

Il “sentimento dissociale”: aspetti teorico-clinici e interventi terapeutici

SILVANA LERDA, EMANUELA GENTILE, GIUSEPPINA ZULLO, DONATO MUNNO

Summary – “DISSOCIAL FEELING”: THEORETICAL AND CLINICAL ASPECTS, THERAPEUTIC INTERVENTIONS. The term “dissocial feeling” does not exist in the Individual Psychology. We can describe it as a failure of social interest, related to many factors. As the social feeling, the “dissocial feeling” can follow different ways and lead to a specific style of life. We hypothesize three main directions corresponding to social and cultural adaptation or not: the first is called under-age dissociality, the second coincide with the psychopathology and the third is equivalent to the criminality. From a therapeutic point of views, social, clinical and legal strategies are essential. Only with these approaches, it is possible to realize interventions that set a therapeutic life style against the “dissocial feeling”. Therapy includes different components: psychopharmacology, individual and group psychotherapy, rehabilitation, pedagogy, psychoeducation, communities and residential structures, counseling and family interventions.

Keywords: SOCIAL FEELING, DISSOCIAL FEELING, LIFE STYLES

I. Introduzione

Il sentimento sociale rappresenta uno dei fondamenti teorici della psicologia adleriana. Il termine “sentimento sociale” indica un’attitudine, in parte innata, attraverso la quale un individuo diviene sensibile alla realtà, e in parte acquisita, in termini di potenzialità che deve essere sviluppata consciamente. Il sentimento sociale appartiene al bagaglio fenomenologico del soggetto, ne costituisce l’aspetto basilare e viene utilizzato dal movimento dinamico compensatorio verso l’aspirazione alla superiorità, alla perfezione. La madre ha il compito di svilupparlo ed ampliarlo: se ciò non avviene, il figlio rimane impreparato ad affrontare i problemi della vita legati all’adattamento sociale e culturale [2].

Ansbacher indica almeno tre significati da attribuire al termine “sentimento sociale”: il primo riferito alla potenzialità di aggregazione, il secondo alla capacità di col-

laborare, di comprendere e di entrare in rapporto empatico con gli altri, il terzo alla valutazione di ciò che sta nel “lato utile” o “inutile” della vita” [20]. Altre accezioni considerano, inoltre, il sentimento sociale come *istanza integratrice* all’interno della psiche e come *bisogno innato di unitarietà* tra diverse componenti del Sé [4].

Ne “Il senso della vita” Adler sottolinea le importanti conseguenze legate alla carenza di sentimento sociale: «Tutti gli insuccessi, gli errori dell’infanzia e dell’età adulta, i difetti della famiglia, gli inconvenienti della scuola e della vita, i conflitti nelle relazioni con gli altri, nella professione e nell’amore trovano origine in una carenza di sentimento sociale» (1, p. 210). «Quegli individui che nella loro infanzia non hanno sviluppato una quantità adeguata di sentimento sociale in rapporto alla loro aspirazione alla supremazia, sono impreparati a fronteggiare adeguatamente i problemi della vita» (15, p. 20), inseguendo mete che non si collocano sul “lato utile della vita”.

Secondo Adler la personalità sana riesce ad accettare norme e valori condivisi dalla collettività, mentre l’individualismo si traduce in uno stile di vita egoista e asociale. Le funzioni psichiche e organiche si sviluppano in modo sano solo se implicano il sentimento sociale.

La *manca*za di sentimento sociale riguarda la vera definizione di malattia mentale. I nevrotici, gli psicotici, i criminali, gli alcolisti, i bambini problematici, i suicidi, i perversi e le prostitute sono andati incontro al fallimento perché è mancata loro la “quantità necessaria” di sentimento sociale. Essi affrontano i tre compiti fondamentali della vita (l’occupazione, l’amicizia e l’amore) privi della fiducia necessaria per risolverli attraverso la cooperazione, considerandoli esclusivamente nel loro aspetto privato, il tutto condizionato dalla sottocultura di appartenenza [2].

II. Il “sentimento dissociale”: definizione

Nella pratica clinica è sempre più comune il riscontro di un sentimento che potremmo definire “dissociale”: termine inesistente nel costrutto teorico della Psicologia Individuale, ma possibile punto di partenza per una serie di riflessioni teorico-cliniche.

