza pensiero autonomo; questo vicolo cieco è la fonte da cui scaturisce la violenza nella realtà. Per Oreste, a questo stadio della maturazione psichica, non è il momento di farsi carico della morte della sorella per mano paterna. Non può rifiutare di identificarsi con il padre perché è ancora in una condizione di sottomissione. Non può nemmeno comprendere il dolore materno per la morte della figlia, perché la madre lo ha escluso.

Il problema di Oreste ci offre l'occasione di riflettere su famiglia e società. Vi è un infanticidio, reale, che però corrisponde a tanti bambini persi nella mente genitoriale così come nelle fiabe si perdono, o vengono fatti perdere, nel bosco. È un infanticidio per potere, per vincere una guerra e nulla è più vicino a quanto stiamo vivendo in questi ultimi tempi. Da sempre nelle situazioni di

crisi è pronta la ribellione e il modo più semplice per evitarla è scatenare una guerra. In fondo le motivazioni per un conflitto sono sempre semplici da trovare.

Agamennone apre le porte a fame e violenza, incita al massacro del popolo di Troia e, paradossalmente, dopo tutte queste morti, a potere vacante, Oreste è la soluzione per interrompere le vendette. Si deve perdonare un assassino e gli argomenti addotti in favore dell'indulgenza nei confronti di Oreste si basano sul mancato riconoscimento del ruolo femminile nella fecondazione. È una legge nuova che trova il sostegno di Atena. Lei nata dal delirio onnipotente di Zeus, nata dalla sua testa, non può che prendere le parti degli uomini. Ancora un *ermafroditismo* spezzato, alterato nella sua complessità, in cambio della pace interiore e sociale. Il prezzo è sempre il medesimo: perdere una parte di sé.

È la storia di T., ragazzina dal Q.I. limitato e dal linguaggio povero. Non ha frequentato l'asilo perché, con la madre, seguiva il padre, autotrasportatore, fino all'inizio delle elementari. Il suo attaccamento è disorganizzato, riferito e riferibile solo al materno perché, ad un certo punto, quando per frequentare la prima elementare la madre diventa stanziale, il padre semplicemente scompare e non tornerà più. Si susseguono nuovi compagni della mamma e un fratello il cui padre, nuovamente abbandonico, viene ad un certo punto accusato di molestie sessuali ai suoi danni. La descrizione dei fatti è farraginoso, quasi inesistente; quel che esiste è un disperato bisogno di riconoscimento del maschile vissuto come ingannevole, sfuggente, abbandonico. Si alimenta persino la fantasia che quest'uomo tentasse di ricostruire il rapporto con la madre *per fare quelle cose con me*.

Non è "normale" né normalizzante non esistere nella mente del genitore ed è questo che condanna ad una adolescenza violenta o pericolosamente seduttiva o talmente disperata da preferire il suicidio ad una vita senza rispecchiamento.

Adolescenza e nuova struttura del pensiero

I ragazzi di oggi posseggono una *forma mentis* differente da quella dei loro genitori, non tanto e non solo perché caratterizzata da contenuti valoriali differenti, così come accaduto in ogni passaggio generazionale, ma per il fatto che essa funziona di fatto in modo differente, attingendo in maniera massiva al linguaggio iconico e impoverendosi sul versante narrativo, linguistico e concettuale.

La mente iconica nasce da uno sviluppo esperienziale al cui centro non è più la relazione interpersonale ma un suo surrogato: la relazione mediata da immagini. Stiamo parlando di un continuum variegato in cui le due tipologie di relazione si alternano con un diverso peso. Non abbiamo quindi la scomparsa della relazione interpersonale ma una sua radicale trasformazione che esautora alcuni elementi determinanti per la formazione del Sé, quali la dimensione empatica,

dialogica e di orientamento, in favore, soprattutto da parte dei genitori di un accudimento centrato sul benessere materiale e l'assenza di frustrazione. Il vuoto narrativo causato dalla perdita di relazioni capaci di dare significato al mondo, di modulare le emozioni, di alimentare le funzioni riflessive, viene cannibalizzato dal dominio visuale, con la costituzione di mondi virtuali che funzionano seguendo le leggi della fruizione simultanea, della semplicità, della velocità, della contrazione linguistica: tutti fenomeni che indeboliscono il pensiero riflessivo, l'accesso al Sé, la costruzione di un Sé narrativo.

L'organizzazione del mentale si è organizzata per secoli intorno alla capacità narrativa. La tradizione orale è stata soppiantata dalla scrittura, la quale ha esaltato e potenziato le caratteristiche della narrazione rendendola fruibile a grandi masse e su grandi distanze.

La tradizione narrativa è fondamento del nostro esistere ed ha dato luogo ad uno sviluppo della mente organizzata intorno al concetto di sequenzialità che viene scalzata dal visivo rapido.

La capacità di accedere al mondo interiore si complica e viene sostituita dalla finzionalità dell'apparenza, ovvero di ciò che può essere visto. Ciò che può essere visto diventa vero e assume significato nel reale.

La fatica ad elaborare le frustrazioni costringe l'adolescente a rifugiarsi in pratiche identitarie alternative capaci di rassicurazione, dal numero di like all'esibizione di un corpo che sia perfetto agli occhi degli altri.

Lo sguardo altrui, per quanto giudicante, diviene ristoro nell'illusione di controllare il timore di non essere all'altezza delle proprie aspettative.

L'impossibilità di raccontarsi per ciò che si è davvero è la causa di Sé fragili, incapaci di reggere le frustrazioni e condizionati da immagini onnipotenti. La difficoltà di accesso alle proprie emozioni rende il mondo emotivo spaventoso proprio perché ignoto e inibisce la funzione riflessiva rendendo possibili e forse apparentemente terapeutici i passaggi all'atto.

Alcune considerazioni sulla letteratura

In *PubMed* un primo dato interessante da rilevare è che nell'ultimo quinquennio 2019-2024 si assiste ad un notevole incremento del numero degli articoli pubblicati. Così, per esempio, utilizzando la stringa di ricerca "*gender identity*" si passa da 56 articoli nel 1974 a 2695 nel 2023. Questo è un primo indicatore dell'interesse crescente della letteratura scientifica verso i temi legati all'identità nelle sue varie declinazioni. Naturalmente la pubblicistica più strettamente medica considera in modo esaustivo le implicazioni fisiologiche legate all'ipotalamo, le terapie ormonali, gli aspetti epidemiologici e altro. L'approccio è quasi sempre a base statistica. Alcuni autori lamentano la mancanza di revisioni sistematiche su base statistica (Bragazzi, Khamisy-Farah & Converti, 2022).

Scarseggiano i lavori ad indirizzo psicodinamico, impostazione teorica meno considerata nel mondo anglosassone. *PsycInfo* è il database dell'American Psychological Association. Una grande raccolta di materiali per la psicologia e le scienze sociali. La stringa utilizzata nella ricerca è sempre stata “*gender identity*”. I contributi trovati ammontano a 44.645. Molti di questi considerano l'aspetto psicometrico. Date le caratteristiche composite della popolazione americana non mancano valutazioni che comprendano gruppi etnici diversi. Si tende spesso a isolare determinate variabili presenti in gruppi definiti per poi misurarne i cambiamenti. Predominano gli approcci empirici e quantitativi, sempre in linea con la tradizione anglosassone. Gli aspetti di personalità sono poco considerati. Anche per la letteratura europea, meno legata ai paradigmi delle scienze della natura, si nota un incremento negli ultimi anni. Una certa attenzione viene posta sui mutamenti nosografici e in particolare il passaggio dal disturbo di identità di genere alla disforia di genere. I testi più datati anche di stampo psicodinamico utilizzano ancora le categorie legate al transessualismo (Baldaro Verde, 1991), mentre il quadro attuale è molto più articolato. Interessante notare come il termine transessualismo ricompaia nella versione più recente del DSM. In generale si può affermare che l'approccio psicodinamico in molte sue declinazioni si sofferma maggiormente sugli aspetti identitari e di personalità, nonché sull'ontogenesi.

La nosografia

È utile considerare l'evoluzione degli aspetti classificatori e descrittivi a partire dalla manualistica più in uso, perché questo aiuta a capire l'evoluzione del pensiero clinico rispetto ai problemi dell'individuazione di genere. La definizione classica da cui partire è quella del disturbo di identità di genere. Il DSM-IV (1996, p. 583) inquadra il fenomeno nel grande capitolo dei disturbi sessuali e dell'identità di genere, insieme alle parafilie e alle disfunzioni sessuali.

Criteria A

Deve esserci prova di un persistente malessere riguardo alla propria assegnazione sessuale, oppure un senso di estraneità riguardo al ruolo di genere del proprio sesso.

