

# PSICOLOGIA INDIVIDUALE

---

Year XLVIII

January-June 2020

Number 87

Editorial by S. Fassino	<i>Covid-19 Pandemy Queries the Science and Consciousness of Researchers, Doctors, Psychologists, Educators, Parents, Governors</i> .....	3
G. G. Rovera	<i>Adlerian Help Relations in Emergency Situations</i> .....	15
F. Amianto et Alii	<i>Do Personality Differ between Medical Students and Students from Other Faculties? An Observational Study for a Tailored Medicine Training Programme in the Covid-19 Period</i> .....	65
F. Maiullari et Alii	<i>Dream, Play and Narrative in Personal Identity Construction and in Psychotherapy. New Suggestions from Individualpsychology</i> .....	85
S. Fassino F. Amianto A. Ferrero	<i>Brief Adlerian psychodynamic psychotherapy: theoretical issues and process indicators</i> .....	115
G. Abbate Daga A. Porliod S. Fassino	<i>Towards an Education in Itself Psychodynamic of the Psychiatric in the Age of Neuroscience?</i> .....	151
E. E. Marasco L. Marasco	<i>Language: the Space of the Unconscious. Pierluigi Lia's Considerations on Comedy</i> .....	199
Review	.....	225
Announcements	.....	227





## Editoriale

# **La pandemia covid 19 interroga la scienza e la coscienza di ricercatori, medici, psicologi, educatori, genitori, governanti...**

SECONDO FASSINO

La pandemia Covid19 ha colpito le vite di ognuno di noi e, come professionisti della salute mentale siamo stati per mesi nella stessa condizione dei nostri pazienti. Ci siamo ritrovati tutti, governanti e semplici cittadini, medici e malati, insegnanti e allievi, ricchi e poveri, liberi e detenuti, chiusi in confortevoli case e homeless, tutti sulla stessa barca in un mare minaccioso con previsioni meteo a lungo incerte...

La pandemia da coronavirus, ha causato una grave crisi sanitaria costringendo in quarantena metà della popolazione mondiale. Da subito siamo stati invasi dalla massa di informazioni contraddittorie da parte di esperti e scienziati, virologi, medici, decisori amministrativi, informazioni amplificate dai mass media talora con scarsa preoccupazione etica, invece con spiccata propensione allo scoop, alla sensazione e all'allarme fine a se stesso. In molti paesi è stata necessaria una urgente riorganizzazione delle cure ospedaliere e territoriali di emergenza, mobilitando gli operatori sanitari in un clima di diffusa incertezza.

Le caratteristiche epidemiologiche del Covid 19 sono rimaste a lungo vaghe e confuse: variabilità nelle manifestazioni cliniche, elevata contagiosità dei casi asintomatici, dibattito sulla persistenza del virus su superfici inerti, velocità di progressione dei contagi e durata dell'incubazione [5]. La diagnosi rimane essenzialmente clinica: sindrome respiratoria, febbre, anosmia, cefalee, sintomi digestivi e intestinali,... sintomatologie non patognomiche che hanno motivato in molti allarmi ipocondriaci... un quarto dei pazienti potrebbe essere portatore sano, non si sa quanto contagiosi.

Un quarto dei pazienti sono stati ricoverati per gravi difficoltà respiratorie e il 5% in reparti di rianimazione [5]. Velocità di diffusione del covirus, conoscenza incerta, gravità, morte dei medici e infermieri hanno creato un clima di ansia diffusa, spesso di vero e proprio panico. Le carenze organizzative hanno accresciuto lo stress: man-

canza di dispositivi di protezione individuale, di comunicazione, di farmaci affidabili, interruzione della vita familiare e sociale. Altri fattori di rischio sono stati identificati come mancanza di supporto, paura di infettare una persona cara, isolamento o stigma sociale, alto livello di stress lavorativo o modelli di attaccamento insicuri. Gli operatori sanitari hanno avuto un aumentato rischio di ansia, depressione, stanchezza, dipendenza e disturbo post traumatico da stress [10].

In molti paesi oltre alla *quarantena più leggera* con forti limitazioni agli incontri e agli spostamenti, è stata richiesta alle persone venute a contatto con malati una quarantena più rigorosa con isolamento a casa. Brooks e coll. [3] hanno pubblicato su Lancet una revisione di 24 studi - selezionati su oltre tremila - riguardanti l'impatto psicologico della quarantena. Sono stati riportati effetti psicologici negativi tra cui sintomi di stress post-traumatico, confusione e rabbia. Uno studio tra i 24 esaminati da Brooks et al. riportava come il 20% dei soggetti in quarantena riferiva paura, il 18% nervosismo, 18% tristezza e 10% sensi di colpa. Pochi hanno riportato sentimenti di felicità 5% e sentimenti di sollievo 4%.

In un'altra indagine esaminata da Brooks et al. gli intervistati in quarantena presentavano umore deflesso nel 73% (su 903 soggetti) e irritabilità nel 57%. I fattori di stress comprendevano una maggiore durata della quarantena, paure di infezione, frustrazione, noia, rifornimenti inadeguati, scarsità di informazioni, perdite finanziarie e stigmatizzazione sociale. Alcuni ricercatori hanno sottolineato effetti, specie depressivi, a lungo termine. Se la quarantena è ritenuta indispensabile, gli amministratori dovrebbero imporla per un tempo strettamente necessario, fornire chiaramente le motivazioni e la durata della stessa con informazioni sui protocolli e garantire rifornimenti sicuri come cibo, acqua e forniture mediche sufficienti.

I mass media dovrebbero riportare gli appelli all'altruismo di autorevoli funzionari della sanità pubblica, ricordando alla gente in questa grave pandemia che la privazione temporanea produce sicuri benefici per tutti. I ricercatori hanno suggerito come sia vincente una informazione precisa e affidabile: la maggior parte degli effetti collaterali negativi deriva dalla restrizione di libertà non adeguatamente spiegata [3].

\*\*\*\*

L'uomo, specialmente nelle cosiddette società avanzate, si è trovato in questa pandemia improvvisamente con la subitanea percezione della propria fragilità, forte di un precedente spesso subliminale autoconvincimento di immortalità e di potenza [4]. L'illusione che le tecnologie - e la pubblicità che le proponevano - suggerivano in maniera leggera ma ostinata e fuorviante di poter essere contemporaneamente in più luoghi, in una vita facile leggera dove con rapidità si può perseguire qualunque obiettivo senza fatica, questa illusione ha prodotto un disperato tentativo di nascondere il limite e la *ferita*, per esorcizzarli [4].

L'uomo è apparso nelle sue angosce, paure, fragilità, in tutta la sua solitudine di fronte alla morte. Troppo a lungo si è coltivata l'illusione che la tecnica e la scienza potessero assicurarci uno sviluppo lineare, senza limiti seri. "Nel pieno e convinto riconoscimento del fondamentale ruolo della scienza, occorre ammettere che essa è altrettanto erratica quanto le altre pratiche umane. I miti sono sempre pericolosi, quale che sia l'ambito in cui prendono forma" [18].

Il Covid 19 si è rivelato non soltanto un ospite imprevisto, sconosciuto, ma soprattutto onnipresente e mortale... Televisione e media in questi mesi ci hanno riproposto ossessivamente le immagini delle bare abbandonate nei capannoni, le file lugubri dei camion militari come carri funebri, dei morenti soli in ospedale ... Il virus ha fatto emergere con grande forza la intrinseca contraddizione della vita dell'uomo... L'uomo aspira con tutto se stesso all'infinitamente grande, ha dentro di sé un'inesauribile attesa di qualcosa che non abbia fine; e nello stesso tempo può essere sconfitto e ucciso dall'infinitamente piccolo [4].

L'intrinseca fallibilità della scienza è una verità di cui c'eravamo dimenticati pur non dimenticando tuttavia gli importanti e meritori risultati che tanti scienziati hanno conseguito con l'effetto straordinario di una crescita rilevante della quantità e qualità della vita in tanti paesi... Alcuni scienziati si presentano in tv affermando l'assoluta certezza scientifica di ciò che sostengono, spesso in totale contrasto con altri scienziati... [4]. Un farmaco è risultato promettente... poco dopo è risulta pericoloso... Il vaccino è l'unica protezione: sarà pronto però tra pochi mesi... anzi no tra qualche anno...

Questa inquietante contraddizione sta interrogando la scienza degli esperti in ogni settore dell'educazione, sanità, dell'economia della politica, ma soprattutto la coscienza di ogni persona sul senso, significato e direzione nell'accezione di Adler [1], dell'esistenza umana... L'allarme per la nostra salute, causata dall'epidemia in corso, ha mostrato come il distanziamento fisico può rallentare la diffusione del virus, ma ci ha resi timorosi verso gli altri divenuti pericolosi potenzialmente contagiosi, al contempo preoccupati per rischi conseguenti all'isolamento sociale.

La condizione forzata degli spazi e dei tempi a cui conduce l'"isolamento" assume un altro significato, fatto di parole che hanno un lessico nuovo come "mascherine", "lockdown", "tamponi", "eroi", "onorificenze" o "volontari", etc., che si riferiscono appunto ai nuovi eroi: infermieri, medici, psicologi clinici, operatori socio-sanitari, insegnanti scolastici, osserva Rovera [15]. Il virus è un nemico, è invisibile, ma ospite indesiderato e maligno nelle nostre case, nell'ascensore di casa, in chiesa, forse sulle nostre mani, sugli involucri dei cibi... invisibile come la morte... *"Anche perché non si è in guerra, ed il quarto cavaliere dell'Apocalisse monta un cavallo maledetto della morte e della pestilenza che fanno cadere le foglie. Tutto ciò sono segnali che provengono dall'esterno e dai moti interni emergenti e talora urgenti, psicologici e psicopatologici, e socio culturali"* [15].

L'isolamento sociale e gli stressors correlati hanno intaccato i processi impliciti del sistema dell'attaccamento, sofisticato meccanismo inconscio neuropsicologico delle relazioni, una delle nostre risposte automatiche al senso di minaccia e una delle principali protezioni dell'essere umano. La sicurezza dell'attaccamento è stata rimessa in discussione dalle misure di distanziamento sociale, sia volontarie che automatiche: non più strette di mani, non più abbracci, solo sorrisi semi oscurati dalle mascherine, sguardi interrogativi...

La lenta diminuzione dei contagi del virus ha implicitamente confermato che ciò è buono, salva la vita... ma forse è in corso una rimodulazione silenziosa e profonda di *come si sta con gli altri...* vicini agli altri... L'accresciuta insicurezza ha comportato che le persone a seconda del diverso Stile di vita, abbiano rinforzato tratti di difesa del carattere: chi di tipo evitante oppure di controllo, oppure passivo dipendente, oppure passivo aggressivo, depressivo, paranoide, etc. Il risultato probabilmente ha prodotto riformulazioni, degli stili di convivenza, con regressioni verso la competizione aggressiva piuttosto, forse, che verso una maggior solidarietà.

Le sfide da affrontare sono, tuttavia, ancor più complesse per chi già prima aveva uno stile di vita con attaccamento insicuro o è sopravvissuto a un trauma. Le risposte agli stressors sono correlate, da un punto di vista psicobiologico, ai diversi tratti di personalità che a loro volta correlano con specifici meccanismi di difesa [7]. Lo Stile di Vita, il profilo di personalità sembra essere in grado di predire la risposta a differenti agenti stressanti come quelli causati dall'isolamento e dall'incertezza per la propria vita. Disponiamo tuttavia di risorse interiori che possono rivelarsi particolarmente utili per rafforzare il nostro senso di sicurezza e alimentare i cosiddetti *moment of meeting* [16] momenti di incontro di pochi secondi micro-comportamenti che manifestano i sentimenti di appartenenza e cooperazione: tali condivisioni intersoggettive alimentano un attaccamento sicuro, verso la fiducia e la comprensione.

L'isolamento e la convivenza coatta nei tre mesi del lockdown sembrano aver prodotto in molte famiglie - già difficili? - un aumento del 73% delle richieste di aiuto, con una crescita del 59% delle vittime di violenza intradomestica (dati Istat-*Telefono Rosa* riportati da Elvira Serra *Corriere della sera* 28.4. 2020) rispetto al corrispondente periodo del 2019. Ben prima della pandemia le condizioni socio culturali ed economiche da anni hanno trasformato la famiglia, deputata ancora oggi tuttavia a formare alla base la struttura di personalità. La crisi della famiglia tradizionale incide sulla formazione dei nuovi individui e quindi dei "nuovi genitori" [6].

La situazione di ulteriore complessità propria di questo nostro tempo di epidemia non può non avere avuto ripercussioni profonde anche sull'esperienza di padre e di madre rendendo ulteriormente incerte le identità familiari: diventa più forte il bisogno di sapere che cosa ci si può aspettare dai propri familiari e le persone sono forzate a ridefinire continuamente chi sono [6]. L'esercizio corretto della paternità e della maternità è per i figli, ma anche per i genitori, essenziale al processo di identificazione: maschile e

femminile sono dimensioni biopsicologiche costitutive di ogni soggetto, uomo o donna, che devono trovare un'armonica composizione e alternanza per la crescita maturativa del Sé. Ricerche epidemiologiche in corso indicano un aumento considerevole di disturbi d'ansia e/o depressivi, disturbi post-traumatici da stress, abuso di droghe, solitudine e violenza domestica e inoltre, con la chiusura delle scuole, la possibilità di un'epidemia di abusi sull'infanzia è molto concreta [10].

Superato lo shock e la paura iniziali, psichiatri e psicologi clinici si sono chiesti come prendersi cura dei loro pazienti divenuti ulteriormente vulnerabili, e come occuparsi di nuovi soggetti gravemente stressati e traumatizzati da questa crisi e fornire un supporto importante alla assistenza sanitaria [17].

Anche tra gli operatori sanitari, famigliari, caregivers di pazienti affetti o che hanno superato il Covid19 si sono osservate reazioni d'ansia, depressione e disorientamento esistenziale, logoramento professionale e burn-out. Sono quindi necessarie cure efficaci in tempi rapidi fruibili da un gran numero di soggetti, nei servizi sanitari pubblici e nella pratica privata, a distanze fisiche e *psicologiche* non convenzionali [17].

La pandemia tuttora in corso invita gli operatori sanitari di ambito psicologico-clinico ad una approfondita analisi di quanto sta succedendo sul piano socio-culturale e di sanità pubblica ai fini di una comprensione *profonda* utile per nuove efficaci proposte di cura e prevenzione. È stato riscontrato un aumento considerevole di disturbi depressivi e post-traumatici da stress, sia tra operatori sanitari che tra pazienti che hanno o hanno avuto il Covid 19 o loro caregivers [10, 17].

Il tradizionale patrimonio teorico-tecnico, della Psicologia Individuale circa il processo di incoraggiamento/transmotivazione e gli assetti *profondi* della comunicazione empatica [14], saranno fruibili per le necessità formative degli operatori oltre che a nuove strategie di terapia. Si dovrà tener presente ad esempio che l'empatia del terapeuta è più sovente faticosa e produttrice di angoscia che di immediata consolazione. Studi neurobiologici recenti indicano che l'*empatia nella forma di compassione*, [13] richiede assetti emotivi profondi specifici e necessita di peculiari modalità di apprendimento/formazione.

\*\*\*

Gli articoli presentati in questo 87° fascicolo della nostra rivista sembrano fruire a vario titolo di una cornice teorica pratica costituita proprio dal primo contributo *Le Relazioni Adleriane d'Aiuto nelle situazioni di emergenza* di Gian Giacomo Rovera. Stiamo vivendo un'emergenza dovuta alla pandemia in cui gli interventi psicologici necessitano di opportune variazioni modulari: in riferimento a procedure valutative dei bisogni, ai contorni dei differenti contesti e alle diverse richieste psicologico-cliniche. L'autore considera come diverse tipologie di *relazioni di aiuto* emergono da queste situazioni complesse e penalizzanti come la pandemia.

Il modello della Psicologia Individuale, fondato sul sentimento di inadeguatezza e sul sentimento sociale e cooperativo, con le sue strategie non solo permette di approfondire alcuni argomenti attuali che attengono alle situazioni di crisi di urgenza, di emergenza, ma, pure di proporre, osserva Rovera, interventi educativi, di counselling, di consultazioni di liaison, di specifici trattamenti adleriani di emergenza, psicoterapie urgenti e/o brevi. L'ambito è quello della psicologia di emergenza che tra l'altro ricorre non tanto a psicoterapie a breve termine, quanto a consultazioni telefoniche e a collegamenti in video per le psicoterapie "virtuali", psicoterapie incentrate sulla crisi ecc.

È richiesta una speciale capacità di adattamento, sia al gruppo assistito che al team assistenziale, con apertura verso nuovi contesti relazionali e propensione a spiccata variazione delle modalità terapeutiche viste le speciali reazioni di resistenza o di resilienza. Inoltre, il team curante deve considerare le peculiari preoccupazioni per le future conseguenze esistenziali nei loro aspetti psicopatologici, economici e sociali.

Le Relazioni d'Aiuto adleriane in emergenza sollecitano alcune riflessioni, sul "fare" ma pure sul "saper fare" e sull' "essere". Per Rovera occorre riferirsi alla "forma", al "focus" dell'urgenza, essendo lo "sfondo" della dimensione dinamico-strutturale dell'individuo e il suo contesto socio-culturale. Superata l'emergenza potrebbe essere indicato un ulteriore trattamento, anche diversificato da quello precedentemente attuato dal momento che la personalità del soggetto potrebbe aver variato alcuni tratti, in regressione o in progressione.

Medici infermieri operatori sanitari sono stati durante questa epidemia in prima linea, esposti in trincea spesso senza protezione di fronte al nemico invisibile. Molti sono stati contagiati dal virus e molti sono stati mortalmente colpiti. Il problema del logoramento del burn-out, dell'insoddisfazione professionale rispetto ai carichi di lavoro spesso eccessivi si è presentato all'opinione pubblica in modo pressante e drammatico. I mass media li hanno fin da subito celebrati come i nuovi eroi... ma solo tra le righe è stato segnalato il grave problema della *formazione* dei nuovi medici, della loro preparazione emotiva rispetto ai percorsi di preparazione professionale tecnico scientifica.

Il secondo contributo della nostra rivista riguarda proprio questo argomento fondamentale. Ne *La personalità degli studenti di medicina differisce da quella di studenti di altre facoltà? Uno studio osservazionale per un programma di formazione medica su misura in epoca Covid-19* Federico Amianto e collaboratori considerano il problema della personalità dei futuri medici: potenzialmente essi possono subire un esaurimento emotivo particolarmente severo, soprattutto in situazioni critiche come la recente epidemia Covid-19, con sintomi depressivi e di ansia associati a capacità di coping non ottimali.

Il loro studio confronta i tratti di personalità, ansia, temperamento e carattere, di un campione di studenti di medicina con altri studenti di altre facoltà per esplorare carat-

teristiche che possono rappresentare obiettivi specifici per diversi percorsi formativi. Gli studenti di medicina hanno mostrato una *persistenza* e un'*auto-trascendenza* inferiori rispetto agli altri gruppi; al contempo hanno riferito una maggiore dipendenza, autodisciplina, responsabilità e determinazione. Gli autori discutono le implicazioni dei risultati conseguiti per i programmi delle scuole di medicina. I futuri medici sembrano infatti avere aspetti della personalità sfaccettati e peculiari: l'alta autorevolezza unita alla necessità di soddisfare le richieste pressanti dei pazienti risulta sia una motivazione che un fattore di resistenza alla frustrazione. D'altra parte, tratti come un'eccessiva sensibilità al giudizio altrui con bassa persistenza possono favorire il logoramento professionale.

Da più parti si è osservato come il clima culturale, sociale, antropologico, spirituale dell'umanità sia stato *contagiato* e trasformato in profondità dalle emozioni e dai comportamenti indotti dalla pandemia del Covid 19. Occorrerà molto tempo per comprendere e spiegare il senso di queste influenze sui valori e simboli guida che orientano lo sviluppo del soggetto. L'auspicio è che ne consegua complessivamente un'influenza positiva sulla formazione delle persone e sui processi bio-psico-socio-culturali che concorrono alla costruzione dell'identità dell'individuo.

Nel terzo articolo di questo fascicolo *Sogno, gioco, racconto nella costruzione dell'identità personale e in psicoterapia. Nuovi suggerimenti individualpsicologici* Franco Maiullari e il suo gruppo di lavoro propongono un articolato approfondimento su un problema fondamentale per la psicoterapia che concerne la costruzione dell'identità della persona.

L'assunto iniziale è che la capacità di sognare sia un'autentica ricchezza dell'essere umano e che i sogni del paziente arricchiscono il nostro modo di praticare la psicoterapia. Richiamando le convinzioni di Adler per cui, in Psicologia Individuale, non è possibile considerare alcun principio scientifico come vincolante-obbligatorio ma solo come ipotesi, gli autori ritengono che l'interpretazione dei sogni dipenda ancora eccessivamente dalle teorie psicologiche, e propongono un approccio che articoli sogno gioco e narrazione come percorso *identitario* dell'individuo.

L'auspicio è che le neuroscienze diventino il "telescopio di galileo" per una nuova rivoluzione copernicana: insieme ad altri paradigmi di ricerca come epigenetica e teoria del gioco, esse potrebbero condurre ad una armonizzazione di scienza e immaginazione verso nuove scoperte creative e verificabili sui modelli di sviluppo della persona e quindi sui percorsi psicoterapeutici.

Molti osservatori prevedono che al seguito della pandemia virale, ci sarà un'*epidemia* di disturbi psichici, psicosomatici, di disadattamento [17] in molti ambiti della psichiatria/psicologia clinica di liaison: disturbi post-traumatici, disturbi depressivi/d'ansia, disturbi di personalità ed emotivi infantili, come pure quelle nevrosi noogene [9], sul senso della esistenza quando la propria sopravvivenza è in pericolo.

Tra le diverse *relazioni di aiuto* in condizione di emergenza si evidenziano oltre agli interventi di urgenza anche, specialmente, gli interventi di psicoterapia breve. Il quarto articolo, di Secondo Fassino, Andrea Ferrero e Federico Amianto ripropone *Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana (B-APP): elementi teorici e indicatori di processo*. Questo contributo in inglese era stato pubblicato nel 2008 su una rivista medica internazionale multidisciplinare.

L'intento degli autori era duplice: far conoscere ad una più vasta area di studiosi e ricercatori clinici, medici e psicologi, la *B-APP* e rendere fruibile dagli psicoterapeuti, non solo di linea IP, in ambito internazionale un metodo rigoroso di studio della stessa che ne evidenziasse gli elementi teorici e indicatori di processo. La *B-APP* di cui l'articolo riproposto descrive in dettaglio gli aspetti teorici e gli indicatori di processo, differisce, talora anche marcatamente, da altre psicoterapie adleriane brevi più o meno chiaramente strutturate: *Constructivism-Oriented Adlerian Therapy, Adlerian Metaphor Therapy, Adlerian Family Counselling and Psychotherapy* ecc.

Gli obiettivi della *B-APP* sono costituiti da:

- 1) una risoluzione almeno parziale del problema connesso al focus;
- 2) una diminuzione o non incremento dei sintomi;
- 3) un miglioramento complessivo della qualità di vita.

I risultati dipendono da cambiamenti intrapsichici e relazionali. Le indicazioni sono più relative che assolute: la possibilità di identificare un focus significativo è fondamentale visto che lo schema di trattamento prevede 15/20 sedute.

L'articolo si presenta come uno strumento utile per l'apprendimento degli aspetti teorici della *B-APP*, riservando peraltro a successivi percorsi formativi specifici l'acquisizione delle competenze e delle capacità professionali necessarie all'impiego clinico. Nella prefazione a questo articolo Fassino discute le ragioni della riproposta chiedendosi quali siano le funzioni della tecnica nelle psicoterapie brevi psicodinamiche, come la *B-APP*, nell'attivare l'agente specifico di cambiamento, ritenuto dalle recenti ricerche brain imaging, di carattere prevalentemente implicito.

In passato alcuni ritenevano gli interventi brevi utili *piuttosto che niente* per giovani terapeuti in corso di formazione... altri li ritenevano difficili e da riservare a terapeuti collaudati: si può promuovere un'attitudine alla Psicoterapia Breve? Nella Postfazione Ferrero riaffronta la questione - di ordine anche deontologico - della definizione dei processi che sottendono le psicoterapie psicodinamiche e aggiorna la descrizione sintetica di alcuni indicatori.

Essa è stata integrata successivamente, da una formalizzazione estensiva del trattamento con la Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (*APP*) e la Sequential- Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (*SB-APP*) [8].

La preoccupazione per i processi ha l'obiettivo, per Ferrero, di provare a rispondere alle seguenti domande: vi sono modi nuovi e migliori di effettuare il lavoro psicoterapeutico?

peutico? vi sono nuovi e migliori cambiamenti che la psicoterapia può apportare? vi sono, infine, nuove e migliori condizioni che possono favorire i risultati?

La pandemia col suo clima di morte ha riproposto pressante la domanda sul senso della vita, sul senso di una scienza considerata vittoriosa e onnipotente messa a terra da un virus invincibile, sul senso di organizzazioni famigliari e comunitarie che privilegiano il benessere economico a discapito della qualità della vita, sul senso dei valori del *sembrare* su quelli dell'*essere*... sul senso dell'aziendalizzazione del sistema sanitario attento ai costi, poco alla *persona* che ha una malattia. In psichiatria l'enfasi sulle scoperte del cervello e dei farmaci ha rischiato di perdere di vista la mente e la *relazione* nelle cure dei disturbi mentali... ed è riemersa ancora una volta la domanda sul senso della sofferenza psichica...

Nel quarto contributo *Verso una formazione di per sé psicodinamica dello psichiatra nell'era delle neuroscienze?* Giovanni Abbate Daga, Alain Porliod e Secondo Fassino considerano il problema della formazione dello psichiatra di oggi. La pandemia ha ulteriormente evidenziato l'aumento del burn-out degli psichiatri, la resistenza ai trattamenti come uno dei maggiori problemi di salute pubblica, il rischio di una tendenza persistente al riduzionismo biologico della malattia mentale.

La psichiatria psicodinamica - Parenti e Pagani [12] scrissero un pionieristico manuale *Psichiatria psicodinamica* nel 1986 - fornisce un contributo educazionale, scientifico e terapeutico significativo per la psichiatria contemporanea, come applicazione concreta nella pratica clinica del modello biopsicosociale, supportata dalla psicopatologia dello sviluppo e avvalorata dagli studi di epigenetica e neuroimaging. Lo strumento privilegiato della pratica psicodinamica è infatti la domanda sul *senso*, nella tipica accezione adleriana di significato e direzione, del disturbo psichico, che consideri gli aspetti patogenetici e non solo quelli descrittivi.

Gli autori esplorano tramite una *clinical overview*, basata su 53 studi selezionati, quanto nella letteratura internazionale il problema della formazione psicodinamica dello psichiatra nel corso della Scuola di Specializzazione è praticata. La revisione critica degli articoli esaminati evidenzia come sia ancora accidentato il cammino verso una psichiatria di per sé psicodinamica, quantunque la sua definizione sia ormai consolidata. La formazione psicodinamica dello psichiatra alla conoscenza del paziente, di sé e all'accoglimento di sé e dell'altro è una necessità scientifica e prerequisito etico al contempo. Gli autori discutono infine come promuovere le virtù psicodinamiche, il sentimento di speranza e compassione, l'alleanza col paziente e lo stile terapeutico nella formazione dello psichiatra, considerati nucleo fondante del percorso formativo.

La condizione forzata degli spazi e dei tempi a cui conduce l'*"isolamento"* hanno prodotto un lessico nuovo, osserva Rovera 2020, come "mascherine", "lockdown", "tamponi", ma anche parole come "eroi", "onorificenze" o "volontari", etc., che si

riferiscono a nuove categorie: infermieri, medici, psicologi clinici, operatori socio-sanitari, insegnanti scolastici.

L'ultimo contributo *La lingua spazio dell'inconscio* di Egidio Marasco e Luigi Marasco, a partire da alcune considerazioni del teologo Pierluigi Lia sulla *Commedia*, propone l'insegnamento di Dante che ridona centralità alla lingua: essa esalta il valore del rapporto interpersonale nell'analisi, visto che in esso è richiesta una completa conoscenza da parte dell'analista della lingua madre dell'analizzato.

Per Dante la lingua fa tutt'uno con la conoscenza: egli riprende da Aristotele la visione dinamica della psiche, che Adler poi riterrà il concetto più importante della sua teoria. Anche l'olismo di Adler è anticipato nella *Commedia* dove si considera in un *uno inscindibile* anima, mente, corpo e lingua. Considerando come la lingua sia lo spazio dell'inconscio di Platone, Dante traghetta le rimozioni dalla psicopatologia, dove erano state confinate da Freud, alla gnoseologia e alla neurofisiologia.

Gli Autori sottolineano il gran numero di assonanze fra la psicologia di Dante e quella di Adler, essendo entrambe psicologie della stessa umanità, anche se ognuno si serve della lingua che parlava per esprimere le dinamiche inconscie del pensiero, *il desio per l'alto*, l'amore per l'altro ed il senso di appartenenza alla comunità comunque essa venga designata. Il vedere con i suoi occhi, udire con le sue orecchie e provare emozioni con il suo cuore, presuppongono infatti che egli sia in grado di capirlo e di parlargli nella sua lingua madre, come se questa fosse il grembo che ha partorito anche lui.

\*\*\*

La pandemia con l'isolamento, la quarantena la riduzione dei contatti reali seppur compensati in parte da quelli virtuali ha sottolineato *l'importanza della relazione e della ricchezza delle diverse modalità comunicative della vita insieme*: ha fatto comprendere a molti quanto sia preziosa la vita in comune, se vissuta in modo autentico, nel senso dell'appartenenza ad un comune sentire e ad un impegno ad un comune operare cioè non per rivalità, per possesso, per strumentalizzazione, ma come arricchimento reciproco, sostegno, valorizzazione [4]: dalla fragilità alla solidarietà! Lo star "chiusi a casa" ha reso evidente un "senso della vita" che ci è mancato non solo ai comportamenti, ma pure dal sentire ed al progettare [15].

Dove cercare le risposte agli interrogativi posti dal Covid 19 alla scienza e alla coscienza di ricercatori clinici educatori amministratori? Per l'Individual Psicologia l'ambito è senz'altro quello dell'originario Sentimento Sociale di A. Adler e dei suoi successivi sviluppi [11, 14]. Per complesse ragioni sociali, politiche e culturali nella nostra società il sentimento sociale dal secondo dopoguerra ad oggi è andato incontro ad un impoverimento che ha lasciato spesso spazio all'individualismo e a crescenti perfezionismo e ambizione personale [2], espressioni di una volontà di potenza estremizzata e non correttamente controbilanciata, a discapito della salute psicologica

degli individui. La pandemia, il protratto isolamento, l'ansia diffusa per i contagi e l'assenza di contatti offrono l'opportunità straordinaria a istituzioni di cura, agenzie educative, organismi dello Stato di riconsiderare il tema del *sentimento* sociale come istanza fondamentale nel processo di sviluppo e maturazione dell'individuo e quindi delle comunità sia in ambito socio-relazionale che terapeutico.

### Bibliografia

1. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il Senso della Vita*, De Agostini, Novara 1990.
2. AMIANTO, F. (2018), Sentimento sociale: una proposta di articolazione sistematica in relazione alle neuroscienze, *Riv. Psicol. Indiv.*, 84: 69-91.
3. BROOKS, S. K., WEBSTER, R. K., WOODLAND, L., et al. (2020), The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, *Lancet*, 395: 912–20.
4. CAMISASCA, M. (2020), *La pandemia: sfida drammatica e occasione preziosa*, giugno 2020 <http://sancarlo.org>.
5. EL-HAGE, W. C., HINGRAY, C., LEMOGNE, C. et al. (2020), Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *L'Encéphale*, in press.
6. FASSINO, S. (2004), Psicopatologia e famiglia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 51-72.
7. FASSINO, S. (2010), Psychosomatic approach is the new medicine tailored for patient personality with a focus on ethics, economy, and quality, *Panminerva Med.*, 52: 249-64.
8. FERRERO, A. (2018): *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP). A Psychopathology-Based Treatment*. ASIIP, Croydon – London, UK.
9. FRANKL, V. (1984), Die Begegnung der Individualpsychologie mit der Logotherapie, *Beitr. Individualpsychol.*, 3: 118-126.
10. GALEA, S., MERCHANT, R. M., LURIE, N. (2020), The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. The Need for Prevention and Early Intervention, *JAMA Intern. Med.*, Published online April 10.
11. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
12. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica*, CST, Torino.
13. PRECKEL, K., KANSKE, P., SINGER, T. (2018), On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind, *Curr. Opin. Behav. Sci.*, 19: 1–6.
14. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.

15. ROVERA G. G. (2020), Le Relazioni Adleriane d’Aiuto nelle situazioni di emergenza, *Riv. Psicol. Indiv.*, 87: 6-38.
16. STERN, D. N. and THE BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2012), *Change in Psychotherapy*, tr. it. *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
17. UNÜTZER, J., KIMMEL, R. J., SNOWDENP, M. (2020), Psychiatry in the age of COVID-19, 130-131 *World Psychiatry* 19:2.
18. ZAMAGNI, S. (2020), La pandemia da Covid-19: factum et faciendum, in CAMISASCA, M. (2020), *La pandemia: sfida drammatica e occasione preziosa*, giugno 2020 <http://sancarlo.org>

## Le Relazioni Adleriane d’Aiuto nelle situazioni di emergenza

GIAN GIACOMO ROVERA

*Summary* – ADLERIAN HELP RELATIONS IN EMERGENCY SITUATIONS. The Adlerian Help Relations are eradicated in traditionally structured treatments: such as educational, counselling and psychotherapy ones. However, we are living, “hic et nunc”, an emergency due to the covid-19 pandemic where the interventions need appropriate modular variations: in relation to an assessment, about the setting contents, in the psycho-clinic modulations. Among the various difficulties, we highlight the ones about communication, social and inter-individual distancing, consultations in hospitals or health structures, and psychotherapies “interrupted” or “ended” for subjective or objective causes. Various typologies of help relations emerge from these complex, sometimes penalizing, situations. We are talking about emergency psychology, phone consultations, “virtual” psychotherapies, crisis focused psychotherapies (not to be confused with short-term psychotherapies), etc. Both the assisted and carer teams have to adapt to new relational contexts, therefore they show a variation of the therapy modes with resistance or resilience reactions. Furthermore, they have worries and concerns about the future existential sequences in their psychopathological, economic and social aspects. With all these elements being considered, we wish for an increase of the scientific contributions and of the humanitarian cooperation. We also wish for a deepening of global cures, especially for psychological-clinic therapies. Moreover, we wish for an enrichment of the Social Cooperation aimed at a renewed Meaning of Life..

*Keywords:* INTERVENTI PSICO-EDUCAZIONALI, COUNSELING, LIAISON, CONSULTAZIONE, INTERVENTI D’EMERGENZA, NUOVO SETTING

*Si sta come d’autunno  
sugli alberi le foglie.*

(Giuseppe Ungaretti, 1917)

La poesia ermetica di Ungaretti del 1917, composta in *Opere Omnia*, Mondadori, Milano, 1961, pubblicata nelle Edizioni di Allegria, alle edizioni Vallecchi, Firenze, 1919, poi rielaborata nel finire della Prima guerra Mondiale (1914-1918) è costruita su una analogia tra i soldati e le foglie.

Simbologgia la precarietà dell’esistenza umana. Oggi le situazioni di emergenza che si sta vivendo può evocare tale similitudine, specie per quelli che hanno sofferto congiunture drammatiche.

### *Premessa*

L'emergenza del Coronavirus fornisce lo spunto per riflettere e rivisitare le Relazioni d' Aiuto Adleriane nelle situazioni di crisi, di urgenza e di contagio. Il riferimento (*anche psichico*) a queste tematiche rinvia al XX Congresso SIPI di Brescia del 2015 [1].

È questo un argomento “intrecciato”: talora trattato profondamente (specie se settorialmente: esempio in Psichiatria d'urgenza o interventi riferibili ai contagi del Coronavirus), talvolta affrontato in modo più ampio, e/o ancora specificatamente per uno dei numerosi e svariati *nodi di una rete* (es: shock, traumi, perdite, ecc.) sino al Trattamento Sanitario Obbligatorio (cfr, Par. IV) [147].

La diffusione del Coronavirus ha causato uno stato di emergenza che ha coinvolto sia la sfera individuale che quella collettiva: città deserte, famiglie in casa, chiese sbarrate, distanziamento sociale. In pochi giorni si è passati dalla normalità di una vita che scorreva con i suoi ritmi e le sue liturgie a una situazione precaria di ospedali e contagi, dai contorni di una pandemia.

Le certezze di vivere in un mondo tecnologizzato e inattaccabile si sono frantumate dinanzi alle cifre dei ricoveri e alle tragedie di morte. Mentre molte Nazioni, come l'Italia, hanno cercato di reinventarsi un “modus vivendi”, giorno dopo giorno, sperimentando sensazioni, pensieri, ricordi. Un percorso di emozioni e prospettive che dal disincanto conducono alla speranza [104].

Quando vengono limitati i comportamenti abituali, ci si accorge che le libertà acquisite sono un bene conquistato che assume un valore quando lo perdiamo. Ma non solo sono intaccate le iniziative di andare a correre per il parco, di vedere gli amici, di uscire con i figli, di vedere una mostra, di andare a fare shopping, di entrare in un bar o godersi una cena al ristorante: oltrepassando la “quarantena” o la “novantena” forzata continuano evoluzioni restrittive del modo di vivere quotidiano.

Lo star “chiusi a casa” ha reso evidente un “senso della vita” che ci è mancato: non solo i comportamenti, ma pure dal sentire al progettare. Nel contempo questo tipo di “distanziamento sociale” può procurare da una parte “*resistenze psicologiche*”, “*stress*” e d'altra parte vi può essere un recupero di ricordi antichi e modalità di *resilienza* cui non si era abituati.

La condizione forzata degli spazi e dei tempi cui conduce l' “*isolamento*” (il quale non è la “beatitudine” della solitudine) assume un altro significato, fatto di parole che hanno un lessico nuovo come “mascherine”, “lockdown”, “tamponi”, ma anche termini come “eroi”, “onorificenze” o “volontari”, etc., che si attribuiscono a nuove categorie (infermieri, medici, psicologi clinici, operatori socio-sanitari).

Il nemico c'è e non si vede: come non si vede la morte che toglie la dignità dell'estremo saluto [104]. Anche perché non si è in guerra, ed il *Cavaliere dell'Apocalisse* (Bibbia, San Giovanni) monta questo cavallo maledetto della pestilenza.

Su questo tempo sospeso, la malattia del Coronavirus incide sulla nostra vita: si muore, si guarisce e si riparte, ma l'incertezza del futuro è causata non solo dalle perdite, ma dagli effetti collaterali e conseguenti che questa epidemia può portare a livello individuale, sociale, economico.

È per tali motivi che può essere utile riflettere sulle “*Relazioni d' Aiuto Adleriane nelle situazioni di emergenza*”. Il modello della Psicologia Individuale, con le sue strategie, infatti, non solo ci permette di approfondire alcuni argomenti attuali che attengono alle situazioni di crisi [138] di urgenza, di emergenza, ma pure di proporre tipologie educative di consulenza, di consultazione (Liaison) e di psicoterapie. Tutto ciò dovrebbe, partendo dal sentimento di inadeguatezza, aumentare il “sentimento sociale e cooperativo”: asse portante dell' Adlerismo.

Considerata la complessità dell'argomento si propone una **Tabella Sinottica** che sottolinea i legami della rete interattiva e permette una lettura focalizzata sui contenuti sinteticamente riportati.

### Tabella Sinottica

<i>Premesse</i>
I) <i>Introduzione</i> <b>A) Cenni Epistemologici B) Disambiguazione C) Contagi epidemici relazionali</b>
II) <i>Assessment</i> <b>A) Generalità B) Quadri sintomatologici C) Valutazione clinica</b>
III) <i>Argomenti propedeutici agli interventi di emergenza</i> <b>A) Generalità B) Problemi Prosemici C) L'empatia D) Tecniche di intervento</b>
IV) <i>Alcune strategie di trattamento</i> <b>A) Generalità B) Interventi psicoeducazionali C) Counseling D) Consultazioni di Liaison E) Relazioni di aiuto psicoterapeutiche F) Psicoterapie: d'urgenza e brevi</b>
V) <i>Considerazioni critiche</i> <b>A) Generalità: conferenze, didattica e convegni a distanza B) Consulenze telefoniche e Psicoterapia online C) Variazioni del Setting e Stile Terapeutico</b>
VI) <i>Riflessioni Conclusive</i> <b>A) Generalità B) Sequele e postumi C) Evoluzioni delle ricerche neurobiologiche, psicopatologiche e socioculturali D) Cooperazione e sentimento sociale</b>
<i>Bibliografia</i>

## I. Introduzione

### A) Cenni Epistemologici

1) Come è noto, il paradigma della Psicologia Individuale, per la sua flessibilità, è aperto al rinnovamento, fra tradizione e cambiamento, in un'elaborazione teorico-pratica bio-psico-socio-culturale. I filoni di intervento tradizionali, distinguibili nelle aree di psicopedagogia, di counseling, di Liaison, e di psicoterapia analitica, si arricchiscono oggi nei campi teorico-applicativi: sia dialogando con altri paradigmi scientifici, sia recuperando la discussione sul soggettivo/oggettivo, sul *fare/sapere/saper fare/saper essere*, nell'ambito di confini delle *Relazioni d'Aiuto* [63, 139].

Al riguardo i punti di domanda sono: in cosa consistono le configurazioni concettuali e le metodologie?

Si possono fornire risposte di definizione e di limite della valutazione diagnostica e delle tipologie di committenza e di assistenza.

2) Il *problema epistemologico* in rapporto alle *Relazioni d'Aiuto Adleriane*, si innesta sul tronco bio-psico-sociale che legittima i diversi paradigmi scientifici non in modo riduzionistico [142]. La filosofia della Scienza attuale riconosce che il costituirsi di campi del sapere differenti, con le loro metodologie e con i loro oggetti. Le *Relazioni d'Aiuto Adleriane* possono rientrare nel ramo psicologico.

Sicché rientrano le scienze specifiche, in una *rete pragmatica evolutiva* in cui le scienze della natura e quelle umane interagiscono per finalità cliniche (nel caso dell'emergenza Pandemia Coronavirus). In questo mosaico la Psicologia Individuale riafferma la centralità *di fornire gli strumenti per l'unità psicosomatica*.

Il rischio che potrebbe derivare dal ventaglio delle *Relazioni d'Aiuto Adleriane* nel contesto dell'emergenza sarebbe quello di un'eterogenea frammentazione che si riferisse più a "luoghi generici" che non al "senso comune". Questo problema porterebbe alla discussione *di ciò che è e di ciò che non è la psicoterapia*, riconosciuta come professione rispetto ad altre prassi terapeutiche, anche in un'ottica transculturale [23].

Le *Relazioni d'Aiuto* sono caratterizzate da operatori che optano per una *helping profession*, con modalità diverse, ma con una base motivazionale, assimilabile al "*sentimento/interesse sociale*", il quale è volto in questo caso ad aree psico-socio-sanitarie [13].

A tale proposito si possono distinguere alcune tipologie [72]:

A) Le professioni di aiuto propriamente dette, con specifiche finalità e competenze riguardo le *Psicoterapie, gli aspetti educazionali, il Counseling e la Consultazione di Liaison* (Par. IV).

B) Le professioni che implicano l'aiuto: nell'ambito sanitario, psico-socio-educativo, nonché di particolari relazioni che si riferiscono a offerte formative e operative.

C) I gruppi che si connotano grazie agli aspetti solidaristici, cooperativi [56], o sotto forma di organizzazioni volontaristiche (*come nei gruppi di autoaiuto*). Tale tipologia

di cooperazione si radica nell’interesse/Sentimento Sociale e si concretizza in molteplici ramificazioni della “Relazione d’Aiuto” (ad esempio età evolutive o involutive) [137].

3) Nell’attuale situazione di emergenza il coinvolgimento empatico, l’immedesimazione culturale e il tipo di alleanze terapeutiche sono precursori delle strategie dell’incoraggiamento. Tali strumenti terapeutici devono essere modulati a seconda del contesto, della persona, delle finalità e del tipo di struttura sanitaria (Pronto soccorso, reparti ospedalieri, residenze per anziani, ecc.).