Il “sentimento dissociale” può essere considerato come un risvolto negativo del sentimento sociale, che ha radici temperamentali e caratteriali, dinamiche conscie e inconscie, e subisce l’influenza da parte di fattori sociali, culturali e sottoculturali. Il sentimento sociale può essere interpretato come *vettore* o *linea direttrice* per lo *stile di vita*, potendo percorrere una direzione *autentica* (verso mete reali derivate da un piano di vita autentico) o *nevrotica* (che conduce invece a uno stile di vita finzionale con mete fittizie e un piano di vita “nevrotico”).

Il sentimento sociale in direzione autentica può essere definito *lineare*, in direzione nevrotica *conflittuale*. Potremmo supporre che il “sentimento dissociale” si sviluppi come prodotto del fallimento del sentimento sociale, lineare o conflittualizzato che sia, risultando, da un lato, legato a una concomitanza di fattori sociali e, dall’altro, profondamente radicato nel sentimento di inferiorità e in un ipertrofico sviluppo della volontà di potenza. Analogamente al sentimento sociale, il “sentimento dissociale” potrebbe seguire percorsi differenti e condurre a stili di vita diversi a seconda della direzione presa, concretandosi così in determinati e specifici *piani di vita* dipendenti dall’afferenza sottoculturale [12] (*Figura n.1*).

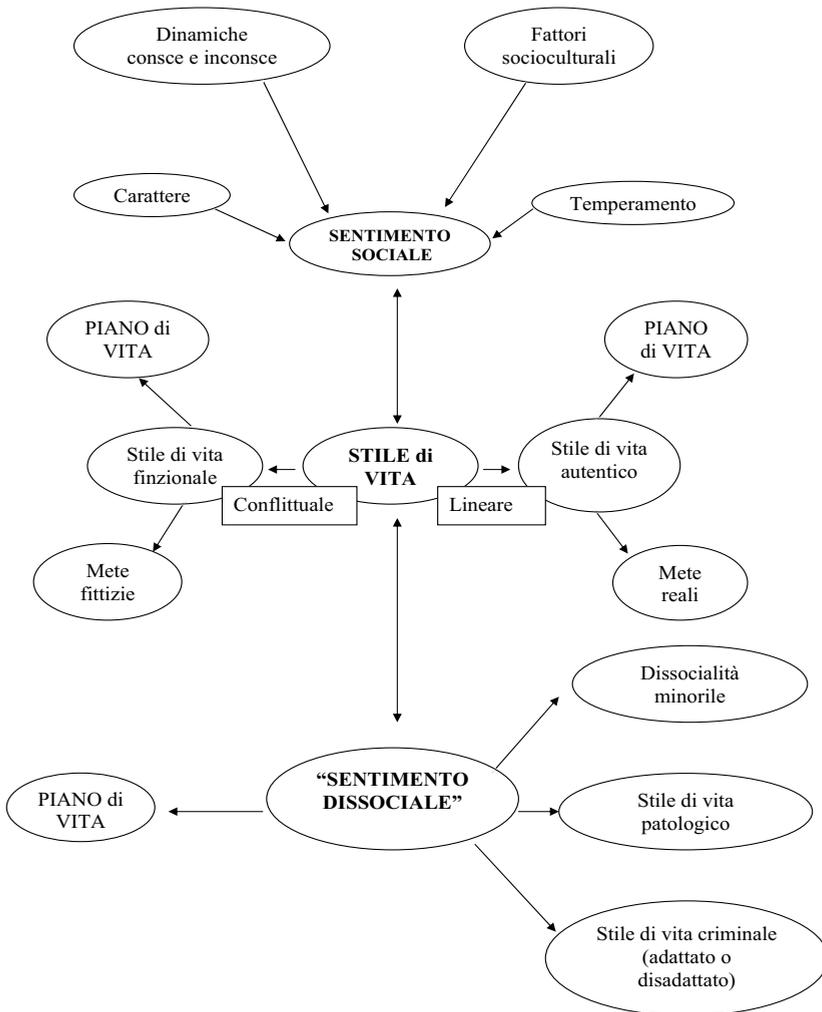


Figura n.1: Dal “sentimento sociale” al “sentimento dissociale”

Per comprendere meglio quanto finora ipotizzato, partiamo da alcune considerazioni derivate dal concetto di “dissocialità”, visto innanzitutto in termini di iposocialità: atteggiamenti dissociali o antisociali possono essere interpretati alla luce del difetto di socializzazione in essi presente ovvero, fondamentalmente, come sintomatici di una sostanziale iposocialità [8].