Criteria C

Per fare diagnosi deve esservi prova di un disagio significativo sul piano clinico, oppure una compromissione significativa dell'area sociale, lavorativa, o di altre aree importanti del funzionamento.

Seguendo questa impostazione, si nota sempre il prevalere di una dimensione psicopatologica classica per cui si descrive, si fa una diagnosi e si prescrive una terapia. Anche il termine disturbo ci riconduce in maniera chiara al disagio psichico. Sul versante clinico bisogna considerare la presenza di un malessere, ovvero il fatto che la persona implicata non si senta bene nella condizione in cui si trova. Per malessere si intende una sensazione di dolore e di disagio legata al fatto che il

Sesso assegnato non è quello a cui la persona sente di appartenere. Questa sensazione non è subito classificabile come un disturbo, categoria clinica e nosografica individuabile con criteri diagnostici più precisi. Il malessere è una sensazione indefinita che può permeare in maniera più o meno sottile l'intera vita psicologica di una persona. Spesso confondiamo i due aspetti catalogando subito il malessere come disturbo per una nostra difficoltà intrinseca a tollerare aspetti egodistonici o che ci mettono in difficoltà con noi stessi. Altro criterio che viene elencato per poter fare una diagnosi è il calo di funzionamento in ambito sociale o professionale. L'esordio viene individuato a partire dai 2/4 anni. Per quanto riguarda i bambini i sintomi vengono ascritti al comparire di comportamenti e atteggiamenti di tipo femminile e alla preferenza di compagnie femminili. Per le bambine il contrario. Per entrambi si denota un atteggiamento dismorfofobico, oltre a un desiderio espresso in vario modo di appartenere al sesso opposto. Viene anche sottolineato l'elemento della sofferenza legato a questa condizione soggettiva. Questa situazione comprende orientamenti di tipo omosessuale ed eterosessuale. In alcuni casi si registra un astensionismo verso entrambi i sessi. Una cosa interessante che viene più volte sottolineata è che il desiderio di appartenere all'altro sesso si declina sia sul lato anatomico e dell'aspetto sia riguardo al ruolo sociale proprio dei due sessi.

Con il DSM-5 (2014, p. 527) si introduce la categoria di "disforia di genere". Da notare che nella sezione dei criteri diagnostici e codici le si dedica un capitolo specifico, affiancato a categorie di disturbi che invece nella parte descrittiva si declinano in molteplici sottocategorie. Già nella parte introduttiva si legge che: "L'ambito del sesso e del genere è fortemente controverso". Come criterio iniziale si introduce l'aspetto biologico: "I termini sesso e sessuale sono riferiti agli indicatori biologici di maschio e femmina". Compare anche il termine identità riferito al desiderio di cambiamento: "Alcuni individui sviluppano un'identità come maschio o come femmina in contrasto con il loro set di indicatori biologici e funzionali". Qui viene considerata l'interazione dei fattori biologici con quelli sociali. Si parla anche di identità sociale e di ruolo. Bisogna sottolineare che si assiste a una notevole evoluzione del pensiero clinico rispetto alle prime categorizzazioni. Le comorbilità si collegano a una presenza importante di problemi legati all'emotività e al comportamento: "Ansia, disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e depressivi". Si nota anche un'incidenza maggiore di disturbi dello spettro autistico.

È uscita di recente l'edizione italiana del DSM-5-TR (2023, pp. 614-615). Permane la disforia di genere come entità nosografica autonoma. Si fa sempre riferimento come primo criterio identificativo agli indicatori biologici. Viene potenziata ulteriormente l'importanza dell'aspetto socioculturale legato al genere, sempre in relazione ai fattori biologici. Compaiono anche le categorie intermedie del *gender fluid* e genere neutro. Si registra la presenza nella società di numerose categorie di genere che vanno oltre l'attribuzione tradizionale di maschile e femminile. In questo modo: "Disforia di genere, come termine descrittivo generale, si riferisce alla sofferenza che può

accompagnare l'incongruenza tra il proprio genere esperito o espresso e il genere assegnato". Vengono poi descritte le 3 categorie: "Transgender si riferisce all'ampio spettro di individui la cui identità di genere è diversa dal genere assegnato alla nascita. Cisgender descrive individui la cui espressione di genere è congruente con il genere assegnato alla nascita. Transessuale, termine storico, indica un individuo che desidera attuare, sta attuando o ha attuato una transizione da maschio a femmina o da femmina a maschio". Dopo questo allargamento di prospettiva si assiste a un improvviso cambio di tono, per cui: "Il termine attuale (disforia n.d.t.) è più descrittivo rispetto al precedente termine disturbo dell'identità di genere utilizzato nel DSM-IV e si concentra sulla disforia come problema clinico e non sull'identità in sé".

Famiglia e società

In questa parte del lavoro si riprenderanno in maniera più sistematica alcune considerazioni espresse nei paragrafi iniziali.

Il quadro attuale vede accanto alle famiglie normocostituite una serie di formazioni sociali dai caratteri assai diversificati. Si va dalle famiglie ricostruite su spezzoni di relazioni precedenti a famiglie con genitori dello stesso sesso a realtà allargate in cui alla nuova situazione si sovrappongono persone che vengono da relazioni precedenti (per esempio un padre separato con una ex moglie con cui ha un figlio si risposa, concepisce un nuovo figlio, si separa di nuovo senza interrompere i rapporti con la prima moglie cui affida anche il secondo figlio). Un'attenzione particolare meritano le separazioni che nella maggior parte dei casi producono danni sui bambini e le bambine. In molti casi durante separazioni particolarmente turbolente bambini e bambine vengono strumentalizzati e utilizzati nel conflitto in corso per attaccare l'altro coniuge e ottenere vantaggi presunti dalla situazione in corso. Possiamo aggiungere i genitori separati che rimangono single con dei figli o delle figlie con cui strutturano in molti casi dei rapporti simbiotici di alleanza esclusiva contro un mondo esterno che viene percepito come indifferente o nel peggiore dei casi minaccioso. Vi sono inoltre le separazioni in casa, in cui uno spezzone di famiglia si coalizza spesso con grande accanimento contro uno dei due membri della coppia genitoriale in una guerra intestina e dolorosa che non vede né vinti né vincitori. Sullo sfondo di questo quadro confuso e difficile si muovono generazioni di adulti e una società con delle caratteristiche uniche e peculiari che vale la pena di descrivere. Gli adulti di oggi spesso presentano dei quadri di personalità con tratti narcisistici o infantilizzati. Faticano a contenere, istruire, educare. Sono presi nei propri piaceri o in ciò che ritengono tali e non prestano attenzione ai loro figli che si attendono uno sguardo, una parola, un'indicazione sul senso della vita. Bambini e adolescenti sono abbandonati a sé stessi senza alcuna guida e rassicurazione. Nello studio di psicoterapia capita sempre più spesso di incontrare

dei giovani adulti che anche senza una patologia grave conclamata chiedono una consultazione. Ad un esame più approfondito emergono al massimo dei quadri ansiosi costellati a volte da crisi di panico improvvise facilmente controllabili da un punto di vista farmacologico o (specie nelle ragazze) aspetti dimorfofobici legati a difficoltà nell'alimentazione o al confronto con un ideale di corpo levigato e plastificato che nella realtà non esiste. In questo caso non sono delle anoressiche conclamate. Spesso questi ragazzi e queste ragazze hanno delle storie da raccontare. Non si tratta di abusi, violenze o vicende tragiche ma delle storie della loro vita, di problemi e situazioni che a un adulto possono sembrare senza importanza e che invece per loro sono centrali. Il problema è che sino ad allora nessuno li ha ascoltati con interesse, empatia, senza giudizio, aiutandoli a capire, a dare un senso, a scegliere una direzione. E qui avviene il miracolo: dopo un po' le crisi di panico divengono più rare, crescono, danno gli esami all'università, fanno esperienze, provano a trovare un compagno o una compagna, in alcuni casi ampliano i loro interessi culturali rispetto a quanto propone la scuola. Le ragazze capiscono di essere belle e femminili anche senza un corpo disegnato dal computer, studiano con più passione e iniziano le prime esperienze di lavoro, si dedicano alla danza e alle loro attività extracurricolari in compagnia delle loro amiche, escono e si fanno belle per i ragazzi, accettano di nutrirsi in maniera adeguata, stanno meglio. Quello che offre il terapeuta è un ascolto onesto e privo di pregiudizi e una condivisione autentica di quanto viene portato nel setting. Si capisce bene come in un quadro del genere in fase evolutiva sul piano delle identificazioni e delle identità possano generarsi degli incidenti interpretativi atti a risolvere lo stato di dubbio denegando parti del sé che lo costituiscono.

