

Rivista di studi adleriani

Rivista semestrale

Anno II – N. 2 – Giugno 2022



Scuola
Adleriana di
Psicoterapia del
CRIFU



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

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

Comitato Tecnico-editoriale: Luca Siniscalco

Segreteria di redazione: Anna Cattaneo

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

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

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

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

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

Sito della rivista: www.scuolapsicoterapiacrifu.it

Direttore responsabile: Daniela Bosetto

ISSN: 2785-4604

SOMMARIO

PRESENTAZIONE	4
<i>Le finzioni di L. Multimorbilità tra depressione, aspetti ossessivi e narcisismo</i> di Bianca Maria de Adamich	6
<i>The use of the C.A.T. according to the Adlerian approach</i> di Davide Maria Giarratana	44
<i>Narrazione e creatività: la circolarità tra l'oralità, la rilevanza cognitiva e la scrittura</i> di Silvia Mariana De Marco	56
<i>The Will to Power in Adlerian Thought</i> di Claudia Muccinelli	76
<i>Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana (B – APP). Combinare l'efficacia del modello psicodinamico con le risorse e i tempi del SSN</i> di Stefania d'Ambrosio	90
<i>Adler e le neuroscienze: dallo stile di vita all'epigenetica</i> di Massimo Martucci	106
<i>La cooperazione tra i sessi (dalla protesta virile all'amore)</i> di Alice Pirò	126
EVENTI	140

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 terapeuta adleriani, attraverso un lavoro creativo, orientano il paziente scoraggiato verso una nuova progettualità.

Le finzioni di L.
**Multimorbilità tra depressione, aspetti ossessivi
e narcisismo**
*di Bianca Maria de Adamich**

ABSTRACT (ITA)

Il contributo prende in esame una psicoterapia della durata di oltre un anno e mezzo e ancora in corso, con il proposito di analizzarla attraverso alcuni tra gli spunti più interessanti forniti dall'orientamento adleriano allo scenario antropologico, ovvero finzione, bisogno di tenerezza, pensiero antitetico, ermafroditismo psichico, protesta virile e rabbia. Le linee interpretative psicodinamiche sono integrate da una valutazione psicodiagnostica, articolata in un'ipotesi di multimorbilità fra tre aree psicopatologiche evidenziate a livello clinico: depressione, ossessività e narcisismo. Attraverso un'analisi dei contributi forniti dal panorama scientifico attuale in ambito psicologico, è stato possibile dare un senso all'ipotesi di multimorbilità, che, accanto alla teoria e alla tecnica adleriane, si è rivelata un'utile chiave interpretativa nell'affrontare il caso clinico.

Parole chiave: psicoterapia, adleriana, finzioni, caso clinico, multimorbilità

The fictions of L.
**Multimorbidity between depression,
obsessiveness and narcissism**
by Bianca Maria de Adamich

ABSTRACT (ENG)

The contribution examines a psychotherapy lasting over a year and a half and still in progress, with the purpose of analyzing it through some of the most interesting insights provided by the Adlerian approach to the anthropological view, namely fiction, need for tenderness, antithetical thinking, psychic hermaphroditism, masculine protest and anger. The psychodynamic interpretative lines are supplemented by a psychodiagnostic assessment, which is articulated in a hypothesis of multimorbidity among three psychopathological areas highlighted at a clinical level: depression, obsessiveness and narcissism. Through an analysis of the contributions provided by the current scientific panorama in the psychological field, it was possible to make sense of the hypothesis of multimorbidity, which, alongside Adlerian theory and technique, proved to be a useful interpretative key in dealing with the clinical case.

Keywords: psychotherapy, Adlerian, fictions, clinical case, multimorbidity

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

Introduzione

Il contributo è volto alla trattazione di una psicoterapia della durata di oltre un anno e mezzo e ancora in corso, interpretata attraverso alcuni concetti fondamentali della Psicologia Individuale, che ne hanno caratterizzato le traiettorie cliniche, e arricchita da una valutazione psicodiagnostica, che costituirà un'ipotesi che si tenterà di dimostrare attraverso il ricorso ai contributi forniti dal panorama scientifico attuale in ambito psicologico.

Il caso clinico è interpretato attraverso alcuni tra gli spunti più interessanti forniti dall'orientamento adleriano al panorama antropologico, ovvero finzione, bisogno di tenerezza, pensiero antitetico, ermafroditismo psichico, protesta virile e rabbia.

Il contributo costituisce un estratto della tesi di specializzazione in psicoterapia della sottoscritta e, per ragioni di spazio, si focalizzerà l'attenzione sugli aspetti clinici e psicodiagnostici maggiormente significativi.

In particolare, verranno approfondite dal punto di vista psicodiagnostico le interazioni, nei termini di multimorbilità, tra le tre aree psicopatologiche evidenziate a livello clinico, ovvero depressione, ossessività e narcisismo.

È per tale motivo che per l'approfondimento degli aspetti teorici summenzionati si rimanda a numerosi contributi.¹

1. Le finzioni di L.

1.1 L'arrivo di L.

Il percorso psicoterapeutico con la paziente, che chiamiamo L., ha avuto avvio oltre un anno e mezzo fa e prosegue tuttora con regolarità.

Il lavoro psicoterapeutico è proseguito secondo le indicazioni teorico-metodologiche proprie dell'orientamento adleriano (Adler, 1920; 1935; Oberst & Stewart, 2003; Parenti, 1987; Parenti, 1983).

¹Per l'approfondimento dei concetti adleriani di finzione, bisogno di tenerezza, pensiero antitetico, ermafroditismo psichico, protesta virile e rabbia, si rimanda alle seguenti letture (l'elenco non è esaustivo, bensì indicativo): Adler, 1910; 1912; 1914; 1920; 1931; Ansbacher & Ansbacher, 1956; Balzano, 2011; Bosetto, 2010; Canzano, 2007; de Adamich, 2021; de Adamich & Antonietti, 2021; Filippi, 2014; Hillman, 1983; Maiullari, de Adamich & Fragapane, 2019; Mezzena, 1981; 1988; 1994; Oberst, Ibarz & León, 2004; Oberst & Stewart, 2003; Pagani, 2000; 2002; 2006; Rota Surra, 1999; Vaehinger, 1911.

L. è una donna alla soglia dei quarant'anni, che giunge al consulto per via di una grave depressione, da lei collegata a una delusione amorosa.

La domanda esplicita iniziale si riferisce al bisogno di un supporto legato al suo presente, senza il desiderio di un approfondimento del proprio passato, poiché L. ritiene di possedere una buona capacità autocritica, ma di non riuscire a trovare soluzioni per gestire il proprio stato di depressione e di difficoltà nel quotidiano.

Con una forte aspettativa di soluzione della propria condizione, L. riferisce di alternare alcuni giorni “a letto” ad altri giorni in cui sente un umore e un'operatività migliori.

L. racconta di aver avuto una prima relazione di lunga durata, con un compagno che vestiva ai suoi occhi il ruolo di amico, più che di amante; la relazione terminò quando L. si innamorò di un altro uomo e abbandonò il compagno. La separazione, racconta, fu molto dolorosa per lei, in particolar modo per via del fatto di aver arrecato sofferenza a una persona a lei molto cara, con cui, infatti, riuscì a mantenere un rapporto di profonda stima e di amicizia.

Accade poi che l'uomo di cui L. si era innamorata la lasciò, perché, giunti a un momento di svolta per la coppia, lei ammise di non avere intenzione di sposarlo.

In seguito alla conclusione della relazione con il partner, L. iniziò a provare una potente rabbia per l'abbandono vissuto, riponendo la responsabilità all'esterno di sé, secondo un locus of control esterno, per preservare la propria percezione interna di sicurezza e poter gestire il dolore. Non riuscì quindi a elaborare la rottura in modo funzionale, ma la canalizzò in senso aggressivo e, successivamente, depressivo.

Fu dunque l'abbandono il motivo scatenante della sofferenza della paziente, che, come avremo modo di analizzare tra breve, aveva riattivato il vissuto, sperimentato in infanzia, di non poter essere amata.

Durante gli anni successivi alla rottura con il secondo partner, L. intraprese svariate relazioni non impegnative, spesso di lunga durata, con uomini sempre più giovani di lei. I compagni che L. sceglieva erano uomini superficiali e poco impegnativi, con i quali era possibile improntare una frequentazione piacevole e a breve termine.

Dopo qualche anno, un evento irruppe nella frenetica vita della paziente, segnando uno spartiacque esistenziale: il lutto del suo cane. L. amava profondamente il proprio cane, da cui sentiva di ricevere un affetto incondizionato, perenne e certo, nonché una vicinanza fisica calorosa, e a cui lei riservava tutto l'amore che era incapace di rivolgere agli esseri umani. Quel lutto assunse così il valore di conferma della sua condizione di carenza affettiva.

La breccia, aperta da quel dolore profondo, nella propria corazza fu l'origine di un nuovo capitolo di vita per L., che si avvicinò a una dimensione esistenziale più profonda, anche se più faticosa da gestire; interruppe così la ricerca di svago e di leggerezza e intraprese un percorso

personale di rivalutazione dei propri valori e dei propri obiettivi di vita, dando inizio alla propria ricerca di un senso.

Durante gli anni di elaborazione, accompagnati da un costante stato depressivo, L. incontrò un terzo uomo, di cui si invaghì e con cui intraprese una relazione molto intensa. Da quel momento, l'umore di L. iniziò a migliorare e i due compagni vissero alcuni mesi felici, nonostante gli usuali dubbi di L. sull'autenticità dei propri sentimenti. La relazione appagava il bisogno di introspezione e profondità a cui L. era giunta ad aspirare, che si concretizzò, però, in un'idealizzazione ossessiva del compagno. A riguardo, L. affermò di cercare qualcuno da proteggere: cercava un uomo che avesse il ruolo di figlio all'interno di una coppia impostata gerarchicamente, perché questo la gratificava; ecco il bisogno di essere essenziale per l'altro, al fine di trovare un'utilità a livello esistenziale e sentire quell'onnipotenza che, attraverso la conferma dell'altro, la aiutava ad affrontare il proprio vuoto.

Come da copione, al momento di intraprendere una direzione di coppia, L. si ritirò e fu abbandonata un'ulteriore volta. Annientata dallo stato abbandonico, L. attuò un disperato tentativo di riacquisire potere e di tutelarsi dall'ennesima ferita narcisistica: tornò dal compagno, gli dichiarò l'amore mai espresso a parole, per poi chiudere definitivamente lei stessa la relazione. Quell'uomo, però, si era rivelato ai suoi occhi un degno rivale nella guerra relazionale² intrapresa da tutta la vita: ecco che riprese vigore una potente rabbia nei confronti del compagno, da una parte idealizzato e dall'altra svalutato, ma anche nei confronti di se stessa.

È così che tale rottura costituì per L. l'inizio di una terza ondata di forte depressione e di ritiro dall'ambito lavorativo, preludio della richiesta di una seconda psicoterapia.

Ecco che L. mi contatta; giunge al consulto per via del proprio stato depressivo e con l'obiettivo cosciente di trovare un compagno con cui non ripetere gli stessi errori. Alle porte del percorso terapeutico, L. sente quindi il bisogno di una maggiore stabilità nella propria vita, anche se resta convinta di non desiderare figli. La richiesta di intraprendere una relazione significativa stabile si rivelerà però una cortina fumogena per una meta di tutt'altra natura: fare in modo di non avere una relazione e di restare sola, per non rischiare di soffrire.

Al fine di poter comprendere le dinamiche psichiche sottostanti alle frustrazioni affettive, si concorda con L. di impostare un lavoro sul suo passato e sui tre compiti vitali.

² Alcuni elementi che saranno trattati in seguito indicheranno il senso dell'utilizzo della metafora bellica per indicare lo stile relazionale conflittuale della paziente.

1.2 La storia di una donna in lotta con il (proprio) mondo

La paziente è cresciuta in un contesto familiare caratterizzato da rigidità e anaffettività, che hanno originato in lei una prolungata sofferenza.

Il padre è una figura idealizzata, forte e operativa, ma molto severa; educato in modo rigido a sua volta, ha sempre considerato L. come la figlia più prestante, ma l'ha educata attraverso la punizione, anziché il rinforzo positivo, attraverso la denigrazione e l'oppressione, anziché l'apprezzamento e l'incoraggiamento.

La madre è descritta come cardine indiscusso della famiglia, per via della sua capacità di mediazione e poiché remissiva e paziente con il padre; fondamentale per comprendere la vita di L. è la descrizione della figura materna come anaffettiva, tanto da non aver mai abbracciato la figlia.

La sorella minore è descritta come accondiscendente nei confronti dei genitori e il rapporto con la sorella è descritto spesso in termini lavorativi, piuttosto che affettivi.

Nell'analizzare la coppia genitoriale, L. enfatizza da subito le dinamiche di potere: all'interno di una coppia descritta come equilibrata, il padre ha sempre vestito ed esibito il ruolo di colui che detiene il potere, mentre la madre, remissiva, lo ha detenuto realmente; L. ha mostrato così di apprezzare – e idealizzare – la solidità materna, ma al contempo ha aspirato a imitare lo stile autoritario paterno.

L'idealizzazione del supporto che la madre ha sempre pazientemente fornito al padre è stata origine del bisogno della paziente di percepire un senso di sicurezza e di ricevere rassicuranti conferme all'interno delle relazioni, spesso pretendendole dai compagni.

L'attenzione ai movimenti di potere si traduce anche nella percezione della relazione all'interno della fratria: L. ha portato la consapevolezza di avere un posto prioritario nei cuori dei genitori, che presumibilmente ha accentuato alcuni tratti narcisistici e che le è però costato il peso di alte aspettative.

Ancora, per comprendere l'importanza che tali movimenti rivestono nella vita di L., è stato utile interpretare i capricci infantili come un primo tentativo di riacquisire potere di fronte all'incuria materna: la relazione tra L. e la madre è stata caratterizzata da un vuoto comunicativo, tale per cui la paziente non ha mai comunicato esplicitamente il proprio bisogno di affetto, ma è spesso ricorsa a espedienti, quali i capricci, per richiedere l'attenzione materna e riacquisire, anche se per brevi momenti, il potere che sentiva di non avere nella relazione.

Forse l'im maturità emotiva, che le consentiva, attraverso i capricci, di ricevere attenzioni dalla madre, è stato l'unico stile che L. ha appreso per ricercare amore e che ha poi applicato nelle

relazioni affettive della sua vita. Da qui, la pretesa di essere inseguita dagli uomini, di sentire il potere all'interno di un rapporto che L. imposta fin da subito in modo gerarchico.

L'analisi della costellazione familiare ha costituito un primo spunto per la formulazione dell'ipotesi della presenza di una quota narcisistica della paziente, attorno a cui ruotano tutti i membri familiari, e ha permesso di conoscere i modelli di genere della paziente, ovvero un uomo autoritario e una donna che, attraverso accondiscendenza e pazienza, coordina il nucleo familiare. Non è un caso che gli scontri più vivaci di L. siano avvenuti con la figura paterna, a cui lei si è ispirata nella vita, assumendone i tratti autoritari e applicandoli alle proprie esperienze relazionali; L., però, non ha mai trovato una controparte che vestisse il ruolo di accoglienza.

Nel transitare all'analisi del compito vitale lavorativo, si evidenzia come le relazioni all'interno della famiglia della paziente si siano sempre sovrapposte a quelle lavorative, a seguito dell'imposizione paterna alle figlie di occuparsi dell'azienda di famiglia. Educata alla prestazione, L. ha investito gran parte delle proprie energie nel lavoro: è sempre stata efficiente e apprezzata nel contesto lavorativo, dove vedeva dimostrato il proprio valore.

Protagonista indiscusso delle giornate di L., il lavoro è da sempre stato ben funzionante e fonte di autostima per lei, fino al momento in cui, a seguito della terza depressione, la paziente abbandona l'azienda, le cui redini vengono prese dalla sorella.

L., in un momento di difficoltà, vede il proprio ruolo, fino a quel momento ben saldo, traballare e sperimenta il vissuto di essere sostituita. L'inefficacia e l'impotenza sperimentate da L. alimentano il circolo depressivo e costituiscono due tra le aree su cui si concentrerà il percorso di sostegno. La paziente, infatti, riprenderà progressivamente la partecipazione alle attività aziendali, anche se con un ruolo meno attivo rispetto al passato, al fine di non sovraccaricarsi. Una totale ripresa lavorativa non rientra negli obiettivi di L., ma si è tentato di supportare una direzionalità in riferimento a questo ambito.

Immersa per tutta la vita nell'impegno lavorativo, L. ha dedicato poco spazio alla socialità e alla creazione di relazioni amicali e ha preferito mantenere i rapporti con un numero esiguo di amici di vecchia data, in compagnia dei quali trascorre rari momenti di svago. La carenza di socializzazione, però, si è rivelata con il tempo faticosa, in relazione alla costruzione, da parte degli amici, delle proprie famiglie e alla volontà della paziente di non avere figli. Tale scelta, esplicitata con decisione, è descritta come reattiva rispetto alla pressione sociale da lei percepita e si colloca in linea con la sfiducia di L. nei confronti delle relazioni affettive. Durante il percorso terapeutico, però, è progressivamente emerso un desiderio di accudimento, che la paziente sta forse coltivando e che è certamente legato all'affetto per il suo cane, il quale vince nello scontro tra la purezza degli animali e le macchie delle relazioni umane.

1.3 Il primo ricordo di L. come traccia di vita

Nel delineare le traiettorie psichiche di L., l'analisi dei primi ricordi si è rivelata particolarmente utile, in linea con l'efficacia assegnata dalla metodologia adleriana a questa fase di indagine conoscitiva.

Il primo ricordo in particolare si è rivelato un prototipo dello stile di vita della paziente. L. racconta che, da bambina, durante una celebrazione a casa di alcuni amici di famiglia, aveva provato una terribile sensazione di claustrofobia e si era ritrovata immobile in una stanza. Nessuno tra gli astanti si era accorto della sua condizione.

La forte ambizione al dominio, che caratterizza lo stile relazionale di L., ben si definisce in senso compensatorio rispetto a un evento passato in cui aveva provato una forte impotenza, che si era espressa da un lato nell'inibizione comportamentale e dall'altro nel non riuscire a farsi vedere e ad attrarre l'attenzione genitoriale. L. si è sentita spettatrice in una situazione per lei disagiata e, nonostante la presenza di potenziali risorse supportive, non ha ricevuto aiuto.

Ecco che il primo ricordo portato in terapia mette in campo con estrema chiarezza la dinamica di conflitto tra la sensazione di passività che caratterizza lo stile di vita di L. – nel suo essere spettatrice della vita (aspetti depressivi) – e il tentativo di compensare tale impotenza – attraverso rigidità e controllo (ossessività) e attraverso le dimensioni fittizie di onnipotenza e dominio (elementi narcisistici).

Giunta a questo punto della sua vita, L. si è resa conto di essersi costretta in dinamiche claustrofobiche e si è affacciata al percorso terapeutico con la speranza di trovare un po' di respiro. Portando questo ricordo, L. chiede di essere vista e che la sua sofferenza venga presa in considerazione.

1.4 Traiettorie terapeutiche

Una volta condivisa la sua storia, con una forte motivazione intrinseca da parte di L., e instaurata l'alleanza terapeutica, ha avuto inizio un intenso lavoro su alcuni contenuti rilevanti per la vita psichica e relazionale della paziente.

Da subito, nella storia di L., risalta un profondo bisogno di affetto, che è stato a lungo trascurato. L. è una donna che ha sempre ricercato approvazione e tenerezza, nonostante faticasse a riceverla, ma che, essendo stata educata a essere performante e resistente, non ha sviluppato le competenze emotive necessarie a intraprendere una relazione affettiva funzionale. In linea con un

movimento compensatorio di cui si tratterà nel dettaglio, L. è giunta a pretendere l'affetto in modo incondizionato, costantemente frustrata dall'impossibilità di riceverlo.

Non è un caso che il lutto del proprio cane abbia messo in crisi la paziente: questo animale domestico rappresenta il suo ideale maschile, in quanto essere vivente che dipende da lei, che la venera e che alimenta il suo bisogno di vicinanza, senza pretendere nulla, se non l'affetto che gli viene riservato in modo naturale. L'amore che L. riceveva dal suo cane si delinea come incondizionato, gratuito e facilmente accessibile, con il vantaggio, per lei, di non rischiare di coinvolgersi troppo, di sbagliare o di soffrire.

Ecco quindi emergere un secondo elemento: il terrore abbandónico.

La ricerca di affettività da parte di L. si caratterizza come ambivalente: alla ricerca di un affetto idealizzato e impossibile e con il timore di non essere degna di riceverlo, si trova in realtà a ricercare una perdita, a inseguire l'abbandono. Non a caso, i turbamenti depressivi sono stati scatenati da abbandoni: la prima crisi per l'allontanamento da parte del secondo compagno, la seconda per il lutto del cane e la terza, preludio dell'avvio della terapia, per il distacco dall'ultimo compagno.

Da qui la rabbia della paziente, che riversa su un mondo vissuto come ingiusto e su se stessa, nei termini di un ripiegamento depressivo.

L'elaborazione del vissuto abbandónico e della rabbia, intesa come difesa messa in atto da L. per proteggersi dalla sofferenza e dalla frustrazione del suo bisogno di tenerezza, è stata una delle traiettorie che il percorso terapeutico ha seguito, con l'esito di un superamento del rancore nei confronti del compagno.

Nel rapporto con il maschile, infatti, si staglia il grande tema della sfida: in linea con la volontà di non approdare a una relazione significativa, le interazioni con gli uomini sono indirizzate alla ricerca della riprova del tranello che L. è sicura le venga teso e alla conferma della sfiducia riposta negli uomini. Potremmo descrivere la struttura come segue: "Io sono certa che tu mi ingannerai, allora ti sfido a farlo, con la certezza che me ne accorgerò e, a quel punto, ti anticiperò".

Dietro a questa convinzione, si cela la profonda insicurezza della paziente, che si potrebbe esemplificare attraverso la seguente idea: "Sono certa che, se cado, non riuscirò a rialzarmi e non ci sarà nessuno ad aiutarmi; quindi, ho bisogno che mi dimostri quanto tieni a me, perché ho bisogno di sapere e di sentire quanto valgo; pretendo che tu mi capisca, senza che io ti dia gli strumenti per potermi comprendere, poiché non li ho nemmeno io".

Ciò che ha permesso il mantenimento di questa struttura è il beneficio in termini narcisistici, perché, reputandosi superiore, L. era sicura di riuscire a scoprire qualcosa ed era pronta a ritirarsi per prima dalla relazione.

Il risultato, però, è che L. ricerca – e inevitabilmente riesce a trovare – qualcosa che le dà conferma dell’inaffidabilità dell’altro. La meta fittizia della paziente è quella di costruire una relazione, direzione che intraprende a livello cosciente, ma il suo stile di vita è in realtà orientato a sabotare qualsiasi tipo di compagnia, in una sorta di rivalsea nei confronti della dominanza maschile, che in fin dei conti governa la sua vita nei termini dell’immensa fatica che L. fa nell’interfacciarsi.

Il fine ultimo della paziente ha cioè assunto un carattere fittizio, in quanto alterato da elementi compensatori di un sentimento di inferiorità. La profonda paura del legame, legata alle esperienze infantili vissute da L. in ambito affettivo, è all’origine della sua meta reale di restare sola, per non incorrere nel rischio di soffrire. Non potendo accettare a livello cosciente una tale direzione, che si dirige verso una conferma della certezza di non poter ricevere amore, il mondo intrapsichico di L. ha generato una meta fittizia di natura opposta, orientata verso la costruzione di una relazione significativa.³

La forza della meta fittizia – proprio per oscurare quella reale – è tale da giustificare la forte aspettativa della paziente nei confronti degli uomini, che vengono idealizzati, per poi essere demoliti alla prima occasione possibile. Ecco perché L. finge, anche a se stessa, di impegnarsi nella relazione, di essere disponibile, generosa, attenta, di adoperarsi in ambito sessuale, al contempo pretendendo molto dall’altro, che deve riservare alla relazione lo stesso interesse. Sennonché, proprio quando L. è riuscita a raggiungere la propria meta fittizia e si trova all’interno di una relazione potenzialmente funzionante, ecco che la meta reale ripristina il proprio dominio e la paziente distrugge quanto costruito.

Il paradosso di tale dinamica è dotato di un perfetto senso nel mondo psichico di L., come abbiamo avuto modo di comprendere, e si evince in realtà già a partire dalla predilezione per relazioni poco impegnative: la paziente ha sempre ricercato qualcuno che in fin dei conti non potesse starle davvero vicino, confermandole di essere incompresa e sola. Infatti, la scelta di una sfida impossibile, destinata al fallimento, è perfettamente in linea con il suo autosabotaggio,

³ Tale movimento richiama il meccanismo di difesa della formazione reattiva: non potendo accettare a livello cosciente un determinato contenuto psichico, spesso legato alla sfera affettivo-relazionale (“Ho terrore del legame e sono certa che resterò sola, per non rischiare di soffrire” – meta reale, inconscia), la paziente si difende, agendo inconsciamente dinamiche opposte al contenuto stesso (“Desidero e ricerco un legame significativo” – meta fittizia, cosciente). Il riferimento alla formazione reattiva, di cui si accennerà nuovamente in seguito, risulta interessante in riferimento al caso clinico discusso, proprio perché si tratta di un meccanismo di difesa caratteristico della psicopatologia ossessiva.

poiché gli esiti di distruzione relazionale si rivelano coerenti con la sua meta reale, orientata alla solitudine esistenziale.⁴

Comprendere questa dinamica e portare alla coscienza la natura della propria meta reale è stato estremamente complesso e doloroso per L., che ha intrapreso un faticoso percorso per approdare all'insight relativo alla propria tendenza autosabotante.

Smascherare tale finzione ha costituito il primo passo per poter portare alla luce il reale vissuto di L. e accedere al senso della dinamica disfunzionale; a partire da tale comprensione, L. ha avuto modo di intraprendere un percorso di cura delle ferite che l'hanno portata alla convinzione di voler-dover restare sola. In un colloquio, L. affermò di ricercare l'abbandono per potersi rendere conto di aver provato qualcosa per l'altra persona, all'interno di un circolo autodistruttivo che si nutre della paura del legame, mascherata dal suo opposto. In occasione di un'altra seduta, infatti, L. riferì di essere soddisfatta della propria solitudine e della relativa delusione, accennando a una punizione autoinflitta.

Accedendo a tale dinamica inconscia, la paziente è progressivamente giunta alla contezza del valore autopunitivo della propria rigidità affettiva, che utilizza come se dovesse espiare una colpa. La tendenza di L. a tagliare le relazioni ha il valore di un'eliminazione della diversità, che non è controllabile e quindi non è accettabile: "È meglio pensare di sapere, ammantandomi di un'onnipotente capacità di lungimiranza, che l'altro mi deluderà e non dargli la possibilità di mostrare la propria unicità, che è altro da me, che è qualcosa che non posso gestire e che, se mi lego, mi creerà certamente frustrazione e sofferenza". L'inaffidabilità dell'altro non è gestibile da parte di una persona che, nel profondo, desidera l'affidabilità assoluta, l'amore ideale capace di escludere ogni dubbio e di annientare la radicata convinzione di non poter essere amata. Allora, sembra meglio eliminare a priori la possibilità di una relazione.

Riprendendo quanto accennato nel precedente capitolo in merito al bisogno di tenerezza e alla sua frustrazione (nel caso di L., per via della trascuratezza materna), possiamo pensare che la ricerca di un amore ideale abbia avuto per la paziente il significato di un camuffamento della reale ricerca di relazioni che la convincessero che non è possibile essere amati. L'inevitabile frustrazione di relazioni idealizzate – secondo la traiettoria della meta fittizia – ha costituito per L. un espediente di salvaguardia (Rovera, 2016), che le ha permesso di pensare che sia giusto così, che non sia possibile essere amati, e che quindi la madre che non le ha dato affetto non ha sbagliato, ma al contrario è stata brava; L. si è rifugiata dietro la propria finzione, salvando in modo fittizio la figura materna e se stessa.

⁴ Non è un caso che la "scelta" sintomatologica della paziente si sia rivolta a tre ambiti psicopatologici, di cui si tratterà nel dettaglio in seguito, per definizione ripiegati su se stessi.

Ecco emersa la domanda implicita della paziente, relativa ai campi della fiducia, dell'intimità affettiva e del controllo, contestualizzati all'interno di una profonda insicurezza e di un senso di inferiorità in ambito affettivo. L. ha scelto di non mettersi in gioco nelle relazioni, di voler vincere facilmente con uomini con cui poteva non coinvolgersi, proprio al fine di non perdere; in questo modo, ha tentato di proteggersi, ma ha sempre perso.

Il disinvestimento affettivo si esplica anche nel forte compiacimento di L. relativamente alla propria competenza sessuale, che rimane nettamente disgiunta dall'ambito affettivo, in modo da non intaccarlo. L'ambito sessuale costituisce una risorsa per L., in quanto area in cui il suo senso di inferiorità cede il passo a una fiducia nei confronti del proprio corpo e della propria sensualità (per questo motivo, tale sicurezza ha costituito un'importante fonte di incoraggiamento nel lavoro svolto con la paziente sulla propria autostima); parallelamente, è stato tematizzato come uno strumento attraverso cui L. tenta di controllare la relazione e impone il suo potere. La stessa L., in occasione di un colloquio, parlò della frustrazione provata quando i suoi compagni, provocati e affaticati dal suo stile relazionale, sfuggirono al suo controllo.

Il senso di inadeguatezza sperimentato in infanzia, che ha contribuito alla fatica di L. nel costruire la propria autostima e la propria identità affettiva, è stato rinforzato da alcune delusioni in età adolescenziale, in cui L. ha sperimentato un vissuto di umiliazione che ha rinvigorito il suo timore del rifiuto: le ferite narcisistiche vissute in infanzia e confermate in seguito hanno fatto indossare a L. uno scudo.

Durante il percorso terapeutico, L. ha però compreso che anche indossare uno scudo comporta il rischio di ferirsi, nei tentativi di difendersi da persone che reputa nocive, con cui si mette costantemente in relazione, e che le dimostrano, come in una profezia che si autoavvera, che non sono meritevoli fiducia e che quindi è meglio avere sfiducia nelle relazioni.

D'altra parte, le finzioni svolgono il proprio ruolo "in sordina, nell'inconscio, come tutti i meccanismi psichici dei quali non sono che le immagini verbali" ed è nei momenti di difficoltà o in presenza di un sentimento di inferiorità che "esse manifestano la loro azione con forza particolare" (Adler, 1912). Spesso, le finzioni sono inconscie: l'individuo, cioè, può non essere consapevole di mantenerle; le finzioni, quindi, possono essere mete consapevoli così come desideri inconsapevoli, ma in entrambi i casi la persona si comporta in modo congruente con esse (Oberst & Stewart, 2003).

Nel processo di comprensione di tali dinamiche, si è avuto accesso alla presenza di una compensazione narcisistica, esitata nell'insight riguardo alla propria sensazione di impotenza e alla scelta inconscia di relazioni non impegnative. L. ha bisogno di essere venerata e, con un focus costantemente egocentrico, pretende che l'altro comprenda la sua emotività considerata

superiore. Nel rendere l'altro un oggetto, L. tenta di mantenere la propria autostima: sapere che l'altro non vale, fa sì che lei possa sentire di valere.

Il maschile così inteso assume allora il ruolo di una maschera-finzione, per non vedere se stessa: concentrarsi sulla ricerca di un altro le ha permesso di non guardarsi allo specchio, perché aveva il terrore di scoprire la propria limitatezza. Idealizzando l'altro però, gli fornisce paradossalmente il potere di deluderla e di umiliarla, confermando in definitiva la profonda sfiducia in sé.

Similmente, nell'allontanarsi dall'attività di famiglia, L. ha rischiato di affrontare la ferita narcisistica relativa al fatto che l'azienda avrebbe funzionato anche in sua assenza, cosa che effettivamente è poi successa, rinforzando la bassa autostima e il senso di inferiorità.

Ecco una sofferenza vissuta in modo maestoso, come qualcosa di inaccessibile e spaventoso. Già da subito, infatti, L. coglie ed è affascinata dall'adleriano concetto di senso di inferiorità (Adler, 1912) come sottostante alla difesa narcisistica, che assume il ruolo di compensazione di quel sentimento.

L. ha utilizzato una potente protesta virile, tentando con tutte le forze di assumere il controllo e il potere all'interno delle relazioni. In tal modo, la paziente ha accentuato la propria potenza e si è posta l'impossibile proposito di trionfare nella propria vita, aspirando al più alto grado di integrità morale, ma scontrandosi inevitabilmente con la frustrazione di tali aspirazioni onnipotenti. Al contempo, L. ha svalutato le caratteristiche della propria femminilità, in definitiva perdendo potere.

Durante il percorso, ci si è occupati di tali ferite, per avviare la paziente verso una flessibilità nell'accedere ai contenuti psichici dolorosi e nel prendersene cura.

In riferimento all'ambito professionale, ciò si è tradotto in un parziale rientro lavorativo, con un rinforzo delle abilità rispetto a cui L. aveva sempre sentito sicurezza; una risorsa in tal senso è stato proprio quel desiderio di affermazione che ha sempre caratterizzato la volontà di potenza di L.

La flessibilità ha costituito un cardine nel lavoro con L., che da subito ha manifestato un'estrema rigidità: da un lato, questa caratteristica si è manifestata relativamente a precisione, accortezza rispetto ai dettagli, estreme puntualità e abitudinarietà, propensione per ordine e pulizia, bisogno di ordinare e incasellare con precisa memoria numerica (per esempio scadendo ogni racconto secondo un ordine cronologico e accompagnandolo con date precisamente riferite), intransigente sincerità e rispetto delle regole; dall'altro lato, L. è apparsa rigida in relazione a come ci si debba relazione con gli altri, alla pretesa e al tentativo esasperato di avere il controllo sulle relazioni e sul proprio mondo emotivo, tanto da vietarsi di esprimere il proprio amore a qualsiasi uomo che non fosse quello giusto e definitivo, il quale, come una profezia che si autoavvera, non arriva mai.

L. manifesta tale inflessibilità sia a livello cognitivo, sia in campo emotivo: nel primo caso, questa si è tradotta nelle forme del rimuginio, di forti ideali incrollabili, di una severità e di una rigida moralità, della superstizione e della dedizione estrema al lavoro, che ha incarnato le aspettative paterne; nel secondo caso, la rigidità di L. è risultata connessa alle sue difficoltà nell'interfacciarsi con l'incontrollabile sfera affettiva.

L. si aspetta che il mondo intorno a sé sia coerente, poiché non potrebbe concepirlo altrimenti, al punto da temere qualsiasi forma di legame affettivo, che per sua natura non è razionale e precisamente inquadrabile. Secondo una visione assolutistica e antitetica (tutto-nulla), L. aspira a una relazione ideale e perfetta, ma al contempo ritiene impossibile che esista. Allo stesso modo, da una parte la paziente sente di essere potente e capace di qualsiasi cosa, ma dall'altra si sente incapace di vivere. L'ossessività, infatti, è una cristallizzazione: un cristallo perfetto, che appare senza difetti, geometrico e lucente, ma immobile. È nell'immobilità che risiede l'impotenza della dinamica ossessiva, proprio perché la vita, per essere tale, richiede movimento. Ecco come il tentativo di controllare la realtà, anche attraverso rigide abitudini ed estremo ordine, si staglia sullo sfondo di una profonda paura esistenziale: nel caso di L., l'ossessività si delinea come un modo di affrontare l'esistenza, un tentativo di controllare le insidie temute.

Il percorso terapeutico ha svelato quindi la finzione secondo cui L. desidera un uomo-oggetto sfidante, che stimoli il suo interesse e nutra il suo bisogno di attenzione, a cui non è concesso di essere autentico, perché perderebbe di attrattiva, ma che invece strumentalizzi il rapporto tanto quanto lei, di modo che, in definitiva, sia deludente e confermi la sua sfiducia iniziale. Attraverso il lavoro sul riconoscimento di alcuni aspetti ossessivi e sul significato della finzione inscenata dalla paziente, sono progressivamente emerse le traiettorie motivazionali della paziente: "Non sono all'altezza di vivere una relazione affettiva sana e di ricevere affetto da un'altra persona, e dunque, quando una relazione sta divenendo realisticamente significativa, evito o saboto qualsiasi possibilità, di modo da sentire di avere potere e controllo".

Per poter gestire tutto ciò, nella sua vita L. è ricorsa all'intellettualizzazione – uno dei meccanismi di difesa tipici della persona ossessiva. Avvertendo un conflitto inconscio che causa forte stress e non riuscendo a sostenerlo, la paziente lo ha trasferito dal piano emotivo a quello cognitivo, per tentare di sentire controllo sulle forti emozioni provate. Non a caso, L. predilige un'attrazione mentale per gli uomini e resta affascinata da persone intriganti e complesse; quando, però, tale complessità si manifesta a livello emotivo, L. va in cortocircuito, poiché non ha gli strumenti per confrontarvisi.

Progressivamente, L. ha preso consapevolezza di come un'affettività semplice e significativa sia più benefica rispetto a quella complessità machiavellica, che, portando alla prevista difficoltà relazionale, si era sempre tradotta in un vuoto relazionale.

1.5 L'inconscio di L. che comunica attraverso i sogni

In riferimento ai tentativi di L. di gestire la realtà, un ruolo importante all'interno della terapia è stato assunto dai sogni, da lei spesso portati, che hanno costituito un importante ponte per poter accedere ai suoi movimenti inconsci.

Il percorso ha beneficiato dell'interpretazione del materiale onirico, attraverso l'utilizzo delle libere associazioni, proprio perché tale materiale proveniva dalla paziente stessa ed era quindi più accettabile per lei, poiché sentiva di avere potere sui propri sogni e di poterli maneggiare. Secondo Adler (1912), il sogno è una finzione che simboleggia i tentativi che la persona attua per gestire una situazione, attraverso cui tenta di conquistare sicurezza.

Tre sogni in particolare hanno costituito passaggi importanti della terapia e sono stati interpretati come una ricerca adattiva, da parte di L., di strategie maggiormente funzionali. Il terzo sogno, inoltre, inscena la dinamica di transfert all'interno del setting terapeutico.

Nel primo sogno, che ha luogo dopo alcuni mesi dall'inizio del percorso terapeutico, L. sta riempiendo la vasca da bagno, da cui inizia a strabordare acqua, perché il rubinetto non funziona. Richiamata severamente dal padre a risolvere il problema, mette in atto un tentativo per riparare il guasto; si trova però di fronte a un'infinita quantità di valvole e non riesce a scegliere quella che interromperebbe il flusso idrico, mentre il bagno si allaga... In questo sogno, L. si pone – inconsciamente – nella condizione di dover riparare un guasto, con una quantità di strumenti e opzioni di utilizzo che sfuggono al suo controllo; la protagonista si trova in una condizione di impotenza, dove non riesce a ottenere il risultato che il padre (e analogamente lei stessa) si aspetta. Ecco come, forse, trovare un'opzione alternativa alle rigide aspettative può essere una soluzione migliore: l'acqua che allaga il bagno è una potente energia che pulisce e che può aprire a nuove strade. Il sogno si è rivelato un'importante transizione all'interno della terapia proprio perché, in linea con la direzionalità dei sogni rivolta verso il futuro così come intesa dalla Psicologia Individuale (Adler, 1912; Maiullari, de Adamich & Fragapane, 2019), ha una qualità dinamica: L. ha a disposizione vari strumenti (valvole) e dovrà comprendere quali utilizzare, accompagnata e supportata attraverso il percorso psicoterapeutico.

Il secondo e il terzo sogno si collocano a percorso inoltrato, dopo svariati mesi di terapia.

Come il primo, anche il secondo sogno è caratterizzato da una dinamicità che riflette il percorso interiore di L. Assistendo per giorni ai lamenti del proprio cane, L. si accorge che aveva una zecca e, disgustata, ma al contempo soddisfatta della propria competenza, la estrae. Una volta terminata l'operazione, L. comprende così da dove derivasse il malessere dell'animale, che era invaso da qualcosa di nocivo. Nel riflettere in merito al contenuto onirico, la paziente sottolinea la propria percezione di efficacia nel ricercare qualcosa di complesso da estrarre, infiltratosi sotto la pelle.

Una L. forte e adulta, che non si fa abbattere dal disgusto, riesce ad affrontare una manovra complessa e a estirpare qualcosa di doloroso, che si era insinuato dentro al proprio cane e, secondo un'ipotesi proiettiva, dentro la sua pelle psichica e il proprio Sé fragile. C'è qualcosa di subdolo che si nasconde, rappresentato ipoteticamente dalla sua sofferenza e, conseguentemente, dalle sue traiettorie fittizie, secondo le quali il senso di inferiorità è da compensare attraverso la ricerca di onnipotenza: nel sogno, L. trova il coraggio e la forza di portare tale materiale alla luce, con soddisfazione e stupore per aver scoperto di aver ospitato a lungo qualcosa di nocivo.

In linea con i movimenti psichici della paziente, nel terzo sogno è inscenata una gita con una cara amica, che passa a prendere L. a casa, vestita in modo molto elegante. Mentre camminano, le due donne vengono fermate da un poliziotto, che accusa l'amica di L. di aver rubato poco prima la borsetta in un negozio; la donna nega e cerca lo scontrino dell'acquisto, ma, non trovandolo, viene arrestata. L. domanda al poliziotto come debba comportarsi e le viene rimandato di tornare a casa. Rientrata presso la propria abitazione, L. trova i propri occhiali da vista sul pavimento e si sveglia. La situazione idilliaca di una gita con un'amica molto importante per L. rappresenta il suo ideale, che viene corrotto da una realtà intrisa di dubbio e incertezza. Prima di intraprendere un percorso di autoconsapevolezza, tale ideale permaneva come realistico in L., che traeva godimento dalle giornate e dalle semplici attività quotidiane, sempre con ricercata eleganza e forte di una sensazione di controllo, specialmente quando era in compagnia di qualcuno che la rassicurasse con la propria presenza. La speranza che tale condizione permanga (dimenticando a casa gli occhiali) viene negata dall'incertezza del reale, che ora L. ha modo di vedere. Ecco che si inserisce la dinamica di transfert, che si connota in senso aggressivo: la terapeuta viene vissuta come qualcuno che svela il furto dell'amica di L., con il conseguente disilluso ritorno a casa; infatti, nell'analizzare il sogno, L. ha affermato che stava meglio prima di imbattersi in quegli occhiali con cui analizzare le cose. Al termine dell'interpretazione del sogno, però, avviene un insight: L. asserisce che è stata una fortuna trovare quegli occhiali, perché sono importanti per vedere.

1.6 Il riflesso terapeutico

Il sogno appena descritto introduce l'importante riflessione sulle dinamiche transferali e controtransferali che hanno caratterizzato, e tuttora caratterizzano, il percorso terapeutico con la paziente L.

L'approccio relazionale della paziente si è avvalso fin da subito di uno stile svalutante, sfidante e aggressivo, anche attraverso un linguaggio scurrile e provocatorio, e di dinamiche di potere, in linea con i suoi aspetti personologici. In questo modo, L. ha agito la propria svalutazione nei

confronti del femminile anche all'interno della relazione terapeutica, dove ha portato anche la propria ricerca del rifiuto, in modo del tutto coerente con il perseguimento del suo obiettivo di essere rifiutata nelle relazioni.