Questo *deficit* di socializzazione molto spesso si accompagna ad un ipertrofico sviluppo della volontà di potenza, che può manifestarsi attraverso comportamenti competitivi e violenti, intesi a rovesciare i modelli vissuti come elementi di repressione (linea d’azione diretta) oppure di riparo e di evitamento (linea d’azione indiretta) [6]. Entrambe queste tattiche rappresentano degli artifici di compenso, attivi o passivi, dominatori o astensionistici che, nel loro perdurare e nel loro costituire una soluzione sia pur inadeguata al complesso di inferiorità sempre esistente nel deviante, concorrono a individuare in ogni singolo soggetto il suo peculiare “Stile di vita” [8]. Stile di vita che risulta pertanto “deviato”, pur potendo assumere manifestazioni differenti ed estrinsecarsi in una forma dissociale o patologica o delinquenziale-criminale o, addirittura, socialmente adattata e mimetizzata o adattata solamente alla sottocultura di riferimento [12].

Tutte queste espressioni sono riconducibili, comunque e sempre, a ciò che abbiamo indicato con il termine di “sentimento dissociale”: un orientamento distorto del sentimento sociale che cerca di emergere e di venire alla luce, ma manca di idee direttrici e di elementi guida, essendo la famiglia stessa del deviante carente di modelli di socializzazione. Quasi sempre, infatti, la costellazione familiare del dissociale è chiusa in sé ed è presente una netta tendenza a condurre una vita isolata e ritirata dal mondo, che realizza un sistema culturale blindato per motivi intrinseci ed estrinseci al gruppo stesso. In tal modo la famiglia non può sviluppare e incoraggiare il sentimento sociale che, per contro, è sollecitato, in modo costante e pressante, dalle trasformazioni dei costumi che inducono ad una sempre più precoce rivendicazione dell’autonomia e della libertà da parte del ragazzo [6].

Un’educazione carente, o perché troppo oppressiva e frustrante o perché troppo permissiva, può distorcere sistematicamente tutti i messaggi che vengono inviati al bambino prima, all’adolescente poi, non consolidando in lui quei sentimenti di sicurezza, autostima e socievolezza che costituiscono le premesse indispensabili per una normale crescita e maturazione. Questa fondamentale carenza di capacità comunicative e di socievolezza può favorire lo sviluppo di comportamenti dissociali, aventi il carattere delle “contro-costrizioni”. Per tali, Adler intende delle forme di compensazioni devianti “che offrono all’individuo un pretesto per sottrarsi agli obblighi della vita sociale”. Di questi fenomeni è caratteristica comune “il finalismo esclusivo che li determina, eretto appunto a difesa verso gli obblighi che il soggetto interpreta come costrizioni imposte dalla società”, trovando compenso nelle regole della dissocialità [14].

III. Il “sentimento dissociale”: aspetti teorico-clinici

Come già accennato, il “sentimento dissociale” può seguire percorsi differenti: a partire dalla dissocialità minorile, per arrivare nell’età adulta ad uno *Stile di vita* puramente delinquenziale o prevalentemente psicopatologico o addirittura criminale (Figura n.2).