A questo punto occorre fare delle distinzioni: oltre al mondo delle disforie e delle transizioni di genere esistono una serie di tipologie che vanno a sommarsi alle prime sino a comporre un quadro vasto e variegato:

- Transessuale, che secondo la recente definizione del DSM-5-TR è una persona che vuole effettuare una transizione dal maschile al femminile o viceversa.
- *Gender fluid*: fluttuazione tra generi diversi.
- Neutro: senza un genere sessuale.
- Cisgender: chi si riconosce nel sesso assegnato.
- Pangender: si identificano con entrambi o più generi.
- *Demyboy* o *demygirl*: parziale identificazione con un genere.
- *Genderqueer*, genere neutro, terzo genere, genere neutro all'interno dello spettro uomo donna o fuori, non completamente conformi al genere assegnato.

Chi scrive ritiene che il maschile e il femminile esistano. Sicuramente sono aspetti transculturali, che mutano nel tempo. Oltre a questo, bisogna aggiungere la variabilità individuale per cui ogni persona esprime il proprio maschile e il proprio femminile in modo unico e irripetibile. Inoltre,

queste due dimensioni non sono mai declinate in maniera assoluta all'interno di un singolo individuo: in ogni maschile c'è una parte di femminile e viceversa: "Ermafroditismo psichico: Concezione originale adleriana che ravvisa in ogni individuo tendenze caratteristiche del sesso opposto. L'ermafroditismo psichico è più marcato in età infantile, poiché la differenziazione sessuale si accentua con la crescita" (Parenti, 1987, p. 142).

Detto questo il quadro attuale presenta una serie di caratteristiche che per molti aspetti affondano la loro origine in una serie di identificazioni mancate o carenti a livello familiare. In altre parole: gli adulti di oggi, i genitori in molti casi non offrono modelli identificatori sufficientemente strutturati per arrivare a una definizione completa di questi aspetti della propria personalità. Mancano la stabilità, la compartecipazione emotiva, le cure primarie, i modelli, il tempo speso con i figli, l'aspetto normativo, le più elementari norme educative. Il lavoro quotidiano con i pazienti ci mette costantemente in contatto con le conseguenze di questa situazione sociale.

Accanto a queste considerazioni ci piace inserire un'osservazione di Massimo Ammaniti (2001, p. 185). Si tratta di un testo un poco datato ma ancora ricco di spunti vitali e interessanti:

Non è possibile avere un'immagine accurata e precisa di ciò che avviene nella mente di un bambino di due-tre anni, tuttavia ciò che sembra accadere nella maggior parte dei casi è che i bambini tentano di gestire la loro profonda ansia di separazione, determinata come abbiamo visto dall'inaccessibilità materna, creando una fantasia risolutoria in cui si immaginano di "essere la mamma" piuttosto che "di essere con la mamma". In effetti con questa strategia sostituiscono la relazione con la madre con una identificazione materna.

Anche in questo caso emerge la centralità degli aspetti identificatori. Vorremmo qui segnalare un fenomeno a conferma le considerazioni esposte sopra. Con pazienti giovani capita sempre più spesso che nella fase di ricostruzione della costellazione familiare emerga poco. Le figure genitoriali sono sbiadite, rivelano scarsa traccia, vengono descritte con un'aggettivazione povera, sono inconsistenti. In molti casi la descrizione e il racconto si colorano molto di più quando parlano di figure altre, fuori dalla famiglia in senso stretto, come per esempio i nonni. Questa è una prova di come le figure genitoriali vengano scarsamente interiorizzate sia nei loro aspetti positivi che negativi e anche sul piano dell'identità di genere. Come dire: un padre assente non lascia traccia, una madre inaccessibile produce effetti avversi.

La storia di Gio

Gio viene alla consultazione all'età di 15 anni accompagnata dalla madre per una tendenza al ritiro sociale, sintomatologia ansioso-depressiva, importante disturbo del sonno, *self cutting* e frequenza

scolastica non regolare. La madre riferisce che sin dai 9/10 anni voleva indossare abiti maschili, era sin da subito molto selettiva nelle amicizie, faticava a frequentare la scuola a partire dalle medie. Inoltre, il ciclo mestruale non veniva accettato. È una ragazza ma è vestita in modo maschile: felpa nera sformata con un grosso cappuccio in testa, pantaloni larghissimi, camminata di tipo maschile. Si presenta come Gio, non vuole essere chiamata con il suo nome di battesimo Giovanna. Ha sospeso la frequenza del primo anno delle superiori. Intelligenza brillante, molti interessi che però non riesce a portare avanti, come per esempio la lettura, il disegno, viaggiare, le lingue straniere. Capelli a spazzola, molto pallida. Alla visita medica si rivelano la fasciatura al seno, biancheria maschile, corporatura normale, curata nell'igiene. Presenta tagli e bruciature sulle braccia. Ultimogenita non desiderata. Due fratelli maschi più grandi con cui condivideva interessi tipicamente maschili. Un padre sempre in viaggio. Genitori separati alla sua nascita. Riferisce di sentirsi la causa della separazione. Il padre ha un'altra compagna e con essa un figlio maschio di 6 anni. Gio riferisce scarsità di rapporti con il genitore. Madre: disoccupata. Lavorava come segretaria e non avendo completato l'università non ha potuto realizzare il sogno di diventare insegnante. Madre e figli vivono con i nonni materni. Nonna quasi cieca. La condizione della madre in questa situazione è quella di figlia, come si è avuto modo di osservare durante i colloqui. Madre e figli dormono tutti insieme. Durante la presa in carico si concorda che vi sia un telo di separazione nella stanza tra madre e figli. Questo anche in base al fatto che Gio lamenta di non avere uno spazio fisico e emotivo per sé. Su questo aspetto ritorna molte volte. Il padre: molto sintonizzato sulla sua nuova famiglia. Con Gio si rapporta come se avesse a che fare con un essere incomprensibile. Anche lui conferma che è arrivata per caso. La coppia genitoriale non dimostra conflittualità aperta. Con ogni probabilità si sono separati mentre il padre aveva già la nuova compagna. Conoscendo Gio emerge meglio l'aspetto depressivo accompagnato da un vissuto di importante svalutazione oltre all'angoscia di trovarsi in un corpo non suo. L'angoscia assume caratteri sempre crescenti sino a culminare in una telefonata alla figura terapeutica in cui verbalizza il fatto di trovarsi sul tetto di un palazzo e di guardare giù e voler farla finita. In questa fase assume una terapia polifarmacologica con una buona compliance nonostante le iniziali resistenze del padre e frequenta colloqui psicoterapeutici con cadenza settimanale. Il motivo scatenante di questo episodio è il fatto che i genitori di una ragazza di cui era innamorata scoprono che Gio è una femmina e le impediscono di vederla. Inoltre, questa ragazzina rivolge le sue attenzioni a soggetti di sesso maschile. Dopo questo episodio segue un periodo di ricovero in psichiatria. In questo frangente il padre è obbligato a seguirla. Il ricovero dura due settimane. Durante le visite il padre è sempre al computer che lavora. Gio sottolinea questo fatto anche se parallelamente nella sua mente si fa strada l'idea che questo sia il modo di essere del padre, che però posto di fronte alla sofferenza di Gio inizia a entrare in contatto con la realtà della figlia. Questo lo porta ad assumere un atteggiamento più collaborativo

verso la terapia farmacologica, anche se continua a non presentarsi ai colloqui. La tappa dei 16 anni segna la fine dell'obbligo scolastico. Nel frattempo, la presenza di un'educatrice con cui stabilisce un rapporto di fiducia le facilita la frequenza scolastica, anche se due volte la settimana e con orario ridotto e lo svolgimento dei compiti a casa. Contestualmente viene inserita in un piccolo gruppo di adolescenti parte di un progetto protetto di autogestione in cui si occupa di una caffetteria in linea con il suo desiderio di diventare barman. È importante sottolineare che all'inizio del rapporto terapeutico non esprimeva nessuna progettualità. Verso i 17 anni si concretizza l'idea della transizione di genere. Inizia la terapia ormonale. Il padre si oppone. Non si presentano più tentativi anticonservativi e autolesionismo. Permangono la sofferenza e limitata integrazione sociale, che però migliora nel tempo. Alla fine del percorso inizia a lavorare nella ristorazione e viene presa in carico da un centro per la transizione di genere.