Le Relazioni d’Aiuto fra “tecnica e arte” pongono inoltre una distinzione tra il *come fare*, (procedure di apprendimento tecnico-metodologico) e il *fare come* (procedure di esperienza congeniale identificatorie). Si sottolinea che tutte le professioni che implicano aiuto hanno anche componenti attinenti al Sé creativo [135].

4) La formazione legata all’*eredità delle Scuole di Psicologia Individuale* si può esprimere nelle molteplici forme delle Relazioni d’Aiuto, sia a livello teorico-metodologica (il come fare), sia nell’utilizzare il Sé creativo (il fare come). Il rapporto tra formante e formato vivifica quella che sarà la Relazione d’Aiuto, che è un apprendimento non basato soltanto su codici, ma pure su procedure esperienziali, rielaborate nel corso sia di una *formazione ricorrente/permanente*.

In questo periodo particolare di *Epidemia da Coronavirus*, l’*adleriano modello di rete (quale rete di modelli)* trova, nei contesti teorico-pratici delle Relazioni d’Aiuto, un’ulteriore area applicativa, attraverso nuove professionalità: apertura all’informazione, al tutoraggio; e dagli interventi d’aiuto strutturati alle valutazioni complessive diagnostiche (Par. III, IV, V).

## B) *Disambiguazione*

1) La *disambiguazione* delle parole implica un procedimento mediante il quale si specifica il significato nell’ambito di un contesto, di una locuzione polisemica, che può assumere accezioni diverse (qui riferibile alle Relazioni di Aiuto nella Pandemia di Coronavirus).

2) La situazione attuale causata dall’epidemia del Covid-19 ha posto in risalto una dimensione acuta e collettiva sia con *specificità* sia con *generalizzazioni* (protocolli di intervento sull’isolamento, contenimento in aree rosse, sofferenze delle fasce delle età evolutive ed involutive, etc.).

Si sono differenziate aree riguardanti le caratteristiche dell’utenza di nuovi servizi (strutture di terapie intensive) e pure le modalità di intervento consolidate [120].

La *crisi emergenziale* si connota essenzialmente fra tensione psicologica e problemi “di vita” che si influenzano reciprocamente in modo tale che gli interventi si caratterizzano con *approcci multipli*, giacché le persone, spesso, non *presentano solo urgenze mediche*. Infatti sono da tenere distinte l’*emergenza*, legata spesso a situazioni

di disagio o disadattamento complessivo, e l'*urgenza*, che comporta soprattutto una sofferenza psichica che richiede una risposta psicologica e terapeutica peculiare. Inoltre sono molte le ripercussioni che possono condurre a trasformazioni individuali, di lavoro, economiche, di instabilità affettive, eccetera [120].

3) La *crisi* si connota essenzialmente come un intreccio fra tensione psicologica e quei problemi “di vita”, che si combinano a fattori e si influenzano reciprocamente. L'intervento di crisi si caratterizza, quindi, come una modalità di approccio particolarmente adatta al trattamento psicologico di persone con manifestazioni di urgenza medica e come una modalità di intervento legata a orientamenti culturali e sociali che valorizzano le possibilità di interventi interprofessionali.

Nell'approccio all'*urgenza* in situazione psichiatrica acuta, il concetto di crisi emotiva si rivela particolarmente utile da un punto di vista diagnostico, prognostico e terapeutico, permettendo una più chiara delimitazione, in cui vi è in primo piano la sensazione soggettiva di impotenza che vive il paziente, e consentendo una distinzione tra *urgenza ed emergenza*. Quest'ultima è legata spesso più a situazioni di disagio o disadattamento sociale, mentre soltanto l'*urgenza* comporta soprattutto una sofferenza psichica individuale [29, 91].

4) L'importanza di una validazione e di un trattamento precoce non deve portare ad agire nell'immediato, senza prima aver valutato complessivamente l'emergenza. Non si devono trascurare i problemi strutturali presenti nelle persone (aspetti che richiedono altri metodi e altri tempi). Deve essere un impegno di chi affronta l'emergenza evitare che un disagio si affermi, onde prevenire un eventuale ricovero; quando invece questo sia indispensabile, v'è la necessità *urgente* di attuarlo nel modo terapeutico appropriato.

I temi dell'emergenza/urgenza in Pandemia comportano anche una *pluralità di interventi*: farmacologici, assistenziali, sociali, psicoterapeutici, ma trovano la loro specifica identità nella comprensione della condizione psico-somatica-sociale dell'individuo acutamente sofferente, per poter su questo intervenire “*a rete*” e modulare le risposte.

5) *Le situazioni di rischio* attengono a periodi di transizione con tipologie differenti (adolescenza, pensionamento, senescenza, preoccupazioni lavorative, decisioni esistenziali, ecc.) che comunque comportano operare scelte e in cui è possibile uno scompenso ideo-emotivo legato anche alle difficoltà di fronteggiare gli eventi legati allo *stress*, con riduzione di *adattamenti* positivi (Resilienza).

Queste *configurazioni concettuali* non sono utilizzati in modo concorde e univoco. Non sembra peraltro opportuno operare distinzioni, in modo scissionale, anche perché le suddette situazioni nella realtà si possono intrecciare *a rete con un'altra*.

### C) Contagi pandemici e relazionali

1) Il termine *epidemia* ricorre già nell’antica Grecia: esso designa un flagello contagioso che si abbatte su un popolo. Molte cose sono cambiate dai tempi di Ippocrate e, con l’intervento di numerose discipline, il termine ha anche assunto dei significati derivati: la medicina ha spiegato le cause e alcuni meccanismi di propagazione del flagello: *la demografia e la statistica* sono in grado di valutare l’incidenza sulla popolazione: *la storia e la sociologia* interpretano le cronache dei tempi passati e i comportamenti attuali. Tutte queste discipline hanno contribuito a creare un’immagine nuova dei contagi epidemici.

2) Un *epidemia* si verifica quando una malattia infettiva colpisce un gran numero di individui di una determinata popolazione in un arco di tempo molto breve. In questo senso l’epidemia si distingue (non sempre) dall’*endemia*, che designa invece il ripetersi di episodi morbosi in un piccolo numero di individui. L’epidemia è improvvisa, massiccia, spettacolare e temporanea, mentre l’endemia costante e passa facilmente inosservata. Si registrano le epidemie di peste o di colera, mentre l’endemia malarica viene considerata banale e normale, soprattutto tra i popoli che ne ignorano le modalità di trasmissione.

I *fattori di rischio* sono molto vari e vi sono tra gli individui “gruppi” più esposti degli altri. Il *pericolo di una mondializzazione delle epidemie* (o pandemici) ha i suoi limiti biologici, ma non per questo l’individuo può sentirsi per sempre e del tutto tranquillo: basta che mutino le condizioni climatiche di un territorio, che un *virus* modifichi una parte della propria struttura molecolare, che si trasformi in misura minima la natura chimica della membrana di un batterio, perché si possa essere colpiti da malattie fino a quel momento sconosciute. L’individuo dinanzi alla contagiosità delle epidemie che in passato ed oggi hanno minacciato la sua esistenza, ha fronteggiato tale emergenza con interventi di vario genere garantendosi la sopravvivenza.

3) Un argomento collaterale, ma di rilievo, riguarda *i contagi psicologici endemici, e talora pandemici*.

Si cita sul piano storico *Orson Wells* (1915-1985), che in uno spettacolo radiofonico nel 1938, “La guerra dei mondi” (del 30 ottobre), scatenò il panico in buona parte degli Stati Uniti, facendo credere alla popolazione di essere sotto attacco da parte dei marziani.

Un altro esempio è quello di Torino (nel 2017) in Piazza San Carlo, gremita per assistere ad una partita di calcio. Alcuni “ladruncoli”, usando degli spray a scopo di furto, hanno suscitato una *reazione di fuga* che portò a due decessi e a molti feriti.

Al riguardo si è tenuto nell’Aprile 2018 a Brescia il *XXVII Congresso Nazionale della SIPI* sul tema: *Contagi relazionali, emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale*. I contributi hanno trattato dei contagi positivi, in Socioanalisi, in contatto col paziente ed i contagi negativi relazionali [1].

## II. *Assessment*

### A) *Generalità*

Se le Relazioni d' Aiuto Adleriane in situazioni di emergenza/urgenza si rivolgono alle strategie psicoeducative di Counseling, di consultazione/Liaison, e psicologico/psichiatriche, la valutazione complessiva, *assessment*, dovrebbe essere riferibile alle professionalità delle discipline di riferimento.

Mentre la Consultazione di Liaison (Par. IV C) e la valutazione psichiatrica (Par. IV D, E, F) assumono le caratteristiche di emergenza/urgenza, le altre strategie (Psicopedagogica e Counseling, Par. V e IV B, C) possono essere “emergenti” ma di solito non sono urgenti.

### B) *Quadri sintomatologici*

In un periodo di emergenza come questo, specie in riferimento alle varie Relazioni d' Aiuto, la valutazione diagnostica complessiva clinica facilita la comunicazione e il trattamento; nella ricerca organizza il pensiero e il campione; *nelle politiche sanitarie* rappresenta elementi concettuali di confronto e di riferimento.

La “diagnosi” non è un’etichetta, ma anche un processo interpersonale dinamico talora che dà senso alla relazione prepara l’approccio terapeutico. Difatti la valutazione può essere *categoriale, dimensionale, dinamico strutturale e socio culturale* [133].

Lo strumento diagnostico specie in emergenza dovrebbe favorire lo sviluppo della capacità di osservare e ascoltare i pazienti, per poi trarne deduzioni significative onde migliorare le “Relazioni d' Aiuto”.

Il racconto del paziente (ed eventualmente dei familiari e dei medici e psicologici clinici) si intreccia alle notizie anamnestiche, ai test psicologici, ai dati di laboratorio: sono le fonti che organizzano il quadro diagnostico dotato di senso. La sintomatologia in emergenza può avere infatti significati diversi e, per arrivare a una diagnosi valida e utile, devono essere utilizzate la specificità del contesto e la storia di vita (anamnesi) del singolo assistito.

I vari codici e manuali diagnostici (ICD-10, DSM-5, PDM-2) [117] suppongono di allargare gli orizzonti nell’approccio diagnostico affrontando le problematiche delle “*nomenclature delle neuroscienze*”, *della psicopatologia in evoluzione, dei disturbi mentali, dell’influenza della cultura*.

Se il *focus* sono i disturbi da shock emergenziale, oppure una consultazione in struttura medico-dinamica, o ancora psicoterapia d’urgenza, tali contesti sottolineano *i limiti e le difficoltà diagnostiche*, dal momento che i disturbi psicologici tendono a distribuirsi lungo uno *spettro di gravità* che possono alterare la prevalenza di una diagnosi complessiva. Per esempio, un *disturbo acuto da stress e post traumatico emergenziale* potrebbe essere inserito in un *contesto clinico*. Si può mettere in discussione l’utilità

di separare fenomeni urgenti da un contesto clinico precedente, giacché si scompongono in co-diagnosi di sindromi diverse definite da insiemi di criteri diversi [121]. Peraltro giungere ad una *diagnosi congetturale* è compatibile col quadro sintomatologico emergenziale, che è il contesto fondamentale per affrontare una situazione psicologica clinica, che talora presenta un’urgenza (per esempio nell’individuo *che minaccia il suicidio* [161]).

Per una comprensione funzionale i codici più appropriati sono quelli educazionali psicologici, neurologici, socio culturali. Si può intravedere le complesse interazioni tra questi approcci valutativi, che non precipitano in *tendenze riduzionistiche* [145] né in “*evitamenti diagnostici*”. Una delle complessità cliniche dell’emergenze [22] sta appunto nell’osservare, ascoltare, inferire, ordinare, categorizzare e anche dimensionare la situazione di emergenza: sono le attività valutative diagnostiche i primi passi dell’impresa diagnostica che potrà essere completata in tempi successivi.

Senza un sistema di riferimento che ordini ed etichetti la sintomatologia emergente, gli operatori specialisti non potrebbero comunicare tra loro e non potrebbero attuare le Relazioni d’Aiuto.

Nel modello bio-psico-sociale [66] che stabilisce un sistema diagnostico affidabile e condiviso, si è cercato i modi di trovare un accordo tra le diverse discipline e di mettere in relazione la classificazione con quella della sezione sui disturbi mentali della decima edizione della Classificazione, anche non uguali e sempre in evoluzione.

Gli ideali diagnostici creano molte problematiche sia sotto il problema empirico che scientifico. Oltre alle difficoltà pragmatiche, va affrontato infatti il tipo di conoscenze che possono essere ottenute dai diagnostici e ricercatori che elaborano definizioni operative delle diverse problematiche mentali, comportamentali, psicodinamiche, culturali [22].

### C) *Valutazione Clinica*

Il cammino prognostico non è lineare. L’oggetto di indagine, la persona di cui bisogna fare la *prognosi in emergenza*, è un soggetto che costruisce attivamente se stesso e plasma il proprio stile individuale, interpersonale e socio-culturale. Le competenze degli specialisti, sono parte integrante della situazione emergenziale, ma essi dovrebbero entrare in contatto con il mondo interno dell’assistito, anche se l’astenersi in un’urgenza è una regola prudenziale.

La linearità di un approccio “oggettivante” diventa quindi più problematica, quando si prende in considerazione l’influenza del contesto storico, degli individui che hanno subito uno shock recente o una perdita affettiva e che vengono accolti in un *pronto soccorso* o in una *struttura ospedaliera* o ancora sono *ospiti in una RAS* e presentano uno scompenso clinico da Coronavirus.

Un sistema valutativo (diagnostico-prognostico), specie nelle situazioni di emergenza, segue criteri di classificazione per migliorare la comunicazione tra operatori. Un approccio delle Relazioni di aiuto terapeutiche può essere completato nel percorso del trattamento [113].

### III. *Argomenti propedeutici agli interventi in emergenza*

#### A) *Generalità*

1) Le situazioni che si stanno realizzando in questo periodo di emergenza hanno ripercussioni bio-psico-sociali, non solo sui singoli individui, ma pure sulle famiglie. Alcuni procedimenti di profilassi sanitaria, utili e necessari per tutelare la popolazione dalla diffusione del Coronavirus, per alcuni si sono rivelati come una corazza protettiva (per le goccioline contagiose), per altri hanno avuto degli effetti secondari ed anche delle controindicazioni.

#### 2) *Applicazioni cliniche.*

Gli ambiti applicativi delle Relazioni d' Aiuto Adleriane dell'emergenza sul versante clinico sono: la formazione preventiva al personale del soccorso (fase precritica), ad esempio con tecniche di Psychoeducation (PE) e Stress Inoculation Training (SIT); gli interventi immediati di supporto sulla consulenza diretta (fase peri-critica), defusing, procedure di valutazioni di approccio e di follow-up e interventi di sostegno individuali, gruppali e familiari a medio termine (fase post critica).

Gli interventi clinici si possono rivolgere ai soggetti direttamente coinvolti dall'evento critico, ai parenti o ai testimoni diretti dell'evento e ai soccorritori intervenuti sulla scena, che spesso sono esposti a situazioni di particolare drammaticità. Gli operatori dell'emergenza, per l'interazione con i processi emotivi traumatici del particolare tipo di assist con cui operano, sono più a rischio della media rispetto a possibili fenomeni di traumatizzazione vicaria e devono pertanto attuare a loro volta una serie di misure di sostegno come supervisioni esterne post-intervento.

#### B) *Problemi Prosemeici*

1) L'argomento dell'*isolamento* ormai è sulla bocca di tutti, generalmente utilizzando la locuzione anglosassone *lockdown*. Nella *Prima Fase* del Contagio è stato un precepto da osservare rigorosamente; nella *seconda fase* sono constatate delle "*controcostrizioni*", anche di massa; nella *terza fase*, quella attuale, vi sono delle regole da osservare (la misura della distanza, il metro interindividuale negli assembramenti, nei luoghi pubblici, il distanziamento degli ombrelloni sulle spiagge, eccetera).

Un approfondimento può chiarire l'importanza anche psicologica di tale procedimento.

2) Il termine inglese proxemics, in italiano *prosemica*, derivato di prossimità, è stato introdotto dall'antropologo americano Hall [85, 86]. Lo studio dello spazio individuale e interpersonale indaga il significato che viene assunto, nel comportamento sociale umano, dalla distanza che si interpone tra sé e gli altri, tra sé e gli oggetti e, più in generale, il modo di porsi nello spazio e di organizzarlo, su cui influiscono elementi di carattere etnologico e psicosociologico.

In una impostazione filosofica della fenomenologia, il riconoscimento dell'intenzionalità della coscienza conduce alla nozione di una *spazialità* umana non geometrica ma vissuta, che non può essere esplorata al di fuori del rapporto costitutivo con il mondo, giacché ha un *valore semantico* [35].

La prossimità può essere inoltre pensata in maniera *etica*, quale dimensione ontologicamente originaria e irriducibile alla semplice vicinanza spaziale di un Io con il suo Altro, si configura ancora una volta come *esistenziale*. In questo rapporto originario con l'Altro la prossimità diventa inoltre *responsabilità*, intesa come un coinvolgimento che si configura a sua volta come sostituzione, cioè come un *"essere l'uno per l'altro"*, reso possibile dall'aver l'Altro nella propria pelle cui non ci si può sottrarre essendo essa legata alla nostra stessa *corporeità* [35].

Il *lockdown* (corrispondente all'italiano "isolamento" o "blocco"), nei paesi anglosassoni è un protocollo d'emergenza che consiste nell'impedire a delle persone o a delle informazioni di lasciare una determinata area al fine di protezione e di *emergenza*.

Sulla scia degli attacchi dell'11 settembre 2001 per esempio, il governo statunitense ha utilizzato il *lockdown*, attuando un blocco di tre giorni dello spazio aereo civile nazionale.

Così come durante questa pandemia causata dal *Coronavirus* nel 2019-2020, numerosi governi nazionali hanno impiegato misure di confinamento per evitare la diffusione della malattia, bloccando sia lo spostamento dei propri cittadini dentro i confini nazionali, sia gli ingressi da paesi stranieri. Tra questi Stati, il primo ad adottare tale misura è stata la Cina (nella provincia dell'Hubei e a Wuhan), seguita poi dalla Corea del Sud e dall'Italia; poi dalla Francia, India, Spagna, alcuni stati degli Stati Uniti d'America, Malesia e Regno Unito, Brasile, India, eccetera.

Il problema della **"distanza"** in *psicoterapia* [132, 133] inerisce direttamente a quelli che sono due tra i parametri psichiatrici fondamentali: quelli del tempo e dello spazio "vissuti".

Innanzitutto per cogliere il significato e la funzione dell'individuo nello spazio, non solo è necessario riferirci allo spazio storico-esterno, in cui sono presenti condizionamenti biologici, psicologici, culturali e sociali, ma anche indirizzarci verso uno spazio vissuto e verso uno spazio mentale-interno, in cui si muovono motivazioni, rappresentazioni, emozioni, pensieri.

Il problema dello spazio è posto fra la rete *dell'interpretazione relazionale e quella intrapsichico-mentale*. Si aggiunga a questo che il problema si allarga all'intero ambiente circostante, assumendo le caratteristiche di una rete ecosistemica complessa [140]. Sicché un approccio di questo tipo può avvalersi contemporaneamente sia di un'analisi diacronica che sincrona.

La maggior parte dei processi prossemici sembra svolgersi non solo a *livello profondo* ma anche attraverso le *comunicazioni non verbali*. La rappresentazione del proprio schema corporeo, il senso dello spazio personale, l'orientamento, sono tutte informazioni che in atti vengono codificate e decodificate senza che l'individuo spesso ne sia pienamente consapevole e senza che egli le trasmetta attraverso il linguaggio verbale.

All'origine dell'uso dello spazio, sembra quindi collocarsi la *“corporeità”* [110], che gradualmente, nel corso dell'ontogenesi, si espande oltre i confini del corpo stesso, inteso come unità psicosomatica ed anche sociale, fino a diventare una piccola, invisibile barriera di contatto tra l'individuo e la realtà esterna.

A definire la distanza personale, cioè la bolla che circonda ogni individuo [88], si è introdotto il concetto di *“Zona Cuscinetto”*, connotata come *“zona a difesa del corpo, che respinge”*. La zona cuscinetto rappresenta infatti uno strumento atto sia a difendere l'individuo da troppo ravvicinati rapporti interpersonali, sia a differenziare l'individuo dall'ambiente, sottolineandone l'identità e l'individualità. La distanza maggiore è quella che frapponiamo nei confronti di un altro che ci sta di fronte, forse a difenderci contro un pericolo di intrusione, accentuato dalla possibilità di incontrare lo sguardo dell'altro e di ricevere i segnali mimici [32].

La distanza personale sembrerebbe il precipitato di fattori individuali e meta-individuali. Il comportamento del soggetto nello spazio, rispetto ad un altro soggetto, assume in questa prospettiva il significato di *“mediatore”* o di *“modulatore”* [97], attraverso il quale l'individuo manifesta concretamente le sue modalità di approccio alla realtà. Ciò significa, in ultima analisi, considerare il comportamento nello spazio come una delle manifestazioni del processo di socializzazione e quindi legato alla sfera tanto biologica che culturale. Si ricorda qui che la posizione *“alto-basso”* era già stata proposta da Adler [4, 7].

I correlati della distanza personale possono essere suddivisi in tre grandi categorie, che si riferiscono alle caratteristiche di personalità, al contesto culturale e al sesso.

3) a) In tempi di emergenza Coronavirus il decodificare della fenomenica psicopatologica in chiave di *“distanza”* sarebbe forzoso; più corretto sembrerebbe il riferimento a *“situazioni fobogene di pericolo”*, dinamicamente intese.

La funzione e la genesi della *“zona cuscinetto”* può cercare di cogliere alcuni spunti in tema di psicopatologia dinamica e di psicoterapia circa la *comunicazione non verbale*. Questo campo intermedio è il campo dell'illusione, di cui l'individuo non deve giu-

stificare l'appartenenza né alla realtà interna, né alla realtà esterna e condivisa e che costituirebbe una delle esperienze più importanti.

Il comportamento spaziale inoltre risente di tutti quegli "accidenti" che riguardano sia la situazione globale in cui si svolge l'azione, sia le caratteristiche dello stimolo, cioè dell'"altro" o della "situazione" cui "avvicinarsi" e/o "allontanarsi".

b) La necessità di mantenere tale zona come *strumento di protezione*, come in questa emergenza, si rischia di serrare la persona in un *atteggiamento difensivo*, che accentua misure più rigide e relazioni più statiche. È ciò che si registra nei tempi di *emergenza*.

4) La prossemica si riferisce ad una vasta area non solo protettiva o troppo rigida nel tempo del Coronavirus, ma riguarda anche la *distanza fra psicoterapeuta e paziente*, che inerisce la "*relazione terapeutica*". Qui la "*zona cuscinetto*" *dell'analista* e la *zona cuscinetto dell'analizzando* si giocano nel setting con modalità talora ritualizzate, ma che riportano l'incontro profondo, le mediazioni e le modulazioni culturali, la dinamica degli spazi vissuti.

Questo argomento, di cui ci si occuperà successivamente (Par. IV), riguarda anche le resistenze limitanti la zona cuscinetto, della loro regolazione che può indurre o meno *all'insight*, *al cambiamento* e quindi ai molteplici percorsi della relazione psicoterapeutica. Ed è per tali problematiche che la *Psicoterapia Online* si differenzia dalla *psicoterapia interindividuale*.

Secondo le Relazioni d'Aiuto Adleriane, nelle *crisi di emergenza/urgenza la distanza è più ravvicinata quando vi è una empatia incoraggiante* [62, 141] (Par. III, C, D).

### C) *L'empatia*

L'*empatia* sembra riscoprire oggi un periodo di notevole interesse. Oltre agli studi su basi biologiche e neurofisiologiche, la psicologia, l'estetica e la filosofia (Stein) tornano a darne un rilievo. L'*empatia* ci consente di mettere al centro della nostra esperienza una delle realtà più importanti: la scoperta dell'esistenza dell'Altro [31]. *Sentire l'Altro* non è una conseguenza automatica del nostro vivere in un contesto sociale, presuppone una modulazione del rapporto tra corpo, emozioni, mente. Su questa base diventa possibile la "creazione" di sentimenti, come l'amicizia, l'amore, l'aiuto, il rispetto, la fiducia, la cura, l'ammirazione: sentimento che ognuno di noi ha bisogno di *coltivare nel periodo dell'emergenza*.

La capacità di sentire l'Altro è parte del nostro essere umani [54]. Nello studio sulla "*Critica della ragione empatica*" [54] si sottolinea che l'*empatia* è un dato fondamentale della natura umana, che possiamo attivare, disattivare o modulare. Molti studi hanno considerato l'*empatia* come una capacità da implementare le relazioni intersoggettive o come uno strumento terapeutico contro l'egoismo o migliorativo nel rapporto relazionale; qualcuno è arrivato a definirla addirittura come l'unico antidoto contro la *crudeltà* [54].

Nell'uso quotidiano del termine, se qualcuno si riferisce a noi definendoci «tipo molto empatici», tendiamo a prendere le sue parole come il riconoscimento di una nostra spiccata sensibilità e di un nostro altruistico interesse verso l'altro [54].

Talora invece, specie nelle situazioni di *emergenza/urgenza*, pur non essendo una precondizione fondamentale della nostra vita etica, l'empatia non è necessariamente alleata né dell'altruismo, né di una concezione a favore di un'eguaglianza tra gli individui, nei diritti e nei doveri. Anzi, l'empatia rischia di spingerci a essere parziali: la difesa del «noi» *contro* «gli altri» è spesso condotta attraverso l'uso di dinamiche empatiche, può essere una alleata della *crudeltà*.

Benché una concezione stratificata illumini e chiarisca il ruolo dell'empatia nella riflessione sulla *patologia psichica*, nella *terapia*, consente l'impiego di strategie diverse di relazione. L'empatia non è solo quella che il terapeuta mette in campo con l'altro sofferente; anche l'assistito, a sua volta, ha la capacità empatica può andare in crisi o dimostrarsi inadeguata o insufficiente [145, 156].

#### D) *Tecniche di Intervento*

Interpretazioni, smascheramento delle finzioni, analisi dei sogni e revisione dello Stile di Vita sono comprese nella comunicazione terapeutica, ma vengono spesso intenzionalmente non utilizzate nelle situazioni di crisi di emergenza e di urgenza. Le compensazioni positive, la “disclosure appropriata, l'aiuto incoraggiante vanno comunque recuperate da parte del terapeuta nell'ambito dei suoi significati profondi e nella sua continuità dinamico-strutturale [142].

### IV. *Alcune strategie di trattamento*

#### A) *Generalità*

1) I fenomeni catastrofici legati a rapide trasformazioni ecologiche sono in continuo aumento nel mondo; nel 2009 le fonti internazionali hanno registrato 335 disastri naturali che hanno coinvolto oltre 100 milioni di persone in 111 Paesi del mondo. Alfred Adler, attraverso la sua vita e le sue opere in psicologia dell'emergenza, applica *interventi psicosociali*: una prassi che tiene in considerazione primaria gli elementi che si riferiscono al contesto ambientale, alla fitta rete di relazioni tra le persone, alla dimensione sociale.

Le Relazioni d'Aiuto Adleriane nelle situazioni di emergenza/urgenza si incrociano: come ad esempio negli interventi di *consultazione in una struttura ospedaliera* ove lo specialista clinico deve effettuare un colloquio presso un reparto di Medicina e Chirurgia. È importante che ci si interroghi sull'argomento per attuare un insieme di pratiche e di conoscenze utili a comprendere e a sostenere gli individui e la colletti-

vità, che fronteggiano eventi potenzialmente distruttivi, prima, durante e dopo il loro manifestarsi [47].

In questi casi, una valutazione complessiva spesso è necessario ed urgente un intervento terapeutico (con una prescrizione farmacologica), oppure un trattamento *breve* psicoterapeutico e pure raramente un provvedimento in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO).

Il modello teorico-pratico della Psicologia Individuale (in accordo con gli orientamenti in evoluzione) può essere utilizzato variamente nelle *"situazioni di crisi"*, anche supportato dal Pronto Soccorso Psicologico (di recente realizzazione).

Gli interrogativi che si pongono nelle emergenze sono questi: quale intervento si deve optare e per quale assistito?

L'obiettivo prioritario è soccorrere l'individuo che sta soffrendo, cercando di comprendere il contesto in cui è maturata la richiesta d'aiuto, e di valutare diagnosticamente se la situazione richieda un intervento urgente; altrimenti il trattamento può essere psicoeducazionale, di counseling, di liaison o psicoterapeutico.

Dopo il *colloquio iniziale* vi sono diversi elementi nelle Relazioni d'Aiuto Adleriane che possono facilitare il tipo di alleanza terapeutica [139]. È corretto regolare la distanza, il tempo, il clima empatico, e le competenze. Ciò consente di individuare i bisogni dell'assistito, di cogliere le emozioni che esprime, con un atteggiamento di sostegno incoraggiante. Questi interventi, anche brevi e psicoterapeutici, non vanno confusi con le Psicoterapie brevi strutturate [66, 69, 119].

Peraltro va considerato che vengano disposti *ulteriori colloqui di approfondimento e di supporto*, che possano aiutare l'assistito ad uscire dalla situazione di emergenza. Si può anche ventilare la prospettiva di appoggio ad un altro specialista per una eventuale psicoterapia breve strutturata o per ulteriori percorsi di trattamento.

Ciò detto si sottolinea che l'uso di alcuni strumenti psicodinamici nella conduzione dell'intervento sulla crisi emergenziale ha prevalentemente la funzione di una *chiave di lettura*, in quanto non si possono applicare i fattori di pertinenza della psicoterapia strutturale (quali l'interpretazione di conflitti profondi, o l'analisi del transfert).

*L'intervento sull'emergenza*, specie se acuta, può prolungarsi non più di 6-8 settimane tra il primo colloquio e la conclusione. L'obiettivo minimale di questi interventi è quello di ristabilire le condizioni di equilibrio precedenti alla crisi, rendendo consapevole l'individuo che quel vissuto di sofferenza può anche essere considerato un miglioramento dello *Stile di Vita*.

Superata la *"burrasca"*, qualora l'individuo presenti una chiara indicazione ad un lavoro psicoterapeutico, questa opportunità può venire prospettata al paziente, lasciando trascorrere un intervallo di tempo appropriato prima di organizzare ulteriori interventi.

Un colloquio di *follow-up* a circa tre mesi dall'emergenza dovrebbe venire prospettato agli assistiti durante la crisi: oltre a costituire un punto di riferimento, questo lasso di tempo, come già detto, permette di riconsiderare con maggiore serenità, consapevolezza e utilità, ulteriori interventi terapeutici [120, 144].

2) Ambiti applicativi della *psicologia dell'emergenza* sono ad esempio: la formazione preventiva al personale del soccorso (fase pre-critica); gli interventi immediati di supporto e consulenza (fase peri-critica). Gli eventuali interventi di sostegno a medio termine (fase post-critica) si possono consigliare a soggetti direttamente coinvolti dall'evento critico, a parenti e/o testimoni diretti dell'evento, e ai soccorritori intervenuti sulla scena, che spesso sono coinvolti in situazioni di particolare drammaticità [18]. Gran parte dell'iniziale attività di sviluppo della Psicologia dell'Emergenza Italiana è dalla "**protezione civile**", sia nella cooperazione internazionale, nonché dalle Associazioni di volontariato.

Le *ripercussioni socio-economiche* possono in un secondo tempo provocare profonde trasformazioni sociali, lavorative, oltreché l'instabilità delle relazioni affettive. Questo accade soprattutto a persone che hanno una struttura di base con una bassa soglia di tolleranza verso la frustrazione e il cambiamento. È in questo senso che bisogna attuare una *Profilassi alle emergenze*.

Se le condizioni dell'assistito non richiedono un immediato intervento medico, è possibile procedere ad un'intervista iniziale che, pur non essendo un esame psichico completo, lasci ampio spazio per una disposizione all'ascolto da parte dello specialista adleriano.

È necessario ricostruire le vicende più recenti e stabilire se vi siano eventi che nella situazione di emergenza abbiano precipitato in soggetto in una crisi.

La partecipazione immedesimativa all'esperienza dell'emergenza deve comprendere: sia un *atteggiamento empatico* che consente di individuare i bisogni immediati dell'assistito, sia un *atteggiamento di incoraggiamento*.

Vi sono diversi elementi nelle Relazioni di Aiuto Adleriane che possono facilitare lo stabilirsi di un'*alleanza*: la distanza corretta e il tempo disponibile, devono essere idonei ad instaurare un clima interpersonale già dal primo colloquio. È perciò che le situazioni di emergenza vanno indirizzate verso un percorso appropriato di Relazioni di Aiuto.

## B) *Interventi educazionali*

1) Nell'emergenza del Coronavirus, gli *aspetti educazionali* hanno un'importanza notevole: sia in rapporto all'informazione medica (virologhi, infettivologi, epidemiologi) rispetto ai cittadini, ad intere popolazioni, specie nelle "cosiddette *Rosse*", sia in rapporto alla sospensione di molte attività religiose, lavorative, culturali, *aree* scolastiche e pure ludiche.

Il focus educativo è necessario per rispettare le *regole* emanate dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), dai Governi Nazionali e, in Italia, dagli Assessori Regionali Competenti, nonché dai Sindaci.

Ciò ha permesso una riduzione dei *contagi* in relazione al *distanziamento* (lockdown) (Par. II, Par. I C), alle *mascherine e ai guanti* (per molti quasi un bavaglio) e all'*obbligo di residenza nelle proprie stanze*.

Queste *regole preventive educazionali* sono state arricchite dai *bollettini* televisivi sull'andamento (anche a livello informativo globale sulla pandemia), rafforzando una *tipologia educativa* che deve proseguire dopo la fase I e la fase II, sperando che la fase III (la normalizzazione) continui.

Alcune ripercussioni si stanno stabilizzando con modificazioni di comportamenti psicologici interindividuali (lavorativi, sociali, di salute, culturali) a tutti ben noti.

2) La Relazione d' Aiuto educativa affida i suoi strumenti metodologici da un lato alle conoscenze psicologiche e dall'altro, come tecnica dell'istruzione, alle progettazioni e al controllo che via via elabora e sperimenta. Il riferimento ai diversi ambiti psicologici decide la diversa accentuazione dell'impostazione educativa con conseguente variazione di programmi che si attengono a diversi orientamenti promossi.

*Nell'intervento educativo sull'emergenza* si invita l'assistito a compiere in prima persona un bilancio della situazione, cercando di far venire a galla le istanze maturative che avevano avuto importanza nel determinare l'*emergenza/crisi*, ed evidenziando le acquisizioni positive che il superamento della crisi comporta.

L'intervento si considera migliorativo quando il soggetto riacquista un sufficiente senso di padronanza e di equilibrio più strutturato.

Gli interventi dei *programmi educazionali in emergenza di Coronavirus* sono attuali per coloro che supportano l'assistito nel trasmettere informazione, fornire un razionale all'uso dei farmaci, ridurre lo stress e la paura, dare dei suggerimenti pratici sulle modalità di gestione degli atteggiamenti emotivi per modificare favorevolmente il decorso dall'emergenza del soggetto [119].

### C) *Counseling*

1) Questo tipo di Relazione d' Aiuto permette agli assistiti di focalizzare le "radici" della loro difficoltà emergente. È pertanto utile un'adeguata *analisi della domanda* al fine di chiarire le aspettative del richiedente.

Classicamente la funzione di questo tipo di relazione di aiuto è quello di chiarire la consapevolezza dell'assistito delle sue scelte e per il percorso che intende intraprendere, accompagnandolo verso la soluzione che meglio risponde ai suoi bisogni. In tal senso la *relazione di aiuto telefonica o digitalizzata* (Par. V B) sostiene l'individuo nel chiarire ed elaborare le difficoltà presentate.

2) *La capacità di ascoltare* è una delle caratteristiche richieste al counselor; si tratta di saper cogliere il significato (di contenuto e di emozione) di ciò che viene detto, interessandosi all'assistito in un'interazione di messaggi che non passano semplicemente da una parte all'altra, ma ognuno dei due interlocutori è contemporaneamente mittente e ricevente nella comunicazione.

3) Una metodologia particolare di interazione fra persona "aiutante" e persona "aiutata" è il *colloquio d'aiuto* [127]. Alla base del colloquio c'è il costrutto che "se una persona si trova in difficoltà il miglior modo di aiutarla non è quello di dirgli cosa fare, quanto piuttosto di invitarla a *comprendere la sua situazione* e a gestire il suo problema prendendo da sola e pienamente la responsabilità delle scelte eventuali". L'aiuto consiste nel rendere possibile una riattivazione o riorganizzazione delle risorse originarie *evitando una serie di strategie*, che spesso compaiono nelle *relazioni fra "aiutante" e "aiutato"*: quali ad esempio dare consigli, fornire informazioni, esprimere giudizi morali, ecc..

*Il modello di counseling sociopsicologico* è basato sui principi della salute pubblica, piuttosto che sul prototipo clinico tradizionale. I *Centri di Consultazione d'Urgenza (CCU)* si distinguono dalla tradizionale psichiatria clinica e adottano i principi dell'urgenza, della disponibilità e dell'orientamento comunitario [157].

In tale concezione la *consulenza d'urgenza* deriva dal corpus di conoscenze, e, oltre ad offrire un contatto diretto all'utente, adempie ad altre funzioni. Può costituire, ad esempio, il legame fra la comunità, il dipartimento psichiatrico, offrendo consulenze per appuntamento con enti religiosi. Inoltre i CCU sono aperti per consultazioni urgenti agli assistenti sociali locali, agli enti esecutori della legge e ad altro personale che richiede informazioni di salute mentale. Tale collaborazione è conforme ai principi della *psicologia preventiva*, aiutando a diffondere i principi dell'igiene mentale, della supervisione, del trattamento e degli interventi nelle strutture adeguate. Il Centro offre una continuità del servizio che tende ad abbassare il numero dei ricoveri ospedalieri e dei rifiuti di assistenza.

Vi è un'importante eccezione che riguarda la possibilità di intervenire, anche in senso interpretativo, quando è necessario modificare dei meccanismi di difesa, quali la negazione o la proiezione. L'uso di tali dinamismi può essere considerato appropriato al momento del primo contatto, quando il paziente teme di essere sopraffatto dalla situazione emergenziale. Ciò va inizialmente contenuto, in quanto non avrebbe senso privare il paziente di uno strumento difensivo prima che si sia strutturata una relazione terapeutica.

4) L'intervento si considera concluso quando si può osservare che l'individuo, oltre ad aver superato la crisi, ha acquisito una migliore conoscenza delle sue modalità di affrontare le difficoltà e ha sperimentato che la relazione ed il rapporto con il counselor

possono aiutarlo a contenere e mentalizzare le sofferenze che l’esistenza comporta. Il counseling *nell’area dell’emergenza/crisi/urgenza nella Relazione d’Aiuto* ha assunto un’importanza ed uno sviluppo sempre più rilevante, in questo tempo di epidemia. Sicché la richiesta di intervento urgente si impone a vario titolo per un numero più o meno ampio di persone [119], che presentano “una situazione acuta e seria che richiede un intervento di counseling immediato”.

5) *Il counseling adleriano* [56] (si differenzia dal colloquio di aiuto di Rogers) definisce una qualificata attività di consulenza, con specifici compiti ed una metodologia di informazioni, che si realizza in genere *nei centri consultoriali*. Il counseling (sebbene attualmente non sia ancora riferibile ad un Ordine Professionale) è orientato a processi di salute, igiene mentale ed *empowerment*, ma non a disturbi psicopatologici clinici disfunzionali [56]. In Italia l’attività di counseling è in genere svolta da uno psicologo clinico come pratica della propria professione modulata verso il *counseling terapeutico*.

Il “*counselor*” trova le indicazioni e le aree di intervento sul singolo, sulla coppia, sulla famiglia ed anche in talune istituzioni (scuole, collegi, comunità) che presentino problematiche a livello psicologico di dinamica di gruppo.

Il counselor adleriano è consapevole del proprio contro-atteggiamento. Egli entra in Relazione d’Aiuto, in una sorta di accompagnamento psicologico, in quegli interventi che siano inseribili in una strategia dell’incoraggiamento. Il counselor, che istituzionalmente opera nei consultori familiari o sessuologici, non assume un atteggiamento direttivo e nemmeno di puro ascolto partecipante. Egli fornisce presenza psicologica in un clima di attenzione incoraggiante, in decisioni particolari, quali possono verificarsi ad esempio in taluni conflitti del rapporto di coppia.

*Il Counseling adleriano nell’emergenza è un intervento di supporto* nei confronti di individui con problematiche di varia natura (relazionali, perdita del lavoro o anche malattie) diretto alla chiarificazione delle difficoltà di adattamento, cercando di focalizzare le capacità di reazione, di prendere decisioni, o del *miglioramento delle relazioni* (rispetto alla coppia, alla famiglia, alla scuola, al lavoro).

*Nell’emergenza del Covid-19* la consulenza è in genere effettuata da uno Psicologo Clinico e può rivolgersi sia ai familiari che all’assistito, chiarendo con un colloquio quelli che potrebbero essere i provvedimenti sia di isolamento sia di eventuali atti medici (es. tamponi), sia di ricovero in strutture pertinenti.

Il counselor dovrebbe favorire lo *stile comunicativo*, attraverso una consapevolezza e una rielaborazione a livello degli aspetti “reali”, delle relazioni psico-sociali, nelle situazioni di emergenza (anche sanitarie).

Il *counseling adleriano* è quindi un intervento, solitamente breve e con obiettivi focalizzati, rivolto alla promozione del benessere, diretto a quelle situazioni che necessitano di svolgere un percorso mirato su una specifica area della propria vita o su un

particolare problema. Nel caso delle *emergenze psicopatologiche* il counselor può indirizzare l'assistito ad un professionista o ad una struttura competente per eventuali percorsi psicoterapeutici.

#### D) *Consultazione di Liaison*

1) Queste Relazioni Terapeutiche nascono come un'area di applicazione della psichiatria che si rivolge ai pazienti con un disagio o disturbo psichico ricoverati nei Reparti *non* psichiatrici dell'Ospedale Generale. Mediamente il 30-60% della popolazione ospedaliera presenta una qualche forma di disagio psichico [119, 151].

Gli interventi di *Liaison* si propongono come *sub-specialità* della psichiatria, in virtù delle peculiarità cliniche ed organizzative, volte anche a favorire *l'interazione tra le diverse branche specialistiche*: in questo senso, la Psichiatria di Liaison una "*meta-specialità*" [126].

Nella *Liaison in emergenza*, alcune tematiche riguardano la richiesta di una migliore "qualità e quantità globali delle prestazioni". Ciò comporta: un corretto rapporto tra assistiti e curanti; una costante valutazione delle qualità della vita dei pazienti (rispetto a una serie di parametri oggettivi (bio-medici) e soggettivi (psicologici-valoriali); una seria attenzione alle sindromi da logoramento, ad esempio al *burn-out del personale sanitario*. Inoltre, nel momento in cui si attua una consultazione specialistica, specie in una emergenza, la valutazione degli indici di predittività (circa la diagnosi, la prognosi e le terapie prescritte), la Liaison può utilizzare quale strumento preliminare la cartella clinica, che coinvolge poli-centricamente sia i *curanti* che le *strutture*.

2) Mentre la *menaged care* accorcia i tempi di degenza, una maggiore consapevolezza dei *disturbi psichici in malattie somatiche* o di sindromi fisici senza facile spiegazione medica, sottolinea l'importanza dell'impiego di cure psicofarmacologiche correlate agli interventi psicoterapeutici, nell'ambito di una "Relazione d'Aiuto" che coinvolga direttamente l'assistito, i sanitari e anche i familiari.

Questa strategia spesso è attuata anche *nell'emergenza Coronavirus*, nonostante il rischio di contagiosità reciproca.

L'approccio di Collegamento Liaison Psichiatrico *bio-psico-sociale* deve essere rispettoso delle differenze tra individui e gruppi, specie nelle *emergenze epidemiologiche*. La valutazione dell'orientamento individuale deve considerare il mondo dei significati del soggetto rispetto all'evento morboso, al modo di essere dell'assistito, alle implicazioni in una struttura di ricovero ospedaliero (ad esempio riguardo alla privacy, al consenso informato, alle strategie terapeutiche).