È risultata quindi importante una riflessione su quanto agito dalla paziente. Considerando come premessa che una persona che ha appreso di non essere amabile, si attiva nella vita in modo coerente con tale apprendimento, è possibile dare un senso ai faticosi e innumerevoli tentativi della paziente di non essere amabile, oppure alla sua aspettativa di essere rifiutata e alla conseguente ricerca del rifiuto negli altri, fino ad arrivare ad acting out durevoli orientati verso questo fine (come l'interruzione delle relazioni nel momento in cui vanno strutturandosi in termini affettivi), proprio per essere coerente al proprio Modello Operativo Interno.

Tutto ciò viene agito anche nel setting terapeutico, attraverso la ricerca del rifiuto da parte della terapeuta, che per la paziente costituirebbe una conferma rispetto al proprio modo di vivere; in tal senso, il presupposto inconscio della paziente è descrivibile come segue: “Come potrà la terapeuta accettarmi, visto che finora tutti mi hanno rifiutato? Non è possibile che mi accetti, quindi mi comporterò in modo tale che anche lei mi rifiuti”.

La risposta controtransferale, potenzialmente caratterizzata proprio da frustrazione e rifiuto, è stata analizzata e modulata, per poter accogliere i bisogni della paziente e al contempo regolare le dinamiche di potere e calibrare i confini all'interno della relazione. In tal senso, l'empatia e l'accoglienza, accompagnate da una sottile fermezza nel respingere i tentativi distruttivi e nell'accogliere la tendenza di L. al sabotaggio relazionale, hanno permesso di bilanciare la dinamica di potere e di costruire una buona alleanza terapeutica, o accordo analitico, e un lavoro collaborativo.

L. si è progressivamente affidata nell'essere accompagnata lungo una nuova strada e il setting terapeutico si è così arricchito di fiducia, come esemplificazione della possibilità di sentire tale sicurezza in una relazione – compito stesso della psicoterapia. Anche grazie all'utilizzo del test dell'albero (Koch, 1949), in cui ha visto rispecchiata se stessa, L. ha potuto riconoscere, da una parte, il bisogno di controllare e, dall'altra parte, il proprio stile aggressivo, insito anche nella scelta – intesa in senso psicodinamico come inconscia – di una sintomatologia ossessiva e depressiva con cui tenere in scacco se stessa e il mondo intorno a lei.

Come accennato in precedenza, il canale preferenziale di L. è quello razionale e intellettualizzato, che ha infatti utilizzato all'interno del setting. In risposta a tale stile, si è cercato di impostare una relazione terapeutica in grado di veicolare una comunicazione che toccasse la sfera emotivo-affettiva, per consentire a L. di esprimersi in un spazio in cui si sentisse accolta.

Senza avere mai un'impossibile certezza, il percorso proseguirà arricchito dalla consapevolezza rispetto ai tentativi di L. di ostacolare il processo terapeutico, in linea con la sua tendenza autosabotante.

1.7 Il percorso psicoterapeutico con L.

Adler (1912) parla di “nevrosi di conflitto” per indicare l'atteggiamento di chi si sente in un perpetuo stato di guerra e si mostra al mondo come nemico, distraendosi dai reali compiti a cui si è chiamati per vivere con benessere. È in questo stato di guerra che L. si è presentata all'inizio della terapia, intraprendendo un percorso di riorientamento della propria energia.

Il percorso di sostegno psicologico, in linea con l'ipotesi diagnostica, che verrà considerata specificamente nel prossimo capitolo, e con le considerazioni psicodinamiche implicate, si è proposto di lavorare sul riconoscimento emotivo, sulla ristrutturazione emotiva, sulla capacità di mentalizzare le esperienze altrui, sulla costruzione di un senso di sé e degli altri maggiormente adattivo, su una maggiore accettazione di sé, sul ridimensionamento delle aspettative, mitigando le aspettative idealizzate della paziente e rimodulandole in relazione alla sua realtà di vita.

In termini adleriani, si è tentato di smascherare le finzioni risultate disfunzionali e si sta lavorando, ancora oggi, alla ricostruzione di una finzione guida che sia accettabile per L.

Attraverso l'esplorazione dei vissuti consci e inconsci, reali e fittizi, L. ha infatti avuto accesso ad alcuni importanti insights.

La paziente ha mostrato grande difficoltà ad accedere alla propria insicurezza ed è stato un percorso tortuoso, che le ha permesso di capire che la convinzione che nessuno si fosse mai accorto della sua sofferenza, l'ha portata a mascherarla attraverso una forzata potenza.

In relazione alla battaglia combattuta dalla paziente, è stata esplicitata la presenza di una rabbia vendicativa contro il maschile, che L. ritiene di dover punire per la sofferenza che le ha arrecato.

L'esplorazione di come il pensiero ossessivo e lo stallo depressivo siano delle difese contro il rischio e la perdita, per poter, nell'indecisione, mantenere aperta ogni possibilità, può aver costituito un motore per riconoscere l'impossibilità del desiderio onnipotente di avere tutto ciò che si vorrebbe.

Si è lavorato sul tentativo di trasformare la profonda disillusione depressiva in una “disillusione correttiva” (Gabbard, 2015, p. 505), che potesse aiutare la paziente a elaborare un'autovalutazione maggiormente realistica, per poter affrontare in modo realistico la realtà e, auspicabilmente, avviarsi con gli strumenti appropriati verso una futura relazione affettiva correttiva e appagante.

Si è compreso che la rinuncia depressiva alle aspettative e al desiderio risponde più a un'infantile presa d'atto dell'inadeguatezza di un obiettivo fittiziamente grandioso, piuttosto che a un realistico ridimensionamento della propria sperata grandiosità.

L. ha interiorizzato la presenza di una quota narcisistica, che si traduce nel vivere le relazioni in modo strumentale, nel manipolare l'altro, nell'utilizzarlo, anche a livello estetico, come specchio di sé, e che però riflette il vuoto affettivo che la paziente cerca a tutti i costi di riempire. La paziente ha capito che dietro a tale compensazione si cela una grande fragilità, un estremo bisogno di tenerezza e un vuoto, che ha compreso essere suo e non causato dall'altro. L. ha iniziato un percorso di riconciliazione con i membri del nucleo familiare d'origine, dapprima dentro di sé, poi all'interno delle relazioni, attraverso progressivi tentativi che sta sperimentando tutt'oggi.

In un processo di chiarimento delle responsabilità, L. è riuscita a dare un significato alla responsabilità dell'intransigenza paterna e alla contemporanea assenza materna, comprendendone le origini; la paziente ha realizzato, per la prima volta, il nesso tra tali aspetti e il proprio stile di vita, ridimensionando alcuni aspetti di idealizzazione-svalutazione e acquisendo una prospettiva maggiormente realistica. Progressivamente, la paziente ha acquisito contezza relativamente alla propria tendenza distruttiva, agita nell'ultima relazione significativa, che aveva, inconsapevolmente allora, consapevolmente ora, sabotato in vari modi. L. ha anche iniziato a mettersi in discussione, a prendere atto della difficoltà che il suo pessimismo genera nell'altro, della sua difficoltà nell'entrare in empatia con gli altri e della sua impossibilità a sentire e a esprimere amore.

Ha iniziato a riflettere sulla propria immaturità emotiva, sulla mancanza di una sicurezza affettiva interna, celata dietro al bisogno di costanti rassicurazioni, sulle rigidità che imponeva all'interno delle relazioni.

L. ha gradualmente compreso il significato della ricerca di un uomo che dipenda da lei: tale desiderio è finalizzato alla possibilità di sentirsi potente e di riempire il vuoto che sente dentro di sé. La paziente ha capito che, impostando le relazioni secondo rapporti di potere, le dirigeva verso il fallimento e quindi che restare distante e superiore nella relazione le permetteva di sostare nel dubbio, in linea con la sua meta reale. È stato centrale dare un significato all'idealizzazione della vita e delle relazioni, che comporta l'investimento di una grande quantità di energia e che L. utilizza e mantiene proprio perché quelle mete ideali non sono raggiungibili. La componente di idealizzazione rende complesso l'approccio a un partner che risponda a tali irraggiungibili aspettative e, in tal modo, è possibile sabotare qualsiasi tipo di tentativo relazionale e di legame.

Attraverso un lungo lavoro di rimandi sulla sua responsabilizzazione, la paziente si è sperimentata nello spostare il *locus of control* da esterno, dove la tendenza era di attribuire la responsabilità degli

accadimenti e il traino della relazione agli altri, o a essere convinta della loro pericolosità, a interno. L. ha infatti iniziato a individuare la propria paura nel confrontarsi con la realtà e la tendenza a deresponsabilizzarsi attraverso un non scegliere; L. si è resa conto che tale deresponsabilizzazione, come ad esempio adeguarsi al mandato lavorativo paterno o non coinvolgersi nelle relazioni sentimentali, costituisce comunque una scelta. Ha compreso come per lei fosse più semplice avere sfiducia e attribuire all'altro ogni responsabilità, pronta a giudicarne il fallimento preannunciato, piuttosto che coinvolgersi in modo autentico, con il terrore di sbagliare e di essere giudicata. Parallelamente, si è resa conto che utilizzava questo stile di localizzazione della responsabilità anche relativamente ai propri successi, non permettendosi di beneficiarne. La paziente ha quindi iniziato a comprendere come attribuire a se stessa la causalità degli eventi fosse utile anche in senso positivo, per la propria autostima, ovvero nel poter riconoscere la presenza di risorse e nel sentirsi agente attiva in occasione di esperienze e risultati positivi.

Ecco che con il tempo, prima smantellando l'onnipotenza narcisistica, poi svalutandosi per il contenuto nascosto dietro a quel velo, L. è riuscita a intravedere e riconoscere alcune sue autentiche risorse. Lo svelamento delle finzioni di L., del mascheramento della propria insicurezza con un senso di onnipotenza e del suo autosabotaggio, secondo cui sceglie di non vivere le relazioni in quanto impossibile, ha condotto alla consapevolezza di una maggiore utilità di allentare le difese e mettersi in gioco in modo più autentico, proprio con lo scopo di vivere con benessere le proprie relazioni.

La paziente ha riconosciuto il vantaggio secondario del ripiegamento depressivo, che le consente un'inerzia non progettuale, una rinuncia a vivere pienamente, in linea con la summenzionata dimensione autosabotante. Addirittura, L. è giunta a rivalutare la sua depressione come tentativo, estremamente faticoso, di oscurare le proprie fragilità.

È una rivoluzione personale comprendere tutto questo, che rende impossibile guardare le cose come erano prima, ma che, con i relativi timori, apre la porta a un nuovo cammino: ecco infatti che, in occasione di una seduta, L. ha riferito di iniziare ad accettarsi con i propri limiti, difetti e dolori.

1.8 Verso una tregua con se stessa

Nell'accompagnare L. lungo un percorso di consapevolezza, ristrutturazione e autocompassione, è stato centrale l'incoraggiamento a riconoscere le sue dinamiche affettive e ad acquisire coscienza del suo diritto a essere amata.

A partire da tale consapevolezza, è iniziato un lavoro di ricostruzione, con l'incoraggiamento a vedere, in uno specchio rinnovato, un'immagine di sé con confini gestiti in modo maggiormente

funzionale e comprensiva di molte risorse e potenzialità. Parallelamente al lavoro sulla storia passata di L., il percorso ha infatti dedicato ampio spazio al riconoscimento e al potenziamento delle risorse presenti, nonché all'individuazione di strumenti utili a un progetto di benessere.

Oltre al parziale rientro lavorativo, L. ha cominciato a fare sport e ha ripreso a occuparsi di alcune abitudini che aveva accantonato. Anche la costanza nel percorso terapeutico ha rappresentato una risorsa, una spinta energetica ad affrontare la vita.

Si è tentato di stimolare in L. una maggiore sicurezza in sé: laddove la paziente si proponesse in modo autentico nelle relazioni, come ha avuto modo di sperimentare nel setting analitico, potrebbe stupirsi nel vedere apprezzato il proprio valore, anziché ricevere la conferma “sperata” di essere svalutata.

La paziente, con grande fatica, sta riacquisendo benessere e si ritiene maggiormente bilanciata.

L. è quindi ora all'esplorazione di traiettorie di vita future e di una sua progettualità, avendo iniziato a concepire la possibilità di trovarsi di fronte a ostacoli e difficoltà e di poter provare a gestirli, anziché ritirarsi, mettendo in conto l'eventualità di sbagliare. Con una rafforzata fiducia in sé e con una rinnovata speranza in merito all'amore, la paziente prosegue la ricerca di un compagno, a cui spera di riuscire a dare amore, anziché pretendere di riceverlo.

L. ha il compito di prendersi cura di quella bambina che non è stata sufficientemente amata e apprezzata, sapendo che forse è arrivato il momento di volersi bene.

2. Multimorbilità tra depressione, aspetti ossessivi e narcisismo

2.1 La multimorbilità in riferimento al caso di L.

Gli aspetti descritti nel capitolo precedente in riferimento allo stile di vita di L. forniscono alcuni elementi clinici a favore dell'ipotesi di multimorbilità psicodiagnostica che sarà trattata in questo capitolo, ovvero la compresenza di aspetti ossessivi e narcisistici, in interazione con lo stato depressivo all'origine della richiesta di sostegno psicologico.

Come si è avuto modo di comprendere, l'investimento totalizzante, venerante e narcisistico della paziente su di sé ha il valore di evitamento del rischio di relazionarsi con gli altri, che sono pericolosi poiché non sono controllabili. Tale movimento, però, resta pur sempre un ripiegamento depressivo, che chiude le porte alla vita.

La scelta dei sintomi depressivi e ossessivi, intesa in senso psicodinamico, ben corrisponde alla costrizione riferita dalla paziente, che si è costruita una trappola in cui le è impossibile esprimersi.

L. ha scelto di ricorrere a una ribellione passiva, che è risultata essere distruttiva verso se stessa.

Al fine di comprendere in modo approfondito quanto trattato da un punto di vista clinico, il presente capitolo si propone di evidenziare alcuni aspetti di *trait d'union* e di multimorbilità tra le componenti psicodiagnostiche implicate nella storia di L.

A titolo di premessa, sembra utile evidenziare una precisazione: per anni i termini comorbilità e multimorbilità sono stati utilizzati indistintamente, laddove invece si riferiscono a due condizioni differenti: da una parte, la comorbilità (Feinstein, 1970) indica una condizione che è presente o si aggiunge nel decorso clinico di un paziente che presenta una patologia indice, a cui è quindi coesistente e supplementare; dall'altra parte, la multimorbilità indica la presenza di due o più patologie, senza che vi sia un riferimento a una patologia principale, e corrisponde quindi alla concomitanza di condizioni mediche in riferimento alla stessa persona (van den Akker, Buntinx & Knottnerus, 1996).

In questo contesto, si utilizza il termine multimorbilità proprio per indicare la compresenza (senza una specifica relazione di tipo causale) di più aspetti psicodiagnostici in riferimento alle dinamiche psicologiche che hanno concorso a scrivere la storia della paziente L.

La ricerca di connessioni tra aspetti depressivi, ossessivi e narcisistici ha interessato diversi autori e ricerche,⁵ proprio per le rilevanti interazioni cliniche.

Prima di procedere all'analisi delle interazioni tra i tre quadri psicopatologici in oggetto, ne descriviamo le caratteristiche principali, anche al fine di comprendere l'ipotesi diagnostica in riferimento al caso discusso.

I disturbi depressivi implicano alterazioni significative del tono dell'umore, con compromissione del funzionamento socio-relazionale e lavorativo della persona, accompagnate da altri sintomi di natura sia somatica, sia psicologica, quali: tristezza persistente, ansia, umore deflesso; perdita di interesse in attività che prima erano interessanti o divertenti; fatica, rallentamento, basso livello di energia; diminuzione o aumento relativi ad appetito e sonno; pessimismo, disperazione, impotenza, colpevolezza; ritiro sociale, difficoltà di concentrazione, mnemonica o relativa alla capacità decisionale; agitazione o irritabilità; sintomi fisici persistenti; pensieri di morte o autolesionistici (American Psychiatric Association, 2014). È possibile riscontrare alcune di tali caratteristiche nella storia di L., la cui depressione è caratterizzabile come anaclitica, in quanto caratterizzata da “sentimenti di impotenza, solitudine e fragilità correlati a croniche paure di abbandono e mancanza di protezione”, con “un intenso desiderio di essere accuditi, protetti e

⁵ Di seguito alcuni interessanti suggerimenti bibliografici in merito alle interazioni tra aspetti depressivi, ossessivi e narcisistici: Black, Goldstein, Noyes & Blum, 1995; Castrogiovanni, Di Muro, Goracci & Guidelli, 2001; Fjermestad-Noll et al., 2020; Freudenstein et al., 2012; Gabbard, 1989; Lion, 1942; Loeffler et al., 2020; Ohara et al., 1999; Pinheiro, Verztman & Viana, 2016; Rachman & Hodgson, 1980; Rasmussen & Tsuang, 1986; Tibi et al., 2017; Watson, Sawrie, Greene & Arredondo, 2002; Yap, Mogan & Kyrios, 2012.

amati” (Gabbard, 2015, p. 226); poiché la depressione anaclitica è caratterizzata da un’accentuata vulnerabilità alla rottura delle relazioni interpersonali, spesso si manifesta con sentimenti disforici di abbandono e solitudine: ricordiamo che proprio l’abbandono percepito relativamente a una relazione significativa è stato per L. il movente depressivo.

In riferimento alle caratteristiche ossessive, in questa sede sono prese in considerazione al di là dell’etichetta diagnostica, cioè senza un riferimento specifico al Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) o al Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP), anche per via delle controversie esistenti in merito alle distinzioni tra i due riferimenti diagnostici (Gabbard, 2015). Tali caratteristiche sono invece analizzate in termini psicodinamici, come modalità che caratterizzano il funzionamento della paziente, riscontrabili nei seguenti aspetti: controllo, preoccupazione per l’ordine, perfezionismo, ideale di giustizia, senso del dovere e severo rispetto delle regole, zelo, possibilità di produttività che è però spesso individuale per via della fatica a collaborare e a stare nelle relazioni, ansia e timore a livello socio-relazionale, accumulo, rigidità, coscienziosità, aspirazione a una purezza morale, intensa autocritica. All’origine di tali aspetti, vi è una notevole mancanza di fiducia in se stessi, legata all’esperienza – soggettiva – infantile di non essere sufficientemente valorizzati o amati; il funzionamento ossessivo rivela, a livello psicodinamico, un inappagato desiderio di dipendenza e un’importante quota di rabbia, che la persona ritiene inaccettabili e da cui si difende con meccanismi di difesa quali la formazione reattiva e l’isolamento dell’affetto (Gabbard, 2015). Molti di questi aspetti, tra cui i meccanismi di difesa evidenziati, ben descrivono lo stile cognitivo, il funzionamento psichico e l’attitudine comportamentale di L. Con riferimento particolare alla dipendenza, L. ha intrapreso grandi sforzi per dimostrare la propria autonomia e il proprio individualismo. Ecco perché la dimensione relazionale si evidenzia come fondamentale nelle dinamiche ossessive: stare in una relazione affettiva pone il rischio di far trapelare il desiderio di essere amati e può far perdere quella sensazione di controllo si è cercato di mantenere con tanta fatica. “Da qualche parte in ogni ossessivo-compulsivo c’è un bambino che non si sente amato” (Gabbard, 2015, p. 574). La tortura autoinflitta dell’ossessivo lo risparmia da ciò che teme di più, ovvero il dominio da parte dell’altro; il disagio di L. comunica che non c’è bisogno che la si critichi e la si sottometta, perché lo fa già autonomamente con se stessa.

La terza area psicodiagnostica, il narcisismo, è descrivibile come “un pattern pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia” (American Psychiatric Association, 2014); si tratta della tendenza individuale a impiegare diversi processi di regolazione del sé, degli affetti e dei processi interpersonali al fine di mantenere un’immagine di sé relativamente positiva. Il narcisismo è stato descritto da vari autori attraverso diversi sottotipi: la descrizione fenotipica overt e covert (Wink, 1991), “narcisista

inconsapevole” e “narcisista ipervigile” (Gabbard, 1989), la distinzione tra narcisismo “a pelle spessa” e “a pelle sottile” (Rosenfeld, 1987), “narcisista arrogante” e “narcisista timido” (Ronningstam, 2005), “narcisista elitario” e “narcisista compensatorio” (Millon, 1998), “narcisista grandioso” e “narcisista vulnerabile” (Cain, Pincus & Ansell, 2008; Pincus & Lukowitsky, 2010; Wink, 1991). Il Disturbo narcisistico di personalità comprende necessità di validazione e ammirazione, strategie volte a soddisfare tali bisogni, motivazione a ricercare nell’ambiente sociale, direttamente e indirettamente, esperienze di autorinforzo e, infine, abilità per gestire le delusioni e i mancati autorinforzi. Le espressioni sane del narcisismo possono contribuire a mantenere livelli normali di autostima e benessere, incrementando il senso di capacità personale, mentre il narcisismo patologico coinvolge la compromissione dell’abilità di regolazione del Sé, delle emozioni e del comportamento nel ricercare la soddisfazione dei bisogni di validazione e di ammirazione. La disfunzione maggiormente connessa al narcisismo patologico riguarda infatti i bisogni di validazione e di ammirazione cronicamente insoddisfatti, che portano a una preoccupazione cronica per lo stato sociale e a un’incessante predilezione per esperienze autorinforzanti. Ciò aumenta la sensibilità degli individui narcisisti alle variazioni della quotidianità e dello stare nelle relazioni e ne indebolisce la regolazione dell’autostima, delle emozioni e del comportamento. Prendendo in considerazione tali classificazioni in riferimento al caso di L., potremmo riconoscere i seguenti sottotipi di narcisismo: patologico overt, ipervigile, a pelle spessa, arrogante, elitario, grandioso. Può essere interessante evidenziare come tali classificazioni, proprio perché non possono descrivere in modo completo una personalità, abbiano mostrato alcune variazioni durante il percorso terapeutico. Esibizionismo, senso di grandiosità e bisogno di ricevere ammirazione (narcisista overt) hanno gradualmente integrato le dimensioni di ansia e insicurezza, pur mantenendo gli aspetti relazionali caratterizzati da autoindulgenza, prepotenza e arroganza (narcisista covert). L’autoconsapevolezza ha permesso alla paziente di osservare, accanto alla convinzione di essere superiore e speciale (narcisista elitario), il senso di vuoto che cerca di compensare attraverso l’illusione di un senso di superiorità, provando spesso sensazioni di colpa e vergogna (narcisista compensatorio). Ancora oltre, la grandiosità vissuta da L. (narcisista grandioso) ha lasciato sempre più spazio alla consapevolezza della propria vulnerabilità e della sua ipersensibilità al rifiuto e alla critica (narcisista vulnerabile). Infine, la “pelle spessa” della paziente si è gradualmente assottigliata, portandola a percepire il proprio senso di inferiorità (narcisismo “a pelle sottile”) che mascherava con arroganza e aggressività (narcisismo “a pelle spessa”); proprio tale insight ha caratterizzato un momento di difficile transizione nel percorso di L., che ha guardato con chiarezza dietro al velo e che ha scelto con coraggio di intraprendere un percorso di potenziamento della propria sicurezza.

2.2 Aspetti depressivi e ossessivi

La depressione è la comorbidità più comune nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

Alcuni studi rivelano una frequenza di sintomi depressivi in pazienti affetti da Disturbo Ossessivo-Compulsivo compresa tra il 13% e il 75%; inoltre, la depressione risulta la codiagnosi più frequente (Black, Goldstein, Noyes & Blum, 1995). La patologia può avere avvio sia con sintomi depressivi, sia con sintomatologia ossessivo-compulsiva (Rachman, 1980).

Uno studio volto a indagare tali aspetti (Tibi et al., 2017) ha rilevato come la comorbidità depressiva nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo possa costituire una conseguenza funzionale dei sintomi invalidanti di tipo ossessivo. Un aspetto molto interessante della ricerca è l'evidenza di come, tra i pazienti ossessivi, uno stile di attaccamento sicuro rappresenti un fattore di protezione per i futuri sintomi depressivi. In riferimento al nostro caso clinico, la mancanza di un attaccamento sicuro ha potuto contribuire alla condizione di multimorbidità di cui stiamo esponendo le traiettorie.

La percentuale di sintomi ossessivo-compulsivi riscontrati nei pazienti depressi si attesta tra il 23% e il 38% (Black, Goldstein, Noyes & Blum, 1995), dato che ha suggerito che la presenza di un disturbo depressivo possa essere un fattore che facilita la comparsa delle ossessioni.

Ecco la derivazione del termine depressione anancastica, poiché in passato i pazienti depressi con sintomi ossessivo-compulsivi sono stati considerati come un gruppo omogeneo (Lion, 1942). La depressione anancastica è un quadro clinico piuttosto frequente in cui è evidente il riscontro di manifestazioni ossessivo-compulsive associate a manifestazioni depressive.

La compulsione – dal latino tardo *compulsio*, *-onīs*, derivato di *compellere* (costringere) – è detta anche anancasmo – dal greco ἀναγκασμός, derivato di ἀναγκάζω (costringere).

La depressione anancastica indica dunque uno stato depressivo, accompagnato da tensione, angoscia, dubbi e idee ossessive, insicurezza, coscienziosità e prudenza eccessive, ostinazione e perfezionismo, rigidità, senza raggiungere la struttura e la gravità di un disturbo ossessivo-compulsivo conclamato.

Castrogiovanni, Di Muro, Goracci e Guidelli (2001) fanno notare infatti come i pazienti depressi con fenomeni di tipo anancastico raramente presentino un quadro ossessivo-compulsivo completo, in quanto le compulsioni risultano rare e poiché il contenuto delle ossessioni è più frequentemente di tipo aggressivo.

Secondo Rasmussen e Tsuang (1986) solo nel 30% dei quadri depressivi associati al DOC si può parlare di Episodio Depressivo Maggiore, poiché nella maggior parte di tali casi la depressione assume le caratteristiche di una demoralizzazione secondaria, perdendo le caratteristiche di anedonia, propositi autolesivi e riduzione dell'attenzione e della concentrazione.

“Pertanto i dati epidemiologici e quelli della ricerca clinico-statistica sembrano suggerire ampie sovrapposizioni fra quadro clinico ossessivo-compulsivo e quadro depressivo” (Castrogiovanni et al., 2001).

Inoltre, la frequenza del contenuto aggressivo tra i pazienti depressi con fenomeni di tipo anancastico darebbe un senso ancor più completo alla potente aggressività di L.

Lo studio di Castrogiovanni et al. (2001) rivela interessanti considerazioni relativamente agli aspetti di comorbilità, ma anche di diversità, presenti tra area depressiva e ossessiva, in riferimento all'affinità strutturale di alcuni tratti di personalità, alle interazioni in relazione all'unipolarità e alla bipolarità, ai fattori predittivi di remissione, alla prognosi, integrando con un'analisi di dati neuropsicologici, neurochimici, neuroimmunologici, neuroendocrinologici, fino a una constatazione a livello genetico (secondo Ohara et al. [1999] una similitudine tra DOC e depressione è stata riscontrata riguardo al gene del trasportatore della serotonina). Dallo studio emergono anche svariati aspetti di diversità tra i due quadri psicopatologici, motivo per cui è necessario uno sguardo attento.

Nel caso di L., l'ipotesi di multimorbilità diagnostica non si è tradotta in un intervento psicofarmacologico, ma si limita a essere una riflessione psicodinamica sul funzionamento psichico e sulle origini della sofferenza della paziente, al fine di costruire future traiettorie di vita maggiormente funzionali.

Al fine di analizzare la correlazione tra aspetti depressivi e ossessivi da un punto di vista psicodinamico, è utile citare quanto scritto da Adler in una delle opere centrali della Psicologia Individuale (Adler, 1920, pp. 225-226):

L'imperativo categorico dei melanconici ha dunque il tenore seguente: <<agisci, pensa e senti come se il destino tremendo, che tu ci descrivi, si fosse già verificato, o come se fosse inevitabile>>. E qui non bisogna dimenticare la premessa fondamentale della mania melanconica: <<il tuo sguardo è affine a quello di Dio, profetico>>.

Ci si può chiedere se queste parole non possano valere ugualmente per l'ossessivo: costui non segue esattamente l'imperativo categorico di ineluttabilità? Non si ritiene profetico nell'aver chiaro davanti a sé il proprio destino infausto? Con l'efficace utilizzo del “come se”, Adler illustra la drammatica reificazione dei timori dell'essere umano, che ne anestetizzano la spinta vitale (in direzione depressiva, ossessiva, ecc.).

Ecco emergere a gran voce un imperativo categorico di ineluttabilità: la persona ossessiva si ritiene profetica nell'aver chiaro davanti a sé il proprio destino infausto e intraprende con grande impegno la propria crociata, compensando però in direzione negativa. L'esito è così un tragico astensionismo dalla vita.

La storia di L. ne rivela l'immobilità progettuale e l'astensionismo da un piano di vita improntato al benessere; è proprio grazie a questa presa di consapevolezza e allo smascheramento delle finzioni disfunzionali, che è stato possibile iniziare con la paziente un percorso di progettazione del suo futuro. Inoltre, la solitudine sperimentata dalla paziente, si ricollega sia al ritiro depressivo, sia alla rigidità ossessiva che tenta di controllare l'area affettiva: i pensieri ossessivi vanno a incanalarsi proprio nei corridoi dell'affetto, entrando in modo machiavellico nella sfera emotiva, e travolgendola.

Ricordiamo, infatti, il valore socio-relazionale della sofferenza psicologica: la risposta sintomatica, anche disfunzionale, che l'individuo crea, si colloca sempre all'interno della società e delle relazioni con cui ha a che fare, e a cui si ribella perché fatica a starci.

Nel capitolo "Difese ossessivo-compulsive che non difendono più. Un accenno alle ossessioni moderne" di un testo in via di pubblicazione (Maiullari, Molina, de Adamich & Dodero, 2022) parliamo di "malattia autoimmune" psichica: la persona, al fine di salvaguardarsi, intraprende una lotta indirizzata verso l'esterno, ma che finisce per rivolgersi verso se stessa.

La società creata dagli umani stessi impone determinati vincoli a cui alcuni possono rispondere in modo difensivo, attraverso quelle che sono definite controcostrizioni. Tale costrutto descrive l'opposizione all'ambiente di vita di un individuo che, per difendersi da qualcosa che viene percepito come un attacco, genera un sintomo autodistruttivo e si chiude in una spirale sintomatica.

"Ecco che l'ossessività può essere interpretata proprio come una controcostrizione, ovvero come una risposta di compensazione rispetto ai vincoli, in particolar modo di natura relazionale, che l'individuo percepisce come pericolosi per il proprio equilibrio psicoemotivo"; il cortocircuito risiede però nel fatto che la persona, nel ribellarsi a una costrizione, si costringe in realtà "a vivere in un limite generato da se stesso, costruendo in definitiva la propria sofferenza. È proprio per questo che il tema centrale del disturbo ossessivo è il controllo, che ha valore di tentativo disperato di dare ordine al mondo costrittivo e anarchico delle emozioni" (de Adamich & Dodero, 2021, trad. it. nostra).

In linea con l'assunzione della relazione come fondamento psichico dell'individuo, possiamo considerare la dimensione relazionale come campo privilegiato di origine, sviluppo e cura della sofferenza psichica:

L'essere umano nasce all'interno delle relazioni (in primis quella madre-bambino), sia per la sopravvivenza fisica, sia per quella psichica. L'entrare in relazione con l'altro sollecita la sicurezza e la conoscenza, ma anche il dubbio (tiranno dell'ossessivo): l'umano, che desidera e suppone di poter raggiungere il sapere assoluto, nell'incontro/scontro con l'altro si rende conto di non poterlo possedere e si ritrova quindi in uno stato di dubbio/incertezza. Ecco che è proprio nello sperimentare le relazioni che l'umano conosce

per la prima volta l'ignoto. Tale scoperta può sollecitare un turbamento emotivo e, per rispondere a preoccupazione, paura, vergogna e colpa, la persona può ricorrere a finzioni disfunzionali, tra cui la convinzione di poter affrontare la realtà solamente attraverso un'ispezione e una verifica perpetue. Nel caso dell'ossessività, la sopravvivenza psichica entra in un campo rischioso, perché è come se la persona mettesse in atto difese autodistruttive: il controllo, nato per non perdere le relazioni o per non soccombervi, chiude agli altri le porte della fortezza di cristallo (de Adamich & Dodero, 2021, trad. it. nostra).

L. si sente imprigionata in una fortezza dorata, intrisa di aspettative nei suoi confronti, e non a caso ha sviluppato una linea sintomatica di tipo controllante.

La complessa dinamica ossessiva e il faticoso vissuto depressivo, divengono difese e “pretesti” per sfuggire alla complessità della realtà e alla convivenza armonica con l'altro (Parenti, 1983).

È così che il desiderio di superare la limitatezza della natura umana può portare a un autosabotaggio psichico, come nel caso di L.; non dobbiamo però dimenticare che tutti noi essere umani, in quanto finiti, ci troviamo di fronte all'enorme sfida di voler rendere a noi comprensibile e controllabile qualcosa di indefinito.

Allora, la chiave di comprensione risiede forse nel prendere coscienza e nell'accettare l'interconnessione di ogni essere vivente e lasciarsi andare, affidarsi, esistere, nella relazione con l'altro.

Ecco il lavoro che si sta cercando di fare durante questo percorso psicoterapeutico: utilizzare la relazione tra terapeuta e paziente come esempio di un'interazione funzionante e sana, una relazione che cura.

2.3 Narcisismo e ossessività

Alcuni autori hanno effettuato uno studio a partire dalla premessa che le personalità narcisistiche e ossessivo-compulsive presentino, oltre ai sintomi riportati nei manuali psicodiagnostici, anche tratti autoritari e dominanti.

Secondo Altemeyer (1996; 1988; 1981), gli autoritari “sono soggetti che tendono a compartimentalizzare il pensiero, che detengono una varietà di credenze contraddittorie, che cercano di disconfermare le informazioni che non condividono”; inoltre, “si sentono membri di una minoranza di giusti in contrapposizione a una maggioranza decadente e peccatrice. Le persone autoritarie si caratterizzano per un'alta considerazione di sé, sentono la propria moralità superiore a quella degli altri” (Di Maria, Formica & Scrima, 2007, p. 295).

Sulla base di quanto discusso nel capitolo precedente, possiamo affermare che tali caratteristiche sono presenti nella vita della paziente e nel suo approcciarsi alla realtà con un fittizio senso di superiorità.

Altri fattori presenti tanto nel disturbo narcisistico di personalità, quanto nel disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, sono l'aspirazione al perfezionismo e la tendenza a credere che gli altri non siano in grado di fare le cose altrettanto bene rispetto a come le fa la persona; anche tali aspetti ben corrispondono al quadro clinico di L.

Inoltre, è stato riscontrato come il perfezionismo sia correlato alla grandiosità, proprio perché aiuta a migliorare la competitività, l'autostima e la percezione di grandiosità (Fjermestad-Noll et al., 2020).

Anche all'interno della relazione terapeutica è possibile riscontrare elementi di comunanza tra ossessività e narcisismo: in questi casi, il paziente si avvicina alla terapia portando, da una parte, la propria idea di superiorità morale, tipica dell'ossessività, dall'altra parte, la svalutazione e il controllo onnipotente, tipici del narcisismo; tali elementi sono infatti stati portati da L. all'interno della relazione terapeutica.

Inoltre, nel caso della nostra paziente, che abbiamo definito come "narcisista ipervigile", si evidenzia una tendenza al controllo, anche all'interno del setting terapeutico, che ben si associa al timoroso controllo ossessivo.

Avviandoci verso una riflessione psicodinamica, accenniamo al concetto di meta, già incontrato nel trattare il caso di L.

In linea con la concettualizzazione del finalismo causale, Adler (1920) introdusse l'esistenza di mete finzionali o finzioni guida, che indirizzano l'individuo nella definizione dei propri comportamenti e del proprio stile di vita.

Sia consentito rinviare a de Adamich (2021), nel sottolineare come la meta finzionale costituisca l'edificazione dell'esistenza di ciascuno, sulla base di determinanti oggettive (eredità, ambiente, inferiorità d'organo, esperienze passate) e della situazione attuale, ma soprattutto a partire dal vissuto soggettivo del proprio futuro; tale meta è dunque principio di causalità interna all'individuo, che ne unifica lo stile di vita e che permette, grazie alla sua funzione di orientamento nel mondo e di progettualità, l'attuazione di strategie compensative del sentimento d'inferiorità.

Sentimento d'inferiorità e tensione alla perfezione sono costruzioni finzionali (Hillman, 1983), elaborate dalla persona per controllare i propri sentimenti d'insicurezza e per alimentare il proprio senso di onnipotenza.

Il vissuto di inferiorità e l'aspirazione alla sicurezza generano nell'individuo un ideale di personalità e questi, per orientarsi nel mondo, si costruisce uno schema composto dalle proprie

finzioni; tale schema è diretto, all'interno di una dinamica compensatoria, a quella che è la sua meta finzionale, la quale è in larga misura di natura inconscia.

L'insicurezza diviene il proprio opposto, verso cui l'individuo tende; prende così vita la finzione della meta di superiorità, che si rivela un'utile forza trainante per gli individui, dei quali indirizza scelte e azioni, costringendo lo spirito a prevedere e a perfezionarsi (Adler, 1920); quando, però, l'ideale di personalità viene percepito come reale – raggiungibile nelle nevrosi, vero nelle psicosi (Canzano, 2007) – perde la sua utilità.

Potremmo leggere il narcisismo in termini adleriani, come una compensazione del sentimento di inferiorità, talmente potente da creare un'aspirazione alla superiorità che si traduce in un ideale di sé, tanto affascinante per la persona che si rimira allo specchio, quanto irraggiungibile e fonte di frustrazione e rabbia.

Ciascuno è soggetto a un ripiegamento narcisistico: c'è bisogno di un altro che fa da specchio e che riflette ciò che si è. Una profonda sfiducia in sé, però, può oscurare l'immagine, distruggendo la consapevolezza che l'altro è un essere con emozioni e pensieri propri e che l'immagine riflessa è filtrata dai propri vissuti.

L'altro, che in fondo è disprezzato in quanto considerato inferiore, diventa un mero strumento per ricevere un riscontro su se stessi, e soffrire qualora questo non sia un elogio. Ecco che allora si è soli, davanti allo specchio, proprio come sola si ritrova la paziente di cui si è raccontato nel capitolo precedente. E proprio nel disturbo ossessivo, questa quota narcisistica domina, in modo direttamente proporzionale alla solitudine.

L'ossessività può così costituire un ripiegamento narcisistico su se stessi: pensiamo a Narciso che si specchia in se stesso e a Eco che rimane solamente voce, un'eco che si ripete, ossessiva.

In termini adleriani, assistiamo a un'ascesa dispotica della volontà di potenza (individuale) che sottomette il sentimento sociale (l'altro non esiste, quindi si è soli). Per evitare l'esposizione al rischio, ci si chiude nel proprio mondo meccanico, rigido, ossessivo, il mondo che L. si è costruita per affrontare l'esistenza.

La paziente si è avventurata in una sorta di ricerca di "immortalità", per non arrendersi all'avanzare della vita. Piuttosto che andare incontro alla morte, si è difesa arretrando e costringendo le proprie traiettorie di vita in senso depressivo.

2.4 Depressione e narcisismo

Diversi autori (Dawood & Pincus, 2018; De Page & Merckelbach, 2021; Freudenstein et al., 2012; Pinheiro, Verztman & Viana, 2016; Szücs et al., 2020; Watson, Sawrie, Greene & Arredondo, 2002) hanno indagato la relazione tra stati depressivi e tratti narcisistici.

Uno studio recente (Loeffler et al., 2020) ha rilevato come il narcisismo di tipo vulnerabile correli positivamente con i sintomi depressivi e con l'anedonia.

Lo studio di Szücs et al. (2020), partendo dall'ipotesi che tratti narcisistici e stati depressivi influenzino la percezione del rango sociale e la motivazione a dominare in modi opposti, ha rilevato che il narcisismo si traduce in una tendenza amplificata alla rivalità e alla ricerca di ammirazione a livello sociale e che la depressione non sopprime la competitività generale, ma inibisce selettivamente la rivalità; lo studio ha dunque evidenziato comportamenti che tracciano la semeiotica narcisistica e depressiva, in riferimento allo sforzo narcisistico di dominanza e all'inibizione depressiva della stessa.

La presenza di una vulnerabilità narcisistica nei pazienti depressi è enfatizzata da molte prospettive (Busch, Rudden & Shapiro, 2004). Secondo Bibring (1953), qualsiasi frustrazione o ferita narcisistica in grado di ridurre l'autostima ha un ruolo centrale nell'avvio del processo depressivo; la depressione sarebbe quindi l'esito di una tensione tra ideali e realtà: la consapevolezza della persona rispetto alla propria effettiva o supposta incapacità di essere all'altezza di tali ideali, espressi nella forma di tre aspirazioni narcisistiche (valere ed essere amato, essere forte/superiore, essere bravo e amorevole), genererebbe depressione, con un conseguente vissuto di fragilità e impotenza.

Nel riflettere sul lavoro clinico con pazienti che soffrono di depressione, Gabbard (2015, p. 237) suggerisce di domandarsi: "Quali aspirazioni di alto valore narcisistico il paziente non è riuscito a soddisfare?"; tale riflessione sottintende il legame tra aspirazione narcisistica e delusione depressiva.

Ciò che accomuna i tratti narcisistici e le caratteristiche depressive potrebbe essere la sensazione di non avere valore, che genera il tentativo di costruirlo attraverso l'idealizzazione della propria figura; l'individuo è desideroso di risultare più amabile e degno di affetto. Tali caratteristiche psicopatologiche sono interconnesse in un modo spesso non riscontrabile a un primo sguardo, ma, quando individuate, rivelano tutte la loro potenza.

Un ulteriore aspetto che caratterizza tanto il narcisismo quanto la depressione è la difficoltà nell'elaborazione emotiva, per cui le persone con caratteristiche narcisistiche faticano a elaborare in modo funzionale le emozioni riferite a sé e agli altri con cui sono in relazione, con un'augmentata percezione e una faticosa gestione delle emozioni negative.

È questo il motivo per cui, nel percorso con L., si è cercato di lavorare sulla gestione intrapsichica del mondo emotivo.

Ancora, entrambe le aree psicodiagnostiche sono caratterizzate dalla percezione di una discrepanza tra le aspettative, perlopiù idealizzate, e la realtà; la delusione di tali aspettative

grandiose genera un'insoddisfazione che fa ripiegare la persona su se stessa in modo depressivo. Tali stati psichici hanno in comune una profonda sensazione di vuoto.

Confrontandosi con un ambiente infantile non supportivo nei confronti della sua dipendenza e del suo bisogno affettivo, la persona narcisista si sente inerme di fronte al legame ed elabora in modo difensivo delle fantasie di onnipotenza; in termini adleriani, compensa sul lato inutile della vita il suo profondo sentimento di inferiorità.

Ecco che il trauma abbandonico e l'incuria materna possono portare alla ricerca di sostituti: all'esterno, ovvero in relazioni simbiotiche con persone di riferimento, o all'interno, con lo sviluppo di un senso di grandiosità.

Proprio per via della compresenza di una sensazione di impotenza e fragilità e del profondo bisogno di essere amati, gli individui con tratti narcisistici non riescono a sopportare che il proprio bisogno di amore venga tradito, poiché in quel passaggio rivivono lo stato abbandonico; da qui, la forte rabbia, che nella depressione viene introiettata e nel narcisismo viene violentemente rivolta all'esterno.