Conclusioni

La storia di Gio è assolutamente paradigmatica di quanto esposto in precedenza. Genitori distanti, isolamento sociale, depressione e agiti anticonservativi, abbandono scolastico. Questo induce anche a pensare che (come dicono anche le linee guida) nel caso dei transgender occorre decidere caso per caso dopo un'attenta valutazione clinica. È questa la nuova normalità o si tratta di costrutti che non hanno per ora possibilità di inquadramento nosografico? Per esempio, il ritiro sociale che si è sempre inquadrato come sintomo depressivo, lo è ancora? E se così è, come si collega all'aggressività intraparentale così spesso associata? Quest'ultima è primaria o reattiva o, ancora, andrebbe risignificata come difesa dalla costruzione di un Falso Sé?

Tematiche nuove che pongono al clinico problematiche farmacologiche non di poco conto e che, con ogni probabilità, condurranno, in ambito psicoterapeutico, a modifiche nella teoria della tecnica analitica. Mai come in questo frangente vale la distinzione adleriana tra percezione e appercezione; dovremo necessariamente imparare a ri-narrare la teoria durante il viaggio analitico e, forse, anche accettare che il viaggio analitico, come la vita, è senza ritorno.

La storia dell'analisi è percorsa di adattamento al fluire delle narrazioni e del tempo, riorganizzarla e rieditarla diviene necessario per poterla davvero utilizzare. Il punto di reperi oggi sembra essere una aggressività scomposta, sempre più dolente, incapace di gratitudine e persino di riconoscimento. Siamo abituati a pensare che i figli debbano essere riconoscenti ai genitori, ma raramente riflettiamo su ciò che i figli danno ai genitori e al dramma interiore dei figli verso cui i genitori non riescono a mostrarsi riconoscenti. Ri-conoscersi non corrisponde a chiedere per ottenere, non corrisponde all'essere certi di poter avere ma alla certezza interna di essere visti.

Questo è il viatico per potersi fidare ed affidare all'altro. E per affidarci tutti abbiamo bisogno di sentirci tenuti con lo sguardo.

Bibliografia

- A.A.V.V. (1996). *DSM-IV- Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson.
- A.A.V.V. (2004). *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Cortina.
- A.A.V.V. (2023). *DSM-5-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Cortina.
- Ammaniti, M. (a cura di). (2001). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Cortina.
- Ammaniti, M. (a cura di). (2002). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Cortina.
- Baldaro Verde, J. (1991). *L'enigma dell'identità. Il transessualismo*. Edizioni Gruppo Abele.
- Bragazzi, N.L., Khamisy-Farah, R. & Converti, M. (2022, May-June). Ensuring equitable, inclusive and meaningful gender identity- and sexual orientation-related data collection in the healthcare sector: insights from a critical, pragmatic systematic review of the literature. *Int. Rev Psychiatry*, 34 (3-4), 282-291.
- Fernandes, N., Gaitàn, L., Pechtelidis, Y. & Tomàs, C. (2020). *Children's lives in southern Europe*. Edward Elgar Publishing Limited.
- Jünger, E. (2019). *Al muro del tempo*. Adelphi.
- Lancini, M. (2022). *L'età tradita. Oltre i luoghi comuni sugli adolescenti*. Cortina.
- Molina, F. (2022). *Nascere in mascherina. Infanzia, famiglie e futuro dei bambini*. San Paolo.
- Paracchini, E., Pietropolli Charmet, G., Rossetti, A. & Spiniello, R. (2019). *Le ragazze sono cambiate*. Franco Angeli.
- Parenti, F. (1975). *Manuale ragionato di psicologia individuale*. Cortina.
- Parenti, F. (1987). *Alfred Adler*. Laterza.

Dal Rifugio alla Riserva Naturale.

Il lavoro sui confini nell'approccio terapeutico alla psicopatologia narcisistica

*di Matteo Crevani**

ABSTRACT (ITA)

Nel regime totalitario dell'organizzazione narcisistica i vissuti emotivi infantili sono spogliati di senso e relegati in una condizione di emarginazione. Laddove il Vero Sé sopravvive, esso si presenterà pertanto impoverito e denutrito, rifugiato in qualche anfratto della relazione terapeutica. Compito del terapeuta risulta essere quello di dare forma simbolica a tale rifugio, provando a svolgere una funzione di mediatore tra le quote scisse di Vero Sé e il Super-io patologico a capo dell'organizzazione. Attraverso i casi clinici riportati, proverò ad evidenziare come una lenta ma costante creazione di uno spazio per sognare renda il Vero Sé sempre più udibile. Tale spazio è raffigurabile in una riserva naturale in ampliamento, luogo in cui le emozioni possono iniziare a muoversi libere dal bracconaggio.

Parole chiave: sé, narcisismo, sogno, riserva naturale, psicopatologia

From Refuge to Natural Reserve.

Working on Boundaries in the Therapeutic Approach to Narcissistic Psychopathology

by Matteo Crevani

ABSTRACT (ENG)

In the totalitarian regime of the narcissistic organization, childhood emotional experiences are stripped of meaning and consigned to marginalization. Where the True Self survives, it emerges impoverished and malnourished, seeking refuge in hidden corners of the therapeutic relationship. The therapist's task is to give symbolic form to this refuge, serving as mediator between the split fragments of the True Self and the pathological Superego that dominates the organization. Through clinical case studies, I demonstrate how the slow but steady creation of a space for dreaming allows the True Self to become increasingly audible. This space can be envisioned as an expanding natural reserve where emotions can finally roam free from persecution.

Keywords: self, narcissism, dream, natural reserve, psychopathology

* Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo (I.I.P.G.) / Associazione Psicologia Individuale Alfred Adler Milano (APIAAM)

Introduzione

Durante una seduta, a circa un anno e mezzo di distanza dall'inizio della sua terapia a cadenza bisettimanale, un giovane paziente mi racconta uno dei suoi primi sogni. Narra di aver sognato un acquario all'interno del quale vi erano pesci grandi, probabilmente dei piranha, intenti a procreare pesci più piccoli, salvo poi divorarli a causa del poco spazio a disposizione e della necessità di nutrirsi in assenza di altro cibo.

Ritengo che non possa esserci modo migliore per sviluppare pensieri ed associazioni in merito al tema della sofferenza narcisistica se non a partire dal sogno di un paziente che di tale sofferenza ne è affetto. L'organizzazione narcisistica della personalità rappresenta un complesso funzionamento difensivo atto a salvaguardare l'immagine ideale dell'Io, in un processo ricorsivo capace di obliterare ogni forma di cicatrice emotiva e il relativo significato simbolico ad essa connesso. Ma il sogno non racconta solo il funzionamento dell'organizzazione della personalità, bensì anche la modalità con cui tale organizzazione boicotta la relazione terapeutica e il fine ultimo della terapia, rendendo evidenti gli ostacoli che ogni terapeuta deve essere pronto ad affrontare nel difficile lavoro con questo tipo di pazienti.

Credo sia pensiero condiviso dai colleghi che il fine ultimo della terapia sia quello di far nascere qualcosa e che questo qualcosa sia autentico. Ritengo inoltre che questo "qualcosa" possa essere identificabile con un bambino, o "un pesce piccolo", con l'obiettivo di rendere il paziente sufficientemente capace di prendersi cura di tale oggetto analitico, attraverso la costruzione di un "acquario" sufficientemente ampio da permettere lo sviluppo della biodiversità. Chiamo questo spazio la riserva naturale. Il bambino è autenticità, emozione e curiosità così dovrebbe essere altrettanto il prodotto del lavoro terapeutico. Ma cosa accade se nell'idea di quel bambino viene proiettato un "*terrore senza nome*" (Bion, 1962), il virus della distruzione. Ecco allora che quel bambino non deve venire al mondo.

Il rapporto che intrattiene l'organizzazione narcisistica della personalità con il Vero Sé (Winnicott, 1956) potrebbe essere definito di stampo mafioso-perverso. Con l'obiettivo di preservare l'immagine immacolata dell'Io, la difesa narcisistica impone una pseudo-protezione nei confronti dell'identità originaria: se il Vero sé non esiste, di conseguenza non può soffrire, inoltre se il Vero Sé non esiste l'immagine ideale di un Io invincibile, incapace di soffrire può sopravvivere. Dove prosegue quindi la sua esistenza il Vero Sé? In un luogo amputato della mente, simile sì forse ad un utero, ma sconosciuto nelle sue funzioni e caratteristiche. Ecco allora che rimane confinato in tale rifugio, proteggendo il paziente dall'esposizione all'esperienza emotiva dolorosa. In questa operazione abortiva si attualizza il disconoscimento dell'esistenza sia del Vero sé che del suo contenitore, ciò che finemente Lowen (1985) definisce come il rifiuto della realtà di un Sé

incorporato. Le modalità con cui avviene tale aborto sono di diversa natura, a seconda della gravità del paziente. Più arcaica è la natura dell'esperienza dolorosa, più primitive saranno le difese messe in atto per il processo di disconoscimento, che potrà intaccare il campo delle relazioni attraverso la scissione e l'identificazione proiettiva e nei casi più gravi, di stampo psicotico, il dato di realtà.