La *valutazione diagnostica complessiva* (Par. II) è in rapporto alle risorse medico-chirurgica e deve quindi essere recepita, specie in situazioni particolari (pandemia, catastrofi naturali, massicci e rapidi movimenti immigratori, malattie che minacciano la vita) [136, 151].

La depressione, l’ansia, le regressioni psicologiche, la perdita di familiari, la solitudine, sono *momenti di crisi* ove le modalità di procedere di un’esistenza sono messe a dura prova, riaccendendo ambiguità, creando timori decisionali, portando a uno *smarrimento etico-valoriale*, specie se tutto ciò succede durante ricoveri in *Strutture ospedaliere* o nelle RAS.

*Una Relazione d’Aiuto* di Consultazione di Liaison nella pratica clinica attiene pure alle motivazioni e alle competenze dell’intero gruppo curante nei diversi contesti e setting operativi. Le difficoltà legate a ruoli, tempi, contesti di visita, incombenze assistenziali devono essere elaborate grazie a un *collegamento* a rete che permette interventi adeguati [136].

3) I *trattamenti di Liaison* sono in genere effettuati sotto *due forme di Consultazione*: la *prima* che consiste nell’attesa di richieste da parte dell’équipe curante; la *seconda* con una connotazione “attiva”, che estende gli interventi all’intero staff, con una funzione più generale di supervisione, non solo diagnostica, ma pure terapeutica. I *colloqui psicoterapeutici urgenti, brevi, focali* [27] rientrano spesso nei servizi di Pronto Soccorso di un Ospedale Generale oppure in un servizio di Collegamento-Liaison [16, 126-128, 229] e hanno ormai tradizioni consolidate (ad esempio nei servizi di *Dietologia e Nutrizione Clinica*, di *Oncologia*, di *Dermatologia*, di *Chirurgia della mammella*, di *Anestesia, eccetera*).

Nell’ambito di tale *rete* la funzione della *Psicoterapia Adleriana di Liaison* è polimorfa. Essa è improntata ad alcuni punti di riferimento di base, variamente associati fra di loro. Fra questi si enumerano:

- La necessità di supporto immediato nei casi urgenti (es. tentativi di suicidio);
- I bisogni e le motivazioni individuali nelle malattie che minacciano la vita;
- Gli interventi nelle “situazioni di crisi”, ad esempio prima e dopo particolari tipi di operazione chirurgica;
- I *colloqui psicoterapeutici*, che sono scanditi programmaticamente nel tempo e non sono da confondere con le “*Psicoterapie brevi*” [66, 68-70, 137] (Par. IV D, E, F).
- Nelle emergenze/urgenze degli interventi di Liaison, le *aree di passaggio* non solo fra interventi orientati in senso psicologico-dinamico, quelli cognitivi-comportamentali o umanistico-esistenziali si rifanno a paradigmi collaudati [92].

Tutto ciò va effettuato, ma in clima di contenimento dell’ansia e di incoraggiamento non solo rivolto al paziente, ma anche ai familiari.

Inoltre occorre tenere presente la qualificazione delle *diverse professionalità* delle strutture in cui si effettuano i trattamenti (Pronto soccorso, chirurgico, ortopedico, oncologico).

La complessità della Liaison è ancora più rilevante in un contesto di *intervento emergente/urgente nel tempo del Coronavirus*, giacché tale situazione presuppone un percorso continuamente confrontato rispetto ai *vari setting* utilizzati con regole talora

non prevedibili (esempio è necessario utilizzare le protezioni non solo con le mascherine, ma con tute e guanti durante i colloqui).

4) In questo senso sembra che il “*modello di rete*” nelle Relazioni d’Aiuto Adleriane di Liaison permetta *colloqui psicoterapeutici* sia nell’Ospedale Generale, sia in altri contesti, articolati nel radicamento di metodiche e di operatività differenti [147].

Rifacendosi anche al contributo di Ferrero [69] circa “*L’Orientamento tecnico della psicoterapia adleriana*” (Par. IV A) nelle *situazioni d’emergenza* e di Liaison, è fondamentale:

- Evitare un collage eclettico tra gli aspetti segnalati.
- Facilitare sia i legami tra diverse prassi operative e quindi tra funzioni a queste inerenti, sia con gli strumenti a cui tali funzioni sono rivolte (Psicofarmacologici, eccezionalmente con T.S.O. con trattamenti focali individuali, relazionali, strutturali-istituzionali).
- Proporre un quadro di riferimento costante e critico, in cui sia presente la gravidanza variabile dei nodi ed il significato del legame tra gli stessi.
- Commensurare il diverso linguaggio biomedico e socio sanitario con quello psicologico-clinico.

5) I *trattamenti di Liaison* sono usati nelle situazioni di emergenza. Non sono basati sul consigliare, come nel senso stretto il termine potrebbe suggerire, ma si costituiscono quali *interventi di “accoglimento”* e di accompagnamento e spesso di incoraggiamento [119].

Sulle indicazioni sulla rilevanza dei colloqui psicoterapeutici per i pazienti in ambito ospedaliero c’è ancora molto da approfondire. Alcuni resoconti relativi al trattamento di *malattie psicosomatiche* hanno una limitata applicabilità nelle situazioni clinica incontrate dagli psichiatri e psicologi clinici di consulenza-collegamento nella medicina contemporanea. L’approccio più circoscritto è stato elaborato e basato sui progressi scientifici e sulla maggiore comprensione del complesso determinante la malattia, in una matrice integrata *bio-psico-sociale* [66].

In questo ambito, i principi psicodinamici alla base del lavoro con pazienti malati dal punto di vista medico continuano ad avere un’utilità specifica, anche per accrescere la versatilità degli specialisti di Liaison. I tentativi per comprendere “il salto tra mente e corpo”, questa interazione, hanno generato ipotesi che possono essere sistematicamente studiate in ambito di *psichiatria di Liaison* e in *psichiatria di urgenza ospedaliera*. Da queste basi l’*approccio psicoterapeutico medico* è diretto un’ampia gamma di malattie e disturbi psicologici [101].

6) Tenuto conto dei *colloqui psicoterapeutici in Liaison*, *gli interventi psicoterapeutici adleriani anche in emergenza* sono definiti come quelli intenzionalmente esercitati da operatori d’aiuto con specializzazione psichiatrica o psicologia clinica e training analitico.

Attualmente alcuni ricercatori ritengono che ci siano almeno quattrocento forme di *psicoterapia* [158]. La psicoterapia, così come viene praticata oggi, non ha una definizione univoca. Gli studi sull'efficacia non sono unanimi, le metodologie, i dati e i risultati offerti appaiono [159]. In Italia si valutano oltre *cento scuole di cui cinque adleriane*.

Le variabili che influenzano l'esito di un evento morboso sono così numerose che una definizione soddisfacente della psicoterapia non è possibile.

La colorazione del trattamento è in rapporto alla personalità del terapeuta, all'ambiente in cui l'intervento si colloca, all'empatia tra i partecipanti: anche gli assunti teorici influenzano sia il processo sia il risultato.

Le psicoterapie adleriane in situazioni di emergenza sono basate sulle esperienze riferibili al modello psicodinamico anche quando non vi è disponibilità di tempo sufficiente "all'elaborazione".

La "conoscenza dell'uomo" [6] ha contribuito a riconoscere *l'unicità dell'individuo* nella struttura della personalità, in risposta allo *stress* [89], nell'uso di dinamismi di difesa, nonché nella produzione di ricordi, fantasie, desideri, sogni, pensieri e sensazioni. Nelle strategie di adattamento l'insight contribuisce in modo significativo agli interventi psicologici.

La *psicoterapia psicodinamica nella Liaison* è più incentrata sui sintomi e sul loro relativo sollievo, piuttosto che sulla ristrutturazione della personalità. I suoi scopi sono più focalizzati sulla stabilizzazione e sulle circostanze ambientali per alleviare i sintomi in un contesto di *esperienza correttiva* [2, 9, 10, 11, 12, 73].

La psicoterapia di Liaison include alcune componenti dell'esperienza terapeutica, come la consultazione, la valutazione, la diagnosi, l'*intervento: tutte le componenti* dell'esperienza terapeutica e di aiuto.

È lo specialista di Liaison che si reca dall'assistito. L'ambiente dei colloqui di Liaison è spesso il letto del malato o, nel caso del Coronavirus, all'interno dell'Unità di Terapia Intensiva (UTI). In queste circostanze in cui i colloqui possono durare da pochi minuti a più di una seduta (50 minuti), anche a seconda degli orari del paziente e delle esigenze dei membri del gruppo curante.

In questo contesto atipico i soggetti ospedalizzati per cause mediche sono in genere molto ricettivi verso le attenzioni dello specialista. Spesso in pochi minuti si sviluppa un'*alleanza di lavoro* e possono essere attuati interventi psicoterapeutici efficaci in un'unica seduta al capezzale del malato [100].

Queste metodiche sono state configurate come *sostegni esplorativi-espressivi*.

Le tecniche più esplorative sono utilizzate preferibilmente con gli assistiti ambulatoriali, dopo la dimissione della struttura.

Il riferimento qui è agli individui con disturbi anoressici [66].

Queste note sono un promemoria della cautela necessaria per “*non gettare via il bambino con l’acqua del bagno*”. Infatti, la versatilità richiesta alla Relazione d’Aiuto Adleriano impone che gli interventi terapeutici si situino tra la Liaison e la psicoterapia. La conoscenza delle varie tecniche è parte essenziale degli strumenti a disposizione di questi interventi.

Gli specialisti di Liaison offrono nelle *situazioni di crisi e di emergenza/urgenza* (come attualmente si verifica nell’epidemia del Coronavirus) sostegno anche *all’equipe non psichiatrica* nella cura del paziente. L’ambiente, le motivazioni, le capacità, la tolleranza alle situazioni emotive e le modalità di richiesta di aiuto differiscono notevolmente dalle caratteristiche normali di un percorso psicoterapeutico tradizionale.

Questo modello di intervento è un esempio della integrazione di approcci psicoterapeutici (esperienziali, dinamici, di sostegno, brevi) ai bisogni emotivi acuti dell’assistito. Queste tecniche aiutano il soggetto non solo a fronteggiare la malattia fisica “nel contesto del percorso di vita”, ma anche a riconoscere le minacce e le paure della persona che deve affrontare disturbi fisici seri.

L’indicazione di questo tipo di *approccio psicoterapeutico* non dipende solo dai bisogni del paziente, ma anche dalla formazione e dall’afferenza teorica del terapeuta. Gli *interventi adleriani in emergenza in Liaison* hanno denominatori comuni e l’efficacia del trattamento risiede nella combinazione delle capacità del terapeuta nell’applicazione di *interventi bio-psico-sociali*.

#### E) *Relazioni di aiuto psicoterapeutiche*

1) I problemi dell’emergenza hanno richiamato l’attenzione nella *legge della riforma psichiatrica (legge 180)*. È stato proposto un *servizio di emergenza psichiatrica* che provveda all’assistenza di utenti sottoposti alla disciplina che regola il *pronto soccorso*. Un intervento dello *Psichiatra in urgenza* [91] può essere chiamato a intervenire in una serie di situazioni, nelle quali la componente psicopatologica domina il quadro. Le diverse classificazioni delle urgenze in psichiatria possono essere *raggruppate* in un limitato numero di quadri a seconda del prevalere di un sintomo. In sintesi si tratta di episodio acuto, ansia, depressione, agitazione, blocco psicomotorio, confusione, minaccia di suicidio, violenza, astinenza da sostanze.

2) Le *Relazioni d’Aiuto Adleriane* a cui si può ricorrere di fronte a una *situazione d’urgenza* sono vari. Essi riguardano:

- Il ricovero (anche per TSO, sostanzialmente la psichiatria).
- L’*approccio psicologico clinico*, che fornisce gli elementi non solo per la comprensione della personalità del soggetto e quindi delle sue reazioni, ma anche per un più adeguato supporto coll’assistito e con suo ambiente. Una psicoterapia di supporto può essere un elemento importante.

- *La medicina legale*, per via delle possibili responsabilità derivanti dalla pratica professionale in un campo che è governato da leggi specifiche.

Nelle *situazioni di emergenza/urgenza cliniche in tempo di pandemia* la necessità più frequente è quella di cercare di contenere le emozioni dell'assistito, perché lo mette in una situazione di grave disagio o perché lo espone al rischio di comportamenti auto o etero aggressivi.

3) Il *ricorso ai farmaci* è utile e sono utilizzati principalmente degli ansiolitici o dei neurolettici.

Alcune regole generali da rispettare anche nell'*urgenza emergenza*: Si deve tenere presente che lo specialista non è il rianimatore e nemmeno l'internista. Ad esempio, lo psichiatra e lo psicologo clinico, nella maggior parte dei casi, hanno bisogno di un periodo di osservazione e di riflessione per attuare una psicoterapia di supporto.

Per questi motivi pare giustificato suggerire un *approccio consapevole e competente*, sia nelle applicazioni di rimedi di tipo farmacologico, che nei provvedimenti psicologici.

La *flessibilità terapeutica* potrà consentire di entrare in contatto col paziente, di conoscerne i dinamismi, le motivazioni e, quindi, indicare e utilizzare un intervento più strettamente educativo, di *Liaison* o di *Percorso Integrato*.

4) Il considerare l'individuo nella sua unicità bio-psico-socio-culturale, porta a valutare le modificazioni che avvengono in lui e tra lui e gli altri e il mondo circostante, come una *continua interazione* che può manifestarsi nel caso delle emergenze/urgenze cliniche.

Per affrontare e tentare di risolvere le *situazioni di crisi*, bisogna che lo psichiatra, lo psicologo clinico e lo psicoterapeuta possano ampliare i loro tradizionali *parametri di osservazione*, di diagnosi e di terapia centrati su un individuo, per comprendervi anche gli *elementi interagenti*, cioè il vissuto, le persone significative, l'ambiente socio-culturale. Questa modalità di esame della situazione serve per "dare significato" ai sintomi e ai segni del disagio e per chiarire il loro scopo, spesso complesso.

5) Al proposito, può essere indicativo, per riconoscere l'elemento scatenante, anche il luogo e il tempo dove nasce la situazione di crisi. In questa pandemia di Coronavirus il focus è questo più delle volte, ma pure l'ambiente familiare o sociale che si deve fronteggiare nella fase iniziale delle situazioni di emergenza.

Nello stesso tempo, non si deve «psichiatrizzare» subito la situazione, con la delega immediata alle strutture specialistiche, conseguenza di un atteggiamento di rifiuto e di paura davanti al rischio della malattia mentale [138].

I problemi dell'*urgenza* possono e devono quindi essere gestiti dallo specialista nello stesso contesto sociale dove la crisi si verifica e non solo nell'ambiente del pronto soccorso dell'ospedale. Un intervento intempestivo e guidato più dall'emotività che dalle competenze può in certe situazioni aggravare la crisi e determinare l'urgenza. Da questo punto di vista l'intervento coinvolge necessariamente il problema della *collaborazione tra psichiatri e psicologi* [91].

F) *Psicoterapie: urgenti e/o brevi*

1) Specie nei trattamenti adleriani in emergenza, tenuto conto del quadro sintomatologico, è complesso fare chiarezza sul significato di locuzioni quali *psicoterapia focalizzata, a breve-medio termine e a lungo termine, prolungata nel tempo*. La *prima*, limitata nel tempo, è quella in cui il facilitatore stabilisce a priori un certo numero fisso di sedute oltre il quale non si dovrebbe andare (dalle 8 alle 20 circa).

L'assistito conosce con chiarezza quando finirà il trattamento. *Breve-termine* si riferisce solitamente a uno scopo che può essere raggiunto in giorni o settimane. *Medio termine* indica un trattamento di settimane o mesi. *Lungo-termine* ha una finalità raggiungibile in mesi o anni.

Alcuni autori definiscono il loro *approccio focale*, in cui vi è una emergenza affrontabile in circa 16-25 sedute; oltre a questo numero si entra nell'area delle terapie a lungo termine. Spesso la *durata* è connessa a traguardi ed alle metodiche, che devono essere definiti operativamente con chiarezza ed accettati dall'assistito. In questa ottica, le psicoterapie di lunga durata potrebbero anche essere considerate come *una serie di periodi di psicoterapia breve*, ognuno con uno suo traguardo [120].

2) La *psicoterapia breve*, anche nelle Relazioni d' Aiuto Adleriane, è una forma di interventi psicodinamici che derivano dalla terapia analitica, ma l'intervento si focalizza su specifici problemi d'ordine emotivo [56], Ferrero) oppure in disturbi borderline. Con questi scopi, lo psicoterapeuta sviluppa un rapporto terapeutico in tempi pre-stabiliti. A differenza delle analisi classiche, di cui assume la matrice metateorica, la psicoterapia dinamica breve si prefigge il compito di affrontare difficoltà particolari in un *numero limitato* di sedute [70].

Il compito del terapeuta sarebbe, in questi trattamenti, di suscitare nell'assistito una ri-esperienza delle emozioni conflittuali nel transfert, perché questo può provocare un cambiamento terapeutico, (*esperienza emozionale correttiva*).

Anche altri Autori [20, 105, 119, 153] utilizzano *forme brevi di psicoterapia in contesti diversi*.

3) È utile accennare sinteticamente agli elementi che *differenziano* le due modalità terapeutiche tra *interventi di urgenza e psicoterapie brevi*, in quanto esse, sono *acomunate* da alcune caratteristiche (quali la durata breve, la posizione "vis a vis"), *ma si possono differenziare* sia nelle metodiche sia nelle mete da raggiungere [27, 120].

L'intervento ha lo scopo di fornire sollievo a persone che sono sul punto di perdere (o hanno recentemente perso) la loro stabilità psicologica a causa di *emergenza* correlata ad una situazione stressante, sia intrapsichica che esterna (*vedi Coronavirus*).

La destabilizzazione si accompagna spesso a dei precursori psicologici che non è chiaramente evidente nel momento della *crisi emergenziale*.

La richiesta di aiuto è generalmente *urgente* nella crisi: mentre al fine di concordare l'inizio si può attendere al fine per chiarire la motivazione dell'assistito in alcune tipologie emergenziali.

Alcuni sostengono che il tipo di intervento sulla crisi non differisce sostanzialmente dalla psicoterapia breve in quanto la crisi sarebbe il prodotto di uno specifico conflitto. Per aiutare l'assistito in un *intervento di crisi*, il criterio è la presenza di una *situazione di emergenza/urgenza*, mentre per poter avviare un assistito ad una forma di *psicoterapia breve* è clinicamente utile poter evidenziare precocemente sia una situazione conflittuale precedente, che un esplicito interesse ad un percorso psicoterapeutico [120].

I *criteri di selezione* per la psicoterapia breve comprendono caratteristiche (soprattutto inerenti la diagnosi complessiva, la motivazione, la tipologia socio-culturale, ecc.), che non sono richieste per l'intervento sulla crisi.

Nella psicoterapia dinamica, anche di breve durata, il *setting* tende in linea di massima ad essere simile a quello analitico (ad esempio il ritmo delle sedute una volta fissato deve essere mantenuto tale), mentre nell'intervento di crisi è variabile e flessibile.

Nella psicoterapia dinamica adleriana i contatti tra paziente e terapeuta sono focalizzati anche su conflitti profondi del paziente, mentre questo strumento non è indicato negli interventi di crisi. Lo *spazio fisico* in cui viene condotta una psicoterapia dinamica dovrebbe essere sempre lo stesso, mentre nella crisi il primo colloquio può aver luogo, ad esempio, in un pronto soccorso ospedaliero oppure in un reparto di medicina e/o specialistico.

Si sottolinea che l'intervento di crisi utilizza parzialmente alcuni *procedimenti* della psicoterapia analitico dinamica (interpretazione, analisi del transfert e delle difese), focalizzando l'alleanza su un incoraggiamento supportivo.

L'atteggiamento e la distanza del terapeuta generalmente sono appropriati nelle psicoterapie, mentre sono attive nella crisi, negli interventi catartici e di sostegno [120].

4) Gli *scopi* di una *psicoterapia breve* consistono nel trattamento di una situazione psicopatologica o conflittuale accertabile, mentre *nell'intervento sulla crisi* l'obiettivo è quello di intervenire prima che si definisca un quadro psicopatologico strutturato con un intento supportivo che ha finalità cautelative congetturalmente stabilizzanti.

Nelle *emergenze* l'intervento di crisi non si pone l'obiettivo di modificare lo *Stile di Vita* [111, 152] o di risolvere situazioni conflittuali strutturali.

Lo scopo è quello di aiutare la persona a superare la crisi evitando i rischi immediati (quali le condotte autolesive, o gli agiti distruttivi), permettendo che l'assistito compia un'esperienza in cui è stato possibile tollerare ed integrare un dolore mentale. L'intervento di crisi può costituire un vero e proprio trattamento nei confronti di un'ampia casistica, ma si rivela anche uno strumento con cui valutare le indicazioni per *ulteriori trattamenti psicoterapeutici (brevi o prolungati)*.

Anche *l'intervento sulla crisi* (come nell'attuale pandemia), in quanto condotto con mezzi delle Relazioni d' Aiuto Adleriano, avendo dei punti in comune, può situarsi nel vasto ambito delle *brevi psicoterapie*, ma più che come una "tecnica" destinata al trattamento di specifici pazienti, si presenta come un strumento terapeutico duttile e flessibile, in cui vengono utilizzati prevalentemente fattori terapeutici di sostegno e di chiarificazione attraverso un uso finalizzato della relazione terapeuta-paziente, valutando specie la dinamica dell'atteggiamento e controatteggiamento, di transfert e di controtransfert.

In sintesi gli *interventi d'urgenza* sono forme psicoterapie, ma non tutte le *psicoterapie brevi* sono *psicoterapie d'urgenza*.

5) Da anni la SAIGA, in collaborazione con altri Enti di ricerca in ambito clinico, ha messo a punto/elaborato tecniche di intervento *psicoterapeutico brevi* come il *B-APP* (Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy) e la *SB-APP* (Sequential-Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy), che consentono di realizzare *modelli di intervento psicodinamico "time limited"*, attraverso metodiche specifiche, validate sia come processo che come esiti, con un "focus" percorsi in contesti ambulatoriali, riguardanti particolarmente la cura dei disturbi di personalità dell'adolescenza e dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.) [68-70].

La *psicoterapia breve* è forse la tecnica più usata negli ambulatori della Sanità Mentale. Mentre gli studiosi sono quasi tutti d'accordo nel definire "breve" un numero di sedute, fra 5 e 10 (fino a 50), *il termine "psicoterapia" non è così universalmente definibile*: può essere basata su modelli concettuali derivati dagli schemi analitici, ma non debba necessariamente affrontare materiale profondo.

Per altri la psicoterapia breve può essere efficace indipendentemente dal modello concettuale, se si prendono in considerazione *i seguenti punti* [157]:

- Qualsiasi assistito in *emergenza* sofferente per uno stress e manifestante sintomi di angoscia o di depressione è un candidato alla psicoterapia breve, qualunque sia la diagnosi di base.
- Il terapeuta deve rispondere alle aspettative legate all'assistito, adempiendo ad un *ruolo professionale*.
- A differenza della psicoterapia convenzionale, la psicoterapia breve ha un inizio e un termine predeterminati.
- Si devono suscitare aspettative favorevoli. I pazienti in emergenza sono disposti a percepire la psicoterapia in quanto vi è una *promessa di aiuto*.

Si deve sottolineare che una *situazione emergenziale* non è necessariamente fondata su una malattia mentale cronica sottostante. Quando la situazione stressante viene eliminata, avviene una reintegrazione senza segni dimostrabili di disturbo mentale residuo. Non tutti i problemi sono passibili di soluzione allontanando *la minaccia della emergenza* (Coronavirus). In questi casi bisogna sondare la possibilità di *com-*

*pensazioni* e la necessità di *resilienza* (Par. III D). Il problema è collegato alla *terapia familiare*. Con l’affinarsi delle tecniche per la *terapia breve individuale* si sta sviluppando il modo di applicarla a tutta la costellazione [157].

6) Negli ultimi anni si sono realizzati numerosi *cambiamenti sociali* [27].

La *rivoluzione sessuale* ha portato a un considerevole aumento di interesse verso la vita sessuale e il divorzio è diventato molto più frequente. Inoltre, l’aborto, l’omosessualità e pure il transessualismo sono stati legalizzati e depatologizzati.

La *rivoluzione sanitaria* ha portato alla realizzazione degli interventi chirurgici a cuore aperto, ormai divenuti una tecnica abituale, come i trapianti d’organo, la dialisi per le affezioni renali e la resezione gastrica degli obesi. Le generazioni anziane sono state raggiunte dai mezzi di comunicazione di massa e i problemi di 21 milioni di persone al di sopra del 65 anni sono ormai all’attenzione di tutti, specie le difficoltà che hanno avuto per l’emergenza attuale.

La *crisi economica mondiale* che ci attende dopo la pandemia da Coronavirus accresce il fenomeno della disoccupazione e la povertà. Ogni cambiamento, che porti ad un’evoluzione o ad un declino, è comunque un *evento problematico*.

Ancora una volta, gli interventi di *psicoterapia breve* scaturiscono dal notevole aumento di emergenze psichiatriche che producono una richiesta ai servizi sanitari favorendo cambiamenti innovativi che operano dei cambiamenti in un’ampia gamma di disturbi.

La *psicoterapia d’urgenza breve* si è estesa, nella pratica privata, oltreché nelle strutture della salute mentale di comunità, al *servizio d’emergenza* di una *rete di intervento sociale*, che sta dando dimostrazioni ed insegnando le tecniche in una vasta gamma di ambiti differenti. La *psicoterapia breve e d’urgenza* stanno infatti acquistando un’importanza crescente [157].

7) La letteratura specialista sugli *interventi psicoterapeutici sull’emergenza, crisi, urgenza e sulle psicoterapie brevi* è in continua progressione. È interessante notare come la disambiguità concettuale non è unanime (pure nelle traduzioni del titolo del libro di Bellak e Small vi è ambiguità: in lingua anglosassone il termine è Emergency, nella Edizione Italiana il titolo è “urgenze”). Gli interventi psicoterapeutici di emergenza/urgenza sono sempre brevi, mentre le psicoterapie brevi non sono focalizzate sull’emergenza.

Gli studi al riguardo seguono *due filoni* distinti che possono *intrecciarsi* [120].

Nell’*urgenza* “essere” vicini all’assistito può essere *paragonato* ad una seduta di psicoterapia via Skype, ma per analogia (il virtuale non è il reale) (Par. V B).

Rientra qui la locuzione della “distanza” anche in senso di transfert, relazione preventiva e di aiuto.

8) Il complesso argomento *dell'Analisi Terminabile e Interminabile* [71], oltre a costituire un asse portante dell'Individual Psicologia [14], rimane un quesito controverso. Esso può essere peraltro considerato un elemento costitutivo del progetto terapeutico [19, 66, 69, 71, 96, 136, 152], in rapporto alla teoria, alla tecnica ed alla pratica clinica. Vari percorsi psicoterapeutici sono oggi contrassegnati da regole prestabilite che riguardano la valutazione diagnostica complessiva, i tempi ed i costi, l'evoluzione della psicopatologia [98], delle metodologie, delle tecniche. Negli ultimi decenni tali problemi sono riferibili anche alle Scienze Neuropsicologiche, Informatiche, Psicofarmacologiche: nonché alla Psichiatria di Consultazione [23, 65, 136, 151].

9) Oggigiorno talune correnti psicologico dinamiche tendono ad utilizzare tributi di paradigmi differenti, realizzando mutamenti nei percorsi evolutivi [132]. Percorrendo questi sentieri, radicati nella tradizione e aperti al cambiamento, si realizzano “*nuovi stili terapeutici*” [12, 13, 143, 152], uno dei quali attiene appunto alla psicoterapia delle situazioni di emergenza.

Tali trattamenti hanno maggior pregnanza qualora gli stessi siano realizzati con *interventi combinati* (psicologici e farmacologici), sottesi da un *coinvolgimento empatico* e corrispondenti sia ai riferimenti esistenziali che agli aspetti situazionali di crisi di emergenza e di urgenza (Par. I B). Essi corrispondono a difficoltà diverse da individuo a individuo. Può trattarsi di una pandemia, di un contagio psichico, di un evento traumatico (terremoti, ecc.), di un'inadeguatezza, di un'infermità, della morte di una persona cara, di una perdita nelle mete realizzative, della senescenza (demenza), eccetera. Ciascuno di questi problemi, spesso associati tra loro, non solo richiedono una “*saldatura*” coi precedenti interventi, ma comportano, da parte dei terapeuti adleriani, accettazione, comprensione e competenze specifiche.

10) Il problema dell'analisi in emergenza/urgenza viene talora innescato in una psicoterapia breve o strutturata e comunque in una *continuità terapeutica* [144].

È da sottolineare che il terapeuta, per (e con) il paziente, non è solo una figura di riferimento, ma si costituisce nelle tipologie delle Alleanze Terapeutiche. Nel finalismo della Psicologia Individuale anche la Relazione d'Aiuto nella crisi realizza quindi un asse portante, fra tradizione e cambiamento [14, 144].

## V. Considerazioni Critiche

### A) Generalità: conferenze, didattica e convegni a distanza

1) Il *lockdown*, distanziamento e isolamento sociale e individuale, può portare ad un vissuto psicopatologico per la persona che lo vive. Non entrando in relazione con gli Altri, sia per le regole istituzionali, sia per timore di un evento patologico (anche mortale), vengono compromesse le caratteristiche sociogenetiche che conducono al *blocco sociale* e/o alla *solitudine* (specie per le fasce psico-sociali più fragili: soggetti in età evolutiva, indigenti).

2) Le conferenze, la didattica e i convegni, ma pure le *consultazioni telefoniche e le psicoterapie online* pongono il problema della *realtà virtuale nelle Relazioni d’Aiuto*. In informatica, la locuzione **realtà virtuale** sta ad indicare una simulazione all’elaboratore rispetto a **situazioni reali**, nelle quali il soggetto umano può interagire, “entrando” nel modello simulato e operando, quindi, in una condizione prossima ad una realtà analoga. Lo sviluppo delle tecnologie e quello dei sistemi informatici hanno consentito la diffusione di attività di tipo virtuale in vari ambiti: finanziario, militare, medico ed anche psicoterapeutico.

La *simulazione* del processo sensoriale-percettivo è una nuova prospettiva logica e può essere anche, in modo sussidiario, uno strumento nella Relazione d’Aiuto, oltreché un mezzo di comunicazione.

Infatti si sono effettuati due incontri in video conferenza (Sabato 18 aprile 2020 e mercoledì 27 Maggio 2020) e sono prospettati *incontri e Convegni SIPI online*.

Se la funzionalità primaria del cervello risponde alla necessità di mantenere in vita l’intero organismo, la funzionalità cerebrale *secondaria* è quella di organizzare un codice comunicativo tra differenti individualità biologiche separate: *il primo sistema di segnalazione* coordina la sopravvivenza e l’adattamento organico mediante un codice biochimico interno; *il secondo sistema di segnalazione* coordina la sopravvivenza e l’adattamento sociale mediante un codice simbolico esterno all’organismo.

La codificazione fisiologica dà forma ad un primo sistema di segnalazione del nostro cervello e la codificazione linguistica al secondo. *L’operare continuamente intrecciato di questi due sistemi* produce *l’adattabilità bio-psico-sociale della specie umana*, che nel corso dell’evoluzione si conforma in un “*soma anatomofisiologico*, che raccorda il *corpo* e la *psiche* in un’unità individuale che passa attraverso un codice fisiologico della sensorialità somatica al codice sociale della percettività psichica.

Dalla storia di evoluzione biologica e culturale si è giunti all’invenzione totalmente simbolica di un macchinario estensivo dei nostri organi di senso, come il *video* o il *computer*, che rappresenta per il momento l’ultima tappa dell’esteriorizzazione della comunicabilità del messaggio percettivo. Si pone a questo proposito il problema del *rapporto tra mappa e territorio*. Bateson [25] sottolinea come la *mappa non sia il territorio*, così come il nome non è la cosa, e afferma che le nostre mappe cognitive contengono termini linguistiche e non oggetti materiali.

Ciò equivale a dire che la mappa è l’immagine percettiva del territorio. È utile fare ancora una distinzione tra l’immagine percettiva e sensoriale.

*L’immagine sensoriale* è lo schema disposizionale dei neuroni che rispondono simultaneamente in una certa configurazione a una certa stimolazione fisiologica: essa dunque è una strutturazione spaziotemporale dell’impulso nervoso.

*L’immagine percettiva* è una mappa, cioè una simbolizzazione linguistico-sintattica

della nostra pratica sensitiva: con essa si passa da un livello esperienziale del territorio-sensazione a un livello cognitivo della mappa-percezione.

3) Proseguendo questo percorso, la rappresentazione della realtà virtuale mostrerebbe *lo schema logico-concettuale*. Attraverso questo schema si tende ancor più, in questo *tempo d'emergenza*, alle già citate conferenze, didattiche, convegni ed infine *psicoterapie con Internet*, che *dovrebbero supplire* alle psicoterapie interindividuali, (ma non le sostituiscono) (Par. V B) [112].

Essendo la realtà fatta dalla strutturazione dei nostri meccanismi percettivi, nel momento in cui con l'apparecchiatura della realtà virtuale si può contemporaneamente costruire l'immagine e agirla, non ci si trova più davanti alle immagini, bensì *dentro al fare immagini*. Tale *realtà si dice virtuale* perché, appunto, non è formata dalle sensazioni ma dalle *immagini simboliche* di queste: non si agiscono oggetti, ma discorsi.

Ci si muove sulla mappa, prescindendo completamente dal territorio, perché il *computer* non può conoscere il territorio, che invece appartiene all'attività degli organi di senso. Si può fare una simulazione degli organi di senso, ma a in quanto tale è *sempre una mappa*. Fare una simulazione significa rendere comunicabile la sensazione, non appartiene alla corporeità fisiologica operante nelle sensazioni. La *simulazione* ci rende avvertiti del *primo gradino* nella composizione del mondo, cioè quello della registrazione di differenze. Il circuito stimolo-risposta della sensazione indica la *registrazione di una differenza* di struttura materiale rispetto ad un'altra.

La *realtà virtuale* è un'opportunità: *costruiamo la realtà* strumentalizzando il *telefono, il video e il computer*. Si può forse affermare che *la realtà virtuale è la macrometafora* (o meglio una similitudine analogica) per operare attraverso il procedimento cognitivo della simbolizzazione, così da non cadere in svianti separatezze tra immagine e oggetto, tra corporeità e intellettività, tra territorio e mappa, tra cosa e nome, per evitare estremismi distruttivi, in quanto incomprensivi, di una *Body Art* del senso del limite sancito dalla selezione naturale, e di una realtà virtuale veicolata dal senso del limite posto dalla forma del pensiero linguistico.

Alla realtà dell'individuo appartengono cose e nomi, materie e pensieri, ma la nostra conoscenza non può farsi che nella reciprocità dello scambio comunicativo: nulla esiste fuori dall'effettivo rapporto materico tra le cose e comunicazionale tra i nomi. Occorre *fondare l'analogia* per poterne distinguere le componenti, poiché la similitudine può porsi solamente attraverso la differenziazione. Questo è il fondamento del pensiero e della conoscenza, e, quindi, di qualsiasi forma di realtà da essi formulabile.

#### B) *Consulenze telefoniche e Psicoterapia Online*

La *consulenza telefonica* si presenta come una particolare modalità d'intervento specie nelle situazioni di emergenza. Le particolari cornici teoriche e metodologiche co-

munque rientrano in una *Relazione d'Aiuto* che permette agli assistiti di focalizzare maggiormente la natura delle loro difficoltà. La funzione del *counselor* è di far elaborare in tempi brevi attraverso la responsabilità delle sue scelte. La consulenza telefonica sostiene l'utente nel superare gli ostacoli della sua crescita personale chiarendo ed elaborando le difficoltà presentate.

Questa particolare forma di *Relazione d'Aiuto* si rivolge ad un'ampia platea di persone, con le proprie problematiche e quindi con i propri specifici bisogni. Di fronte a queste diverse esigenze sono nati in Italia molti *centri di counseling telefonico o help line*. Tali servizi coinvolgono problematiche e fasce d'utenza sempre più ampie ed eterogenee, migliorando con l'esperienza pregressa la qualità e l'efficienza del loro intervento. Specie nell'attuale contesto, si sono realizzati centri quali: *counseling telefonico sessuologico, telefono giovane, telefono amico, SCOT* (per omosessuali) e svariate altre linee per problemi esistenziali, tossicodipendenze, sieropositivi, anziani ecc.

La domanda è se il *counseling telefonico* possa davvero considerarsi *counseling* (Par. IV C), giacché viene a mancare lo spazio fisico, la stanza entro la quale avviene il contatto e che è controllabile dal counselor secondo il suo stile. Il *setting* così inteso è variato nel senso che l'ambiente fisico e il contatto corporeo tra gli interlocutori sono virtuali e non reali.

La *capacità di ascoltare* è una delle caratteristiche richieste al counselor. Si tratta di saper cogliere il significato (di contenuto e di emozione) di ciò che viene detto, mostrandosi (ed essendo) veramente interessati all'assistito e consapevoli che in una interazione i messaggi non passano in modo biunivoco da una parte all'altra, ma ognuno dei due interlocutori è contemporaneamente mittente e ricevente nella comunicazione. Di conseguenza, si possono reciprocamente di percepire discrepanze, non interessamento.

Ascoltare significa cercare degli aspetti che ci rendano interessati a quanto ci viene detto. Per farlo sarà necessario sospendere le eventuali soluzioni premature che vengano in mente, concentrarsi sulla persona che ci chiama. Occorrerà concentrarsi sul contenuto di quanto viene detto telefonicamente, facendo attenzione che si possa rispondere alle domande si deve tenere presenti: Chi? Cosa? Perché? Quando? Dove? Come?

La difficoltà di interagire con persone e contesti sociali può essere connessa ad aspetti specifici di disturbi psicopatologici precedenti e può provocare disagio psichico e assumere diverse forme a seconda della patologia entro la quale si sviluppa.

Nell'ottica delle *Relazioni d'Aiuto Adleriane* viene data importanza ai modi in cui l'individuo interagisce con l'altro e con il proprio ambiente. Ciascuno si pone nei confronti del mondo con la visione che ha di se stesso, con il suo Stile di Vita e con il proprio finalismo prospettico.

L'esistenza umana è caratterizzata da senso di incompletezza e di inferiorità, e può provocare esperienze stressanti o traumatizzanti, vissuti di ansia, depressivi, alterazioni personologiche, aumento dell'aggressività, ritiro dal mondo, sino a disturbi psicopatologici e a fratture psicopatologiche col reale.

Nel paragrafo precedente (IV) sono state indicate sinteticamente alcune strategie terapeutiche adleriane nelle situazioni di emergenza/urgenza, che attraverso le *strategie di incoraggiamento* e l'utilizzo del *coinvolgimento empatico* in vari *contesti terapeutici*, allo scopo di supportare gli individui in "difficoltà" o in "necessità" bio-psico-sociale. Dopo questo excursus si focalizzano, con *pensiero propositivo*, alcune compensazioni utili all'individuo: ci si riferisce alle *tecniche di comunicazione alternative, rinnovate Relazioni d' Aiuto dell' équipe curante, alle variazioni del setting*.

Essi hanno esteso il loro raggio di azione anche nell'ambito del *disagio* psicologico che nel campo dell'emergenza/urgenza non sono riconducibili a quadri nosologici ben definiti, come le problematiche dello sviluppo nell'infanzia e nell'adolescenza, le tensioni legate alla vita di relazione, la compromissione della capacità di reggere allo stress ambientale con meccanismi positivamente adattivi, problemi legati alle fasce socialmente deboli.

Essi hanno inoltre messo a fuoco il valore di interventi di tipo *preventivo* del disagio, estesi alla famiglia, alla scuola, alla società, concretamente realizzabili attraverso l'attività consultoriale, *progetti psicoeducativi*, interventi di liaison con altri operatori sanitari e parasanitari.

Accanto a tale sviluppo del loro campo di azione, le Relazioni d' Aiuto Adleriane si sono enormemente arricchite sul piano culturale, potendo perseguire ora il loro disegno di salvaguardia della salute mentale con mezzi teorici e pratici sviluppati rispetto alle risorse di un tempo. A titolo di esempio in questo contributo si approfondiscono le moderne tecniche di indagine sulla struttura e sul funzionamento del sistema nervoso centrale, lo sviluppo della psicologia di ispirazione analitica dinamica, la conoscenza delle dinamiche familiari e ambientali.

Tutte le acquisizioni descritte hanno reso più complessa la definizione di *salute mentale*, obiettivo che gli operatori devono perseguire, specie nelle situazioni di emergenza per le responsabilità sul piano etico, ma anche da un punto di vista deontologico e legale.

### C) *Variazioni del Setting e Stile Terapeutico*

1) Il *setting* indica il contesto di ricerca che va sempre definito e delimitato in maniera rigorosa, al fine di garantire l'attendibilità scientifica a ciò che si osserva, si descrive, s'interpreta, si comprende. Il termine viene fondamentalmente riferito *all'ambito sperimentale e a quello analitico*.

Nel *primo caso* si tratta di stabilire le regole di somministrazione di un test e riguarda l'ordine di presentazione delle singole prove, il tipo di comunicazione verbale con il quale si danno le consegne, la neutralità del somministratore e il tipo d'incoraggiamento che eventualmente darò ai partecipanti che reagiranno in modo ansioso o che saranno frustrati dall'insuccesso.

Nel *secondo caso*, il *setting* delimita un'area spazio-temporale classicamente definita dal ritmo e dalla durata delle sedute e dalle modalità dell'incontro in cui regole precise stabiliscono ruoli e funzioni, escludendo l'attuarsi di stili relazionali propri della vita quotidiana, che altererebbero il regime delle proiezioni e del transfert. Ritmo, durata e modalità degli incontri possono però subire qualche modifica per adattarsi a esigenze particolari (analisi di bambini, psicotici, malati gravi, e nel contesto dell'emergenza si situa il *setting virtuale*) [53].

## 2) *Setting e relazione*

Anche il termine *setting* proviene dal linguaggio comune, dove significa "ambito" e comunque qualcosa di delimitabile, per designare, nel linguaggio della psicoanalisi, uno dei suoi più originali dispositivi tecnici, il complesso di regole che si è andato via via costituendo per consentire, nella stanza di analisi, il lavoro delle due persone che vi si incontrano: numero e durata delle sedute, loro cadenzate, ferie e pagamento dell'onorario, modalità di spostamento e cancellazione delle sedute, modalità di comunicazione d'emergenza, eccetera. Il principio in base al quale pare opportuno definire un *setting* rigoroso.

Il **setting** è definito dalla presenza di diverse **regole**: il rispetto di orari, la natura dei contatti al di fuori delle sedute, il coinvolgimento empatico che il terapeuta deve garantire e il fatto che si tratti di una relazione paritaria ma asimmetrica.

La modificazione del *setting* come strumento di psicoterapia dovuto alla digitalizzazione deve essere concentrato e reciprocamente consapevole delle differenze tra reale e virtuale.

In ambito psicoterapeutico delle Relazioni d'Aiuto adleriane (e specie nelle terapie), il *setting* rappresenta la "matrice funzionale" che media la costruzione della relazione professionale tra assistito e terapeuta clinicamente efficace. Il *setting* è costituito dal set (ovvero dall'ambiente fisico e funzionale all'interno del quale ha luogo la relazione analitica), dalle regole organizzative del "contratto analitico" (orario, durata e pagamento delle sedute) e dalle regole relazionali che mediano il rapporto analista-analizzando (assenza di contatti extra-analitici, etc.). Più in generale, il *setting* è il "*significante strutturale*" dei significati che si attuano nelle forme della relazione clinica, e che costituiscono l'assetto di base del rapporto terapeutico.

Nelle situazioni di emergenza/urgenza il *setting* subisce delle variazioni.

Nell'ambito adleriano, pur nella rigidità deontologica professionale, il *setting* in-

terindividuale è condotto in genere “vis a vis”, in modo da favorire sia il coinvolgimento empatico, sia il “processo di incoraggiamento”. È quindi importante il *contesto reale* in cui si svolge il percorso analitico: basti ricordare che Adler nei primi tempi della Psicologia Individuale (perfezionata poi sino agli anni trenta) faceva le sedute terapeutiche ad un tavolino del famoso *Cafè Centrale* di Vienna (Una volta, negli anni novanta, l’attuale Tesoriere, Giöner, portò il sottoscritto allo stesso tavolo).