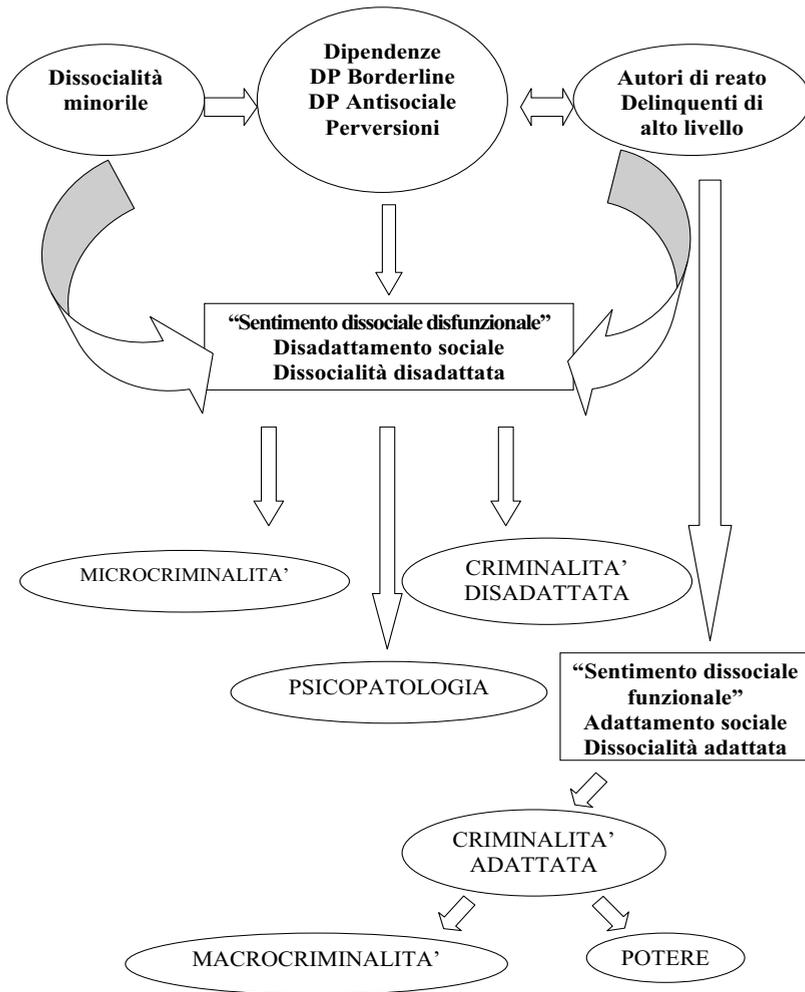


Figura n.2: I percorsi del “sentimento dissociale”

Il primo percorso, quello della *dissocialità minorile*, viene comunemente indicato con il termine di “microcriminalità”. Si caratterizza per la presenza di un più o meno grave disadattamento sociale, riconducibile ad un “sentimento dissociale” disfunzionale che risulta, dunque, alla base di una dissocialità disadattata. Come matrice è ipotizzabile un *sentimento d’inferiorità di secondo tipo*: esso deriva da inevitabili e fisiologiche esperienze scoraggianti relative alla propria attitudine ad assolvere compiti e consegue alla frustrazione del bisogno di *amore “strumentale”* che spinge il bambino ad assicurarsi stima attraverso prestazioni.

Altra via, superata l’età minorile, è quella relativa alle *dipendenze*, alle *parafilie*, ai *disturbi di personalità* (borderline e antisociale soprattutto) e ad alcuni casi di psicosi. Tale linea è radicata in un *sentimento d’inferiorità di primo tipo*, dovuto alla mancata esperienza dell’*amore primario* per cui il neonato è amato di per sé, e conduce a mete fittizie patologiche con la possibilità di un adattamento o un disadattamento sociale.

Terzo percorso, infine, è quello relativo agli *autori di reato* in cui è ipotizzabile un “sentimento dissociale”, che potremmo definire disadattato e che aspira a mete fittizie criminali, denunciate e ripudiate dall’intera collettività (criminalità disadattata). Adler definisce la personalità criminale, caratterizzata da un *fallimento del sentimento sociale*, *più grave* rispetto a quanto riscontrabile nei *bambini-problema*, *nei nevrotici*, *negli psicotici*, *nei suicidi*, *negli alcolisti* e *nei perversi sessuali*. I soggetti criminali conservano un certo grado di attività che, tuttavia, viene usata lungo il lato *inutile* della vita, consentendo di cooperare solo con i propri simili.

Questi individui sono incapaci di conseguire il successo attraverso le “nomali” vie e l’abitudine a non collaborare accentua tale difficoltà. Anche se condannati, trovano sempre delle giustificazioni ai propri comportamenti e sono costantemente pronti ad accusare gli altri: possono lamentarsi per le proprie condizioni di lavoro, sostenere di non ricevere aiuti dalla società e di essere regolarmente penalizzati. L’intera questione è condizionata da una meta socialmente *inutile* e dalla mancanza di coraggio che determina tale scelta: una meta socialmente valida, infatti, non ha bisogno di *scuse*. Il criminale vede attraverso il proprio comportamento l’unica possibilità di successo e di sollievo dalla propria situazione [2].

Tornando all’ultimo percorso ipotizzato per il “sentimento dissociale”, è possibile individuare anche un’altra dimensione, più nuova e, se vogliamo, via via più diffusa, che riguarda quelli che potremmo chiamare i “delinquenti di alto livello”. Con questa espressione ci riferiamo alla *macrocriminalità* (la mafia ad esempio) e a personaggi conosciuti del mondo della politica, della finanza, dell’economia, in cui è possibile riscontrare un “sentimento dissociale” che conduce a mete fittizie delinquentziali, ma che risulta altresì funzionale, poiché è presente un adatta-

mento sociale che determina una dissocialità adattata, quindi, maggiormente tollerata dalla società stessa (criminalità adattata). L'elemento organizzatore di tali personalità è dato “dall'aver potere su” o dalla manipolazione cosciente degli altri. Si tratta di soggetti che non riconoscono valore al prossimo, che non hanno coscienza morale o senso di colpa verso azioni illegali o violente esercitate su chi è ridotto a mero strumento di espletamento del proprio potere. A livello psicodinamico l'esercizio del potere è basato su una rappresentazione di sé ambivalente, tra una condizione di onnipotenza personale e una di debolezza e scarsa autostima, con bisogno di difendere il Sé da quest'ultima [11].