Questo è proprio ciò che successe a L., quando la conclusione dell'ultima relazione su cui aveva investito affettivamente la fece sprofondare in una grave depressione, con una potente quota di rabbia, rivolta sia a se stessa, sia all'esterno, a corroborare l'ipotesi di una compresenza di stati depressivi e aspetti narcisistici.

Come abbiamo potuto scorgere nella storia della paziente, gli aspetti menzionati ne caratterizzano in modo drammatico la vita affettiva.

2.5 Interazione tra aspetti depressivi, ossessivi e narcisistici

Al fine di completare la riflessione sulla multimorbilità, si farà ora riferimento a ulteriori studi che hanno individuato significative interazioni.

Diverse indagini hanno rilevato la presenza di sintomi depressivi nei pazienti con Disturbo narcisistico di personalità (Dawood & Pincus, 2018; Ronningstam, 1996); sintomi depressivi, quali perfezionismo, vergogna e aggressività, sono infatti risultati presenti in pazienti con Disturbo narcisistico di personalità (Fjermestad-Noll et al., 2020).

La coesistenza e l'interazione tra perfezionismo, vergogna e aggressività possono affaticare l'autostima, intensificare la vulnerabilità e contribuire alla suscettibilità ai sintomi depressivi nei pazienti con Disturbo narcisistico di personalità (Dawood & Pincus, 2018; Huprich et al, 2008; Marčinko et al., 2014; Ronningstam, 2011).

In particolare, la rabbia si sviluppa a partire dalle minacce percepite dall'individuo all'immagine narcisistica di sé e può essere sia interiorizzata, sia esternata; tale processo è alimentato dalla

sospettosità, dallo sconforto e dalla ruminazione aggressiva (Krizan & Johar, 2015). Di conseguenza, è possibile ipotizzare che i tratti di perfezionismo nei pazienti con Disturbo narcisistico di personalità possano essere causa di sentimenti di vergogna e provocare conseguenti espressioni aggressive (Fjermestad-Noll et al., 2020).

Perfezionismo, ipervigilanza alla critica e paura del fallimento sono correlati a una vulnerabilità narcisistica (Erkoreka & Navarro, 2017; Gabbard, 1989; Hyatt et al., 2018; Kealy, Tsai & Ogrodniczuk, 2012; Miller, Gentile, Wilson & Campbell, 2013; Ronningstam & Baskin-Sommers, 2013; Tritt, Ryder, Ring & Pincus, 2010; Velotti, Ellison & Garofalo, 2014) ed esperienze di fallimento e di inferiorità possono potenzialmente evocare sintomi depressivi (Kernberg & Yeomans, 2013).

Il riscontro del perfezionismo come un tratto particolarmente importante nei pazienti depressi con Disturbo narcisistico di personalità (Fjermestad-Noll et al., 2020) si rivela un elemento centrale nel validare l'ipotesi, presentata nel contesto di questa tesi, di una triplice multimorbilità tra aspetti depressivi, ossessivi e narcisistici.

Inoltre, la variabile dell'età risulta un aspetto interessante nell'analisi delle interazioni fra i tre quadri presi in considerazione: le persone ossessive possono “essere ad alto rischio di depressione soprattutto verso la mezza età (l'età di L.), quando i sogni idealistici della giovinezza sono infranti dalla realtà del tempo che fugge” (Gabbard, 2015, p. 576), in un contrasto tra ideale di perfezione e senso di inadeguatezza. Ciò si collega alla considerazione che molte persone narcisiste faticano durante l'invecchiamento, proprio perché questo distrugge “le loro fantasie grandiose di una giovinezza e bellezza eterne” (Gabbard, 2015, p. 504) e genera paura.

Come abbiamo potuto comprendere dalla storia di L., tali elementi hanno concorso allo sviluppo della sua sofferenza: quando l'immagine grandiosa di sé – sviluppata per compensare un senso di inferiorità generato da un'affettività e da una rigidità sperimentate in infanzia – accompagnata dalla tendenza al perfezionismo e dalla rigidità morale e relazionale, nonché dall'ipervigilanza alla critica, si è scontrata con l'abbandono, con il rifiuto e con il fallimento relazionale, si è generata nella paziente una forte rabbia. L. ha ripiegato su stessa la propria aggressività, interiorizzandola nella forma di una profonda autosvalutazione, con un ripiegamento di tipo depressivo.

È con questo sfondo interiore che L. si è presentata in terapia, dove ha avuto il coraggio di guardare tale quadro, scoprirne i dettagli che aveva la forza di comprendere, tralasciare quelli per cui percepiva un eccessivo pericolo e restaurare il proprio mondo a piccoli passi.

Questo cammino è ancora in corso e sarà accompagnato con un costante incoraggiamento adleriano.

Conclusioni

In conclusione, la depressione di L., generata dalla fine della sua più recente relazione affettiva, ha aperto una finestra sulle difficoltà di sviluppo da lei incontrate, che hanno coinvolto un'educazione di stampo autoritario e anaffettivo; le delusioni successive in ambito sentimentale hanno rafforzato il timore del legame, fino all'ultimo fallimento relazionale, che ha avuto il ruolo di detonatore del disagio della paziente e di motore per la richiesta di supporto psicologico.

Attraverso il percorso terapeutico e grazie alle risorse, anche introspettive, della paziente, è stato possibile delineare alcune dinamiche basilari dello stile di vita di L.: il profondo bisogno di tenerezza, il sentimento di inferiorità, il timore del legame e il senso abbandonico, la tendenza all'ossessività come tentativo di controllo, il conflitto con il maschile e la protesta virile, l'intellettualizzazione difensiva, il coinvolgimento nelle dinamiche di potere, l'introyezione di una forte rabbia, con un conseguente disinvestimento sulla realtà, specialmente affettiva.

La teoria e la tecnica adleriane si sono così confermate ottimi strumenti per l'analisi del funzionamento della paziente da un punto di vista psicodinamico, per la gestione del percorso psicoterapeutico e per la valutazione dello stesso in senso clinico e metodologico: l'utilizzo di alcune importanti chiavi di lettura teorico-applicative della Psicologia Individuale si è rivelato efficace a livello clinico e nella costante interpretazione della storia di vita della paziente, rendendo possibile un buon lavoro terapeutico e fornendo dispositivi funzionali per il proseguimento della terapia.

L'analisi dei contributi forniti dal panorama scientifico attuale in ambito psicologico ha permesso di dare un senso all'ipotesi psicodiagnostica di multimorbilità tra aspetti depressivi, ossessivi e narcisistici, la quale si è rivelata un'utile chiave interpretativa nell'affrontare il caso clinico.

Attraverso la relazione terapeutica, L. è stata ed è tuttora accompagnata in un percorso di consapevolezza, accettazione e contatto con il proprio mondo affettivo.

Bibliografia

Adler, A. (1910). *Der psychische Hermaphroditismus im Leben und in der Neurose*. In W. Metzger (a cura di), *Heilen und Bilden* (pp. 42-52). S. Fischer Verlag, 1973.

Adler, A. (1912). *Über den nervösen Charakter*. J.F. Bergmann-Verlag. Tr. it. *Il temperamento nervoso*. Newton Compton, 1971.

- Adler, A. (1914). *Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes*. Reinhardt. Tr. it. C. Canzano e G. Ferrigno, Il bisogno di tenerezza del bambino. *Rivista di Psicologia Individuale*, 59, 7-15, 2006.
- Adler, A. (1920). *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*. Bergmann Verlag. Tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*. Casa Editrice Astrolabio, 1967.
- Adler, A. (1931). *What life should mean to you*. Grosset & Dunlap. Tr. it. *Cos'è la Psicologia Individuale*. Newton Compton, 1976.
- Adler, A. (1935). The fundamental views of Individual Psychology. *International Journal of Individual Psychology*, 1, 5-8. Tr. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale. *Rivista di Psicologia Individuale*, 33, 5-9.
- Altemeyer, B. (1981). *Right-Wing Authoritarianism*. University of Manitoba Press.
- Altemeyer, B. (1988). *Enemies of Freedom: Understanding Right-Wing Authoritarianism*. Jossey-Bass.
- Altemeyer, B. (1996). *The Authoritarian Specter*. Harvard University Press.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*. American Psychiatric Association. Tr. it. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quinta edizione. DSM-5*. Raffaello Cortina Editore.
- Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. Harper & Row. Tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*. Martinelli, 1997.
- Balzano, G. (2011). La rete delle finzioni nella costruzione e nella modifica dello Stile di vita. *Rivista di Psicologia Individuale*, 69, suppl., 27-34.
- Bibring, E. (1953). *The mechanism of depression*. In P. Greenacre (a cura di), *Affective Disorders: Psychoanalytic Contributions to Their Study* (pp. 13-48). International Universities Press.
- Black, D.W., Goldstein, R.B., Noyes, R. & Blum, N. (1995). Psychiatric disorders in relatives of probands with obsessive-compulsive disorder and co-morbid major depression or generalized anxiety. *Psychiatry*, 5, 37-41.
- Bosetto, D. (2010). Le finzioni estetiche nella teoria individualpsicologica. *Rivista di Psicologia Individuale*, 68, 29-37.
- Busch, F.N., Rudden, M. & Shapiro, T. (2004). *Psychodynamic treatment of depression*. American Psychiatric Publishing, Inc. Tr. it. *Psicoterapia psicodinamica della depressione*. Raffaello Cortina Editore, 2007.
- Cain, N.M., Pincus, A.L. & Ansell, E.B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28, 4, 638-656.
- Canzano, C. (2007). *Teoria della Psicologia Individuale Comparata. La filosofia del come se e le finzioni*. Scuola Adleriana di Psicoterapia dell'Istituto Alfred Adler.

- Castrogiovanni, P., Di Muro, A., Goracci, A. & Guidelli, L. (2001). Confini tra disturbo ossessivo-compulsivo e depressione: considerazioni psicopatologiche. *Journal of Psychopathology*, 4. <https://www.jpsychopathol.it/article/confini-tra-disturbo-ossessivo-compulsivo-e-depressione-considerazioni-psicopatologiche/>
- Dawood, S. & Pincus, A.L. (2018). Pathological narcissism and the severity, variability, and instability of depressive symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9, 144-154.
- de Adamich, B.M. (2021). La finzione utile e creativa nella clinica adleriana. *Studi Adleriani*, 1, 76-85.
- de Adamich, B.M. & Antonietti, M.G. (2021). Pensiero antitetico e protesta virile. Il percorso psicoterapeutico di una donna adleriana. *Education & Learning Styles*, 2, 113-128.
- de Adamich, B.M. & Dodero, V. (2021). *Is it possible to heal from the obsession of total control?* Poster presentato al XXVIII Congresso Internazionale IAIP “The Challenges of the Global World: Healing and Growth”, Lviv (Ukraine).
- De Page, L. & Merckelbach, H. (2021). Associations between supernormality (“faking good”), narcissism and depression: An exploratory study in a clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28, 1, 182-188.
- Di Maria, F., Formica, I. & Scrima, F. (2007). Disturbo Narcisistico ed Ossessivo-Compulsivo: uno sguardo diverso. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 293-303.
- Erkoreka, L. & Navarro, B. (2017). Vulnerable narcissism is associated with severity of depressive symptoms in dysthymic patients. *Psychiatry Research*, 257, 265-269.
- Feinstein, A.R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23, 7, 455-468.
- Filippi, D. (2014). *Il temperamento nervoso*. Centro Studi di Psicologia e Letteratura. <http://centrostudipsicologiaeletteratura.org/2014/01/il-temperamento-nervoso/>
- Fjermestad-Noll, J., Ronningstam, E., Bach, B., Rosenbaum, B. & Simonsen, E. (2020). Perfectionism, shame, and aggression in depressive patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 34, Special Issue, 25-41.
- Freudenstein, O., Valevski, A., Apter, A., Zohar, A., Shoval, G., Nahshoni, E. et al. (2012). Perfectionism, narcissism, and depression in suicidal and nonsuicidal adolescent inpatients. *Comprehensive psychiatry*, 53, 6, 746-752.
- Gabbard, G.O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Fifth Edition*. American Psychiatric Press, Inc., Washington D.C. Tr. it. *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, 2015.
- Gabbard, G.O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, 6, 527-532.

- Hillman, J. (1983). *Healing fiction*. Station Hill Press. Tr. it. *Le storie che curano*. Raffaello Cortina Editore, 1984.
- Huprich, S.K., Porcerelli, J., Keaschuk, R., Binienda, J. & Engle, B. (2008). Depressive personality disorder, dysthymia, and their relationship to perfectionism. *Depression and Anxiety*, 25, 207-217.
- Hyatt, C.S., Sleep, C.E., Lynam, D.R., Widiger, T.A., Campbell, W.K. & Miller, J.D. (2018). Ratings of affective and interpersonal tendencies differ for grandiose and vulnerable narcissism: A replication and extension of Gore and Widiger (2016). *Journal of Personality*, 86, 422-434.
- Kealy, D., Tsai, M. & Ogrodniczuk, J.S. (2012). Depressive tendencies and pathological narcissism among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 196, 157-159.
- Kernberg, O.F. & Yeomans, F.E. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77, 1-22.
- Koch, K. (1949). *Der Baumtest. Der Baumzeichenversuch als psychodiagnostisches Hilfsmittel*. Verlag Hans Huber. Tr. it. *Il reattivo dell'albero. Il disegno dell'albero come ausilio psicodiagnostico*. Giunti O.S., 2007.
- Krizan, Z. & Johar, O. (2015). Narcissistic rage revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108, 784-801.
- Lion, E.G. (1942). Anancastic depression: obsessive-compulsive symptoms occurring during depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 95, 730-738.
- Loeffler, L.A.K., Huebben, A.K., Radke, S., Habel, U. & Derntl, B. (2020). The Association Between Vulnerable/Grandiose Narcissism and Emotion Regulation. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-12.
- Maiullari, F., de Adamich, B.M. & Fragapane, M.C. (2019). Il finalismo del sogno nella Psicologia Individuale di Alfred Adler. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 53, 4, 599-624.
- Maiullari, F., Molina, F., de Adamich, B.M. & Doderò, V. (2022). *Difese ossessivo-compulsive che non difendono più. Un accenno alle ossessioni moderne*. In F. Maiullari, Esploratori di ossessioni. Mitologia, letteratura e clinica (cap. VI). Edizioni San Paolo.
- Marčinko, D., Jakšić, N., Ivezić, E., Skočić, M., Surányi, Z., Lončar, M. et al. (2014). Pathological narcissism and depressive symptoms in psychiatric outpatients: Mediating role of dysfunctional attitudes. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 341-352.
- Mezzena, G. (1981). Dalla finzione rafforzata alla finzione vitale. In *II Congresso Nazionale S.I.P.I.*, Camogli.
- Mezzena, G. (1988). Le finzioni e la loro successione nella psicoterapia. *Rivista di Psicologia Individuale*, 28-29, 16-24.

- Mezzena, G. (1994). La “finzione” nell’educazione e nel trattamento analitico. *Rivista di Psicologia Individuale*, 35, 51-58.
- Miller, J.D., Gentile, B., Wilson, L. & Campbell, W.K. (2013). Grandiose and vulnerable narcissism and the DSM-5 Pathological Personality Trait Model. *Journal of Personality Assessment*, 95, 284-290.
- Millon, T. (1998). DSM narcissistic personality disorder: Historical reflections and future directions. In E.F. Ronningstam, *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 75-101). American Psychiatric Association.
- Oberst, U. & Stewart, A.E. (2003). *Adlerian Psychotherapy. An Advanced Approach to Individual Psychology*. Routledge.
- Oberst, U., Ibarz, V. & León, R. (2004). La Psicología Individual de Alfred Adler y la Psicosisíntesis de Olivér Brachfeld. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 67, 31-44.
- Ohara, K., Suzuki, Y., Ochiai, M., Tsukamoto, T., Tani, K. & Ohara, K. (1999). A variable-number-tandem-repeat of the serotonin transporter gene and anxiety disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 23, 55-65.
- Pagani, P.L. (2000). Discorso sulla Psicologia Individuale e sull’ecllettismo. *Rivista di Psicologia Individuale*, 48, 21-39.
- Pagani, P.L. (2002). *Piccolo lessico adleriano, Dizionario argomentato dei lemmi e delle locuzioni della Psicologia Individuale*. Istituto Alfred Adler.
- Pagani, P.L. (2006). Dalla pulsione aggressiva al sentimento sociale: sulle tracce del pensiero di Adler. *Rivista di Psicologia Individuale*, 60, 5-36.
- Parenti, F. (1983). *La psicologia individuale dopo Adler*. Casa Editrice Astrolabio.
- Parenti, F. (1987). Discorso sulla psicoterapia. Definizione, formazione degli operatori e altro ancora. *Rivista di Psicologia Individuale*, 15, 26-27.
- Pincus, A.L. & Lukowitsky, M.R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 1, 421-446.
- Pinheiro, T., Verzman, J. & Viana, D. (2016). Melancholia, Narcissism and Depression. *The American Journal of Psychoanalysis*, 76, 3, 281-294.
- Rachman, S.J. & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Prentice-Hall.
- Rasmussen, S.A. & Tsuang, M.T. (1986). Clinical characteristics and family history in DMS-III obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 317-322.
- Ronningstam, E.F. (1996). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder in Axis I disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 3, 326-340.
- Ronningstam, E.F. (2005). *Identifying and Understanding the Narcissistic Personality*. Oxford Press.

- Ronningstam, E.F. (2011). Narcissistic personality disorder: A clinical perspective. *Journal of Psychiatric Practice*, 17, 89-99.
- Ronningstam, E.F. & Baskin-Sommers, A.R. (2013). Fear and decision-making in narcissistic personality disorder. A link between psychoanalysis and neuroscience. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15, 191-201.
- Rosenfeld, H.A. (1987). *Impasse and Interpretation*. Routledge. Tr. it. *Comunicazione e interpretazione*. Bollati Boringhieri Editore, 1989.
- Rota Surra, G. (1999). Quando la rabbia non ha le parole per dirlo. *Rivista di Psicologia Individuale*, 45, 85-94.
- Rovera, G.G. (2016). La Psicologia Individuale. *Rivista di Psicologia Individuale*, 80, 63-83.
- Szücs, A., Szanto, K., Adalbert, J., Wright, A.G.C., Clark, L. & Dombrowski, A.Y. (2020). Status, rivalry and admiration-seeking in narcissism and depression: A behavioral study. *PLoS ONE*, 15, 1-17.
- Tibi, L., van Oppen, P., van Balkom, A.J.L.M., Eikelenboom, M., Rickelt, J., Schruers, K.R.J. et al. (2017). The long-term association of OCD and depression and its moderators: A four-year follow up study in a large clinical sample. *European Psychiatry*, 44, 76-82.
- Tritt, S.M., Ryder, A.G., Ring, A.J. & Pincus, A.L. (2010). Pathological narcissism and the depressive temperament. *Journal of Affective Disorders*, 122, 280-284.
- Vaihinger, H. (1911). *Die Philosophie des Als Ob*. Salzwasser-Verlag. Tr. it. *La filosofia del "come se"*. Casa Editrice Astrolabio, 1967.
- van den Akker, M., Buntinx, F. & Knottnerus, J.A. (1996). Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A Review of literature. *European Journal of General Practice*, 2, 2, 65-70.
- Velotti, P., Ellison, J. & Garofalo, C. (2014). Shame and aggression: Different trajectories and implications. *Aggression and Violent Behavior*, 19, 454-461.
- Watson, P.J., Sawrie, S.M., Greene, R.L. & Arredondo, R. (2002). Narcissism and depression: MMPI-2 evidence for the continuum hypothesis in clinical samples. *Journal of Personality Assessment*, 79, 1, 85-109.
- Wink, P. (1991). Two Faces of Narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 4, 590-597.
- Yap, K., Mogan, C. & Kyrios, M. (2012). Obsessive-compulsive disorder and comorbid depression: the role of OCD-related and non-specific factors. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 5, 565-573.

The use of the C.A.T. according to the Adlerian approach by *Davide Maria Giarratana**

ABSTRACT (ENG)

This paper contributes to the psychodiagnostic evaluation of children aged 3-10. It consists of the participant observation report of a 6.5 year old girl who was administered the C.A.T. (Children's Apperception Test). The responses of the tested person correspond to the projection of inner experience. The interpretative hypothesis is based on the constructs of the Adlerian theory, such as: sense of inferiority, inferiority complex, will to power, compensation, style of life (or life style), social sense and feeling of community. The information gathered during the interview and through the administration of the test highlights the fantasies of power and the concealment of the sense of inferiority. This paper provides guidelines for the elaboration of self-narration and information useful for promoting the change process.

Keywords: will to power, life style, feeling of community, C.A.T., psychodiagnostic assessment

L'uso del C.A.T. secondo l'approccio adleriano di *Davide Maria Giarratana*

ABSTRACT (ITA)

Questo lavoro contribuisce alla valutazione psicodiagnostica dei bambini di età compresa fra i tre e i dieci anni. Consiste nel report dell'osservazione partecipante di una bambina di sei anni e mezzo a cui è stato somministrato il C.A.T. (Test di appercezione per bambini). Le risposte dell'esaminata corrispondono alla proiezione dell'esperienza interiore. L'ipotesi interpretativa si basa sui costrutti della teoria adleriana, quali: senso di inferiorità, complesso di inferiorità, volontà di potenza, compensazione, stile di vita, senso sociale e sentimento comunitario. Le informazioni raccolte durante il colloquio e attraverso la somministrazione del test mettono in luce le fantasie di potenza e l'occultamento del senso di inferiorità. Questo documento fornisce linee guida per l'elaborazione della narrazione di sé e informazioni utili a promuovere il processo di cambiamento.

Parole chiave: volontà di potenza, stile di vita, sentimento comunitario, C.A.T., valutazione psicodiagnostica

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

1. Theoretical premise

Individual psychology may be considered as the completion of psychoanalytic theory, therefore Miller and Dillman Taylor (2016) assert: “Adler becomes more and more correct year by year. As the facts come in, they give stronger and stronger support to his image of man” (p. 125).

The psychoanalytic model of psychosexual development is founded on the libidinal displacement on erogenous zones (areas of the body through which the enjoyment of pleasure is possible). Indeed, each stage corresponds to an investment of psychosexual energy in the mouth and oral cavity, anus and sphincter muscles, and genital organs: oral stage (age 0-18 months), anal stage (age 18 months-3 years), phallic-oedipal stage (age 3-6 years), latent stage (age 6 years-puberty) and genital stage (from puberty onwards) (Freud, 1955, 1961, 1962).

According to Freudian theory, the Oedipus/Electra complex represents a transition stage characterised by unconscious feelings of love and hate (attraction towards the parent of the opposite sex, repulsion of the parent of the same sex). This dynamic would culminate at the age of 6 or 7 and it would find its resolution through different identification processes (Freud, 1955, 1961, 1962).

Individual psychology represents one of the evolutions in the theory and technique of depth psychology, and it is therefore necessary to enumerate the main constructs of Adlerian theory (Adler, 1917, 2014; Ellenberger, 1970).

Sense of inferiority, natural perception of inadequacy resulting from the comparison with the outer world and principle of complex (*inferiority complex*): from early childhood, the interactions with the environment highlight the clumsiness and lesser capacities than adults (the bond to reference figures pursues the goal of survival) (Parenti, 1983, pp. 14-17).

Will to power, strive for self-affirmation as opposed to the sense of inferiority and aimed at new acquisitions: the need to survive external dangers leads to imitate the behaviour of adults and subsequently to adapt to environmental demands (Parenti, 1983, p. 11).

Compensation, expedient to soften and counterbalance the perceived vulnerability: several personal aspects experienced in terms of disadvantage may be offset by enhancing other qualities. The person may positively or negatively compensate for evident frailties (impairments, disabilities) or personal particularities represented as “defects” (aesthetic details, morphology) (Parenti, 1983, pp. 20-21).

Style of life (or life style), intrapsychic organiser that corresponds to the character: it agrees with private logic and constitutes the general orientation of all psychic functions. From 3-4 years of age, thoughts, feelings and behaviours acquire the same trend or direction (Ansbacher, 1967, pp. 191-212).

Social sense, natural predisposition to sociality and relationships with others for the purpose of survival: the inclination to relational bond is innate and it is connected to the human impossibility of living in self-sufficiency (Pagani, 2006, pp. 5-36).

Feeling of community (or social feeling), human capacity for mutuality, emotional closeness and participation: it corresponds to collective logic and the ability to cooperate among peers (Parenti, 1983, pp. 11-13).

In the Adlerian development theory, the feeling of inferiority appears in early childhood. It is a natural condition of insecurity that children establish in relation to their living environment. Lesser intellectual and motor skills force children to depend on adult figures, without which they would not be able to survive. Indeed, adults are perceived as more able, stronger and better suited for life (Orgler, 1939).

Adults become the first sources of knowledge from which to learn, and for this reason many of their behaviours are imitated and introjected (Parenti, 1970).

During the development process, children typically improve their skills. In the case of an environment which is not excessively hostile, they may progressively structure a positive vision of themselves. Each new acquisition allows them to interact more profitably with the adult environment (Orgler, 1939).

In different circumstances, the environmental hostility reinforces the sense of inadequacy: the style of life (personality) might be structured on a complex, in line with which psychic functions would be oriented and the idea of inferiority would become stable. This polarisation might lead to represent oneself as incapable and inadequate, to see the world in a hostile or frightening way and to consider relationships dangerous (Shulman & Mosak, 1988).

The inferiority complex is generally based on self-distrust and the inability to achieve desired goals: exposing oneself and relating to the social world is represented as disadvantageous, and other people are perceived as dominant and devaluing (Stein & Edwards, 2002, pp. 23-31).

The fulcrum of the adlerian theory is the “heroic poem” (or Epos), a construct opposed to the erotic drive of the psychoanalytic tradition (Adler, 1975; Ellenberger, 1970).

Several criticisms are directed towards psychoanalytic orthodoxy and Freudian “pansexualism”: psychic functioning does not necessarily follow the logic of displacement and may not be reduced to the investment of psychosexual energy on oneself or on external objects (Parenti, 1970; Clark, 2016).

Individual psychology criticises the centrality of the unconscious in daily life and, in particular, the importance attributed to sexual instinct (or Eros), which the psychoanalytic bibliography describes as the main drive of human behaviour. Psychosexuality may be considered a purely partial aspect, and according to the Adlerian perspective, aggressive behaviour and self-

preservation have not only an erotic value but also socio-cultural and finalistic declinations. Indeed, the fantasies and inner conflicts that characterise the stages of psychosexual development are justified only through the use of extreme symbolisms (Parenti, 1970, pp. 11-12).

An example is the parallelism with the greek tragedy Οιδίπους τύραννος (*Oedipus the king*), a metaphor on which the theory of the Freudian complex is based: without realizing it, Oedipus kills his father Laius, the king of Thebes, and once he has ascended the throne he marries his mother Jocasta. According to the Adlerian theorists, it would be more plausible to consider patricide as a mean of obtaining power rather than an expedient to establish an incestuous relationship. The person represents the center of a transformation that springs from the will to power, and this process is configured as a creative act of internal modeling and self-determination (Parenti, 1981, p. 10).

The narrative Self is often charged with attributions of power that elevate the life path to an epic tale of individual striving and affirmation: clinical work is founded on the co-construction of the narration and includes the retrieval of past experiences, the present processing, and the creation of new perspectives and projects. It starts from the containment of the entire psychoaffective production and from the analysis of family dynamics, style of life, early memories and dreams (Parenti, 1983, pp. 95-120).

The intervention involves balancing the will to power and the feeling of community. The Adlerian therapist accompanies the patient in self-expression and towards the life tasks of adulthood, such as stable and meaningful relationships, satisfying activities and friendships (Stein & Edwards, 2002, pp. 23-31).

The accompaniment of children during the developmental path is based on “encouragement”: considering that the sense of inferiority may become more pronounced and assume the form of a complex, the treatment coincides with a leveling action between the desire to excel over others and the need to belong to the group (Orgler, 1939; Ansbacher, 1992, pp. 402-412).

2. Interview strategies

The first approach to patients is essential for the enhancement of their “healthy” parts and for the management of their change process. Indeed, gathering information is useful for the mutual attunement. the diagnostic and clinical assessment, the definition of short-, medium- and long-term objectives and the treatment path. Even if the expression “first interview” appears in the adlerian language, it is clear that the first approach requires “several interviews” (Pagani, 2003, pp. 3-22).

Among the spontaneous verbalisations, it is necessary to select the most significant ones. This stage requires attention to the needs and emotional closeness: a compromise between adherence to the individual-psychological method and flexibility is appropriate (Ansbacher & Ansbacher, 1997, pp. 364-369).

As opposed to the medical-psychiatric model and other orientations, the individual psychological therapy is characterised by a non-directive approach. The motivation of patients conditions their expectations about themselves, the therapist and the treatment path (Stein & Edwards, 2002, pp. 23-31).

Although individual psychology is based on specific theories and techniques of interview, the Adlerian therapist adapts the intervention to promote the affinities with the patient. From the first interview, even though it is necessary to define rules and roles, the Adlerian therapist adopts an encouraging attitude that predisposes to change (Rovera, 2009, pp. 139-160).

The first interview starts with the demand analysis. Anamnestic collection and spontaneous verbalisations are an integral part of the psychic production that may be contained and deepened within the clinical relationship (Fassino, 2004).

The clinical observation includes verbal aspects (what the patient says) and non-verbal aspects (what the patient suggests). The main non-verbal aspects include clothing, self-care, management of proxemic space, facial expressions, gestures and tone of voice. The therapist proceeds to verify the patient's orientation towards the life tasks: any imbalances and deficiencies contribute to the suffering manifested (Ansbacher & Ansbacher, 1997).

The assessment is followed by clarifications on the therapy agreement (or contract): informed consent (permission for care and treatment), duration of each session, expected length of treatment, remuneration, methods of payment, etc. (Ansbacher & Ansbacher, 1997, pp. 382-384). In the Adlerian technique, the phases of clarification and interpretation are aimed at redirecting the style of life. The therapist, after gathering all useful information for the reconstruction of the style of life, retraces the most significant moments and draws a "time line" (early memories and any information on the family constellation find context in the present condition and in future projects) (Canziani & Masi, 1979, pp. 15-34).

The style of life represents more than the architecture of personality. Indeed, this theoretical construct goes beyond the limits of psychoanalytic determinism, according to which the person results from events that have shaped the internal structure (Shulman & Mosak, 1988).

Patients may objectively focus on their inner world and accept the therapist's feedback to conceive their adaptive modalities and their style of life (Di Summa & Vidotto, 2010, pp. 53-58).

The therapy path implies that *fictions* (or concealment of vulnerability) and the *fictive goals* pursued by the patients become the object of constructive criticism. The analysis of memories and

personal experiences highlights the general psychic orientation and the teleology of the entire life path. According to the Adlerian theory all psychic functions are oriented towards a life goal and respond to the same private logic that supports the person (Bianconi, 2010, pp. 7-27; Fassino, 2010, pp. 59-80).

Creativity is one of the principles of individual psychology. Given that the person is the result of an adaptive process in which creativity plays a central role, psychotherapy is founded on promoting the same creative abilities. Insights allow patients to redirect their style of life and pursue “healthier” goals for both themselves and others (Ansbacher & Ansbacher, 1997, pp. 390-428).

3. Psychodiagnostic assessment

The Adlerian method involves the use of psychodiagnostic tools such as the Rorschach Test and the T.A.T. (Thematic Apperception Test). These techniques are based on the administration of standardised cards with unstructured or ambiguous stimuli (inkblots or scenes of social interactions). The interpretation is the result of projections of the inner experience: the psychic contents expressed by the tested person are used for the evaluation of mental functioning and for the reformulation of the self narration (Parenti & Pagani, 1976; Brelet, 1986).

In the version for children (age 3-10), the C.A.T. (Children’s Apperception Test) is founded on pictures with animals – mostly anthropomorphised ones (C.A.T.-A) – in different social situations (Bellak & Bellak, 1950, pp. 173-180).

The authors also produced a version with human characters (C.A.T.-H) and a supplement (C.A.T.-S) consisting of life events scenes that may be interpreted positively or negatively (Bellak & Bellak, 1952). This paper will focus on the exclusive use of the version of the C.A.T.-A, exemplary for the use of the other projective tests.

Instructions are highly projective and ask the patient to observe each card and invent a story with a beginning, a development and an ending. The evaluation is based on parameters such as affective-relational capacity, ego function and latent conflicts (Bellak 1954; 1976).

Following the description of the 10 cards:

1. chicks around a table with feed in front of them, alongside the shadow of a rooster or hen (nutrition, sibling rivalry);
2. an adult bear pulls a rope, at the other end an adult bear and a cub do the same (parent-child relationship, identification, cooperation);
3. a lion with a pipe and stick sits in an armchair, a mouse may be glimpsed (authority figure);

4. a female kangaroo carries a cub in her pouch, another young kangaroo rides a bicycle (sibling rivalry);
5. a dark room, two bears are in a bed and a larger bed appears in the background (couple's relationship, sibling relationship);
6. in a dark place, a bear lies on the ground and the silhouettes of two bears appears in the background (jealousy, abandonment);
7. a tiger with sharp teeth and claws leaps towards a monkey (aggression);
8. an adult monkey with a younger monkey, two monkeys have tea behind them (family dynamics);
9. a dark room, a rabbit sits on a bed (fear, anguish, abandonment);
10. an adult dog and a puppy, a bathroom behind them (punishment, morality) (Bellak 1954; 1976).

The interpretative model proposed by L. Bellak (1954) refers to parameters such as: main theme, attribution of the hero (or the protagonist), attribution of the secondary character, identifications, external contingencies, omissions, anxiety, latent conflicts, feelings of guilt, story conclusion and developmental stage.

In line with the constructs of the adlerian theory, the hero of the story reflects the perspectives and fantasies of power of the tested person. Frequently the qualities and actions of the hero, or the interactions between secondary characters, spring from family dynamics: an example is the imitation of attitudes of superiority or victimhood, which from an adaptive perspective are oriented to the logic of personal advantage (Adler, 1982; Costantino et al, 2001).

Latent conflicts are contextualised in family life, which directs the first interviews towards the analysis of siblings and the deepening of the parental influence (Chabert, 1980, pp. 115-124).

The dynamics of identification and construction of the style of life are influenced by the stereotypes of masculinity (aggressive attitude) and femininity (sensitivity). Learning about gender stereotypes begins in childhood: they are transmitted through relationships, they are internalised automatically and declined in the different attributions of superiority and inferiority, dominance and subalternity (Adler, 1982).

The ending of the stories of the C.A.T. is connected to a personal project that is oriented in an optimistic or pessimistic, constructive or destructive sense (Bellak, 1968, pp. 425-427).

4. Test administration

Below is the psychic production of S. (♀), 6 years and 5 months old, normal school performance. No severe psychopathological manifestation is observed.

The socio-cultural background of the family is medium-high, however no previous path of individual, couple or family psychotherapy was reported. During the 5 months observation period the parental couple goes through a critical phase and discusses separation.

Family data:

children, S. (♀, 6.5), J. (♂, 2.9);

father (39, management engineer), «he works hard», «he's tired», «he's always busy»;

mother (36, recently unemployed), «she goes shopping», «she gets angry».

Children's Apperception Test (34 min., average latency time 12.5 sec.):

1. (lat. 8 sec.) “Once upon a time there was a mum who couldn't feed her chicks. So she sold all of her eggs and put a lot of food in a bowl. In the end... mmh she can't eat. All the chicks eat, they are fine and say ‘thanks, mum’. We always say ‘thanks’ when mum cooks. The chick on the left, however, is happier than the others. She can't eat because they cleaned their plates”;

2. (lat. 18 sec.) “There are two bears and a cub... pulling a rope. I don't know... Mmh... The two bears are angry about something... Perhaps... mmh they are fighting because the cub did something wrong before. The cub doesn't know how to help that bear. The two bears have the same angry eyes. In the end, the one alone, the one on the left manages to win and pulls the other two to himself... so, that's why they get angry”;

3. (lat. 8 sec.) “Once upon a time there was a lion, the lion was a king, the Lion King. He was old and tired... he was waiting to lose the throne. A little mouse looked at him from a hole ‘Ha ha ha!’. The little mouse made fun of him because the lion was no longer scary. In the end, he can't scare people and... he can't scare babies”;

4. (lat. 10 sec.) “Once upon a time there was a mum who ran to accompany her two puppies to a party. Mmh... they're looking at each other with evil eyes, maybe because he is the younger one and stays in the pouch, and she's tired and rides a bike. ‘Why don't you learn to ride a bicycle?’, she asks... ‘Oh, you are still a puppy, you can't ride a bicycle because you might fall and hurt your knee’. In the end, their mum leaves them at the party and in the meanwhile she goes shopping”;

5. (lat. 19 sec.) “A mum and a dad in a large bed... two puppies in the little one. It was raining outside and there was a storm... The two puppies were afraid of thunders and the dark. She said ‘I'm ok. It's raining, don't be afraid... I hope you grow up brave like me’. In the end, her brother starts crying”;

6. (lat. 20 sec.) “The puppy... Mmh it's a kind of nightmare... she didn't see her mum and dad well, even though they are close to her. In the end, she luckily wakes up”;

7. (lat. 7 sec.) “One day a tiger was hungry and wanted to eat a monkey. She had sharp teeth and was roaring loudly... ‘Grrr I’m going to eat you!’, she said, the monkey was cute but she tried to defend herself with her claws. In the end, the monkey runs away”;
8. (lat. 9 sec.) “Once upon a time there was a family and a house. A little monkey went to her mum. ‘Am I a good girl?’, she asked, and her mum was happy. In the meanwhile, the uncle and the aunt said bad things about the mum, I don’t know what, but she didn’t care. In the end, she says ‘Shut up!’ and they stop it”;
9. (lat. 18 sec.) “A little girl was alone in her bedroom... she was waiting for one of her parents, but her mum and dad were in the other room. She was afraid of being alone in the dark, but... I don’t know... In the end she is left alone”;
10. (lat. 8 sec.) “Once upon a time there was a puppy who didn’t want to take a shower. That puppy was stinky and her mum said ‘Eww, it’s so disgusting!’... ‘I told you to go, right now!’. She doesn’t want to take a shower. The mum is spanking the bad puppy, so... she finally goes to take a shower and is no longer stinky”.

5. Interpretation

Data analysis – not complete here for editorial reasons – leads to several interpretative hypotheses.

The mother is represented as responsible and close to the daily life of the children: she is the main educational figure who appears from the first interpretation. The idea of the parents’ preference for the brother also emerges, which is the basis of the rivalry: the youngest child is represented as the one who has more advantages and is more cared for.

Given that in childhood cognitive abilities are not sufficient to fully conceive adult reality, misunderstandings or difficulties in decoding the dynamics of the parental couple emerge. In this case, the inability to take the adult perspective leads to self-blame.

The protocol highlights the devaluation or the distance of the father figure. The dynamics of the couple and the family situation lead to represent the father as subordinate or lacking in decision-making power.

Sibling rivalry appears in several interpretations and is compensated for through the emphasis on the incapacity of the younger brother and the imitation of the adult attitude.

Childhood fabulation also revolves around themes of aggression: predation-survival dynamics, aggressive behaviour and possibility of defense. In this case, aggressive attitudes are attributed to female figures.

Pleasing the mother by playing the role of the “good girl” has several advantages such as obtaining care and praise or diverting the parent’s attention from external contingencies. The mother is represented as a resolute figure, who maintains a dominant position within a scene of potential conflict between relatives.

Childhood fears and a sense of abandonment emerge: the presence and reassurance of both parents is sought.

The educational action also concerns personal hygiene, with respect to which the mother is always represented as a dominant figure.

The reaction to cards 2, 5, 6 and 9 is attributable to content with a high emotional intensity. This aspect is explored in several interviews.

Bibliography

- Adler, A. (1917). *Study of organ inferiority and its psychical compensation. A contribution to clinical medicine.* Nervous and Mental Disease Publishing Company.
- Adler, A. (1975). *Epische spekulanten. Versuch einer synchronen geschichte des altfranzösischen Epos.* Theorie und geschichte der literatur und der schönen künste (Bd. 33). Fink.
- Adler, A. (1982). *Cooperation between the sexes. Writings on women and men, love and marriage, and sexuality.* W.W. Norton & Company.
- Adler, A. (2014a). *Guiding the child on the principles of individual psychology.* Routledge.
- Adler, A. (2014b). *The practice and theory of individual psychology.* Routledge.
- Adler, A. (2014c). *The science of living.* Routledge.
- Adler, A. (2014d). *Understanding human nature.* Routledge.
- Ansbacher, H.L. (1967). Life style. A historical and systematic review. *The Journal of Individual Psychology*, 23, 191-212.
- Ansbacher, H.L. (1992). Alfred Adler’s concepts of community feeling and of social interest and the relevance of community feeling for old age. *Individual Psychology. The Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, 48, 4, 402-412.
- Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler.* Harper Torchbook. Tr. it. *La psicologia individuale di Alfred Adler.* Psico G. Martinelli & C., 1997.
- Bellak, L. (1954). *The Thematic Apperception Test and the Children’s Apperception Test in clinical use.* Grune & Stratton.

- Bellak, L. (1968). Discussion. The Children's Apperception Test. Its use in developmental assessments of normal children. *Journal of Projective Techniques & Personality Assessment*, 32, 5, 425-427.
- Bellak, L. (1976). Ego function assessment in the T.A.T., C.A.T., and S.A.T. *PsycCRITIQUES*, 21, 5.
- Bellak, L. & Bellak, S.S. (1950). An introductory note on the Children's Apperception Test (C.A.T.). *Journal of Projective Techniques*, 14, 173-180.
- Bellak, L. & Bellak, S.S. (1952). *Supplement to the Children's apperception test (C.A.T.-S)*. C.P.S. Inc.
- Bianconi, A. (2010). Finzione e contro-atteggiamento. *Rivista di Psicologia Individuale*, 68, 7-27.
- Brelet, F. (1986). *Le T.A.T. Fantasme et situation projective*. Dunod.
- Canziani, G. & Masi, F. (1979). Significato dei primi ricordi infantili: la loro importanza nella diagnosi e nella psicoterapia con particolare riguardo all'età evolutiva. *Rivista di Psicologia Individuale*, 11, 15-34.
- Chabert, C. (1980). Manifest content and latent content in the Children Apperception Test (C.A.T.). *Psychologie Francaise*, 25, 2, 115-124.
- Clark, A.J. (2016). Empathy and Alfred Adler. An integral perspective. *The Journal of Individual Psychology*, 72, 4, 237-253.
- Costantino, G., Flanagan, R. & Malgady, R.G. (2001). *Narrative assessments. T.A.T., C.A.T. and TEMAS*. Jossey-Bass.
- Di Summa, F. & Vidotto, B. (2010). Finzione e stile di vita. *Rivista di Psicologia Individuale*, 68, 53-58.
- Ellenberger, H.F. (1970). *The discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry*. Basic Books.
- Fassino, S. (2004). Funzioni psicoterapeutiche trasformative dell'anamnesi. *Atti del seminario Percorsi diagnostici in psicologia individuale*. Istituto Alfred Adler.
- Fassino, S. (2010). Finzione e processo di cambiamento. *Rivista di Psicologia Individuale*, 68, 59-79.
- Freud, S. (1955). *The interpretation of dreams*. Basic Books.
- Freud, S. (1961). *Beyond the pleasure principle*. Liveright Publishing Corporation.
- Freud, S. (1962). *Three essays on the theory of sexuality*. Basic Books.
- Miller, R. & Dillman Taylor, D. (2016). Does Adlerian Theory Stand the Test of Time? Examining Individual Psychology from a Neuroscience Perspective. *The Journal of Humanistic Counseling*, 55, 2, 111-128.
- Orgler, H. (1939). *Alfred Adler. The man and his work*. C.W. Daniel.
- Pagani, P.L. (2003). *Piccolo lessico adleriano*. Istituto Alfred Adler.