Il setting psicoanalitico riguarda l’ordine di presentazione delle singole prove, il tipo di comunicazione verbale con il quale si danno le consegne e il tipo di incoraggiamento. Il *setting* delimita un’area spazio-temporale classicamente definita dal ritmo e dalla durata delle sedute e dalle modalità dell’incontro in cui regole precise stabiliscono ruoli, funzioni, escludendo l’attuarsi di stili relazionali propri della vita quotidiana, che altererebbero il dinamismo delle proiezioni e del transfert. Ritmo, durata e modalità degli incontri possono però subire qualche modifica per adattarsi a esigenze particolari (analisi di bambini, di psicotici gravi, di malati gravi) [96]. Nel contesto dell’emergenza, oltre quello che si è già sottolineato nelle varie situazioni di aiuto (Par. IV), si situa il *setting virtuale*.

### 3) *Enactment e Disclosure*

Con **Enactment**, in analisi si definisce il “mettere in scena, da parte dell’assistito durante la seduta, quello che è il suo tipico *“stile relazionale patologico”*, utilizzando il terapeuta come “attore” nell’interazione stessa.

Nell’emergenza/urgenza non di rado l’assistito mette in scena durante la seduta quello che è il suo tipico schema relazionale patologico, utilizzando l’analista come “attore” dell’interazione stessa.

È una *riesperienza* di un ruolo assunto nell’infanzia, che viene *recitato interattivamente* sul palco dello studio dell’analista: a quest’ultimo è data una parte che dovrà recitare; entrambe le parti in questa situazione perdono il loro senso di distanza, interagendo in modo verbale e non verbale, *portando all’interno del setting* delle dinamiche intrapsichiche sotto forma di interazioni.

I *pazienti traumatizzati* tendono a legarsi ai loro terapeuti non tanto per mezzo delle parole, ma attraverso degli *enactment*, esprimendosi inconsciamente tramite l’azione. Questo “movimento” analitico non può essere messo in atto nelle relazioni virtuali. Con il cambiare del setting anche le *disclosure* possono variare. Il fornire rivelazioni o autorivelazioni fa riferimento a un concetto psicodinamico il quale indica uno svelamento consapevole e intenzionalmente voluto da parte del terapeuta di qualche aspetto di sé al paziente, che nella comunicazione virtuale può arricchire il coinvolgimento empatico.

Anche la disclosure nelle relazioni virtuali (in cui si mantiene piuttosto una “neutralità”) può essere messa in atto dal terapeuta.

Il setting è sempre inteso come *relazione fra due persone*, sicché cresce la considerazione che *la realtà analitica* è comunque destinata ad incontrarsi con le funzioni pertinenti alle nuove fasi che si stanno affacciando, e che perciò non sarà soltanto il loro retaggio dei vissuti a tenere il campo e lo sblocco attuato dal disvelamento del transfert e delle difese ad assicurare il cambiamento, ma anche l'importanza di tali funzioni. L'empatia dà al dialogo verbale il significato del setting come luogo di interazione reale e di comunicazione nell'ambito delle Relazioni d'Aiuto.

Nel variare il setting, la *disclosure* può essere aumentata. La rivelazione o autorivelazione fa riferimento a un concetto psicodinamico, che indica uno svelamento consapevole e intenzionalmente valutato da parte del terapeuta di qualche aspetto di sé al paziente, che nella comunicazione virtuale può arricchire il coinvolgimento empatico.

#### 4) *Lo stile terapeutico*

L'individual Psicologia [152] è una Psicologia Dinamica del Profondo e nello stesso tempo una Psicologia Sociale e Culturale aperta alle motivazioni delle ricerche psiconeurofisiopatologiche. La società e la cultura sono inscindibili e, se la cultura "cambia il cervello, *lo stile terapeutico* inerisce a tale mutamento anche attraverso un'immedesimazione culturalmente appropriata; pertanto le Relazioni d'Aiuto devono riferirsi ad un progetto *co-creativo* piuttosto che ad un programma di co-costruzione.

La frantumazione epistemologica, che segue il periodo moderno e risale alla fine dell'800, esita nella seconda metà del secolo nel periodo attuale. Essa riguarda, non solo le arti e le filosofie, ma si rivolge anche alle teorie ed ai metodi delle Scienze in generale e pure alle discipline delle Scienze Psicologiche e Sociali.

Sicché anche lo stile terapeutico, le alleanze terapeutiche con gli assistiti, il coinvolgimento, pur mutando (non sostituendo), possono rientrare in una **nuova e attuale tipologia comunicativa**.

### VI. *Riflessioni Conclusive*

#### A) *Generalità*

Alcuni comportamenti di "cut-off" sono ancora da definire, mentre si accentuano le "attività dislocate" e sono crescenti i **comportamenti trasgressivi** (biciclette contromano, vicinanza sulla spiaggia, gruppi di bulli, eccetera).

L'evoluzione è un cammino: le ricerche neuro-fisiologiche, psicopatologiche e socio-culturali, specie i trattamenti degli Adleriani nell'emergenza, sono all'attenzione, tant'è che le Conferenze e i Convegni, anche Italiani, si focalizzano sulle problematiche attuali della Crisi. Il *Congresso Mondiale della IAIP*, che si doveva tenere a Leopoli nel Luglio di quest'anno, è stato rimandato al 2021: anche i filoni tematici si focalizzeranno sulle tematiche qui enunciate sinteticamente.

Le Relazioni d’Aiuto adleriane in emergenza, portano ad alcune riflessioni, non solo sul “fare” ma pure sul “saper fare” e sull’ “essere”.

Focalizzandoci sulle situazioni psicopatologiche-cliniche ci si deve riferire alla “*forma*”, al “focus” della urgenza, lo “*sfondo*” riguarda **l’individuo nella dimensione dinamico-strutturale** e nel contesto socio-culturale.

L’assistito dopo l’intervento in situazione di emergenza potrebbe aver bisogno di un ulteriore trattamento, anche diversificato da quello precedentemente attuato, anche perché lo “Stile di Vita” può aver subito qualche mutamento in alcuni tratti (negativamente o anche positivamente) [152].

Le situazioni di emergenza (talora intrecciate a drammatici eventi), sebbene correlate alle Relazioni d’Aiuto adleriane, **oltreché ad una serie di “isolamenti” (Lockdown)**, possono avere inciso non solo sui comportamenti quotidiani, ma pure sullo *Stile di Vita individuale*.

A queste limitazioni distanzianti non si era preparati: sia per le sequele educative/scolastiche (l’area pedagogica), sia per quelle lavorative (l’area economica), sia per reliquati psico-fisici (per l’area della salute). Per molti, con la perdita di familiari vi sono le onde di ritorno di tipo depressivo, inoltre si rafforzano le situazioni negative economico-sociali.

#### B) *Sequele e postumi*

Le solitudini esistenziali sono il *precipitato* sulle esperienze passate sotto forma di una combinazione, in ciascun individuo, di fattori congeniti, fisiologici, cognitivi, strutturali ed esperienziali. Questa totalità è il risultato dell’interazione fra il patrimonio biologico e i dati dell’esperienza [27].

Quando si tratta di situazioni emergenti, esistenziali, o di circostanze esterne traumatizzanti, anche se incidono sugli aspetti specifici, sui problemi attuali: interagiscono quali fattori scatenanti e quindi vanno correlati con *l’intera storia dell’individuo coinvolto, vale a dire con l’intera persona*. Ciò coincide con le “*proposizioni di base*” adleriane.

Le Relazioni d’Aiuto stabiliscono dei legami di continuità tra denominatori comuni tra i problemi attuali e quelli riferibili alle esperienze passate.

Una delle correnti fondamentali consiste nel sottolineare i nessi fra i **vari stadi della vita**, tra il pensiero di veglia e il pensiero onirico, tra il comportamento adattivo e quello patologico, tra l’“*hic et nunc*” a una prospettiva esistenziale.

Un *ringraziamento particolare* va a quegli **operatori e socio-sanitari e scolastici**, che durante i mesi di questa pandemia hanno manifestato un sentimento sociale, sino all’abnegazione e talora al sacrificio: senza di loro le Relazioni d’Aiuto Adleriano non avrebbero potuto essere messe in atto a servizio degli individui sofferenti e delle loro famiglie.

Qualunque sia il motivo che conduce l’assistito ai molteplici trattamenti delle Relazioni d’Aiuto Adleriane, è importante la comprensione e il trattamento appropriato che l’emergenza attuale provoca sulla situazione esistenziale del paziente. Ciascuna crisi implica molteplici fattori con-casuali, il cui grado di importanza varia da persona a persona; sicché un fattore di primaria rilevanza in un individuo in un altro assume un’importanza minore.

Ogni terapeuta dovrebbe saper riconoscere i fattori che sono collegati specifiche emergenze. In questo senso, lo psicologo clinico e gli altri specialisti adottano una linea allo scopo di effettuare gli interventi secondo una sequenza ottimale: in *primo luogo*, vanno delimitate le aree e le strutture che dovranno essere impiegate, in *secondo luogo* devono essere valutate le componenti neuronali che riguardano il disturbo, in *terzo luogo* eventuali sequele e complicazioni successive.

Si deve distinguere l’emergenza critica in senso generico e la crisi in senso individuale, utilizzando entrambi gli aspetti come guida per i trattamenti. Secondo il concetto *generico*, ciascun tipo di crisi provoca un certo tipo di modello di risposta, mentre il concetto *individuale* comprende in sé tutti gli avvenimenti bio-psico-sociali della vita della persona [27]. Ad esempio le depressioni reattive, il timore legato alla mancanza di lavoro, le ansie, la solitudine dall’emergenza del Coronavirus, eccetera, dovrebbero essere valutate e trattate.

### C) *Evoluzioni delle ricerche neurobiologiche, psicopatologiche e socioculturali*

1) La *distanza* interpersonale (Lockdown) (Par. III), che può aver causato sequele negative, allo stesso tempo può aver permesso una rielaborazione della “*vicinanza*” e dei “*segnal affettivi condivisi di legami*” [44; 142].

In queste occasioni si sta assistendo ad un aumento di cooperazione sociale. I **gesti sociali culturali** dei rapporti interpersonali sono cambiati: le strette di mani ed il tenersi sottobraccio sono mutate, eccetera; ci si tocca con il gomito o si pone la mano sulla spalla.

Il baciarsi sulla guancia, il contatto colla testa è controindicato nell’emergenza (e forse nelle fasi successive). Sostenere e appoggiare persone in difficoltà viene effettuato con mascherine, guanti e tute.

Soprattutto i “**segnali territoriali**” sono scanditi da regole di protezione (nei bar, ristoranti, assemblee, nei mezzi pubblici, nei luoghi di culto) e aumentano i “*cuscinetti*” che intercorrono tra individuo e individuo regolando la distanza (Par. III B), nelle file di aspettativa (un metro, due metri).

Queste sono sequele, ma condotte protettive a cui dovremmo educarci.

Il comportamento sportivo, di “*cut-off*” è tutto ancora da definire, mentre si accentuano le “*attività dislocate*”, e sono crescenti i **comportamenti trasgressivi** (biciclette contromano, vicinanza sulla spiaggia, gruppi di bulli, eccetera).

L’evoluzione è un cammino: le *ricerche neuro-fisiologiche, psicopatologiche e socio-*

*culturali* ed in specie i trattamenti degli Adleriani nell'emergenza, sono infatti all'attenzione: tant'è che le Conferenze e i Convegni, anche Italiani, si focalizzano sulle problematiche attuali della Crisi ed il *Congresso Mondiale della IAIP*, che si doveva tenere a Leopoli nel Luglio di quest'anno, è stato rimandato al 2021: anche i filoni tematici si focalizzeranno sugli argomenti qui enunciati sinteticamente [82].

2) La Psicologia Individuale è una Psicologia Dinamica del Profondo e nello stesso tempo una Psicologia Sociale e Culturale aperta alle innovazioni delle *ricerche psico-neuro-scientifiche*. La società e la cultura sono inscindibili, e se la cultura “cambia il cervello”, il curante inerisce a tale mutamento anche attraverso un'immedesimazione appropriata. Le Relazioni d'Aiuto Adleriane e le situazioni di emergenza devono allora riferirsi e ad un progetto *co-creativo* nell'attuale periodo. Esso riguarda, non solo le arti e le filosofie, ma si rivolge anche alle teorie ed ai metodi delle Scienze in generale e qui in particolare alle discipline delle Scienze Psicologiche e Sociali.

L'epoca contemporanea sta mutando nell'utilizzo dell'informatica e nelle tipologie dei trattamenti bio-psico-sociali. L'analisi della condizione post-moderna, ha coinvolto molti studiosi ed intellettuali ed ha trovato il suo epigono in Bauman, che ha coniato il concetto di “liquidità” come una delle metafore della dis-integrazione [26]. Di contro a tale dissoluzione, specie nel territorio delle scienze naturali, emerge una sfida che si propone di superare la situazione post-moderna, attraverso un *nuovo modello di integrazione*. Tale modello si appella non solo ad una *unità perduta da ricostruire*, ma dovrebbe comprendere anche il linguaggio digitale [15].

Questa tendenza è volta ad una interazione delle scienze naturali e socio-psico-culturali. Questo modello potrebbe esplicitamente essere configurato quale *nuovo umanesimo*. Questo programma di ricerche non ha avuto tuttavia i riscontri attesi, specie per quanto riguarda le discipline psico-socio-culturali.

Se la tendenza alla sintesi poggia sul postulato che ogni disciplina faccia parte di un tutto unitario, l'*integrazione processuale* sostiene che l'*interdisciplinarietà* sia il prodotto -e quelle digitalizzate (virtuali)- di un'articolazione del lavoro scientifico tra le scienze naturali, sociali, ormai storicamente determinate e quindi facenti parte di *un costante movimento di modificazione*.

L'Individual Psicologia “versus” un Sistema Aperto, giustifica i nodi di incontro e di discussione in cui si pone in interazione funzionale con problemi di comunicazione, di interpretazione, di empatia e di relazione terapeutica, intesi sia come schemi teorici che come strumenti di *Relazioni di Aiuto*, anche in tempi di emergenza.

*L'abito su misura* già citato da Alfred Adler trova nel “come fare” (Tecnica) e nel “fare come” (Co-creatività) della Relazione d'Aiuto adleriana e dell'analisi dello Stile di Vita la piena applicabilità, includendo anche il virtuale nel reale.

Sicché anche lo *stile terapeutico*, l'*alleanza terapeutica* con gli assistiti, il *coinvolgimento empatico*, pur evolvendosi rientrano in una nuova tipologia.

D) *Cooperazione e Sentimento Sociale*

Gli auspici che nascono anche dall'esperienza di questa "emergenza" si volgono alla **cooperazione ed al sentimento sociale**, che incrementano le Relazioni di Aiuto Adleriane.

Il processo riferibile all'individuo può avere successo qualora trovi risorse differenziate attraverso approcci metodologici ed operativi.

Un nuovo modello della cooperazione non solo deve essere incoraggiato nella ripartenza dei singoli individui, ma deve essere un incentivo anche per le ricerche neuroscientifiche [65, 82] e socio culturali.

Essere cooperativi significa operare a diversi livelli [56], come è stato tratteggiato nella teoria e pratica delle Relazioni d' Aiuto (Par. IV); anche attraverso gli strumenti propedeutici (Par. III) e le considerazioni critiche (Par. V) si dovrebbe contenere le malpratiche e fronteggiare le sequele.

I nuovi nessi strutturali, ad esempio quelli inerenti alla comunicazione in Internet (Par V), dovrebbero essere elaborati nel contesto di ricerche sulle strategie prospettiche nelle **culture che cambiano** di cui siamo fruitori e protagonisti [143] in modo di migliorare le tipologie di **trattamenti**.

In conclusione le Relazioni d' Aiuto Adleriane nelle situazioni di emergenza, permettono di collaudare dei criteri teorici e pratici, attraverso una **rete interdisciplinare** che stimoli gli interventi nell'ambito di un'Alleanza Terapeutica e di una dimensione etico-culturale che incrementi il *Sentimento Sociale*.

## Bibliografia

1. AA.VV. (2018), Contagi relazionali: emozioni, comportamenti, culture in *Psicologia Individuale, XXVII Congresso Nazionale SIPI*, Brescia.
2. ADLER, A. (1904), *Der Arzt als Erzieher*, tr. it. Il medico come educatore, *Riv. Psicol. Indiv.* 38: 53-71, 1995.
3. ADLER, A. (1912), *Zur Erziehung der Erzieher*, tr. it. Per l'educazione dei genitori, *Psiche*, III: 362-382, 1914. *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 5-16, 1994.
4. ADLER, A. (1912a), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il Temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1950.
5. ADLER, A. (1912b), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il Carattere dei nevrotici*, Astrolabio, Roma 1971.
6. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Conoscenza dell'uomo*, Mondadori, Milano 1954.
7. ADLER, A. (1929a), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
8. ADLER, A. (1929b), *Individualpsychologie in der Schule*, tr. it. *La Psicologia Individuale nella scuola*, Newton Compton, Roma 1973.
9. ADLER, A. (1930a), *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
10. ADLER, A. (1930b), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton Roma 1973.
11. ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (1904-1913), *Scripten, in Heilen und Bilden*, tr. it. *Guarire ed educare. Fondamenti di Psicologia Individuale per insegnamento psicoterapeutici*, MARASCO, E. E. (a cura di), Newton Compton, Roma 2007.
12. ADLER, A., MACHT, K. (1928), *Die Kunst eine Lebens und Krankengeschichte zu lesen*, tr. it. *L'arte di leggere una vita. Storia di una malattia*, a cura di MARASCO, E., MARASCO, L., postfazione di ROVERA, G. G., Mimesis, Milano 2019.
13. ADLER, K. A. (1967), *La psicologia individuale di Adler*, in WOLMAN, B. L., *Handbuch der psychoanalytischen und psychotherapeutischen Techniken*, tr. it. *Manuale di Tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma 1942.
14. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it., *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
15. ANTISERI, D. (2001), *Teoria unificata del metodo*, UTET, Torino.
16. ARBUCKLE, D. S. (1967), *Counseling and psychotherapy: an overview*, McGraw-Hill, New York.
17. ASIOLI, F. (1984), *Le emergenze in psichiatria*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
18. AXIA, G. (2006), *Emergenze e Psicologia*, Il Mulino, Bologna, 2006.
19. BALINT, M. (1956), *Primary Love and Psycho-Analytic technique*, tr. it. *Analisi del Carattere e "nuovo ciclo"*, in *Amore Primario*, Guaraldi Rimini, 1973.
20. BALINT, M., ORNSTEIN, P. H. e BALINT, E. (1971), *Focal Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia focale*, Astrolabio, Roma 1972.
21. BANDLER, H., GRINDER, E. (1979), *Therapeutic Metamorphosis*, tr. it. *La me-*

*tamorfosi terapeutica*, Astrolabio, Roma 1980.

22. BARRON, J. W., LINGIARDI, V. (2005), *Dare un senso alla diagnosi*, R. Cortina, Milano.
23. BARTOCCI, G., FRIGHI, L., ROVERA, G. G., LALLI, N., DE FONZO, M. D. (1998), in OKPAKU, S. O. (Ed.), *Clinical Method in Transculturale Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington, 16: 32-35.
24. BARUCCI, M. (1989), *Psicopedagogia. Mente, vecchiaia, educazione*, Utet, Torino.
25. BATESON, G. (1975), *The Technological Body*, tr. it. *Il corpo tecnologico*, Il Mulino, Bologna 1994.
26. BAUMAN, Z. (1993), *Postmodern Ethics*, tr. it. *Le sfide dell'etica*, Feltrinelli, Milano 1996.
27. BELLAK, E., SMALL, L. (1981), *Emergency Psychotherapy and Short-Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia d'urgenza e psicoterapia breve*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1983.
28. BIANCONI A., FERRERO A. (2012), Le compensazioni in psicoterapia, *contributi XXIII Congresso SIPI "La rete delle funzioni compensatorie"*, Anno XXXII Gennaio - Giugno 2014 - Numero 75 – Supplemento.
29. BIBRING, E. (1954), Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies, *J. Am. Psychoanal Assoc.*, 2: 745-770.
30. BION, W. R. (1966), *Catastrophic Change*, tr. it. *Il cambiamento catastrofico*, Loescher, Torino 1981.
31. BOELLA, L. (2006), *Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia*, Milano, Cortina.
32. BONINO, S., FONZI, A., SAGLIONE, G. (1982), *Tra noi e gli altri*, Giunti Barbera, Firenze.
33. BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2010), *Change in Psychotherapy: a Unifying Paradigm*, tr. it. *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2012.
34. BOWLBY, J. (1979), *Building and Breaking Emotional Bonds*, tr. it. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina, Milano 1982.
35. BRACCO, M. (2000), *Prossimica*, in L'universo del corpo, *Enc. Treccani*, Roma: 160-163.
36. BROADBENT, D. et al. (1974), *Spazio e comportamento*, Guida, Napoli.
37. BUDMAN, S. H. (1981), *Forms of Brief Psychotherapy*, Guildford, New York.
38. CALLINA, R. (2014), Applicabilità del modello adleriano all'intervento psicologico in emergenza, *Dialoghi Adleriani*, I: 41-55.
39. CALVO, V. (2007), *Il colloquio di counseling*, Bologna, Il Mulino.
40. CANZIANI, G. (1975), *Introduzione a Psicologia dell'educazione*, ADLER, A. (1930), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma.
41. CAPUZZO, E. (a cura di, 2000), Volontariato, *Enciclopedia Italiana Treccani*, Roma: 787.
42. CAROLI, F., MASSÉ, G. (1985), *Les situations d'urgence en psychiatrie*, Doin Editeurs-Paris.

43. CAZZULLO, C. L. (1993), L'approccio integrato (biologico e psicologico), in *Trattato di Psichiatria*, Ed. Micarelli, Roma, Vol. I, III, VI.
44. CAZZULLO, C. L., MARRA, A., CAVALLARI, G. (1993), Lo stato di necessità, in CAZZULLO, C. L. (a cura di), *Psichiatria*, Micarelli, Roma, 1993, Vol. VII, 3: 1623-1628.
45. CAZZULLO, C. L., INVERNIZZI, VITALI, A. (1987), *Le condotte suicidarie*, USES, Firenze.
46. COHEN-COLE, S. A., PINCUS H. S., STOUDEMIRE, A., et Al. (1986), Recent research developments in Consultation-Liaison psychiatry, *Gan. Hosp. Psychiatry*, 8: 326.
47. COLLINA, R. (2011), Applicabilità del Modello Adleriano all'intervento Psicologico in Emergenza, *Dialoghi Adleriani*, I: 4-55.
48. COLOMBO, G., LALLI, R., et al. (1989), *Il servizio psichiatrico d'emergenza (SPE) a Padova: risultati dei primi 6 mesi di attività*, in COLOMBO, G. (a cura di), *Urgenze in psichiatria*, Cleup, Padova.
49. CUZZOLARO, M. (1982), L'urgenza in Psichiatria, in REDA, G. C. (a cura di), *Trattato di Psichiatria*, USES, Firenze.
50. DANON, M. (2009), *Counseling. L'arte della Relazione d'Aiuto attraverso l'empatia*, 2<sup>a</sup> ed, RED, Como.
51. DAVANLOO, H. (1978), *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*, Spectrum Publications, New York.
52. DAVANLOO, H. (1980), *Short-term Dynamic Psychotherapy*, Arson, New York.
53. DEL MIGLIO, C (1998), Setting, in DORON, R., PAROT, F., DEL MIGLIO, G. (2001), *Nuovo dizionario di psicologia*, Borla, Roma.
54. DONISE, A. (2020), *Critica della ragione empatica: fenomenologia dell'egoismo e della crudeltà*, Il Mulino, Bologna.
55. DI FABIO, A. M. (2003), *Counseling e Relazioni d'Aiuto. Linee guida e strumenti per "L'autoverifica"*, Giunti, Firenze.
56. DREIKURS, R. (1963), *Psychodynamics, Psychotherapy and counseling*, University Oregon Press, Oregon.
57. DUBLIN, W. R., HANKE, N., NICKENS, H. W. (1984), *Psychiatric emergencies*, Churchill Livingstone, New York.
58. EIBL-EIBESFELDT, I. (1970), *Liebe und Haß*, tr. it. *Amore e odio*, Adelphi, Milano 1971.
59. EISSLER, K. R. (1953), Remarks and some Variations in psychoanalysis, *Int. Journal Psychoanal.*, 39 (29): 1958.
60. EY, H. (1954), *Etudes psychiatriques*, Desclée de Brouwer, Paris, voll. I, II, III.
61. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra, interazione cervello mente persona*, C.S.E., Torino.
62. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-63.
63. FASSINO, S. (2016), Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-44.
64. FASSINO, S. (2019), Brevi considerazioni e proposito del cambiamento in psico-

- terapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 85: 107-111.
65. FASSINO, S. (2019), Neuropsicologia dell'inconscio di E. Ginot, Considerazioni Individuali Psicologiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 86: 23-34.
66. FASSINO, S., ABBATEDAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di Psichiatria biopsicosociale*, C.S.E., Torino.
67. FENOGLIO, M. T. (2001), Psicologi di Frontiera: la storia e le storie della Psicologia dell'emergenza in Italia, *Psicologi per i Popoli*, Trento.
68. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale, spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
69. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP) Un trattamento possibile nel Dipartimento di Salute mentale*, Ed. Centro Studi e ricerche in Psichiatria, Torino: 497-537.
70. FERRERO, A. (2016), Il caso di Margherita come esempio clinico di trattamento secondo la Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP), *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 45-60.
71. FREUD, S. (1937), *Die endliche und die unendliche Analyse*, tr. it. *Analisi terminabili e interminabili*, Boringhieri, Torino 1979.
72. FULCHERI, M. (2004), *Le attuali frontiere della Psicologia Clinica*, CSE, Torino.
73. GABBARD, G. O. (1990), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, American Psychiatric Press, Washington.
74. GABBARD, G. O. (1990), *Science and Practice of Short-Psychotherapy*, tr. it. *Scienza e pratica della Psicoterapia breve*, (a cura di) FASSINO, S., AMIANTO, F., C.S.E., Torino 2006.
75. GALIMBERTI, U. (1992), Consulenza, in *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino: 220-221.
76. GALIMBERTI, U. (1992), Pedagogia, in *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino: 662-663.
77. GALIMBERTI, U. (1992), Psicologia rogersiana, in *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino: 76.
78. GALLESE, V. (2009), Neuroscienze e fenomenologia, *Enc. It.* Treccani, Roma, XXI Secolo: 171-181.
79. GALLESE, V. (2001), The Manifold Hypothesis. From mirror neurons to empathy, in *J. of Consc. Stud.*, 8:5-7, 33-50.
80. GIANNATONIO, M. (a cura di, 2006), *Psicotraumatologia e Psicologia delle Emergenze*, Ecomind, Salerno.
81. GIAVEDONI, A. (2007), Integrating Pharmacotherapy and Psychoanalytic Psychotherapy: Role and Significance of Medication, *Quip*, XXVI: 46-56.
82. GINOT, E. (2017), L'inconscio messo in atto. Un modello neuropsicologico dei processi inconsci, *Riv. Psicol. Indiv.*, 86: 13-29.
83. GREENSON, R. R. (1960), Empathy and its Vicissitudes, *Int. J. Psychoanal.*, 41: 418-424.
84. HALEY, J. (1963), *Strategies of Psychotherapy*, tr.it. *La strategia della Psicoterapia*, Sansoni, Firenze 1974.
85. HALL, E. T. (1959), *The Silent Language*, tr. it. *Il linguaggio silenzioso*, Bompia-

ni, Milano 1969.

86. HALL, E. T. (1963), *The Hidden Dimension*, tr. it. *La dimensione nascosta (Il linguaggio silente)*, Boringhieri, Milano 1966.

87. HINDE, R. (1972), *Non-verbal communication*, University Press, Cambridge.

88. HOROWITZ, M. J., DUFF D. F., STRATTON, L. O. (1964), Personal space and body-buffer zona, *Arch. Gen. Psych.*, 111: 651-656.

89. HOROWITZ, M. J. (1973), Phase oriented treatment of stress syndromes, *Am. J. Psychother.*, 27: 506-515.

90. [https://ec.europa.eu/health/preparedness\\_response/crisis\\_management.it](https://ec.europa.eu/health/preparedness_response/crisis_management.it)

91. INVERNIZZI, G., VITALI, A. (1993), *La Psichiatria d'urgenza*, in CAZZULLO, C. L. *Psichiatria*, Micarelli, Roma, II: 1265-1279.

92. IVEY, A. E., BRADFORD IVEY, M., SIMEK-MORGAN, L. (1996), *Counseling and Psychotherapy*, Allyn and Bacon, Needam-Heights, Mass.

93. JASPERS, K. (1913), *Einführung*, in Jaspers, tr. it. *Psicopatologia generale. Introduzione*, in *Scritti psicopatologici*, Napoli, Guida 2014: 81-113.

94. JEDDI, E. (1982), *Corps et cultures*, in *Le corp en psychiatrie*, Masson, Paris: 23.

95. KUHN, T. S. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, tr. it. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 1979.

96. LANGS, R. (1973-1974), *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*, tr. it. *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*, Boringhieri, Torino 1979.

97. LAPIERRE, A. AUCOUTURIER, B. (1982), *Le corps et l'inconscient dans l'éducation et la thérapie*, tr. it. *Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia*, Armando, Roma 1996.

98. LEVIS, M., MILLER, S. M. (1990), *Handbook of Developmental Psychopathology*, Plenum Press, New York and London.

99. LIPOWSKI, Z. J. (1977), Consultation-Liaison Psychiatry Concepts and Controversies, *Am. J. Psych.*, 134: 523.

100. LIPPS, T. (1896), *Il concetto di inconscio in Psicologia*, in ROTELLA, I. (2018), *Freud, Lipps e il problema dell'empatia. Indagine sull'etica freudiana a partire dall'eredità lippsiana*, Tesi di dottorato, Università degli studi di Napoli Federico II.

101. LIPSITT, D. R. (1996), Psicoterapia, in RUNDELL, J. R., WISE, M. G., (a cura di ROVERA, G. G.), *Clinical Manual of Psychosomatic Medicine: A Guide to Consultation-Liaison Psychiatry*, tr. it. *La Psichiatria nella pratica medica*, C.S.E., Torino 2005: 1013-1036.

102. LOSONCY, L. (1981), Encouragement Therapy, in CORSINI, R. S., *Handbook Innovative Psychotherapies*, 21: 286-298.

103. LUDOVICO, A. (2000), Realtà virtuale, in L'universo del corpo, *Enc. Treccani*, Roma, 278-282.

104. LUPO, G. (2020), I giorni dell'emergenza. Diario di un tempo sospeso, ed. *Il Sole 24 ore*, Milano.

105. MALAN, D. H. (1976), *The frontier of Brief Psychotherapy*, Plenum, New York.

106. MANN, J. (1973), *Time limited psychotherapy*, Harvard University Press, Cambridge.

107. MARASCO, E., MARASCO, L. (2018), *Psicologia Individuale. Sinossi per la clinica di Danilo Cargnello*, Mimesis, Milano.
108. MARMOR, G. (1980), Crisis Intervention and Short-term Dynamic Psychotherapy, in DAVANLOO, H. (1980), *Short-term Dynamic Psychotherapy*, Arson, New York.
109. MARY, R. (1989), *The Art of Counseling*, tr. it. *L'arte del counseling*, Astrolabio, Roma 1991.
110. MERLEAU-PONTY, M. (1945), *La Phénoménologie de la perception*, tr. it. *La fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano 2003.
111. MIGONE, P. (1985), Short-term dynamic psychotherapy from a psychoanalytic Viewpoint, *The Psychoanalytic Review*, 4: 615-634.
112. MIGONE, P. (2003), La psicoterapia con intervento breve, *Psicoterapie e Scienze Umane*, XXXVII, 457-473.
113. MILLON, T., DAVIS, R. D. (1996), *Disorders of Personality; DSM-IV and Beyond (2'ed.)*, Wiley, New York.
114. MINSKY MARVIN, L. (1986), *The Society of Mind*, tr. it. *La società della mente*, Adelphi, Milano 1989.
115. MINSKY MARVIN, L. (2007), *The emotion medicine – common sense, thinking, artificial intelligence and the future of the human mind*, Simon and Schuster, New York.
116. MUNDO, E. (2009), *Neuroscienze per la psicologia clinica, le basi del dialogo mente e cervello*, Raffaello Cortina, Milano.
117. OMS (1992), *ICD-10: Decima revisione della Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichiatrici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*, KEMALI, D., MAY, M., CATAPANO, F., LOBRACEM, S., MAGLIANO, L. (a cura di), Masson, Milano.
118. PANI, R. (1989), *Le tecniche psicoanalitiche per adulti*, Piccin, Padova.
119. PAVAN, L. CASACCHIA, C., COLOMBO, C., STRATTA, C. (1992), *Psichiatria d'urgenza*, in AA.VV., *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, III.
120. PAVAN, L., BANON, D. (1992), La crisi in psichiatria, in CASACCHIA, C., COLOMBO, C., STRATTA, C., *Psichiatria d'urgenza*, in AA.VV., *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, III: 2760-2769.
121. PHILLIPS, K. A., FIRS, M. B., PINCUS, H. A. (2003), *Advancing DSM. Dilemmas in Psychiatric Diagnosis*, American Psychiatric Press, Washington DC.
122. PIETRANTONI, L., PRATI, G. (2001), *Psicologia dell'Emergenza*, Il Mulino, Bologna.
123. PINKER, S. (2011), *The Better Angels of Our Nature: Why Violence Has Declined*, tr. it. *Il declino della violenza. Perché quella che stiamo vivendo è probabilmente l'epoca più pacifica della storia*, Milano, Mondadori 2013.
124. PINKUS, L. (1978), *Teoria della psicoterapia analitica breve*, Borla, Roma.
125. RIFKIN, J. (2009), *The Empathic Civilization: the Race to Global Consciousness in a World in Crisis*, tr. it. *La civiltà dell'empatia. La corsa verso la coscienza globale nel mondo in crisi*, Milano, Mondadori 2011.
126. RIGATELLI, M., FERRARI, S., GALEAZZI, G. M. (2001), *La Psichiatria di Con-*

- sultazione nell'Ospedale Generale, in *Psichiatria di Consultazione*, NOOS, 255-271.
127. ROGERS, C. (1971), *Psicoterapia di consultazione*, Astrolabio-Ubaldini, Roma.
128. ROLLO, M. (1991), *The Art of Conseling*, tr. it. *L'arte del counseling*, Roma, Astrolabio-Ubaldini.
129. ROSENBAUM, P. C. (1964), Events of Early and Brief Therapy, *Arch. Gen. Psychiatry*, 10: 506-512.
130. ROSSI, P. (1997), Scienze Sociali, in *Enciclopedia delle Scienze Sociali*, Treccani, Roma, V, VII: 662-677.
131. ROTELLA, I. (2018), *Freud, Lipps e il problema dell'empatia. Indagine sull'etica freudiana a partire dall'eredità lippsiana*, Tesi di dottorato, Università degli studi di Napoli Federico II.
132. ROVERA, G. G. (1982), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
133. ROVERA, G. G. (1984), *Involving Doctors e Psichiatria di Liaison di fronte al problema cancro*, VICC, Genova.
134. ROVERA, G. G. (1988), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, Atti del Congresso SIPI, Camogli, *Riv. Psicol. Indiv.*, 2016, 80: 9-3.
135. ROVERA, G. G. (1994), Formazione del Sé e patologia borderline, *Atque*, 9: 127-140.
136. ROVERA, G. G. (1999), La Psicologia Individuale, in CASSANO, G., et al (a cura di), *Trattato italiano di Psichiatria*, vol. III, Masson, Milano: 3529-37.
137. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano e la complessità delle ricerche, in ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, C.S.E., Torino: 3-8.
138. ROVERA, G. G. (2004a), Iatrogenia e Malpratica in Psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 7-50.
139. ROVERA, G. G. (2004b), Il modello Adleriano nelle Relazioni d' Aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.
140. ROVERA, G. G. (2004c), Presentazione, in ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, C.S.E., Torino: XI-XIII.
141. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
142. ROVERA, G. G. (2012), Editoriale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 72: 5-10.
143. ROVERA, G. G. (2018), *Psichiatria Culturale e Psicoterapia Transculturale*, in CASTIGLIONI, M. E., et al., *Culture che curano*, ed. Borla, Roma, 12: 169-197.
144. ROVERA, G. G. (2019), Analisi (In)terminabile e continuità (Psico)terapeutica, *Abstract form Poster, XXVIII Congresso internazionale S.I.P.I., Tradizione e cambiamento. Approfondimento e sviluppi della Individual Psicologia*, Reggio Emilia, 29 e 30 Marzo.
145. ROVERA, G. G. (1988), *From Speech, La rete psicoterapeutica nella consulenza-collegamento in un ospedale Generale*, in FURLAN, P. M. (a cura di), *Psicoterapia*

*pia e rete dei servizi*, C.S.E., Torino: 205-209.

146. ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di, 2004), *La ricerca in Psicologia Individuale*, C.S.E., Torino.

147. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in Psichiatria, *Rass. Di Ip.*, 75, 1.

148. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1982), Considerazioni psicopatologiche ed applicazioni cliniche in tema di strategie dell'incoraggiamento, *Rass. Ig. Mentale*, IV, 1-4: 105-132.

149. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1988), *Il modello di rete in Psicologia Medica*, in *Persona umana e Ospedale*, IES, Mercury, Roma.

150. ROVERA, G. G., PAGANI, P. L., CASTELLO, F. (1975), voce *Compensazione*, in PARENTI, F., *Dizionario di psicologia individuale*, Raffaello Cortina, Milano: 45-47.

151. RUNDELL, J. R., WISE, M. G. (1996), *Textbook of consultation-liaison psychiatry*, tr. it. *La Psichiatria nella pratica medica*, C.S.E., Torino 1999.

152. SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1990-1995), *Manual for Life Style Assessment*, tr. it. *Manuale per l'analisi dello Stile di Vita*, Angeli, Milano 2008.

153. SIFNEOS, P. E. (1972), *Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis*, tr. it. *Psicoterapia breve e crisi emotiva*, Martinelli, Firenze 1982.

154. SMITH, A. (2009), The empathy imbalance hypothesis of autism. A theoretical approach to cognitive and emotional empathy in autistic development, *The Psychological Record*, 59(2):273-294.

155. SPECK, R., ATTNEAVE, J. (1973), *La terapia di rete*, Astrolabio, Roma 1976.

156. STEIN, E. (1917), *The Empathy*, tr. it. *L'empatia*, Milano, Franco Angeli 1986.

157. TANNEMBAUM, G. (1959-1966), *I centri di Consultazione d'Urgenza ("walk-in clinics")*, in ARIETI, S., *Manuale di Psichiatria*, Boringhieri, Torino 1970: 2007-2008.

158. WALDINGER, R. J. (1990), *Psychiatry for Medical Students*, 2<sup>th</sup> Edition, American Psychiatric Press, Washington.

159. WALLERSTEIN, R. (1975), *Psychotherapy and Psychoanalysis: Theory, Practicem Research*, International Universities Press, New York.

160. WAMPOLD, B., BUDGES, S. L. (2012), The 2011 Leona Tyler Award address: the relationship-and its relationship to the common and specific factors of psychotherapy, *Couns. Psychol.*, 40: 601-623.

161. WEISS, M. A. J. (1959), *The suicidal patient*, tr. it. *Il paziente suicida*, in ARIETI, S., *Manuale di psichiatria*, Boringhieri, Torino 1970: 26.

162. WRIGHT, K., HAIMONWITZ, N. (1961), Time-limited Psychotherapy: Advantages, Problems, Outcome, *Psychol. Reb.*, 9: 187-197.

Gian Giacomo Rovera

Corso Einaudi 28

I-10129 Torino

E-mail: ggrovera@hotmail.com



## **La personalità degli studenti di medicina differisce da quella di studenti di altre facoltà? Uno studio osservazionale per un programma di formazione medica su misura in epoca Covid-19**

FEDERICO AMIANTO, ENRICA MARZOLA, MATTEO PANERO,  
GIOVANNI ABBATE DAGA, BENEDETTO VITIELLO

*Summary* – DO PERSONALITY DIFFER BETWEEN MEDICAL STUDENTS AND STUDENTS FROM OTHER FACULTIES? AN OBSERVATIONAL STUDY FOR A TAILORED MEDICINE TRAINING PROGRAMME IN THE COVID-19 PERIOD. Medical students need specific education and training as future physicians potentially entailing a possibly severe burn-out, in particular in emergency situations such as the recent Covid-19 epidemics, with depressive and anxiety symptoms coupled with suboptimal coping skills. This study aims to compare the temperament and character personality traits of a sample of medical students with other students to explore possible characteristics which may represent specific targets for different training. Two-hundred and twenty-two students from the School of Medicine (MS) and 129 matched students from other faculties (respectively from the Faculty of Humanities –FH– and from the Polytechnic Design Faculty –PD) were assessed using the Temperament and Character Inventory (TCI) and the Beck Depression Inventory (BDI-II) in order to explore their personality and depressive scores. Medical students differ from other students in some personality traits. MS showed lower persistence and self-transcendence than the other groups. MS reported higher dependence and self-directedness and responsibility and purposefulness. Future physicians seem to have multifaceted personality aspects: in fact, high self-directedness combined with the need to accomplish others' requests can be both a motivation and a factor of resistance to frustration. On the other hand, an excessive sensitivity to other people's judgment with low persistence may promote burn-out. Implications for medical school programs are discussed. Trial registration. Protocol Number: 127252.

*Keywords:* TEMPERAMENTO, CARATTERE, STUDENTI DI MEDICINA, PROGRAMMA DI FORMAZIONE MEDICA SU MISURA, BURNOUT

### *I. Introduzione*

Numerosi studi evidenziano tra i medici e gli studenti di medicina un'elevata prevalenza di sintomi ansiosi (dal 12 al 24% 8,9) e depressione (dal 14% 9,10 al 31% 11) se comparati alla popolazione generale o a studenti di pari età [12, 40].

Gli studenti di medicina mostrano un disagio psicologico maggiore rispetto alla popolazione generale [7, 32, 66, 72, 73]. Inoltre il burnout del medico sembra esordire già al tempo dell'università [11, 40, 74]. La competitività, il perfezionismo, la troppa autonomia associata con la responsabilità e la paura di mostrarsi vulnerabili, l'osservazione o la partecipazione a pratiche non etiche [4], sono indicati come le più probabili cause [11], insieme a carico di lavoro [4, 11, 30, 31, 33, 37, 46, 57, 65-68, 69-73], problemi finanziari, pressione psicologica, deprivazione di sonno [74], partecipazione alle sofferenze e alla fine della vita dei pazienti [49].

Studi longitudinali hanno osservato un aumento dei sintomi psicopatologici lungo il corso della facoltà di medicina [39] suggerendo che il disagio degli studenti sia cronico e persistente [57], venga mantenuto o favorito dal curriculum universitario e prosegua durante la pratica: infatti i medici sono meno soddisfatti della loro vita rispetto alla popolazione generale [69]. Secondo una metanalisi del 2004 [59], il tasso di suicidi nei medici maschi è fino a 4 volte più alto rispetto alla popolazione generale e 2-3 volte nelle femmine.

Il disagio derivante da stressors esogeni si riflette sulla qualità delle cure e spinge a comportamenti non professionali o all'abbandono della professione [4, 11-15, 28-31, 33, 46, 49, 56-57, 59], con un effetto negativo sulla qualità delle cure e sulla compliance [41-42, 64]. È noto, inoltre, che l'insoddisfazione professionale favorisce la medicina difensiva e la malpractica [35] e quindi l'aumento dei costi sanitari. In presenza di tali disagi molti autori segnalano la difficoltà per gli studenti di medicina di cercare aiuto per sé, affidandosi alle cure di uno specialista [12, 28, 61].

La personalità è stata studiata come predittore e mediatore della resilienza e della vulnerabilità allo stress durante l'addestramento e la pratica clinica degli studenti di medicina [16, 68]. Nonostante molti studi abbiano dimostrato che la prevalenza e la diffusione del disagio professionale tra medici e studenti di medicina sono in aumento [4, 5, 11, 12, 21, 29, 52, 61, 75], finora non è stato sviluppato un paradigma specifico per valutarne la personalità. Inoltre, potrebbe essere importante migliorare le risorse della personalità degli studenti di medicina al fine di ottenere gli strumenti professionali per condurre una pratica clinica etica ed efficace e prevenire le forme di esaurimento precoce [21, 51]. Gabbard (1985) [27] ha evidenziato che il medico "normale" (in senso statistico) ha una "triade compulsiva" che consiste in dubbio, senso di colpa e un senso esagerato di responsabilità.