Ci rendiamo conto della vastità, nonché della complessità dell'argomento trattato, considerando forme di dissocialità/antisocialità/devianza sfumate, ibride e intermedie, pur sempre accomunate da un aspetto sostanziale: la scarsa consapevolezza del “sentimento dissociale” che investe trasversalmente tutti i percorsi menzionati.

In quest'ottica, risultano immediate la problematicità e la difficoltà di concepire un intervento terapeutico. C'è da chiedersi, innanzitutto, come la Psicologia Individuale si possa collocare rispetto a tali questioni: in particolare come, dove e quando essa possa trovare nel contesto odierno un adeguato inserimento nel trattamento del “sentimento dissociale”. Certo è che l'impostazione psicosociale propria dell'orientamento adleriano consente, da un lato, di meglio comprendere la tematica oltre modo ampia che investe coloro che sono ritenuti e definiti i “diversi”, dall'altro, di distinguere il processo terapeutico in almeno tre livelli: individuale, micro- e macro-sociale [6].

IV. Il “sentimento dissociale”: interventi terapeutici

Ben nota è l'importanza che Adler riconosce ai fattori sociali tra le cause del delitto, rilevanza che sta nel ruolo che i processi di apprendimento, di modellaggio, di rinforzo, di associazionismo e di identificazione rivestono nel formare e nel consolidare quell'immagine negativa del proprio sé che esiste in ogni deviante (“identità negativa”). Tuttavia sarebbe un grave errore ricondurre i problemi della dissocialità/antisocialità/devianza sempre e solo al contesto sociale, sottovalutando o comunque ponendo in secondo piano l'aspetto individuale. Sotto questo profilo, la psicologia adleriana, riportando continuamente il discorso sull'individuale, esorta a tenere costantemente presenti i fattori “interni” [8].

Nell'ottica del trattamento, riteniamo fondamentale concepire l'individuo non come *capro espiatorio* dell'ambiente ma come *soggetto attivo* che – se adeguatamente motivato e rinforzato – può trasformarsi in agente di cambiamento. L'uomo è sì determinato dal suo ambiente, dalla propria cultura e dalla propria

storia, ma è anche “ermeneuticamente” determinante su di essi: non esistono fatti, ma solo interpretazione dei fatti, in quanto viviamo nel regno dei significati.

Scopo primario della terapia è di orientare il dissociale/delinquente/antisociale a comprendere che può cambiare, cogliendo l’inutilità della propria situazione e diventando consapevole del proprio “sentimento dissociale”. Ogni forma di cambiamento duraturo e sostanziale può discendere solo da una modificazione del senso che ognuno dà alla propria esistenza. Un lavoro terapeutico così organizzato è visto e proposto nell’ottica della “trasformazione” e non della “conservazione”.

Nelle ipotesi di un’idonea strategia terapeutica ci sembra essenziale l’analisi delle dinamiche motivazionali e finalistiche nell’infanzia e nell’adolescenza, in riferimento ai vari tipi di transazione che il bambino prima, il ragazzo e il giovane adulto poi, ha stabilito nella famiglia e al successivo collaudo del proprio comportamento nella scuola, nel lavoro, nelle amicizie, negli affetti e, in genere, nelle diverse e molteplici esperienze della vita che hanno concorso a costruire la propria identità psicosociale, identità che nel deviante è sempre negativa [7].

Questo è un concetto centrale: il significato che ognuno di noi conferisce – a livello conscio o inconscio – alla propria esistenza, il senso della vita, è strettamente legato all’immagine che il singolo si è costruito di sé attraverso esperienze significative fatte *in primis* nella famiglia e disconfermate o rinforzate e mantenute dai successivi collaudi esistenziali [9].

Nei percorsi da noi ipotizzati per il “sentimento dissociale”, sono indispensabili interventi sociali clinici (ricoveri, interventi domiciliari) e provvedimenti giudiziari, al fine di poter arrivare, in un secondo momento, a forme di cura più specifiche e strutturate. Infatti, solo con queste tipologie di intervento, per così dire propedeutiche, è possibile “stanare” il paziente e iniziare una serie di azioni terapeutiche che consentano di contrastare il “sentimento dissociale” e che siano finalizzate ad opporre un contesto *socializzante* ad un contesto *dissocializzante*.