- Pagani, P.L. (2006). Dalla pulsione aggressiva al sentimento sociale. Sulle tracce del pensiero di Adler. *Rivista di Psicologia Individuale*, 60, 5-36.
- Parenti, F. (1970). *Manuale di psicoterapia su base adleriana*. Hoepli.
- Parenti, F. (1981). *Adler dopo Adler. Teoria generale adleriana, lineamenti di psichiatria dinamica e tecniche d'analisi*. Istituto Alfred Adler.
- Parenti, F. (1983). *La psicologia individuale dopo Adler*. Astrolabio.
- Parenti, F. & Pagani, P.L. (1976). *Il reattivo del Rorschach nell'età evolutiva*. Hoepli.
- Rovera, G.G. (2009). Le strategie dell'incoraggiamento. *Rivista di Psicologia Individuale*, 66, 139-160.
- Shulman, B.H. & Mosak, H.H. (1988). *Manual for life style assessment*. Taylor & Francis.
- Stein, H.T. & Edwards, M.E. (2002). Adlerian psychotherapy. In *Encyclopedia of psychotherapy* (vol. 1). Elsevier Science.

Narrazione e creatività: la circolarità tra l'oralità, la rilevanza cognitiva e la scrittura

di *Silvia Mariana De Marco**

ABSTRACT (ITA)

L'elaborato presenta il tema della circolarità tra la parola orale, la rilevanza cognitiva e gli appunti scritti del terapeuta, che si esplica nella creatività della narrazione terapeutica. La parte iniziale introduce il concetto di narrazione e le sue caratteristiche in relazione al funzionamento intrapsichico, traendo spunto dal campo della fenomenologia. Successivamente vengono confrontati i concetti di senso e significato, sottolineando l'utilità clinica di questa distinzione nella relazione interpersonale. Viene inoltre approfondito il concetto di rilevanza cognitiva, unendo i contributi della linguistica e dell'approccio fenomenologico, quale plausibile *trait d'union* tra la narrazione del paziente e la pratica scrittoria del terapeuta. L'elaborato si conclude infine con una breve analisi del concetto di scrittura, e con una riflessione personale su come la scrittura di appunti sia influenzata dai concetti precedentemente esposti, e come questa influenzi a sua volta la narrazione nel processo terapeutico.

Parole chiave: parola, senso, narrazione, scrittura, rilevanza

Narrative and creativity: the circularity between the oral world, the cognitive relevance and the notes

by *Silvia Mariana De Marco*

ABSTRACT (ENG)

The paper shows the theme of the circularity between the oral word, cognitive relevance and the therapist's written notes; this circularity has his expression in the creativeness of the therapeutic narrative. The first part introduces the concept of narration and its characteristics related to intrapsychic functioning, drawing inspiration from the field of phenomenology. The concepts of significance and meaning are then compared, emphasizing the clinical usefulness of this distinction in the interpersonal relationship. The concept of cognitive relevance is also analyzed, combining the contributions of linguistics and the phenomenological approach, as a plausible link between the patient's narrative and the therapist's writing practice. The paper ends with a brief analysis of the concept of writing, and with a personal consideration about the way writing notes is both influenced by the previous concepts and influencing the narrative in the therapeutic process.

Keywords: word, significance, narration, writing, relevance

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

Le parole suscitano affetti e sono il mezzo comune con il quale gli uomini si influenzano tra loro.

Non sottovaluteremo quindi l'uso delle parole nella psicoterapia

(S. Freud)

Nel momento in cui la mia attenzione si sposta dall'ordine regolare delle righe scritte e segue la mobile complessità che nessuna frase può contenere o esaurire, mi sento vicino a capire che dall'altro lato delle parole c'è qualcosa che cerca di uscire dal silenzio, di significare attraverso il linguaggio, come battendo colpi su un muro di prigione.

(I. Calvino)

Non esistono, quindi, fatti ma solo interpretazioni dei fatti, in quanto viviamo nel regno dei significati.

(A. Adler)

Questo elaborato nasce dall'osservazione di un aspetto pratico relativo alla mia attività clinica privata: alcuni mesi fa ho dovuto valutare l'acquisto di un porta-documenti più capiente a causa della quantità crescente dei miei appunti scritti. Confrontandomi con diversi colleghi anche di differente orientamento psicoterapeutico, si è evidenziata una differenza stilistica e quantitativa. È così sorta la curiosità di approfondire gli aspetti intrinseci alla pratica scrittoria degli appunti e se e come questa potesse essere collegabile, soprattutto a livello teorico, ai costrutti della teoria adleriana. Indipendentemente dalla corrente teorica, non è infatti possibile escludere un aspetto comune a tutte le sedute di psicoterapia: sia il paziente che il terapeuta utilizzano la parola orale per comunicare. L'oralità si configura con una modalità particolare, quella della narrazione, che ha delle caratteristiche intra e interpersonali specifiche. Comprendere queste caratteristiche e il loro funzionamento, alla luce di diverse discipline, potrebbe aiutare non solo a migliorare gli scenari di pratica clinica già esistenti ma anche a pensarne e crearne di nuovi.

Spesso – non sempre – i terapeuti riportano questa narrazione orale sottoforma di appunti scritti: questo 'salto' di forma, sebbene possa sembrare piccolo e quasi insignificante, potrebbe apportare invece cambiamenti più o meno pregnanti all'interno del percorso di cura. Per poter essere maggiormente agenti di questi possibili cambiamenti, è però indispensabile comprendere meglio il linguaggio narrativo del paziente e cosa è necessario per modificarne – quando necessario – la forma e la direzione. Rispetto al tema specifico degli appunti, sono purtroppo rintracciabili pochi contributi all'interno della disciplina psicologica e psicanalitica: è stato necessario quindi scomporre l'argomento in più sotto-argomenti e trarre contributi anche da differenti discipline come la linguistica e la filosofia.

1. La narrazione

L'uomo ha da sempre utilizzato svariati linguaggi per esprimere ed esprimersi, creando nuove configurazioni che gli permettano di veicolare al meglio il contenuto (emotivo, cognitivo e relazionale) che intende trasmettere. Tra questi linguaggi una nota di rilievo occupa la lingua, che si fonda sull'utilizzo della parola quale mezzo di trasmissione di significati. Come ogni mezzo, ha assunto molteplici forme: da quelle più razionali (pensiamo al dizionario, dove di ogni parola vengono fornite delle definizioni limitate) a quelle più magiche, mistiche. Riferendoci alle forme magiche, una parola tra tutte si affaccia alla mente: "abracadabra", la famosa formula che nell'immaginario collettivo viene utilizzata dagli stregoni per realizzare un incantesimo. Questa parola proviene dall'espressione aramaica *abra q ad habra*, che significa "creo quello che dico" (Vescovi, 2014). Viene così riconosciuta alla parola una potenza tale da travalicare il non-essere, la non-esistenza di un'entità, materiale e non; una potenza che solo alcuni individui possono e riescono a gestire ed utilizzare per un preciso scopo. Tra la popolazione lappone dei Sami, ad esempio, esistono degli sciamani chiamati "dottori della parola" in quanto sembrano riuscire a portare la guarigione con il potere delle parole e delle canzoni (Vescovi, 2014).

L'utilizzo di parole singole però non è sufficiente ad assolvere la funzione espressiva della lingua, è necessario che queste siano molteplici e unite tra di loro da regole sintattiche e grammaticali che permettano di usarle per costruire una narrazione. L'arte della narrazione è antica quanto l'essere umano. "È come la vita, esiste di per sé, è intenzionale, trans-storica e trans-culturale" dice Roland Barthes (1969, p. 7), assimilandola per l'appunto alla vita (Lattuada, 2020).

Secondo Callieri (2000) lo psichiatra A. Kleinman è del parere che vi sia un'influenza dei valori culturali e dei rapporti sociali, soprattutto per quanto riguarda il significato che viene creato nella malattia; è a lui che ritiene vada infatti attribuito il merito dell'unione della tradizione antropologica e di quella clinica.

Parenti (2002) ritiene che per Adler rivestirebbe una grande importanza il fattore comunitario: uno dei suoi concetti chiave sarebbe infatti il sentimento sociale, che viene definite come "il bisogno [...] di cooperare e compartecipare emotivamente con i propri simili".

Qualunque persona tenti infatti di agire percorrendo vie estranee alla società, corre il rischio di smarrire il contatto con la realtà (Adler, 1947).

Per Umberto Eco (1994), la narrazione ha la sua ragion d'essere nella sua capacità di "*dar forma al disordine dell'esperienza*" (p. 51). Le azioni e gli eventi all'interno della narrazione trovano un posto e un significato, ma al tempo stesso anche il narratore definisce e posiziona la propria identità nel racconto (Lattuada, 2020).

È dunque grazie all'osservazione del linguaggio del paziente che abbiamo la possibilità di crearci un'idea di come egli costruisca la propria realtà; utilizzando specifiche parole, metafore, immagini, ne possiamo quindi cambiare la visione (Vescovi, 2014).

Prima di procedere, è necessario comprendere le specificità della narrazione.

Lattuada (2020) afferma che lo psicologo J. Bruner (1992) ha definito alcune proprietà della narrazione:

- sequenzialità: gli avvenimenti sono organizzati in sequenza spazio-temporale;
- specificità: il contenuto si riferisce ad un episodio specifico;
- intenzionalità: i personaggi sono mossi da una specifica intenzione che guida l'azione;
- opacità referenziale: sono descritte rappresentazioni di eventi, non fatti obiettivi; la narrazione deve essere verosimile/possibile, non vera;
- componibilità ermeneutica: le parti della narrazione sono legate al tutto, dal quale dipende l'interpretazione fornita;
- violazione della canonicità: presenza di eventi inattesi che spezzano la routine;
- composizione pentadica: presenza di cinque elementi, un attore/che compie un'azione/con un certo strumento/per raggiungere uno scopo/in una determinata situazione;
- incertezza: la narrazione nasce dall'espressione di un punto di vista tra quelli possibili;
- appartenenza ad un genere: categoria letteraria che influisce sulla modalità del racconto.

Nel momento in cui si narra il proprio passato, avviene un processo di ricostruzione (Callieri, 2000). Quando il narratore propone e riconfigura eventi vissuti, azioni passate, torti subiti, è necessario riuscire ad assumere un punto di vista diverso ogni volta, al fine di seguire le prospettive che ci presenta; è necessario prendere in considerazione che il progressivo svolgimento del racconto può indurre il narratore a scoprire nuovi significati. Questi sono relativi sia alla costruzione della trama della malattia, sia alla posizione personale nel contesto del discorso locale (tendenzialmente familiare) (Callieri, 2000).

La narrazione a cui assistiamo nella stanza d'analisi, in qualità di terapeuti, secondo questa descrizione, è quindi spesso composta da molteplici narrazioni, le une connesse alle altre. La trama narrativa che si dispiega in terapia comprende e integra più eventi dispersi per costruire delle totalità significative, quali la morale del racconto, il *de te fabula narratur* (Callieri, 2000). La narrazione, come intesa da L. Binswanger, sollecita il terapeuta ad accedere al mondo ipotetico e possibile del "come-se" del paziente, caratterizzato da diverse prospettive e ricostruzioni (Callieri, 2000).

L'espressione "come-se" ci riporta all'opera *La filosofia del come se* di H. Vaihinger (1967), da cui Adler fu indubbiamente influenzato, soprattutto per quanto riguarda il concetto di "finzione". Ansbacher & Ansbacher (1956) ritengono che le finzioni siano definibili come delle idee

soggettive comprendenti elementi consci ed inconsci. A loro parere infatti svolgerebbero l'utile funzione di mettere l'uomo nella condizione di mediare tra i propri bisogni e la realtà. Le finzioni in tal modo diverrebbero "immagini guida".

Questo mondo del "come se" è importante come e più del mondo cosiddetto reale. Esso diventa un mondo di valori che deve essere distinto dal mondo del divenire (Ansbacher & Ansbacher, 1956). All'interno del racconto del paziente bisogna riuscire a cogliere delle sequenze alternative della narrazione, la cui trama racchiude diverse forme di efficacia poiché conserva sempre un'apertura al cambiamento (Callieri, 2000). La facoltà psichica del Sé creativo del paziente, infatti, mette continuamente in atto revisioni e arrangiamenti delle finzioni, mantenendo così una vitalità interiore (Parenti, 1988).

Il nostro lavoro di terapeuti (adleriani e non) poggia proprio su questa apertura al cambiamento, che è possibile sfruttare se riusciamo ad appropriarci del linguaggio del paziente.

Saper utilizzare le sue espressioni linguistiche, interiorizzare il paziente, per poter entrare all'interno della sua sfera emotiva e facilitare il dialogo, deve quindi diventare una delle abilità del terapeuta (Vescovi, 2014).

Il pensiero narrativo viene attivato dal contesto relazionale, ed è un racconto mentale costituito da eventi che possiedono un contenuto sociale distinguibile in azioni e intenzioni (Lattuada, 2020).

I punti di riferimento rintracciabili nel contesto sociale sembrano essere, secondo Callieri (2000), maggiormente attendibili rispetto all'intreccio degli avvenimenti. Secondo questa prospettiva, è possibile parlare di formazione "storico-culturale" e "socio-culturale" della malattia, di uno svolgimento interiore che può svalutare la sofferenza e alterare l'essenza profonda dell'esperienza vissuta; questo confermerebbe il concetto di realtà come "costruzione sociale o esistenziale" di Berger e Luckmann.

La narrazione è la modalità fondamentale con cui accediamo all'universo simbolico-culturale e ha la sua espressione quando si presenta una situazione di incongruenza di un evento rispetto alle nostre aspettative. Raccontarsi e riportare all'altro la nostra storia ci permette di attribuire un senso a tale incongruenza (Lattuada, 2020). La storia che narriamo riguardo noi stessi ci rappresenta e costituisce la nostra identità narrativa: un insieme di accertamento di dati e narrazione creativa. Questo porta a connotare l'interpretazione come l'unione tra la finzione narrativa (*fiction*) e la storia. L'individuo può essere quindi inteso come la trama di una narrazione, attraverso cui scopre la propria identità come piena di senso, decifrabile e comprensibile (Callieri, 2000). A tal proposito, potremmo dire che questa narrazione sia connotata da quelle che H. e R. Ansbacher (1956) definiscono come "finzioni estetiche". Queste, infatti, comprendono in sé sia

analogie, immagini e similitudini sia le formazioni di rappresentazioni che dispongono in maniera libera della realtà (Ansbacher & Ansbacher, 1956).

Tutto questo diventa ancor più importante quando la narrazione personale include in sé un evento incongruente come può essere la malattia, intesa non solo in senso psicofisico, ma anche e soprattutto come istanza che procura malessere personale e relazionale all'individuo. La malattia interrompe con un prima e un dopo la nostra esistenza, creando una “frattura biografica” (Lattuada, 2020).

La narrativizzazione di qualsiasi storia di malattia, secondo Callieri (2000), è uno degli strumenti primari necessari a contestualizzare la malattia stessa: vengono tematizzati aspetti nuovi dell'esperienza e ne scompaiono invece altri dalla prospettiva della cronicità.

Lattuada (2020) rileva che Arthur W. Frank (1995) ha proposto tre modelli di narrazione e di trama della malattia, tra di loro spesso sovrapposti:

- *restitution narrative*: la linea narrativa di base è “ieri ero sano, oggi sono malato, ma domani sarò di nuovo sano”. Implica una posizione orientata alla guarigione, al ritorno a uno stato di salute.
- *chaos narrative*: gli eventi vengono narrati senza palese sequenza o causalità. È un'anti-narrazione perché non ci sono le parole per esprimerla. “Il caos è un buco nel discorso, che costringe a parlare sempre più velocemente per cercare di nascondere la sofferenza con le parole”, afferma Frank.
- *quest narrative*: la sofferenza è esperita come parte del viaggio della vita, la malattia come un'opportunità, un viaggio che diventa ricerca. È una storia di scoperta e apprendimento. Il “prima” e “dopo” evidenziano il cambiamento.

Il paziente cerca di uscire da una condizione di isolamento attraverso la narrazione, mentre con l'intreccio narrativo e l'impegno può far affiorare il materiale inconscio (Lattuada, 2020).

Come può emergere questo materiale inconscio nel racconto? La narrazione è costellata di lacune, che generano una risposta dell'immaginario, dando alla realtà una collocazione di senso variabile ma pur molto aperta al contesto. Il narrante, quando costruisce l'intreccio, procede affinando e integrando degli elementi tra di loro eterogenei; questo è quasi comparabile alla formazione dei sogni di Freud. I vissuti all'interno del narratore vengono temporalizzati seguendo scansioni soggettive, sia rigide che mutevoli, e dunque acquisendo un senso (Callieri, 2000). Questa temporalizzazione interna chiaramente si estrinseca nella narrazione che il paziente ci fornisce in terapia.

Il contesto della dimensione narrativa, al pari di ogni esperienza umana, ha sempre una connotazione temporale: “Il tempo diviene tempo umano nella misura in cui è articolato in modo narrativo” (Ricoeur, 1986, p. 15).

Come già accennato precedentemente, sembra che la narrazione individuale non possa prescindere da un aspetto non solo relazionale, ma anche sociale più ampio. Secondo Binswanger, non è sufficiente comprendere la storia di ognuno come storia individuale, è necessario anche e soprattutto reintegrarla all'interno delle connessioni che la rendono comprensibile *pour autrui*, per l'altro-da-noi. La storia del paziente, in tal caso, è da intendersi come il racconto dell'intreccio delle esperienze vissute e del progetto che viene rivelato: diviene così la storia interiore della vita, connotata da decisioni e scelte e in cui si rivela l'unità di uno stile attraverso i molteplici vissuti, che rende la narrazione irriducibile. Fare esperienza delle scelte dell'altro e, quindi, cercare di interpretarne gli sviluppi e le manifestazioni, di mettere in relazione la storia interiore dell'altro con le storie di altri, può portare alla luce le connessioni di senso (intra e interpersonale), fondamentali per ogni possibilità di significato (Callieri, 2000).

Questa unità di uno stile, per dirla in termini adleriani, può essere identificabile con le caratteristiche di unicità, indivisibilità e irripetibilità dell'individuo e il concetto di stile di vita. Parenti (1983, p. 25) definisce lo stile di vita 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”. Viene anche equiparato, tra le varie definizioni date da Adler, sia al modo di affrontare i problemi sia all'atteggiamento verso gli altri (Ansbacher & Ansbacher, 1956).

È dalle molteplici differenziazioni individuali che infatti prende vita il concetto di “unicità psichica” che non coincide con nessun'altra (Pagani, 2002). In ogni storia inoltre è presente una “direzione di crescita”: ogni atto narrante ha quindi predisposta in sé la narrazione che ancora deve realizzarsi, con una propria trama, proprio in conformità con questa direzione e con la capacità di ripresa (Callieri, 2000). In questa concettualizzazione, non possiamo che riscontrare il finalismo caratterizzante il pensiero e la teoria adleriana.

La presenza di un fine ultimo permette di dare una collocazione alle diverse manifestazioni dello stile di vita e dunque ai comportamenti dell'uomo (Pagani, 2002). Adler (1947, pp. 12-13) afferma addirittura che “non siamo in grado di pensare, di sentire, di volere, di agire senza avere in mente un fine”.

Non sono però sufficienti la direzionalità e l'unicità della narrazione individuale, è necessario rendere possibile l'emergere nel paziente delle novità nel campo del significato.

L. Boscolo e P. Bertrando (1996) la definiscono come “retorica della imprevedibilità”, intesa come modalità di agire con le parole in maniera tale da produrre un contesto in cui possano sorgere significati nuovi (Vescovi, 2014). Questa retorica ha l'obiettivo di produrre nell'ascoltatore delle emozioni che siano in grado di definire un cambiamento nel pensare e nell'agire del paziente (Vescovi, 2014).

Il contesto generativo di nuovi significati che il terapeuta riuscirà a creare, non deve prescindere dall'aspetto socio-relazionale che caratterizza la narrazione.

Le storie vissute da un individuo sono necessariamente incuneate e aggrovigliate nelle storie vissute altrui, anche se mantengono un'apertura alle due estremità. Il procedere dell'esperienza clinica si snoda all'interno di questo groviglio, con la possibilità di restare impigliati nelle storie, "*empêtré dans des histoires*" (Callieri, 2000, pp. 2-9).

Diventa importante notare la modalità con cui gli altri si impigliano nelle storie degli individui narranti: si tratta dunque di comprendere l'altro-da-noi (Callieri, 2000).

Il nostro co-involgimento con le storie dei pazienti è identificabile con il coinvolgimento del Noi (Callieri, 2000).

L'estensione della storia intima di un individuo può essere smisurata, intrecciando e impigliando colui che la ascolta. La narrazione e l'ascolto sono una parte che non è possibile prescindere dalla storia, poiché stabiliscono nuove "connessioni viventi" da narrare (Callieri, 2000).

Esiste per il fenomenologo Wilhelm Schapp (1992) anche un "auto-impigliarsi" nelle storie passate e costitutive dell'essere del paziente, di cui spesso non è rintracciabile l'intreccio (Callieri, 2000). All'interno di queste auto-narrazioni, diventa quindi problematica l'unità nelle varie storie (Callieri, 2000).

La comprensione del racconto del passato individuale, quale intenzione di ricercare dei ricordi al fine di comporne la narrazione, è possibile grazie al concetto di connessioni viventi legato intrinsecamente alle storie interiori di vita. Il racconto inoltre è indirizzato agli altri, ma anche a noi stessi, e questo lo rende una co-produzione (Callieri, 2000). Il fatto che la narrazione sia una co-produzione sembra suggerire che il processo narrativo influisca non solo sul paziente, che racconta a noi e a se stesso, ma anche sul terapeuta, che (ri)racconta al paziente e dunque anche a sé.

Smorti (1994) ha cercato di misurare come la pratica narrativa influenzasse il narratore, l'interlocutore e il loro rapporto. Smorti (1994) studia il rapporto tra emozioni, ricordo e racconto autobiografico, confermando che la narrazione di un evento passato produce una modificazione del vissuto emotivo associato al ricordo. Grazie al racconto, infatti, la persona riesce a percepire nuove emozioni che arricchiscono il proprio vissuto emotivo e modificano il significato del ricordo. Questo processo, detto di complessificazione, indica la ricchezza e la complessità che la narrazione introduce nella rielaborazione delle memorie. Tra il linguaggio esteriore della narrazione e quello interiore della memoria e del pensiero si individua un rapporto dinamico percepibile attraverso la narrazione. Vi è quindi una circolarità tra la narrazione-linguaggio e il pensiero-memoria. Secondo Smorti (1994) quando esterniamo un ricordo, il nostro racconto trasforma in maniera potente il ricordo poiché viene arricchito di coerenza e di nuovi punti di

vista, e viceversa il nostro ricordare produce una trasformazione nel testo della narrazione passata, strutturandolo e rendendolo più complesso (Lattuada, 2020).

Un altro aspetto nel rapporto tra memoria e narrazione è legato alla relazione comunicativa con l'altro, dove tutte le variabili relative alla comunicazione tra narratori e ascoltatori assumono rilevanza. Il racconto del narratore dipenderà quindi non solo dalle sue memorie e dagli scopi che si prefigge, ma anche dalle reazioni dell'interlocutore e soprattutto dal tipo di ascolto (attento o distratto). Secondo Smorti (1994), quindi, il modo di raccontare che modifica il ricordo è influenzato dall'ascoltatore (Lattuada, 2020).

L'aspetto fenomenico della seduta – composto da un narratore, un ascoltatore e un reciproco impigliarsi nella narrazione – non sussiste all'esterno della propria struttura o, in altri termini, della sua configurazione narrativa. La psicoterapia quindi si configura come una variante del colloquio narrativo (Callieri, 2000). Nel colloquio non è solo presente il reciproco impigliarsi, ma anche l'auto-impigliarsi precedentemente descritto.

Quest'ultima concetto, descritto dallo psichiatra Wolfgang Blankenburg (1965), è un orizzonte di chiusura: il terapeuta, tramite il colloquio, deve ricercare e rendere accessibili altre narrative e significanze, permettendo quindi la riapertura delle connessioni viventi all'interno di una dialogicità, di un *co-empêtement* (Callieri, 2000). Le parole che vengono utilizzate all'interno di questo dialogo, proprio perché possono riaprire quelle connessioni viventi, dovrebbero essere scelte accuratamente.

Un importante concetto appartenente agli anni '80 è la depatologizzazione, che implica l'utilizzo di parole, espressioni, predicati verbali che possano offrire più possibilità di svincolare il paziente dal ruolo di diverso e di far sorgere descrizioni, storie in grado di aprire percorsi evolutivi di normalità, eliminando il duplice rischio di incentivare i vantaggi secondari della malattia e di rappresentare una profezia che si autoavvera (Vescovi, 2014).

2. Senso, significato e semantica

Ho fin qui usato spesso i termini significato e senso, poiché sono indispensabili volendo parlare di lingua e di narrazione. Sebbene talvolta mi sia vista costretta a usarli come sinonimi, sono invece due termini con una definizione specifica. Le parole senso e significato vengono tuttavia usate in maniera indistinta nell'esperienza quotidiana (De Luca Picione & Freda, 2012).

L'etimologia della parola significato proviene da *significatus* (indizio), che a sua volta deriva da significare (*signum-facere*). Per la parola senso, il vocabolario Treccani (n.d.b) illustra addirittura sei macrocategorie semantiche che però conservano un legame con l'etimologia latina *sensus* (da sentire). Il termine *sentire* è collegato all'avvertire qualunque stato di coscienza, attraverso i sensi o

lo stato affettivo, che il mondo esterno produce in noi. I significati fondamentali di questo verbo possono essere ricondotti a: realizzare una percezione, avvertire una sensazione, provare un sentimento (De Luca Picione & Freda, 2012).

Per comprendere meglio quale sia la differenza semantica e come questa influisca nella pratica terapeutica, è necessario ritornare al funzionamento della comunicazione e alle sue implicazioni intra e interpersonali.

Il linguista Émile Benveniste (1966) afferma che il soggetto si serve della parola e del discorso per rappresentare sé stesso in qualunque situazione comunicativa e coinvolge l'altro per constatarlo. Questo porta la produzione linguistica a configurarsi come un dispositivo semiotico in cui coesistono la soggettività e l'intersoggettività. Affinché i soggetti possano essere definiti "parlanti", devono quindi condividere uno spazio simbolico che possa essere modellato e reso funzionale in funzione dell'organizzazione della relazione (De Luca Picione & Freda, 2012).

Ogni persona cresce all'interno di un sistema simbolico culturalmente definito e, allo stesso tempo, è un soggetto non totalmente risolvibile nella propria cultura e che attua un processo di soggettivazione, operando degli specifici e idiosincratici processi di significazione a partire dai propri sistemi relazionali (De Luca Picione & Freda, 2012).

L'epistemologia costruttivista ipotizza che i significati siano dei costrutti mentali, attraverso cui ogni individuo costruisce in maniera attiva la propria visione del mondo. Ognuno, quindi, costruisce schemi e credenze che possano consentirgli di attribuire un significato agli eventi e di prevederli (Guarnieri, 2013-14).

Secondo Guarnieri (2013-14) per la visione costruzionista è invece la conversazione ad essere l'elemento fondante la soggettività: le emozioni, le modalità di percezione, la memoria, i sistemi di credenze, gli scopi diventano elementi secondari poiché sono l'esito delle pratiche coordinate che organizzano la conversazione tra persone. Questo non li renderebbe processi meno importanti, ma li ancorerebbe alla conversazione.

Una persona, quindi, costruisce la propria identità tramite la conversazione all'interno dei gruppi a cui appartiene e, conseguentemente, l'esperienza non è mai semanticamente chiusa (Guarnieri, 2013-2014).

Nonostante le emozioni siano un elemento secondario, ho illustrato in precedenza come possano essere d'aiuto al paziente, all'interno del contesto descritto da L. Boscolo e P. Bertrando (1996), nella scoperta di nuovi significati. Le emozioni possono quindi essere un punto di partenza per dipanare un'area di sovrapposizione tra significato e senso. Queste sono sia un'esperienza psicofisica primaria, sia la componente principale della relazione umana con il contesto e generano l'elaborazione della simbolizzazione emozionale degli eventi (De Luca Picione & Freda, 2012).

L'emozione si configura quindi come un campo di esperienza e di orientamento del processo interpretativo e di significazione. È per questo motivo che il senso è connaturato e imprescindibile dalle emozioni, poiché queste organizzano un processo di costruzione di relazioni che hanno una direzione e quindi un senso. Possiamo quindi affermare che le emozioni organizzano, nel tempo, una traiettoria di sviluppo di ogni sistema relazionale. Dalla relazione del soggetto con altri e con il mondo emerge il senso, permettendo un processo creativo di reti relazionali che si configurano in semiotizzazioni specifiche (De Luca Picione & Freda, 2012).

Questa traiettoria di sviluppo sembra un'espressione del finalismo adleriano, per cui l'individuo ha bisogno di una direzione che si configura con delle finzioni distinte. È quindi importante distinguere il significato dal senso, poiché il primo è sostenuto da un rapporto di denotazione e di riferimento, mentre il secondo pertiene invece al processo ed è più legato alle relazioni in cui le persone sono organizzate ed organizzatrici allo stesso tempo. Al fine di cogliere e di sviluppare il senso, il lavoro clinico avviene grazie alla connessione metaforica e metonimica dei significanti prodotti all'interno della relazione (De Luca Picione, Freda, 2012).

Attraverso l'analisi della direzione delle relazioni, ovvero del movimento delle emozioni generate nelle relazioni, è possibile cogliere la comprensione del senso. Poiché ogni esperienza relazionale è sia informativa che comunicativa, questa analisi implica cogliere le informazioni che scaturiscono dai significanti (De Luca Picione, Freda, 2012).

Il significato e il senso, seppur in una relazione non univoca e definitiva, all'interno del campo relazionale e conversazionale non sono facilmente ed immediatamente distinguibili dai soggetti implicati (De Luca Picione & Freda, 2012).

Cogliere il senso è importante, poiché ci rivela quale sia la direzione relazionale, ma è altresì importante, all'interno della conversazione, riconoscere le configurazioni che può assumere il significato.

Secondo Ugazio, la conversazione – non solo in famiglia, ma anche in altri contesti intersoggettivi dotati di storia – si organizza all'interno di significati antagonisti; si tratta delle polarità semantiche familiari, che vanno a costruire una trama condivisa di significati all'interno dei quali ciascun membro deve necessariamente prendere posizione nella conversazione (Guarnieri, 2013-14).

Guarnieri (2013-14) evidenzia che le polarità semantiche sono, secondo Ugazio (2012), dei fenomeni primariamente emotivi.

D'altronde, come sottolineato da Kelly (2004), non esistono significati puramente cognitivi e, viceversa, non esistono emozioni senza cognizioni. All'interno del suo modello teorico, i costrutti più importanti per l'identità (costrutti superordinati) sono maggiormente preverbal, dunque riguardanti le emozioni (Guarnieri, 2013-14).

Ciò spiegherebbe come mai il significato e il senso non siano facilmente distinguibili, soprattutto per coloro che ne sono coinvolti. Le polarità definiscono cosa sia semanticamente rilevante per un determinato gruppo e in che modo la realtà venga costruita all'interno della conversazione (Guarnieri, 2013-14).

Il significato viene quindi costruito all'interno del dialogo tra le persone che occupano posizioni differenti; le polarità semantiche comprendono un intero range di posizioni diverse che concorrono a costruire la conversazione. Guarnieri (2013-14) rileva che Ugazio, Negri, Zanaboni e Fellin (2007), in accordo con la *positioning theory*, affermano che gli individui si posizionano – e posizionano gli altri – sulla base di ciò che dicono e fanno e, allo stesso tempo, sono posizionati sulla base di ciò che gli altri dicono e fanno. L'io però non può assumere infinite posizioni, poiché esso viene delimitato dalla storia delle precedenti con-posizioni, dalla propria famiglia e cultura (Guarnieri, 2013-14). È solo facendo esperienza di episodi particolari, detti enigmatici, che la persona ha la possibilità di apprendere nuovi giochi semantici. Gli episodi enigmatici sono situazioni caratterizzate da un'impossibilità degli interlocutori a con-porsi, causata dalle loro emozioni; ciò implica dover mettere in discussione il proprio *positioning* e, dunque, anche la propria identità. I partner conversazionali possono superare l'episodio enigmatico e sperimentare nuove dimensioni semantiche solo se le emozioni generate dalla relazione contestualizzano le emozioni divergenti; in caso contrario, dopo alcune interazioni enigmatiche, avviene la rottura della relazione (Guarnieri, 2013-14).

In altre parole, altri significati sono possibili solamente se le emozioni fanno emergere il senso della narrazione co-costruita; se il senso non viene trovato, la narrazione non può arricchirsi di nuovi significati e quindi la relazione con l'altro può terminare, poiché non conferma più la nostra presenza.

Guarnieri (2013-14) illustra le quattro polarità semantiche identificate da Ugazio et al. (2007):

- Semantica della libertà: libertà/dipendenza, esplorazione/attaccamento. Le emozioni fondamentali sono: paura/coraggio, smarrimento/costrizione. Avvicinarsi-allontanarsi è il movimento relazionale caratteristico di questa semantica.
- Semantica della bontà: bene(sacrificio)/male(egoismo), morto/vivo. Le emozioni fondamentali sono: innocenza/colpa, disgusto/godimento. Astenersi/infettarsi, sacrificarsi/approfitte sono i movimenti relazionali caratteristici di questa semantica.
- Semantica del potere: vincente/perdente, volitivo/arrendevole. È puramente relazionale poiché porsi su uno dei due poli è sempre l'esito di un confronto. Non è rilevante l'oggetto del confronto, poiché è invece fondamentale chi conquista la supremazia. Le emozioni che caratterizzano questa polarità (vanto-vergogna, efficacia personale-inettitudine) hanno una stretta connessione con il *positioning*. Poiché la loro superiorità viene riconosciuta dai partner

conversazionali, i vincenti possono sperimentare fiducia in sé stessi e vanto, mentre coloro che si collocano tra i perdenti sperimentano invece vergogna, imbarazzo e impotenza.

- Semantica dell'appartenenza: inclusione/esclusione, onore/onta. Le emozioni fondamentali sono: gioia/disperazione, gratitudine/rabbia. Includere/escludere è il movimento relazionale caratteristico di questa semantica.

All'interno della conversazione psicoterapeutica, a livello di storia narrata, sono prevalenti i significati riconducibili alla semantica critica delineata per le diverse psicopatologie, come dimostrato da Ugazio, Negri e Fellin (2011): ai disturbi fobici è associata la semantica della libertà; ai disturbi ossessivi è associata la semantica della bontà; ai disturbi alimentari è associata la semantica del potere; infine ai disturbi depressivi è associata la semantica dell'appartenenza (Guarnieri, 2013-14).

La variabile che modella la relazione terapeutica, secondo Ugazio (1995), non è tanto la psicopatologia bensì la semantica dominante nei contesti conversazionale del paziente. Questo significa che esistono tanti modi quante sono le semantiche di costruire la relazione terapeutica (Guarnieri, 2013-14). Quando prevale la semantica della libertà, il paziente oscilla tra affidarsi e chiudersi, caratterizzando la relazione terapeutica da movimenti come incoraggiare-limitare e spaventare-calmare. Per quanto riguarda la semantica della bontà, il paziente oscilla invece tra il rispetto delle regole e l'approfitarsi, portando nella relazione i movimenti quali giudicare-corrompere e resistere-sfogarsi. Il paziente oscilla tra adeguarsi-opporsi quando prevale la semantica del potere, e i movimenti relazionali saranno tenere testa-arretrare e allearsi-competero. Infine, quando prevale la semantica dell'appartenenza, il paziente oscilla tra condividere-rivendicare la propria unicità e la relazione terapeutica è caratterizzata da movimenti come rispettare-denigrare e entusiasinarsi-distruggere (Guarnieri, 2013-14).

I costrutti e gli elementi che costituiscono le polarità semantiche sono processi, e in quanto tali soggetti a trasformazioni e negoziazioni (Mariotti & Langella, 2011).

Da questo, possiamo ipotizzare che esistano infinite polarità semantiche, tante quante sono le narrazioni e ri-narrazioni di ogni paziente e terapeuta.

3. La rilevanza

Finora abbiamo parlato molto delle caratteristiche intrinseche ed estrinseche dell'abilità narrativa dell'uomo, soffermandoci su molte sfaccettature. Una di queste però merita una nota a parte: la rilevanza.

Perché proprio questa? Più di altre caratteristiche, la rilevanza può essere il punto di contatto – o di fraintendimento – tra il narratore (o il paziente) e l'ascoltatore (o il terapeuta). È una

caratteristica che, a mio parere, risente più di altri aspetti dell'influenza della logica privata di cui parlava Adler. Prima di giungere a questa ipotesi, è necessario comprendere cosa si intenda per rilevanza e come questa sia implicata nel processo comunicativo.

Nella *Relevance Theory* per un individuo un input diventa rilevante quando l'elaborazione rispetto a un contesto, da cui è possibile trarre determinate assunzioni, crea un effetto cognitivo positivo. Quest'ultimo è una differenza significativa rispetto a una rappresentazione del mondo (Cruciani, 2015).

Considerando il modello di comunicazione di Cruciani (2015), il concetto di “significato inteso condiviso” di un enunciato è fondato sulla preferenza di un parlante per lo stato di cose a cui si riferisce l'enunciato, e sull'inferenza comunicativa dell'ascoltatore, il quale possiede la credenza relativa all'interesse del parlante in quella determinata situazione. Quando l'inferenza dell'ascoltatore è basata su una credenza vera riguardo all'interesse del parlante, possiamo affermare che la comunicazione è di successo, poiché indica che il significato inteso dal parlante e quello inteso dall'ascoltatore sono condivisi (Cruciani, 2015). Per interesse del parlante si intende la rappresentazione di uno stato di cose che implica le condizioni di possibilità di un suo scopo (Cruciani, 2015). Il significato inteso dal parlante è fondato sulla relazione tra gli stati di cose per cui un enunciato è vero, e l'ordinamento delle preferenze per gli stati di cose per cui l'enunciato è vero. Differenti insiemi di condizioni di verità – che corrispondono a differenti stati di cose – possono rendere vero un enunciato. A fornire le condizioni di verità determinanti per il significato inteso dal parlante, è lo stato di cose preferito dal parlante stesso, poiché implica il suo scopo. Determinare il significato del parlante è ascrivibile alla selezione di uno stato di cose che rende vero l'enunciato e soddisfa l'interesse del parlante nella situazione (Cruciani, 2015).

Il significato inteso dall'ascoltatore si può ottenere attraverso un'inferenza comunicativa in cui sussistono due premesse: una ammette alcuni significati contestualmente plausibili nell'enunciato; l'altra sussiste invece nella credenza dell'ascoltatore e riguarda l'ordine parziale di preferenza del parlante, che determina lo stato di cose che fornisce le condizioni di verità (Cruciani, 2015).

L'ascoltatore viene guidato da una specifica aspettativa di rilevanza e ciò lo porta a seguire un *path of least effort*, fermandosi quindi quando questa aspettativa viene soddisfatta. Questo processo possiede una compatibilità con l'ordinamento parziale delle preferenze per due motivi: in primo luogo, perché quando l'ascoltatore individua l'opzione che massimizza l'interesse del parlante soddisfa le sue aspettative di rilevanza, e in secondo luogo, perché decade la necessità di ordinare le altre opzioni, portandolo dunque a scegliere un *path of least effort* (Cruciani, 2015). I gradi di rilevanza degli input del contesto si possono mettere in corrispondenza con i livelli dell'ordine parziale di preferenza circa gli stati di cose che configurano come vero un enunciato in una data

situazione e che rendono disponibile l'informazione che permette di inferire una conclusione vera (Cruciani, 2015).

Abbiamo detto che un input è rilevante quando l'elaborazione rispetto a un contesto, da cui è possibile trarre determinate assunzioni, crea un effetto cognitivo positivo, ovvero una differenza significativa rispetto a una rappresentazione del mondo. In altre parole, "qualcosa" è inserito in un contesto (relazionale e comunicativo), ed è rilevante in quanto rende vera una determinata rappresentazione del mondo.

Precedentemente abbiamo approfondito come, nella narrazione individuale, sussista anche un legame con l'esterno. Ciò che connette le storie personali e il mondo esterno, secondo W. Schapp (1992), è rappresentato dalle configurazioni che denomina *wozuding* (Callieri, 2000). Questo è il suo concetto fondamentale, traducibile con "cosa-per", intesa come la cosa nella connessione del contesto in cui essa si trova ed associabile con i termini "sorgenza", "emergere", "nascenza" (Callieri, 2000). Le "cose-per" emergono congiuntamente alle loro determinazioni connettendosi ad un passato, ad una storia, ad un'età che è anche presente, ovvero qui-ora. In questa maniera, nell'orizzonte (rete di significati) di ogni "cosa-per" in cui si iscrive l'attività dell'uomo, sorge continuamente il passato. La "cosa-per" è quindi caratterizzata dal suo proporsi unitamente alla narrazione (Callieri, 2000). È per questo motivo che la rilevanza ha una forte pregnanza all'interno di questo discorso: emergendo dal contesto e quindi dai significati, ci illustra una condizione di verità rispetto al passato, ma allo stesso tempo rispetto al presente – individuale e sociale – della storia del paziente.

4. Gli appunti del terapeuta

Fino ad ora, ho approfondito gli aspetti relativi alla comunicazione e alla narrazione, che nella nostra pratica sono prettamente correlati all'oralità. Spesso capita però che il terapeuta si avvalga dello strumento della scrittura, prendendo appunti su questo o quel paziente. Prima di addentrarmi nello specifico, credo sia necessaria una digressione su cosa sia effettivamente la scrittura e il suo rapporto con la parola orale. Nell'opera *Fedro*, Platone (2018) – tramite la voce di Socrate – racconta il mito del dio egizio Theuth che donò agli egiziani le lettere dell'alfabeto e quindi la scrittura alfabetica. È questo un dono che Socrate non apprezza perché considera la scrittura solamente un supporto strumentale della memoria. Gli antepone invece il discorso parlato in quanto viva dialettica nel linguaggio e testimonianza di autentica sapienza, di cui invece il discorso scritto è solo un'immagine (Calefato, 2015). Per molto tempo, l'oralità è indubbiamente stata predominante rispetto alla scrittura, essendo questa giunta solo successivamente: lo possiamo notare ancora oggi osservando i bambini, che imparano a scrivere

ben più tardi di quando iniziano a parlare. Prima di giungere alla scrittura vera e propria, anche il bambino tenta tuttavia di produrre dei segni che si collocano a metà tra il linguaggio artistico e quello letterario (lo scarabocchio).