Le ragioni per intraprendere la professione medica sono state individuate come ricerca di: "indispensabilità", "aiuto alle persone", "rispetto", "impegno personale", "consapevolezza della responsabilità" e "scienza" [50]. Sulla base di queste caratteristiche, tuttavia, tali elementi espongono il medico ad aspetti scarsamente adattivi, tra cui la difficoltà a rilassarsi, una persistente sensazione di "non fare abbastanza" con una sorta di confusione tra egoismo e cura di sé [12, 50].

L'educazione medica è stata accusata di rafforzare l'alessitimia e il distacco emotivo, sottolineando la necessità di rinnovamento della formazione medica, con particolare attenzione alla personalità e alle emozioni degli studenti di medicina [62].

Il disagio dei medici oltre ad influire sulla qualità delle cure ostacolando le buone pratiche cliniche produce fenomeni di esaurimento emotivo come stress e burnout, problemi importanti dal punto di vista economico ed etico [12].

Sembra che il burnout dei medici inizi durante la formazione universitaria e possa essere correlato alle richieste e alle caratteristiche specifiche dei programmi di educazione medica. Pertanto, i programmi di educazione medica possono avere un impatto negativo sui tratti di personalità degli studenti di medicina piuttosto che agire come fattore di protezione dai rischi di esaurimento [34,74].

L'attuale periodo di pandemia Covid-19 rappresenta una situazione estrema in cui i giovani medici, talvolta prima del termine della specializzazione, sono sottoposti ad uno stress emotivo e fisico mai vissuto in precedenza e che pertanto costituisce un fattore di rischio estremo per il burnout [75].

Caratteristica inedita dell'attuale situazione è che, a differenza di situazioni di drammatica emergenza evidenziate nel passato (ad es. conflitti militari o altre più circoscritte epidemie, come la SARS o l'ebola), essa non colpisce soltanto professionisti che in qualche modo hanno "scelto" di lavorare in condizioni di emergenza, ma tutti i medici operanti in un certo territorio, indipendentemente dai tratti di personalità, dalle motivazioni e dagli assetti vocazionali che li hanno spinti a scegliere e praticare la loro professione [27, 50]. Per questa ragione le risorse personologiche individuali risultano essenziali strumenti di gestione della situazione di stress e di resilienza.

Molti studi hanno dimostrato l'importanza dei tratti della personalità sia nelle reazioni individuali allo stress sia nel successo della carriera medica [16, 20]. Tuttavia, anche se molti ricercatori [10, 17, 36, 44, 45, 63] hanno esplorato questa relazione con il Temperament and Character Inventory (TCI) [9] ad oggi, nessuno studio che utilizzi il TCI ha confrontato gli studenti di medicina con studenti di altre facoltà per indagare specificamente la personalità degli studenti di medicina.

In particolare la pandemia Covid-19 evidenzia che se situazioni pandemiche tenderanno a ricorrere in tutto il mondo sarà ancora più necessario che la formazione degli studenti di medicina preveda un potenziamento di tali risorse personologiche durante il percorso formativo, accanto ad una adeguata maturazione del sentimento sociale in tutte le sue forme [1].

Oltre a proteggere il futuro medico dall'esaurimento emotivo, la maturazione di tratti del carattere improntati alla cooperazione potrà, infatti, consentirgli un miglior funzionamento cooperativo nei gruppi di lavoro, capacità particolarmente necessaria in situazioni di forte stress e richiesta relazionale come quelle di emergenza [58].

## II. *Obiettivi e Metodi*

Il primo obiettivo del nostro studio è quello di confrontare i tratti di personalità degli studenti di medicina con quelli di altre facoltà per di valutarne il profilo di personalità. Il secondo obiettivo è discutere le caratteristiche della formazione medica raccomandate per favorire lo sviluppo ottimale dei tratti di personalità al fine di ottimizzare la prevenzione del burnout precoce e il miglioramento delle capacità di coping utili nella carriera sanitaria.

### *Partecipanti*

È stata richiesta la partecipazione allo studio, con modalità randomizzata al termine di lezioni frontali, a 407 studenti in frequenza all'Università di Torino provenienti dalla Scuola di Medicina (Studenti di Medicina e Chirurgia, SM), dalla Facoltà di Lettere e Filosofia (FH) e dal Facoltà di Design del Politecnico (PD).

I criteri di inclusione erano: 1) essere al quinto anno del loro programma universitario presso l'Università di Torino; 2) fascia d'età compresa tra 21 e 27 anni; 3) frequentare la Scuola di Medicina (MS), la Facoltà di Lettere e Filosofia (FH) (che comprende i corsi di Letteratura moderna, Letteratura classica, Lingue, Sociologia, Antropologia culturale), il Corso di Design presso il Politecnico di Torino (PD); 4) buona proprietà della lingua italiana; 5) assenza di una grave condizione psichiatrica o di altre condizioni mediche (ad es. abuso di sostanze attuali, malattie neurologiche) come valutato per colloquio clinico.

Otto studenti sono stati esclusi dallo studio perché hanno rifiutato la consultazione psichiatrica per diversi motivi (3 a causa della mancanza di tempo; 2 a causa del loro periodo all'estero per il programma Erasmus; 3 a causa del loro rifiuto di sottoporsi a una valutazione psichiatrica).

Il campione iniziale degli SM era composto da duecentotrentaquattro partecipanti, tuttavia 12 sono stati esclusi dallo studio a causa di risposte incomplete.

Inizialmente sono stati reclutati settanta studenti di PD, ma 63 sono stati considerati per l'analisi poiché 5 erano incompleti e 2 sono stati esclusi a causa della scarsa conoscenza della lingua italiana.

Sessantasei su 68 studenti FH hanno fornito risposte complete ai test e sono stati infine inclusi in questo studio.

Sono stati pertanto arruolati 351 studenti dell'Università di Torino: il 63,1% (n = 222) proveniva dalla Scuola di Medicina (studenti di medicina, SM), il 36,9% dalla Facoltà di Lettere e Filosofia (FH, n = 66) e dal Facoltà di Design del Politecnico (PD) (n = 63).

### *Etica*

Gli studenti sono stati informati dello scopo dello studio. Il consenso informato scritto è stato ottenuto da ogni studente prima della consegna dei test. Questo studio è stato condotto in conformità con la Dichiarazione di Helsinki del 1995, riveduta a Edimburgo, nell'ottobre 2000. Lo studio è stato approvato dal Comitato di Bioetica dell'Università di Torino, Italia (Numero di protocollo: 127252).

### *Procedura*

Dopo il completamento del consenso informato scritto, tutti i partecipanti sono stati valutati clinicamente da uno psichiatra esperto. Successivamente, a tutti i partecipanti è stato chiesto di completare una serie di test psicometrici durante la prima lezione del loro corso accademico da settembre 2009 a giugno 2011.

### *Le misure*

Tutti i partecipanti hanno completato le seguenti valutazioni:

*Temperament and Character Inventory* [7, 9]. Il TCI è un test di 240 domande, progettato per lo studio dimensionale della personalità. Cloninger postula l'esistenza di quattro tratti temperamentali (Novelty Seeking [NS], Harm Avoidance [HA], Reward Dependence [RD], Persistence [P]) e tre dimensioni di carattere (Self-Directedness [SD], Cooperativeness [C], Auto-trascendenza [ST]). Ognuno di questi tratti include specifiche dimensioni secondarie.

Si ritiene che le dimensioni del temperamento siano ereditarie e mediate dal funzionamento del neuro-trasmittitore nel sistema nervoso centrale (dopamina, serotonina, noradrenalina, glutammato, rispettivamente), mentre le dimensioni del carattere sono tratti della personalità acquisiti e maturano in età adulta [32]. Utilizzando la distribuzione percentile normativa i punteggi superiori a 67° e al di sotto del 33° percentile sono considerati al di fuori dell'intervallo normale [7]. Per quanto riguarda l'affidabilità e la validità, le proprietà psicometriche TCI supportano la sua utilità clinica nella valutazione della psicopatologia della personalità [9].

*Beck Depression Inventory II* [2]. Il BDI è un questionario di autosomministrato con 21 domande, ampiamente utilizzato per valutare la presenza di sintomi depressivi. Permette di distinguere la presenza di sintomi somatici e cognitivi-affettivi. Il limite per la rilevanza clinica è fissato a 16.

### *Analisi statistica*

L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando il Pacchetto Statistico per le Scienze Sociali versione 23 (SPSS) [55]. La distribuzione di genere è stata testata con il test del chi-quadro. L'età media e i punteggi BDI-II sono stati confrontati tra i tre gruppi utilizzando l'ANOVA.

I punteggi di età e BDI-II hanno mostrato differenze significative tra i tre gruppi, quindi sono stati usati come covariate nelle successive analisi ANCOVA tra i tre gruppi di studenti. L'analisi post hoc Bonferroni è stata quindi effettuata per evidenziare le differenze tra i tre sottogruppi.

Gli studenti FH e PD sono stati raggruppati nel loro insieme e confrontati con gli studenti MS con il test t di Student per evidenziare i tratti specifici degli studenti MS. Poiché alcuni tratti della personalità possono essere correlati tra loro, i due gruppi di studenti sono stati anche confrontati usando l'analisi della regressione logistica per campioni indipendenti per evidenziare quali tratti erano associati in modo indipendente alla scelta della scuola di medicina. A causa della natura esplorativa dello studio è stato considerato un livello di significatività di  $p < 0,05$ .

### III. Risultati

#### *Distribuzione di genere tra i diversi gruppi*

La distribuzione di genere tra i diversi gruppi (circa 2:3 M/F) non differiva significativamente usando il test chi-quadro ( $\chi^2 = 0,336$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,845$ ).

#### *Confronto dei punteggi di età e depressione tra i tre gruppi*

Gli studenti MS e FH hanno mostrato un'età significativamente più alta ( $p < 0,001$ ) rispetto agli studenti PD. Gli studenti MS hanno mostrato punteggi BDI-II inferiori rispetto agli studenti FH ( $p < 0,001$ ) ma non differivano dagli studenti PD.

#### **Confronto dell'età e dei punteggi BDI tra i tre gruppi**

	<b>MS</b> N=222	<b>FH</b> N=66	<b>PD</b> N=63	<b>F</b>	<b>Post-hoc</b>
<b>Età</b>	24.20 ± 3.2	24.25 ± 2.8	20.97 ± 2.3	31.46***	MS, FH>PD
<b>BDI-II</b>	3.68 ± 4.15	6.05 ± 4.32	4.67 ± 5.84	7.06***	MS<FH

MS: Scuola di Medicina; FH: Facoltà di Lettere e Filosofia;  
 PDF: Politecnico Facoltà di Design;  
 BDI-II: Beck Depression Inventory-II. \*\*\* $P < .001$ .

#### *Confronto dei tratti della personalità usando TCI tra gruppi di studenti*

La Tabella 1 e la Tabella 2 mostrano i punteggi TCI che differivano significativamente tra i tre gruppi di studenti. Gli studenti SM hanno riportato un evitamento del danno (HA) inferiore rispetto sia agli studenti PD che agli studenti FH ( $p < 0,05$ ), ed hanno mostrato una dipendenza dal riconoscimento (RD) significativamente più alta rispetto agli altri gruppi ( $p < 0,01$ ). Gli studenti SM e quelli FH, hanno mostrato una persistenza (P) inferiore rispetto agli studenti PD ( $p < 0,01$ ).

Gli studenti SM hanno mostrato una autodirettività (SD) più alta ( $p < 0,01$ ), con una maggiore responsabilità (SD1) ( $p < 0,05$ ) e propositività (SD3) ( $p < 0,001$ ), rispetto agli studenti PD e maggiore propositività (SD3) rispetto agli studenti FH ( $p < 0,001$ ). Gli studenti SM hanno però riferito di un minore assorbimento creativo (ST1) ( $p < 0,001$ ) rispetto agli studenti PD e FH ( $p < 0,001$ ) ed una minore identificazione transpersonale (ST2) rispetto agli studenti FH ( $p < 0,001$ ).

### Confronto dei tratti di personalità tra SM, FH e PD

	<b>MS</b> N=222	<b>FH</b> N=66	<b>PD</b> N=63	<b>F</b>	<b>Post-hoc</b>
<b>HA</b>	17.40 ± 7.38	17.67 ± 6.72	18.08 ± 6.86	0.23	ns
HA2	4.55 ± 2.06	4.12 ± 2.061	4.35 ± 1.87	1.79	ns
HA4	3.64 ± 2.20	3.47 ± 2.18	3.84 ± 2.43	1.30	ns
<b>RD</b>	14.59 ± 4.32	14.70 ± 4.30	14.13 ± 4.39	0.34	ns
RD3	3.73 ± 1.45	3.35 ± 1.43	3.30 ± 1.29	3.39*	ns
<b>P</b>	4.53 ± 1.96	4.55 ± 1.92	5.51 ± 1.74	6.63**	PD>MD, HF
<b>SD</b>	30.36 ± 8.17	27.26 ± 7.6	27.62 ± 6.92	4.94**	MD>PD
SD1	6.26 ± 1.91	5.91 ± 1.92	5.52 ± 1.88	3.85*	MD>PD
SD2	5.72 ± 1.80	4.83 ± 1.90	4.37 ± 1.74	16.58***	MD>PD, HF
<b>ST</b>	10.73 ± 6.07	14.21 ± 5.89	13.86 ± 6.23	12.15***	MD<HF, PD
ST1	3.85 ± 2.29	5.95 ± 2.11	5.90 ± 2.43	33.77***	MD<HF, PD
ST2	2.18 ± 1.88	3.20 ± 2.07	3.02 ± 2.27	9.09***	MD<HF

MS: Scuola di Medicina; FH: Facoltà di Lettere e Filosofia; PD: Politecnico Facoltà di Design;  
 BDI: Beck Depression Inventory; NS: Ricerca della Novità (NS1: Eccitabilità Esploratoria);  
 HA: Evitamento del Danno (HA2: Paura dell'incertezza; HA4: Affaticabilità);  
 RD: Dipendenza dal Riconoscimento; P: Persistenza; SD: Autodirettività (SD1: Responsabilità;  
 SD2: Propositività); C: Cooperatività (C3: Disponibilità; C5: Coscienza disinteressata);  
 ST: Autotrascendenza (ST1: Autoincuranza; ST2: Identificazione transpersonale)  
 \*\*\*P<.001; \*\*P<.01; \*P<.05

**Confronto dei tratti della personalità tra SM e altri studenti (FH+PD)**

	<b>MS N=222</b>	<b>FH+PD N=129</b>	<b>t</b>
<b>NS</b>	19.02 ± 5.72	20.16 ± 5.65	-1.81
NS1	6.11 ± 2.39	6.67 ± 2.99	-2.14*
<b>RD</b>	14.59 ± 4.32	14.42 ± 4.33	0.35
RD3	3.73 ± 1.45	3.33 ± 1.35	2.65**
<b>P</b>	4.53 ± 1.96	5.02 ± 1.89	-2.27*
<b>SD</b>	30.36 ± 8.17	27.62 ± 7.28	3.15**
SD1	6.26 ± 1.91	5.72 ± 1.90	2.53*
SD2	5.72 ± 1.80	4.60 ± 1.83	5.56***
<b>C</b>	31.23 ± 7.65	30.64 ± 6.54	0.74
C3	6.10 ± 1.66	5.69 ± 1.59	2.30*
C5	7.29 ± 1.79	6.84 ± 2.07	2.14*
<b>ST</b>	10.73 ± 6.07	14.04 ± 6.04	4.93***
ST1	3.85 ± 2.29	5.93 ± 2.26	-8.23***
ST2	2.18 ± 1.88	3.11 ± 2.16	-4.24***

MS: Scuola di Medicina; FH: Facoltà di Lettere e Filosofia; PD: Politecnico Facoltà di Design;  
 BDI: Beck Depression Inventory; NS: Ricerca della Novità (NS1: Eccitabilità Esploratoria);  
 HA: Evitamento del Danno (HA2: Paura dell'incertezza; HA4: Affaticabilità);  
 RD: Dipendenza dal Riconoscimento; P: Persistenza; SD: Autodirettività (SD1: Responsabilità;  
 SD2: Propositività); C: Cooperatività (C3: Disponibilità; C5: Coscienza disinteressata);  
 ST: Autotrascendenza (ST1: Autoincuranza; ST2: Identificazione transpersonale)  
 \*\*\* $P < .001$ ; \*\* $P < .01$ ; \* $P < .05$

*Distribuzione percentuale dei punteggi TCI di gruppi di studenti*

Rispetto alla distribuzione normativa dei punteggi percentili gli studenti SM hanno mostrato punteggi medi nelle dimensioni NS, RD, SD (45 ° percentile) e C (40°), punteggi di HA alti (70°) e bassi di P (15°) e ST (9°).

Gli studenti di FH hanno mostrato punteggi medi di NS (50°), RD, (45°), P (35°), C (40°), punteggi alti di HA (75°) e bassi di SD (30°) e ST (20 °).

Gli studenti PD hanno mostrato punteggi medi di NS (50°), RD (35°), P (35°), SD (35°), punteggi alti di HA (75°) e punteggi bassi di C (30°) ed ST (20°).

*Analisi di regressione tra studenti MS e FH + PD*

La tabella 4 mostra i risultati dell'analisi della regressione logistica. Tre modelli di classificazione sono stati identificati: il primo includeva solo l'assorbimento creativo (ST1) con un tasso di classificazione corretta del 69,8%, il secondo includeva sia l'assorbimento creativo (ST1) e la propositività (SD2) con un tasso del 70% di classificazione corretta), e la terza persistenza (con un tasso del 71,5% di classificazione corretta).

**Analisi di Regressione tra studenti MS ed FH+PD**

		<b>B</b>	<b>Wald</b>	<b>P</b>
Fase 1	<b>ST1</b>	.38	49.32	<.001***
Fase 2	<b>SD2</b>	-.29	18.65	<.001***
	<b>ST1</b>	.36	42.85	<.001***
Fase 3	<b>P</b>	.16	5.19	.023*
	<b>SD2</b>	-.34	22.06	<.001***
	<b>ST1</b>	.34	35.83	<.001***

*Fase 1: modello di classificazione 1;*

*Fase 2: modelli di classificazione 2;*

*Fase 3: modello di classificazione 3.*

*ST1: Autoincuranza; SD2: Propositività; P: Persistenza.*

*\*\*\*P<.001; \*\*P<.01; \*P<.05*

#### IV. *Discussione*

##### *Temperamento degli studenti di medicina*

La letteratura ha evidenziato che i livelli di evitamento del danno sono rilevanti per distinguere due diversi schemi di temperamento degli studenti SM, cioè coloro che mostrano livelli elevati e coloro che mostrano bassi livelli [18]. Livelli elevati di evitamento del danno sono associati alla sofferenza psicopatologica e alla predisposizione alla fatica e possono rappresentare un fattore di rischio per la sofferenza psicologica [24, 53]. Tuttavia, nel nostro studio non distinguono gli studenti MS dagli studenti HF e PD. In effetti tutti gli studenti mostrano livelli di evitamento del danno elevati se riferiti alla popolazione normativa.

Gli alti livelli generalizzati di evitamento del danno possono indicare una sensibilità diffusa allo stress nella popolazione degli studenti universitari che può essere correlata al difficile periodo socio-economico o può essere stimolata da richieste accademiche, ma può anche essere influenzata dal contesto della valutazione (cioè dopo una lezione frontale). In ogni caso questa ricerca pone in evidenza il fatto che gli studenti di medicina possano essere portatori di alti livelli di evitamento del danno. Ciò potrebbe porre i giovani medici, se precocemente sottoposti all'attività clinica, a forte rischio di ansia e stress in una situazione come quella della attuale pandemia in cui sono costanti il rischio di vita per se stessi, i colleghi di lavoro, i familiari ed i propri pazienti [75].

Quando si considerano l'età e la depressione, gli studenti SM si dimostrano più inclini alla dipendenza emotiva rispetto agli studenti HF o PD. Tuttavia, come dimostrato anche da ricerche precedenti [18], i livelli complessivi di dipendenza dal riconoscimento negli studenti SM sono paragonabili alla popolazione normale. In ogni caso, una dipendenza dal riconoscimento relativamente maggiore a quella degli altri studenti può rappresentare una motivazione per la scelta di un lavoro che comporta una forte dedizione verso gli altri, unita al bisogno di gratitudine personale e riconoscimento sociale [21, 23].

La dipendenza dal riconoscimento implica anche la ricerca di sostegno e protezione, vicinanza emotiva, forte influenza del giudizio, sofferenza per la critica e la disapprovazione e anche per il distacco emotivo e/o relazionale, compreso un eventuale lutto [19, 21]. Questa caratteristica può quindi rappresentare sia un elemento fortemente predisponente al sentimento sociale, sia sotto forma di maggiore capacità empatica che di interesse comunitario [1].

Tuttavia può anche costituire un fattore di rischio intrinseco per la frustrazione sociale e relazionale come come la riduzione del prestigio economico e sociale e il numero crescente di cause legali, e anche con le situazioni di distacco e lutto con i pazienti. Nella attuale situazione pandemica il rischio di distacco relazionale è rappresentato per molti medici soprattutto dalla perdita di un numero elevato di pazienti in tempi

molto rapidi, oltre che dal rischio di perdere colleghi e congiunti. Questa situazione stressante potrebbe essere almeno in parte vicariata dal forte sostegno sociale mostrati fin dall'inizio della pandemia, tuttavia resta un elemento portante della vulnerabilità professionale sul piano temperamentale.

La principale differenza di temperamento negli studenti SM era rappresentata da punteggi significativamente più bassi nella persistenza, rispetto agli studenti di PD. All'ultima analisi di regressione questo tratto è emerso come probabilmente associato alla scelta della stessa scuola di medicina. Alcuni studi hanno riportato che gli studenti SM possono mostrare alti livelli di persistenza [18] come fattore di resilienza nei confronti delle frustrazioni centrate sul paziente o sull'ambiente [28]. Al contrario, una bassa persistenza potrebbe indicare bassa ambizione e mancanza di pragmatismo, correlando così con risorse creative compromesse [25, 31].

In generale gli atteggiamenti poco persistenti possono facilitare l'adattamento dei medici a contesti professionali instabili, ma possono ostacolare il raggiungimento di obiettivi a lungo termine e l'autoaffermazione. Ciò potrebbe sbilanciare le risorse temperamentali sul piano del sentimento sociale anziché della volontà di potenza [1] e della competizione [58] che pure sono essenziali spinte vitali nella salvaguardia del proprio sé. Quindi, almeno nel sottogruppo degli SM con la persistenza più scarsa, questo tratto potrebbe rappresentare un fattore di vulnerabilità verso lo scoraggiamento, facilitando a sua volta la tendenza a rinunciare agli impegni a causa di critiche o frustrazioni [39, 48]. Anche in questo caso la forte richiesta prestazionale imposta dalla attuale pandemia, caratterizzata da pesanti giornate di lavoro, turni frequenti e massacranti rappresenta certamente un trigger importante per l'esaurimento emotivo, di chi è meno persistente.

#### *Carattere degli studenti di medicina*

Gli studenti SM hanno mostrato un livello di autodirettività significativamente più elevato rispetto agli studenti HF e PD, in particolare per quanto riguarda la responsabilità e la propositività. L'autodirettività è considerata un fattore di resilienza negli studenti SM e come un fattore protettivo da sofferenza psicopatologica, ansia e affaticamento [24, 36, 45, 63]. Coloro che mostrano elevata autodirettività sono caratterizzati da buona maturità, buona autostima e capacità di fissare e perseguire obiettivi significativi [19].

Questo tratto rappresenta quindi un aspetto intrinseco della personalità degli studenti SM che potrebbe sostenere la loro carriera, spesso lunga e talvolta frustrante, aiutandoli a superare gli ostacoli nonostante la loro persistenza relativamente bassa.

Tale tratto pur essendo chiaramente più siluppato mostra comunque una ampia variabilità. Pertanto le strategie di prevenzione per l'abbandono accademico e il burnout professionale dovrebbero identificare gli studenti SM con una scarsa espressione dell'autodirettività e sostenerne lo sviluppo, ad es. con sessioni di psicoterapia breve [24].

Come si è visto nel corso della presente pandemia i medici, e gli altri operatori sanitari in generale, hanno evidenziato con il loro impegno e spirito di sacrificio spiccate capacità autodirettive e il proprio senso di responsabilità e in definitiva il sentimento sociale ad essi sottesi [1]. Questo tratto caratteriale è probabilmente la maggiore risorsa che ha permesso loro di affrontare e superare la terribile prova costituita dalla pandemia, così come, da studenti, ha permesso loro di superare gli esami universitari. Va tuttavia sottolineato che in alcune circostanze, come il lutto ripetuto e inevitabile, appellarsi soltanto a risorse auto direttive come il senso di responsabilità possa rappresentare una opzione eccessivamente faticosa a livello intrapsichico e pertanto non sopportabile per tempi troppo lunghi.

In accordo con la letteratura precedente, gli studenti SM mostrano una minore autotrascendenza e minori assorbimento creativo e identificazione transpersonale, in particolare se confrontati con gli studenti di HF e PD. I dati di letteratura, tuttavia, sono in parte contrastanti, poiché altri articoli suggeriscono che l'autotrascendenza è positivamente correlata alla motivazione accademica intrinseca [63].

Gli studenti SM sono più convenzionali, prosaici, autocoscienti rispetto agli altri due gruppi [19], e mostrano anche una minore autoincuranza, che sembra rappresentare anche un tratto rilevante nel favorire la scelta della Scuola di Medicina. La differenza potrebbe essere in parte dovuta ad un bias di selezione dei campioni di confronto, poiché gli studenti di HF e PD sono presumibilmente entrambi correlati ad una maggiore propensione alla creatività. Tuttavia, gli SM hanno mostrato un tasso molto basso di auto-trascendenza anche rispetto ai dati normativi del test [45].

Le risorse trascendenti rappresentano utili tratti di personalità quando i medici affrontano il disagio emotivo e si confrontano con potenziali errori e con i limiti della medicina [38]. Una scarsa auto-trascendenza potrebbe esporre a rischio di frustrazione ed esaurimento emotivo [43]. Inoltre, gli individui poco auto-trascententi possono percepire le relazioni interpersonali come qualcosa di esterno da modificare piuttosto che qualcosa in cui sono inclusi [37].

La relazione tra una minore autotrascendenza e migliori risultati accademici [20] può essere dovuta al fatto che una bassa ST protegge dall'eccessivo coinvolgimento umano. Ciò consente di distaccarsi emotivamente dai propri eventi personali durante il percorso di studi e durante i tirocini dai pazienti stessi e dalle loro sofferenze. Permetterebbe cioè di considerare il corpo, le malattie e la morte come semplici fenomeni biologici, scientifici e concreti.

Tuttavia, potrebbe anche promuovere una generale riduzione dell'empatia e un potenziale eccessivo distacco dalle emozioni che può ostacolare le abilità interpersonali, l'alleanza medico-paziente, così come la loro vita personale [6, 43, 47]. In particolare, in considerazione del fatto che, come dice Fassino [22], "il sentimento

sociale del medico riattiva quello del paziente”, in una relazione collaborativa basata sull’empatia e sull’attaccamento [1, 58], è estremamente rilevante per l’efficacia dell’intervento terapeutico che il paziente possa percepire la trans-identificazione del medico nei suoi confronti per attivare una relazione autenticamente empatica.

La selezione e la formazione degli studenti SM dovrebbero pertanto affrontare questo tratto con approcci specifici poiché lo sviluppo dell’autotrascendenza non è correlato all’acquisizione di nozioni, ma si ottiene con lo sviluppo esperienziale delle capacità di coping trascendenti. In situazioni drammatiche come l’attuale pandemia il concretismo medico-scientifico dovuto alla bassa autotrascendenza apparentemente garantire un maggiore distacco emotivo utile se non necessario durante l’operato in emergenza.

Tuttavia, gli strumenti trascendenti della personalità offrono la capacità di gestire le emozioni ed elaborare il lutto e la sofferenza attraverso una più profonda attribuzione di senso ai vissuti [9]. Inoltre permettono ai medici di costruire relazioni di profonda identificazione transpersonale non soltanto con i pazienti ma anche con i colleghi membri dell’*équipe*, così come con i propri familiari, e questa profonda attivazione del sentimento sociale garantisce la resilienza emotiva necessaria ad evitare l’esaurimento.

## *V. Conclusione*

Il nostro studio mostra che gli studenti di medicina sono più maturi, responsabili e propositivi rispetto agli altri studenti universitari ma anche più emotivamente dipendenti dagli altri. Sono anche meno persistenti, più concreti, meno abili con la creatività e meno inclini a dimenticare se stessi quando sono immersi nelle loro attività.

L’elevata maturità del carattere è un punto di forza per la vita professionale dei futuri medici e può prevenire i sentimenti depressivi che sono stati evidenziati nella popolazione medica [3, 4, 54]. Insieme alla minore autoincuranza e alla persistenza, l’elevata autostima può aver giocato un ruolo nella scelta della scuola di medicina, ma, almeno in parte, può anche derivare dai requisiti impliciti dell’esame di ammissione alla stessa scuola di medicina. Potrebbe comunque rappresentare un obiettivo positivo per le strategie di prevenzione volte a ridurre al minimo le malattie professionali e il burnout.

D’altra parte, i tratti caratteriali degli studenti di medicina possono comportare una potenziale debolezza. Una bassa auto-trascendenza indica una scarsa capacità di gestire la sofferenza inevitabile e la morte [9] che sono realtà ineludibili nel corso professionale del medico.

Suggerisce anche scarse abilità di transidentificazione con gli altri, abilità che sono fortemente richieste per sviluppare una medicina centrata sulla persona [8]. Sia la selezione della scuola di medicina che il sistema formativo dovrebbero considerare la promozione di una formazione volta a sviluppare una maggiore consapevolezza di sé

e una migliore integrazione del pensiero cosciente sul sé (ad esempio, la mentalizzazione) e sugli altri (ad esempio, l'empatia basata sull'identificazione interpersonale) emozioni che non sembrano particolarmente sviluppate dagli studenti SM.

Tra la medicina come viene insegnata nelle aule universitarie e la realtà della pratica clinica esiste attualmente uno iato; il curriculum universitario espone i futuri medici ad un vuoto formativo [26]. Gli studenti si trovano impreparati ad affrontare il carico emotivo del rapporto con i pazienti e a confrontarsi con procedure cliniche dense di incertezza, stress e disagio. È necessario pertanto informare gli studenti sulla natura e la pervasività degli stressors professionali offrendo gli strumenti per controllarli attraverso un percorso formativo ad hoc, in cui siano affrontate le dinamiche emotive e le fragilità individuali.

La Medicina Biopsicosociale (BPS) è una scienza costitutivamente integrativa [21]. Il fondamento scientifico che il modello BPS può dare alla medicina nel suo complesso è la visione globale delle interazioni di tutte le discipline.

È dunque necessaria una specifica formazione in Medicina BPS per cui il focus sui problemi del paziente promuova un'analisi multilivello, attraverso la comprensione non solo degli agenti patogeni genetici e biologici, ma anche delle esperienze della prima infanzia, dello status socioeconomico, della personalità, gli agenti stressanti acuti e cronici e lo stile di vita.

Attualmente il numero di crediti che l'Università italiana assegna all'insegnamento delle discipline psichiatrico-psicologiche è inadeguato per il ruolo che tali corsi rappresentano nel curriculum del medico: psichiatria, neuropsichiatria infantile e psicologia clinica, specie negli aspetti riguardanti la psicoterapia e la relazione terapeutica, sono spesso per lo studente la più favorevole occasione di apprendere e fare esperienza sui modi di per sé psicoterapeutici [22, 60] di fare e essere un medico, di considerare e accogliere il paziente nella sua complessità BPS.

Inoltre solo la psichiatria può incoraggiare lo studente a considerare le proprie motivazioni a comprendere le proprie emozioni e quelle del paziente ed il proprio disagio in relazione alla professione, stimolando maggiore autoconsapevolezza, capacità empatica ed in definitiva una maggiore professionalità.

#### *Limitazioni*

Alcune limitazioni riguardano lo squilibrio e il campione relativamente limitato di studenti HF e PD rispetto a quelli SM. In parte questo è dovuto all'assenza di obbligo di frequenza tra gli studenti HF e PD, che ha limitato la possibilità di procedere al reclutamento. Inoltre, anche se gli studenti SM provenivano da diverse regioni d'Italia e includevano anche studenti stranieri, appartenevano alla stessa Università, riducendo la generalizzabilità dei risultati dello studio.

Tuttavia, questo studio fornisce un'esplorazione di possibili tratti della personalità che influenzano la selezione della Scuola di Medicina, nonché l'identificazione di possibili caratteristiche che dovrebbero essere affrontate durante l'addestramento usando uno strumento validato e usato in tutto il mondo (TCI).

Infine, l'uso delle sottoscale TCI [7, 9] amplia e approfondisce il livello di conoscenza della personalità degli studenti SM rispetto alla letteratura precedente.

### Bibliografia

1. AMIANTO, F. (2018), Sentimento sociale: una proposta di articolazione sistematica in relazione alle neuroscienze., *Riv. Psicol. Indiv.*, 84: 69-92.
2. BECK, A. T., STEER, R. A., BROWN, G. K. (1996), *Beck Depression Inventory: second edition manual*, San Antonio (TX): The Psychological Corporation.
3. BELLINI, L. M., SHEA, J. A. (2005), Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training, *Acad. Med.*, 80: 164-7. doi:10.1097/00001888-200502000-00013
4. BENBASSAT, J., BAUMAL, R., CHAN, S., NIREL, N. (2011), Sources of distress during medical training and clinical practice: Suggestions for reducing their impact, *Med. Teach.*, 33: 486-90. doi:10.3109/0142159X.2010.531156
5. BUNEVICIUS, A., KATKUTE, A., BUNEVICIUS, R. (2008), Symptoms of anxiety and depression in medical students and in humanities students: Relationship with big-five personality dimensions and vulnerability to stress, *Int. J. Soc. Psychiatry*, 54: 494-501. doi:10.1177/0020764008090843
6. BURKS, D. J., KOBUS, A. M. (2012), The legacy of altruism in health care: The promotion of empathy, prosociality and humanism, *Med. Educ.*, 46:317-25. doi:10.1111/j.1365-2923.2011.04159.x
7. CLONINGER, C. R. (1994), Temperament and personality, *Curr. Opin. Neurobiol.* 4: 266-73.
8. CLONINGER, C. R. (2011), Person-centred integrative care, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 371-2. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01583.x
9. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRZYBECK, T. R. (1993), A psychobiological model of temperament and character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-90.
10. DALBUDAK, E., EVREN, C., ALDEMIR, S., et al. (2013), Alexithymia and personality in relation to social anxiety among university students, *Psychiatry Res.*,

209:167–72. doi:10.1016/j.psychres.2012.11.027

11. DEVI, S. (2011), Doctors in distress. *Lancet*, 377: 454-5. doi:10.1016/S0140-6736(11)60145-1

12. DYRBYE, L. N., MASSIE, F. S., EACKER, A., et al. (2010), Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students, *JAMA*; 304:1173–80. doi:10.1097/SA.0b013e318207282f7

13. DYRBYE, L. N., SHANAFELT, T. D. (2009), Medical students and depression, *Acad Med.*, 84:976; author reply 976-7.

14. DYRBYE, L. N., THOMAS, M. R., HUNTINGTON, J. L., et al. (2006), Personal life events and medical student burnout: a multicenter study, *Acad. Med.*, 81: 374-84.

15. DYRBYE, L. N., THOMAS, M. R., HUSCHKA, M. M., et al. (2006), A multicenter study of burnout, depression, and quality of life in minority and nonminority US medical students, *Mayo Clin. Proc.*, 81: 1435-42.

16. DOHERTY, E. M., NUGENT, E. (2011), Personality factors and medical training: a review of the literature. *Med. Educ.*, 45:132-40. doi:10.1111/j.1365-2923.2010.03760.x

17. ELEY, D., YOUNG, L., PRZYBECK, T. R. (2009), Exploring temperament and character traits in medical students; A new approach to increase the rural workforce, *Med. Teach.*, 31. doi:10.1080/01421590802335892

18. ELEY, D. S., LEUNG, J., HONG, B. A., et al. (2016), Identifying the dominant personality profiles in medical students: Implications for their well-being and resilience, *PLoS One*, 11. doi:10.1371/journal.pone.0160028

19. ELEY, D. S., LEUNG, J. K., CAMPBELL, N., et al. (2017), Tolerance of ambiguity, perfectionism and resilience are associated with personality profiles of medical students oriented to rural practice, *Med. Teach.*, 39:512–9. doi:10.1080/0142159X.2017.1297530

20. EL SHEIKH, M. M., SHAKER, N. M., HUSSEIN, H., et al. (2014), Impact of personality temperaments and characters on academic performance and specialty selection among a group of Egyptian medical graduates, *Int. J. Soc. Psychiatry*, 60: 499-507. doi:10.1177/0020764013501485

21. FASSINO, S. (2010), Psychosomatic approach is the new medicine tailored for patient personality with a focus on ethics, economy, and quality, *Panminerva Medica*, 249–64. doi:R41102536 [pii].

22. FASSINO, S. (2016), Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-44.

23. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., et al. (2003), Eating psychopathology and personality in eating disorders, *Epidemiol. Psychiatr. Soc.*, 12:293–300.

24. FASSINO, S., AMIANTO, F., SOBRERO, C., et al. (2013), Does it exist a personality core of mental illness? A systematic review on core psychobiological personality traits in mental disorders, *Panminerva Med.*, 55:397–413. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24434348>

25. FASSINO, S., AMIANTO, F., GRAMAGLIA, C., et al. (2004), Temperament and character in eating disorders: Ten years of studies, *Eat. Weight Disord.*, 9: 81-90.

doi:10.1007/BF03325050

26. FASSINO, S., PANERO, M. (2015), Distress e problemi psicologici dei futuri medici: nuove istanze formative in medicina biopsicosociale, *Didatticamente*, 1:1-4.
27. GABBARD, G. O. (1985), The Role of Compulsiveness in the Normal Physician. *JAMA*, 254:2926–9. doi:10.1001/jama.1985.03360200078031
28. GIVENS, J. L., TJIA, J. (2002), Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use, *Acad. Med.*, 77: 918-21.
29. GOEBERT, D., THOMPSON, D., TAKESHITA, J., et al. (2009), Depressive symptoms in medical students and residents: A multischool study, *Acad. Med.*, 84:236–41. doi:10.1097/ACM.0b013e31819391bb
30. GUTHRIE, E. A., BLACK, D., SHAW, C. M., HAMILTON, J., CREED, F. H., TOMENSON, B. (1995), Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students, *Med. Educ.*, 29:337-41.
31. GUTHRIE, E., BLACK, D., BAGALKOTE, H., SHAW, C., CAMPBELL, M., CREED, F. (1998), Psychological stress and burnout in medical students: a fiveyear prospective longitudinal study, *J. R. Soc. Med.*, 237-4.
32. HAM, B. J., LEE, Y.M., KIM, M. K., et al. (2006), Personality, dopamine receptor D4 exon III polymorphisms, and academic achievement in medical students, *Neuropsychobiology*, 53:203–9. doi:10.1159/000094729
33. HAYS, R. B., DAVIES, H. A., BEARD, J. D., et al. (2002), Selecting performance assessment methods for experienced physicians. *Med. Educ.*, 36: 910-7.
34. HENNING, K., EY, S., SHAW, D. (1998), Perfectionism, the imposter phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students, *Med. Educ.*, 32:456–64. doi:10.1046/j.1365-2923.1998.00234.x
35. HERMER, L. D., BRODY, H. (2010), Defensive medicine, cost containment, and reform, *J. Gen. Intern. Med.*, 25: 470-3.
36. JIANG, N., SATO, T., HARA, T., et al. (2003), Correlations between trait anxiety, personality and fatigue: Study based on the Temperament and Character Inventory, *J. Psychosom. Res.*, 55:493–500. doi:10.1016/S0022-3999(03)00021-7
37. JOHNSTONE, B., MCCORMACK, G., YOON, D. P., et al. (2012), Convergent/Divergent Validity of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality: Empirical Support for Emotional Connectedness as a ‘Spiritual’ Construct, *J. Relig. Health*, 51:529–41. doi:10.1007/s10943-011-9538-9
38. KARNIELI-MILLER, O., VU, T. R., FRANKEL, R. M., et al. (2011), Which experiences in the hidden curriculum teach students about professionalism? *Acad. Med.*, 86:369–77. doi:10.1097/ACM.0b013e3182087d15
39. KOTZ, S. H., MOLE, C. G. (2013), Talking about death: Implementing peer discussion as a coping mechanism to overcome fears about dissection, death, and dying, *Anat. Sci. Educ.*, 6:191–8. doi:10.1002/ase.1332
40. KRAKOWSKI, A. J. (1986), Stress and the Practice of Medicine II. Stressors, Stresses, and Strains, *Psychother. Psychosom.*, 38:11–23. <https://www.karger.com/Article/Pdf/287609>
41. KUMAR, S. (2011), Burnout and psychiatrists: what do we know and where to

from here? *Epidemiol. Psychiatr. Sci.*, 20: 295-301.

42. KUMAR, S., HATCHER, S., DUTU, G., FISCHER, J., MA'U, E. (2011), Stresses experienced by psychiatrists and their role in burnout: a national follow-up study, *Int. J. Soc. Psychiatr.*; 57: 166-79.

43. LADD, P. (2011), Work, family, health: maintaining life balance, *Tenn. Med.*, 104:23-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21818928>

44. LEE, B. K., BAHN, G. H., LEE, W-H., et al. (2009), The Relationship between Empathy and Medical Education System, Grades, and Personality in Medical College Students and Medical School Students, *Korean J. Med. Educ.*, 21:117-24. doi:10.3946/kjme.2009.21.2.117

45. LEE, S. J., CLONINGER, C. R., CHAE, H. (2015), Cloninger's temperament and character traits in medical students of Korea with problem eating behaviors, *Compr. Psychiatry*, 59:98-106. doi:10.1016/j.comppsy.2015.02.006

46. LLOYD, C., GARTRELL, N. K. (1984), Psychiatric symptoms in medical students. *Compr. Psychiatry*, 25: 552-65.

47. MACHE, S. (2012), Coping with job stress by hospital doctors: A comparative study, *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 162:440-7. doi:10.1007/s10354-012-0144-6

48. MCGOWAN, Y., HUMPHRIES, N., BURKE, H., et al. (2013), Through doctors' eyes: A qualitative study of hospital doctor perspectives on their working conditions, *Br. J. Health Psychol.*, 18:874-91. doi:10.1111/bjhp.12037

49. MCLEOD, M. E. (2003), The caring physician: a journey in selfexploration and self-care, *Am. J. Gastroenterol.*, 98: 2135-8.

50. MCMANUS, I. C., LIVINGSTON, G., KATONA, C. (2006), The attractions of medicine: The generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement, *BMC Med. Educ.*, 6. doi:10.1186/1472-6920-6-11

51. MICHALSEN, A., HILLERT, A. (2011), Burn-out in anesthesia and intensive care medicine. Part 1. Clarification and critical evaluation of the term, *Anaesthesist*, 60:23-30. doi:10.1007/s00101-009-1659-0

52. MIDTGAARD, M., EKEBERG, Ø., VAGLUM, P., et al. (2008), Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study, *Eur. Psychiatry*, 23:505-11. doi:10.1016/j.eurpsy.2008.04.006

53. MIETTUNEN, J., RAEVUORI, A. (2012), A meta-analysis of temperament in axis I in psychiatric disorders, *Compr. Psychiatry*, 53:152-66. doi:10.1016/j.comppsy.2011.03.008.

54. PAGNIN, D., DE QUEIROZ, V., OLIVEIRA FILHO, M. A., et al. (2013), Burnout and career choice motivation in medical students, *Med. Teach.*, 35:388-94. doi: 10.3109/0142159X.2013.769673

55. PASW *Statistics for Windows*. SPSS Inc. 2009.

56. RAJ, S. R., SIMPSON, C. S., HOPMAN, W. M., SINGER, M. A. (2000), Health-related quality of life among final-year medical students, *Cmaj*, 162: 509-10.