Contributi sociali, clinici e legali consentono dunque di attuare psicoterapie individuali e di gruppo, psicofarmacoterapie, interventi pedagogici, psicoeducativi, familiari, riabilitativi, di *counseling* e comunitari. Ci sembra peraltro indispensabile riuscire a individuare una strategia di cura individualizzata, che tenga conto innanzitutto dell’ambiente in cui essa viene effettuata [19].

Le nostre esperienze nel campo della dissocialità minorile sono purtroppo limitate: riguardano essenzialmente situazioni di forte disagio sociale, in cui possono essere presenti gravi problematiche familiari, patologie psichiatriche in entrambi i genitori, disturbi psicologici in minori che abbiano subito molestie di tipo sessuale, abusi fisici, prevaricazioni, atti di violenza e aggressività. In questi casi gli

interventi, che andrebbero sempre concordati preventivamente con i Servizi Sociali, sono fondamentalmente o di tipo sistemico-relazionale o di psicoterapia individuale del minore con parallele strategie di *counseling* familiare. Di grande utilità anche gli approcci educativi e psicopedagogici, che si orientano non come “oggetto di critica morale” o di doverosità, ma come strumento di lavoro per lo sviluppo del “sentimento sociale” o per un suo *riorientamento* [16].

Sono di fondamentale importanza per sviluppare e snodare l'intervento:

- lo studio dell'atteggiamento tenuto dagli adulti significativi nei confronti del ragazzo, finalizzato alla comprensione del senso che egli ha dato alla propria vita o all'analisi delle compensazioni positive e negative adottate;
- l'isolamento di queste ultime per cercare di capire quale ostacolo ha cagionato la devianza;
- l'esame della reazione degli adulti verso la devianza del minorenne, a sua volta articolato con l'analisi dell'ambiente familiare, scolastico, lavorativo e sociale;
- la valutazione delle ripercussioni che le reazioni dell'adulto e dell'ambiente hanno avuto sul ragazzo [9].

Sottolineiamo come la *volontà di potenza* sia vissuta nell'adolescente in modo ambivalente, risultando mezzo di autoaffermazione narcisistica volta soprattutto ad un recupero dell'autostima; quest'ultima appare largamente carente in tutti i dissociati, al punto da ipotizzare che essi tendano a identificarsi con le aspettative negative che gli adulti, anche solo uno dei due genitori, hanno nei loro confronti [6].

Non vi è dubbio che il trattamento dei minori dissociati sia estremamente complesso e articolato, dovendo tenere conto anche del ruolo patogeno che svolgono generalmente le aree di maggiore sviluppo industriale e certe zone della città caratterizzate da carenze di strutture scolastiche, assenza di servizi sociali, occupazioni lavorative marginali e instabili, presenza di gravi problemi economici, elevata mobilità sociale [5].

È chiaro che un approccio “assistenziale” non articolato con l'esterno, specie con la famiglia, rischia di rimanere infruttuoso. È infatti, prima di tutto, nel contesto familiare, e poi nella scuola e nel lavoro, che si possono individuare gli elementi essenziali dello stile di vita [8]. Strutture suppletive della famiglia, tipo le comunità (specie se di piccole dimensioni), i gruppi appartamento, le case alloggio, possono essere validi strumenti terapeutici, contribuendo a ridurre l'emarginazione e il disadattamento. Essi rappresentano, inoltre, un'alternativa preferibile alla detenzione carceraria, che ancora non riesce a svolgere un'opera rieducativa, criminalizzando eccessivamente e avendo un effetto destrutturante e negativo nella costruzione di un'identità personale centrata sulle caratteristiche del “fallito” e dell’“emarginato” [3, 10].

Nell'area della criminalità adattata e disadattata, dove l'induzione al trattamento e alla riabilitazione avviene attraverso provvedimenti giudiziari, sottolineiamo la complessità della strategia terapeutica. Quest'ultima, infatti, non può solo fare riferimento a una correttezza di metodo sotto il profilo psicopatologico e farmacologico, ma deve altresì tenere conto di situazioni psichiatriche di crisi connotate dalla particolare cassa di risonanza carceraria. In questo settore abbiamo accumulato esperienze all'interno del *Repartino Detenuti dell'Ospedale Molinette di Torino*. Le tipologie di pazienti da noi seguite sono variate nel corso degli anni.