Comincia quindi a produrre dei segni che testimoniano uno stato emotivo e/o affettivo, un'idea o addirittura un proto-pensiero. Gli antropologi della scrittura ci hanno dimostrato come questa sia la modalità con cui il corpo si iscrive ed entra in contatto con il mondo, dando ritmo, misura, forma e senso a tale contatto. La scrittura assolve una funzione di modellizzazione primaria del pensiero, secondo Cardona (2009), che mette in mostra come le elaborazioni mentali abbiano bisogno, anche nella loro costituzione, di una semiotica che le strutturi (Calefato, 2015). L'origine del segno scritto alfabetico è collegata alle diverse modalità con cui sono state simbolizzate le tracce del rapporto tra il corpo e il mondo circostante (Calefato, 2015). L'alfabeto mette in luce il fatto che la scrittura dà senso alla lingua che trascrive e che ha senso di per sé, a prescindere dai contenuti trasmissibili (Calefato, 2015).

La scrittura è un concetto che copre tutta l'attività umana dell'*incidere il mondo* con i segni; infatti, la materia di cui la scrittura è composta, investe in più modi i nostri sensi. È al tempo stesso la preconditione della produzione di segni e il modo con cui i segni si riescono a collegare all'esperienza umana (Calefato, 2015).

L'attività scrittoria, quindi, non è soltanto una mera produzione di segni, ma una modalità simbolica delle esperienze individuali e quindipregna non solo di significati ma anche di emozioni e sensazioni percepibili su più livelli. Qual è quindi la differenza con l'oralità?

La dimensione costitutivamente iconica del linguaggio e la presenza della corporeità nella parola si estrinseca attraverso gli aspetti paralinguistici e i tratti sovra-segmentali (gesti delle mani e della bocca, espressione del volto, rossore, posizione del corpo), mentre nel testo scritto in prosa essi non hanno modo di venire espressi se non attraverso parentesi, punti esclamativi, note esplicative (Calefato, 2015).

È probabilmente grazie alla potenzialità intrinseca dell'interpunzione, oltre che per la comparsa di nuove modalità di scrittura, che nel linguaggio scritto moderno si è approdati all'invenzione delle emoticon. Le emoticon, costituite dalla combinazione tra i segni di interpunzione, hanno infatti la caratteristica principale di integrare scrittura e immagine e dunque di rendere trasparenti anche nella scrittura le caratteristiche dell'eloquio (gestualità, intonazione, ritmo, velocità). Riescono dunque a realizzare una pratica linguistica che unisce sincreticamente oralità e scrittura: l'"oralitura", per usare un neologismo (Calefato, 2015).

Credo che, nonostante le emoticon abbiano avuto uno sviluppo grafico non indifferente, esse riescano ancora a realizzare questa pratica di "oralitura". Sarebbe interessante, a mio parere, un

loro utilizzo nella nostra pratica di scrittura proprio per questa caratteristica unificante, ma non intendo in questa sede dilungarmi su questo argomento.

Come già accennavo all'inizio del capitolo, in qualità di terapeuti, può capitare di prendere appunti. Non mi soffermerò tanto sulle motivazioni che portano il terapeuta a scrivere (seppur interessanti, costituirebbero una digressione), quanto sulle modalità con cui si scrivono gli appunti.

Già una prima distinzione può essere fatta sulla base temporale: vi sono terapeuti che prendono appunti durante la seduta, altri invece che aspettano sia terminata (a tal proposito, ho sempre trovato interessante – ma forse fin troppo speculativo – il metodo della Tavistock School, che prevede di riportare la precisa descrizione di tutta la seduta).

Vi è poi un'ulteriore distinzione che è possibile fare tra gli appunti scritti, che riportano fedelmente e integralmente le parole e le espressioni utilizzate dal paziente (come capita nella psicoanalisi lacaniana), e quelli che invece riportano, *de facto*, una nostra sintesi e/o elaborazione (forse prematura?).

L'ultima – ma non meno importante – distinzione è legata al filo logico degli appunti: quando scriviamo sul foglio (che siano le parole nostre o del paziente), i concetti sono uniti dalla stessa connessione logica che si è esplicitata nel racconto del paziente o invece già seguono la logica della nostra (o nostre) ipotesi?

Collegandoci a quanto detto prima rispetto alla natura della scrittura e alla sua relazione con l'esperienza umana, quanto di quello che scriviamo appartiene al paziente, al terapeuta o – addirittura – alla coppia terapeutica? E, andando ancora più avanti, quanto invece già appartiene al futuro essere-nel-mondo di tutti questi attori? Noi sappiamo che la comunicazione, riferendoci al modello classico di Roman Jakobson (1966), è un messaggio che viene scambiato tra un emittente che lo produce e un ricevente che lo decodifica in virtù di un codice di riferimento comune condiviso con l'emittente. Questo modello non considera però la complessità che il concetto di comunicazione ha via via assunto. Calefato (2015) rileva che Rossi-Landi (1998), in maniera ironica, affermava infatti che il messaggio non è un pacco postale: il suo passaggio è soggetto a modifiche, a fraintendimenti, ad arricchimenti oppure anche alla perdita in un'entropia dovuta a troppa informazione circolante.

Prendendo in considerazione queste possibili modifiche, già presenti nella comunicazione tra parlanti, non possiamo fare a meno di ipotizzare che ve ne siano altrettante quando scriviamo, che è un'altra modalità di comunicare: una comunicazione tra un parlante (il terapeuta) e un leggente.

Ho preferito utilizzare il termine leggente e non lettore poiché le definizioni di quest'ultimo implicitamente alludono alla presenza di un testo scritto che segue regole prefissate, e come tale

ha in sé già dei significati e un senso. Gli appunti del terapeuta invece non rispettano delle regole standardizzate e soprattutto, anche quando si configurano come un testo scritto, non è ancora presente un senso.

La stessa Treccani (n.d.a) definisce il termine “appunto” come “nota sommaria scritta per ricordare un fatto, una data, i punti salienti di un discorso e sim., o come promemoria di ciò che si deve fare o dire”. Di questa definizione mi interessa in particolar modo sottolineare l’espressione “i punti salienti di un discorso”: precedentemente abbiamo parlato di cosa sia la rilevanza e in che modo questo concetto sia correlato alla narrazione.

Se è vero che le rilevanze (o *wozuding*: “cosa-per”) sono i punti di contatto tra la narrazione individuale e il sociale, siamo veramente sicuri che gli appunti che prendiamo identifichino con precisione queste “sorgenze”? Quanto è importante che gli appunti del terapeuta colgano le rilevanze già presenti nella narrazione del paziente e non magari quelle ancora da creare?

Inoltre, se la rilevanza indica come vera una determinata rappresentazione del mondo (per le caratteristiche narrative descritte da Bruner [1992], “vera” è da intendersi come “verosimile”, “possibile”; in termini adleriani, “finzionale”), ma il paziente non ne riconosce la non-utilità, la disfunzionalità, è ancora da intendersi come rilevanza (relazionalmente e socialmente intesa)?

Il nodo cruciale ruota proprio intorno alle rilevanze: sono soprattutto queste a dare un senso unico e irripetibile alla narrazione individuale.

Se trascriviamo fedelmente la narrazione del paziente, rischiamo che il trovarsi impigliato non diventi un’opportunità, bensì un’immobilità che riduce drasticamente la capacità creativa (sia del terapeuta, sia della coppia); d’altra parte, se non trascriviamo le parole del paziente, rischiamo di vedere delle rilevanze dove magari non sussistono o che non gli appartengono, non riuscendo successivamente a creare (per noi e per il paziente) una narrazione in cui entrambi ci si possa ritrovare. Riuscire a disporre di una narrazione co-costruita che colga le aperture al cambiamento del paziente implementerebbe di molto non solo la sua (ma anche la nostra) capacità creativa, ma soprattutto lo aiuterebbe a (ri)trovare una benefica méta finzionale.

In conclusione, sarebbe interessante e utile immaginare – e costruire di conseguenza – un metodo per la scrittura degli appunti basato su questi presupposti, che ho tentato di collegare con la teoria adleriana, appartenenti a diverse discipline.

Bibliografia

- Adler, A. (1931). *What Life Should Mean to You*. Tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*. Newton Compton, 1994.
- Adler, A. (1947). *Prassi e teoria della psicologia individuale*. Astrolabio.
- Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler*. Basic Books.
- Barthes, R. (1969). Introduzione all'analisi strutturale dei racconti. In AA. VV., *L'analisi del racconto* (pp. 5-46). Bompiani.
- Benveniste, E. (1966). *Problèmes de linguistique générale*. Gallimard.
- Blankenburg, W. (1965). Die Verselbständigung eines Thema zurn Wahn. *Jahrbuch für Psychol., Psychother. und med. Anthropologie*, 13, 137-164.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1996). *Terapia sistemica individuale*. Raffaello Cortina Editore.
- Bruner, J.S. (1992). *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*. Bollati Boringhieri.
- Calefato, P. (2015). Metamorfosi della scrittura, *Revista Texto Digital*, 11, 2, 148-170.
- Callieri, B. (1999-2000). Dall'anamnesi al racconto: analisi esistenziale e/o analisi narrativa?. *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 38-39, 2-9.
- Calvino, I. (1983). Mondo scritto e mondo non scritto. In I. Calvino (2002), *Mondo scritto e mondo non scritto*. Mondadori.
- Cardona, G.R. (2009). *Antropologia della scrittura*. UTET.
- Cruciani, M. (2015). Rilevanza e preferenza nella comunicazione. *Nea Science – Giornale italiano di neuroscienze, psicologia e riabilitazione*, 2, 9, 53-57.
- De Luca Picione, R. & Freda, M.F. (2012). Senso e significato. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 17-26.
- Eco, U. (1994). *Sei passeggiate nei boschi narrativi*. Bompiani.
- Frank, A.W. (1995). *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. University of Chicago Press.
- Freud, S. (1978). *Introduzione alla psicanalisi. Prima serie di Lezioni: 1915-17*. Bollati Boringhieri.
- Guarnieri, S.C. (2013-14). *Semantica e relazione terapeutica*. Tesi di dottorato [Università degli Studi Bergamo].
- Jakobson, R. (1966). *Saggi di linguistica generale*. Feltrinelli.
- Kelly, G.A. (2004). *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità* (M. Castiglioni, a cura di). Raffaello Cortina.
- Lattuada, A. (2020). La narrazione autobiografica che cura: implicazione della narrazione del Sé nella malattia. *Rivista online S.M.I.L.E (Sclerosi Multipla Informazione Letteratura Evidenze)*, 2, 56-58.
- Mariotti M. & Langella, A. (2011). Stili Relazionali – Relational Style Profile (RSP). Una conversazione proceduralizzata: dall'intervista circolare al profilo di stile relazionale. In P.

- Chianura, L. Chianura, E. Fuxa & S. Mazzoni (a cura di), *Manuale clinico di terapia familiare* (vol. III: Metodi e strumenti per la valutazione dei processi relazionali). Franco Angeli.
- Pagani, P.L. (2002). *Piccolo lessico Adleriano*. Istituto Alfred Adler.
- Parenti, F. (1983). *La Psicologia Individuale dopo Adler*. Astrolabio.
- Parenti, F. (1988), Valore dell'inutile e Sé Creativo. Un nuovo inquadramento psicologico del piacere nell'ottica adleriana. *Riv. Psicol. Indiv.*, 28-29, 7-15.
- Platone. (2018). *Fedro*. Mondadori.
- Ricoeur, P. (1986). *Il tempo raccontato* (vol. 1) (G. Grampa, trad.). Jaca Book.
- Rossi Landi, F. (1998). *Significato, comunicazione e parlare comune*. Marsilio Editore Venezia.
- Schapp, W. (1992). *Empêtrés dans des histoires. L'Être de l'Homme et de la Chose*. J. Greisch Editions du Cerf.
- Smorti, A. (1994). *Il pensiero narrativo*. Giunti.
- Treccani. (n.d.a). Appunto. www.treccani.it/vocabolario/appunto2/
- Treccani. (n.d.b.). Senso. www.treccani.it/vocabolario/senso/
- Ugazio, V. (1995). Il costruzionismo sociale: alcune conseguenze cliniche. In G.P. Lombardo & M. Malagoli Togliatti (a cura di), *Epistemologia in psicologia clinica* (pp. 258-281). Bollati Boringhieri.
- Ugazio, V. (2012). *Storie permesse, storie proibite: polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Bollati Boringhieri.
- Ugazio, V., Negri, A., Zanaboni, E. & Fellin L. (2007). Libertà, bontà, potere e appartenenza. Griglia delle Semantiche Familiari (GSF). *Quaderni del Dottorato in Psicologia Clinica*, 1, 137-242.
- Ugazio, V., Negri, A., Zanaboni, E. & Fellin L. (2011). Significato e psicopatologia: la semantica dei disturbi fobici, ossessivi, alimentari e depressivi. *Quaderni di psicologia clinica*, 2, 69-129.
- Vaihinger, H. (1967). *La filosofia del "come se": sistema delle finzioni scientifiche, etico-pratiche e religiose del genere umano*. Ubaldini.
- Vescovi, S. (2014). Sul potere della parola, ovvero l'arte di fare psicoterapia. *Cambiamenti, Rivista dell'istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata*, 4, 43-56.

The Will to Power in Adlerian Thought

by *Claudia Muccinelli**

ABSTRACT (ENG)

This article aims to present the instance of the “will to power” by framing it in the broader framework of the historical evolution of Adlerian thought, starting from the concept of aggressive drive, to arrive subsequently to that of masculine protest and then to the will to power itself, considered as one of the two fundamental instances for the psychic functioning of the individual. The Adlerian theory starts from the observation of the child, in which it is possible to identify a feeling of inferiority towards the surrounding environment: this feeling of inferiority will never be totally eliminated, and the adult individual will elaborate a serie of strategies to be able to overcome it and to cope with the tasks of life. The difference between the normal individual and the neurotic individual is therefore more of a quantitative type than of a qualitative one, since in the neurotic individual we can detect exasperations and stiffenings of the same psychic phenomena detectable in the normal individual.

Keywords: will to power, neurosis, feeling of inferiority, masculine protest, aggressive drive

La volontà di potenza nel pensiero adleriano

di *Claudia Muccinelli*

ABSTRACT (ITA)

Questo articolo intende presentare l'istanza di “volontà di potenza” inquadrandola nella cornice più ampia dell'evoluzione storica del pensiero adleriano, partendo dal concetto di pulsione aggressiva, per arrivare successivamente a quello di protesta virile e quindi di volontà di potenza, considerata come una delle due istanze fondamentali per il funzionamento psichico dell'individuo. La teorizzazione adleriana parte dall'osservazione del bambino, nel quale è possibile identificare un sentimento di inferiorità nei confronti dell'ambiente circostante: questo sentimento di inferiorità non verrà mai totalmente eliminato, e l'individuo adulto creerà una serie di strategie per poterlo superare e per affrontare i compiti della vita. La differenza tra individuo normale e individuo nevrotico risulta quindi essere più di tipo quantitativo che di tipo qualitativo, in quanto nell'individuo nevrotico si possono rilevare delle esasperazioni e degli irrigidimenti degli stessi fenomeni psichici rilevabili nell'individuo normale.

Parole chiave: volontà di potenza, nevrosi, sentimento di inferiorità, protesta virile, pulsione aggressiva

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

1. Introduction

The concept of the “will to power”, one of the basic instances of Comparative Individual Psychology, has been changing with the evolution of Adlerian thought. In order to understand the central role of the will to power in Comparative Individual Psychology, it is therefore necessary to trace the stages of the development of this concept, by examining the historical evolution of the theory of Alfred Adler.

In 1899, Sigmund Freud published *The Interpretation of Dreams*. In the first years since its publication, the book met with little success (only 351 copies were sold in the first 6 years) and was also widely criticized and opposed. In this climate of general negativity, one of the voices that arose in defense of the validity and originality of Freudian work was the one of Alfred Adler, who wrote a favorable review of *The Interpretation of Dreams* in a local newspaper, underlining Freud’s courage in trying to identify the psychological motivations beneath some physiological problems and neuroses (Mosak & Maniaci, 1999, p. 3).

Freud appreciated Adler’s intervention so much that in 1902 he invited him to take part in the Wednesday evening meetings, which led to the creation of the Psychoanalytic Society, of which Adler became the first President (Mosak & Maniaci, 1999, p. 3).

From the reading of the minutes of these meetings, it is evident that Alfred Adler, at first, approached the Freudian drive model, then gradually acquired opinions which can be considered as independent from those supported by Freud (Ferrigno et al., 2006, p. 15); in 1908, the year of the Salzburg Congress, Adlerian thought could already be considered not so much a deepening of the psychoanalytic one, but rather an autonomous orientation “destined to clash more and more openly with the orthodox psychoanalytic position, based on the primacy of the libidinal drive” (Ferrigno et al., 2006, p. 20).

In the essay *The aggressive drive in life and neurosis*, presented at the meeting of the Psychoanalytic Society on June 3, 1908, Adler indicated the aggressive drive as the main dynamic source of psychic life, both in normality and in neurotic disorders (Ellenberger, 1970, p. 605). Since before his approach to the Psychoanalytic Society, Adler had hypothesized the presence, in the human mind, of both an unconscious feeling of inadequacy and inferiority, and of the need to get free from this same annoying limitation (Pagani, 2006); in *The aggressive drive in life and neurosis* (1908), Adler went on to refine and clarify this hypothesis, contextualizing the presence, already in early childhood, of a “position of the child towards the environment that can only be defined as hostile” (Adler, 1908), due to the “difficulty in obtaining satisfaction” and linked to “a drive to fight for satisfaction, which I will call aggressive drive”. Adler underlined how this aggressive drive was linked “to the total superstructure, representing a psychological field of a higher order

that connects the drives” (Adler, 1908), thus identifying the aggressive drive as totally independent and autonomous in respect to the libido theorized by Freud (Pagani, 2006).

In this phase of his thought, Adler still moves in the context of physiological processes and not intentionality, therefore the aggression to which he refers should not be identified at the behavioral level, but rather as an internal push to “move towards” (*ad-gredior*), to go in the direction of a full realization of the potentialities that have yet to develop, but which are already enclosed in the body. The psyche and conscience, in this sense, become instruments of aggression (Canzano, 2006).

The approach to Freudian theories, focused on instincts, led Adler to use the term drive to indicate the human tendency to overcome the feeling of inferiority and to full realization; it is interesting to note how, in this same essay, Adler wanted to define the drive as “an abstraction”, whose birth and development would derive “from the impositions and requests coming from the outside world”; “the goal of the drive is determined by the satisfaction of the needs of the organ and the achievement of pleasure obtained from the environment” (Adler, 1908). In this first phase of his thought, Adler therefore seems to adhere to the Freudian position, placing biological factors in the foreground, and considering the unity of the organism as determined by the interaction between the functioning of the individual organs that compose it (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 32).

In a report on psychic hermaphroditism, presented on February 23rd, 1910 to the Psychoanalytic Society, Adler however referred to his 1908 essay on the aggressive drive, underlining how the conception he had expressed had “the defect of being biological and to be unable to fully explain neurotic phenomena”, and how it was necessary “a conception of the neurotic that is extremely attentive to the subjective and that judges phenomena not in biological terms, but in psychological terms and in terms of psychology of civilization” (Ferrigno et al., 2006, p. 144).

It will be this Adlerian switch from an objective psychology with a biological orientation, to a psychology of a subjective matrix and oriented towards the individual, to make Adler’s positions absolutely irreconcilable with the psychoanalytic one, marking the definitive detachment of the two currents of thought (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 33). Indeed, as Freud himself reported in one of his writings of 1923, the idea of the Adlerian aggressive drive, presented in 1908, was accepted and tolerated as it could still be ascribed to the field of psychoanalysis; when Adler introduced the concept of masculine protest, the break became evident (Pagani, 2006).

In the meeting of the Psychoanalytic Society held on 4th January 1911, Adler indicated that he had found “a distortion of the libido in neurosis and civilization”, while stating that it would be “because of this distortion that the libido in no way can be considered uniformly as the

motivational principle, but rather as intertwined and artificially nourished by masculine protest” (Ferrigno et al., 2006, p. 161).

Adler believed that the main cause of mental disorders was the masculine protest, which is the way used by some people to try to deal with the overestimation of masculinity. The men or women who agreed with this overvaluation wanted to be considered masculine and, therefore, powerful. A failure in meeting this standard, would eventually make them discouraged and resigned. Adler felt that the effort of these people was of a socially useless nature, and that it had its roots in the prevailing social orientation of the time, according to which masculinity was seen as dominant and femininity was considered as weakness (Mosak & Maniaci, 1999, p. 5).

These statements marked the beginning of many discussions amongst the members of the Psychoanalytic Society, which culminated on February 22, 1911, with Adler’s resignation as President of the Society. Adler continued to take part to the Wednesday evening meetings of the Psychoanalytic Society, but at the same time, with some members of the Society and with others, he founded a new group, the Society for Free Psychoanalytic Research. In October 1911, the Psychoanalytic Society sanctioned the impossibility of being part of both these associations, thus inducing Adler to abandon the Psychoanalytic Society (Ferrigno et al., 2006, p. 20). Subsequently, the Society for Free Psychoanalytic Research took the name of Society for Comparative Individual Psychology.

By introducing the concept of aggressive drive in his theorization, Adler wanted to identify a psychic and dynamic principle, starting from the observation of the existence of a predisposition of every human being to face obstacles and difficulties in an attempt to acquire a position of well-being and safety (Canzano, 2006).

The masculine protest mentioned in the adlerian works of 1911 appears instead to be the representation of a modality used by an individual to approach his ideal of personality. Even though it is still used to achieve safety, the masculine protest is connected mainly to neurotic situations, which, in his opinion, would be characterized by the presence of psychic components of a female type, fought by the individual himself as they are considered weak (Pagani, 2006).

The concept of masculine protest therefore initially replaced the one of aggressive drive, as a basic dynamic principle in the coordination of psychic activity as a whole. Proceeding with the development and deepening of his lines of thought, Adler however gradually went to identify the basic psychic principle in the concept of will to power rather than in the one of masculine protest, seen as more limiting (Pagani, 2006). The denomination of masculine protest can in fact be placed in a cultural context that identifies the top as male, and the bottom as female. In the Adlerian era, women’s claims for equal rights were still at an early stage: being a woman still entailed social disadvantages, while being a man entailed natural privileges (Parenti, 1983, p. 28).

Masculine protest would therefore become an aspect of a general movement from minus to plus, as a “reactive, conscious-unconscious psychological project, through which the man emphasizes the supremacy of his own virility and the woman carries on her revolt, overt or hidden, against the ancient subjection to the male” (Pagani, 2000).

“In the dynamics of life, masculine protest is inserted as a line of fortification, as if masculine were the equivalent of sure, of truly valuable” (Adler, 1924) and takes the form of exasperated manifestations of a conventional masculinity, with relative devaluation of attitudes considered culturally female. In women, masculine protest often translates into a preference for activities culturally considered as belonging to the male sex, in a competitive, combative and ambitious spirit and in an attempt to prevail over brothers and friends (Pagani, 2006); in men, it is manifested as an accentuation of the masculine characterization, moving towards extreme behaviors of harshness and prevarication (Parenti, 1983, p. 29). Adler had identified in psychic hermaphroditism and in masculine protest two of the instances which are present in many neurotic people, consequently coming to consider these instances as the nucleus of neuroses (Adler, 1924). The concept of masculine protest is correlated to that of the strive to compensate for an inferiority, in a high-low, masculine-feminine dialectical relationship: contextually to the gradual Adlerian transition from a biological to a psychological perspective, and to a parallel shift of the perspective from the observation of the neurotic individual to that of the healthy individual, it is possible to note how the centrality of Adler’s attention focuses on the instance of the will to power as a constitutive element of human nature itself (Canzano, 2006).

2. The will to power: a basic instance of psychic life

In his 1908 essay *The aggressive drive in life and neurosis*, Adler observed how the child, faced with a world still unknown to him, feels the need to be helped and therefore tends to turn to people he considers older and more experts of him. The awareness of this need would be linked to a physiological condition of insecurity and insufficiency, which Adler mentioned as a feeling of inferiority (Adler, 1908).

This feeling of insecurity and inferiority towards parents and the world would generate, in the child, a restlessness that would result into his desire to have the possibility to measure his own strength. In a favorable environmental condition, this feeling of inferiority would gradually diminish as the child's somatopsychic and relational development proceeds; however, in the presence of negative environmental situations, or perceived as such, the physiological feeling of inferiority can crystallize in the inferiority complex, a situation considered as pathological (Pagani, 2000) as an “abnormal and decompensated accentuation of the feeling of inferiority”.

Adler, however, believes that the feeling of inferiority is never completely overcome, not even in positive environmental conditions, and that, consequently, psychic life as a whole is made of a set of attempts to move towards situations characterized by greater safety (Parenti, 1983).

Adler comes to connote the feeling of inferiority as the very basis of human culture (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 121) as a whole: it is not only the individual who wants to move from a condition of minus to a plus, but it is it was the whole human race that, having become aware of its physical weakness and lacking an organic structure capable of sustaining its struggle for existence, found itself in the course of its evolution to have to look for ways that would provide it with forms of security (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 121).

“The history of humanity can be considered as the history of the feeling of inferiority and of all attempts to find a solution that will allow it to be overcome” (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 127).

This statement by Adler is in line with the concept of Individual Psychology as a real theory of man, applicable to different and varied areas of human existence, whose common thread is “a perennial search for the meaning of the individual, understood in its diversified biological-psychological-social unity” (Rovera, 1999). It is therefore possible to frame every action, as well as every symptom, in a guideline oriented towards a goal, conscious or unconscious, which in general could be summarized as the survival of the human being and the attempt to overcome the physiological feeling of inferiority (Rovera, 1999).

Considering the dynamics of psychic life as dominated by the law of movement from a condition of minus to one of plus, conditions represented respectively by the feeling of inferiority and the aspiration to overcome it, Adler identified in man, understood as an individual or non-divisible, two basic fundamental instances, the will to power and the social feeling, which can be expressed either in mutual harmony or in contrast with each other, leading to internal conflicts within the individual himself and with the social environment (Pagani, 2000).

These two instances “both place themselves above the drives, with the specific task of regulating both instinctual impulses and conscious activities in each individual” (Pagani, 2000). Adler therefore does not intend to deny or underestimate the existence and importance, for the life of the individual, of psychic elements such as aggression and the sexual instinct, but rather wants to place the will to power and the social feeling as the instances that guide the energies and behaviors determined by these same instincts (Parenti, 1983, p. 4).

“The will to power is the energy that directs man on a conscious and unconscious level, towards purposes of elevation, of personal affirmation, of competition or at least of self-protection and survival” (Parenti, 1983, p. 11).

With this definition, Parenti wants to underline how the will to power provides the energy boost that directs the actions of the individual, primarily from a perspective of personal protection in order to guarantee survival, but also personal growth, in a context of healthy competition with others.

The energetic boost represented by the will to power is in fact constantly having to integrate with the other fundamental instance of human psychic life, that is the social feeling, as a need felt by every human being to “cooperate and share emotionally with other human beings” (Parenti, 1983, p. 12) The balance between these two instances would represent the ideal condition for the mental health of the individual.

It is also possible to hypothesize a process of specialization and refinement of the will to power, which in very early childhood could be described as a primordial impulse towards self-preservation, expressed in an unconscious and unintentional way. Only later, as a consequence not only of cognitive development but also of the possibility of experiencing emotions and environmental stimuli, it is possible to hypothesize in the child “a mental process (of thought and feeling) capable of reading the emotions of inferiority, of impotence, of inadequate functioning of the body and of unsatisfactory value in the group” (Canzano, 2006) which would lead to the definitive structuring of the will to power “as a thrust and behavioral response to the emotions of helplessness and physical insecurity and as a need to influence and to dominate those (adults) to whom the body and its safety are entrusted and to respond to it in a compensatory way”(Canzano, 2006).

To clarify this definition of the will to power as a behavioral drive that directs the individual towards a compensatory response, it becomes necessary to introduce the concept of compensation, which can be defined as “a modality, linear or artificial, with which the will to power aims to overcome a feeling or an inferiority complex” (Parenti, 1983). To underline the close relationship between the will to power and compensation, it is possible to quote Parenti, who states that “the will to power is only a compensating force that helps man to remedy his inner insecurity” (Parenti, 1983).

Since his first investigations in 1907 on organic inferiorities, Alfred Adler wanted to underline the relativity of the concept of inferiority, as it can only be defined in reference to specific circumstances and environmental demands, but at the same time also to emphasize the unity of mind -body-environment which is one of the conceptual cornerstones of Comparative Individual Psychology, which is expressed through “interactions between organism and physical environment, between organism and social environment, between different separate organs and all other organs, and finally between body and mind” (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 7).

When these interactions reveal a position of imbalance to the detriment of the organism, “an effort is imposed on the psychic superstructure which must be suitable for the latter to produce a compensation, if this is possible” (Adler, 1912, p. 35) with a view to seek a balance between the individual and the environment.

Adler seems to start from the observation of what happens in the biological field, in order to broaden the concept, noting and finding compensation mechanisms also in the psychological and behavioral fields (Parenti, 1983). As an example, it is possible to hypothesize that an organic weakness in the digestive system can result in compensation related to food, or in compensation related to money as a symbolic substitute for food (Adler, 1912, p. 37).

In some situations, the energetic boost of the will to power, in order to compensate for the feeling of inferiority, can go beyond this goal and set particularly ambitious goals, resulting in supercompensation, which can lead the individual up to superiority complex, a pathological condition supported by a hypertrophic will to power and an imbalance between the will to power and social feeling (Parenti, 1983).

For Adler, compensations can be considered as positive, if they manage to lead the individual to overcome the perception of inferiority while maintaining social feeling intact and thus guaranteeing a good integration of the individual at a relational level, and negative if they go to the detriment of social feeling, leading the individual to distance himself from and social life (Parenti, 1983).

Taking as a parameter the conservation of social feeling and therefore the integration of the individual into the society in which he lives, it is also possible to define as positive some forms of supercompensation, such as artistic creations linked to genius: these can be classified as compensatory forms with decidedly ambitious objectives, but, far from distancing the individual from his context, they can instead arouse a form of respect which favors better social integration (Pagani, 2000).

It is possible to think of the compensations as the individual's “planning stratagems to defeat or evade inferiorizing situations, including psychological handicaps (Pagani, 2003).

This definition makes it possible to frame the compensations within an individual's project, which clarifies the full meaning and purpose of the compensation itself.

According to Adler (1924, p. 12), “we are unable to think, feel, want, act without having an end in mind” “every psychic phenomenon cannot be grasped and understood, in order to understand a personality, if it is not seen as a preparation for a goal” (Adler, 1924, p. 13).

This design finds one of its concretizations in the style of life, a key concept of individual psychology, as a “subjective imprint of each individual, consisting of the resultant of behavioral traits, orientation of thought, affects and emotions, articulated in the service of prevailing

purposes” (Parenti, 1983). The style of life is formed in early childhood, does not undergo substantial changes during the life of the individual except in conjunction with factors of particular importance, and determines all those distinctive characteristics of the person such as traits of his behavior, his opinions, his life choices, orienting them towards goals which are the result of a compromise between the demands of the will to power and those of social feeling (Pagani, 2000).

Every experience made by the individual will therefore be filtered and interpreted according to his own personal lifestyle; Adler probably meant to underline this aspect, citing as a motto, in *The nervous temperament*, Seneca’s sentence “*Omnia ex fiducia suspensa sunt*”: all things depend on the interpretation given to them (Ferrigno, 2005). Individual psychology is characterized by a subjectivistic attitude, since “meanings are not determined by the situations, but we ourselves determine situations with the meanings we attribute to them” (Adler, 1931a, p. 37).

In order to find an adequate orientation in life and to be able to make sense of the different possible meanings of objects and events, it is however necessary for the individual to have “a general scheme, which finds its correspondent in that characteristic disposition of the human soul to use hypothesis and fictions in an attempt to define what is chaotic in the world” (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 95). This general scheme is concretized in another fundamental principle of individual psychology, namely that of fiction, understood as a modality, more or less objective, that the individual uses to evaluate himself and/or the world; this evaluative modality is built to back the purposes that the individual intends to pursue (Parenti, 1983). In other terms, it may be possible to consider fiction as a subjective and more or less conscious way of representing reality, a representation that the individual experiences as if was real, and which leads him to certain assessments of himself, of others and of the world; fictions help the individual to give direction to actions and opinions (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 96).

In literature, vital fictions are distinguished from reinforced fictions. Vital fictions allow the formulation of projects, adopting a future perspective that is in line with a socially acceptable approach; these fictions are “socially well addressed in the sense of emotional sharing” (Pagani, 2003, p. 14). The reinforced fictions are “deviations by excess of the usual phenomenon of “as if”, which have a pathological character and increase, in varying degrees and in different ways, the distance of the individual from the environment (Parenti, 1983, p. 23). The reinforced fictions therefore seem to be distinguished by two substantial characteristics, namely the distance of the individual from the environment and the parallel distance from logic and objectivity (Parenti, 1983, p. 23).

3. The will to power in neuroses

Tracing the historical evolution of individual psychology, it is possible to remark that, in the definition of the main dynamic force underlying the functioning of the individual, Adler went from the initial concept of aggressive drive to the one of virile protest, and finally identified the basic dynamic force in the will to power.

At the same time, also the definition of the final goal underwent some changes: at first, Adler defined it as a goal of superiority whose point of arrival was represented by power, safety and self-esteem, or, in other words, by those qualities that can be culturally attributable to a real man. This definition referred in particular to the neurotic individual, which represents the first area of Adlerian theoretical study: in the neurotic, Adler saw an individual mainly oriented towards increasing or at least maintaining his own self-esteem. In a second moment of his theorization, Adler focused more on the “normal” individual, finding differences of a quantitative rather than qualitative type, compared to the neurotic individual: in the neurotic one would find clear exasperations of those same psychic phenomena which can also be found in the non-neurotic individual (Prina, 2018). In the normal individual, the goal of superiority is directed towards the daily tasks to be faced and solved, implementing a series of strategies which, although aimed at solving problems, take into account the social feeling and the role occupied by the individual in the society. In a neurotic individual the goal of personal superiority is very high, and this involves the use of strategies not always suited to the situation and mainly aimed at defending one's position in the event of a possible failure. “The error consists in being self-centered and not considering the mutual relationship between men” (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 261).

Adler identifies a factor which the child and the neurotic individual have in common: a condition of little or no independence, which leads them to seek the help and support of third parties in order to cope with the tasks of life (Adler, 1924, p. 61). This common element can make it possible to identify, as one of the potential causes at the base of the neurotic temperament, a spoiled style of education: in fact, if a mother spoils a child by exempting him from cooperating, he could grow up expecting to receive anything, without any effort. This belief could lead to a slowdown and even a block in the development of his social feeling and his aptitude for cooperation with other individuals. Consequently, when he finds himself having to face the problems of life, he will find himself unprepared, also developing the belief that he has been wronged (Adler, 1933, p. 116). By referring to the spoiled child, Adler does not necessarily mean a child who is overly pampered or who is given material possessions in quantity, but rather a child whose parents are overly protective and take full responsibility for him, relieving him of the burden of fulfilling any task, including those functions that he could instead perform

autonomously. At the same time, Adler stresses, however, that the spoiled lifestyle should not necessarily be understood as caused only by the behavior of parents or grandparents, but that it can also be a creation or interpretation of the child himself, deriving from his particularly demanding attitude (Adler, 1931b).

Since it is not so much events themselves to be decisive in determining what we think, feel or do, but rather the opinion we have of these same facts, a child could develop the expectation of being entitled to receive anything without effort, even in the absence of manifestly spoiling behavior on the part of parents and family.

According to the Adlerian theory, two other factors can prevent the correct development of social feeling: the neglect of adults towards the child, and the presence of organic problems (organ inferiority) in the child himself. “Just as spoiled upbringing, these factors divert the child’s gaze and interest from living together, and direct his attention to the dangers he could run and to his own advantage” (Adler, 1933, p. 44).

A child who does not soon learn to move in his social world will sooner or later have to deal with the problems associated with making friends, being productive and falling in love, realizing that he cannot manage them effectively due to lack of the necessary skills (Hartshorne, 2012). Adler emphasizes that it is a normal life experience, the one of finding that you do not have the right or sufficient skills for a specific situation: this feeling is therefore not in itself an index of neurosis, but it becomes so when it becomes chronic and blocks the person, who cannot go beyond the problem.

It is possible to state that, in the psychic scheme of the neurotic individual, there are two basic elements: a low self-esteem, connected to an accentuated sense of inferiority, and a goal set so high as to become unrealistic. These two elements are interrelated: “An increased feeling of insecurity in childhood causes a higher positioning of the goal; at the same time, it provokes the efforts or defenses best suited to its achievement” (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 267).

Another characteristic of the neurotic individual is his rigidity: the neurotic individual is “incapable of adapting to reality, since he functions in consideration of an unattainable ideal, the one of getting rid of a feeling of inferiority that haunts him” (Adler, 1912, p. 58). Once again, it is the feeling of insecurity and inferiority to be held responsible for this inflexible adherence to fictions, ideals and principles. “What once proved to be useful is perpetuated for its reassuring effect” (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 268).

In fact, neurotic individuals, but sometimes also psychologically healthy individuals who find themselves going through a moment of particular difficulty, have a tendency to cling to their fictions, which perhaps in the past were helpful, and try to apply the same concepts and the same solutions to a different situation, in which that specific fiction, however, perhaps fails to be

decisive. While the individual with a good psychic balance manages to detach himself from the fictions that he detects are not adequate to the current situation, the neurotic individual becomes a slave to them, because the fiction has become a dogma in which he must believe, without being able to review or question it (Oberst & Stewart, 2003, p. 15).

Adler underlines that “every trait of the neurotic character tells us how this is permeated by the aspiration to power”: the individual, moved by his profound aspiration for security, elaborates a fictional final goal characterized by the desire for power, and uses a large part of his psychic energies in order to reach it (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 113).

The neurotic wants to have everything, and yet he is never satisfied: this aspiration is linked to that deep desire to be the strongest that was defined by Nietzsche as the will to power, and which Adler frames as a form of compensation aimed at overcoming the feeling of insecurity (Adler, 1912, p. 71).

Traits of the neurotic character, but also neurotic symptoms, can in fact be seen as attempts to gain control over the surrounding environment. This is reflected in the concept of secondary benefit of the disease, which underlines the advantages that the individual can obtain from his situation: for example, an agoraphobic can avoid going to work, a depressed person is surrounded by the worry and care of the members of his family, and so on. From the Adlerian point of view, this secondary benefit rises to the position of the main purpose of the disorder: if the individual solves the problem he wants to avoid, in fact, the symptom disappears or at least improves. Adler emphasizes that the individual does not carry out a conscious mystification, but rather that it is a set of actions developing in a way that is totally unaware of him (Oberst & Stewart, 2003, p. 28).

For the neurotic, it is not enough to be equal to others, his goal is to be better than others, to be superior and to have power, real or imagined, over other people. The neurotic individual therefore uses a supercompensation, which gravitates towards the “useless side of life” as it does not benefit the community (Oberst & Stewart, 2003, p. 27).

Bibliography

- 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. *Rivista Di Psicologia Individuale*, 46, 5-14, 1999.
- Adler, A. (1912). *Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie*. Springer. Tr. it. *Il temperamento nervoso: principi di psicologia individuale comparata e applicazioni alla psicoterapia*. Astrolabio, 1971.
- Adler, A. (1924). *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*. J.F. Bergmann. Tr. it. *Prassi e teoria della psicologia individuale*. Astrolabio, 1990.
- Adler, A. (1931a). *What Life Should Mean to You*. Little Brown. Tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*. Newton Compton, 1994.
- Adler, A. (1931b). The structure of neurosis. *The Lancet*, 136-137.
- 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. Tr. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Rivista Di Psicologia Individuale*, 33, 5-9, 1993.
- Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler: A Systematic Presentation in Selections from His Writings*. Basic Books.
- Canzano, C. (2006). Aggressività e volontà di potenza. Ipotesi e confronti con la teoria di Antonio Damasio su emozioni e sentimenti. *Rivista Di Psicologia Individuale*, 59, 57-68.
- Canzano, C. (2009). Il limite e il coraggio. Di fronte, accanto, dentro all'inferiorità. *Rivista Di Psicologia Individuale*, 66, 31-41.
- Ellenberger, H.F. (1970). *This Discovery of the Unconscious*. Basic Books.
- Ferrigno, G. (2005). Il “piano di vita”, i processi selettivi dello “stile di vita” e la comunicazione intenzionale implicita della “coppia terapeutica creativa”: dalla “teoria” alla “clinica.” *Rivista Di Psicologia Individuale*, 58, 59-97.
- Ferrigno, G., Berselli, C., Canzano, C. et al. (Eds.). (2006). *Alfred Adler nei verbali della “Società Psicoanalitica di Vienna” (1906-1911)* (P.L. Pagani, presentation). Quaderni Della Rivista Di Psicologia Individuale.
- Freud, S. (1899). Die Traumdeutung. In *Sigmund Freud Gesammelte Werke* (vol. II). S. Fisher GmbH. Tr. it. L'Interpretazione dei Sogni. In S. Freud, *Opere. Vol. III: L'interpretazione dei Sogni*. Bollati Boringhieri, 1966.

- Hartshorne, T.S. (2012). Introduction to “What Is Neurosis?”. In J. Carlson & M.P. Maniacci (Eds.), *Alfred Adler revisited* (pp. 195-211). Taylor & Francis.
- Mosak, H.H. & Maniacci, M.P. (1999). Alfred Adler and Adlerian Psychology: An Overview. In *A Primer of Adlerian Psychology*. Brunner-Routledge.
- Oberst, U., & Stewart, A. (2003). *Adlerian psychotherapy : an advanced approach to individual psychology*. Brunner-Routledge.
- Pagani, P.L. (2000). Discorso sulla Psicologia Individuale e sull'eclettismo. *Rivista Di Psicologia Individuale*, 48, 21-39.
- Pagani, P.L. (2003). *Piccolo lessico adleriano. Dizionario argomentato dei lemmi e delle locuzioni della Psicologia Individuale*. Istituto Alfred Adler.
- Pagani, P.L. (2006). Dalla pulsione aggressiva al sentimento sociale: sulle tracce del pensiero di Adler. *Rivista Di Psicologia Individuale*, 36, 5-36.
- Parenti, F. (1983). *La psicologia individuale dopo Adler*. Astrolabio-Ubaldini.
- Prina, P. (2018). Panoramica sulla Psicologia Individuale: dalla protesta virile all'equità sociale. *Rivista Di Psicologia Individuale*, 84, 57-67.
- Rovera, G.G. (1999). La Psicologia Individuale. In G. Cassano (Ed.), *Trattato italiano di Psichiatria* (vol. III) (pp. 3529-3537). Masson.

Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana (B – APP). Combinare l'efficacia del modello psicodinamico con le risorse e i tempi del SSN

di *Stefania D'Ambrosio**

ABSTRACT (ITA)

Questo articolo verte sulla presentazione del modello B – APP, Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy quale strumento che può integrare l'efficacia della visione psicodinamica, in particolar modo adleriana, con le esigenze, le risorse ed i tempi dei Servizi di Psicologia del SSN. La presentazione di questo modello di intervento terapeutico risale ad una pubblicazione di Fassino, Amianto e Ferrero del 2008 sulla rivista internazionale *Panminerva Medica* nell'ambito di un rinnovato interesse per la psicoterapia breve per la sua comprovata efficacia ed in funzione di un favorevole rapporto costi/benefici. L'intento degli autori era quello di far conoscere a ricercatori e clinici la Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana e rendere accessibile agli psicoterapeuti di qualsiasi orientamento un metodo rigoroso di questo modello che ne evidenziasse gli elementi teorici e gli indicatori di processo.