57. ROSAL, M. C., OCKENE, I. S., OCKENE, J. K., BARRETT, S. V., MA, Y., HEBERT, J.R. (1997), A longitudinal study of students' depression at one medical school, *Acad. Med.*, 72: 542-6.

58. ROVERA, G. G. (2014), Competizione/Cooperazione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 7:5-16. Editoriale.
59. SCHERNHAMMER, E. S., COLDITZ, G. A. (2004), Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis), *Am J. Psychiatry*, 161: 2295-302.
60. SCHNYDER, U. (2009), Psychological interventions in medical practice: Are all physicians psychotherapists? *Pan Med.*, 5 (Suppl to n 3): 96.
61. SCHWENK, T. L., DAVIS, L., WIMSATT, L. A. (2010), Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students, *JAMA*, 304:1181-90. doi:10.1001/jama.2010.1300
62. SHAPIRO, J. (2011), Perspective: Does Medical Education Promote Professional Alexithymia? A Call for Attending to the Emotions of Patients and Self in Medical Training. *Acad. Med.*, 86:326-32. doi:10.1097/ACM.0b013e3182088833
63. TANAKA, M., MIZUNO, K., FUKUDA, S., et al. (2010), Personality and Fatigue in Medical Students. *Psychol Rep.*, 106:567-75. doi:10.2466/pr0.106.2.567-575
64. THOMAS, N.K. (2004), Resident burnout. *JAMA*, 292: 2880-9.
65. TOEWS, J. A., LOCKYER, J. M., DOBSON, D. J., BROWNELL, A. K. (1993), Stress among residents, medical students, and graduate science (MSc/PhD) students, *Acad. Med.*, 68 (10 Suppl): S46-8.
66. TOEWS, J. A., LOCKYER, J. M., DOBSON, D. J., et al. (1997), Analysis of stress levels among medical students, residents, and graduate students at four Canadian schools of medicine, *Acad. Med.*, 72: 997-1002.
67. TYSSEN, R. (2007), Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies, *Ind. Health*, 45: 599-610.
68. TYSSEN, R., DOLATOWSKI, F. C., RØVIK, J. O., et al. (2007), Personality traits and types predict medical school stress: A six-year longitudinal and nationwide study, *Med. Educ.*, 41:781-7. doi:10.1111/j.1365-2923.2007.02802.x
69. TYSSEN, R., HEM, E., GUDE, T., GRONVOLD, N. T., EKEBERG, O., VAGLUM, P. (2009), Lower life satisfaction in physicians compared with a general population sample: a 10-year longitudinal, nationwide study of course and predictors, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*; 44: 47-54.
70. TYSSEN, R., HEM, E., VAGLUM, P., GRONVOLD, N. T., EKEBERG, O. (2004), The process of suicidal planning among medical doctors: predictors in a longitudinal Norwegian sample, *J. Affect. Disord.*, 80:191-8.
71. TYSSEN, R., VAGLUM, P., GRONVOLD, N. T., EKEBERG, O. (2001), Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors, *J. Affect. Disord.*, 64: 69-79.
72. VITALIANO, P. P., MAIURO, R. D., RUSSO, J., MITCHELL, E. S. (1989), Medical student distress. A longitudinal study, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 177: 70-6.
73. VITALIANO, P. P., RUSSO, J., CARR, J. E., HEERWAGEN, J. H. (1984), Medical school pressures and their relationship to anxiety, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 172: 730-6.
74. WOLFF, N. (1989), Professional uncertainty and physician medical decision-ma-

king in a multiple treatment framework, *Soc. Sci. Med.*, 28:99–107. doi:10.1016/0277-9536(89)90136-6.

75. WU, Y., WANG, J., LUO, C., HU, S., LIN, X., ANDERSON, A. E., BRUERA, E., YANG, X., WEI, S., QIAN, Y. (2020), A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the front lines and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China, *J. Pain Symptom Manage*, Apr10 pii: S0885-3924(20)30205-0. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008.

Federico Amianto  
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino  
SCDU Neuropsichiatria Infantile  
Via Cherasco 11  
I-10126 Torino  
E-mail: federico.amianto@unito.it

Enrica Marzola  
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino  
Via Cherasco 11  
I-10126 Torino  
E-mail: enrica.marzola@gmail.com

Matteo Panero  
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino  
Via Cherasco 11  
I-10126 Torino  
E-mail: matteoepanero@gmail.com

Giovanni Abbate Daga  
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino  
Via Cherasco 11  
I-10126 Torino  
E-mail: giovanni.abbatedaga@unito.it

Benedetto Vitiello  
Dipartimento di Scienze della Salute e Scienze Pediatriche  
SCDU Neuropsichiatria Infantile, Università di Torino  
Via C. Polonia 6  
I-10126 Torino  
E-mail: benedetto.vitiello@unito.it

## **Sogno, gioco, racconto nella costruzione dell'identità personale e in psicoterapia. Nuovi suggerimenti individualpsicologici<sup>1</sup>**

FRANCO MAIULLARI, MARIKA FRAGAPANE, BIANCA MARIA DE ADAMICH,  
PAOLA CAVASINO, VALENTINA DODERO, ALICE SACCHI, DANIELA BOSETTO

*Summary* – DREAM, PLAY AND NARRATIVE IN PERSONAL IDENTITY CONSTRUCTION AND IN PSYCHOTHERAPY. NEW SUGGESTIONS FROM INDIVIDUALPSYCHOLOGY. This paper is built on two basic principles: that the authentic richness of the human being is his ability to dream and that the patient's dreams enrich our way to practice psychotherapy. However, we believe that the interpretation of dreams still depends excessively on psychological theories suggested by various "Schools" and we consider that, from a scientific point of view, this dependency creates confusion, as well as the risk of devaluing the very meaning of psychotherapy. In order to avoid this impasse, in the article we consider the interlacement between dream, play and narrative, and we call for the chance to build a view of the oneiric world, shared in its theoretical basis by various models. For this purpose, we urge that neurosciences become the "Galilean telescope" for a new Copernican revolution. Together with other fields of research, such as evolutionism, epigenetics and the theory of play, neurosciences could be the drive for a conception of dreaming capable of harmonizing science and imagination, verifiable discoveries and creative openness.

*Keywords:* SOGNO, GIOCO, RACCONTO, INDIVIDUALPSICOLOGIA, PSICOTERAPIA, PSICOANALISI, IDENTITÀ PERSONALE, ARTE DI VIVERE, NEUROSCIENZE, EVOLUZIONISMO

*La mente è fondata nella sua stessa  
attività narrativa, nel suo fare fantasia.  
(James Hillman, 1984, p. III)*

### *I. Premessa. È pensabile andare al di là della psicoanalisi?*

Il sogno è ancora un oggetto psichico misterioso, ma lo è un po' meno grazie agli studi neuroscientifici. La Psicologia Individuale è interessata al mondo onirico perché

<sup>1</sup> Questo articolo costituisce, insieme a [37], lo sviluppo di riflessioni che alcuni di noi stavano preparando per il Convegno nazionale *Il sogno, l'arte e l'arte di vivere*, previsto a Milano per il 4 aprile 2020 (organizzato dall'APIAAM e dalla Scuola di psicoterapia adleriana del CRIFU, in collaborazione con l'Università Cattolica), ma sospeso a causa dell'epidemia da nuovo coronavirus Covid-19, scoppiata tra febbraio e marzo. Ringrazio il Direttore della *Rivista*, Secondo Fassino – uno dei relatori del suddetto Convegno – per l'invito a scrivere questo contributo (F.M.).

esso costituisce un'importante fonte creativa per il sognatore e per la storia analitica che paziente e terapeuta costruiscono, recuperando memorie passate e anticipando prospettive future<sup>2</sup>; lo è come lo sono gli altri orientamenti psicodinamici, ognuno con sue proprie caratteristiche.

Abbiamo il sospetto, però, che i vari orientamenti teorici si frammentino e si confondano sempre di più, per cui possono dare l'idea che nell'interpretazione dei sogni, e di conseguenza in psicoterapia, tutto sia possibile, mettendone così a rischio il valore. Il modo di intendere il sogno, infatti, è rimasto sostanzialmente dipendente dalle teorie di riferimento dei tre principali modelli psicodinamici di inizio Novecento – con un'eccezione di cui diremo – ed è stato (anche) sul senso da dare al sogno che i promotori di quei modelli sono entrati in conflitto, finendo ben presto per separarsi: Freud vi applicò la sua teoria deterministica e pulsionale, Adler la sua visione finalistica e relazionale, Jung la sua concezione archetipica.

Gradualmente, e sempre di più a partire dalla seconda metà del secolo scorso, però, il modello freudiano è andato incontro a un fenomeno curioso: da un lato vi è stata la sostanziale disconferma dei suoi principi più specifici, sia in generale sia in riferimento al mondo onirico; dall'altro vi è stata la sua frammentazione in differenti orientamenti, i quali hanno continuato a definirsi "psicoanalitici", pur avendo integrato concetti a volte opposti a quelli freudiani, presi anche dagli altri due modelli menzionati.

Questo tipo di sviluppo ha permesso alla psicoanalisi di rimanere la teoria di riferimento principale nella cultura psicodinamica e onirica, almeno nominalmente, visto che nella realtà essa è divenuta una teoria eclettica. Infatti, proprio a causa degli eventi descritti, si fa fatica a comprendere cosa sia la psicoanalisi contemporanea e quale sia il suo discorso sul sogno, che oscilla tra un nucleo freudiano classico, divenuto "essenzialmente inadeguato", come, ad esempio, scrive anche Grandi (24, p. 89), ma difeso ancora dagli istituti psicoanalitici (vedi nota 18), ed altri che integrano spunti piuttosto differenti. La Psicologia Individuale è coinvolta in questo processo confusivo perché alcuni dei suoi concetti più specifici vengono ormai utilizzati da altri modelli e definiti "psicoanalitici" tout court (l'ultimo esempio pervenutoci è quello che segnaliamo in nota 17).

Molti autori hanno messo in evidenza il suddetto smarrimento teorico: ad esempio, Johannes Cremerius, che già molti anni fa ha parlato di una sclerotizzazione degli istituti psicoanalitici a causa della loro "politica di potere" (12, *passim*), e Allen Frances, che più recentemente ha parlato di "guerre fratricide fieramente combattute tra le scuole psicoanalitiche", specificando che la psicoanalisi "è in un vicolo cieco" e che "forse è troppo tardi affinché gli istituti psicoanalitici possano riconvertirsi in istituti di psi-

<sup>2</sup> A conferma di ciò, il numero 64 della *Rivista di Psicologia Individuale* è stato dedicato interamente agli Atti del XX Congresso Nazionale SIPI, tenutosi a Torino il 23 e 24 novembre 2007, sul tema "Il sogno tra psicoterapia e neuroscienze", e coordinato da Gian Giacomo Rovera e Secondo Fassino; in questo articolo vengono menzionati alcuni interventi [17, 18, 24, 35, 47].

coterapia” (22, pp. 459 e 461), mentre altri ne parlano come di un “grande fermento” all’interno della psicoanalisi (14, p. IX). Ci siamo chiesti, quindi, se il senso di quanto sta accadendo sia non tanto di ricchezza, quanto piuttosto di decadenza, e se non siano maturi i tempi per dare un nuovo impulso fondativo alla psicoterapia psicodinamica, partendo proprio dall’interpretazione dei sogni.

Il contributo di questo articolo mira a due obiettivi, entrambi basati sulle premesse che il tema del sogno permette di coniugare scienza e immaginario e che costituisce una specie di *mise en abîme* di ogni teoria psicodinamica. Il primo obiettivo è quello di aggiornare la posizione individualpsicologica sul sogno.

Affrontiamo il tema collegandolo con il gioco, all’interno dello sviluppo filogenetico del pensiero umano e dello sviluppo del pensiero infantile. Riprendendo alcuni dati evuzionistici e neurofisiologici, oltre ad alcune considerazioni piagetiane, riflettiamo sulla funzione del gioco e del sogno e sul loro graduale organizzarsi nel corso dell’ontogenesi, a livello neurobiologico, psicologico e psicosociale.

Sono la funzione ludica e quella onirica che permettono al bambino di entrare nel mondo simbolico, finzionale e narrativo, per costruire il racconto di sé, cosciente e inconscio, acquisendo le regole della comunità, ma anche l’apertura al desiderio, all’utopia, all’arte e alla creatività. Il secondo obiettivo si riferisce alla confusione di cui si è detto sopra, per cui vogliamo dare qualche suggerimento per uscire da una situazione a rischio. Riteniamo che la riflessione sul sogno sia perfetta allo scopo, perché, come vedremo, può costituire un campo in cui i vari modelli si incontrano, al fine di costruire un tronco teorico comune, o almeno condiviso.

Il tronco comune dovrebbe essere fondato scientificamente, per cui, secondo noi, la sua realizzazione dovrebbe essere guidata dalle neuroscienze e da altre discipline collegate, come la genetica, l’epigenetica, la scienza dell’evoluzione e la teoria dei giochi, al fine di elaborare una specie di *nuovo vocabolario e di nuova grammatica per un nuovo approccio scientifico al mondo onirico*.

Dato che il tronco comune non esaurirebbe affatto il discorso sui sogni, su di esso ogni orientamento potrebbe poi far crescere le proprie narrazioni psicodinamiche, cioè i racconti delle differenti modalità concrete di intendere e di realizzare il lavoro psicoterapeutico su e con i sogni. Si tratta di un cambiamento epistemologico che costringerebbe anche a chiedersi se il termine “psicoanalisi” sia da mantenere, o se non sia invece da storicizzare, perché contribuisce ad alimentare la confusione e impedisce di rilanciare scientificamente le psicoterapie psicodinamiche.

## II. *Il sogno in una prospettiva evuzionistica e psicodinamica*

L’interpretazione dei sogni deve tenere conto di alcuni dati certi: 1) la funzione onirica è apparsa molto tempo prima dell’uomo e pertanto, nel corso dell’evoluzione delle

specie, è stata selezionata, mantenuta e arricchita, sebbene non se ne conoscano ancora le ragioni; 2) noi sogniamo un paio d'ore per notte (tra fase REM e non-REM), in forma soprattutto visiva, ma dei nostri sogni ricordiamo solo una minima parte; 3) i sogni si formano in alcune strutture neurobiologiche, di cui si conoscono molti aspetti, ma molti altri non ancora: ad esempio, come fanno quelle strutture a generare le immagini? da quali fattori biochimici, neurofisiologici e psicologici sono influenzate? perché solo alcune immagini, o alcune sequenze di immagini, giungono, o vengono catturate, o permangono nella coscienza? e perché permangono a volte in forma del tutto caotica, a volte in sequenze che usiamo interpretare simbolicamente, ma a volte anche in una forma diretta e coerente, esplicitamente collegata con la soluzione di un problema?

Di fronte alle poche certezze e al persistente nutrito corteo di incertezze, riteniamo che le ipotesi più plausibili da sostenere in una prospettiva evolutivistico-filogenetica siano due, cioè che la funzione onirica sia stata utile alla sopravvivenza, e che lo sia stata perché si accorda con la comunicazione.

L'utilità ai fini della sopravvivenza è una speculazione giustificata da una riflessione pressoché tautologica: il fatto stesso che una funzione complessa come quella onirica sia stata garantita e verosimilmente migliorata nel corso di milioni di anni, vuol dire che doveva essere utile. Per quanto concerne poi l'utilità relativa alla comunicazione, consideriamo anche qui alcuni dati certi.

Il sogno è presente in molte specie extra-umane, ma deduciamo solo indirettamente che si tratti di "sogno", per via della presenza del sonno REM anche in molti animali e per il fatto che nell'uomo il sonno REM è collegato con i sogni. Nessun animale, infatti, ha mai raccontato i suoi sogni, ma qualcosa è stato possibile dedurre in base ad alcuni esperimenti sui felini: osservando l'animale, artificialmente preparato per l'esperimento, si è notato che, durante la fase REM, il suo comportamento era caratterizzato da svariati movimenti complessi, ad esempio, come di esplorazione e di attacco, per cui si è ipotizzato che in questo caso l'animale stesse sognando (cioè stesse vedendo e vivendo) delle scene di caccia; l'ipotesi è generalmente giudicata plausibile, per cui questa specie di "racconto indiretto" del sogno di un felino ci permette di sostenere l'idea che la funzione onirica, già prima dell'uomo, possa essere stata selezionata perché utile alla comunicazione<sup>3</sup>. Anche nel caso del sognare del felino, infatti, potrebbe trattarsi di questo: una forma di "comunicazione interna", basata su delle sensazioni e sulle conseguenti azioni, più che su un pensiero elaborato<sup>4</sup>, in base alle quali è come se l'animale si esercitasse, mettendo in atto dei pensieri concreti, al fine di ricordare,

<sup>3</sup> Si tratta di esperimenti in cui sono stati sezionati i centri inibitori dell'azione, attivi in fase REM e all'origine della relativa atonia muscolare; l'animale, di conseguenza, poteva muoversi, per cui si è supposto che i suoi movimenti fossero coerenti con ciò che stava sognando (29, pp. 79-81). Per l'utilità filogenetica del sogno, vedi [26, 28, 29, 38, 46, 47, 48].

<sup>4</sup> Per avere un'idea di quanto qui sostenuto, si potrebbe immaginare una forma di pensiero concreto, generato da visioni oniriche di caccia e basato su impulsi che spingono al movimento (attacco e cattura della preda), una forma di pensiero analoga a quella che caratterizza la fase sensomotoria studiata da Piaget nello sviluppo del bambino [45].

rafforzare ed eventualmente migliorare dei comportamenti utili alla sopravvivenza<sup>5</sup>. L'ipotesi del sogno come strettamente legato a una forma di comunicazione è ulteriormente giustificata se la si confronta con la funzione linguistica, che, nella sua forma non verbale, ha preceduto l'uomo di molti millenni, selezionata, mantenuta e arricchita nel corso dell'evoluzione delle specie.

Entrambe le funzioni, quella onirica e quella linguistica, sono quindi legate alla comunicazione e, di conseguenza, possiamo affermare che sono utili alla sopravvivenza. Infatti, esse arricchiscono – ognuna con differente grado e modo di esplicitazione del messaggio – lo scambio specie-specifico, potenziano le informazioni, contribuiscono a creare e rafforzare il senso di gruppo/comunità, alimentano le variazioni del comportamento e, naturalmente, a mano a mano che ci si avvicina all'uomo, ne sollecitano sempre di più la ricchezza, la creatività e le prospettive, intese come mete cui tendere, realmente o anche in senso finzionale<sup>6</sup>.

Anzi, entrambe le funzioni nell'uomo diventano sempre più complesse, poiché intrecciano una dimensione interna e una relazionale, e inoltre una inconscia, che possiamo indicare come *onirica in senso stretto*, dominante nei sogni notturni, e una cosciente – che non è mai solo cosciente, dato che è sempre sottesa dalla capacità *fantasticonirica* (come l'abbiamo definita in un altro lavoro<sup>7</sup>) – dominante nella vita diurna.

Ma cosa vuol dire comunicare nel caso dell'uomo (filogenesi) e del bambino (ontogenesi), se non entrare gradualmente in una dimensione narrativa per fare pensieri e creare un racconto da condividere? L'uomo è l'essere sociale più performante, proprio perché capace di condividere le proprie esperienze attraverso narrazioni, tanto da permetterci di affermare che egli è *sociale perché è in grado di raccontare, ed è tale perché è sociale: queste due capacità sono strettamente intrecciate e costituiscono la sua essenza progettuale*.

<sup>5</sup> Seppure in modo del tutto limitato rispetto a ciò che avviene nell'uomo, si potrebbe anche ipotizzare che, in sogno, l'animale non metta in atto soltanto dei comportamenti di caccia ripetitivi, ma che possa anche sperimentare creativamente delle variazioni, suscettibili di permanere nella sua memoria (una memoria procedurale che, attraverso Seppure in modo del tutto limitato rispetto a ciò che avviene nell'uomo, si potrebbe anche ipotizzare che, in sogno, l'animale non metta in atto soltanto dei comportamenti di caccia ripetitivi, ma che possa anche sperimentare creativamente delle variazioni, suscettibili di permanere nella sua memoria (una memoria procedurale che, attraverso.

<sup>6</sup> Si è osservato che, dopo la distruzione di un formicaio, le formiche si muovono freneticamente, come impazzite, senonché in quella frenesia di scambi esse si trasmettono delle indicazioni utili alla ricerca di un luogo e alla costruzione di un nuovo formicaio (vedi anche nota 9).

<sup>7</sup> Alcuni di noi hanno definito “fantasticonirica” la capacità del pensiero umano di essere, anche durante la veglia, in una specie di stato sognante continuo, di continua *rêverie*, composta da sensazioni, pensieri non ancora formati, elaborazioni preverbalì, memorie implicite, *déjà-vu*, intuizioni, sogni ad occhi aperti, illusioni, nuovi pensieri, spinte utopistiche e altre forme espressive della creatività [36]. È una caratteristica che costituisce il sottofondo inconscio, una specie di doppio fondo mentale che accompagna ogni nostro fare e ogni nostro pensare, anche in psicoterapia, un serbatoio immaginario, ricco di elementi inconsci rimossi e non rimossi, verosimilmente anche di memorie sensorimotorie arcaiche, incarnate, preverbalì e presimboliche in senso piagetiano. Si tratta di una sorta di interfaccia tra le espressioni diurne e più razionali della mente e quelle notturne e più irrazionali, che probabilmente ha fornito all'essere umano, nel corso dei millenni, la possibilità di finalizzare le proprie azioni in senso “dinamicamente adattativo”, al fine della sopravvivenza.

Può trattarsi dei racconti più vari – tragici, comici, surreali, seri, edificanti, fantastici – che possono svilupparsi negli ambiti più diversi – letterario, filosofico, scientifico, etico-morale, religioso – e con gli scopi più eterogenei, dal pensare al fare, dal condividere al dominare, dal costruire al distruggere, ma si tratta sempre di racconti che l'uomo comunica a sé e agli altri.

Racconti impliciti ed espliciti, quindi, fermo restando che il racconto dei racconti, quello sotteso a tutti gli altri, il più importante per ognuno e che ogni bambino, crescendo, deve imparare a comporre, è il racconto creativo di sé: un romanzo aperto in cui si narra la storia della propria identità nella forma di un *work in progress*. Può trattarsi di un diario che viene custodito gelosamente in un cassetto, oppure di un libro che viene offerto al pubblico, o magari di appunti sparsi che nutrono di per sé la mente e che un giorno potranno essere condivisi con uno psicoterapeuta: in ogni modo, ognuno di noi, nel corso della sua esistenza, non si stanca mai di raccontarsi quel racconto [34, 35].

Il sogno, in definitiva, costituirebbe la parte notturna della funzione narrativa, quella che permette alla fantasia e alla creatività di esprimersi libere dai ceppi della razionalità e con una modalità che esula dalle categorie aristoteliche, mentre il linguaggio razionale costituirebbe la parte diurna della funzione narrativa, durante la quale entrano in gioco un'altra sintassi e un'altra grammatica.

Riferirsi alla categoria dionisiaca e a quella apollinea, di cui parla la mitologia greca, può essere un modo mitologico per indicare la parte notturna e quella diurna della comunicazione e della creatività, per quanto esse siano da considerare inestricabilmente intrecciate, perché entrambe sono *all'origine della cultura umana, pur essendone, al tempo stesso, il prodotto*. Lo sanno bene gli artisti, i poeti e gli scrittori che, come vedremo al punto IV, hanno raccontato i loro sogni come se fossero dei giochi narrativi. Ora, se è vero che il sogno è una forma di comunicazione, bisogna chiedersi: dove essa si origina, come si struttura e a chi è rivolta? Domande essenziali per la costruzione di una teoria scientifica sul sogno, a cui diamo un contributo portando in scena il gioco.

### III. *Il gioco nello sviluppo infantile e suoi rapporti col sogno*

Riteniamo che il gioco costituisca un complemento per la comprensione del sogno, anzi, più in generale, della creatività umana, e pertanto, in questo paragrafo, facciamo alcune considerazioni sulla funzione ludica rispetto a quella onirica.

Anche nel caso del gioco la storia inizia molto prima dell'uomo e, seppure con tonalità differenti, le sue espressioni comportano un aspetto cosciente esplicito e un aspetto inconscio implicito.

Il gioco però non si stacca mai del tutto dalla realtà, come invece avviene per il sogno, per cui la dimensione inconscia ad esso sottesa è dell'ordine della funzione fantastico-

nirica che, in nota 7, abbiamo definito come una specie di doppio fondo mentale che accompagna sempre la nostra vita diurna.

La presenza del gioco nella storia della vita è filogeneticamente molto antica, anche se è solo con i primati, e sempre di più a mano a mano che ci si avvicina all'uomo, che alcune attività possono iniziare ad essere definite ludiche, cioè messe in atto ai fini di un piacere sempre più libero e creativo, e sempre meno determinato da "costrizioni genetiche".

Per intendere la relatività evolucionistica di questi concetti, consideriamo ad esempio il gioco della lotta, che i cuccioli dei felini fanno tra loro e con i genitori, e chiediamoci: in questa attività vi è soltanto piacere e libertà, o anche una costrizione interna a esercitarsi, attraverso un'attività senso motoria ritualizzata e geneticamente programmata? In quella lotta siamo indotti a vedere un'attività ludica, ma è evidente che lo facciamo proiettando sull'animale una componente antropomorfa.

D'altra parte, il "gioco" infantile della suzione del dito è finalizzato al piacere o può anche costituire una sorta di costrizione compensatoria, volta, ad esempio, a evocare il seno assente per realizzare quella sicurezza che il rito del succhiare procura al bambino? E il feto che si succhia il pollice, lo fa perché allucina qualcosa di assente o semplicemente per degli iniziali automatismi sensomotori, su cui fioriranno l'immaginario e il simbolico? Come si vede, il passaggio da una ritualizzazione geneticamente condizionata ad attività simboliche è piuttosto complesso, ma ciò che si può dire è che nello sviluppo infantile tale passaggio non avviene mai come se si trattasse di una totale novità. Forse è anche possibile ipotizzare che il cucciolo giochi alla lotta non soltanto per un piacere sensomotorio, ma addirittura "come se" fosse a caccia, cioè fantasticando un'attività predatoria vera e propria.

Ma è chiaro che, se così fosse, dovremmo anche ipotizzare che l'animale abbia la capacità di fantasticare e di anticipare un'azione futura. Ipotesi complesse da dimostrare, anche se una riflessione analoga l'avevamo già fatta in riferimento al sogno di un felino, di cui abbiamo detto in nota 3. Vediamo quindi come certi cambiamenti evolutivi accompagnano sogno e gioco, sia in campo etologico, sia soprattutto nello sviluppo del bambino.

Abbiamo già accennato al fatto che in molti esseri viventi sono presenti delle attività ritualizzate che evocano il gioco. Si vedano, ad esempio, alcuni rituali di seduzione ai fini dell'accoppiamento e alcuni altri ai fini della "regolazione" dell'aggressività distruttiva: si tratta di comportamenti che permettono di comprendere la bellezza di alcune attività motorie dell'animale che sembrano avere anche delle sfumature di libertà e di creatività, per quanto limitate all'interno di precisi programmi genetici. A quest'ultimo riguardo, non si può non essere affascinati dal comportamento etologico detto "tanatosi", attraverso il quale un animale in grave pericolo riesce a salvarsi fingendosi morto, cioè comportandosi *come se* fosse morto.

Questo, per la nostra riflessione, è uno dei comportamenti etologici più interessanti, che addirittura, più ancora del gioco della caccia, potrebbe evocare il gioco simbolico. La capacità genetica di indurre un comportamento come la tanatosi, infatti, è degna di riflessione, in quanto il potenziale simbolico di cui è dotata ci permette di meglio riconoscere nella storia evolutiva del gioco alcune analogie con la storia evolutiva del sogno, uno step ulteriore che sta a indicare la continuità tra genetica, neurobiologia e comportamento, continuità verosimilmente maggiore di quanto si riesca ancora a pensare sulla base delle nostre limitate conoscenze attuali.

Non solo, ma è nostra opinione che, studiando l'evoluzione del gioco, osservabile direttamente, possiamo estrapolare delle ipotesi per comprendere l'evoluzione del sogno, osservabile solo indirettamente a livello neurobiologico (attraverso le fasi REM, non-REM e i mediatori chimici), e ancora più indirettamente a livello psicologico (attraverso gli ipotetici suoi significati), cercando di farci condizionare il meno possibile dalle teorie esplicative che sovente trascurano il *bias* dell'osservatore<sup>8</sup>.

Il gioco è uno spazio psichico in cui il bambino può proiettare molti aspetti della propria esistenza, nelle varie forme che lo caratterizzano, dal gioco sensomotorio, al gioco simbolico, al gioco di regole (45, p. 161). In base agli studi piagetiani sullo sviluppo del pensiero infantile, vi è una continuità tra questi passaggi, i cui cambiamenti non sono né repentini, né globali. Il gioco di semplice esercizio, senza intervento di simboli o finzioni, né di regole strutturate, caratterizza in particolare le condotte animali: ad esempio, quella di un gatto che rincorre una palla, o quella di una madre che gioca con il suo cucciolo, ma senza usare realmente unghie e denti. In questi casi non ha senso pensare che il gomito sia il simbolo di un topolino, o che la madre stia fingendo di lottare con il cucciolo.

Qui è come se i movimenti "reali" fossero frenati da altri input, come il piacere della scarica motoria e l'attaccamento per la prole, per cui, scrive Piaget, si potrebbe ipotizzare che queste attività funzionino come "a salve" (*ibid.*, p. 162). Alcuni le paragonano a quelle che precedono, nel bambino, lo sviluppo del linguaggio, e in effetti

<sup>8</sup> Il metodo galileiano si basava sull'osservazione del cielo attraverso il telescopio e non attraverso la filosofia aristotelica e la teologia; forse il nuovo telescopio, nel nostro campo, sono le neuroscienze (vedi nota 14). Ecco cosa scrive Parenti, di riflesso ad alcune tematiche epistemologiche qui accennate: "Se le difficoltà cui ho accennato sono già notevolissime nello studio del comportamento cosciente, esse divengono ancor più drastiche nell'analisi dell'inconscio e particolarmente nell'interpretazione dei sogni, il cui linguaggio mascherato e apparentemente assurdo è soggetto a fattori di condizionamento individuali e collettivi, certamente travisabili qualora non se ne riconosca la mutevolezza e si tenti d'inserirli in una dinamica monotematica preconstituita. Ritengo che le maggiori scuole della psicologia del profondo, ad esempio quelle risalenti a Freud e a Jung, abbiano compiuto un'operazione di questo tipo, creando edifici lucidissimi culturali o pseudofisiologici, di cui non si può negare il fascino e l'impeccabile coerenza interiore, ma che si propongono di assegnare una cittadinanza fittizia e ristretta a fenomeni di assai più vasti contenuti. La psicologia individuale di Adler ha invece affrontato il sogno con maggiore umiltà scientifica, inquadrandolo in quel bisogno di prevedere e d'impostare programmi che distingue la superiorità evolutiva dell'organo psichico umano, ma rispettando l'effettiva libertà di scelta e l'ampiezza dei condizionamenti di ogni individuo. Se ciò le ha procurato accuse di superficialità e di minore eleganza concettuale, ha però fornito agli analisti adleriani uno strumento d'indagine più attendibile e obiettivo, la cui tenuta è sperimentalmente collaudata dalla spontanea comprensione dei pazienti" (43, pp. 7-8).

il gioco d'esercizio sensomotorio è il primo ad apparire in fase preverbale, seguito solo successivamente dal linguaggio e dal gioco simbolico-finzionale del far finta di, del "come se" (*ibid.*, p. 163), riguardo al quale, secondo Piaget, bisogna essere cauti, perché non è da "interpretare" ad ogni costo: "L'ipotesi di un contenuto specifico del gioco [lo studioso ginevrino si riferisce qui al gioco delle bambole di una bambina, ma lo stesso vale per il gioco delle biglie di cui ha appena parlato] non ha più alcun significato: *non si tratta che di una costruzione simbolica a molteplici funzioni, che ricava soltanto i suoi mezzi di espressione dalla materia familiare ma che nel suo contenuto interessa l'intera vita del bambino.* [...]

Nella maggior parte dei casi, infatti, la bambola non è che un'occasione, per il bambino, di rivivere simbolicamente la propria esistenza, da una parte per meglio assimilarne i diversi aspetti e dall'altra per liquidare i conflitti quotidiani e realizzare tutti quei desideri rimasti insoddisfatti. Possiamo essere certi che *tutti gli avvenimenti, felici o molesti, sopravvenuti nella vita del bambino, si ripercuoteranno nelle sue bambole*" (*ibid.*, p. 157, corsivi aggiunti).

Il bambino impara così ad esprimersi attraverso il gioco, in modo sempre più complesso e carico di proiezioni "personali", muovendosi, oltre la realtà, verso gli spazi dell'illusione [53], ma restando pur sempre al di qua del "puro immaginario", dato che nel gioco egli si esprime in contemporanea con la razionalità della veglia e con il suo sottofondo fantasticonirico, mentre nel sogno egli vola sempre di più al di là di ogni limite: qui tutto diventa possibile perché la distanza dalla ragione cosciente è massima.

Il gioco, quindi, confrontandosi con la realtà diurna, nel corso dello sviluppo infantile ha una sequenza evolutiva più lineare, con un dissolvimento graduale – seppure mai definitivo – del gioco sensomotorio e di quello simbolico, a vantaggio del gioco di regole. Il sogno invece ha un'evoluzione differente, per quanto si possa inferire, dato che fino alla comparsa del linguaggio non abbiamo alcuna idea del contenuto onirico infantile, come non si sa affatto perché la quantità totale di sonno REM occupi fino all'80% del sonno totale del feto di alcuni mammiferi e fino al 50% di quello del neonato umano (38, pp. 78-82); questa percentuale decresce poi nel bambino fino al 25% circa, e appena un poco ancora nell'adulto e nell'anziano (*ibid.*, p. 12).

Questi dati, che vanno ulteriormente interrogati e studiati, sono già di per sé stupefacenti ed è coerente pensare che abbiano un senso importante rispetto alla maturazione cerebrale (29, p. 142); ad esempio, potrebbero deporre a favore dell'ipotesi che il sonno REM "possa costituire la base neurobiologica che permette al feto di organizzare le sue prime esperienze" (38, p. 79).

Rispetto al gioco, quindi, *il sogno viene da più lontano, ma va anche più lontano*, dato che, una volta costituitosi, permane stabile per tutta la vita, continuando a mantenere tutti gli elementi che caratterizzano le varie espressioni ludiche: il sogno, cioè, può

essere l'equivalente di una pura attività sensomotoria, (in apparenza) caotica, finalizzata ad ancora ignote esigenze neurobiologiche<sup>9</sup>, ma può essere anche un'espressione carica di significati simbolici, analoga al gioco del fare "come se", così come può pure essere una specie di equivalente del gioco di regole (questi ultimi tipi di sogno potrebbero corrispondere a quelli con dei contenuti più precisi e strutturati, e più orientati a risolvere delle preoccupazioni esplicite del sognatore, come avviene, ad esempio, in alcuni dei sogni presentati ai punti IV e VI, cioè quelli che si riferiscono ad auspici, previsioni o a veri e propri *problem solving*).

È plausibile ipotizzare, a questo punto, che nella fase più arcaica della vita fetale, prima ancora di ogni accenno a qualsiasi tipo di "gioco", il sonno REM – "grazie a nuove tecnologie, gli embriologi possono visualizzare i movimenti oculari del feto già al quinto mese di gravidanza" (26, p. 159) – possa servire a mantenere attive le strutture neurobiologiche (vedi nota 9), e che allo stesso scopo operi in sinergia con i primi movimenti del feto, quindi, dopo la nascita, con attività sempre più complesse, che comprendono anche le attività ludiche, cioè il gioco sensomotorio, il gioco simbolico e il gioco di regole.

È ipotizzabile che le due funzioni, quella ludica e quella onirica, continuino a cooperare fino allo stadio delle operazioni concrete, come definito da Piaget, potenziando innanzitutto i loro effetti sull'organizzazione neurobiologica cerebrale di base, su cui gradualmente prende corpo l'organizzazione psicologica e psicosociale. Ed è plausibile ipotizzare che, verso la conclusione di questo lungo periodo evolutivo, il gioco perda man mano di valore, mentre il sogno continua a svolgere e consolida la sua azione basale neurobiologica, ampliandone però lo spettro immaginario e le forme espressive. La funzione ludica, in altri termini, accompagnerebbe il sogno nello strutturare la base neurobiologica dell'attività cerebrale, poi nel preparare il terreno verso il simbolico, rimanendo attiva fino al proprio graduale "esaurimento", quando cioè si esprime prevalentemente nel gioco di regole.

A quest'ultimo proposito e a ulteriore dimostrazione dell'importanza del gioco, dopo averne considerato l'intreccio con il sogno nel corso del primo sviluppo infantile, vale la pena accennare all'ipotesi, già allusa da Piaget [45], che il gioco di regole prepari l'individuo a sviluppare competenze più strettamente sociali, legate alla responsabilità, al rispetto dell'altro e alla collaborazione.

<sup>9</sup> Una specie di "attività sensomotoria" delle strutture cerebrali, finalizzata unicamente al rapido scambio tra di loro, qualcosa che evoca il rumore di fondo e le capacità auto-organizzative dei sistemi complessi [9, 10]; una sorta di "esercizi ludici" delle strutture neurobiologiche che, in base a come Piaget intende gli esercizi sensomotori, apparentemente non si direbbero finalizzati ad altro che alla ridondanza del fare. Si potrebbe ipotizzare che un simile funzionamento possa essere operante, al livello più basale, in un sistema complesso come il cervello, con i suoi frenetici e inesauribili scambi, da cui emergerebbero delle informazioni, soprattutto in forma di immagini o sequenze di immagini oniriche, che vengono "catturate" dalla coscienza; ma lo si potrebbe concepire operante anche in un sistema apparentemente caotico come quello che in nota 6 abbiamo chiamato "frenesia del formicaio", una specie di comunicazione interna a quel sistema biologico, da cui emergerebbero delle informazioni che vengono "catturate" dal gruppo (da una ipotetica "mente del gruppo"), utili per la ricostruzione del formicaio distrutto.

In sintesi, mentre l'animale si ferma al gioco sensomotorio, senza possibilità di accedere a quello simbolico (probabilmente con delle eccezioni nello scimpanzé), il bambino, grazie allo sviluppo delle funzioni ludica e onirica, va oltre i comportamenti riflessi e le reazioni circolari primarie (suzione e *grasping*, innanzitutto, quindi lallazione e schemi d'azione sempre più complessi), oltre tutta la fase sensomotoria, ed entra in una dimensione esperienziale sempre più ricca di possibilità.

Esaurita la spinta al consolidamento della funzione simbolica, il *gioco reale* dei primi anni di vita gradualmente si dissolve nei giochi di regole, lasciando il campo al sogno, alla capacità fantasticonirica, ai giochi sociali e a un nuovo *gioco immaginario*: la creatività narrativa.

#### IV. *Il sogno come gioco narrativo*<sup>10</sup>. *Spunti letterari*

Come detto nella premessa, il mondo onirico costituisce un'importante fonte creativa per il sognatore e per la storia analitica che paziente e terapeuta costruiscono: “Problema vecchio come il mondo”, che ha impegnato “pazzi e saggi, re e mendicanti” (2, p. 236), il sogno ha da sempre affascinato l'uomo, stimolando la sua curiosità e rimanendo a tutt'oggi un tema di grande attualità.

Offriamo qui alcune riflessioni, presentando cinque esempi tratti dalla letteratura che, come sappiamo e come vedremo anche nel prossimo punto, è ricca di riferimenti al sogno e sovente anticipa la psicologia.

*Questi sogni costituiscono un materiale prezioso per riflettere sulla continuità e rispettivamente sul tipo di discontinuità esistente tra i pensieri della veglia e quelli del sogno.* Certamente altri avrebbero potuto fare riflessioni differenti sulle vignette che presentiamo, ma questo è il bello del sogno, cioè che esso si presenta come un regalo che giunge dalla profondità della notte, intorno al quale la creatività del terapeuta può intrecciare numerose trame narrative.

##### IV. 1. *Vincent van Gogh. Dipinti di sogni.*

“Prima sogno i miei dipinti, poi dipingo i miei sogni” è un famoso detto attribuito a van Gogh (50, p. 65). Ossessionato dalle tonalità dei colori che adoperava nei suoi dipinti, van Gogh sosteneva di non riuscire a realizzarle come le avrebbe volute e come le aveva nel suo pensiero, ma spesso, prima di dipingere, gli capitava di sognare i suoi quadri; le immagini del sogno lo guidavano poi nella realizzazione delle sue opere. L'affermazione attribuita a van Gogh vale come conferma del carattere non solo anticipatorio, ma anche *epifanico* del sogno, il quale “prepara il sognatore a risolvere in

<sup>10</sup> Questa locuzione riprende parte del titolo di un lavoro, non ancora pubblicato, in cui si cerca di rispondere alle domande poste alla fine del punto II [37; vedi anche 34]; per inciso, il sogno, da intendere come “gioco interiore del cervello”, è già un'eccellente metafora di Piaget, come scrive Jouvett (29, p. 86). Alla stesura del presente punto IV ha collaborato Matteo Baldassin che fa parte di un nostro gruppo di ricerca sui sogni letterari.

modo soggettivo un problema” (5, p. 194), componendo metafore, suggerendo soluzioni ed esplicitando quanto inconsciamente egli sapeva già. Questo riferimento è di particolare interesse perché dimostra che il lavoro cosciente della nostra mente diurna, pur essendo sempre in contatto con il suo sottofondo fantasticonirico, per quanta libertà possa esprimere, deve sempre fare i conti con la realtà e con le regole della comunità.

Il sogno, invece, opera come un serbatoio inconscio, a volte suggerendo al sognatore una soluzione del tutto nuova, a volte offrendo la soluzione con cui la sua mente diurna era ingaggiata. Qualcosa del tipo *problem solving* che ritroveremo negli esempi di Tartini e di Kekulé. Nel caso di van Gogh, il sogno non compone né una partitura musicale, né il simbolo di una struttura chimica, bensì una tela su cui egli inizia a dipingere le immagini e i colori che sono maggiormente in sintonia con il suo sé.

#### IV. 2. *Tartini. Un sogno in musica.*

Presentiamo ora il sogno di Giuseppe Tartini (1692-1770), caratterizzato da un particolare svolgimento dove gioco onirico e narrazione musicale s'intrecciano. Il violinista, dotato di una profonda sensibilità artistica, ma oppresso da una famiglia che avrebbe desiderato per lui una vita monastica, tormentato dai sensi di colpa per aver rifiutato tale scelta di vita a favore della passione per la musica, si dedicò interamente allo studio del violino, che assunse spesso per lui le connotazioni di una diabolica ossessione ipercompensatoria, al limite dell'angoscia e dell'annullamento di sé.

Tartini riteneva di non riuscire ad esprimere con il suo strumento musicale ciò che sentiva intensamente nell'anima; così, una notte, tormentato dai soliti pensieri, sogna di aver venduto l'anima al Diavolo, che gli appare d'improvviso, seduto ai piedi del suo letto, dicendosi disposto a soddisfare ogni suo desiderio. Poi, con grande stupore del musicista, inizia a suonare col suo violino una melodia così sublime da lasciarlo estasiato e convinto di non aver mai ascoltato nulla di simile.

L'ultima nota è tale da provocare il risveglio di Tartini che, ancora ispirato dal sogno, afferra il violino e compone di getto *Il Trillo del Diavolo*, uno dei più difficili brani per violino mai composti nella storia della musica, ritenuto ancora oggi dai critici una delle più geniali trovate del Settecento violinistico. Il brano, sottoposto dall'autore a continui perfezionamenti, vide la luce diciassette anni dopo il famoso sogno rivelatore (32, pp. 126-127). Si tratta dunque di un caso molto significativo, dove sogno, memoria e rielaborazione psichica sono protagonisti di una lunga storia musicale.

#### IV. 3. *Flaubert. L'occasione perduta.*

La vita di tutti noi è costellata di preoccupazioni e paure; laddove durante il giorno riusciamo a controllarle, la notte esse si fanno spazio nei sogni e trovano la strada per esprimersi liberamente. Perché questo accade e che funzione hanno i sogni?