Possiamo tuttavia sintetizzare che, indipendentemente dalla gravità del paziente, il minimo comun denominatore del funzionamento narcisistico è il disconoscimento dei confini, delle pareti di gestazione necessarie per la nascita del Vero sé. Ritengo essere ciò l'aspetto cruciale su cui lavorare con questo tipo di pazienti. La personalità narcisistica non contempla l'esistenza del limite, perché il limite è contatto con il dolore. Eppure, la vita di un narcisista è estremamente limitata e limitante per chi vi entra in relazione. Le forme di controllo e manipolazione messe in atto dal narcisista si scontrano con la sua incapacità di sentirsi davvero libero dalla relazione che intrattiene con l'altro e dall'identità alternativa da lui costruita.

Appurati questi aspetti caratterizzanti il funzionamento dell'organizzazione patologica è ora più semplice capire l'importanza del sogno riportato dal mio paziente. Esso rappresentava fedelmente il nodo cruciale che paziente e terapeuta incontrano a un certo punto del percorso di cura. Il pesce grande (l'organizzazione narcisistica) divora il pesce piccolo (Il Vero sé in azione,¹ intriso di emotività), così anche il destino di ogni prodotto emotivo della relazione terapeutica sembra essere segnato. Nonostante questo sabotaggio, il sogno ci suggerisce tuttavia che è ora possibile iniziare a percepire l'acquario troppo stretto e il cibo scarseggiante: è il preludio ad un'integrazione.

Potere e Paranoia

Abbiamo definito il funzionamento dell'organizzazione narcisistica di stampo mafioso-perverso. Il primo ostacolo, pertanto, che il terapeuta deve fronteggiare consiste nella costruzione di un'alleanza terapeutica sufficientemente salda da promuovere in prospettiva lo sviluppo della capacità di *insight*. È bene sottolineare che un obiettivo di questo tipo è strettamente correlato alla profondità delle fondamenta dell'impalcatura difensiva del paziente. Ma come promuovere la consapevolezza emotiva in un luogo dove il potere è l'unica fonte di sopravvivenza? Come portare un dittatore a sviluppare un pensiero democratico?

Prima di occuparci di ciò dobbiamo avere bene a mente il funzionamento dell'organizzazione. Spesso le personalità con una grave sofferenza narcisistica raggiungono il nostro studio non tanto per un reale riconoscimento di un disagio, quanto per cercare un alleato nella loro eterna lotta contro i limiti della realtà familiare o sociale all'interno del quale sono inseriti. È il caso di Claudio,

¹ Il concetto di "Vero Sé in azione" trova la sua prima teorizzazione nel testo *Sulla Traslazione* di Donald Winnicott del 1956. Successivamente Margaret Little ne approfondì il significato nell'omonimo testo del 1993.

padre di tre bambini che, in seguito ad una separazione burrascosa, viene nel mio studio lamentando il suo malcontento nei confronti degli psicoterapeuti che hanno seguito sia la coppia genitoriale che i suoi figli. Identifica nei professionisti gli artefici del poco tempo (rispetto alle sue aspettative) a lui concesso con i bambini, della svalutazione della sua figura genitoriale e della creazione di un rapporto esclusivo dei minori con la figura materna. Emergono ben presto gli aspetti caratterizzanti la sua organizzazione personologica e identificabili in due elementi principali, elementi che ritengo siano centrali nel funzionamento difensivo narcisistico: il potere, o per meglio dire la costante ricerca di una posizione di potere all'interno delle relazioni, e la paranoia.

Il primo aspetto era facilmente rintracciabile nei suoi racconti, costellati da tentativi più o meno riusciti di manipolazione e controllo dei rapporti interpersonali: la costante lotta strategica e relativo boicottaggio dell'organizzazione genitoriale riguardante la gestione del tempo coi bambini e i rapporti con le altre figure di cornice, come i nonni e gli insegnanti, i tentativi di invasione dello spazio terapeutico del figlio maggiore con conseguenti rimostranze in merito alla necessità di un rimando sui temi trattati in seduta e alla validità degli stessi (spesso sconfessata se il fine ultimo non risultava la salvaguardia e elevazione del padre) ed infine le pressioni psicologiche rivolte ai figli, possibili testimoni nelle fantasie paterne dell'incapacità genitoriale della madre, ancora celata agli occhi del tribunale. In seduta, nella quale mi annunciò che era pronto a far terminare la terapia al figlio maggiore, ritenendo la collega non idonea e con l'obiettivo di "assumerne" una più esperta, mi raccontò di aver portato il ragazzo tredicenne a un seminario di papà separati, per poi interrogarlo sui temi trattati, al fine di mettere in luce le sue mancanze nella battaglia sulla difesa della figura paterna. Ciò che però mi colpì di più dell'esercizio del potere da parte di Claudio fu relativamente la relazione che intratteneva con me. Ho perso il conto dei video di seminari ricevuti per mail da parte del mio paziente inerenti a tematiche quali l'alienazione del minore, l'importanza della figura paterna in età evolutiva e la tutela dei minori a livello giuridico; una volta si presentò in studio con in "regalo" un saggio sulla coordinazione genitoriale. Ciò che Claudio ricercava era un alleato impeccabile e fedele alla sua dottrina, proprio come una nuova recluta all'interno di un clan mafioso. Onniscienza e onnipotenza dominavano la scena rendendo vano qualsiasi mio tentativo curioso di indagine della vita intrapsichica del mio paziente. Tutto veniva liquidato come una perdita di tempo causata da un "alleato distratto", quando l'attenzione doveva volgersi verso la realtà ostile che si opponeva alla realizzazione del volere paterno.

Entra qui in gioco il ruolo della paranoia nel mantenimento della tensione difensiva narcisistica. Che Claudio fosse un paziente con tratti paranoici significativi lo dimostrò la sua tendenza, confessatami successivamente, a registrare i colloqui con gli avvocati, le chiamate con la ex moglie e perfino i dialoghi con i propri figli, con l'obiettivo di essere preparato per qualsiasi tentativo di scacco nei confronti dei suoi diritti genitoriali. Confesso che ho sospettato, e sospetto tutt'ora, che

tale metodologia sia stata applicata anche alle nostre sedute, almeno le prime. Con questo non voglio sostenere che tutte le organizzazioni narcisistiche, le quali spaziano per gravità dal confine con la nevrosi a condizioni francamente psicotiche, manifestino una componente paranoica così conclamata. Tuttavia, voglio sottolineare il ruolo della paranoia nel processo di alimentazione della difesa narcisistica. Per descriverlo mi viene in aiuto un quadro di Francisco Goya che amo per la sua capacità evocativa e che ha per titolo *Saturno che divora i suoi figli*.² Nel dipinto è immortalato il Dio Crono, nome di Saturno nella cosmogonia greca, intento a divorare i suoi figli, mosso dal terrore di essere soppiantato e privato del potere da parte di uno di loro. Dei tanti aspetti che rendono il quadro unico e dalle molteplici interpretazioni, ciò che più colpisce risulta essere lo sguardo allucinato della figura di Saturno, che nulla ha a che vedere con l'immagine canonica di un Dio, puro e incorruttibile proprio come l'Ideale dell'Io nel narcisista. Al contrario, dal volto intento a divorare le carni del figlio è possibile scorgere l'umana sofferenza derivante dallo spasmodico tentativo di riparazione dell'errore della nascita, vista come preludio alla distruzione, mentre le mani serrate e il corpo anchilosato esprimono la tensione del momento. Le medesime sensazioni era possibile percepire, oltre la barriera del controtransfert, nello sguardo di Claudio mentre era intento nell'arringa delle sue pretese impossibili verso i suoi figli, verso i terapeuti e verso di me.

Il Corrotto e la Dogana

Come si può quindi accompagnare alla scoperta del limite chi sente il “tutto” come suo di diritto? Il percorso è lungo e accidentato, soprattutto nella gestione del controtransfert. Non serve infatti sottolineare che una qualsiasi presa di posizione nel nome di ciò che crediamo etico, sano e di valore non può che portare alla conclusione anticipata della relazione terapeutica. Mi viene qui in aiuto un pensiero di una persona che ha segnato il mio percorso di formazione e ha spesso donato preziosi consigli. Pensiero che potrei riformulare in questo modo: l'obiettivo della psicoterapia non è salvaguardare in ogni momento la verità oggettiva, bensì salvaguardare l'intenzione del percorso verso l'autenticità.