Parole chiave: Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana, (B – APP), incoraggiamento, salute mentale, Adler

Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B – APP). Combining the effectiveness of the psychodynamic model with the resources and timing of the NHS

by *Stefania D'Ambrosio*

ABSTRACT (ENG)

The main topic of this article is the presentation of the Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy model as a tool which can integrate the effectiveness of psychodynamic vision, especially Adlerian, with the needs, resources and timing of the NHS Psychology Services. The presentation of this model of therapeutic intervention dates back to a publication by Fassino, Amianto and Ferrero in 2008 in the international journal *Panminerva Medica* in the context of a renewed interest in brief psychotherapy for its proven effectiveness and in function of a favorable cost / benefit ratio. The intent of the authors was to introduce researchers and clinicians to Adlerian Brief Psychodynamic Psychotherapy and to make a rigorous method of this model accessible to psychotherapists of any orientation that would highlight its theoretical elements and process indicators.

Keywords: (B – APP), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, encouragement, mental health, Adler

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

1. Introduzione

Questo articolo verte sulla presentazione del modello di Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana (B – APP) quale strumento che può integrare l'efficacia dell'approccio psicodinamico con le esigenze, le risorse ed i tempi dei Servizi di Psicologia del SSN.

La pandemia deve essere l'occasione per una revisione ed ammodernamento di un grande patrimonio collettivo che ha il Servizio Sanitario Nazionale, nella sua capacità – culturale, scientifica ed operativa – di occuparsi della salute delle persone e della collettività, e di farlo con logiche di sistema, approcci integrati, proattivi e di promozione delle risorse, coniugando il rispetto per le persone con l'efficacia e l'efficienza anche economica delle scelte (CNOP 2021).

Può essere utile a tal proposito prendere in considerazione i lavori del *Tavolo Tecnico Salute Mentale* del maggio 2021 che si sono concentrati su tre aree:

- Programmazione Regionale;
- Analisi delle criticità nei servizi e dell'appropriatezza dei servizi di cura;
- Diritti e riduzione degli interventi coercitivi.

Nell'analisi della seconda area, che verte sulle criticità, viene fatto rilevare che oggi in Italia ci sono circa 140 Dipartimenti di Salute Mentale, uno per ogni Azienda sanitaria territoriale. Un dato particolarmente critico riguarda la carenza di psicologi e del loro impiego nel lavoro clinico individuale, familiare e di gruppo con i pazienti che presentano situazioni cliniche e relazionali più svantaggiate. L'analisi dei dati 2015-2019 relativi al personale dipendente nei DSM documenta tale carenza. Si è passati da 57,7 operatori x 100.000 abitanti > 18 a. nel 2015 a 56,8 x 100.000 nel 2019 un numero stabilmente inferiore allo standard minimo di 66,6 x 100.000 fissato nel Progetto Obiettivo 1998-2000 (DPR 10.11.1999).

I medici erano 4.931 nel 2015 (di cui 3.772 psichiatri) e 5.341 nel 2019 (di cui 3.436 psichiatri). Gli psicologi erano 2.213 nel 2015 e 2.009 nel 2019.

“Ciò finisce per radicalizzare una tendenza alla separatezza tra interventi medici e interventi non farmacologici, di fatto questi ultimi relegati in una dimensione ancillare rispetto ai primi” (sezione 2.2 del documento).

Altra area di criticità individuata è l'accesso ai servizi che è il requisito di partenza su cui valutare l'appropriatezza e la qualità dei percorsi. Si rileva la difficoltà dei servizi di salute mentale a intercettare la morbilità psichiatrica all'esordio, problema particolarmente serio per le psicosi schizofreniche per le quali la presa in carico ed il trattamento precoce sono fattori determinanti nella prognosi. Si rileva inoltre che solo una quota molto limitata di disturbi emotivi comuni viene intercettata dai DSM rispetto alla prevalenza stimata nella popolazione generale.

Tra le criticità evidenziate rientra l'intensità della presa in carico e l'aderenza ai PDTA già formalizzati. Le persone in carico ai centri di Salute Mentale hanno ricevuto in media 14,2 prestazioni a testa. Si rileva inoltre una insufficiente implementazione delle Raccomandazioni per i disturbi psichiatrici gravi (depressione, disturbi della personalità e del comportamento, mania e disturbi bipolari, schizofrenia e altre psicosi funzionali), approvate dalla Conferenza Unificata il 13.11.2014. Solo il 2,4% degli utenti con disturbi psichiatrici gravi ha ricevuto almeno una prestazione di trattamento psicologico. I dati del 2019 evidenziano un ulteriore divario, essendosi verificato un aumento della prevalenza ed incidenza trattata a fronte di una riduzione delle risorse umane.

Date queste premesse, l'intento di questo lavoro è quello di favorire una maggiore conoscenza e diffusione del modello di psicoterapia breve ad orientamento adleriano tra gli operatori del SSN ed illustrarne i punti di forza e di convergenza rispetto ai bisogni di diagnosi, presa in carico e trattamento efficace e precoce delle patologie che rientrano nella sfera della Salute Mentale.

La presentazione di questo modello di intervento terapeutico risale ad una pubblicazione di Fassino, Amianto e Ferrero del 2008 sulla rivista internazionale *Panminerva Medica* nell'ambito di un rinnovato interesse per la psicoterapia breve per la sua comprovata efficacia ed in funzione di un favorevole rapporto costi/benefici. L'intento degli autori era quello di far conoscere a ricercatori e clinici la Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana e rendere accessibile agli psicoterapeuti di qualsiasi orientamento un metodo rigoroso di questo modello che ne evidenziasse gli elementi teorici e gli indicatori di processo.

2. Psichiatria Psicodinamica e Modello Bio-Psico-Sociale

Il modello di psicoterapia breve presentato in questo lavoro rientra nella più ampia cornice della psichiatria psicodinamica che attualmente, come verrà illustrato di seguito, non può prescindere dal contesto concettuale di riferimento biopsicosociale.

La psichiatria psicodinamica è un approccio alla diagnosi e alla terapia caratterizzato da un modo di pensare sia rispetto al paziente sia rispetto al terapeuta che comprende il conflitto inconscio, le carenze e le distorsioni delle strutture intrapsichiche e le relazioni oggettuali interne, e che integra questi elementi con i dati attuali delle neuroscienze (Gabbard, 2015, p. 4).

La quinta edizione del testo di Gabbard, *Psichiatria Psicodinamica*, ha fatto seguito alla pubblicazione del DSM-5, con l'intento di arricchire il lavoro dei clinici con un'articolata visione psicodinamica. L'impegno di Gabbard è quello di illustrare, per ciascun tipo di patologia, contributi ed avanzamenti della ricerca secondo il modello psicodinamico per aiutare il clinico

nella comprensione del modo in cui il paziente sviluppa, mantiene e cronicizza una data patologia.

Un approccio di tipo dinamico non è certamente necessario per tutti i pazienti psichiatrici. Tuttavia, un approccio orientato dinamicamente per la maggior parte dei pazienti – se non per tutti – arricchirà la capacità professionale dello psichiatra e accrescerà il senso di padronanza del clinico (Gabbard, 2015, p. 26).

Pensare in termini psicodinamici vuol dire porre l'attenzione sui conflitti interni, sull'impatto degli eventi traumatici, sulle fantasie inconse, sulle relazioni oggettuali interne, sulla struttura del Sé e sui meccanismi di difesa. In altri termini, si tratta di una visione che si focalizza su ciò che è unico in ciascuno di noi, inclusi i fattori neurobiologici e il modo in cui l'ambiente influenza il funzionamento del nostro cervello.

Praticare oggi l'approccio psicodinamico significa collocarsi nella più ampia cornice di riferimento della psichiatria biopsicosociale che integra i progressi nel campo della genetica e delle neuroscienze. I dati disponibili indicano come una quota significativa dell'attività psichica sia inconscia e come i fattori sociali ed ambientali siano in grado di influenzare l'espressione dei geni ed avere, come nel caso degli eventi traumatici, profondi effetti biologici modificando il funzionamento del cervello.

Kandel ha dimostrato in una serie di esperimenti come la psicoterapia abbia un impatto significativo sul cervello, modificando in maniera permanente le connessioni sinaptiche. Il processo di apprendimento che avviene con la psicoterapia può produrre modifiche dell'espressione dei geni e alterare la forza delle connessioni sinaptiche. La sequenza di un gene non può essere modificata da esperienze ambientali, mentre la funzione di trascrizione di un gene, responsabile della sintesi di proteine specifiche, è sensibile ai fattori ambientali.

La funzione di apprendimento che avviene nella psicoterapia, corrisponde all'acquisizione di *insight* sui propri problemi. I correlati neurobiologici di questo processo sono stati dimostrati in una ricerca (Jung & Beeman, 2004, in Gabbard, 2015) in cui i ricercatori utilizzando EGC e tecniche di imaging funzionale, hanno individuato due principali correlati neurali dell'*insight*: un aumento di attività a livello del giro temporale anteriore superiore dell'emisfero destro associato alla risoluzione di compiti che prevedevano l'*insight*, mentre i tracciati ECG mostravano un picco di attività neurale nella stessa area a partire da 0,3 secondi prima della soluzione attraverso l'*insight*. Gli studiosi ritengono dunque che l'improvvisa comparsa di fenomeni di *insight* in terapia potrebbe essere dovuta ad attività neurali che si manifestano quando collegamenti labili in precedenza diventano evidenti.

In uno studio randomizzato finlandese condotto su 23 pazienti con disturbo depressivo maggiore, trattati con fluoxetina o con psicoterapia psicodinamica breve, i ricercatori hanno

concluso che la terapia psicodinamica può avere un impatto significativo sul metabolismo della serotonina.

Oggi è sempre più diffuso nella pratica clinica un approccio integrato che prevede la combinazione di farmaci e psicoterapia in quanto esso si è dimostrato più efficace di ciascuna delle due modalità utilizzate singolarmente. Entrambi i trattamenti influenzano il funzionamento del cervello e in questo senso sono entrambi da considerarsi trattamenti “biologici” (Gabbard, 2015, p. 24).

3. Meccanismi di cambiamento in psicoterapia

I progressi nelle neuroscienze ci possono aiutare a comprendere le modalità con cui avviene il cambiamento in psicoterapia. Per ottenere cambiamenti duraturi è necessaria una disattivazione di connessioni neurali problematiche parallelamente all’attivazione di collegamenti nuovi e più adattivi (Gabbard, 2015). Sia l’insight che le esperienze relazionali curative sono elementi fondamentali che in modo combinato agiscono per produrre il cambiamento in terapia.

In una revisione di studi comparativi sui fattori di cambiamento in psicoterapia (Blagys & Hillsenroth, 2000, in Gabbard, 2015) hanno identificato sette aspetti tecnici che rappresentano i fattori peculiari della psicoterapia psicodinamica rispetto ad altre forme di trattamento.

Tabella 1: rappresentazione degli aspetti tecnici distintivi della psicoterapia psicodinamica (Gabbard, 2015 p. 113)

Focus sugli affetti e sull’espressione delle emozioni
Esplorazione dei tentativi di evitare alcuni aspetti dell’esperienza
Identificazione di temi e pattern ricorrenti
Discussione delle esperienze passate
Focus sulle relazioni interpersonali
Focus sulla relazione terapeutica
Esplorazione di desideri, sogni e fantasie

L’esperienza che in terapia il paziente fa della relazione terapeutica può condurlo a interiorizzare atteggiamenti emotivi del terapeuta e ad identificarsi con il suo modo di affrontare i problemi. Inoltre il terapeuta può essere interiorizzato come una figura fonte di sicurezza e conforto.

In aggiunta alle tecniche focalizzate sull'*insight* e sulla relazione terapeutica, esistono tutta una serie di strategie utili per promuovere il cambiamento terapeutico che includono l'uso della suggestione, la confrontazione di credenze disfunzionali, l'analisi delle strategie cosce che il paziente utilizza per risolvere i problemi, l'analisi dell'impatto che il comportamento del paziente ha sull'ambiente circostante, ed interventi di conferma o validazione delle sue esperienze.

4. Valutazione psicodinamica del paziente

Elementi essenziali alla base della pianificazione del trattamento terapeutico sono sia la diagnosi descrittiva, basata sui criteri del DSM-5, che la diagnosi psicodinamica, basata sulla comprensione del paziente e della malattia. "Il vero vantaggio dell'approccio dinamico è la sua attenzione al ruolo dei fattori di personalità nella malattia" (Gabbard, 2015, p. 26).

Una diagnosi psicodinamica completa comporta la valutazione del paziente sulle seguenti aree:

- **Caratteristiche dell'Io:**
 - Forze e debolezze
 - Meccanismi di difesa e conflitti
 - Rapporti col Super Io

- **Qualità delle relazioni oggettuali:**
 - Relazioni familiari
 - Processi di transfert e controtransfert
 - Interferenze sulle relazioni oggettuali interne

- **Caratteristiche del Sé:**
 - Autostima e coesione del Sé
 - Confini del Sé
 - Rapporto mente/corpo

- **Pattern di attaccamento/capacità di mentalizzazione**

Secondo Gabbard la formulazione del caso clinico dovrebbe iniziare con una descrizione sintetica del quadro clinico e dei fattori di stress che sono alla base della richiesta di assistenza. Proseguire

con delle ipotesi sulle modalità con cui elementi biologici, intrapsichici e socio culturali contribuiscono a determinare il quadro clinico. Nella terza parte andrebbe illustrato come i primi due punti possano influenzare il programma terapeutico e la gnosi.

5. Psicoterapia breve

Negli ultimi venticinque anni è aumentato l'interesse nei confronti delle varie forme di psicoterapia breve. Le indicazioni per una psicoterapia psicodinamica breve sono:

- capacità di *insight*;
- alti livelli di funzionamento dell'Io;
- forte motivazione a comprendere se stessi; non solo la ricerca di un controllo o riduzione dei sintomi;
- capacità di instaurare relazioni profonde;
- capacità di tollerare l'ansia;
- capacità di circoscrivere il problema a un tema dinamico focale.

In funzione della sua brevità la psicoterapia di durata limitata deve essere di natura focale, richiedendo che il terapeuta ed il paziente identifichino già nel primo incontro il focus psicodinamico problematico.

La ricerca empirica ha dimostrato che nella psicoterapia psicodinamica breve i risultati dipendono dall'accurata selezione dei pazienti. La qualità delle relazioni oggettuali è uno dei migliori predittori dell'esito (Hoglend, 2003 e Piper et al., 1990, in Gabbard, 2015).

6. I presupposti teorici della B-APP

La B-APP ha le sue radici nella Psicologia Individuale di Alfred Adler che si inquadra nell'ambito delle teorie psicodinamiche; essa è la matrice del filone socioculturale della psicologia del profondo ed assume oggi un ruolo rilevante, nel confronto con gli sviluppi della Psicoanalisi, della Psicologia del Sé e di altri modelli teorici (Pagani, in Shulman & Mosak, 1990; SIPI).

Francesco Parenti, che in Italia è stato uno dei maggiori divulgatori del pensiero di Adler, prospetta un modello psicodinamico relazionale aperto alla dimensione biologica e sociale. La Psicologia Individuale è una visione del mondo relazionale e socio ambientale nel quale l'uomo vive e, al contempo, è anche uno strumento psicoterapeutico (Maiullari, 2017).

Come osservato da Fassino et. al (2020) la B-APP condivide con la Psicologia Individuale di Adler tre presupposti teorici. Il primo presupposto si riferisce all'unità psicosomatica

dell'individuo coerentemente con le concezioni attuali del modello psicobiologico della personalità.

Gli individui cercano di affrontare il senso iniziale di disagio o inadeguatezza (pensiamo al neonato che arriva al mondo ancora sprovvisto delle risorse necessarie per far fronte ai suoi bisogni e alle richieste dell'ambiente) attraverso compensazioni psichiche e somatiche, secondo due diverse modalità: aumentando le proprie competenze (principio della compensazione) o aumentando le proprie capacità di inclusione e cooperazione (sentimento sociale) o utilizzando entrambe.

Il secondo presupposto è quello della regolazione del Sé che riconosce la necessità di base dell'individuo di raggiungere una immagine coerente di sé. Sotto il profilo teorico, considera anche i contributi psicoanalitici di Kohut e Stolorow.

La costruzione di una coerente immagine di sé e di una identità stabile è legata al soddisfacimento dei bisogni di tenerezza primaria, che costituisce la base per lo sviluppo dell'autostima. L'individuo sviluppa le proprie strategie per affrontare le difficoltà della vita coerentemente con l'immagine che ha sviluppato di sé. L'insieme di queste strategie cosce ed inconscie costituisce lo "Stile di vita" dell'individuo, unico ed irripetibile, che descrive il modo specifico in cui reagisce e si adatta agli eventi della vita ed ai propri vissuti interiori.

Il terzo presupposto fa invece riferimento al concetto di moduli di legame, secondo cui il senso psicologico dei comportamenti umani non può prescindere dalle interazioni che ogni individuo ha con i suoi simili. Inoltre, le modalità con cui si svolgono queste relazioni significative vengono registrate all'interno dell'individuo, anche nell'inconscio, e diventano come "immagini guida" per orientarsi nella vita. Queste immagini guida inconscie sono chiamate "finzioni" da Adler; sono anche descritte come "schemi emotivi" da Bucci e da Gabbard e Westen, e sono coerenti con la "teoria dell'attaccamento" di Bowlby e Fonagy e Target.

7. Obiettivi e indicazioni per la B-APP

La B-App è una psicoterapia ad orientamento psicodinamico caratterizzata da due aspetti distintivi rispetto ai tradizionali approcci psicodinamici:

- a) un numero ridotto e predefinito di sedute;
- b) un focus tematico rappresentato da una problematica attuale presentata dalla persona correlata in modo significativo alla sua personalità, allo stile di vita e alla sintomatologia presentata.

È una psicoterapia ad orientamento psicodinamico che mette in relazione i sintomi del paziente e le sue strategie disfunzionali con le sue dinamiche inconscie, sebbene la struttura psichica o il

significato simbolico della comunicazione del paziente non siano l'oggetto specifico dell'intervento psicoterapeutico.

Gli obiettivi della terapia sono:

- 1) una risoluzione almeno parziale del problema focale
- 2) una diminuzione dei sintomi
- 3) un aumento complessivo del benessere del soggetto

La B-APP è adatta nei casi in cui sia possibile individuare un focus tematico circoscritto ed in presenza di una buona aderenza del paziente al progetto terapeutico. È controindicata invece nei casi in cui si rilevi un'alta tendenza alla dipendenza regressiva.

La B-APP ha una vasta gamma di indicazioni cliniche e a seconda del tipo di personalità, il terapeuta può lavorare, di volta in volta, con obiettivi differenti.

Essa offre un approccio tecnico alla psicoterapia breve fruibile in molti ambiti della psichiatria e della psicologia clinica, ad esempio gli interventi di prevenzione nei soggetti a rischio, il trattamento dei disturbi d'ansia, della distimia e altri disturbi depressivi, dei disturbi alimentari, dei disturbi somatoformi, dei disturbi post-traumatici e dell'adattamento.

8. Definizione del focus

Il Focus ha due caratteristiche:

- 1) è un problema importante nella vita attuale del paziente;
- 2) esemplifica una dinamica significativa dello stile di vita, rilevante per la condizione clinica.

Per esempio, un lutto, un cambiamento di lavoro o un altro evento significativo possono rappresentare l'argomento focale del trattamento di un paziente nel quale un'angoscia di perdita non risolta è alla base una sintomatologia depressiva.

La scelta del focus viene concordata con il paziente. A differenza degli altri approcci psicodinamici brevi, l'elaborazione del focus comporta, la ricerca di soluzioni al problema esistenziale prescelto. Alla base dei comportamenti disadattivi ci sono le strategie che il paziente ha iniziato ad adottare come tentativo di soluzione del problema o come evitamento del dolore. Strategie che in un primo tempo hanno portato un beneficio o in termini di parziale soluzione della situazione o in termini difensivi di contenimento dell'ansia. Ma che da tempo si sono rivelate non più funzionali e rappresentano esse stesse un meccanismo di mantenimento del problema.

Il paziente ci porta in terapia gli esiti di una parziale strategia di risoluzione o di un tentativo di evitamento che si sono rivelati utili in passato, ma che ormai non servono più. L'irrigidimento di tali copioni comportamentali finisce per diventare un sintomo.

Identificare il focus dell'intervento psicoterapico a breve termine significa concordare con il paziente un piano d'azione. Significa condividere la formulazione del caso, facilitandone la comprensione delle cause e dei meccanismi che sono alla base del mantenimento del problema.

Attraverso questo processo si riesce a dare un senso a ciò che sta accadendo nella storia del paziente e a porre l'attenzione non solo sugli aspetti disfunzionali ma anche su quelli adattivi.

Ma la B-APP non limita i propri obiettivi a questo. Nell'ambito del focus, uno dei compiti del terapeuta consiste nell'aiutare il paziente a tollerare gli eventi esterni più stressanti per la loro gravità o per il loro significato simbolico: può essere utile, ad esempio, riconoscerne il significato per favorirne l'accettazione, quando non sia possibile evitarli. Inoltre, a livello più profondo, il terapeuta aiuta il paziente a filtrare gli stimoli intrapsichici correlati al focus che risultano intollerabili o che possono causare reazioni regressive "maligne", facendo, per esempio, in modo che non ne rimanga troppo coinvolto.

9. Le fasi del trattamento

Il trattamento è articolato in cinque fasi e ognuna può comprendere da due a quattro sedute. Il numero elettivo di sedute è 15, ma può variare da 10 a 20, in accordo alle necessità cliniche e organizzative.

Tabella 2: Fasi di trattamento, elementi, e sotto elementi del processo terapeutico (Fassino et al., 2020)

FASE 1

- Raccolta dell'anamnesi; esplorazione dei primi ricordi e dello schema appercettivo; formulazione di ipotesi circa alcuni denominatori comuni tra le esperienze presenti e passate; comprensione della linea direttrice della personalità del paziente; identificazione del focus; costruzione dell'alleanza terapeutica; definizione dell'accordo-contratto terapeutico.

FASE 2

- Lavoro sul focus: riflessioni, emozioni, fantasie, progetti; iniziale restituzione terapeutica sui problemi maggiormente evidenti; ricognizione delle potenzialità del sé creativo rispetto al perseguimento di mete fittizie.

FASE 3

• Approfondimenti sul focus: elaborazione dei problemi latenti e più difesi; formulazione di ipotesi progettuali come soluzioni alternative ai sintomi; problemi di separazione in relazione al focus.

FASE 4

• Elaborazione della relazione, del lavoro terapeutico, del problema della separazione; incoraggiamento volto all'incremento dell'autostima.

FASE 5

• Identificazione di materiale intrapsichico e relazionale recente correlato al focus; valutazione di ulteriori richieste; sintesi delle dinamiche discusse trattate e valutazione clinica; rielaborazione del transfert positivo; discussione dei progetti clinici ed esistenziali successivi alla conclusione delle sedute.

10. Strumenti Tecnici

Nella tecnica psicoterapeutica della B-APP gioca un ruolo centrale il lavoro sullo schema appercettivo e sullo stile di vita del paziente. Lo schema appercettivo è l'opinione dell'individuo, in parte consapevole, in parte inconscia, circa se stessi e il mondo. Il modo in cui pensiamo influenza il modo di sentire psicologicamente il mondo. Lo schema appercettivo è costituito degli schemi cognitivi ricorrenti che l'individuo utilizza nella vita e nelle relazioni interpersonali: "Il mondo è così, io sono così, perciò...".

La questione non è tanto il contenuto di questi schemi, ma la relazione che si ha con essi. Io posso avere la seguente opinione di me "sono scarso". In alcune circostanze è vero, in altre no. Pur ipotizzando di fare una terapia perfetta e di trasformare l'opinione che il paziente ha su di sé, dobbiamo riconoscere che non abbiamo controllo sulla risposta dell'ambiente esterno ai comportamenti del paziente. In alcuni casi il mondo esterno rimanderà al soggetto realmente la risposta "sei scarso". Il tema è come reagisce? Il punto è lavorare non tanto sull'obiettivo ma sulla direzionalità che è ciò che dà il senso al cammino. Non viene messo in discussione il pensiero in sé, ma la relazione che la persona ha con esso.

Gli strumenti tecnici che consentono il lavoro sugli schemi appercettivi del paziente rientrano in due categorie:

- strumenti tecnici esplorativi: facilitano la connessione tra le verbalizzazioni cosce del paziente ed elementi non pienamente consapevoli;

- strumenti tecnici validanti: facilitano l'identificazione di determinati vissuti, situazioni o comportamenti.

La B-APP non assegna a priori a ciascuno di questi strumenti (riassunti nella tabella sottostante) un significato in termini di efficacia conservativa, cioè tesa a consolidare la struttura difensiva del paziente, o mutativa, ovvero tesa a un cambiamento dello stile di vita e quindi dell'organizzazione di personalità dell'individuo. L'effetto conservativo o mutativo dipende dalla patologia del paziente ed il terapeuta a seconda delle necessità, seleziona ogni strumento tenendo conto della sua organizzazione di personalità.

Tabella 3: Strumenti tecnici (Fassino et al. 2020)

Strumenti tecnici (TI) esplorativi

promuovono connessioni tra le espressioni cosce del paziente e elementi dinamicamente inconsci

- **TI 1** inconsci: interpretazione
- **TI 2** subconsci: confrontazione
- **TI 3** già consapevoli: chiarificazione

Strumenti tecnici (TI) validanti

promuovono il riconoscimento di specifici vissuti, situazioni o comportamenti

- **TI 4** incoraggiamento a elaborare
- **TI 5** convalidazione empatica
- **TI 6** consigli e elogi
- **TI 7** conferma e prescrizione

L'incoraggiamento a elaborare, talora anche tramite il silenzio del terapeuta, si colloca al centro del *continuum* costituito dagli altri strumenti della tecnica

11. Elementi e sottoelementi del processo terapeutico

Possono essere identificati tre elementi nel processo terapeutico:

- relazione incoraggiante;
- identificazione del focus;
- aree di possibile cambiamento all'interno del focus.

Ogni elemento è suddiviso in sottoelementi ed è costituito da un insieme di interrogativi ed opzioni che il terapeuta affronta nel corso della seduta. Si tratta di una traccia per valutare come procede il trattamento e confrontare l'aderenza del terapeuta alla tecnica. Non è prevista un'adesione rigida allo schema, si tratta di linee guida che indirizzano le scelte e consentano di monitorare i progressi della terapia.

Tabella 4: Elementi e sottoelementi del processo terapeutico (Fassino et al., 2020)

A. RELAZIONE INCORAGGIANTE

Sottoelementi:

- A1.** È stato necessario costruire la relazione? sì / no
- A2.** È stato accolto il transfert positivo? sì / no
- A4.** È stato incoraggiata l'autonomia? sì / no
- A5.** È stato scoraggiata la dipendenza? sì / no
- A6.** Sono state incoraggiare relazioni sociali realistiche? sì / no
- A7.** È stata rielaborata la prospettiva del distacco? sì / no

Se la risposta è SÌ:

Quali strumenti tecnici ha scelto il terapeuta? T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7

B. DEFINIZIONE DEL FOCUS

Sottoelementi:

- B1.** È stato necessario formulare nessi consapevoli tra espressione del sintomo, situazione attuale e stile di vita-personalità? sì / no
- B2.** Sono stati svelati gli impulsi del paziente connessi al focus? sì / no
- B3.** Sono stati svelati i derivati degli impulsi del paziente connessi al focus? sì / no

B4. È stato necessario intervenire per non allontanarsi dal focus? sì / no

Se la risposta è SÌ:

Quali strumenti tecnici ha scelto il terapeuta? T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7

C. AREE DI POSSIBILE CAMBIAMENTO ALL'INTERNO DEL FOCUS

Sottoelementi:

C1. Si sono favorite soluzioni di problemi contingenti? sì / no

C2. Sono stati filtrati eventi esterni perturbanti? sì / no

C3. Sono stati filtrati stimoli intrapsichici destabilizzanti? sì / no

C4. È stata incoraggiata la creatività? sì / no

C5. È stata incoraggiata la tolleranza dell'ambivalenza? sì / no

C6. Sono state incoraggiate la consapevolezza e l'autocritica? sì / no

C7. Sono state rispettate difese adattive? sì / no

C8. Si è lavorato contro alcune difese? sì / no

Se la risposta è SÌ:

Quali strumenti tecnici ha scelto il terapeuta? T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7

12. Conclusioni

In questi ultimi anni anche nella psicoterapia vengono richiesti dai sistemi sanitari statali, ma anche da enti formativi ed assicurativi prove di validazione ed efficacia dei protocolli psicoterapeutici applicati dai clinici per rispondere alle esigenze etiche di buona pratica clinica e di corretto uso delle risorse pubbliche.

Il modello clinico presentato in questo lavoro rappresenta un tentativo da parte degli studiosi di orientamento adleriano di sviluppare un approccio alla pratica clinica che possa soddisfare le esigenze di efficacia ed efficienza richieste e che possa essere condivisibile da psichiatri e psicoterapeuti di tutti gli orientamenti teorici.

Il gruppo di ricerca costituito da:

- Centro Pilota per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino;

- Unità di Psicoterapia del Dipartimento di Salute Mentale di Chivasso (Torino ALS T0 4);
- Istituto di Ricerca della Società Adleriana Italiana Gruppi e Analisi di Torino ha svolto trials clinici su più di 500 pazienti trattati con la B-APP. Si tratta di soggetti in carico ai servizi ospedalieri o a Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi d'ansia, dell'umore, il disturbo post-traumatico da stress, i disturbi alimentari e i disturbi di personalità.

Dal 2016 il gruppo di ricerca che ha sviluppato il modello della B-APP viene coordinato dall'Associazione APPS-Training & Research che è responsabile dello sviluppo coerente della tecnica e della valutazione dei processi e degli esiti dei trattamenti secondo le linee guida accreditate dalla letteratura scientifica.

Bibliografia

- Adler, A. (1920). *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*. Tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, 1970.
- Amianto, F., Milazzo, M., Bertorello, A., Settanta, C. & Fassino S. (2014). Effetti della Psicoterapia Psicodinamica Breve Adleriana (B-APP) sulla personalità e sulla psicopatologia in pazienti affette da bulimia nervosa. *Rivista di Psicologia Individuale*, 75.
- Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi. (2021, 1 febbraio). *Un sistema sanitario vicino alle persone. Le proposte degli psicologi per il rilancio del SSN*. <https://www.psy.it/un-sistema-sanitario-vicino-alle-persone.html>
- Coccanari de'Fornari, M.A., Maiello, L., Rondano, F., Del Casale, A., Reli, A. & Piccione, M. (2005). Indicazioni alla psicoterapia breve: un'esperienza ad orientamento adleriano. *Rivista di Psicologia Individuale*, 57, 67-82.
- Fassino S., Amianto F. & Ferrero, A. (2020) Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana: elementi teorici e indicatori di processo. *Rivista di Psicologia Individuale*, 87, 115-150.
- Fassino, S. (1995). Psicoterapia Breve a orientamento individualpsicologico: riflessioni sull'agente terapeutico. *Rivista di Psicologia Individuale*, 38, 43-52.
- Ferrero, A. (2004). Standardizzazione dei processi delle psicoterapie psicodinamiche: una revisione critica in prospettiva adleriana. *Rivista di Psicologia Individuale*, 56, 35-45.
- Ferrero, A. (2009). Le strategie dell'incoraggiamento nella psicoterapia time-limited. *Rivista di Psicologia Individuale*, 66, 65-80.

Gabbard, G.O. (2015). *Psichiatria Psicodinamica* (Quinta Edizione Basata sul DSM-5). Raffaello Cortina Editore.

Maiullari, F. (2017). Il Principio di Potere. Impotenza, onnipotenza, ripudio, dall'Antigone alla clinica. *Rivista di Psicologia Individuale*, 81, 29-56.

Ministero della Salute. (2021, maggio). *Tavolo tecnico salute mentale. Documento di sintesi*.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3084_allegato.pdf

SIPi (Società di Psicologia Individuale). <http://www.sipi-adler.it/>

Adler e le neuroscienze: dallo stile di vita all'epigenetica di *Massimo Martucci**

ABSTRACT (ITA)

Questo lavoro nasce dal desiderio di approfondire il concetto di “stile di vita” così come emerge dai testi di Adler, e di accostare questo caposaldo del suo pensiero alle conoscenze più recenti in ambito neuroscientifico. L'ipotesi di lavoro è, da un lato, mostrare l'attualità dell'approccio adleriano, anche nel senso dell'effettiva efficacia clinica; dall'altro, mostrarne la fondatezza logica, come visione antropologica confermata dagli sviluppi successivi della ricerca psicologica anche in ambiti diversi da quello psicodinamico; dall'altro ancora, riconfermare le osservazioni empiriche e le inferenze teoriche che Adler, con gli strumenti che aveva a disposizione, elaborò un secolo fa, alla luce delle evidenze delle neuroscienze sulla struttura e il funzionamento del livello neurobiologico e neurofunzionale della mente umana.

Parole chiave: Adler, psicologia individuale, stile di vita, epigenetica, neuroscienze, connettoma

Adler and neurosciences: from lifestyle to epigenetics by *Massimo Martucci*

ABSTRACT (ENG)

This work stems from the desire to deepen the concept of “lifestyle” as it emerges from Adler's texts, and to approach this cornerstone of his thought with the most recent knowledge in the neuroscientific field. On the one hand, the working hypothesis is to show the relevance of the Adlerian approach, also related to the effective clinical efficacy; on the other hand, to show its logical validity, as an anthropological vision confirmed by subsequent developments in psychological research also in areas different from psychodynamic; eventually, to reconfirm the empirical observations and theoretical inferences that Adler, with the knowledge he had at his disposal, made a century ago, in the light of the neuroscientific evidence on the structure and functioning of the neurobiological and neurofunctional level of the human mind.

Keywords: Adler, individual psychology, lifestyle, epigenetics, neuroscience, connectome

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

Adler becomes more and more correct year by year.

As the facts come in, they give stronger and stronger support to his image of man

(Abraham Maslow)

1. Lo stile di vita secondo Adler

1.1 Un concetto dinamico

Tra i concetti adleriani, quello di “stile di vita” è forse quello meno statico, che riflette il frutto maturo del pensiero di Alfred Adler, che, negli scritti attorno al 1930, si sviluppa sempre più “verso una psicologia sempre più completamente dinamica” (Adler, in Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 186).

È interessante, infatti, proprio osservare l'evoluzione di questo costrutto attraverso l'evoluzione della prospettiva teorica di Adler; nei primi anni, ad esempio ne *Il temperamento nervoso* (1912), la definizione era quella più rigida di “piano di vita”, in una prospettiva per cui nella vita di un individuo troviamo un “asse psicologico principale” che guida l'individuo verso la mèta finzionale. In questa prospettiva il “piano di vita” da un lato risente delle idee di Adler quando era ancora prossimo ad una prospettiva più meccanicistica, dall'altro già mostrava la sua differenza rispetto ad altre prospettive deterministiche, proprio quando sottolineava l'unicità di ogni individuo, con la sua impronta specifica che lo guida nel suo sviluppo psicologico.

Ansbacher e Ansbacher (1956, pp. 187-188), che ricostruiscono la storia del concetto di “stile di vita”, sottolineano l'evoluzione terminologica attraverso le espressioni “piano di vita”, “schema di vita”, “linea di movimento”, e infine “stile di vita”.

Una formulazione netta, semplice e nello stesso tempo efficace, com'è nello stile di Adler, la troviamo proprio in *La scienza del vivere*:

Se noi guardiamo a un pino che cresce nella valle noteremo che cresce diversamente da quello sulla cima della montagna. È lo stesso tipo di albero, di pino, ma ci sono due stili di vita distinti. Il suo stile sulla cima della montagna è diverso dal suo stile quando cresce nella valle. Lo stile di vita di un albero è l'individualità di un albero che si esprime e si modella in un ambiente (Adler, 1927, p. 95).

Troviamo qui condensato un po' tutto l'approccio di Adler al tema della stile di vita, in cui confluiscono il suo rifiuto del meccanicismo e del determinismo, la passione per l'individualità e l'unicità di ogni uomo, la constatazione del valore di modellamento dell'ambiente. La chiarezza concettuale con cui accosta una determinazione biologica (lo stesso tipo di pino) con il ruolo di

modificazione plastica da parte dell'ambiente, è sorprendentemente moderna se la accostiamo ai più recenti approcci dell'epigenetica, che ci costringono ad abbandonare definitivamente il vecchio approccio riduzionistico che riconduce l'espressione fenotipica di un individuo al suo solo corredo genetico.

Essendo un concetto così straordinariamente “moderno”, è allora utile ricostruire brevemente come per Adler sia centrale il concetto di stile di vita, sia per la comprensione dell'individuo, sia per la prospettiva terapeutica.

Innanzitutto lo stile di vita si pone come una dimensione unitaria, capace di dare conto della totalità dell'individuo, che la psicologia individuale concepisce appunto come un tutto auto coerente, che si esprime in maniera unitaria sia nei pensieri che nelle azioni, e in cui ogni suddivisione metodologica (ad es. quella tra conscio e inconscio) non deve far pensare ad una frammentazione ontologica. Pare anzi, dalle parole di Adler, che la missione della psicologia individuale sia proprio sottolineare con forza questa scoperta dell'unità della persona, che non viene più solo affermata su un piano filosofico, ma provata nell'incontro con persone reali. È questo tra l'altro un punto di chiara presa di distanza dalla scomposizione della personalità operata dalla psicoanalisi, mentre, dichiara lo stesso Adler, è un punto di vicinanza con altri approcci, ad esempio la psicologia della *Gestalt* (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 189).

1.2 Ereditarietà e ambiente

Il rapporto tra ereditarietà e ambiente viene così colto alla luce del potere creativo dell'individuo. Il modellamento da parte dell'ambiente è infatti tutt'altro che un fenomeno passivo, perché il soggetto umano si relaziona con l'ambiente con una capacità creativa, che marca in maniera irripetibile la sua specificità: cadremmo altrimenti in un'altra forma di determinismo, non più dei caratteri ereditari, ma dell'ambiente. Non si spiegherebbe, tuttavia, come lo stesso ambiente possa avere effetti e influenze molto diverse su individui diversi.

Ma poiché questa creatività non può essere astratta, ma ha bisogno dell'impatto col reale essa si manifesta fin dall'età infantile, quando il bambino viene per la prima volta in contatto con un ambiente, che presenta e presenterà continuamente degli “ostacoli” da superare:

La pulsione in un bambino è priva di direzione fino a quando non viene incorporata nel movimento verso la mèta che egli crea in risposta al suo ambiente. Questa risposta non è semplicemente una reazione passiva, bensì una manifestazione di attività creativa. È futile cercare di fondare una psicologia sulla base delle sole pulsioni, escludendo il potere creativo del fanciullo che le dirige e le modella, dotandole di una mèta significativa (Adler, in Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 191).

Ci sono naturalmente in queste parole molti richiami, probabilmente polemici, alla psicoanalisi freudiana, che vede il fanciullo più che come un soggetto di pulsioni, quasi un oggetto di esse, che si esplicano come forze impersonali che lo dominano e lo pervadono. È qui invece molto chiara la soggettività, totalmente presente fin dall'infanzia, che dirige, interpreta, utilizza le pulsioni in un movimento finalistico. La personalità in formazione è così come un'opera d'arte, dice Adler, in cui opera e artista coincidono (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 191), in un movimento che struttura, passo dopo passo, esperienza dopo esperienza, lo stile di vita.

Si innesta così un processo evolutivo, che struttura lo stile di vita, fino a un momento, attorno ai cinque anni, in cui questo processo si arresta; fino ad allora le esperienze modellano lo stile di vita, mentre ora il processo è in un certo senso inverso, in quanto lo stile di vita, ormai consolidato e strutturato, interpreta e modella le esperienze.

Il grande messaggio, utile anche per la clinica oltre che per la descrizione del funzionamento della psiche, è che ciò che conta nella psicologia individuale non sono le esperienze in sé, ma la maniera attraverso cui l'individuo vive soggettivamente queste esperienze, filtrate dal proprio stile di vita.

Questa è la ragione per cui l'individuo è colto non solo nella sua unità, ma anche unicità: ogni individuo ha avuto le proprie esperienze, che, nell'intreccio di fattori ereditari e influenze dell'ambiente, hanno strutturato il suo specifico stile di vita, che a sua volta rappresenta quella modalità unica e peculiare con cui egli legge la realtà che ha davanti e gli eventi della sua vita. L'unica variabile dell'individuo, è così l'individuo stesso: “L'obiettivo della psicologia individuale è comprendere la variabile individuo” (Adler, in Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 194).

In questa unicità dello stile di vita sono ricompresi altri capisaldi del pensiero adleriano; ad esempio il sentimento di inferiorità e la compensazione. Un esempio di Adler stesso è utile per capire meglio questo aspetto: supponiamo che un individuo voglia diventare un medico. L'essere medico può significare, per la storia e nell'esperienza psichica di ognuno, cose molto diverse. È probabile che ognuno cerchi in questa una professione, ma ognuno avrà uno specifico aspetto della propria storia, della propria “inferiorità”, che cercherà di compensare (Adler, in Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 195). L'esempio non è ovviamente scelto a caso, dato che lo stesso Adler racconterà di aver deciso a cinque anni (proprio a cinque!) di voler intraprendere la professione medica, dopo aver vissuto una difficile malattia in cui un medico l'aveva dichiarato irrecuperabile, mentre un altro medico, con le sue cure, l'aveva salvato. Quale sia l'aspetto che ciascuno vuole compensare, e dunque quale sia lo specifico stile di vita, lo si può capire osservando l'individuo, come si rapporta in questo caso alla sua professione, e in generale come affronta la vita.

Lo psicologo individuale è in grado di cogliere lo stile di vita anche in situazioni di relativo adattamento, perchè ha un occhio attento ai dettagli: dall'esterno, invece, un uomo potrebbe non

mostrare i tratti peculiari del suo stile di vita, fino a quando l'ambiente non gli presenta un cambiamento che richiede un nuovo adattamento: in questa ricerca si manifesta più chiaramente lo stile di vita. Pensiamo a quanti sviluppi successivi delle varie correnti psicologiche partono da questo assunto: le convinzioni negative così sottolineate dal cognitivismo, o il concetto stesso di resilienza applicato alla psicologia, quello di autoefficacia di cui parla Bandura.

Adler lo spiegava in modo molto semplice:

Finchè una persona si trova in una situazione favorevole non possiamo vedere il suo stile di vita chiaramente. Comunque, in nuove situazioni, dove la persona si deve confrontare con le difficoltà, lo stile di vita appare in modo chiaro e distinto. [...] È mentre il soggetto si confronta con queste difficoltà che dobbiamo studiarlo e scoprire i suoi sentimenti diversi e i segni caratteristici che lo distinguono (Adler, 1927, p. 95).

Non a caso il costrutto di stile di vita di Adler è stato accostato, anche in ricerche recenti, a quello di autoefficacia di Bandura (Dinter, 2000): si tratta di cogliere con quale percezione del sé il soggetto affronta le avversità della vita, con quanta efficacia e quanto si percepisca, soggettivamente, efficace nell'affrontarle.

Questo ci fa capire come altro sia osservare lo stile dall'esterno, inferendolo dai comportamenti osservabili, altro sia invece vivere "dall'interno" la propria peculiare modalità di leggere ed affrontare gli eventi, specie avversi, dell'esperienza.