Specie all'inizio venivano ricoverati pazienti illustri, personaggi noti della politica o della finanza, che necessitavano di trattamenti psicofarmacologici e psicoterapici. In questo tipo di pazienti abbiamo osservato una maggior aderenza a interventi farmacologici più che non di tipo psicologico. Quando è stato possibile (quando cioè il periodo del ricovero ha permesso d'impostare un numero di sedute adeguato e si sono riscontrate le corrette indicazioni cliniche) si sono effettuati interventi di "psicoterapia breve adleriana" e di crisi, con l'obiettivo di superare gli aspetti rivendicativi e finalistici per favorire l'emergere della sofferenza profonda e promuovere la comprensione, almeno a livello di *insight* conoscitivo, dei limiti e delle funzioni del terapeuta in questo particolare ambito [19].

Nell'area più psicopatologico-clinica le nostre competenze e le nostre esperienze sono sicuramente maggiori e fanno riferimento all'ambulatorio del metadone della *Clinica Psichiatrica dell'Università di Torino*. I momenti della distribuzione del farmaco sostitutivo e i ricoveri disintossicanti costituiscono una tappa inevitabile degli psichiatri, degli psicologi clinici e degli psicoterapeuti, per un apprendimento della psicoterapia con pazienti egosintonici e con decorsi clinici acuti-cronici [17, 18]. Tali interventi, inoltre, rappresentano il preludio a percorsi psicoterapici veri e propri e di natura comunitaria. Nella nostra esperienza, che si rifà fondamentalmente ad attività svolte in clinica universitaria e presso una comunità di tipo A per disturbi psichiatrici con e senza doppia diagnosi, gli strumenti più usati sono costituiti dalla psicoterapia individuale e di gruppo.

La Psicoterapia Individuale in questi casi consta fondamentalmente di due fasi: la prima di *analisi e sviluppo dell'insight*, data dalla presa di coscienza delle proprie problematiche psicosociali; la seconda propriamente trasformativa e ricostruttiva, di *sintesi e modificazione*, basata sullo sviluppo e sul consolidamento nell'ambiente esterno di linee di compensazione positiva [11].

Servono ad articolare l'intervento:

- l'esame dello stile di vita, del modo di essere, quale emerge dall'osservazione comportamentale e clinica;

- la comprensione del senso che il soggetto ha dato alla sua vita e l’analisi delle compensazioni positive e negative adottate;
- l’individuazione del problema che si è dimostrato troppo difficile.

La metodologia e la strategia di lavoro si basano sull’osservazione partecipante e si articolano attraverso modalità diversamente interagenti, che vanno dalla mediazione all’ascolto, all’interpretazione, alla direttività e all’incoraggiamento, senza dimenticare che lo strumento fondamentale rimane la *ridefinizione* continua degli obiettivi.

Nella *Psicoterapia di gruppo* l’idea base è utilizzare il gruppo di ragazzi come risorsa, in qualche modo come “strumento di lavoro”, con un conduttore che non si limiti a un’osservazione silente, ma partecipi nel ruolo di facilitatore dei processi di osservazione e di analisi. Scopo primario è promuovere il confronto tra contesto socializzante e contesto dissocializzante del paziente stesso, sottolineando il ruolo del “Senso comune” rispetto alla “Intelligenza privata” [2].

La funzione terapeutica del gruppo sta nell’aiutare il singolo a comprendere che può cambiare, solo se coglie l’inutilità della propria situazione e ottiene consapevolezza del proprio “sentimento dissociale”. Discutere le problematiche antisociali di fronte a un pubblico facilita il meccanismo di oggettivizzazione, da cui anche la possibilità di un cambiamento sostanziale e duraturo attraverso una modificazione del *sensu* che ognuno dà alla propria esistenza.

I pazienti con Disturbo Borderline di Personalità e comportamenti antisociali continuano a creare grosse problematiche teorico-tecniche. In quest’area l’Intervento Psicoterapeutico a Fasi Adleriano si dimostra particolarmente versatile per proporre interventi ora d’incoraggiamento, ora di supporto, ora *insight*-orientati, a seconda degli obiettivi che si vogliono perseguire lavorando o sul *deficit* o sul conflitto o sulle dimensioni perverse o sui nuclei psicosomatici [13].