Il narcisista, al di là della sua voracità, porta in studio due aspetti innegabili, identificabili nella sua frustrazione, alimentata da un profondo senso di solitudine esistenziale, e nella sua incapacità di provare un reale nutrimento da ciò di cui si ciba. Anche se una caratteristica spesso tipica dei narcisisti, soprattutto quelli più gravi, è la metodica organizzazione tesa alla conquista, presto o tardi, verranno traditi dalla loro voracità, rimanendo costantemente inclini a rovinose cadute (da qui la loro tensione).

² Il dipinto è stato realizzato tra il 1820 e il 1823 ed è oggi conservato nel Museo del Prado di Madrid.

Seguo Vito da diversi anni due volte alla settimana, tempo che mi ha permesso di ricavare il materiale necessario per quanto segue. Vito è un uomo di 40 anni, ex pugile ora a capo di un'impresa di ristrutturazioni. Cresce all'interno di una famiglia altamente disfunzionale, segnata dalla povertà e dalla bassa istruzione, dominata da un padre despota incline alla violenza fisica e verbale. La madre sembra soffrire di una grave depressione, favorita dalla sottomissione della sua figura genitoriale e dalla morte della figlia maggiore all'età di 8 anni a causa di un tumore cerebrale. Un'immagine archetipica che ci ha accompagnato nel percorso terapeutico, raccontatami dal mio paziente, è quella di un Vito di 4 anni "biondo come un angioletto" che prova a consolare la madre su sua richiesta, suonando la "chitarrina" (un gioco che simulava la chitarra) mentre lei piange per la sorellina in ospedale. Crescendo Vito si avvicinò alla piccola criminalità organizzata e al lavoro nel mondo della sicurezza dei locali notturni, salvato dal pugilato rischiò più volte il tracollo economico, riuscendo tuttavia con perseveranza a trasformare la sua abilità manuale in un lavoro nel campo dell'edilizia ad oggi redditizio. Pur con un percorso scolastico interrotto in terza media, di Vito mi colpì la cultura generale e l'abilità nell'uso della parola, che tuttavia usava per deturpare ogni mio tentativo di confronto. Vito è alto e robusto, capace di incutere timore con la sua lunga barba e i tatuaggi sul viso, desideroso di mettere alla prova chi si pone sulla sua strada. Le sedute ruotavano attorno alla guerra fredda con i genitori, alla carenza di etica e rispetto nella società moderna, a spiccati pensieri misogini e a moti di vendetta, spesso perpetuata con atti intimidatori, nei confronti di chi non sottostava alle sue regole. Non serve sottolineare che la mia figura fu soggetta a diverse prove di valutazione, eppure, forse per la mia inesperienza, non ebbi mai davvero paura di lui. In una seduta descrisse perfettamente l'origine della sua frustrazione e come si struttura una organizzazione narcisistica patologica: *“Una cosa che mi crea grande piacere è far rimangiare alle persone che non credono in me il loro giudizio nei miei confronti. Lo diceva anche un mio amico pugile, la causa dell'ascesa di Hitler furono le politiche adottate contro la Germania alla fine della Prima guerra mondiale, politiche che portarono ad affamare il popolo tedesco. I marchi venivano bruciati per strada perché non valevano nulla. Hitler ha dato voce alla sofferenza del popolo e partendo dal nulla gliel'ha fatta vedere a tutti”*.

Attraverso il racconto del paziente è possibile identificare le caratteristiche del "Corruttore" a capo dell'organizzazione della personalità. I personaggi che apparivano in seduta erano spesso figure dal duplice volto, da un lato descritti come tiranni dalle capacità distruttive illimitate, dall'altro protettori onnipotenti e salvifici nei confronti di una società priva di valori. Ritengo tale oggetto ostile associabile ad un Super-Io patologico, particolarmente severo, la cui natura deriva da ciò che Rosenfeld (1964) definirebbe "narcisismo distruttivo" o, secondo la definizione di Green (1983), "narcisismo di morte". Mobilitata dalla pulsione di morte come matrice totalizzante dei legami, questa forma di narcisismo corrisponde alla idealizzazione di parti cattive del Sé volte a colonizzare la parte più sana della personalità, annichilendone la spinta libidica. Questa struttura

psicopatologica nega e rigetta ogni sentimento di dipendenza nei confronti dell'oggetto (incluso l'analista), proclamando la propria autoaffermazione, ma in realtà impedendo al paziente di sostare con le proprie emozioni e di entrare davvero in relazione con l'altro.

Seduta dopo seduta fu possibile per me constatare quanto anche i più delicati tentativi di interpretazione volti a rintracciare forme embrionali di Vero-sé venissero puntualmente abortiti attraverso un processo di mutazione e mutilazione del significato delle mie parole. Riprendendo il pensiero di Rosenfeld (1964), una parte debole dell'identità, identificabile nel racconto di Vito con il *popolo tedesco*, tenta di entrare in contatto con l'analista, ma non riesce a farlo perché esiste un'alleanza delle parti distruttive del Sé con gli oggetti parziali cattivi caratterizzanti la relazione. Steiner (1996), riprendendo gli aspetti caratterizzanti il modello teorico kleiniano, sottolinea come il rifugio strutturato dall'organizzazione patologica rappresenti l'espressione di una cristallizzazione del paziente in una specifica posizione ("rifugio della mente"), collocata tra la posizione schizoparanoide e la posizione depressiva ed operante un'azione difensiva nei confronti delle rispettive angosce di annichilimento e di elaborazione del lutto (Klein, 1946).

Questo aspetto mi fece riflettere in merito alla questione del rapporto coi confini e della creazione di uno spazio per sognare, o forse ancor più precisamente spazio per sognarsi, vale a dire per sognare Sé e il terapeuta in tutte le componenti Vere e False, riconoscendole come proprie.

Riporto qui il mio rimando a Vito: *“Mi chiedo perché abbia deciso di invadere la Russia, rimanendo tradito dall'inverno. In fondo aveva già dato dimostrazione della sua forza”*.

È fatto storico che la scelta ideologica di Hitler di invadere la Russia, incurante della possibilità del protrarsi della guerra nella stagione invernale, fu l'inizio della caduta della Germania nazista. Ritengo che *“la Russia d'inverno”* sia quel territorio sconosciuto all'interno del quale la rabbia e la sofferenza antica abbiano la possibilità di trovare un ascolto. Un luogo che va al di là del controllo dell'organizzazione patologica ed all'interno del quale ha origini il moto paranoico alla base della voracità. È un luogo che definirei imprevedibile tanto per il terapeuta quanto per il paziente e proprio per questo non perfettamente sovrapponibile al setting. Anzi, è uno spazio “fantasma” del setting, una “Dogana” dove paziente e terapeuta si possono incontrare davvero. Non invadere questo spazio, da parte del Super-Io e concedere questo spazio, da parte del terapeuta, significa permettere al paziente di respirare, di allentare la tensione e porre fine per un attimo alla voracità per affacciarsi assieme nel rifugio della mente all'interno del quale il Vero-Sé è relegato. Questo luogo non è una costruzione artificiale, bensì nasce a partire dalla capacità del terapeuta di sentirsi

³ Nel testo *I rifugi della mente. Organizzazioni patologiche della personalità nei pazienti psicotici, nevrotici e borderline* (1996, p. 29) John Steiner teorizza l'esistenza di una terza posizione in aggiunta al modello teorico kleiniano, definendola “posizione borderline”. Colloca questa posizione a cavallo tra la posizione schizoparanoide e quella depressiva.

un contenitore sufficientemente buono e ampio da sopportare la frustrazione della frattura del confine senza mai sottrarsi al rendere tale aspetto elemento di analisi.

Uso il termine frattura riprendendo il pensiero di Bleger (1967) e rimandando l'approfondimento agli scritti dell'autore. Bleger definì questi spazi fantasmatici con il termine di "brecce del setting" o forse più precisamente "brecce tra i due setting": il setting che propone e mantiene il terapeuta, accettato coscientemente dal paziente, e l'organizzazione patologica della personalità di cui il setting ne è il depositario. Durante la pratica clinica con pazienti non nevrotici e in particolar modo con pazienti con un'organizzazione narcisistica di personalità ho notato la pericolosità del sincretismo tra le due impalcature sopracitate. Questa condizione di agglutinazione, vale a dire di adesione priva di significato, porta il paziente a rispettare forse con puntualità la cornice terapeutica e il relativo contratto, ma facendolo attraverso un Io compiacente, adattato in funzione del mantenimento dell'organizzazione patologica. La posizione precedentemente definita "di rifugio" risulta essere complessa da gestire poiché può riguardare non soltanto il paziente, ma soprattutto la coppia terapeutica. Pazienti come Claudio e Vito hanno la tendenza ad indurre il terapeuta a limitarsi ad una relazione simbiotica con un oggetto parziale, relazione che, se idealizzata, produce una condizione di armonia alla quale è complesso sottrarsi. O'Shaughnessy (1992) definì con il termine *enclave* i moti di ritiro più o meno riusciti, da parte del paziente, capaci di indurre l'analista a spostarsi da zone di grande angoscia ad aree dove la compiacenza e il senso di onnipotenza dominano la scena. Controtransferalmente furono numerose le sedute in cui percepivo me e il paziente come due predicatori nel deserto, due Re Mida capaci di tramutare tutto in oro per poi ritrovarsi, alla fine di una seduta in cui nulla di nutriente era stato coltivato, con due grandi orecchie d'asino.