È per affrontare questo tema che Adler introduce il tema dello "schema di appercezione". Lo fa inserendosi in una tradizione filosofica e gnoseologica ben consolidata, che ci assicura come la percezione non uguale alla sensazione. Quest'ultima è infatti il mero impatto della realtà esterna sui nostri sensi, ma la riflessione filosofica degli ultimi tre secoli, confermata dalle scoperte delle neuroscienze, ci spiegano come una sensazione pura non esista: essa è invece piuttosto sempre percezione, cioè la modalità soggettiva con cui noi non entriamo in contatto diretto con i fatti della realtà, ma con immagini e rappresentazioni soggettive di essa.

1.3 Stile di vita, soggettività e unicità dell'individuo

Questa è oggi la chiave di lettura prevalente del mondo emotivo, che è fatto appunto di risposte non alle sensazioni, a alle percezioni, che sono sempre soggettive e seguono vie peculiari ascrivibili alla singolarità del soggetto (Nardone, 2019). Così la variabilità degli individui e delle loro risposte all'ambiente è data dalla differenza di questi schemi di appercezione: due individui che vivono nello stesso ambiente, esposti agli stessi fatti, reagiscono in modo a volte completamente diverso, perchè hanno una rappresentazione interna dei fatti differente, in quanto

mediata ciascuno dal proprio schema di appercezione. Senza la mediazione di questo schema, il rapporto del soggetto con l'ambiente sarebbe meccanico, deterministico, e non saprebbe dare conto delle differenze individuali. È questo un punto di notevole distanza da Freud, come Adler stesso dichiara, facendone un punto di distanza sostanziale, forse il più rilevante:

Se vogliamo comprendere la differenza fondamentale esistente tra Freud e me, dobbiamo chiederci se un'impressione è possibile, e può avere l'effetto attribuito, senza uno schema preesistente di appercezione. Negare la connessione tra l'esperienza e questo schema è come prendere da una melodia delle singole note ed esaminarle per il loro valore e il loro significato (Adler, in Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 198).

Neanche troppo velatamente il giudizio è molto severo Freud non avrebbe colto proprio la rilevanza della soggettività nelle conseguenze che le impressioni possono avere sulla psiche dell'individuo. Se non esistesse uno schema capace di filtrare e dare significato alle esperienze, il loro effetto non sarebbe spiegabile. Siamo abituati, in ambito psicodinamico, a dare per scontato che ciò che conta, nel racconto clinico di un individuo, non è tanto la realtà dei fatti, ma la maniera in cui l'individuo ha soggettivamente vissuto questi fatti, dando magari una rilevanza straordinaria a ciò che dall'esterno può apparire insignificante. Dobbiamo chiederci quanto di questa pacifica convinzione di ogni clinico psicodinamico sia da attribuire proprio al contributo di Adler. Il quale, quando discute ad esempio del valore dei primi ricordi, afferma proprio che ciò che conta non è l'evento nella sua oggettività – al limite l'episodio può anche non essere accaduto, o non essere un ricordo diretto ma riferito da qualcuno – ma ciò che rileva è la modalità con cui il soggetto lo ricorda e il significato che gli attribuisce.

Questo è forse l'equivoco di fondo di chi, anche in una prospettiva moderna di tipo neuroscientifico, come vedremo più avanti, scambia i primi ricordi o la stessa nozione di inconscio come un luogo del cervello dove è custodita una memoria implicita, non immediatamente disponibile al soggetto. E' forse questo un retaggio della visione topografica della psiche di Freud, proprio quella contro cui Adler combatte, e che lo stesso Freud, negli anni Venti, è costretto a rivedere.

1.4 Genesi dello stile di vita

Come si struttura dunque lo stile di vita di una persona? Tutto si gioca nella prima infanzia, quando il bambino mette alla prova il proprio corpo, sperimentando possibilità e limitazioni. Dal tentativo di superare i propri limiti nasce la tensione verso una mèta, che si sviluppa lungo una direttrice coerente. In tutto questo certamente conta l'eredità organica, senza che però sia

determinante; è molto rilevante infatti il ruolo dell'ambiente, senza però che neanche questo sia determinante. Questo ci suggerisce prudenza anche verso quelle prospettive contemporanee che, minimizzando il ruolo della genetica e valorizzando quello dell'ambiente, finiscono per cadere in un riduzionismo capovolto, senza tener conto di quella forza creatrice e creativa che invece Adler aveva tanto a cuore.

Meccanicismo classico e darwinismo positivista ottocentesco non reggono di fronte agli sviluppi contemporanei anche di altri saperi. L'approccio di Adler coglie davvero i segni dei tempi, anche dal punto di vista degli esiti novecenteschi delle scienze "dure", là dove sottolinea che anche queste ultime hanno dovuto abbandonare il loro determinismo assoluto e necessario, e sarebbe assurdo non farlo in quella scienza dell'umano che è la psicologia: "Dopo che, nella spiegazione del susseguirsi degli eventi, la stessa fisica ha ceduto il passo al calcolo statistico delle probabilità, non è più possibile prendere sul serio gli attacchi alla psicologia individuale, che nega il principio di causalità nello studio degli eventi psichici" (Adler, 1933, p. 13).

Ma poiché quella di Adler non è solo un'antropologia o una filosofia, ma è innanzitutto passione per la clinica, il concetto di stile di vita ha una grande forza esplicativa del disagio del paziente e della via per affrontarlo. I sintomi sono infatti proprio ciò che la persona sviluppa per raggiungere la propria mèta, e affrontare direttamente in sintomi in sé sarebbe senza senso, oltre che impossibile. Uno degli esempi di Adler è quello di un fanciullo che andava male a scuola, e lo faceva proprio perché solo così avrebbe avuto le attenzioni dell'insegnante.

Per questo occorre andare in profondità nel rapporto con un paziente, cogliere quella unità profonda che rimane sempre identica a se stessa, anche se si manifesta in varie forme e in molti modi, compresi i sintomi.

Questa unità coerente si struttura nei primi cinque anni di vita, dando luogo a "schemi mentali" (Ansbacher e Ansbacher, 1956, p. 205) che diventano una maniera di leggere la realtà e di guidare i comportamenti, proprio come, a molti decenni di distanza, sosterranno gli autori classici della psicologia cognitivo-comportamentale.

Questi schemi sono così stabili nel resto della vita, che è difficilissimo liberarsene; occorre una grande consapevolezza da parte dell'individuo dell'incongruenza tra questi e le richieste sociali, e occorre che il sentimento sociale operi per far colmare questa distanza.

Dal punto di vista dello psicologo, invece, la conoscenza dello stile di vita di una persona è fondamentale per capire il perché degli eventi passati, filtrati attraverso la soggettività del paziente, ma anche, in un certo senso, per "prevedere" gli eventi futuri. Naturalmente, come sottolineano anche gli Achenbach (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 213), si tratta di una previsione ipotetica, che serve a dare più forza teorica al modello finalistico sostenuto fermamente da Adler.

Non ci sono tecniche in senso stretto per “correggere”, come si esprime Adler (1927, p. 101), ma quello che lo psicologo può fare è da un lato diminuire il sentimento d’inferiorità del paziente, dall’altro rinforzare il suo sentimento sociale:

Se tale persona potesse agire come un ospite a una festa facendo in modo che i suoi amici si divertano, essendo amichevole con loro e pensando ai loro interessi, migliorerebbe straordinariamente. Ma nella vita sociale quotidiana vediamo che non si diverte, non ha idee e come risultato dice: “Persone stupide – esse non possono divertirmi, non possono interessarmi” (Adler, 1927, p. 102).

Anche questa valenza positiva e terapeutica dell’autentico sentimento sociale è confermata dalle recenti conoscenze neuroscientifiche; numerose ricerche mostrano come atteggiamenti di compassione e gentilezza migliorano la condizione generale di benessere psicologico, ed è ormai noto il ruolo benefico dell’ossitocina, legata a comportamenti prosociali, come fattore di protezione dallo stress (Miller & Taylor, 2016). Così si esprime la psichiatra spagnola Marian Rojas Estapé (2019, p. 58):

In presenza di livelli di ossitocina superiori al normale, emozioni come amore, empatia e compassione risultano più intense. È stato inoltre osservato che, a fronte di livelli particolarmente elevati, è più difficile manifestare rancore o rabbia: in tali condizioni, infatti, si disattiva l’amigdala, area cerebrale responsabile della paura, e di conseguenza ansia, angoscia, ossessioni e pensieri negativi diminuiscono di intensità.

E poi, trattandosi di un libro divulgativo, non mancano i consigli semplici e chiari che potrebbero essere decisamente in linea con le riflessioni di Adler citate poco sopra:

Individuate le persone con cui ogni giorno passate più ore e sforzatevi di stabilire una maggiore familiarità: sorridete, non siate troppo critici e, consapevoli della posta in gioco – e del fatto che se davvero lo volete, siete in grado di modificare cervello, emozioni e metabolismo –, impegnatevi ad amare meglio e a essere più comprensivi con le persone che vi circondano! (Estapé, 2019, p. 58).

Paiono forse parole troppo semplici per trovare spazio nella scienza ufficiale, eppure sono suffragate ora dalle evidenze neuroscientifiche, tanto quanto, ai tempi di Adler, era per lui punto d’orgoglio difendere queste semplicità e verità della potenza del sentimento sociale; la punto che – alludendo chiaramente a Freud – prende una netta distanza da quegli “Autori” che ritengono “ridicolo” il monito “Ama il prossimo tuo come te stesso” (Adler, in Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 215).

2. Adler e le neuroscienze

2.1 Psicoterapia e neuroplasticità

Non mancano, negli ultimi anni, pubblicazioni che cercano di rileggere il pensiero Adleriano alla luce degli sviluppi della ricerca psicologica, ma anche delle altre scienze, in particolare delle neuroscienze. Non si tratta di aggiornare il pensiero di Adler, adattandolo ai nuovi paradigmi e alle nuove scoperte, ma, al contrario, mostrare la straordinaria attualità di questo pensiero – così com'è – e la sua forza anticipatrice di scoperte che sarebbero avvenute decenni dopo.

Fassino e colleghi riflettono ad esempio sul ruolo performativo della psicoterapia, anche rispetto a studi di valutazione quantitativa degli effetti di essa in termini di plasticità cerebrale (Fassino et al., 2005). Alla luce di questo documentato potenziale della psicoterapia, riflettono sulle istanze etiche ad essa sottese, in particolare per quanto riguarda la relazione terapeuta-paziente, tema che è centrale nella prospettiva adleriana, come del resto in molti altri approcci.

La compresenza, nel discorso adleriano, di elementi ereditari, di visione del sé basata sull'esperienza (lo schema appercettivo) “sempre più spinge verso un'integrazione degli approcci cognitivo-comportamentali, psicodinamici e sociali” (Fassino et al., 2005, pp. 22-23).

Capovolgendo il discorso, potremmo riconoscere in Adler la sorgente da cui si sono ramificati nel corso del Novecento approcci diversi, che hanno sviluppato ora uno ora l'altro degli elementi già chiaramente presenti in Adler.

Ci sono tuttavia alcuni aspetti peculiari della Psicologia Individuale che le permettono di dialogare con approcci specifici, ad esempio quello psicobiologico. Innanzitutto la psicologia adleriana nasce proprio sull'assunto di una profonda connessione mente-corpo, là dove parte dell'inferiorità d'organo come fattore fondamentale nella strutturazione dello stile di vita di una persona.

L'approccio epigenetico applicato allo sviluppo della mente, come risultato dell'interazione di genetica ed ambiente, porta a quel “determinismo e finalismo morbido” che è condiviso oggi dalla psicobiologia come lo era allora dal determinismo *relativo* di Adler, così nettamente distinto da quello freudiano.

La concezione psicobiologica del carattere, in particolare, condivide con la prospettiva adleriana la convinzione secondo cui il comportamento è influenzato dal modo con cui il soggetto percepisce la realtà, come conseguenza della propria personalità, del senso del Sé, che a sua volta è legato allo stile di vita.

2.2 I capisaldi del pensiero adleriano di fronte alle neuroscienze

Altri autori cercano una più diretta corrispondenza tra conoscenze neuropsicologiche e costrutti adleriani, scoprendo suggestive conferme delle intuizioni adleriane.

Raissa Miller e Dalena D. Taylor, ad esempio, nell'articolo *Does Adlerian Theory Stand the Test of Time: Examining Individual Psychology from a Neuroscience Perspective* (2016) tracciano un percorso molto puntuale che esamina i principali costrutti adleriani alla luce delle neuroscienze. Si tratta di una pubblicazione del 2016, dove le autrici muovono dalla considerazione che già da tempo alcuni approcci psicologici e psicoterapeutici sono stati analizzati alla luce della "lente" delle neuroscienze: ad esempio gli approcci centrati sul cliente, le psicoterapie narrative, quelle cognitivo-comportamentali. Niente di simile è però stato fatto per l'approccio adleriano. Non si tratta di uno sconfinamento di campi e di grossolane confusioni epistemologiche - come quando si utilizza l'espressione *evidence-based* come metro di giudizio di saperi che poco hanno in comune con il metodo sperimentale. Si tratta piuttosto, come le autrici stesse sottolineano, di aggiungere una prospettiva, un punto di vista, che è tra l'altro sempre più apprezzato anche dai rappresentanti delle psicologie cosiddette "umanistiche".

Sul tema del sentimento sociale abbiamo già anticipato quanto le neuroscienze confermino la valenza dell'apertura verso gli altri, del proprio contributo all'utilità comune, come fattori importanti di benessere psicologico. Addirittura alcuni studi hanno confrontato un sincero sentimento di apertura e di interessamento verso gli altri, con una ricerca più edonistica di piacere personale, correlando questi fattori con una maggiore o minore risposta antinfiammatoria del sistema immunitario, concludendo decisamente a favore della bontà del sentimento sociale come fattore protettivo. Questo conferma come rinforzare il sentimento sociale sia un obiettivo importante di una terapia psicologica (Miller & Taylor, 2016, p. 2).

Troviamo la rilevanza dell'accento che Adler pone sull'intima essenza relazionale dell'essere umano anche nell'insistenza sui primi ricordi. I primi ricordi sono fondamentali per comprendere lo stile di vita, e spesso sono densi di vissuti relazionali, soprattutto nei bambini "viziosi" e "odiati" (Adler, 1927). Come è noto per Adler sono fondamentali i primi cinque anni di vita.

Bene, per quanto sappiamo sullo sviluppo del sistema nervoso, esso si sviluppa in maniera sequenziale, non solo da un punto di vista filogenetico, ma anche ontogenetico: a partire dal tronco encefalico nello sviluppo intrauterino, fino ad arrivare alla completa formazione della corteccia nella prima età adulta. Addirittura ci sono studi che mostrano come nello sviluppo dei circuiti cerebrali e nell'architettura fondamentale di essi, compresi quelli più direttamente coinvolti nella salute o nella patologia mentale, siano decisivi proprio i primi cinque anni di vita. Le autrici citano ad esempio uno studio di Andersen del 2008 e uno di Perry del 2009.

Si tratta di ricerche che prendono in esame soprattutto le conseguenze a livello neurale dei vissuti di maltrattamento, e che confermano la crucialità dei primi cinque anni di vita nella strutturazione di quei circuiti neurali che accompagneranno l'individuo per tutta la vita.

La predisposizione genetica interagisce con l'ambiente, che è soprattutto ambiente relazionale, in quella prospettiva che abbiamo chiamato – e che le autrici stesse chiamano in causa - epigenetica. Una conferma sperimentale ci viene da un altro studio di Fallon (2013), che ha analizzato le scansioni cerebrali di soggetti coinvolti in fatti di violenza ed aggressività verso altre persone. Ha riscontrato mancanze nella funzionalità dei lobi frontali e temporali, ma la cosa rilevante è che il ricercatore ha ritrovato un assetto neurofunzionale simile in soggetti che invece non hanno mai espresso aggressività e mancanza di empatia. Approfondendo la storia di questi individui, ha potuto riscontrare la precoce esposizione di costoro ad un ambiente sicuro e prevedibile; questo conferma l'influenza dell'ambiente relazionale nell'inibire, o comunque nel mediare, predisposizioni genetiche.

Ritroviamo questa importanza dell'ambiente relazionale rispetto alla plasticità cerebrale, nel tema del rapporto terapeutico. Notoriamente caro ad Adler e agli adleriani, il rapporto terapeutico consente di sperimentare quell'ambiente sicuro che potrebbe essere mancato nell'infanzia, e che consente di essere incoraggiati a esplorare nuove possibilità per la propria vita. Su questo punto sono molto rilevanti gli studi dello psichiatra americano Daniel Siegel, che ha proposto un modello per illustrare le conseguenze sulla plasticità cerebrale della relazione terapeutica.

La nozione di plasticità è a sua volta un presupposto fondamentale per questa comparazione tra neuroscienze e il pensiero di Adler: se è vero che per lui “noi non siamo così tanto interessati al passato come al futuro” (Adler, 1927, p. 95), deve esistere nella sua visione non solo la possibilità di una ricostruzione “storica” del processo di sviluppo dell'individuo, della formazione del suo stile di vita, come un fenomeno che, ormai arrivati all'età adulta, non lascia spazio a cambiamenti. Non avrebbe altrimenti senso il lavoro terapeutico. Ma se l'architettura fondamentale del cervello si struttura nei primi anni di vita, quale può essere allora l'impatto reale di un'attività, pure altamente coinvolgente e attivante, come la psicoterapia? La risposta è da cercare non tanto in una visione statica del sistema nervoso, ma nella nozione sempre più studiata di connettoma (Lucangeli & Vicari, 2019). Ciò che può realmente cambiare, e di molto, anche in età adulta, sono le “connessioni” tra neuroni e circuiti neurali, attraverso quella continua attività di gemmazione di nuove connessioni e pruning (potatura) delle vecchie, di cui consiste l'arricchimento della nostra esperienza durante tutto l'arco della vita.

Siegel (2012) riprende questo concetto definendo così la plasticità cerebrale: “*The overall process with which brain connections are changed by experience*” (Miller & Taylor 2016. p. 3.). In questo senso nomina alcuni fattori del beneficio che la relazione terapeutica porta in termini di plasticità cerebrali:

presence, attunement, resonance, and trust, riassunti nell'acronimo PART. Ma questi fattori, certo esclusivi dell'approccio adleriano, sono tuttavia proprio alcuni dei temi su cui insiste il modello di transfert adleriano.

Se però questa coppia terapeuta-paziente è detta “coppia creativa”, è perché una delle convinzioni più profonde di Adler è che le azioni umane siano sempre finalisticamente orientate, e la terapia non può certo venir meno a questo assunto fondamentale. Uno degli scopi principali del bambino è la ricerca di attenzione, in una dimensione chiaramente sociale: attenzione dei *caregiver*, attenzione dei pari. Lo dimostra l'esempio dello studente citato da Adler esposto più sopra. Ma il bisogno di appartenenza è uno degli scopi confermati dalla storia ancestrale della nostra specie, scritta nel nostro cervello a livello filogenetico: il bisogno di appartenenza ad un gruppo è strettamente conseguente al bisogno di sopravvivenza, e così entrambi rappresentano i primi scopi delle azioni umane fin dalle origini. Il sistema nervoso è “evolutiveamente programmato” innanzitutto per autoconservarsi, e per farlo è continuamente allerta per evitare il pericolo. Ecco perché percepire intorno a sé un ambiente non sicuro, non protettivo, indica il fallimento di uno degli scopi fondamentali, quello della ricerca della sicurezza nel gruppo. Ecco perché da ambienti sociali poco sicuri e prevedibili nella prima infanzia, possono seguire comportamenti e pensieri maladattivi, scarsa capacità di adattamento, rigidità.

Tutto questo confluisce nel concetto di stile di vita, che mette un po' insieme i temi delle prime esperienze, del sentimento sociale, del fine ultimo. Il legame più diretto con le conoscenze neuroscientifiche attuali è con il concetto di memoria implicita, che riguarda le prime esperienze, e che funge, nelle epoche successive, come filtro nella percezione del mondo esterno e interno, dei propri stati mentali e del proprio corpo. Le risposte che agiamo di fronte agli stimoli esterni di qualunque natura dipendono da questo schemi interni (*mental models*) che ricordano molto da vicino lo schema di appercezione di cui parla Adler.

Siegel (2012) ne parla in questi termini: “*These models, derived from the past, shape our perceptual experience of the present and help us to anticipate and act in the future*”. Da notare la rilevanza data anche alla predittività delle azioni future, che suggestivamente sembra ripercorre le parole di Adler già ricordate, quando afferma che la conoscenza dello stile di vita di un individuo consente in un certo senso di prevederne gli atti futuri, perlomeno in termini ipotetici.

Ora, esistono studi che mostrano come una relazione di una certa durata ha un potere performativo sulla plasticità cerebrale, (*experience-dependent neuroplasticity*; Miller & Taylor, 2016, p. 5). Soprattutto quando questa relazione consiste in un'esperienza a tutto tondo, che coinvolge non solo il setting della stanza di terapia, ma anche l'ambiente circostante, come la scuola, il lavoro, come accade in diversi progetti adleriani dove c'è una fase terapeutica volta alla realizzazione di obiettivi anche “esterni” rispetto alla dimensione strettamente psicodinamica.

Sulla base di questi presupposti, un gran numero di tecniche di matrice adleriana trovano conferma della loro validità dal punto di vista neuroscientifico, come pure questo approccio consente di confermare la vicinanza, già ampiamente studiata, dell'approccio adleriano con la teoria dell'attaccamento, che insiste su alcuni temi comuni (il valore dell'esperienza relazionali nei primi anni di vita, ad esempio) (Peluso et al., 2009).

2.3 Il paradigma della neurodiversità

Parlando di conoscenze scientifiche sul sistema nervoso, in modo più ampio, sembra doveroso citare il tema della neurodiversità, per accostarsi ad un accento che abbiamo visto essere molto caro ad Adler, quello dell'unicità e irripetibilità di ogni stile di vita, e dunque di ogni essere umano.

Mettendo a sistema i dati finora emersi, possiamo concludere che, proprio come Adler sosteneva, ogni individuo è il frutto di fattori ereditari e di un'opera "plasmatrice" dell'ambiente, soprattutto di quello relazionale nei primi anni di vita, ma più in generale del mondo dell'esperienza. Questo intreccio determina una traiettoria auto coerente verso un fine, una mèta, che retrospettivamente e teleologicamente dà senso a tutto lo sviluppo esistenziale dell'individuo. Lo stile di vita diventa così quell'impronta assolutamente irripetibile, diversa per ciascuno, che si manifesta in schemi appercettivi, in modalità peculiari con le quali l'individuo osserva il mondo esterno e quello interno, i propri pensieri come il proprio corpo.

Ora, alla luce di tutto questo sembra utile citare il paradigma della neurodiversità. Si tratta di un concetto sfaccettato, emerso negli anni Novanta del Novecento, per indicare la variabilità neurologica di ogni individuo umano, e nello stesso tempo per considerare da una nuova prospettiva quelle che tradizionalmente erano ritenute patologie del neurosviluppo.

La definizione più rigorosa, espressa da Judy Singer (s.d.), ritiene la neurodiversità "una sottocategoria della biodiversità", che esprime l'infinita variabilità della cognizione umana e l'unicità di ogni mente umana". Ogni essere umano esprime una sua specifica forma di rapporto cognitivo (ed emotivo) con il mondo, perché ogni essere umano è neurodiverso. Non c'è dunque una modalità di percepire il mondo uguale all'altra, anche se ovviamente ci saranno distribuzioni e ricorrenze statistiche. Da qui discendono, naturalmente, le classificazioni nosografiche, che sono proprio ciò che il movimento della neurodiversità, nel momento in cui diventa un tema sociologico e politico, si propone di superare. Ciò che è nato negli ultimi decenni attorno a questi temi è appunto un movimento di pressione politico-culturale che ha l'obiettivo di superare le divisioni e soprattutto le stigmatizzazioni tra "normalità" e "malattia" quando si parla di funzionamento neurologico degli individui.

Come è noto, il DSM-5 inquadra ad esempio i disturbi dello spettro dell'autismo, i Disturbi Specifici dell'apprendimento e il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività tra i disturbi del neurosviluppo. Questo, se da un lato risponde ad evidenti esigenze clinico-diagnostiche, suscita ambiguità nella percezione comune, e spesso anche nella convinzione degli specialisti, attorno a queste categorie. A differenza di altri raggruppamenti di sintomi psicopatologici, infatti, qui si sta parlando di differenze strutturali del funzionamento neurologico dell'individuo, che si discosta per alcuni aspetti, e in misura variabile, da una normalità statistica. Il movimento della neurodiversità vuole appunto superare questa divisione tra “neurodiverso” e “neurotipico” perchè la considera comunque una forma di stigmatizzazione e di medicalizzazione di quella che è una semplice diversità. Tuttavia esula da questo lavoro approfondire queste implicazioni politico-culturali.

L'aspetto rilevante, invece, per chi oggi si occupa in ambito clinico della neurodiversità, è che, anche se alcune di queste specificità di funzionamento si manifestano in età evolutiva, essendo appunto qualcosa di strutturale, non scompaiono ovviamente con la maggiore età. Il DSM-5 presenta tuttavia una grossa lacuna diagnostica per quanto riguarda all'età adulta, e questo influisce sulla difficoltà, nella pratica clinica, a riconoscere nell'adulto tratti di neurodiversità, soprattutto in quelle situazioni ad alto funzionamento come la sindrome di Asperger, dove alcune specificità (comportamenti bizzarri, difficoltà relazioni) vengono interpretate come sintomi di altre psicopatologie.

Questo per dire che Alder ragionava, da un punto di vista sia antropologico che clinico, in una maniera assimilabile, o almeno compatibile, con questo approccio, quando affermava l'assoluta unicità dell'individuo, del suo modo di percepire il mondo:

I tipi, le similitudini e le approssimazioni spesso non sono che avvicinamenti artificiali, basati sulla povertà del nostro linguaggio, incapaci di esprimere con attendibilità le immancabili sfumature di ciò che si osserva: sono i veri risultati di probabilità statistiche. La loro constatazione non dovrebbe mai sfociare nell'enunciazione di una regola. Essa non può portare alla comprensione di un caso individuale; può soltanto illuminare un campo visivo, nel cui ambito la singolarità si presenta irripetibile (Adler, in Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 210).

Troviamo quindi una chiara consapevolezza, legata probabilmente all'osservazione, all'esperienza clinica, all'elasticità di pensiero tipiche di Adler, del fatto che lo stile di vita è davvero una specificità di ogni individuo, e ogni operazione di *labeling* va intesa puramente come raggruppamento statistico, e non deve in nessun modo essere utilizzata come definizione d'essenza della situazione di un individuo. Le conseguenze di questo approccio ricadono sulla clinica ma anche, ad esempio, sull'educazione, perché regole e modalità che valgono per un

bambino, non valgono per un altro. A ben più di un secolo da queste considerazioni, siamo ancora lontani dal cogliere l'effettiva specificità del funzionamento cognitivo ed emotivo di ogni essere umano.

3. Stile di vita ed epigenetica

3.1 Epigenetica

Ma l'accento che Adler pone nell'elaborazione e nello sviluppo del piano di vita, è in particolare non solo sull'ereditarietà o sul condizionamento dell'ambiente e delle prime esperienze di vita, ma sull'intreccio indissolubile di entrambi questi fattori. Questo ci proietta nella prospettiva già più volte citata dell'epigenetica.

Per epigenetica intendiamo

l'insieme dei processi di relazione tra geni e ambienti in grado di modificare le funzioni neuronali sia in termini strutturali che funzionali. La scoperta dei meccanismi epigenetici ha di fatto permesso il superamento del dualismo mente-corpo in favore di un approccio sistemico che vede lo sviluppo dell'uomo sotto l'influenza coesistente dell'ambiente e della configurazione biologica (Lucangeli & Vicari, 2019, p. 26).

Si tratta di fatto di cambiamenti, che dipendono dall'interazione tra ambienti e patrimonio genetico, che nel breve periodo non intaccano il genotipo, ma sono ereditabili nell'espressione dei geni, ma nel lungo periodo possono arrivare a modificare lo stesso DNA. Si tratta di temi affrontati dalla biologia molecolare, che studia questi meccanismi circolari e sistemici, molto più di quanto si pensasse in passato, tra genotipo ed espressione fenotipica; ma sono temi che hanno importanti ricadute in ambito psicologico, sia in termini generali di prevenzione e di promozione della salute, data la forte incidenza in questi cambiamenti del mutamento globale dell'ambiente in cui viviamo, soprattutto nel Nord del mondo; sia nell'affrontare quelle psicopatologie che siamo abituati a definire “ereditarie” o “genetiche”.

In questa relazione così stretta tra fattori ereditari ed ambiente, in questa visione olistica dell'uomo, troviamo certamente molti punti di contatto con la visione antropologica di Adler. Come abbiamo ribadito, il suo era un determinismo *relativo*, da non intendersi in senso causale-meccanicistico. Tutta l'insistenza sul sentimento sociale e sul valore dell'ambiente relazionale nei primi anni di vita non avrebbe senso se l'uomo fosse il prodotto necessario del suo patrimonio ereditario. L'epigenetica ci mostra, come abbiamo visto, il contrario: cioè che le modificazioni che

sono dovute all'interazione tra fattori ereditari ed ambientali possono essere ereditate dalle generazioni successive.

Questo discorso non deve tuttavia essere inteso nel senso di un determinismo dell'ambiente, per il quale avremmo un modello in cui a tali fattori ambientali seguono necessariamente tali dirette conseguenze psichiche o fisiche.

Interessanti a questo proposito gli esperimenti di Rosenzweig e collaboratori (Lucangeli & Vicari, 2019) sull'"ambiente arricchito". Venivano introdotti nelle gabbie di animali da laboratorio alcuni oggetti che rendevano l'ambiente più complesso, attraverso stimolazioni sensoriali, che rendevano più variegato il comportamento dell'animale. I ricercatori hanno dimostrato che negli individui adulti che erano stati esposti ad un ambiente arricchito vi era maggiore connettività cerebrale, in termini di numero di sinapsi, di arborizzazione dendritica e perfino un incremento della neurogenesi. L'ambiente ha letteralmente "plasmato" il cervello, anche attraverso influenze, per così dire, "indirette". Sono stati fatti esperimenti successivi di allattamento al buio, e si è osservato che i ratti che erano stati esposti ad un ambiente arricchito non hanno avuto le stesse conseguenze negative sullo sviluppo corticale dell'area visiva, rispetto al campione di controllo. In questo caso dunque fattori ambientali non direttamente correlati alla vista hanno avuto una funzione protettiva rispetto allo sviluppo della corteccia visiva. Non ci sarebbe dunque una influenza meccanica, ma piuttosto funzionale e ramificata, dell'ambiente sullo sviluppo del sistema nervoso, soprattutto in quei periodi critici in cui è massima la plasticità cerebrale.

Il concetto di plasticità cerebrale sarebbe infatti il correlato neurofunzionale della possibilità del costituirsi di uno "stile di vita" nei primi cinque anni di vita. L'esistenza di finestre temporali specifiche giustificerebbe anche il fatto che, una volta stabilitesi certe reti neurali, è più difficile modificarle in epoche successive, proprio come, osserva Adler, è molto difficile modificare in età adulta uno stile di vita, ma bisognerà ricorrere ad altre strategie compensatorie, che comunque non intaccano lo stile di vita in quanto tale.

Lo confermano, in ambito neuroscientifico, alcuni esperimenti di deprivazione sensoriale degli anni Sessanta (Lucangeli & Vicari, 2019): durante la fase di sviluppo del sistema visivo, venivano suturate le palpebre di un solo occhio di cuccioli di scimmie, che divenivano cieche da quell'occhio, con importanti modificazioni della corteccia visiva nell'area di pertinenza di quell'occhio; ripetendo l'esperimento con individui adulti, questa modificazione neuronale non avveniva. Riaprendo invece la palpebra prima della chiusura della finestra temporale del periodo critico, c'era un parziale recupero, a conferma della plasticità cerebrale ancora presente.

3.2 Il connettoma

Per questo sono così importanti i primi anni di vita e – oggi sappiamo – in particolare il primo anno. Una volta che queste finestre temporali si sono chiuse, il grado di plasticità, pur non scomparendo, sarà notevolmente inferiore. Adler, con il suo linguaggio, non diceva una cosa molto diversa: “È molto difficile per chiunque liberarsi, anche solo in parte, degli schemi elaborati nel corso della propria infanzia” (Adler, in Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 206).

Assodato questo, ci si potrebbe chiedere se davvero l'ambiente è in grado di modificare in maniera così importante una struttura neurale che dovrebbe essere il correlato fenotipico di una programmazione genetica. Per affrontare questo tema, i neuroscienziati propongono la metafora dell'*hardware* e del *software*. Se il primo sarebbe la struttura “portante” del sistema nervoso, geneticamente determinato, il secondo sarebbe l'insieme delle connessioni neurali, sviluppatesi epigeneticamente, dunque sulla base delle modificazioni provenienti dall'ambiente, dall'esperienza, dall'apprendimento; questo insieme di connessioni neuronali è stata definita il connettoma, una

fitta rete di connessioni neurali che si sviluppano a livello cerebrale con caratteristiche di unicità e dinamicità, tali da rendere ogni sistema nervoso irripetibile e allo stesso tempo provvisorio. Questa mappa individuale [...] è stata definita ‘connettoma’, ed è il luogo dove sono immagazzinati e codificati i nostri ricordi, i pensieri e le esperienze vissute, o, in altre parole, le basi biologiche della nostra identità (Lucangeli & Vicari, 2019, p. 29).

È davvero suggestivo accostare queste parole, che sono ormai evidenza scientifica, al modo di esprimersi di Adler, quando parla prima di “schema di appercezione” e poi di “stile di vita” come di una marcatura assolutamente unica e irripetibile che ogni individuo ha nel rapportarsi con il mondo: “Siamo stati accusati di presupporre l'uniformità degli uomini, e di aspirare ad essa. Questo è un mito. Al contrario, cerchiamo di esaminare le sfumature, l'unicità della mèta e dell'opinione che un uomo ha di se stesso e dei compiti della vita. L'obiettivo della psicologia individuale è comprendere la variabile individuo” (Adler, in Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 194).

Ora, se riteniamo valido questo approccio epigenetico, possiamo anche ridimensionare l'incidenza sul vissuto psichico di eventi particolarmente significativi o drammatici nella vita di un individuo, come nel caso di grandi traumi. Non per sminuirne l'importanza, ma per sottolineare che ogni individuo reagisce in una maniera sua propria, a seconda del suo stile di vita – e potremmo oggi dire del suo connettoma – anche alle esperienze traumatiche, proprio come

abbiamo visto negli esperimenti di ambiente arricchito, o come hanno mostrato gli studi sulle differenti reazioni in età adulta di soggetti vittime di abusi e violenze in età infantile.

Adler aveva molto chiaro questo aspetto:

Nessuna esperienza è causa di un successo o di un insuccesso: non sono le situazioni-shock, i cosiddetti traumi, ad arrecarci danno. Essi, più semplicemente, forniscono il materiale da cui attingere solo ciò che è in accordo con gli scopi prestabiliti. Sono i significati che conferiamo alle nostre esperienze a condizionarci e, probabilmente, si commette sempre un errore ad assumere qualcuna di queste come base della propria vita futura (Adler, in Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 227).

Senza negare, ovviamente, l'impatto di vissuti traumatici, quello che Adler sottolinea che non esiste neanche un determinismo dell'esperienza, perchè i significati attribuiti ai vissuti, positivi o dolorosi, sono mediati e filtrati dallo stile di vita.

Conclusioni

Abbiamo ripercorso i testi di Adler per ricostruire il suo pensiero intorno al concetto di "stile di vita". Lo abbiamo conosciuto come un concetto dinamico, che si evolve insieme allo sviluppo del pensiero del suo autore.

Lo abbiamo preso a riferimento di altri capisaldi del discorso adleriano, perché lo stile di vita riassume un po' la visione antropologica, prima che psicologica, che Adler sviluppa, in particolare insistendo sul tema del finalismo, della vita come lo sviluppo di un progetto auto coerente e unitario che si rifà appunto allo stile di vita strutturato nei primi cinque anni di vita.

Abbiamo più volte avuto conferma di come Adler rifugga qualunque forma di determinismo rigido, che ritiene una forma di semplificazione inaccettabile; egli è piuttosto appassionato della complessità, che emerge da un intreccio originale e non determinabile a priori tra fattori ereditari, ambiente, esperienze di vita. È questo intreccio, che si costituisce e si struttura in particolare nei primi cinque anni di vita, a rappresentare lo "stile di vita", e nello stesso tempo l'assoluta unicità e irripetibilità di ogni individuo umano.

In termini più filosofici, abbiamo mostrato come per Adler non sia una causa a determinare la modalità con cui un individuo affronta la vita, concepisce sé e il mondo, si rapporta agli altri, ma piuttosto un fine.

Lo stile di vita rappresenta così da un lato una premessa dell'agire, dall'altro, in un certo senso, una spiegazione a posteriori. Retrospectivamente posso rendermi conto di aver agito in una certa maniera perché il mio stile di vita mi ha orientato verso una certa direzione, magari come strategia compensatoria di un sentimento di inferiorità vissuto nel primo sviluppo della mia esistenza.

Questo sguardo retrospettivo è compito del clinico, che ricostruisce lo stile di vita del paziente e, avendo questo una carica teleologica, utilizza questa conoscenza per costruire in maniera creativa, insieme al paziente, una mèta più funzionale, senza poter tuttavia modificare sostanzialmente lo stile di vita.

Ci siamo poi domandati se i capisaldi del discorso adleriano possano essere accostati a scoperte molto più recenti, ad esempio nell'ambito neuroscientifico. Abbiamo incontrato lavori che cercano di mostrare il correlato neurobiologico della psicoterapia, particolarmente di quella adleriana; ci siamo poi concentrati su di un tentativo più puntuale di rileggere, confermandole, le osservazioni adleriane alla luce delle conoscenze neuroscientifiche. In questo percorso abbiamo, tra gli altri, riletto il concetto di "stile di vita" alla luce dei più recenti studi di epigenetica.

Troviamo in questo approccio gli assunti che Adler aveva fissato partendo dall'osservazione e dall'esperienza clinica, e che ora trovano conferma nella conoscenza dei meccanismi neurobiologici e neurofunzionali che mettono in relazione i fattori genetici di un individuo con le influenze dell'ambiente, delle esperienze, dell'apprendimento.

Questo intreccio, costituito a livello psicobiologico dal connettoma, rappresenta la vera marcatura individuale e irripetibile di un individuo, proprio come lo era lo stile di vita negli scritti di Adler. La sua passione per l'unicità, intesa sia come unità olistica dell'essere umano, sia come irripetibilità, passa anche attraverso il paradigma della neurodiversità, che ben si accorda con la prospettiva epigenetica, per affermare infine che ogni umano sulla terra ha un suo proprio modo di interagire con il mondo, frutto di un intreccio infinitamente variabile della sua genetica e dell'influenza dell'ambiente.

Bibliografia

Adler, A. (1912). *Über den nervösen Charakter*. J.F. Bergmann-Verlag. Tr. it. *Il temperamento nervoso*. Astrolabio, 1978.

Adler, A. (1927). *The Science of Living*. Tr. it. *La scienza del vivere*. Edizioni Universitarie Romane, 2012.

Adler, A. (1933). *Der Sinn Des Lebens*. Dr. Rolf Passer. Tr. it. *Il senso della vita*. De Agostini, 1997.

Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (1956). *The individual Psychology of Alfred Adler*. Tr. it. *La psicologia individuale di Alfred Adler*. Martinelli, 1997.

- Andersen, S.L., Tomada, A., Vincow, E.S., Valente, E., Polcari, A. & Teicher, M.H. (2008). Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 20, 292-301. doi: 10.1176/appi.neuropsych.20.3.292
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M. & Wetzel, R.D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): a Guide to its Development and use*. St. Louis, MO, Centre for Psychobiology of Personality.
- Dinter, L.D. (2000). The Relationship Between Self-Efficacy and Lifestyle Patterns. *Journal of Individual Psychology*, 56, 4.
- Etapé, M.R. (2018). *Cómo hacer que te pasen cosas buenas*. Espasa Libros. Tr. it. *Come fare perché ti succedano cose belle*. Antonio Vallardi Editore, 2019.
- Fallon, J. (2013). *The psychopath inside: A neuroscientist's personal journey into the dark side of the brain*. Penguin Group.
- Fassino, S., Delsedime, N., Novaresio, C. & Abbate Daga, G. (2005). Psicoterapia e neuroscienze: crescenti evidenze etiche. Implicanze per la Psicologia Individuale. *Rivista di Psicologia individuale*, 57, 13-29.
- Lucangeli, D. & Vicari, S. (2019). *Psicologia dello sviluppo*. Mondadori.
- Miller, R. & Taylor, D.D. (2016). *Does Adlerian Theory Stand the Test of Time: Examining Individual Psychology from a Neuroscience Perspective*. Boise State University ScholarWorks, Department of Curriculum, Instruction, and Foundational Studies. doi: 10.1002/johc.12028
- Nardone, G. (2019). *Emozioni. Istruzioni per l'uso*. Adriano Salani.
- Peluso, P.R., Peluso, J.P., Buckner, J.P., Kern, R.M. & Curlette, W. (2009). Measuring lifestyle and attachment: An empirical investigation linking individual psychology and attachment theory. *Journal of Counseling & Development*, 87, 394-403. doi: 10.1002/j.1556-6678.2009.tb00123
- Perry, B.D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 240-255. doi: 10.1080/15325020903004350
- Siegel, D.J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. The Guilford Press.
- Singer, J. (s.d.). What is Neurodiversity?. *Reflections on Neurodiversity – Judy Singer blog*. <https://neurodiversity2.blogspot.com/p/what.html?m=1&fbclid=IwAR0WcAs9DopM8HMfKHD8RCNfXbXUTBFopCAz3rVkhxHsnMYXOQDYgLusFDI>

La cooperazione tra i sessi (dalla protesta virile all'amore) di *Alice Pirò**

ABSTRACT (ITA)

Adler con i suoi scritti sulle donne, sugli uomini, sulla sessualità, sull'amore e sul matrimonio, chiude il cerchio di quella che è una teoria complessa e affascinante nella sua linearità e semplicità. A partire da un attento studio sulla condizione di uomini e donne del suo tempo e della società in cui vive, riconosce nella protesta virile e nel sentimento d'inferiorità le principali cause della nevrosi che caratterizza uomini e donne. Un adeguato sviluppo, supportato da una sana educazione ai valori sociali e del rispetto reciproco, getta le basi per le generazioni future che hanno il compito più grande ed elevato di occuparsi del benessere dell'intera umanità. È possibile realizzare tutto questo attraverso l'amore e il matrimonio, in cui la cooperazione tra i sessi è perfettamente volta alla cura e alla devozione per l'altro, in ultima analisi alla felicità dell'individuo.

Parole chiave: cooperazione, sessi, amore, nevrosi, benessere

Cooperation between genders (from viril protest to love) by *Alice Pirò*

ABSTRACT (ENG)

With his writings on women, men, sexuality, love and marriage, Adler completes his linear and fascinating theory. Starting from a careful study of the condition of men and women of his time and of the society in which he lives, he recognizes in virile protest and in the feeling of inferiority the main causes of the neurosis, which characterizes men and women. An adequate development, supported by a healthy education in social values and mutual respect, lays the foundations for future generations, who have the greatest and highest task of looking after the well-being of all humanity. It is possible to achieve all this through love and marriage, in which cooperation between genders is perfectly aimed at caring and devotion to each other, ultimately to the individual happiness.