Tutti gli interventi considerati nei percorsi ipotizzati sono caratterizzati dalla presenza di scarsa consapevolezza del “sentimento dissociale”, misera motivazione alla psicoterapia, aspecifico rifiuto di psicofarmaci, difficoltà nella relazione col terapeuta e, frequentemente, da un atteggiamento egosintonico.

Il lavoro “improbo” dello psicoterapeuta consiste nell’individuare un piano di lavoro, stabilire una relazione significativa con il soggetto, sensibilizzarlo alla dimensione psicologico-dinamica e indurlo a dinamiche identificatorie verso l’analista stesso. Scopo primario di qualsiasi intervento rimane la *revisione dello stile di vita*, per ottenere un *riorientamento* dello stesso. Questo è possibile innanzitutto con una comunicazione autentica, nel senso di una “coincidenza” di messaggi verbali con quelli non verbali, in cui entrano in gioco le dinamiche del

transfert e del *controtransfert* che fanno capo allo stile di vita del paziente e del terapeuta, nonché al loro modo di rapportarsi agli altri [16].

Bibliografia

1. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
2. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
3. BANDINI, T. e COLL. (1978), Carcere minorile e identità negativa. Ricerca su un gruppo di adolescenti sottoposti a detenzione preventiva, *Rass. Criminol.*, IX: 281-290.
4. FERRERO, A. (1995), *Insula Dulcamara*, CSE, Torino.
5. FORNARI, U. (1972), Situazioni familiari e ambientali in rapporto alla dissocialità minorile, *Rass. Criminol.*, 1: 67-121.
6. FORNARI, U. (1976-1977), Il contributo della Psicologia Adleriana alla interpretazione della dissocialità minorile, *Riv. Psicol. Indiv.*, 6-7: 110-114.
7. FORNARI, U. (1980), *Il costo dell'essere diversi*, Tirrenia-Stampatori, Torino.
8. FORNARI, U. (1982-1983), Tipi di approccio e problemi di intervento nell'ambito della dissocialità minorile, *Riv. Psicol. Indiv.*, 15-16: 102-109.
9. FORNARI, U. (1983), Tipologie minorili: un approccio pragmatico, *Riv. It. Med. Legale*, 2: 340-351.
10. LANZA, L. (1980), Amplificazione del fenomeno della devianza giovanile durante la detenzione, *Esp. Rieducaz.*, 1: 9-14.
11. LO VERSO, G. (a cura di, 1998), *La mafia dentro. Psicologia e psicopatologia di un fondamentalismo*, Franco Angeli, Milano.
12. MANETTI, G., BERTETTI, P., PRATO, A. (2005), *Guerre di segni*, Centro Scientifico Editore, Torino.
13. MUNNO, D., MACARIO, P. F., MALFATTO, A., ZULLO G. (2004), Psicoterapia in Psichiatria di Consultazione, *Minerva Psichiatr.*, 45: 55-60.
14. PARENTI, F. (a cura di, 1975), *Dizionario ragionato di Psicologia Individuale*, Cortina, Milano.
15. ROVERA, G. G. (1998), La Psicologia Individuale, *Indiv. Psychol. Dossier I*: 20-22.
16. ROVERA, G. G. (1999), La Psicologia Individuale, in CASSANO, G. B., PANCHE-RI, P., PAVAN, L. ET ALII. *Trattato italiano di psichiatria*. Masson, Milano: 3529-3537.
17. ROVERA, G. G., FASSINO, S., GALLINO, G., MUNNO, D., SCARSO, G. (1984), La tossicomania come relazione disturbata sotto il profilo dell'aggressività, *Rass. Ig. Ment.*, 3-4: 191-201.
18. ROVERA, G. G., FASSINO, S., SCARSO, G., MUNNO, D. (1983), Contributo a tre problemi dell'esistenza del tossicodipendente: vita sessuale, lavoro, interesse sociale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17: 136-142.

19. ROVERA, G. G., MUNNO, D., FASSINO, S. (1991), Interventi psichiatrici nel reparto carcerario di un ospedale generale, in ROVERA, G. G., FASSINO S., MUNNO, D., *Psicopatologia e farmaci: interazioni somatiche, psicologiche e sociali*, Centro Scientifico Editore, Torino: 411-416.
20. VARRIALE, C., BAIANO, T., GARRIBBA, G., ORLANDO, R. (1997), Il “cooperative learning”: un metodo per l’apprendimento disciplinare e l’educazione del sentimento sociale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 41: 47-54.

Silvana Lerda
Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino.
Via Cherasco, 11
I-10126 Torino
E-mail: donato.munno@unito.it