Eppure, qualcosa si muove e la Dogana è pronta a manifestarsi proprio laddove il setting non analizzato subisce le sue rotture. Riprendo ora il caso di Claudio esposto precedentemente. Durante un weekend, Claudio mi chiede di anticipare la sua seduta a causa di un contrattempo che l'avrebbe tenuto occupato il resto della settimana. Con il passare del tempo si era costruita un'alleanza terapeutica sufficientemente salda da renderlo estremamente rispettoso del nostro spazio e questo mi portò ad accogliere la sua richiesta che fin da subito percepii piuttosto insolita, considerando la rigidità con cui il paziente approcciava alla cornice terapeutica. La seduta sembrava progredire con le medesime dinamiche difensive citate precedentemente, tuttavia vi era una differenza determinante: noi eravamo lì, in una seduta che non doveva esistere, in uno spazio estraneo al baluardo difensivo. Claudio raccontò della sua rabbia nei confronti della sua ex moglie, colpevole di piangere e lamentarsi senza motivi validi, dall'alto dei privilegi di una famiglia pronta a supportare ogni sua decisione. Sottolineò inoltre che se fosse stato per lui avrebbe obbligato suo figlio a fare arrampicata proprio come fa lui, perché solo superando le sfide da soli si può diventare uomini, mentre suo figlio era coccolato come un principe da sua madre e dalla psicoterapeuta. Alla mia

richiesta se lui si fosse mai sentito davvero supportato mi disse che non se l'era mai chiesto e che comunque fin da piccolo ha imparato a cavarsela da solo dato che sua madre era troppo impegnata con altri uomini e suo padre troppo debole e dipendente da lei e dal gioco d'azzardo. Specificò che questo non doveva farmi pensare che fosse stato trattato come i figli degeneri a Sparta, buttati giù dalla rupe. La seduta durò 10 minuti in più del tempo canonico. Rimandai al paziente il senso di otturazione che caratterizzava tipicamente i nostri incontri, interpretando quello spazio fantasma come il tentativo di ricerca di uno luogo non saturato da queste figure persecutorie, un luogo dove finalmente era possibile tirare un sospiro di sollievo e provare a respirare. Mi sentii inoltre di rimandare che, anche se non dovevo immaginarlo come un figlio reietto di Sparta, me lo immaginavo a scalare quella rupe da solo, al freddo e senza protezioni, una situazione che rendeva impossibile sostare un attimo con ciò che provava. Claudio scoppiò in lacrime per la prima volta. Mi disse che non poteva fermarsi, non poteva permettersi di piangere, perché farlo avrebbe significato il crollo di ogni cosa. Mi raccontò di temere la rabbia che provava dentro di sé, di temere di non poterla controllare e mi mostrò una cicatrice tra i capelli rasati, facendomi intuire di essersela procurata in un momento di forte angoscia. La cicatrice, quella breccia nella nuca di Claudio, rappresentava il disvelamento del segreto protetto dalla sua organizzazione patologica, racchiudendo in sé due ferite: il clivaggio tra il mio contenitore e il suo rifugio e, ancor più in profondità, il lutto originario mai elaborato. Gli chiesi se volesse provare a usare le mie imbragature d'ora in avanti e percepii il suo stupore nello scoprire che quello spazio alternativo al suo rifugio, che corrispondeva al mio setting finalmente sognato, non era crollato con il suo pianto.

Rifugio e Riserva Naturale

Prima di addentrarmi nell'ultima parte del lavoro, focalizzata sulla rappresentazione simbolica dei costrutti di *rifugio* e *riserva naturale*, ritengo siano doverose alcune precisazioni. Attraverso la descrizione del caso clinico il mio intento non era sottolineare la necessità di una rottura del setting come strada maestra verso il Vero Sé. Al contrario, salvaguardare il setting, nelle sue costanti pensate, credo possa essere considerato all'unanimità elemento fondante un buon percorso terapeutico. Obiettivo del lavoro è porre piuttosto l'attenzione sul reale valore dei confini, intesi non solo come semplice cornice, ma come elemento di analisi cardinale alla base del processo trasformativo. Riprendendo il pensiero di Winnicott (1947), “se per il nevrotico, il divano, il calore e il benessere possono simboleggiare l'amore materno; per il paziente non nevrotico sarebbe più esatto dire che queste cose sono l'espressione fisica dell'amore dell'analista. Il divano è il grembo dell'analista o il suo ventre, e il calore è il calore vivo del corpo dell'analista”. La costruzione di uno spazio atto a favorire la capacità di sognare risulta pertanto determinante al fine di dare una

rappresentazione simbolica alle parti in causa fino ad ora descritte. Con questo non voglio dire che, una volta creato questo spazio, l'organizzazione patologica promossa dal Corrottoce cessa di esistere. I suoi moti difensivi nei confronti della verità emotiva, inevitabilmente dolorosa, continuano ad agire sottotraccia. Per dirla con una frase di un mio paziente: *“Ho iniziato a dedicarmi all'orto. Sto provando a far crescere il basilico, tuttavia più mi impegno, più le talpe divorano da sottoterra le radici”*. È altrettanto vero, come constatai nella pratica clinica, che risultava ora possibile ottenere qualche risultato nel processo di ammorbidimento del Super-io, attraverso quella che Strachey (1934) definirebbe una identificazione del paziente nella componente super-egoica dell'analista, differenziata nei suoi aspetti maggiormente benevoli dalle figure super-egoiche arcaiche del passato. Nel caso di Vito, ad esempio, la trasformazione simbolica dell'immagine del Corrottoce fu impressionante. Sé all'origine tale figura si celava dietro oggetti onnipotenti e totalitari ai quali essere fedeli, come il popolo tedesco nei confronti di Hitler, lentamente iniziò a tramutarsi in personaggi sì fastidiosi ma finalmente gestibili, verso i quali si poteva compiere un atto di disobbedienza. Insomma, prendendo in prestito le parole del mio analista, la trasformazione del Diavolo in un povero diavolo. Con il tempo questi aspetti della sua personalità trovarono un riconoscimento nella nostra relazione attraverso un linguaggio comune: la parte vendicativa del Corrottoce venne descritta come *“il lupo”*, mentre i pensieri onnipotenti e idealizzati, che accompagnavano Vito ad azioni platealmente magnanime nella speranza di un riconoscimento del suo valore, presero il nome di *“San Vito”* (dal nome del luogo d'origine della sua famiglia). A ciò si aggiunse la nascita di una terza istanza, identificabile come il *“cane pastore”*, capace di svolgere la funzione di mediatore tra i bisogni ora udibili del Vero Sé e le componenti sopracitate.

La breccia creatasi nella sua organizzazione di personalità rese inoltre possibile dare rappresentazione simbolica al rifugio all'interno del quale il Vero Sé era confinato. Come provato ad esporre fino ad ora, nel regime totalitario dell'organizzazione narcisistica i vissuti emotivi infantili sono spogliati di senso e relegati in una condizione di emarginazione. Laddove il Vero Sé sopravvive, esso si presenterà pertanto impoverito e denutrito, rifugiato in qualche anfratto dello spazio terapeutico. In accordo con varie correnti psicoanalitiche (Kernberg, 1984), è mio modo considerare il Vero Sé del paziente narcisista sottoposto ad una condizione di impoverimento depressivo e di perdita della sensorialità, celata dietro l'organizzazione difensiva patologica. In alcuni pazienti questo luogo si manifesta segnato dal senso di vuoto e perdizione, come nei sogni ricorrenti in cui Vito si trova abbandonato in un supermercato senza la possibilità di trovare una via d'uscita, in altri assume una dimensione claustrofobica: *“È molto silenzioso questo studio, è giusto così. Proviamo a creare un silenzio tombale. Hai mai provato a creare il silenzio assoluto? Hanno creato questa grotta profonda centinaia di metri e han messo questa persona dentro. Non c'era un suono, nessun rumore, il nulla, il vuoto.*

Queste persone impazzivano perché sentivano il loro battito cardiaco e il loro respiro era così forte da sentirlo in testa” (estratto di una seduta con un mio giovane paziente).