Keywords: cooperation, genders, love, neurosis, well-being

* Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU

1. Il mito dell'inferiorità femminile

In principio fu la divisione del lavoro. Adler parte da qui per porre l'accento e spiegare il dramma della condizione femminile in una società in cui la cultura è sempre più tesa all'aspirazione al potere, in cui certe classi o individui volevano assicurarsi privilegi per se stessi. Ed è in questo contesto che la divisione del lavoro viene orientata in favore degli uomini, i quali divengono il gruppo con privilegi garantiti e in grado di influenzare la posizione femminile nella divisione del lavoro. Tale divisione è data anche dal dimorfismo sessuale umano, così che sin dall'inizio esso esclude la parte femminile da certi lavori e occupazioni a causa del suo fisico. La divisione del lavoro per Adler, invece, andrebbe condotta in base a criteri completamente imparziali.

Storicamente c'è stato un tempo in cui esisteva il matriarcato, quando la madre giocava il ruolo più importante della vita e la figura dell'uomo era del tutto secondaria. La transizione dal matriarcato al patriarcato fu preceduta da una grande battaglia dalla quale uscirono vincitori gli uomini e le donne soggiogate.

Il convincimento che le donne siano inferiori è tanto diffuso da apparire come se fosse universalmente condiviso. Da Omero alla caccia alle streghe, abbiamo centinaia di testimonianze di come le donne per secoli siano state considerate come la causa di tutti i mali. Si parla infatti di inferiorità morale, di depravazione, cattiveria, volubilità, falsità, litigiosità, stupidità e via dicendo. Si tratta di una bassa stima nei confronti delle donne che si è andata accentuando nei secoli e che si esprime anche nel campo lavorativo e nella scarsa retribuzione che è minore rispetto a quella degli uomini, anche in presenza del medesimo lavoro.

Siamo di fronte, culturalmente parlando, a una dicotomia di concetti. Il maschile è identificato come degno di valore, forte, vittorioso, mentre il femminile come obbediente, debole, subordinato. Ed è un modo di pensare che Adler sottolineava essere profondamente radicato nella nostra cultura, tanto da portare ad pensare o ad asserire che ogni cosa riconducibile a ciò che è femminile sia inferiore.

Inevitabilmente questa cultura influenza anche i bambini e i ragazzini e, quindi, l'educazione. In particolari i maschi sono influenzati a prendere la direzione che appare garantita di privilegi della virilità del mondo maschile e che vede pressochè ovunque. Ai tempi di Adler eravamo di fronte ad un'educazione familiare basata sull'accrescere l'aspirazione al potere e quindi a mettere in risalto i privilegi maschili e ad aspirare ad essi. Il padre era visto dai ragazzi come una figura quasi sacra, divina; tutto ciò che usciva dalla sua bocca era inappellabile. E anche in quei contesti in cui madre e padre potevano avere un ruolo uguale o fossero sensibili ad un'equa divisione dei diritti, il bambino avverte chiaramente quale possa essere la parte privilegiata e di maggior valore. E vede di solito donne svolgere un lavoro subordinato.

Appena cresce, il ragazzo avverte l'importanza di diventare virile, che tutta la sua crescita è improntata sulla virilità e la può avvertire quasi come un obbligo. Inizierà a chiedersi continuamente se il suo atteggiamento è abbastanza virile, se può essere paragonato a ciò che fa o farebbe il padre, respingerà impulsi “femminili” e assorbirà tratti per i quali egli può prendere in prestito solo modelli maschili adulti, fin quasi, nei casi estremi, a fenomeni di rudezza e brutalità. Cosa avviene invece nelle ragazze? L'ideale virile può diventare una tentazione anche per molte ragazze. Infatti “nelle questioni relative alla cultura ogni donna vorrà essere un uomo”, così fin da bambine troveranno soddisfazione nei giochi e nelle attività maschili.

Adler pone l'accento su una condizione tristissima delle donne del suo tempo, cresciute con il pensiero costante di essere delle incapaci e di poter ambire soltanto a ruoli semplici e subordinati. Ogni ragazzina è quindi indotta a ritenere l'incapacità femminile come un destino inevitabile per la donna, finendo in definitiva a credere davvero nella propria inettitudine. E quando tale convincimento si sarà rafforzato, ella comprensibilmente perderà del tutto il coraggio, fino quasi a volersi tirare indietro di fronte ai compiti della vita.

2. La ribellione contro il ruolo femminile

La donna, in una società e in contesto in cui predomina il potere maschile, inizierà a soffrire di un forte sentimento di inferiorità, causato da una serie di disturbi nel suo sviluppo psicologico e nella sua crescita. Naturalmente, questo non vale sempre. Ci sono ragazze che trovano il loro equilibrio in una posizione di mezzo, principalmente per via del loro carattere ma anche da una condizione sociale basati su lussi e privilegi.

Perciò Adler distingue tre tipologie di donne: il primo tipo si sviluppa lungo la direzione “virile”, si tratta di donne che lottano per il loro successo e che sono molto ambiziose e combattive. Queste ragazze cercano di superare i fratelli e i compagni maschi, praticano sport maschili e provano interesse verso qualsiasi attività riservate al genere maschile. Si tratta di donne che spesso rifiutano il matrimonio e l'amore e se dovessero sposarsi, nel matrimonio, sono continuamente presenti tentativi di affermazione del proprio dominio e di rifiuto dei lavori domestici o tipicamente femminili. Molto evidente è in queste donne un certo grado di difesa contro il ruolo femminile, che considera opprimente e insopportabile e che pertanto la spinge alla rivolta.

Un altro tipo di donna si discosta completamente dalla precedente, perché dimostra un certo grado di rassegnazione e un rilevante grado di adattamento, di obbedienza e umiltà. Sono donne però profondamente deboli, solo apparentemente forti, perché sviluppano sintomi nevrotici o ricercano in ogni modo attenzioni e considerazioni. Infatti sul lungo periodo non riescono a

fronteggiare i compiti della vita e il proprio ambiente. La loro rivolta è lo stesso tipo di rivolta del primo tipo di donna, anche se sostanzialmente dissimile.

Un terzo tipo di donna invece, vive nel profondo della propria coscienza il tormento di non essere all'altezza dell'uomo. È una donna infatti convinta dell' inferiorità femminile e che ritiene che solo l'uomo possa far fronte a certi compiti e adempimenti. Si unisce dunque alla società attorno che attribuisce ogni capacità all'uomo.

Per Adler il problema più importante della società in cui vive è probabilmente la questione femminile. La donna sviluppa una bassa autostima e una scarsa fiducia in se stessa che non le permette di affrontare i compiti della vita. Si ritira dalle prove, non dimostra abbastanza coraggio. Raramente si dirige verso strade indipendenti e ha bisogno di appoggiarsi a qualcosa che raramente può essere soddisfatto, così da essere valutato irrealizzabile ed eccessivamente elevato come meta. Fanno la comparsa i tratti della debolezza e della sottomissione. La sessualità e il significato del corpo vengono falsati, quindi i tratti naturali della donna e, di conseguenza, il proprio ruolo all' interno della società e dell' intera esistenza vengono rifiutati. Analogamente l'uomo, educato e sovraccaricato durante tutta l'infanzia dell'obbligo di dimostrare la propria virilità e superiorità sulla donna, dimostra nei confronti dell' altro sesso un atteggiamento dominante, a volte con maggiore sospetto fino ad arrivare ad episodi di vera e propria tirannia. Di conseguenza è inevitabile una lotta ed un conflitto che appaiono insormontabili ed ineluttabili se non si prova a fare una seria ed attenta riflessione sull'importanza non solo di un dialogo tra uomo e donna, ma di un vero e proprio lavoro di cooperazione e sostegno reciproci.

3. La protesta virile

A fronte di un quadro psicologico così compromesso, con ricadute nella sua quotidianità e nei suoi compiti primari, la donna può sviluppare nevrosi con lo scopo di innalzare la propria autostima, attraverso un'esagerata protesta virile. Il modello virile proposto, così difficile da raggiungere dall'uomo stesso, e il modello femminile così poco attraente e svilente, hanno creato un profondo squilibrio nei ruoli stessi che uomo e donna dovrebbero avere.

A differenza di Freud, che vede nella sessualità il terreno dove maturano le manifestazioni nevrotiche come sintomo di una libido repressa, Adler vede la sessualità come una parte, una dimensione di un quadro più ampio che caratterizza il ruolo sessuale dell' uomo e della donna. Per Freud alla base della nevrosi c'è un trauma che rafforza la rimozione e rinnova il conflitto interno alla persona. Adler invece vede nella causa della nevrosi qualsiasi sentimento di svalutazione o addirittura aspettativa di provare questo sentimento. E individua le due fonti principali dei meccanismi nevrotici: il sentimento d' inferiorità e la protesta virile. Infatti per Adler

il complesso di Edipo, di cui parla per inquadrarlo nell'ambito della sua teoria, è solo una piccola parte della dinamica nevrotica opprimente, è solo uno stadio della protesta virile.

Potremmo asserire che il concetto di protesta virile è dunque alla base della rottura tra Freud e Adler nel 1911, quando quest'ultimo arrivò ad asserire che l'eziologia della nevrosi non era da ricercarsi nella rimozione di un impulso sessuale, ma nella compensazione del sentimento d'inferiorità.

4. L'amore come compito della vita

La soluzione è da ricercarsi nella piena realizzazione dell'amore. Adler pone l'amore al centro dell'esistenza umana e lo annovera tra i tre compiti vitali: amore, lavoro e amicizia. Ma forse più di ogni altro compito, la felicità umana dipende dalla buona riuscita del problema dell'amore. Di fronte ad un fallimento matrimoniale, non sapremo mai fino in fondo se si è trattata di una scelta erronea da parte dei coniugi o se uno dei due o entrambi avrebbero avuto la stessa natura di problemi con persone diverse accanto, quindi avrebbero avuto lo stesso problema per ragioni più profonde. Una comprensione dell'animo umano può essere un'ancora di salvezza contro un possibile fallimento.

Il bambino cresce in modo graduale a contatto con questa dimensione. Il suo ambiente è fatto di relazioni d'amore e matrimonio. Spesso se si affronta questa tematica in presenza del bambino, egli può provare un senso di vergogna e la sensazione di rischiare di apparire debole o di perdere di valore. Questo aspetto è maggiormente sottolineato da Adler in riferimento alla cultura e alla società dell'epoca, generalmente orientata verso un ideale virile in cui l'impulso e le manifestazioni affettuose rappresentavano un disonore. Di conseguenza anche l'amore, passando dalla letteratura e dalla scuola e da qualsiasi ambiente, è associato ad una mancanza di virilità.

Alla base di qualsiasi forma d'amore c'è il sentimento comunitario. Lo sviluppo completo del bambino richiede l'appartenenza a un contesto in cui è presente il sentimento comunitario dell'adulto. È facile intendere che l'essere umano piccolo, anche appena nato, a causa dell'inferiorità della sua condizione, dipende dal sentimento comunitario dell'adulto. E tutto lo sviluppo, tutte le capacità e qualità e realizzazioni del vivere umano sono concepibili inserite nell'ambito di una reciproca coesione, resa necessaria anche dalla nostra organizzazione sessuale. Per Adler la divisione tra i sessi ha in sé il significato profondo dell'eterna necessità l'uno dell'altra. Studiando le culture dei vari popoli, egli ha constatato che la cultura dell'incesto, ossia dei rapporti sessuali tra familiari stretti, si è via via sradicata perché questo portava all'isolamento delle famiglie. Già nel bambino infatti si sviluppa un sentimento comunitario che elimina la possibilità che potrebbe condurre ad un isolamento dell'uomo. L'amore quindi, nel suo

significato essenziale, è strettamente correlato al sentimento comunitario e non può prescindere da esso. L'amore, come relazione tra due persone, è parte del sentimento comunitario e ha leggi proprie. È inoltre componente necessaria per la conservazione della specie e della società umana. In un'ottica adleriana, affermare la comunità, implica necessariamente affermare l'amore. Coloro i quali presentano un sentimento sociale, favoriranno il matrimonio o una forma di amore di grande valore. D'altro canto, in presenza di un sentimento sociale soffocato, di un mancato raggiungimento di un adeguato sviluppo, si avranno anche relazioni amorose non adeguate.

5. I disturbi delle relazioni amorose

Nelle relazioni d'amore è implicata l'intera personalità, così da poter desumere il tipo di investimento e le particolari aspirazioni, anche sessuali, dell'individuo.

Spesso è possibile rilevare che per una delle due parti l'amore può apparire come un "obbligo". C'è spesso errore sottostante di credere che la persona amata, soltanto per il fatto di essere amata, è vincolata all'altro. È la concezione, ormai quasi del tutto permeata nell'attuale società, ma riscontrabile anche ai tempi di Adler, del "possesso", che si pone in netta antitesi con la forma più pura e libera di amore, cui lo stesso Adler fa riferimento. Tale concezione origina dall'infanzia e dalla famiglia, e nell'adulto è sempre un residuo dalle dinamiche relazionali infantili.

Il bisogno di potere di uno che cerca di condurre l'altro nel proprio schema, richiede che i desideri, le aspirazioni e le azioni di quest'ultimo, si realizzino secondo i suoi desideri perché "egli ama questa persona". In ogni relazione c'è purtroppo una traccia di questa inclinazione, che potrebbe sfociare in situazioni limite.

La donna per la sua natura accogliente, materna ed empatica, è particolarmente più vulnerabile a questa forma di relazione morbosa, che ai giorni nostri sfocia oramai con sempre più frequenza in rapporti tossici che possono sfociare persino in assassini. Adler non ne parla così chiaramente, probabilmente perché un fenomeno, per quei tempi, ancora abbastanza sommerso, nonostante la condizione di supremazia maschile fosse così ben nota. È bene sottolineare però che, al di là degli aspetti più strettamente sociali, questo "peccato originale" appartiene alla donna quanto all'uomo. La donna con la sua mania del controllo inerente la quotidianità, gli aspetti organizzativi o di pulizia della casa, ecc. corre il rischio di scivolare in un ruolo di direttrice verso figli e marito che non aiuta a vedere l'altro e i suoi reali bisogni. E quindi, ad amare veramente.

Non soltanto nella relazione a due è possibile rintracciare questo bisogno di dominare. Infatti "chi aspira alla superiorità personale ostacola la propria associazione con la comunità", rifiutandosi di inserirsi in un contesto, ma ricercando comunque la subordinazione degli altri. Queste persone vivranno sempre una grande sofferenza che le porterà o a ricercare partner

sottomessi, ed in questo caso l'amore si trasformerebbe in schiavitù, oppure a ricercare partner simili, dominanti, dando così vita ad una continua lotta di potere per la supremazia. Adler mette anche in luce il "desiderio predatorio" alla base della scelta di partner che sono già impegnati, e che ha il latente significato di svincolarsi dalle responsabilità che un rapporto d'amore richiede, di aspirare ad un tipo di legame impossibile e/o idealizzato, quindi irrealizzabile.

Anche "l'amore non corrisposto" può nascondere questo atteggiamento sottostante di allontanarsi dalla vita reale e dal mondo, giustificando l'impossibilità di attuare una relazione e allontanandosi dalla meta. Si tratta molto spesso di "infatuazioni" che offrono a queste persone la possibilità di evasione dalla realtà e di nascondimento. E spesso si rifugiano in ideali alti, elevati, come bellezza, onestà, coraggio ecc. e che nella vita reale si scontrano con persone "concrete". La conseguenza è che a tutte le persone che passano dalla vita non sarà permesso di misurarsi con questi ideali, perché ritenuti troppo distanti.

Adler mette in luce un problema indubbiamente presente e forse ancora più accentuato nella società odierna: la paura dell'amore e del matrimonio. Lo sfuggire dalla realtà come tratto generale dei tempi e che è sintomo di un sentimento di insicurezza molto profondo e dilagante che pervade anche il campo della sessualità, componente imprescindibile dell'amore.

La descrizione della psicologia dell'"artista" che ricerca nell'arte una vita avulsa dalla realtà concreta dell'esistenza, chiama in gioco la figura della donna, la quale è vista come pericolo e l'idea stessa di amore e matrimonio come disturbante, opprimente e ostile. Pertanto, chi si avvicina a questa presunta zona pericolosa, mostrerà segni di difesa e salvaguardia.

Anche la cultura, passando dalla letteratura all'arte, sembra sostenere questa posizione. Adler descrive la sua società come una società in cui l'arte è in prevalenza arte maschile, che presenta le problematiche predominanti maschili e tende ad innalzare la donna quasi a renderla una raffigurazione magica, lontana, che spaventa. A tal riguardo, Baudelaire si esprime così "non sono mai stato in grado di pensare a una donna bellissima senza avere, allo stesso tempo, il senso di un immenso pericolo".

Le donne, di conseguenza, non possono tenere il passo con l'ideale maschile secondo Adler, non perché non ne sarebbero, ma perché non possono servire l'esagerato ideale maschile.

"La donna come pericolo è un ideale guida duraturo nell'arte" come asseriva Adler, considerando i quadri di Rops, passando per Goethe, che sfuggì tutta la vita dalla donna e dall'amore. In verità, queste personalità sono state sempre attratte e conquistate dal problema dell'amore e la sua mancata soluzione ha persino aiutato la loro creatività.

L'amore, o ciò che crediamo possa essere, dovrebbe spingere l'uomo a mettersi in gioco, ad avere il coraggio di imbattersi anche nelle difficoltà, ad andare a fondo della propria personalità per comprendere ciò che non gli permette il raggiungimento di questa meta. Nella psicologia

adleriana, infatti, la peculiarità dell'erotismo di una persona è un fiorire della sua personalità complessiva, che deve essere compresa e messa in risalto in ciascun singolo individuo. All'interno di essa possiamo scorgere lati oscuri che bloccano, che creano difese a volte in apparenza insormontabili e che non permettono un sano sviluppo del sentimento comunitario. L'amore infatti è coltivato e le relazioni diventano appaganti attraverso la cura e lo sviluppo del sentimento comunitario. Esse infatti non si improvvisano ma sono il frutto di una lunga preparazione.

Nel lavoro di comprensione della personalità possiamo scorgere nei primissimi impulsi amorosi dell'infanzia, ancora non erotici, non sessuali, i semi piantati del sentimento comunitario sotto forma di attaccamento e affetto. L'amore, quel legame duraturo tra i singoli individui che è a servizio della conservazione della specie umana, non era ancora formato, ma in quel momento sono gettate le basi perché possa svilupparsi pienamente.

6. Il compito dell'amore

Per Adler il problema dell'amore è strettamente connesso al problema sociale e al benessere degli altri. Come lui stesso afferma, se un individuo è interessato ai suoi simili e al benessere dell'umanità, ogni suo comportamento sarà guidato dall'interesse per loro. L'amore infatti non è un compito puramente naturale; il sesso è una pulsione, un istinto, ma l'essenza dell'amore e del matrimonio non coincide nel semplice appagamento di una pulsione, bensì rappresenta la meta di un compito molto più importante ed elevato, legato profondamente all'interesse dell'intera umanità. Infatti come abbiamo coltivato il modo di mangiare, il cibo, l'igiene e i gusti che sono stati raffinati, tutte le nostre tendenze sono state adattate alla nostra cultura e riflettono gli sforzi che abbiamo imparato a fare per il bene della umanità e per la nostra vita comunitaria. Allo stesso modo per Adler ogni individuo è chiamato a lavorare perché il tema dell'amore non riguardi soltanto lui e la sua felicità, ma il benessere di chi gli è attorno e dell'intera umanità.

Essendo l'amore un compito per due persone, ed essendo l'uomo stato educato a lavorare da solo o a gruppi, si apre una prospettiva del tutto nuova: l'esperienza di lavorare a coppia e per la coppia, oltre che del singolo per la coppia. Le difficoltà legate a ciò, possono essere più facilmente affrontate se le due persone hanno sviluppato un interesse per i propri simili e sta loro a cuore il benessere dei propri simili.

Fondamentale è il concetto di parità, l'unica base su cui possono aver successo l'amore e il matrimonio. "Per una piena cooperazione a due è necessario che ciascuno dei membri della coppia abbia maggiori riguardi nei confronti dell'altro che non per se stesso. [...] Solo in questo modo ciascuno potrà sentirsi sicuro, meritevole e necessario". In un così intimo legame nessuno dei due partner potrà sentirsi sottomesso o trascurato. Soltanto se entrambi sono disposti a

investire sforzi ed energie per facilitare ed arricchire la vita dell'altro, si può raggiungere una condizione vera di parità. Per Adler è impensabile, date queste premesse sul rapporto di coppia, la condizione di molte donne che vivono una posizione d'inferiorità e sono costrette ad obbedire a uomini dominanti, che invece di cooperare si pongono come guide e padroni.

Non c'è una reale preparazione al matrimonio perché manca una valida educazione a cooperare durante lo sviluppo dell'individuo. Solo la cooperazione, e quindi la parità, e quindi la capacità di interessarsi all'altro come fosse se stessi, può far sì che molti errori possano essere evitati e molte difficoltà superate. “Amare e porci, allo stesso tempo, delle limitazioni è impossibile”. La cooperazione ha così valore per l'eternità, in quanto non ci si può impegnare in questi termini circoscrivendo il nostro impegno a tre o cinque anni.

Come si è inoltre detto in precedenza, molte donne, a causa degli errori compiuti nello sviluppo, si sono abituate a disprezzare e rifiutare il loro ruolo sessuale. Questo è ciò che in larga parte mina un rapporto che può essere felice e deriva dalla sopravvalutazione del ruolo del maschio nella cultura. Non a caso i desideri appartenenti al proprio ruolo sessuale compaiono quando l'individuo inizia a voler raggiungere la sua meta.

7. L'educazione e la preparazione al matrimonio

Nel pensiero adleriano la preparazione al matrimonio è estremamente importante e non si improvvisa. Nel comportamento caratteristico del bambino, già fissato entro il quinto o sesto anno di vita, nei suoi atteggiamenti e comportamenti, nei suoi pensieri, è possibile intravedere il modo in cui è stato educato per le situazioni che incontrerà nella sua vita. Il compito del genitore e degli educatori è trasmettere ai bambini che l'amore è un compito meraviglioso a cui ci si prepara e che è un impegno da assolvere nell'interesse di tutta la comunità. In questo modo si instilla nella loro mente un ideale sano che li aiuterà nel futuro a stare con gli altri in un rapporto di devozione reciproca. I bambini d'altro canto in maniera spontanea compiono scelte di tipo monogamico spontaneamente, nonostante in molti casi i loro genitori non siano felici insieme.

Adler sconsiglia una spiegazione dei rapporti sessuali molto presto o a dare più informazioni di quanto i bambini chiedano. Consiglia di farlo più tardi, anche se le prime esperienze sessuali dovessero essere posticipate. Anzi, può essere un bene perché la probabilità che si diano significati erronei è di gran lunga inferiore. Infatti, riguardo a questa problematica come anche per altre, è importante che il bambino sia indipendente e che sappia apprendere con i propri sforzi, quello che ha bisogno di sapere. È importante che egli percepisca fiducia tra lui e i genitori, così che ciò che avrà appreso attraverso amici lo valuterà con spirito critico avvalendosi dell'aiuto di un adulto fidato.

La condizione essenziale perché si possa arrivare preparati al matrimonio è aver sperimentato nella propria vita un'unione solida e sana. I bambini, infatti, si formano una propria impressione sul rapporto tra i sessi a partire dall'esperienza dei propri genitori. Molto spesso, se un bambino non ha imparato dai propri genitori la cooperazione, sarà difficile che possa metterla in atto da adulto. Tanto da determinare un fallimento matrimoniale. Il fattore importante, quindi, è il contesto e l'ambiente in cui il bambino è cresciuto e in cui ha ricevuto preparazione all'amore e al matrimonio.

Adler però ci avverte di fare molta attenzione a questo tipo di osservazione, perché bisogna sempre ricordare che una persona non è tanto condizionata dal suo ambiente, quanto piuttosto dalla valutazione che dà di esso.

Una preparazione inadeguata si intravede nel caso di un individuo che è costantemente orientato verso il proprio interesse, cioè un individuo educato a ricercare e trarre vantaggio dal piacere personale o a qualsivoglia esaltazione. Questo individuo chiederà sempre appoggio, consensi e libertà, incapace di riconoscere i bisogni dell'altro e come arricchire la sua vita.

Un sinonimo di cooperazione utilizzato da Adler è "cameratismo", che rappresenta ancor meglio il concetto del rapporto fondante l'amore tra uomo e donna, un rapporto in cui si prende una scelta decisiva e inalterabile, che ha valore per l'eternità. E non c'è altro di meglio che questa prospettiva per educare le future generazioni. Non si cerca semplicemente il matrimonio per trovare un sollievo e per placare certi bisogni, non si è sulla strada giusta. Così come non si è sulla strada giusta nel portare avanti un vero cameratismo se entrambi i partner sono d'accordo nel conservare la propria libertà; e per libertà si intende il sentirsi liberi anche di frequentare e avere relazioni extraconiugali. In questo caso non c'è nessun cameratismo. "Nel cameratismo non si è liberi di muoversi in qualsiasi direzione perché ci siamo impegnati a cooperare reciprocamente".

8. Il caso di due divorziati che si sposano

Adler ci presenta il caso di un cosiddetto "falso cameratismo", ossia il caso di un uomo e una donna divorziati (con precedenti matrimoni falliti) che si sposarono. Si trattava di persone colte e intelligenti, con molta motivazione e speranza che la loro esperienza matrimoniale sarebbe andata meglio delle precedenti. Un dato però abbastanza allarmante è che entrambi non sapevano il perché i loro matrimoni precedenti fossero finiti. Cercavano la strada giusta, senza aver prima fatto luce sul loro inadeguato sentimento sociale. Desideravano un matrimonio facile, libero, in modo da non dover incappare nel rischio di stancarsi l'uno dell'altra. Decisero di comune accordo che entrambi sarebbero stati liberi di muoversi in ogni direzione, avrebbero soltanto dovuto dirsi tutto con fiducia reciproca.

Così il marito sempre più spesso tornava a casa e raccontava con sincerità le sue relazioni extraconiugali, la moglie era orgogliosa di lui e si divertiva ad ascoltare certi racconti. Lei fu sul punto più volte di intraprendere delle relazioni brevi, ma prima che ciò si concretizzasse davvero, iniziò a soffrire di agorafobia. Non riusciva più a uscire da sola e passava le giornate confinata nella sua casa.

L'agorafobia era un chiaro segnale di difesa contro la decisione presa, ma anche la richiesta di vicinanza e protezione al marito. E siccome era incapace a uscire da sola, il marito fu costretto a starle vicino. La logica dell'amore e del matrimonio irruppe nelle loro vite e nella loro decisione. Entrambi erano impossibilitati a vivere la loro libertà, lui stando vicino alla moglie e lei non potendo uscire da casa. Questo è un chiaro esempio di come in assenza di una cooperazione o per meglio dire di un compito cooperativo su cui possa fondarsi l'amore, qualsiasi legame è destinato a deteriorarsi, ma soprattutto questo caso è la prova di quanto la natura profonda dell'essere umano sia organizzata così, pensata per amare in questo modo.

Secondo la psicologia adleriana, l'amicizia è uno dei modi con cui il sentimento sociale può essere sviluppato. E educare all'amicizia è un'ottima preparazione al matrimonio. Essa permette di identificarsi con un'altra persona, guardare con i suoi stessi occhi e sentire con il suo cuore. Un bambino che cresce da solo, isolato dai suoi amici e coetanei, non svilupperà questa capacità. È importante aiutare i bambini a fare questo genere di esperienze, ad esempio preparare una coppia di bambini a lavorare e studiare insieme. Anche la danza può rappresentare un buono strumento, perché è un tipo di attività in cui è richiesta una cooperazione, un compito comune. Così come il lavoro, infatti una giusta preparazione al matrimonio include anche la preparazione per il lavoro: entrambi i partner o uno dei due è necessario che abbia un lavoro per potersi guadagnare da vivere e sostenere una famiglia.

9. La monogamia e i criteri per una scelta coniugale

Dopo aver affrontato ampiamente la tematica così cara ad Adler del matrimonio, è facile comprendere come alla base di un rapporto tra due individui fatto di intima devozione, cura e interesse l'uno per l'altra, ci deve essere necessariamente la scelta di vivere la monogamia. Secondo Adler le rotture accadono quando uno o entrambi i partner non raccolgono tutte le loro forze per dare all'altro e non soltanto per ricevere. È un grave errore pensare che il matrimonio possa risolvere problematiche personali non ancora risolte o, peggio ancora, pensare possa essere il "paradiso in terra". Il matrimonio rappresenta il banco di prova dove si affronteranno i problemi veri e i compiti della vita.

Se, come abbiamo detto, l'atteggiamento di un individuo verso il matrimonio è una delle espressioni del suo stile di vita, è importante prendere in esame l'intera esistenza dell'individuo nella sua complessità, e quindi valutare anche il suo atteggiamento verso il lavoro, la cooperazione e l'amicizia con gli altri.

Le persone che sfuggono da questo banco di prova di maturità sono rimaste dei "bambini viziati", il cui unico scopo è ottenere ciò che si vuole e se non lo ottengono, pensano che la vita sia senza scopo e cadono nel pessimismo. La rimozione delle proprie pulsioni ed emozioni è intesa come un dispetto nei loro confronti, così spesso scelgono senza scegliere veramente, attraverso matrimoni di prova o una sorta di esperimenti a termine. Cercano successivamente divorzi facili e all'inizio di un legame richiedono la libertà e il diritto di essere infedeli. Con questo genere di premesse è impossibile garantire all'altro un legame duraturo, una fiducia solida, la sincerità e la responsabilità adeguate, l'amicizia.

Scegliere la persona che può starci accanto e può impegnarsi in questo compito per l'eternità, implica valutare bene chi si ha davanti non solo sulle doti fisiche e intellettuali, ma soprattutto sulle qualità che sono espressione di un sufficiente grado di sentimento sociale:

- a) la capacità di instaurare e mantenere amicizie;
- b) l'interesse e l'impegno per il proprio lavoro;
- c) una propensione a prendersi cura e avere attenzione verso il partner più che se stessi.

10. Conclusione

Il pensiero di Adler è incredibilmente attuale. In una società come la nostra, in cui domina l'idea della relazione umana come qualcosa di non esattamente definibile, fluido, mutabile col tempo e destinato a finire, Adler ci propone, con esempi clinici concreti che, seppur datati, sono facilmente applicabili ai giorni nostri, che la felicità è possibile. Possibile se pensata come riconducibile all'essenza della natura umana, in quelle caratteristiche maschili e femminili che ci caratterizzano e che se ben sviluppate apportano bene all'altro e all'intera comunità.

In una società sempre più tesa a eliminare tali differenze e relativi ruoli, visti come qualcosa di controproducente la libertà umana e di conseguenza la felicità, Adler ci propone una riflessione importante: la vera libertà consiste proprio nella piena realizzazione del maschile e del femminile nelle loro accezioni più peculiari e nella loro sana cooperazione, la cui manifestazione sfocia nell'amore. Non si tratta un amore destinato a cessare, ma che ha una meta eterna, che implica responsabilità e maturità, che eleva l'uomo a un fine alto che vale ogni nostro sforzo e sofferenza, in definitiva per cui vale la pena vivere.

Bibliografia

Adler, A. (2001). *La cooperazione tra i sessi (scritti sulle donne e sugli uomini, sull'amore, il matrimonio e la sessualità)*. Edizioni Universitarie Romane.

Adler, A. (1967) *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*. Astrolabio.

Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R.R. (1997). *La psicologia individuale di Alfred Adler*. Martinelli & Co.

Balzani, A, Maiullari & F. Mascetti. (1984). Attualità e aggiornamento del concetto adleriano di protesta virile nella donna. *Rivista di Psicologia Individuale*.

Prina, P. (2018). Panoramica sulla Psicologia Individuale: dalla protesta virile all'equità sociale. *Rivista Di Psicologia Individuale*, 84, 57-67.

Eventi

**SEMINARIO NAZIONALE DEL 25 GIUGNO 2022
(POLICLINICO - AULA ANFITEATRO, VIA PACE 9, MILANO)
LA PSICOTERAPIA PSICODINAMICA: FRONTIERE ATTUALI**

Ore 9:00 Registrazione

Ore 9:15 Saluti

Prof. **Laura Parolin** Presidente dell'Ordine degli Psicologi Lombardia

Daniela Bosetto già Prof. Straordinario di Psicologia, psicoterapeuta, Direttore della Scuola adleriana di psicoterapia del CRIFU

Ore 9:40 Introduzione - La psicoterapia psicodinamica: frontiere attuali

Moderatori: **Daniela Bosetto** Direttrice Scuola Scuola adleriana di psicoterapia del CRIFU e **Mattia Maggioni** psicoanalista ASP

Girolamo Lo Verso Prof. Ordinario di psicoterapia f.r. UniPA

Roberto Carnevali psicoterapeuta, gruppoanalista, Amministratore unico Psiche Srl

Ore 10:30 Intervallo

Ore 10:45 Psicoterapia psicodinamica individuale e di gruppo: ricerca e clinica

Moderatori: **Angela Francesca Molina** neuropsichiatra infantile, Presidente APIAAM, docente formatore Scuola adleriana di psicoterapia del CRIFU e **Franco Del Corno** psicoterapeuta, Direttore collana "Psicologia clinica e psicoterapia", Cortina Editore, Past President S.P.R.

Serena Giunta Prof.ssa - docente LUMSA-Pa e Giudice Onorario Trib. Minori Palermo

Gianluca Lo Coco Prof. Ordinario di psicologia clinica uniPA, Past President S.P.R.

Pergola Filippo gruppoanalista, Presidente Società Polis Analisi RO, docente Università di Roma Tor Vergata

Ore 12:00 Discussione

Ore 12:30 Intervallo

Ore 14:00 Confronti ed integrazioni con altre prospettive

Moderatori: **Franco Maiullari** neuropsichiatra infantile, Didatta Ufficiale S.I.P.I. docente formatore Scuola adleriana di psicoterapia del CRIFU e **Daniela Bosetto** Direttrice Scuola Scuola adleriana di psicoterapia del CRIFU

Gianluca Castelnuovo Prof. Ordinario di Psicologia clinica univ. Cattolica MI

Giuliano Geminiani Prof. Ordinario di Psicologia clinica UniTo, neuropsicologo clinico

Silvana Grandi Prof. Ordinario di Psicologia clinica UniBO

Marina Quattropani Prof. Ordinario di Psicologia clinica UniCT, neuropsicologo clinico

Francesco Rovetto già Prof. Ordinario di Psicologia clinica, attualmente docente presso Sigmund Freud University Vienna (sede di Milano)

Ore 16.00 Segnalazione nuovi testi

Ore 17.00 Conclusioni: Girolamo Lo Verso e Daniela Bosetto

Segreteria organizzativa Scuola adleriana di psicoterapia del CRIFU - Via Ariberto 11, Milano. Ingresso gratuito fino ad esaurimento dei posti. IL SEMINARIO RIVOLTO A MEDICI, PSICOLOGI E STUDENTI SI SVOLGERÀ SIA ONLINE CHE IN PRESENZA.

Contatti per l'iscrizione al seminario: info@scuolapsicoterapiacrifu.it - tel. 3387360920

Una introduzione. Brevi spunti laicamente soggettuali* di *Girolamo Lo Verso*

Sono passati 150 anni dall'inizio del lavoro di Freud che ha cambiato il mondo e fondato la psicoterapia moderna. Da allora, ovviamente, moltissimo si è evoluto.

Non mi riferirò qui alla psicoanalisi classica che, anche oggi, sta facendo i suoi percorsi nei vari orientamenti, spesso interessanti.

Mi riferisco più direttamente al concetto di *psicoterapia analitica*, che nei due termini tiene compresenti sia l'obiettivo della cura (anche sintomatica) che quello conoscitivo/trasformativo delle strutture psichiche.

Tra le caratteristiche della psicoterapia psicodinamica, oggi, va segnalata la grande ampiezza nelle aree di intervento. Terapie brevi e terapie lunghe; individuali, di gruppo, istituzionali; con bambini, adolescenti, anziani; con pazienti ospedalieri, dipendenze patologiche. In contesti privati, pubblici e sociali ecc.

Il principale fattore terapeutico viene, oggi, considerato la relazione, cui l'interpretazione è integrativa (del resto, già Freud aveva segnalato la non terapeuticità dell'interpretazione al di fuori del transfert). La centralità della relazione in psicoterapia viene, del resto, differentemente, oggi, sottolineata da tutti gli orientamenti più clinici.

È necessario tirare tutte le conseguenze di una constatazione clinica siffatta per potere inquadrare oggi la psicoterapia.

Ciò ha notevoli ricaschi nel lavoro di cura, ad esempio diventa centrale la *persona* del terapeuta e il rapporto con il paziente/i. Chi scrive, da molti anni, lavora per affiancare al concetto di contro transfert quello di *co-transfert*, per segnalare la centralità della presenza del terapeuta come persona portatrice di una storia, una sessualità, un'esperienza, un vissuto, un'identità ecc.

Ma cosa si intende oggi per relazione nel nostro campo? A mio avviso assai ampiamente vanno sottolineate sia la storia relazionale interna (famiglia e vissuto) conscia ed inconscia (intesa in senso ampio) di pazienti e terapeuti; le relazioni attuali, il "campo relazionale" che si crea dentro la terapia, la condivisione di affetti, scambi di pensiero, proiezioni simboliche ed immaginarie da cui essa è strutturata.

* Intervento tenuto durante il seminario nazionale "La psicoterapia psicodinamica: frontiere attuali" (25/6/2022)

A livello teorico/clinico ciò si collega alla necessità di attenzionare, nella sua *contemporaneità*, la presenza di ciò che è *mentale, corporeo, relazionale*.

Ogni aspetto della vita comprende questi elementi (e ce ne sono molti altri). Essi sono presenti in ogni lavoro psicoterapeutico (sia che vengano attenzionati o meno). La psicoterapia psicodinamica non è quindi solo uno strumento psichico che cura problemi psichici, ma è anche un metodo relazionale che cura il *bios*, il vivente nella sua interezza (o, almeno, cerca di andare il più possibile avanti in questa direzione).

È ovvio, ormai da molti anni, che il riferimento epistemologico sia la *complessità* (Morin, Ceruti ecc.), intesa in primo luogo come metodo che cerca di approfondire ampiamente le variabili in gioco e di non negarle con micro-riduttivismi che non riguardano il vivente o con generici olismi che rendano il tutto inafferrabile e non tematizzabile.

Sono diventate rilevanti la definizione dei *settings* con cui si opera, vista, oggi la loro estrema varietà e l'integrazione della ricerca empirica che può arricchire sempre più, se legata alla clinica, la comprensione e la verifica del lavoro. Essa, in passato, ha usato un riferimento scientifico sperimentalista, inadeguato per una disciplina che si occupa di sofferenza psichica, soggettività, relazione, ecc. Essa si può rivelare molto utile se collegata ad una concezione scientifica che sia adeguata alla peculiarità della disciplina e ad una metodologia di ricerca che possa integrare utilmente, metodi quantitativi, qualitativi e clinico-osservativo. Proficuo si è rivelato il ritorno allo studio, anche empirico, del “*single case*”.

Il confronto con gli altri orientamenti psicoterapeutici strutturati, avviene, oggi, di fatto, più di quanto ci si renda conto. Non tanto nelle teoresi quanto nei metodi di lavoro della pratica clinica. Ad esempio, il metodo familiare (con cui condivide attenzione alla storia e al transgenerazionale e transpersonale), ma anche quelli meta-cognitivo, etno-psicoterapeutico, neuro-psicologico, clinico, relazionale ecc.

Certamente, oggi, ogni terapeuta psicodinamico utilizza aspetti e arricchimenti che vengano da questi orientamenti e ciò avverrà in futuro in misura sempre maggiore.

C'è poi la questione del training formativo, e cioè l'acquisizione di un metodo. Finora, con qualche eccezione (specialistiche in cui sono stati introdotti gruppi formativi e di discussione casi, presenze di docenti portatori di vere competenze professionali, ecc.) le università sono state scadenti o minimali. Non utile la presenza di lauree in psicologia clinica “telematiche”. Esse, infatti, necessitano di presenza, tirocini, ambulatori, supervisioni ecc.

Grandi potenzialità si aprono con le lauree abilitanti e con il riconoscimento del carattere sanitario della psicologia.

Se, in esse, le formazioni saranno pensate professionalmente da docenti che ne abbiano le competenze, potranno essere un'ottima base per la psicoterapia, anche psicodinamica. Potranno

anche evitare che ci sia soltanto la conoscenza settoriale di un solo orientamento e che venga almeno offerta una conoscenza degli orientamenti più strutturati e consolidati. Ottimale sarebbe che venissero fatti conoscere limiti e possibilità di ognuno. La psicoterapia psicodinamica deve ripartire dall'analisi di ciò che *non* sappiamo fare, dalle difficoltà rispetto a certi problemi ecc. Non vendere il prodotto lasciando intuire capacità universali. I tempi, oggi, sono maturi.

C'è l'assurdità delle 400 scuole riconosciute, molte naïf e legate alla necessità di sopravvivere o ad attenzioni puramente commerciali. O comunque solo indirettamente riferibili a una definizione specifica della psicoterapia. Per motivi storici la psicoterapia psicodinamica è attenta alla cura personale del futuro terapeuta. Come stanno le cose oggi? Essendo partito dalla gruppo analisi da molti anni ho contribuito ad introdurre dentro le scuole di specializzazione un'esperienza di gruppi analitici per gli allievi. Cosa molto delicata perché coinvolge, insieme, dimensioni affettive, didattiche, relazionali, istituzionali. Questi gruppi richiedono una notevole e specifica competenza professionale per essere condotti. Essi sono un momento esperienziale e formativo e, tuttavia, non sostituiscono né l'analisi né la supervisione. Essi consentono anche di stimolare una formazione al lavoro con i gruppi. Li stiamo introducendo oggi sia nella scuola del Crifu che nel corso di psicoterapia individuale e di gruppo di Roma.

E l'analisi? Certo oggi è un'altra cosa. Io sono stato sul lettino cinque anni per tre volte alla settimana. Mi è servito molto ma oggi è improponibile. Tutto si è molto laicizzato. Resta però utile l'esperienza storica di un lavoro su di sé del futuro terapeuta psicodinamico. Ed, a mio avviso, non solo.

Mi rendo conto che sto affrontando qui un oceano di problemi, ma che riesco solo ad avanzare qualche flash. Necessitano riscontri, critiche, integrazioni. Se riusciamo a parlare senza ipocrisie, furbizie, chiusure, della nostra disciplina, direi con consapevole ingenuità, ci andiamo consolidando nel costruire la specifica scienza e pratica clinica che chiamiamo psicoterapia. I colleghi invitati sono, ad avviso di chi scrive, persone adatte a questo compito.

Spero anche che la giornata odierna sia solo l'inizio di un percorso più ampio.

Riferimenti personali recenti:

Serena, G. & Lo Verso, G. (2019). *Fare gruppi*. Il mulino.

Lo Verso, G. et al. (2022). *La clinica psicoterapeutica*. Alpes.

Lo Verso, G. (2022). *Quando Giovanni diventò Falcone*. Pan di lettere.

Lo Verso, G. (2022). *La cura psicoterapeutica* (Forcelli, P. & Semerari, A., con i contributi di). Alpes.

Studi adleriani

Rivista semestrale

Anno II – N. 2 – 2022



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: *Stefania d'Ambrosio, Bianca Maria de Adamich, Silvia Mariana De Marco, Davide Maria Giarratana, Girolamo Lo Verso, Massimo Martucci, Claudia Muccinelli, Alice Pirò*