Quello di cui si parla in questo caso è possibile intenderlo come un ammonimento che mette in guardia il sognatore da atteggiamenti disfunzionali, ma anche come luogo

protetto in cui sperimentare le paure senza preoccuparsi delle conseguenze. Il sogno diventa così un terreno di prova, ma anche uno strumento per ridimensionare la propria paura, razionalizzarla e, successivamente, sentirsi pronti ad affrontarla. A Marie Arnoux, una delle protagoniste dell'opera di Flaubert *L'educazione sentimentale* [20], accade proprio questo. Marie è un'affascinante donna sposata con l'editore cinquantenne Jacques Arnoux. Frédéric è un giovane di diciotto anni. I due si incrociano su un battello e si innamorano follemente.

È a questo punto che Flaubert ci racconta il sogno della donna: “La notte precedente Marie s'era sognata di trovarsi, già da parecchio tempo, sul marciapiede di rue Tronchet. Era lì ad aspettare qualcosa di indefinito ma, al tempo stesso, d'importante, e temeva, senza sapere il perché, che qualcuno potesse vederla. A un tratto un dannato cagnolino le si scagliava contro e addentava l'orlo della sua veste. S'ostinava, abbaiando sempre più forte. Madame Arnoux si era svegliata. Il cane continuava ad abbaiare. Tese l'orecchio: veniva dalla camera del bambino. Vi si precipitò a piedi nudi; era lui, in preda a un accesso di tosse” (20, p. 246).

Ecco quindi che nel sogno Marie assiste alla reificazione di una sua grande paura: quella di essere vista sul marciapiede in attesa del suo amato Frédéric. In realtà, il ragazzo non compare nel sogno, proprio come la storia tra i due non arriverà mai a compimento, ma resterà platonica. Potremmo spingerci ad ipotizzare che il cane morda Marie per portarla a muoversi, ad agire, e che funga così da stimolo simbolico per terminare l'attesa; ma potremmo anche pensare che esso rappresenti un ammonimento a non diventare una “donna da marciapiede”, ammesso che ai tempi di Flaubert valesse questa locuzione.

Sta di fatto che le circostanze e la mancanza di coraggio dei due protagonisti non permetteranno la realizzazione del loro amore, e questo rappresenterà per sempre il loro più grande rammarico. Ecco allora che il sogno si riferisce sicuramente alla possibilità di un cambiamento, desiderato e/o temuto, ma, perché ciò accada, è necessario che il sognatore si connetta con i propri desideri e con le proprie paure.

#### IV. 4. *Allende.*

Tra sogni erotici, cibo e scrittura terapeutica. Isabel Allende trascorse quattro anni molto difficili durante la lunga malattia della figlia Paula e dopo la sua tragica morte, avvenuta nel 1992. In quei momenti aveva la forte “sensazione che il mondo avesse perso i colori e che un grigio universale si stendesse inesorabile sulle cose” (8, p. 25): un tunnel di disperazione da cui riuscì a riemergere grazie alla scrittura, ma “ri-comparvero le prime pennellate di colore” (*ibid.*) quando all'improvviso cominciò a sognare di cibo e di giochi amorosi, intrecciando la propria capacità fantasticonirica con la vita onirica vera e propria, come risulta da questo passo: “Una notte del gennaio 1996 sognai di tuffarmi in una piscina colma di riso al latte in cui nuotavo con la grazia di un delfino. È il mio dolce preferito – il riso al latte, non il delfino – tanto che

nel 1991, in un ristorante di Madrid ne ordinai quattro porzioni e poi una quinta, come dessert. Le mangiai senza batter ciglio, con la tenue speranza che quel nostalgico dolce della mia infanzia mi aiutasse a sopportare l'angoscia della grave malattia di mia figlia. Né la mia anima né mia figlia ne trassero giovamento, ma nella mia memoria il riso al latte rimase associato al conforto spirituale.

Nel sogno, invece, non c'era nulla di sublime [*nada había de elevado*]: mi tuffavo e quella crema deliziosa mi accarezzava la pelle, scivolava tra le mie pieghe e mi riempiva la bocca. Mi svegliai felice e mi gettai su mio marito prima che il poveretto potesse rendersi conto di quello che stava succedendo. La settimana successiva sognai che posizionavo Antonio Banderas nudo su una tortilla messicana, lo condivo con *guacamole* e salsa piccante, lo arrotolavo e me lo mangiavo con avidità.

Questa volta mi svegliai terrorizzata” (*ibid.*, p. 24). I due sogni portano in scena cibo ed erotismo, due piaceri – uno ipercompensatorio e l'altro represso nella vita dell'autrice – che qui sembrano esplodere, tra delicatezze e perversioni che trasformano l'eros in un atto cannibalico. Il primo sogno è legato a sensazioni di piacere per un cibo del tutto particolare – che Allende amava molto già da bambina – al cui ricordo aveva fatto ricorso anche per tentare di lenire magicamente il dolore; nel sogno se ne serve simbolicamente per vivere sensazioni di piacere che coinvolgono tutto il corpo, attraverso parvenze mimetiche di giochi amorosi, che al risveglio prorompono in una vitalità erotica vissuta con felicità. Tuttavia, la specificazione *nada había de elevado* “non c'era nulla di sublime”, o meglio “di nobile, di elevato”, lascia intravedere qui un'ambivalenza, un conflitto interiore forse legato alla storia della rigida educazione subita, come si evince anche dal fatto che definiva *truculencias* “nefandezze” i suoi sogni.

Nel secondo sogno l'ambivalenza diviene drammatica, tra desiderio e terrore, dato che esso è proprio *truculento*, nella forma più selvaggia dell'eros cannibalico che fa pensare alla mantide religiosa nell'atto di divorare il maschio dopo o durante l'accoppiamento. Ci si può interrogare sull'origine di queste fantasie rimosse che la scrittrice realizza in sogno, ma non è questo il contesto, sebbene non si possa non vedere che siamo in presenza di un materiale psichico ricchissimo per riflettere teoricamente sulla continuità tra pensieri diurni e notturni, sulle pulsioni e le relazioni, sulle dinamiche inconse, sui sogni come realizzazione di desideri erotici rimossi, sui sogni come indicatori prospettici di una sessualità contraddittoria, che forse mette in guardia la sognatrice nei confronti di pulsioni aggressive e di desideri trasgressivi inconfessabili e pericolosi, vissuti come *truculencias*.

Certo è che se un paziente portasse questo materiale in terapia ci sarebbe molto su cui lavorare per costruire il racconto di quella terapia. Allende, però, rifiutò il consiglio della madre di recarsi da uno psichiatra, o da un cuoco, e scelse di costruire un suo racconto, affidandosi alla forza catartica e terapeutica della scrittura: uno dei frutti sta proprio nella raccolta di ricette afrodisiache e di storie erotiche dal titolo *Afrodita*.

#### IV. 5. *Kekulé.*

Una storia fantasticonirica. Riportiamo per ultima la storia onirica più nota tra i sogni orientati a una soluzione prospettica; essa è caratterizzata da un'importante quota creativa, attraverso la quale il chimico tedesco August Kekulé (1829-1896), nel 1865, ipotizzò per primo, simbolicamente, la struttura ciclica del benzene.

La storia è molto interessante, vuoi perché non è chiaro se si sia trattato di un sogno vero o inventato, vuoi anche per il fatto che il sogno, narrato da Kekulé nel 1890 nel corso di una festa, sarebbe avvenuto nell'inverno del 1861-1862; senonché pare che egli, già nel 1858, avesse pubblicato un articolo in cui citava un chimico francese, August Laurent, che aveva ipotizzato e disegnato una struttura esagonale del benzene. Quindi abbiamo un complesso intreccio tra vita diurna e vita notturna, con una prima traccia della soluzione, un ulteriore lavoro di ricerca, fino alla pubblicazione della soluzione stessa. Ecco il sogno di Kekulé, come da lui raccontato nel 1890: "Ero seduto intento a scrivere, ma il lavoro non progrediva; i miei pensieri erano altrove.

Girai la sedia verso il camino e mi appisolai. Di nuovo gli atomi giocavano di fronte ai miei occhi [...]. Il mio occhio mentale, reso più acuto da questa ripetuta visione, era ora in grado di distinguere strutture più grandi di multiforme conformazione; lunghe file talvolta sistemate più strettamente, tutte sinuose e ricurve come il moto di un serpente. Ma guarda! Che cos'è? Uno dei serpenti aveva afferrato la sua stessa coda, e la forma girava beffardamente davanti ai miei occhi. Come per un lampo improvviso mi risvegliai e passai il resto della notte a elaborare la mia ipotesi" [31]. Il sogno citato forse è una storia di pura fantasia, ma proprio per questo è utile annoverarla qui, per dimostrare come anche uno scienziato possa giocare con i sogni.

#### V. *La costruzione dell'identità personale tra sogno, gioco e racconto. I tre compiti vitali*

In che maniera dall'intreccio gioco-sogno dei primi anni di vita si originano la funzione narrativa e la creatività, e in che senso tutto ciò contribuisce a costruire l'identità personale, o meglio il racconto dell'identità personale? Come si intreccia tutto questo con ciò che gli altri pensano e raccontano di noi? Un'affermazione di Adler ci introduce nella complessità pirandelliana di queste tematiche, sottolineando che l'uomo crea la propria personalità, per cui egli è allo stesso tempo "sia l'opera che l'artista" (3, p. 4).

Adler sostiene inoltre che vi è continuità e sovente sinergia tra le varie funzioni psichiche, anche nelle loro componenti coscienti e inconse, per cui si tratta ora di applicare questo principio al gioco e al sogno, alla capacità fantasticonirica e alla creatività, ai fini della costruzione dell'identità personale. Lo facciamo in modo molto sintetico, prendendolo spunto da un apologo con cui Nabokov fa iniziare la letteratura.

Lo scrittore russo fantastica che la letteratura non sia nata il giorno in cui un ragazzino corse via dalla valle di Neanderthal, inseguito da un grande lupo grigio, gridando "Al

lupo, al lupo”, bensì il giorno in cui quel ragazzino scappava e gridava, però “senza avere nessun lupo alle calcagna” (41, p. 42). E noi aggiungiamo che forse quel ragazzino lo fece dopo averne avuto un’esperienza reale, o averne ascoltato un racconto, magari il racconto del sogno di un anziano della comunità; inoltre, che forse lo fece dopo averlo fantasticato, o sognato a sua volta come un incubo, o come una compensazione catartica<sup>11</sup>, e che, dopo la prima volta, potrebbe aver continuato a farlo per gioco, avendo osservato la reazione divertita della comunità in cui viveva, la quale, magari, istituì in seguito dei giochi e dei rituali *ad hoc* per esorcizzare la paura nei confronti di quegli animali.

L’interesse di questo apologo è del tutto speciale, perché, come si può intuire, esso tocca numerosi aspetti della nostra riflessione. Tocca innanzitutto il tema della finzione, quello che verosimilmente interessa di più a Nabokov. Senonché, per lo scrittore, finzione traduce il termine inglese *fiction*, cioè finzione narrativa, racconto, romanzo, quindi letteratura, motivo per cui con l’esempio dell’apologo egli fa nascere la letteratura: quel ragazzino inventa un racconto di fantasia. A dire il vero, la letteratura potrebbe essere nata anche con un racconto serio, o serio-faceto, ma il bello qui, per noi, è che possiamo “giocare” creativamente con un termine che sappiamo quanta importanza abbia nella teoria adleriana.

Il racconto letterario, in un certo senso, è uno degli ultimi anelli della catena semantica connessa con il termine “finzione”; è uno dei prodotti finali della creatività che, come abbiamo detto alla fine del punto III, deve essere *pratica e narrativa*, cosa che diventa un tutt’uno proprio nel caso della letteratura. In altri termini, se la vita umana è definita dalla capacità di raccontare, quella dello scrittore è l’unica professione artistica che esprime il lato pratico della sua creatività esattamente come prodotto di quella capacità; un architetto, ad esempio, non esprime la sua capacità narrativa solo raccontando di costruire una casa o una città, ma la esprime costruendole realmente, e quelle diventano per così dire il suo romanzo, cioè l’espressione concreta della sua creatività narrativa.

In entrambi i casi, comunque, sia lo scrittore, sia l’architetto, operano con una mente diurna razionale, direttamente sottesa dalla loro capacità “altra” (vedi nota 7) e meno direttamente da quella onirica<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> Piaget, a questo proposito, parla di giochi che servono a liberare dai conflitti, “mediante una soluzione di compensazione o di liquidazione, mentre l’attività seria è alle prese con dei conflitti che essa non può eludere” (45, p. 217).

<sup>12</sup> Fermo restando che, come lo scrittore, anche l’architetto proietta nell’opera le sue memorie coscienti e inconscie, passate e prospettiche, motivo per cui Borges può dire che nell’immagine della casa o della città l’architetto intravede in filigrana il proprio volto. Teniamo presente, comunque, che questo interscambio trasformativo autore-opera non concerne solo lo scrittore e l’architetto, ma anche ogni altra persona, compreso lo psicoterapeuta. Forse le trasformazioni, tra continuità e discontinuità, si estendono anche ad alcune funzioni psichiche come sonno/sogno e veglia, e in questo senso si potrebbe intendere la seguente affermazione di Adler: “Il sonno è parte della vita, e noi non sappiamo se il sonno è una variazione dell’essere svegli, o se la veglia è una variazione dell’essere addormentati” (6, p. 160), un pensiero sibillino che ha l’andamento di un *koan* orientale, o di un motto eracliteo: “La stessa cosa sono il vivo e il morto, il desto e il dormente, il giovane e il vecchio: questi mutando trapassano in quelli e quelli ritornano a questi” (16, fr. 22).

L'apologo di Nabokov ci fa poi riflettere sulla struttura psichica paradossale con cui è costruita la *fiction* narrativa del ragazzino; essa, infatti, è vera e falsa nello stesso tempo: è una vera *fiction*, quindi una vera opera di invenzione creativa, proprio perché è falsa, ossia perché non corrisponde al vero. La narrazione, in questo caso, corrisponde alla negazione della realtà, cosa impossibile da fare, ad esempio, per l'architetto di cui abbiamo detto sopra, perché sarebbe come se egli progettasse di "non" costruire una casa.

Ci chiediamo, allora: da dove proviene la complessa capacità narrativa del ragazzino di Nabokov, che può servirsi di una finzione di primo livello, come avviene nel gioco del "come se" (un bambino scappa, inseguito da un altro bambino, come se questi fosse un lupo), ma anche di una finzione di secondo livello (metalivello), giocando a fingere di essere inseguito da un lupo che non c'è? In questi casi usiamo parlare di "inventiva", di "creatività", termini generici che tentano di afferrare qualcosa di incommensurabile.

Ma ci possiamo anche chiedere: per giungere ad elaborare delle strategie narrative di metalivello, su quali memorie il bambino si basa? Inoltre, le sue memorie sono basate sulla sua esperienza, sul racconto di esperienze altrui o su entrambe le cose? E ancora: nella ripetizione di un racconto di primo o di secondo livello, in che maniera si intrecciano la funzione ludica e quella onirica, il piacere e il potere di determinare un gioco, le motivazioni psicologiche personali (coscienti e inconse) e quelle psicosociali, rispetto al gruppo di riferimento?

È il gruppo, in fondo, che sancisce il valore di un racconto, letterario o architettonico, ma anche di qualsiasi altro racconto, compreso il racconto di sé; lo valuta e lo integra, o lo rigetta, perché ogni comunità ha una sua propria ideologia, con i suoi miti e i suoi riti, in cui è anche compresa la "definizione" implicita di creatività.

Ed è all'interno di questo spazio socioculturale che il ragazzino della valle di Neanderthal costruisce la propria identità personale, finalizzata già nel suo caso alla realizzazione di quelli che Adler chiama i tre compiti vitali (5, *passim*, in particolare pp. 13 e 47-48): l'amore, l'amicizia e il lavoro. Infatti, possiamo immaginare che, con la sua fervida capacità inventiva, quel ragazzino potrebbe essere stato integrato nel gruppo fino a diventare un aedo, un mago, un sacerdote che parla con gli spiriti o un capo che promuove un nuovo rituale, ma potrebbe anche essere stato emarginato come un "matto" che racconta delle cose inesistenti.

L'insieme di questi aspetti, come sottolinea Rovera, "inerisce (oltretutto agli aspetti neurobiologici) ad una psicosociologia del sogno di tipo culturale, e si avvale di metodiche rivolte al *folklore* ed al *mito*. Il che permette una ricostruzione originale della simbologia del mito" (47, p. 135).

Terminiamo queste brevi osservazioni sulla costruzione dell'identità personale – che, al di là del ragazzino di Nabokov, riguardano ognuno di noi e ogni nostro paziente

– affermando che la vita è ambivalente e contraddittoria, ma che il problema non è questo, bensì il fatto che noi lo sappiamo e riflettiamo su questo sapere. Per dirla in forma adleriana, noi viviamo in una dimensione autoreferenziale, perché siamo degli artisti sempre sollecitati a pensare e a mettere in gioco l’impensabile di sé.

Tale ambivalenza può giungere fino al punto di esprimere/vivere una finzione di finzione, o una finzione che nega se stessa, e abbiamo anche detto che questo è possibile solo in letteratura; infatti, nel caso di un architetto, è difficile costruire una “non” casa, come invece può fare uno scrittore (pensiamo solo ad *Alice nel paese delle meraviglie* di Lewis Carroll). Eppure, in un altro campo artistico, la pittura, è proprio quello che hanno fatto, ad esempio, Malevič nel 1918 con la “non” opera intitolata *Quadrato bianco su sfondo bianco*, e Magritte nel 1928-1929 con la composizione “Il tradimento delle immagini”, in cui dipinge una serie di pipe, ognuna intitolata *Ceci n’est pas une pipe*, commentate in [21]. E forse anche in altre attività artistiche, compresa l’arte di vivere, la creatività può esprimersi in forme incoerenti e contraddittorie, proprio come avviene in sogno.

## VI. *Contributo clinico*

Si discute ancora sull’esegesi del sogno, ma oggi si tende a considerarla come estremamente varia, polimorfa e non riconducibile a una rappresentazione schematica: il sogno appartiene a chi lo fa, è assolutamente soggettivo e, partendo dallo stile di vita dell’individuo, può contenere la sua memoria, il suo presente o la sua rappresentazione del futuro. È una scena teatrale, in cui noi vediamo agire noi stessi, ma dove, in realtà, agisce la parte “altra” che è in ciascuno di noi, quella parte che ci accompagna nel percorso della nostra vita e attraverso la quale, in sogno, riusciamo a essere *chiunque*, ad andare *dovunque* e a mettere in atto azioni che nella realtà non riusciamo a compiere.

Nel caso clinico che segue vengono sottolineati soprattutto due aspetti del sogno: l’aspetto narrativo, attraverso il quale i pazienti si raccontano – ciascuno secondo un suo proprio codice – e l’evoluzione che, attraverso il sogno, essi evidenziano nel loro percorso terapeutico. Entrambi gli aspetti sono fondamentali lungo tale percorso. Attraverso la narrazione di sé, il paziente, guidato dal terapeuta, impara ad attribuire significati all’esperienza onirica e a comprendere gli eventi che hanno segnato la sua vita, giungendo anche a modificare l’idea che si è costruito di se stesso.

Divenire capace di raccontarsi in terapia segna l’ultima tappa dello sviluppo del Sé e lascia emergere una nuova identità, dotata di quel potere creativo che permette alla mente di realizzare progetti e trovare soluzioni, secondo una concezione della vita teleologicamente impostata. Raccontarsi aiuta inoltre la coppia terapeutica ad approfondire la conoscenza reciproca, ponendo i necessari presupposti per una relazione d’aiuto. In tal senso l’uso del materiale onirico potrebbe risultare utile anche nelle psicoterapie a tempo limitato, come suggerisce Ferrero, tenendo conto, però, “della brevità del tratta-

mento e della scelta di limitare al focus gli obiettivi del lavoro terapeutico” (18, p. 66). Altrettanto importante è l'aspetto evolutivo che il sogno lascia intravedere: lungo la terapia, infatti, esso segna spesso le tappe di una svolta, di una crescita che, poco alla volta, porta il paziente alla comprensione delle problematiche che lo affliggono, suggerendogliene talora la soluzione; il sogno, inoltre, evidenzia la trasformazione del suo mondo interno, che si accompagna non solo alla graduale scomparsa del sintomo, ma anche alla scoperta di quei meccanismi che determinano la sua inadeguatezza nell'affrontare le difficoltà dell'esistenza, permettendogli così di riappropriarsi della libertà interiore e della capacità di soddisfare i tre compiti vitali.

*Giancarlo: un disturbo ossessivo-compulsivo*

Giancarlo (in seguito G.) è un uomo di 41 anni quando entra in terapia, inviato dal suo medico di base. Soffre, da più di un anno, di un disturbo ossessivo-compulsivo che, apparentemente gestibile all'inizio, è andato poi peggiorando, fino ad inibirlo nello svolgimento dei suoi compiti più elementari.

Proveniente da una famiglia agiata e laureato in biologia, ricopre un ruolo direttivo nella sua azienda, che si occupa di emoderivati per uso farmacologico, similmente a sua moglie, che lavora con analoghe mansioni presso una multinazionale. G. afferma che la sua paura più grande è quella di poter “infettare” il suo bambino, di 16 mesi, dato l'ambiente in cui lavora: pertanto si protegge, detergendosi di continuo con disinfettanti che gli hanno provocato gravi danni alla pelle in tutto il corpo, e si sottopone a rituali che lo impegnano per ore, volti a scongiurare il temuto pericolo.

Nelle prime sedute, G. racconta del suo contesto familiare – i genitori e la sorella, di cinque anni minore di lui – in un modo estremamente positivo. Ne emerge il quadro di una famiglia apparentemente serena, in cui G. è sempre stato al centro dell'attenzione, “perché bravo in tutto”, ed ha avuto maggiori cure e privilegi rispetto alla sorella, di cui tuttavia è sempre stato geloso. Anche il suo rapporto con Liliana, sua moglie, sembra positivo: G. la descrive come una mamma attenta e una compagna eccezionale, che – fino alla nascita del bambino – si è dedicata interamente a lui, “evitandogli ogni noia domestica” e cercando quasi di “indovinare e anticipare i suoi desideri”.

All'età di sei mesi, il bambino contrae una grave polmonite e rimane in ospedale per quasi otto settimane; in quel periodo Liliana perde il padre, colpito da infarto, e si trova costretta a dividersi tra il sostegno alla propria famiglia in lutto e l'assistenza al bambino in ospedale, nonché il suo lavoro e la cura della casa. G. afferma di averla vista esausta e di averne ammirato la forza e il coraggio, sottolineando che “lui, al suo posto, sarebbe crollato”.

È in quel periodo che la sua nevrosi ossessiva, sino ad allora contenuta, si acuisce. G. ricorda di avere iniziato a sentirsi “insofferente” a tutto e di avere associato la cosa alla paura, sempre più forte, di costituire un pericolo per il suo bambino, al quale,

peraltro, non vuole più avvicinarsi. Ormai evita di toccare qualsiasi cosa e, se costretto a farlo, ricorre subito ai suoi rituali. Sua moglie comincia a non sopportare più la situazione e tra i due iniziano screzi, liti e ripicche, seguiti dalla velata minaccia di una separazione. G. non accetta l'idea di essere geloso di suo figlio – cosa che la moglie gli rinfaccia – né vuole ammettere il senso di inferiorità che prova nei confronti di lei, tema che è stato affrontato più volte in terapia.

La situazione si complica sempre di più e G. inizia a lamentarsi di incubi notturni e di sogni ricorrenti, nei quali, seppur in contesti diversi, egli si vede in pericolo, ma non può mettersi in salvo perché “assolutamente paralizzato” e “abbandonato da chi dovrebbe comprenderlo e supportarlo”. Piange, addossando la colpa di tutto alla moglie, che “lo trascura da quando è nato il bambino, forse perché non lo ha mai amato abbastanza”. Il suo malessere è palpabile.

La situazione è a questo punto quando G., durante una seduta, dice di aver fatto un sogno che lo ha lasciato “confuso e scosso”.

Visibilmente emozionato, racconta: “Ho sognato che Liliana ed io, tornati dal lavoro, entravamo insieme in camera e ci buttavamo sul letto – di traverso, vestiti e dandoci la mano – come per riposarci qualche minuto. Parlavamo rilassati, come non succedeva da tempo: lei mi spiegava delle cose, sorridendo serena, come faceva all'inizio del nostro rapporto; poggiava la mano sul mio braccio e io desideravo che tutto tra noi tornasse come prima. D'un tratto lei, come riscuotendosi, mi dice che dobbiamo andare; poi si alza per prima, esortandomi a fare lo stesso, ma io non ci riesco: non ne ho la forza! Così lei mi prende per un braccio, costringendomi a mettermi in piedi, e, a quel punto, mi accorgo di qualcosa che mi lascia sconcertato... Liliana mi appare come è nella realtà, ma la mia figura è diversa: è come se io non fossi me stesso in carne ed ossa, ma soltanto ‘una forma’, un modello di carta senza consistenza... sa, quei modelli in carta velina che fanno le sarte prima di tagliare la stoffa... Liliana sembrava non accorgersene, ma era lei che, dopo avermi tirato su dal letto, mi teneva in piedi stringendo la mano attorno al mio braccio (di carta!). Continuava a parlarmi non so di che cosa... e sembrava non rendersi conto della mia inconsistenza! Ho pensato che, se avesse aperto la mano, io – quella ‘forma’ – sarei scivolato ai suoi piedi... mi sono svegliato di soprassalto: ero spaventato, in un bagno di sudore e... arrabbiato! Liliana dormiva accanto a me... e mi è venuto da piangere...”.

Due notti dopo, G. sogna di essere a un funerale: “Sto seguendo un feretro: è una piccola bara bianca, quindi si tratta certamente di un bambino, ma, nel sogno, ero stranamente consapevole che dentro ci fosse mio figlio. Non capisco, però... ero distaccato e distratto, come se la cosa non mi riguardasse... mi sveglio con un senso di frustrazione e, insieme, di disperazione...”.

I due sogni sono come un'illuminazione nella mente di G., dove, poco alla volta, comincia a farsi strada la verità: il senso di inferiorità nei confronti della moglie – più

forte di fronte alle difficoltà – che egli cerca di mascherare con l'ammirazione (“io, al suo posto, sarei crollato”); la propria inadeguatezza e le proprie fughe al presentarsi dei problemi; il rancore nei confronti di suo figlio, che gli ha rubato le attenzioni, velato dalla paura di danneggiarlo e dalla preoccupazione di proteggerlo.

Si tratta di visioni fugaci – poche immagini, in fondo, anche se forti, che scorrono via veloci, lasciandosi dietro una scia di confusione e di dolore – ma il racconto che ne segue anima la scena come una rappresentazione teatrale, che prende vita arricchendosi di nuovi contenuti, conferendo significato al tutto e dando a G. la consapevolezza dei suoi errori e della prigione in cui si è chiuso.

Delle immagini del sogno, che potremmo anche dimenticare, “qualcosa resta: restano i sentimenti che i nostri sogni hanno fatto sorgere [...], le sensazioni che esso lascia dietro di sé”, afferma Adler, specificando che lo scopo del sogno è anche in quelle sensazioni, e che a volte “non è importante il sogno in se stesso, mai pensieri che sono alla base del sogno”.  
(Adler, 1931, pp. 79 e 78)

Il racconto che G. ha fatto della sua infanzia e del periodo che precede la nascita del bambino ci danno chiaramente un'anteprima della sua malattia. La psicologia adleriana, seguendo il suo orientamento finalistico, individua nella nevrosi ossessiva una compensazione patologica, volta al conseguimento di una sicurezza, che tuttavia risulta essere precaria: il paziente è caratterizzato da un'esagerato individualismo e da un'aspirazione eccessiva verso la superiorità personale, come compensazione al proprio sentimento di inferiorità; emerge che egli è stato spesso un bambino viziato, sottolinea Adler, e posto al centro dell'attenzione, cosa che alimenta il suo narcisismo e determina in lui una scarsa disponibilità ad affrontare le frustrazioni affettive, di fronte alle quali ha un atteggiamento di difesa e di fuga.

Il confronto con gli altri, da cui esce perdente, aumenta in lui il senso di inferiorità e la “distanza” nevrotica dai propri simili. Sono aspetti che, nel corso della terapia, G. riconosce nel suo atteggiamento, tornando più volte, con l'aiuto del terapeuta, al racconto dei propri sogni “rivelatori”. Partendo non solo dalla rielaborazione di quel racconto, ma anche e soprattutto dalle immagini oniriche che il suo inconscio ha “scelto”, riuscirà poi anche a ricostruire un pezzo di storia del suo vissuto familiare, riconoscendo il senso delle proprie finzioni e il sentimento di inferiorità da cui era dominato, e arrivando infine a comprendere che la possibilità di affermare se stessi passa attraverso la cooperazione con gli altri.

Dal momento in cui G. racconta i due sogni, sembra acquisire una nuova consapevolezza e si avvia sulla strada del cambiamento. Diviene più collaborativo nella terapia, pur essendo cosciente che, per la sua guarigione, ci vorrà ancora del tempo, in cui dovrà lavorare alla ristrutturazione della sua personalità. Un po' alla volta i suoi incubi

spariscono e migliora anche il contesto dei suoi sogni, che egli definisce “colorati di libertà”, perché in essi si vede spesso intento al gioco con suo figlio e libero dall’ossessione di “doversi difendere”. Poi, nel tempo, la sua nevrosi diviene un ricordo, come i conflitti con la moglie, che si trasformano in una relazione più adulta e consapevole, caratterizzata soprattutto dall’intesa nel rapporto di coppia e da una nuova genitorialità all’insegna della cooperazione.

Nell’ultimo sogno che porta, G. racconta che si trovava ai piedi di una montagna: suo figlio era un ragazzo ormai cresciuto e lui gli stava insegnando a fare una scalata. Osserva: “Avrei voluto continuare a sognare, ma mi sono svegliato all’improvviso, mentre dicevo al mio ragazzo: ‘La vita è come una montagna da scalare... bisogna impegnarsi molto per arrivare in cima. È un’impresa di cui solo noi possiamo impedire il fallimento...’. Ma forse stavo parlando a me stesso!”.

“Il metodo terapeutico della Psicologia Individuale – afferma Adler – non è soltanto una scienza ma un’arte, l’arte di invalidare il falso alibi del paziente per insegnargli a sviluppare le sue capacità reali e fare affidamento su di esse” (7, p. 161). Il falso alibi sono le finzioni disfunzionali che il paziente si costruisce gradualmente nel corso delle sue esperienze di vita. “La cura – sottolinea ancora Adler – può aver luogo solo quando c’è una riconciliazione con i problemi della vita, cioè attraverso la capacità di riconoscere lo stile di vita erroneo e il rafforzamento dell’interesse sociale” (*ibid.*, p. 167)<sup>13</sup>.

#### VII. *Conclusioni. L’approccio adleriano al mondo onirico e le neuroscienze: il “nuovo telescopio”<sup>14</sup> per una rivoluzione copernicana nel campo delle psicoterapie psicodinamiche*

L’essere umano è un animale sociale in grado di raccontare le sue memorie e che, mentre racconta, continua a costruire il romanzo di sé; egli è come uno scultore che, mentre scolpisce, modella se stesso, perché, come dice Adler, l’uomo è l’unico artista oggetto anche della sua arte: è l’unico regista di un film di cui è attore-protagonista, ma anche spettatore, mentre il film viene girato. La funzione ludica e quella onirica sono il fuoco che alimenta la capacità di sognare e di muoversi creativamente sulle

<sup>13</sup> Ecco un altro breve riferimento onirico che si riferisce simbolicamente a una svolta nel percorso psicoterapeutico di una giovane paziente depressa; molto intelligente, ella vive come un peso intollerabile gli studi, è scoraggiata e vuole rinunciarvi, come anche vorrebbe quasi rinunciare a vivere. Afferma che da piccola ha sempre pensato di essere inferiore agli altri, anzi, dice, “penso di essere nata con l’idea di essere inferiore”. Un giorno porta questo sogno: “Vado in aereo. L’atterraggio è impossibile: nessun pilota è mai atterrato in quel punto preciso. Non so bene come, ma il pilota riesce ad atterrare”. Al panico iniziale subentra un sentimento positivo, dovuto al fatto che l’impresa è riuscita. Atterrare in un punto preciso, dove mai nessuno era atterrato prima, è un atto di coraggio e, metaforicamente, è un’espressione dell’unicità individuale, che, come afferma Adler, ognuno esprime “con la sua propria arte poetica” (4, p. 82). A proposito di svolta positiva e creatività poetica, ecco i tre versi di un *haiku*, composti da una paziente in fase di buon miglioramento, come se fossero tre fotogrammi onirici di un film che sintetizza la sua storia e che, nel verso finale, la vede riaprirsi al mondo con coraggio e fiducia: “Tutto si ghiaccia / Tumulto nell’anima / Giardini in fiore” (L. L., per gentile concessione).

<sup>14</sup> L’idea delle neuroscienze come nuovo “telescopio galileiano” è stata introdotta in [37] per la prima volta.

differenti scene del mondo. L'arte è ciò che l'uomo possiede per non perire a causa della verità, sostiene Nietzsche, un'affermazione traducibile in senso adleriano dicendo che l'uomo ha le finzioni per non perire a causa della realtà<sup>15</sup>.

Il gioco e il sogno funzionano come degli enzimi che rendono possibili l'arte e le finzioni, tenendo viva la capacità semiotica infinita dell'uomo, cioè la sua infinita creatività narrativa, che si riflette anche sul lavoro psicoterapeutico. Quest'ultimo, in fondo, non è altro che *la capacità di ridefinire la storia del paziente e di raccontargli una nuova storia, un po' ripulita dalle scorie radioattive che l'altra si portava addosso: mettendo assieme frammenti sparsi di memorie impensate, frammenti dispersi di memorie impensabili, memorie traumatiche, vissuti di sprofondamenti inferiorizzanti, pensieri di compensazioni disfunzionali, sogni spezzati – reali o metaforici – desideri di essere accolti empaticamente e accompagnati, e altro ancora che può maturare nelle dinamiche transferali e controtransferali.*

Adler, in un lavoro del periodo americano, sistematizza la visione individualpsicologica sul sogno [6]. Dopo aver richiamato l'unità e l'unicità dell'individuo – ecco cosa scrive all'inizio dell'articolo: “Le teorie che considerano i pensieri dei sogni e quelli diurni, il conscio e l'inconscio, come contraddittori non sono scientifiche” (6, p. 160; vedi anche nota 12) – egli parla dell'apertura ermeneutica da tenere nei confronti della funzione onirica e scrive: “In Psicologia Individuale, noi non possiamo accettare nessuna legge o norma come vincolante-obbligatoria (*we cannot accept any laws or rules as binding*).

Noi possiamo accettare solo delle ipotesi. Così, per quanto concerne l'interpretazione dei sogni, gli elementi qui indicati sono solamente probabili/possibili (*are merely probable*)” (ibid., p. 162). E specifica: “Ogni persona è diversa (*Each person is different*). La sola valida interpretazione dei sogni si accorda (*fits*) con il comportamento generale dell'individuo, le sue memorie precoci, i suoi problemi ecc. (*with an individual's general behavior, early memories, problems, etc.*)” (ibid., p. 167).

L'andamento della scrittura adleriana in certi punti è quasi aforistico, sicuramente rivolto all'essenziale, come rivela quell'“etc.” posto alla fine di un'affermazione che, come tante altre, potrebbe stare bene come *exergo* di un trattato. “Fits”, ad esempio, evoca il concetto sistemico di “accoppiamento strutturale”; “early memories” richiama l'importanza attribuita da Adler ai cosiddetti primi ricordi, quindi alle memorie inconscie, ulteriormente specificate dalle neuroscienze come memorie implicite, “incarnate”; infine, “problems” parla della vita reale, dei problemi da risolvere (*problem solving*), del sogno come ponte lanciato verso il futuro, che fa intuire, o rivela, delle soluzioni, quindi allude alla *vexata quaestio* della capacità profetica dei sogni, chia-

<sup>15</sup> Abbiamo trattato questi aspetti nel punto IX di [36], che abbiamo intitolato “Il sogno e la sua funzione catalizzatrice nell'arte (Nietzsche e l'orizzonte estetico) e nell'arte di vivere (Adler e l'orizzonte psicodinamico/psicoterapeutico)”.

ramente criticata da Adler<sup>16</sup>, ma attribuitagli da chi, strumentalmente, voleva vedere nella sua concezione finalistica uno stigma di prescientificità [33, 36].

In realtà il concetto di finalismo psichico è ormai riconosciuto come un principio non soltanto antropologico (la funzione del prevedere e del progettare è da pensare che sia stata selezionata e promossa nell'evoluzione delle specie perché fondamentale per la sopravvivenza dell'uomo), ma anche scientifico, e ormai è sempre più considerato nello studio della funzione onirica, a partire dalle basi neurobiologiche [13, 26], fino alle sue interpretazioni psicologiche e psicosociali. Il fatto che questo principio – che, come detto in premessa, è stato uno dei motivi della separazione di Adler da Freud – venga sempre di più integrato nell'interpretazione dei sogni da parte della cosiddetta psicoanalisi contemporanea, non può che essere visto con piacere.

Nello stesso tempo, però, l'integrazione genera perplessità e confusione, visto che sembra sostenuta da una spinta fagocitante che non considera la storia delle idee (vedi note 17 e 18 e commento in [28]). È già avvenuto per la riflessione di Adler sull'aggressività, non considerata da Freud, ma gradualmente integrata e ormai considerata "psicoanalitica", e ora sta avvenendo per altri aspetti, fino a qualche decennio fa non considerati meritevoli di attenzione teorica<sup>17</sup>.

Queste ultime considerazioni ci permettono di concludere l'articolo, riprendendo la riflessione sull'interpretazione dei sogni e sulle neuroscienze come ipotetico telescopio per una rivoluzione copernicana nel campo delle psicoterapie psicodinamiche. Abbiamo detto che la psicoanalisi è andata incontro a delle trasformazioni che l'hanno portata a integrare molti concetti, anche opposti alla prima teorizzazione freudiana.

Si tratta di un'integrazione *sui generis*, che da un lato salvaguarda il nucleo psicoanalitico tradizionale (ancora ben presente e garantito dagli istituti psicoanalitici), e dall'altro permette ad "estranei" di utilizzare un termine di cui non viene più rivendicata la "proprietà", al contrario di quanto invece avvenne nel caso di Adler, al quale fu impedito di denominare il suo movimento "per la libera psicoanalisi". Dopo Adler e Jung non vi sono più state scissioni esplicite e creazioni di nuovi movimenti (Ferenczi

<sup>16</sup> Ecco cosa scrive: "Già dalla prima volta che ho cercato di comprendere i sogni mi era chiaro che un uomo che sogna è in una posizione peggiore, quanto a predire il futuro, rispetto a uno che è sveglio. [...] Noi riconosciamo l'importanza di questi approcci [si riferisce alle concezioni profetiche degli antichi], ma è naturale che noi non riteniamo che i sogni siano profetici (*of course, we do not regard dreams as prophecy*)" (6, p. 157).

<sup>17</sup> Ci riferiamo ai tre compiti vitali, una cifra teorica specifica della Psicologia Individuale, che, in un lavoro sul sogno di due psicoanaliste tedesche, vengono definiti come concetti "psicoanalitici". Le due studiose, parlando dei cambiamenti strutturali che subentrano in corso di trattamento psicoanalitico, e che i sogni registrano (osservazione che condividiamo, come si evince dai casi clinici menzionati al punto VI e in nota 13), scrivono: "I cambiamenti strutturali permettono ai pazienti di risolvere in modo più adeguato i conflitti psichici e psicosociali dovuti ai fattori stressogeni (*stressors*) della vita quotidiana, e influenzano non soltanto i loro sintomi psicopatologici, ma anche la loro capacità 'di lavorare, di amare e di godere la vita' – i ben noti obiettivi della psicoanalisi (*'to work, to love and to enjoy life' – the well-known aims of psychoanalysis*)" (19, p. 140; traduzione nostra).

*docet*), per cui sotto l'appellativo "psicoanalisi" si è raccolto un po' di tutto: tollerato dai depositari istituzionali del canone freudiano, ma conveniente per gli altri, che così possono fregiarsi di un termine universalmente noto e culturalmente ancora ben "spendibile".

Considerazioni simili andrebbero fatte per un'altra integrazione *sui generis*, quella tra psicoanalisi e neuroscienze, sostenuta da alcuni psicoanalisti, ma da altri considerata impropria epistemologicamente e inutile praticamente<sup>18</sup>. Peraltro, come anche sostenuto da Fassino e Gramaglia, "le teorie biologiche sul sogno hanno dei limiti in quanto possono, nel migliore dei casi, spiegare la sintassi del sogno, ma non si occupano della semantica, del significato, del contenuto e del vissuto del sogno, né dell'aspetto pragmatico che a questo compete" (17, p. 50).

Sappiamo che i problemi sono molto più complessi rispetto a questa schematizzazione. Ora, se ha senso il suggerimento che abbiamo dato, o meglio l'auspicio che le neuroscienze e altri ambiti di studio ad esse collegate possano fungere da telescopio per rifondare scientificamente la psicoterapia psicodinamica – anche ai fini di una nuova visione del cielo psichico costellato di sogni – e tenuto conto di altri contributi che, come questo nostro, riflettono su un nuovo modo di coniugare psicoterapia e neuroscienze [15, 17, 23, 26, 27, 28, 30, 38, 39, 47, 48, 49, 51], si potrebbe pensare ad uno specifico programma di ricerca, cosa che sarebbe peraltro estremamente vantaggiosa nell'attuale complessità transculturale e che, come sostiene Rovera, "permetterebbe di superare tanto le ipotesi biologiche riduzionistiche, tanto un eclettismo metodologico, tanto la radicalizzazione antitetica tra comprensione fenomenologica (della mente) e spiegazione scientifica (del cervello)" (47, p. 129).

È necessario, comunque, che si superi la situazione attuale, che oscilla pericolosamente tra un estremo, che vede nel mondo onirico soprattutto "spazzatura mentale", come scrive Sulloway (49, p. 608), accogliendo alcune critiche provocatorie di Hobson, e un altro estremo che intende i sogni ancora in senso antropomorfo: due posizioni

<sup>18</sup> Le testimonianze psicoanalitiche sui vari aspetti qui menzionati sono tante; per una buona sintesi, si veda l'inchiesta promossa dalla rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* per il 50.mo di fondazione – un volume da meditare [1] – in cui le testimonianze di Jacques André, Simona Argentieri, Sergio Benvenuto, Christopher Bollas, Morris N. Eagle, Allen Frances, Glen O. Gabbard, Jay Greenberg, Horst Kächele, Emilio Modena e Frank J. Sulloway sono particolarmente significative. Per il permanere della posizione freudiana sul sogno, garantita dagli istituti psicoanalitici, senza alcuna critica né degli aspetti riduttivi e antropomorfi in essa contenuti, né del *bias* condizionante dell'osservatore, si veda quanto scritto di recente da un ex presidente SPI: "Il desiderio sessuale infantile e le vicissitudini della libido rappresentano lo scenario immaginativo e insieme la fonte energetica dell'onirico" (44, p. 42); per gli aspetti antropomorfi della teoria freudiana, si veda in Bassin il paragrafo 101, intitolato "Antropomorfismo della concezione psicoanalitica della genesi dei sogni" (11, pp. 262-264). In [33], proprio citando Bassin, era già stata espressa questa critica, che ora viene allusa anche da Edelman e Jouvét [15, 29], ed esplicitata da Hobson in questi termini: "Freud ha portato la teoria dei sogni indietro al tempo degli studiosi della Bibbia, di Artemidoro e degli altri antichi interpreti dei sogni. [...] Tutti questi sistemi, inclusa la psicoanalisi, sono essenzialmente religiosi, nel senso che si basano sulla fede in un agente che impartisce direttive segrete, le quali possono essere comprese solo attraverso l'intervento di qualcuno in grado di interpretare il 'messaggio'", motivo per cui, citando provocatoriamente il motto paradossale di un suo collega, Hobson conclude: "Freud aveva ragione al 50% e torto al 100%" (27, pp. 4, 22 e 142).

opposte – di cui abbiamo accennato in nota 18 – che, in un certo senso, si alimentano reciprocamente, costringendo la ricerca in una posizione di stallo. I sogni, come abbiamo detto nella premessa, sono una specie di *mise en abîme* delle teorie psicodinamiche, per cui sarebbe auspicabile poterli considerare, anche quando bizzarri [42, 52], ancora come un regalo che il sognatore fa a se stesso, prima che al terapeuta, esarebbe altresì auspicabile che la loro interpretazione potesse mantenere una specificità di “scuola”, dopo essere stata fondata scientificamente su alcuni principi comuni, in senso neurobiologico, psicologico e psicosociale.