È possibile comprendere a partire da ciò che sto descrivendo l’insospettabilità dello spazio che si è venuto a creare, dettata dall’esposizione del paziente ad una duplice angoscia: l’angoscia paranoica di *impazzire* fino a sgretolarsi e, pur essendo pensabile solo a livello embrionale, l’elaborazione di un lutto originario, di un abbandono mai concepito. Pertanto, non deve stupirci l’apparente “peggioramento” sintomatologico dei nostri pazienti, esposti a tale verità, e la rabbia anche nei confronti del terapeuta, artefice di questo crollo. Ciò che però mi ha stupito personalmente è stata, in parallelo, la capacità di fiducia e riconoscimento valoriale sempre maggiore nei confronti del lavoro fatto assieme. Aspetti che portarono Vito ad accogliere il supporto psichiatrico, a separarsi da legami di cameratismo con personalità disfunzionali all’interno dei quali cominciava a sentirsi sempre più oppresso e a conservare sempre meglio le relazioni affettive nutrienti anche nei rapporti sentimentali.

Durante una seduta, in concomitanza con questi avvenimenti, Vito mi portò un sogno nuovo, non “il solito supermercato”. Mi raccontò di aver sognato una vecchia cascina, abbandonata nei campi dell’Oltrepò, vi entrava e trovava un bambino morto, non sapeva chi fosse ma nel sogno era disperato. Provava ad urlare, ma nessun suono usciva dalla sua bocca.

Entrare in contatto con quel bambino significava riconoscerne non solo l’esistenza ma soprattutto il suo destino. La fantasia di una “morte per abbandono” può assumere una dimensione tale da rendere legittima la paura di impazzire e quindi la costruzione di un’impalcatura difensiva psicopatologica. Ricordo le parole di una mia giovane paziente nel descrivere ciò che intendeva lei per morte: “*non esistere più per nessuno*”. La difesa nei confronti di tale paura porta tuttavia alla realizzazione del lutto originario, identificabile nella morte emotiva del bambino, confinato nell’utero materno e privato della capacità di sognare e desiderare. A questo livello la separazione non è nemmeno pensabile, esiste solo la sopravvivenza a patto di queste drammatiche condizioni. Ritengo sia centrale nell’evoluzione della patologia narcisistica il malfunzionamento del contenitore. Nel caso di Vito il rapporto contenitore-contenuto, caratterizzante la relazione con la figura materna, fu segnato da una perversa inversione di ruolo. Il bambino può esistere solo nella misura in cui, con la “chitarrina”, viene preposto come oggetto bonificatore, nemmeno riconosciuto nelle sue qualità, nei confronti delle scorie derivanti dalla depressione materna. In questo Falso-contenitore, in cui ogni desiderio viene sacrificato all’altare della sopravvivenza dell’utero, l’unico oggetto introiettabile, distruttivo ma almeno capace di sopravvivere in questa landa desolata, è il Super-Io paterno violento ed onnipotente, fondatore dell’organizzazione patologica narcisistica.

Sono convinto che quel sogno fu centrale nel percorso terapeutico di Vito, un vero momento di svolta. Entrare in contatto con la fine, con il grande segreto sepolto nella sua personalità fu il primo passo per consentire a Vito la rottura della sua coazione a ripetere. Le sedute divennero più ricche di contenuti emotivi e di desideri. Certo anche di paure e di momenti di profonda tristezza, sedute in cui ci accompagnava il pensiero “si stava meglio quando si stava peggio”. Lo spazio terapeutico riusciva ora a favorire il moto della curiosità verso gli aspetti emotivi caratterizzanti le relazioni. Considero la curiosità il metro di valutazione del buon funzionamento del contenitore emotivo e di conseguenza del percorso di terapia. La curiosità è intrinseca nel moto pulsionale libidico e promuove lo sviluppo di ciò che Bion (1965) definisce “capacità negativa”, vale a dire quella capacità, insita nel lavoro terapeutico, di sostare nell’incertezza e addentrarsi nell’ignoto. Attraverso tale capacità, per certi versi definibile anche come “capacità esplorativa”, è possibile ampliare lo spazio per sognare dentro di sé, superando si i confini, ma con la delicatezza del pensiero e non più con la violenza dell’agito. Curiosità, Delicatezza e Amorevoli Confini rappresentano gli strumenti che reputo cardinali nella pratica clinica. Per descrivere questi amorevoli confini userei l’immagine di una *riserva naturale in espansione*, un luogo in cui le emozioni possono iniziare a muoversi più liberamente, tutelate nei confronti delle forme di bracconaggio dell’organizzazione patologica che, come visto in precedenza, hanno come fine ultimo la mortificazione e lo snaturamento del vissuto emotivo. Una ragazza che seguo da alcuni anni in una seduta mi ha concesso una bella immagine di ciò che sto descrivendo: “*Ero in Liguria, alla spiaggia dei Saraceni, lei sa che ho paura ad allontanarmi troppo. Questa volta però ho deciso di non prendere la canoa con mio papà e sono andata a nuotare da sola. Mio papà mi ha preso in giro dicendomi ‘vai, vai al largo così muori’. Sta di fatto che ho scoperto una piccola baia piena di pesci! C’erano anche dei ragazzi che facevano i tuffi. E pensare che i miei si sono pure incagliati con la canoa e non riuscivano a tornare... voglio portare la macchina fotografica la prossima volta*”. Prendersi cura di quella baia ricca di biodiversità coincide con lo sviluppo della capacità di sognare ed è il fine ultimo del percorso terapeutico. Recentemente è accaduto uno scambio in seduta con Vito che mi ha colpito positivamente e per certi versi commosso. Raccontava di una visita fatta con la sua compagna, Carolina, a una cugina di lei che aveva partorito da pochi mesi. Carolina sottolineò a Vito di non essersi cambiato le scarpe, avendo mantenuto quelle da lavoro sporche. Vito mi raccontò che questo appunto gli diede fastidio, non solo perché a lui piacciono le sue scarpe da lavoro ma perché rappresentavano chi era (e forse il percorso faticoso che stava affrontando con me). Mi disse che in passato probabilmente avrebbero litigato e non sarebbe stato in grado di trattenersi dalla polemica, tuttavia non riusciva a distogliere l’attenzione da quel piccolo bambino che dormiva serenamente. Mi disse orgoglioso che non potevano litigare perché si sarebbe sicuramente svegliato.

Bibliografia

- Bion, W.R. (1957). Criteri differenziali tra personalità psicotica e non psicotica. In W.R. Bion, *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando, 1970.
- Bion, W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando, 1970.
- Bion, W.R. (1965). *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Armando, 2012.
- Bleger, J. (1967). Psicoanalisi del setting psicoanalitico. In C. Genovese, *Setting e processo psicoanalitico*. Raffaello Cortina, 1988.
- Green, A. (1983). *Narcisismo di vita narcisismo di morte*. Borla, 1992.
- Kernberg, O.F. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Bollati Boringhieri, 1987.
- Klein, M. (1946). Note sui meccanismi schizoidi. In M. Klein, *Scritti 1921-1958*. Boringhieri.
- Little, M. (1993). *Il Vero Sé in azione. Un'analisi con Winnicott*. Astrolabio.
- Lowen, A. (1985). *Il narcisismo. L'identità rinnegata*. Feltrinelli.
- O. Shaughnessy, E. (1992). Enclaves and Excursions. *The International Journal of Psychoanalysis*, 73 (4), 603-611.
- Rosenfeld, H.A. (1964). *Stati psicotici. Un approccio psicoanalitico*. Armando, 1990.
- Steiner, J. (1996). *I Rifugi della mente*. Bollati Boringhieri.
- Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 15, 127-159.
- Winnicott, D.W. (1947). L'odio nel controtransfert. In D.W. Winnicott, *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, 1975.
- Winnicott, D.W. (1956). Sulla traslazione. In C. Genovese, *Setting e Processo psicoanalitico*. Raffaello Cortina, 1988.

Studi adleriani

Rivista semestrale

Anno IV – N. 6 – 2024



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: *Paolo Bagnara, Barbara La Bella, Roberto Carnevali, Raffaella Ceruti, Matteo Crevani, Marco Lenzi, Camilla Mariani, Angela Francesca Molina, Claudia Elisabetta Muccinelli, Gloria Pavarini, Vincenzo Scaglione, Piera Simonini*