Gli psicoterapeuti devono lasciare da parte qualcosa della loro teoria e guardare attentamente nel telescopio neuroscientifico, male neuroscienze, per quanto sublimi potranno essere le loro scoperte, non devono illudersi che un giorno il neurobiologico riuscirà a chiudere il gap con le narrazioni psicologiche e psicosociali della nostra vita e del nostro modo di fare psicoterapia: anche perché, se così fosse, la scienza peccerebbe di *hybris* e l'uomo verosimilmente sarebbe privato della capacità di sognare.

### Bibliografia

1. AA.VV. (2016), Cosa resta della psicoanalisi. Domande e risposte, *Psicoterapia e Scienze Umane*, L, 3.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. ADLER, A. (1930), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1975.
4. ADLER, A. (1931), *What life should mean to you*, tr. it. *Cos'è la Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1976.
5. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
6. ADLER, A. (1936a), On the Interpretation of Dreams, in *The Collected Clinical Works of Alfred Adler* (CCWAA, I-XII), Vol. 7 (Journal Articles: 1931-1937), Ed. H.T. Stein, Alfred Adler Institutes of San Francisco & Northwestern, Washington 2005: 157-169.
7. ADLER, A. (1936b), Compulsion neurosis, *Int. J. Indiv. Psychol.*, 2(4): 3-22, in ANSBACHER, H. L. e ANSBACHER, R. R. (a cura di), *Superiority and Social Interest* (Collected Paper of Alfred Adler 1928-1937), Northwestern University Press, Evanston 1964, tr. it. La nevrosi compulsiva, in SODINI, U., SODINI, A. T. (a cura di), *Aspirazione alla superiorità e sentimento comunitario*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2008: 145-167.

8. ALLENDE, I. (1997), *Afrodita. Cuentos, Recetas y Otros Afrodisiacos*, tr. it. *Afrodita. Racconti, ricette e altri afrodisiaci*, Feltrinelli, Milano 1998.
9. ATLAN, H. (1972), Sul rumore come principio di auto-organizzazione, in MORIN, E. (a cura di), *Teorie dell'evento*, Bompiani, Milano 1974.
10. ATLAN, H. (1986), *À tort et à raison. Intercritique de la science et du mythe*, Seuil, Paris.
11. BASSIN, F. V. (1967), *Problema besoznatelnogo*, tr. it. *Il problema dell'inconscio*, Editori Riuniti, Roma 1972.
12. CREMERIUS, J. (1987), Alla ricerca di tracce perdute. Il "Movimento psicoanalitico" e la miseria dell'istituzione psicoanalitica, *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXI, 3: 3-34.
13. DAMASIO, A. (2010), *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*, tr. it. *Il sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente*, Adelphi, Milano 2012.
14. EAGLE, M. N. (2011), *From Classical to Contemporary Psychoanalysis: A Critique and Integration*, tr. it. *Da Freud alla psicoanalisi contemporanea. Critica e integrazione*, Raffaello Cortina, Milano 2012.
15. EDELMAN, G. M. (1992), *Bright Air, Brilliant fire: On the Matter of the Mind*, tr. it. *Sulla materia della mente*, Adelphi, Milano 1993.
16. ERACLITO (1980), *I frammenti e le testimonianze*, Mondadori, Milano.
17. FASSINO, S., GRAMAGLIA, G. (2008), Il sogno nella psicoterapia individual psicologica. Riferimenti recenti alle neuroscienze, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 39-55.
18. FERRERO, A. (2008), I sogni nelle terapie a tempo limitato, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 57-70.
19. FISCHMANN, T., LEUZINGER-BOHLEBER, M. (2018), Dreams, in BOEKER, H., HARTWICH, P., NORTHOFF, G. (a cura di), *Neuropsychodynamic Psychiatry*, Springer, Zurich-Ottawa: 137-155.
20. FLAUBERT, G. (1869), *L'Éducation sentimentale*, Michel Lévy Frères Editeurs, Paris, tr. it. *L'educazione sentimentale*, Feltrinelli, Milano 1992.
21. FOUCAULT, M. (1973), *Ceci n'est pas une pipe*, tr. it. *Questo non è una pipa*, SE, Milano 1988.
22. FRANCES, A. (2016), Cosa resta della psicoanalisi. Domande e risposte, *Psicoterapia e Scienze Umane*, L, 3: 458-461.
23. GALLESE, V., MIGONE, P., MORRIS EAGLE, N., (2006), La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi, *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL, 3: 543-580.
24. GRANDI, L. G. (2008), Il sogno nell'analisi adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 87-96.
25. HILLMAN, J. (1983), *Healing fiction*, tr. it. *Le storie che curano*. Freud, Jung, Adler, Raffaello Cortina, Milano 1984.
26. HOBSON, J. A. (1994), *The Chemistry of Conscious States: How the Brain Changes Its Mind*, tr. it. *La fabbrica dei sogni. Il rapporto misterioso tra cervello e mente*, Frassinelli, Milano 1998.
27. HOBSON, J. A. (2002), *Dreaming: An Introduction to the Science of Sleep*, tr. it. *La scienza dei sogni. Alla scoperta dei segreti del sonno*, Mondadori, Milano 2003.

28. HOBSON, J. A. (2004), Freud returns? Like a bad dream, *Scientific American*, 290, 5: 89.
29. JOUVET, M. (1992), *Le sommeil et le rêve*, tr. it. *Il sonno e il sogno*, Guanda, Milano 1993.
30. KANDEL, E. R. (2012), *The Age of Insight: The Quest to Understand the Unconscious in Art, Mind and Brain, from Vienna 1900 to the Present*, tr. it. *L'età dell'inconscio. Arte, mente e cervello dalla grande Vienna ai nostri giorni*, Raffaello Cortina, Milano.
31. KEKULÉ, A. (1865), *Il sogno dell'uroboro*, in <https://keespopinga.blogspot.com/2009/03/il-sogno-di-kekule.html>.
32. LALANDE, J. (1769), *Voyage d'un François en Italie fait dans les années 1765 et 1766* (Tomes I-VIII), Tome VII, Desaint, Paris.
33. MAIULLARI, F. (1978), Simbolo e sogno nell'età evolutiva alla luce della Psicologia Individuale, *Quaderni Riv. Psicol. Indiv.*, n. 2, Milano.
34. MAIULLARI, F. (1996), Scrittura, identità, sogno, *XX Congresso Internazionale di Psicologia Individuale, "Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale"*.
35. MAIULLARI, F. (2008), Il sogno di un'ombra è l'uomo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 97-99.
36. MAIULLARI, F., DE ADAMICH, B.M., FRAGAPANE, M. (2019), Il finalismo del sogno nella Psicologia Individuale di Alfred Adler, *Psicoterapia e Scienze Umane*, LIII, 4: 599-624.
37. MAIULLARI, F. (2020), Il sogno come gioco narrativo, neurobiologico, psicologico e psicosociale. Come salvaguardare scienza e immaginario nelle psicoterapie psicodinamiche, al di là della psicoanalisi, (in attesa di pubblicazione).
38. MANCIA, M. (1996), *Sonno & sogno*, Laterza, Roma-Bari.
39. MANCIA, M. (2006), Implicit memory and early unrepressed unconscious: Their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis), *Int. J. Psychoanal.*, 87, 1: 83-103.
40. MIGONE, P. (2019), La psicoanalisi e il sogno, *Giornale italiano di psicologia*, XLVI, 3: 561-565.
41. NABOKOV, V. (1980), *Lectures on Literature*, tr. it. *Lezioni di letteratura*, Adelphi, Milano 2018.
42. PAOLI, M. (2015), *Sogni celebri e bizzarri. Indagine sulla bizzarria onirica tra storia ed evolucionismo*, Franco Angeli, Milano.
43. PARENTI, F. (1978), Presentazione, in KEKULÉ, A., *Il sogno dell'uroboro*: 7-8.
44. PETRELLA, F. (2016), Estetica del sogno e terapia a cento anni dalla Traumdeutung, in BOLOGNINI, S. (a cura di), *Il sogno cento anni dopo*, Mimesis, Sesto San Giovanni (Milano): 29-48.
45. PIAGET, J. (1945), *La formation du symbole chez l'enfant*, tr. it. *La formazione del simbolo nel bambino*, La Nuova Italia, Firenze 1972.
46. REVONSUO, A. (2000), The reinterpretation of dreams: an evolutionary hypothesis of the function of dreaming, *Behav. Brain Sci.*, 23: 877-901.

47. ROVERA, G. G. (2008), Il sogno tra neuroscienze e psicoterapie: un dibattito postmoderno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 127-146.
48. SULLOWAY, F. J. (1979), *Freud, Biologist of the Mind: Beyond the Psychoanalytic Legend*, tr. it. *Freud biologo della psiche. Al di là della leggenda psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano 1982.
49. SULLOWAY, F. J. (2016), Cosa resta della psicoanalisi. Domande e risposte, *Psicoterapia e Scienze Umane*, L, 3: 606-609.
50. VAN GOGH, V. (1972), Collection du musée national Vincent van Gogh à Amsterdam, Réunion des Musées Nationaux, Paris.
51. VEDFELT, O. (2020), Integration versus conflict between schools of dream theory and dream work: integrating the psychological core qualities of dreams with the contemporary knowledge of the dreaming brain, *J. Anal. Psychol.*, 65, 1: 88-115.
52. WILLEQUET, P. (2000), *Le Rêve, sa créativité, ses bizarreries*, Georg Editeur, Genève.
53. WINNICOTT, D. W. (1971), *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma 1974.

Franco Maiullari  
Via dell'acqua 1  
CH-6648 Minusio  
E-mail: fmaiullari@bluewin.ch

Valentina Dodero  
Via Fratelli Ferrari 18  
I-16031 Bogliasco (GE)  
E-mail: valedsc@gmail.com

Marika Fragapane  
Via Sporting Mirasole 49  
I-20090 Noverasco di Opera (MI)  
E-mail: marika.fragapane@libero.it

Alice Sacchi  
Viale E. Bezzi 73  
I-20146 Milano  
E-mail: alice.sacchi86@gmail.com

Bianca Maria De Adamich  
Via Solferino 48  
I-20121 Milano  
E-mail: bianca.deadamich@gmail.com

Daniela Bosetto  
Corso Genova 27  
I-20144 Milano  
E-mail: info@scuolapsicoterapiacrifu.it

Paola Cavasino  
Via Carrobbio 9  
I-27029 Vigevano (PV)  
E-mail: cavasino.paola@gmail.com



## **Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana: elementi teorici e indicatori di processo\***

\*pubblicato su *Panminerva Medica* come:

Fassino S., Amianto F., Ferrero A. Brief Adlerian psychodynamic psychotherapy: theoretical issues and process indicators. *Panminerva Med.* 2008 Jun;50(2):165-75.

SECONDO FASSINO, FEDERICO AMIANTO, ANDREA FERRERO

*Summary* – Brief psychotherapy is gaining interest worldwide, because of its good cost/effectiveness ratio and proved efficacy. The aim of the paper was to describe the brief Adlerian psychodynamic psychotherapy (B-APP): a brief, psychodynamically oriented psychotherapy referring to the individual psychology (IP). The B-APP theory refers to the following paradigms: 1) the individual represents a psychosomatic unity integrated in the social context; 2) the individual needs to build and regulate the image of the self; 3) bond patterns regulate human relationships and represent the symbolic "fil rouge" connecting the elements of the life-style. Its objectives are: 1) an at least partial resolution of the focus problem; 2) a decrease or a non-increase of symptoms; 3) a global increase of quality of life. The results depend on intrapsychic and relational changes. Indications are more relative than absolute. The possibility of identifying a meaningful focus is fundamental. The treatment scheme includes 15 sessions subdivided into 5 phases. B-APP offers a technical approach to brief psychotherapy which is suitable in many fields of psychiatry and liaison medicine such as preventive interventions in at-risk subjects, somatopsychic disorders and liaison psychiatry, personality and eating disorders, and treatment of emotionally disturbed children. It was applied as psychotherapeutic approach in some clinical outcome studies about eating disorders and severe personality disorders displaying a good efficacy.

*Keywords:* PSICOTERAPIA BREVE, PSICOTERAPIA PSICODINAMICA, BASI TEORICHE DELLA PSICOTERAPIA BREVE, PSICOLOGIA INDIVIDUALE, ALFRED ADLER

\*\*\*\*\*

### **Prefazione**

SECONDO FASSINO

*Attualità di una riproposta*

L'allarme per la nostra salute, causata dall'epidemia di Covid-19 in corso, ha mostrato come il distanziamento fisico può rallentare la diffusione del virus, ma ci ha resi preoccupati per rischi conseguenti all'isolamento sociale. Superato lo shock e la paura iniziali, psichiatri e psicologi clinici si sono chiesti come prendersi cura dei

loro pazienti divenuti ulteriormente vulnerabili, e come occuparsi di nuovi soggetti gravemente stressati e traumatizzati da questa crisi e fornire un supporto importante alla assistenza sanitaria [20]. Ricerche epidemiologiche in corso indicano un aumento considerevole di disturbi d'ansia e/o depressivi, disturbi post-traumatici da stress, abuso di droghe, solitudine e violenza domestica e inoltre, con la chiusura delle scuole, la possibilità di un'epidemia di abusi sull'infanzia è molto concreta [8].

Anche tra gli operatori sanitari, caregivers di pazienti affetti o che hanno superato il Covid-19 sono osservate reazioni d'ansia, depressione e disorientamento esistenziale, logoramento professionale e burn-out. Sono quindi necessarie cure efficaci in tempi rapidi fruibili da un gran numero di soggetti, nei servizi sanitari pubblici e nella pratica privata, a distanze fisiche e *psicologiche* non convenzionali.

Tra le diverse *relazioni di aiuto* in condizione di emergenza [17] in tale epidemia globale si evidenziano oltre agli interventi di urgenza anche, specialmente, gli interventi di psicoterapia breve. Il tradizionale patrimonio teorico-tecnico, della Psicologia Individuale (IP) circa il processo di incoraggiamento/transmotivazione e gli assetti *profondi* della comunicazione empatica, sembrano fruibili per nuove cure e anche per la formazione degli operatori.

L'articolo che qui si presenta apparve dodici anni or sono su una rivista internazionale in lingua inglese, *Panminerva Medica*, di tipo multidisciplinare, dedicata ai clinici delle diverse specializzazioni, giornale dotato di buona diffusione nella comunità scientifica internazionale.

La psicoterapia breve otteneva allora un rinnovato crescente interesse a livello mondiale, in virtù della sua comprovata efficacia e di un favorevole rapporto costi/benefici, anche in nuove aree di applicazione come la medicina psicosomatica e le reazioni psicopatologiche alle diverse malattie del corpo, a partire da quelle oncologiche. L'intento degli autori all'epoca era duplice: far conoscere ad una più vasta area di studiosi e ricercatori clinici, medici e psicologi, la Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana (B-APP) e in secondo luogo rendere *fruibile* dagli psicoterapeuti, non solo di linea IP, in ambito internazionale un metodo rigoroso di studio della stessa che ne evidenziasse gli elementi teorici e gli indicatori di processo.

Tale presentazione appare utile per accompagnare percorsi formativi, come pure per programmare ricerche riguardanti l'area della psicoterapia breve adleriana, ricerche quindi pubblicabili e *citabili* su riviste accreditate nella comunità scientifica tramite banche dati bibliografiche nell'ambito delle scienze psicomediche. In questi ultimi anni infatti anche alla psicoterapia - come ad altre pratiche cliniche di diagnosi e cura - vengono richieste dai Sistemi Sanitari Statali e dalle Agenzie Formative Professionali Statali prove di validazione e di efficacia, al fine di sottrarre i percorsi diagnostico-terapeutici e gli iter formativi dei clinici all'*autoreferenzialità*, a favore delle crescenti esigenze etiche di *buona pratica clinica* e di corretto uso delle risorse pubbliche.

Si è ritenuto di proporre questo articolo sulla nostra rivista per renderlo più fruibile dai soci SIPI e dagli allievi delle Scuole di Psicoterapia adleriane. La Psicologia Individuale vanta una lunga tradizione nel campo della Psicoterapia Breve, la cui pratica risale ad Adler stesso, che, usualmente, vedeva i pazienti per venti sedute. Questa tradizione è stata seguita da non pochi clinici adleriani come K. Adler, Shlien, Mosak, Dreikurs, Kern, Yeakle, Sperry, etc.

Nel 1966, al congresso mondiale di Psichiatria a Madrid, Rovera proponeva l'utilizzo della psicoterapia breve adleriana in soggetti antisociali adolescenti. Nel 1972 il *Journal of Individual Psychology* dedicava un volume alla Psicoterapia Breve come pure nel 1988 *Individual Psychology* la rivista della *North American Indiv. Psychol. Society*, pubblicava una *Special Issue*, sulle Psicoterapie Brevi.

Si sono successivamente avviati diversi studi di approfondimento, per esempio sui meccanismi d'azione della psicoterapia breve adleriana [2], sulle tecniche in rapporto all'organizzazione borderline di personalità [7], su specifiche strategie di incoraggiamento nelle psicoterapie a tempo limitato [5] etc. etc.

La *Brief Adlerian psychodynamic psychotherapy* (B-APP) di cui l'articolo qui sotto descrive in dettaglio gli aspetti teorici e gli indicatori di processo differisce, talora anche marcatamente, da altre psicoterapie adleriane brevi più o meno chiaramente strutturate: *Constructivism-Oriented Adlerian Therapy*, *Adlerian Metaphor Therapy*, *Adlerian Family Counselling and Psychotherapy*, *Brief Adlerian Psychotherapy*, *Self-Oriented Adlerian Brief Psychotherapy*, ecc.

Non esistendo all'epoca trattamenti manualizzati, l'intento degli autori era - oltre ai succitati scopi di ricerca e sperimentazione - quello di fornire uno strumento utile per l'apprendimento degli aspetti teorici della B-APP, riservando peraltro a successivi percorsi formativi specifici l'acquisizione delle competenze e delle capacità professionali necessarie all'impiego clinico.

La B-APP offre un approccio tecnico alla psicoterapia breve usufruibile in molti ambiti della psichiatria/psicologia clinica/ medicina di liaison, 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 e somatopsichici e, fatto che può essere particolarmente d'attualità "ai tempi del coronavirus", dei disturbi post-traumatici e dell'adattamento.

*Il ruolo delle tecniche nei fattori di cambiamento nelle psicoterapie dinamiche brevi*

La teoria della B-APP si fonda sui tre principali paradigmi:

- 1) l'individuo costituisce una unità psicosomatica integrata nel contesto sociale;
- 2) il soggetto costruisce e collauda l'identità, l'immagine di sé;
- 3) moduli di legame regolano le relazioni e fanno parte della linea direttrice che collega gli elementi del Sé-Stile di vita.

Gli obiettivi della terapia consistono in una risoluzione almeno parziale del problema connesso al focus; una diminuzione o non incremento dei sintomi con miglioramento complessivo della qualità di vita. I risultati dipendono da cambiamenti intrapsichici e relazionali. La psicoterapia, prevista in 15 sedute (che possono variare da 10 fino a 20), si svolge in cinque principali fasi non rigidamente prefigurate. Le indicazioni sono più relative che assolute. La tecnica comprende tre principali elementi di processo: relazione incoraggiante, identificazione del focus, aree di possibile cambiamento all'interno del focus.

Alcuni studi clinici di outcome, che hanno valutato l'utilizzo di questo approccio psicoterapeutico nel disturbo d'ansia generalizzato, nei disturbi alimentari e nella depressione in psico-oncologia ne hanno evidenziato una buona efficacia.

Un aggiornamento su tali studi clinici è presentato da Ferrero nella Postfazione a questo articolo.

Recenti contributi neurobiologici - riguardanti la memoria procedurale, le funzioni del sogno e dei meccanismi di difesa, i processi biopsicologici dell'attaccamento e le diverse configurazioni neuronali di empatia/compassione, processi intrapsichici/interpersonali come *embodied simulation* e *intentional attunement* [9] hanno riconosciuto la prevalente caratteristica implicita, più affettiva che cognitiva, inconscia più che consapevole, della dinamica relazionale paziente-terapeuta, con effetti trasformanti già qui e ora del setting [3].

Implicito, secondo Stern [19] è il conosciuto non pensato, ma *non rimosso in senso* psicodinamico: le rappresentazioni e i ricordi impliciti influenzano costantemente il transfert e più in generale la relazione terapeutica.

Ricerche brain imaging forniscono buone evidenze sulle dinamiche neuronali del cambiamento e invitano a cercarne il nucleo nel contatto profondo tra paziente e terapeuta, tra le reciproche emozioni implicite/non-verbali più che esplicite/verbali: cervello destro, più che sinistro, con sequenze quindi di silenziosi contagi e di trasformazioni reciproche.

Gli ingredienti essenziali del cambiamento riguardano una riorganizzazione, specie tramite *enactment* [10], di *vecchie memorie* patogene verso una *nuova memoria* [11] riguardante l'esperienza emotiva, correttiva appunto, dell'incontro nella relazione empatica all'interno del setting.

Nelle psicoterapie brevi psicodinamiche, come la B-APP, che funzione ha la tecnica - esplicita - nell'attivare l'agente specifico- implicito -di cambiamento? Si può promuovere un'attitudine alla Psicoterapia Breve? Talora si pensava che questa fosse un intervento aspecifico di seconda scelta, quando non solo disponibili altre opzioni, per giovani terapeuti in corso di formazione... altri lo ritengono un intervento difficile, complesso e praticabile solo da terapeuti collaudati da protratte esperienze di psicoterapie analitiche tradizionali...

Questa peculiare propensione alla psicoterapia breve può dipendere da particolari motivazioni e tratti di personalità, ma anche da specifici addestramenti formativi e clinici [2]. Sembra richiedere un uso più sollecito del “riconoscimento empatico”, finalizzato ad avviare, da subito, la comunicazione empatica *col e nel* paziente. È in questo clima relazionale e motivazionale che il terapeuta, anche in poche sedute, può avviare il processo dell’identificazione creativa [2], attraverso cui è possibile favorire la ripresa del *Sé creativo*, mediante le modalità del processo di incoraggiamento e di transmotivazione.

Una modulazione peculiare di tali processi nelle B-APP riguardano per esempio una sollecitazione *implicita* a maggior autonomia per chi è troppo dipendente e a promuovere invece la *attitudine a chiedere aiuto* in chi ricerca troppa autonomia, mediante tecniche varianti dall’intensivo al supportivo, e dalla richiesta di cambiamento a quella invece di conservazione [5].

Considerato il bisogno crescente di interventi brevi ed efficaci nell’immediato futuro questi temi centrali saranno molto studiati e approfonditi. Recenti meta-analisi evidenziano la prevalente azione dei cosiddetti *fattori aspecifici comuni* (come attitudine all’ascolto, empatia, etc.) nelle psicoterapie efficaci [21] e al contempo studi brain imaging mostrano la predominanza di nuove esperienze emozionali di attaccamento implicito [10, 11] i fattori di cambiamento.

Si è orientati a considerare gli strumenti tecnici, esplorativi, validanti, etc. correlati a reti cognitive neuronali del cervello sinistro - come *programmi app* acquisibili con lo studio e i processi cognitivi, come una sorta di software necessario per attivare le reti neuronali sottocorticali del cervello destro, l’hardware, che sostengono le comunicazioni, le memorie implicite [18] di attaccamento, empatia, compassione, virtù *psicodinamiche* [1, 12], etc.

In che modo attivare anticipatamente queste istanze profonde di cambiamento nelle psicoterapie a tempo delimitato? La condivisione di stati affettivi con un’altra persona (empatia), preoccupazione per un altro (compassione) e ragionamento sullo stato della mente di un’altra persona (teoria della mente) sono ora separabili a livello concettuale, emotivo, comportamentale e da poco anche sul piano delle reti neuronali di riferimento e degli stili di apprendimento di queste attitudini [10]. Da questo punto di vista le caratteristiche personologiche del terapeuta sembrano prefigurare elementi di grande rilevanza tra le variabili di processo e di esito dei trattamenti psicoterapeutici [3, 6].

Un aspetto specifico del setting breve riguarda una più intensa modulazione continua tra lo Stile di Vita del terapeuta e quello del paziente al fine di co-creare, tramite *embodied simulation* [9] un prototipo cruciale in vivo del modo con cui il paziente sta con sé stesso. Dal momento che il sentimento sociale del terapeuta riattiva soprattutto per via implicita [3], quello del paziente, sono qui sollecitate le capacità *allevanti* del terapeuta a favore della crescita *imitante* e poi sviluppo *originale* della personalità del paziente (cfr. identificazione imitativa e congeniale [15]).

Alla fine, nella terapia breve dinamica gli strumenti tecnici che il terapeuta impiega con consapevolezza promuovono, forse per *effectum più che per intentionem*, le speciali sequenze implicite di contagi e di trasformazioni reciproche terapeuta paziente. Queste sollecitazioni premessa/frutto dell'alleanza terapeutica sono discrete, ma più incalzanti a motivo di una peculiare capacità, attitudine, *intentional attunement* [9] del terapeuta.

A lui è quindi richiesto un impegno speciale, intenso e protratto, interesse/sentimento sociale, verso il paziente che trapela più spesso dal modo di fare e di essere piuttosto che dalle parole, tra i vissuti controtransferali, gli atteggiamenti, gli *enactments*. La capacità di avvertire questi fenomeni consegue tuttavia in genere ad una lunga pratica clinica... la propensione all'incoraggiamento "ad ogni costo" si accompagna spesso ad una particolare sollecita risorsa del Sé creativo del terapeuta che suscita per imitazione la creatività del paziente...

Il terapeuta in un gioco di incontri e di stili *matching* secondo Rovera [16] accoglie le emozioni del paziente dalle quali viene contagiato e che restituisce al paziente insieme ad una nuova più coraggiosa immagine di sé. Pur nelle breve esperienza *di vita insieme* al terapeuta il paziente impara a trattare sé stesso *copiando* il modo con cui si sente *vissuto* dal terapeuta nel setting, con coraggio, speranza, inventiva...setting tecnico di regole e procedure esplicite concordate, poi implicite e co-create...

È probabile così che soprattutto nelle terapie dinamiche brevi l'espressione dell'esperienza del paziente modificata dal terapeuta [9] - un terapeuta coraggioso, sollecito, creativo, virtuoso [1] - svolga funzioni terapeutiche trasformative.

Comunque ben prima delle scoperte brain imaging nel 1959 sulla rivista adleriana *J. Indiv. Psychol.* (cit. in Fassino [4]) T. Hora scriveva "che alla fine si giunge alla scoperta importante che come terapeuti ciò che veramente ha valore è ciò che noi siamo... come duemila anni fa per Lao Tzu "il modo giusto per fare è essere"!

\*\*\*\*\*

## I. Introduzione

Per molti anni, l'importanza crescente attribuita alle basi biologiche delle malattie mentali e l'orientamento prevalente verso i trattamenti somatici hanno causato una perdita di considerazione per gli aspetti della mente all'interno delle strategie terapeutiche in psichiatria [32]. Peraltro, la moderna ricerca biologica ha spiegato come i fattori psicosociali influenzino l'espressione dei geni [60] e come i trattamenti psicologici modifichino l'attività cerebrale [48].

Un numero crescente di studi sostengono la superiorità di diverse forme di psicoterapia ed interventi psicosociali, se confrontati con placebo, nel trattamento di quasi tutti i disturbi mentali ed anche di un gran numero di disturbi psicosomatici [36].

Inoltre, l'importanza della psicoterapia nella pratica psichiatrica è stata recentemente riaffermata dall'A.C.G.M.E. (Accreditation Council and Graduate Medical Education) e dall'A.B.M.S. (American Board of Medical Specialities) [32] come risultato di un tentativo ad ampio raggio di definire il nucleo delle competenze indispensabili nell'ambito delle diverse specializzazioni mediche.

La contrazione delle risorse economiche in sanità e le assicurazioni richiedono alla psicoterapia *di fare molto e rapidamente*. Di conseguenza, il dibattito sulle indicazioni, il funzionamento e l'utilità della psicoterapia breve psicodinamica ed in generale sulle tecniche usate per accorciare la psicoterapia ha recuperato nuovamente interesse [32]. Stanno comparando nuove motivazioni e nuove convalide [38-40], nuovi criteri di selezione [52] e nuove aree di applicabilità che riguardano, ad esempio, interventi di prevenzione in soggetti a rischio, disturbi somatopsichici e psichiatria di liaison, disturbi di personalità [20-56], disturbi alimentari [21-15] e trattamento di disturbi emotivi del bambino [46].

## II. *La Psicoterapia Breve secondo la Psicologia Individuale*

Il termine "Psicologia Individuale" (IP) si riferisce all'insieme dei contributi teorici e clinici sulla psicoterapia che hanno preso l'avvio dagli studi di Alfred Adler (1870-1937). Adler fu uno dei primi discepoli di Freud, da cui si allontanò nel 1911, a causa del progressivo divergere delle rispettive teorie sul funzionamento della mente, quantunque l'IP appartenga tutt'oggi al gruppo delle psicologie psicodinamiche del profondo.

La metapsicologia di Adler [2] è basata su principi autonomi e differenti rispetto a quelli di Freud; piuttosto, l'impostazione dell'IP sembra aver precorso alcuni degli sviluppi psicoanalitici successivi, ad esempio nel valutare adeguatamente l'importanza dell'ambiente sociale e culturale nel quale l'individuo vive [4] e il ruolo della partecipazione empatica profonda [3].

Come è stato sottolineato da Sperry [54], questa scuola ha una lunga tradizione nel campo della psicoterapia breve, che risale allo stesso Adler. Nel 1972, il *Journal of Individual Psychology* ha dedicato un volume alla psicoterapia breve e nel 1988 i primi due volumi della rivista *Individual Psychology*, pubblicata dalla North American Society of Adlerian Psychology, furono dedicati interamente a varie tecniche di psicoterapia breve adleriana. Tenbrink [59] e Fassino [13] fornirono dieci anni fa un ulteriore contributo alla definizione della psicoterapia breve adleriana, considerando gli sviluppi più recenti di tecniche simili in ambito psicodinamico specialmente in riferimento al problema dell'agente terapeutico.

Il presente lavoro si propone di fornire elementi per una definizione della Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana (B-APP), che potrebbe rappresentare un'utile base per un manuale della B-APP da sviluppare a breve.

La specificità della B-APP rispetto ad altre psicoterapie psicodinamiche brevi, deriva da:

- una teoria generale della mente che differisce da quella delle altre scuole psicoanalitiche;
- una psicopatologia che sostiene la correlazione tra la predisposizione biologica, gli effetti della deprivazione ambientale, l'incidenza del trauma e delle frustrazioni e il ruolo dei conflitti intrapsichici all'interno di ogni disturbo mentale;
- una tecnica specifica dell'intervento psicoterapeutico.

Mentre i concetti più rilevanti che riguardano i primi due aspetti saranno solo riassunti, si fornirà, invece, una descrizione più dettagliata degli elementi che riguardano la terapia.

### III. *Premesse metapsicologiche*

La B-APP fa riferimento all'IP secondo tre paradigmi teorici.

Il primo paradigma si riferisce all'unità psicosomatica dell'individuo, secondo il quale vengono descritte le interazioni tra il corpo e la mente. Esso è largamente coerente con le concezioni attuali del modello psicobiologico della personalità [7].

A differenza dalla psicoanalisi, i processi mentali non sono concepiti come derivanti dalle pulsioni primarie (libido, destrudo). Adler suggerì l'ipotesi che tutti gli individui sperimentano un sentimento inconscio di inferiorità [2, 3], che è radicato ed espresso sia nei tratti biologici del temperamento, sia nei tratti psico-sociali del carattere. Gli individui cercano di affrontarlo attraverso compensazioni psichiche o somatiche, secondo due diverse modalità: aumentando le proprie competenze (aspirazione alla supremazia) o le proprie capacità di inclusione e cooperazione (sentimento sociale) o utilizzando entrambe.

Il secondo paradigma è quello della regolazione del Sé [59], che enfatizza la necessità preliminare dell'individuo di raggiungere una immagine coerente di sé (psicologia del sé). Sotto il profilo teorico, considera anche i contributi psicoanalitici di Kohut e Stolorow su questo argomento. 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 conscie 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 paradigma fa invece riferimento al concetto di moduli di legame, secondo cui il senso psicologico delle manifestazioni umane non può prescindere dalle interazioni che ogni individuo ha con in 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 inconse sono chiamate “finzioni” da Adler [2, 3]. Sono anche descritte come “schemi emotivi” da Bucci [6] e da Gabbard e Westen [31], e sono coerenti con la “teoria dell'attaccamento” di Bowlby [5] e Fonagy e Target [29]. In questo modo, i moduli di legame rappresentano anche il simbolico “fil rouge”, che collega gli elementi dello stile di vita, anche nel caso in cui siano in contrasto tra loro (psicologia del conflitto).

#### *IV. Patogenesi dei disturbi mentali in accordo alle premesse metapsicologiche*

In accordo con le altre scuole psicodinamiche di psicologia clinica, i sintomi psichiatrici sono concepiti come l'espressione simbolica di un disagio originario di cui l'individuo non è consapevole.

Ogni sintomo, mentale o somatico, deriva dalla reazione dell'individuo ad un ostacolo che non ha la capacità di affrontare e superare in modo adeguato, in relazione al proprio sentimento di inferiorità. Diversamente da altri indirizzi della psicoanalisi, ma in accordo con alcune recenti acquisizioni in ambito psicodinamico [25-26], l'IP afferma che le predisposizioni e vulnerabilità biologiche dell'individuo (ovvero, aspetti del temperamento) determinano risposte istintive antecedentemente all'interpretazione che il soggetto fa degli eventi [7, 8].

Questo aspetto è un fattore discriminante importante, perché quanto più è alta la disfunzione neuronale tanto minore è la risposta alla psicoterapia [34-58], mentre la gravità dei sintomi è spesso un fattore di esito meno rilevante. Analogamente alle scuole ad indirizzo interpersonale [11], l'IP riconosce la grande importanza delle dinamiche socio-relazionali e dei contesti culturali nella genesi e nel mantenimento dei disturbi mentali.

Diversamente dalle psicoterapie interpersonali, l'IP non si limita alla comprensione dei problemi relazionali del paziente e del modo per affrontarli. Il terapeuta pone attenzione anche alle modalità, prevalentemente inconse, che il soggetto utilizza per elaborare il passato e per progettare il futuro. Coerentemente con questa specifica metapsicologia e psicopatologia, e analogamente a quanto proposto da Kernberg [39], l'IP fa riferimento a tre differenti strutture di personalità: l'organizzazione psicotica di personalità (PPO), l'organizzazione borderline di personalità (BPO) e l'organizzazione nevrotica di personalità (NPO).

Gli individui con PPO hanno percezioni e sentimenti profondamente confusi riguardo alla propria identità, al senso di appartenenza ed al significato delle relazioni ed a molte aree di funzionamento esistenziale. Compensano questa condizione con una tendenza disfunzionale alla ultra-semplificazione, alla disconnessione dei legami ed alla fuga verso un mondo immaginario stereotipato o bizzarro.

I pazienti con BPO hanno una identità meno instabile. Utilizzano rigide difese di scissione, idealizzazione e diniego e modelli di comportamento maladattativi strettamente correlati alle loro dinamiche interiori.

Gli individui con NPO sono caratterizzati da una identità personale stabile e da sentimenti di inferiorità meno intensi. Il meccanismo della nevrosi non è concepito nei termini di una contrapposizione tra le pulsioni dell'Es e le istanze dell'Io e del Super-Io, ma come il risultato di conflitti tra diversi obiettivi funzionali, che conducono ad una ambivalenza eccessiva.

#### *V. Obiettivi e indicazioni per la B-APP*

A differenza della Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP), che è una psicoterapia ad orientamento analitico strutturata a medio/lungo termine [45], la B-APP è caratterizzata da un numero ridotto e predefinito di sedute a frequenza settimanale e da un focus, rappresentato da una problematica attuale correlata in modo significativo sia alla personalità ed allo stile di vita, sia alla sintomatologia.

Come descritto per altre psicoterapie brevi [3], anche i terapeuti della B-APP devono formulare un'accurata valutazione diagnostica e clinica del soggetto prima di iniziare le sedute. Il terapeuta fornisce al paziente informazioni preliminari dettagliate circa le regole e le modalità di lavoro che permettono il trattamento. Di fatto, un presupposto fondamentale per l'efficacia del trattamento è il consenso esplicito del paziente a partecipare al progetto terapeutico [19]), dopo aver ricevuto adeguate informazioni.

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. La tabella I mostra un breve schema delle varie fasi di trattamento.

Gli obiettivi clinici della terapia sono:

- 1) una risoluzione almeno parziale del problema focale;
- 2) una diminuzione o non incremento dei sintomi;
- 3) un aumento complessivo del benessere del soggetto (25).

Le indicazioni alla B-APP dipendono principalmente dalla possibilità di trovare un focus circoscritto che sia strettamente in connessione con la sofferenza attuale del soggetto. Per contro, pazienti con un'alta tendenza alla dipendenza regressiva, con il rischio di una costante necessità di sostegno e di "nursing", non sono adatti per una psicoterapia a tempo limitato.

La B-APP è caratterizzata da una ampia gamma di indicazioni cliniche, perché, a seconda della diagnosi di organizzazione di personalità, il terapeuta può lavorare, di volta in volta, con obiettivi molto differenziati.

**TAB. I - Fasi di trattamento, elementi, e sottoelementi del processo terapeutico**

**FASE 1**

- Raccolta dell'anamnesi; esplorazione dei primi ricordi e dello schema appetitivo; 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.

La B-APP è una terapia ad orientamento psicodinamico, perché considera come i sintomi attuali, i meccanismi maladattativi ed in generale la sofferenza psicologica dell'individuo siano riferibili a dinamiche inconsce [34] anche quando gli elementi strutturali della psiche o il significato simbolico della comunicazione del paziente non siano necessariamente i principali obiettivi degli interventi del terapeuta.

Per esempio, quando il disturbo clinico può essere riferito ad una regolazione disfunzionale del Sé e dello stile di vita, come avviene principalmente nelle NPO, il terapeuta della B-APP può lavorare sia sui conflitti, in modo simile a quanto avviene nelle altre psicoterapie psicodinamiche, sia sulle modalità relazionali, come nelle psicoterapie interpersonali.

Quando nei disturbi è implicata una carente definizione dell'identità, come avviene principalmente nelle BPO, il terapeuta può aiutare i pazienti a fronteggiare i loro problemi attraverso il contenimento affettivo e la convalidazione dei loro pensieri e sentimenti, usando anche un approccio prescrittivo, se la situazione lo richiede.

In generale, i risultati della B-APP dipendono sia da cambiamenti intrapsichici (difese e meccanismi di compensazione almeno in parte più adeguati), sia da cambiamenti relazionali (una maggiore autonomia per coloro che cercano troppo aiuto ed una maggior ricerca di aiuto per coloro che ricercano troppo l'autonomia).

A tutt'oggi, il gruppo di ricerca costituito dal Centro Pilota per i Disturbi del Comportamento Alimentare del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino (Ospedale San Giovanni Battista), dall'Unità di Psicoterapia del Dipartimento di Salute Mentale di Chivasso – Torino (ASL TO4) e dall'Istituto di Ricerca della Società Adleriana Italiana Gruppi e Analisi (S.A.I.G.A.) di Torino ha svolto e svolge trials clinici su più di 500 pazienti trattati con la B-APP. Si tratta di soggetti in carico a servizi ospedalieri o a Dipartimenti di Salute Mentale per disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbo post-traumatico da stress, disturbi alimentari, disturbi di personalità del cluster C e moderati disturbi di personalità del cluster B.

#### *Caso 1*

*Nei disturbi depressivi, lo stesso sintomo può avere significati molto differenti, in rapporto all'organizzazione di personalità sottesa all'espressività clinica [27]. U.T. soffre di sintomi depressivi nell'ambito di una BPO. Durante una seduta di B-APP, egli comunica al terapeuta angoscianti idee di colpa e sentimenti di inadeguatezza. Poi rimane in silenzio, aspettando la risposta del terapeuta che, potendo scegliere tra differenti modi di affrontare la comunicazione del paziente, gli dice: "Mi rendo conto della profonda sofferenza che sta vivendo". In questo modo, il terapeuta sceglie di offrire un riconoscimento empatico e una convalida al dolore del paziente. Nello stesso tempo, il terapeuta sceglie di evitare ogni sorta di interpretazione riguardo ai temi del lutto (che potrebbe costituire un adeguato modo di procedere secondo altre prospettive psicodinamiche) e si astiene dall'incoraggiamento (che è un atteggiamento consono ad alcune tecniche interpersonali e cognitive). La scelta del terapeuta è motivata dal fatto che un paziente con BPO, come U.T., protegge l'immagine di sé utilizzando difese di scissione e di idealizzazione. Se il terapeuta relativizza le prospettive del paziente identificando qualche aspetto positivo, attacca le sue difese e minaccia quell'immagine completamente negativa di sé che assicura temporaneamente al paziente un'identità coesa; corre inoltre il rischio di minacciare l'immagine idealizzata che il paziente ha del terapeuta e che sostiene l'alleanza terapeutica. Il tentativo di sollevare i pazienti dai loro pensieri negativi è probabile che non dia risultati positivi anche nel caso di una depressione maggiore. Per contro, il paziente con NPO trae ragionevolmente beneficio da un migliore insight riguardo ai propri conflitti e l'incoraggiamento potrebbe fornirgli una consolazione temporanea.*

## VI. *Tecnica psicoterapeutica della B-APP*

Una sintetica descrizione della tecnica terapeutica della B-APP richiede una definizione degli strumenti che adotta.

Uno degli aspetti più specifici della B-APP è il ruolo centrale giocato dall'identificazione, accettazione e conseguente interpretazione dello schema appercettivo [2] e dello stile di vita del paziente. Per schema appercettivo si intende l'opinione dell'individuo, in parte conscia ma per la maggior parte inconscia, circa se stessi e il mondo, costituita dall'insieme delle immagini simboliche ricorrenti e degli schemi cognitivi caratteristici che l'individuo utilizza nella vita e nelle relazioni interpersonali.

La consapevolezza di questi aspetti, attraverso una significativa esperienza di appartenenza e cooperazione durante il trattamento, permette l'identificazione, in via secondaria, di quei fattori che limitano o bloccano la capacità del soggetto di muoversi verso un migliore funzionamento [34].

### *Caso 2*

*Adler (1) descrisse le proprie riflessioni sui racconti di una giovane paziente fobico-ossessiva, che asseriva: "Le altre persone erano gentili con me perché ero malata". Questo antico ricordo fece supporre ad Adler che la giovane donna, in accordo con il proprio stile di vita, avrebbe continuato ad usare i problemi di salute per soddisfare i suoi desideri di supremazia, di nutrimento e di considerazione da parte dagli altri. La giovane donna aveva aggiunto: "Ricordo che avevo paura del medico che esaminava la mia gola, avevo paura del cucchiaino". Adler suppose che vi fosse una tendenza verso il rifiuto dei terapeuti da parte di una figlia viziata, che poteva essere il precursore della sua condotta fobico-ossessiva da adulta.*

A differenza di altre psicoterapie brevi orientate psicoanaliticamente, particolarmente volte all'insight [11, 28], la B-APP non contempla una netta distinzione tra gli interventi supportivi e intensivi. Il progetto terapeutico dipende dalle capacità del paziente e dagli obiettivi del terapeuta lungo un continuum.

Le psicoterapie intensive e supportive si distinguono per la qualità prevalente della relazione. L'alleanza terapeutica dialogica è tipica della prima, caratterizzata dalla prevalente elaborazione del vissuto da parte del paziente; l'alleanza terapeutica supportiva è tipica della seconda, caratterizzata dalla prevalente integrazione di contributi da parte del terapeuta. Sebbene gli aspetti intensivi siano spesso una controparte di quelli supportivi ed emergano entrambi al momento giusto durante il trattamento [28], una solida alleanza che rappresenti una base sicura è comunque necessaria.

Descrivendo gli interventi del terapeuta in seduta, la B-APP fa riferimento alla sistematizzazione proposta dal Menninger Clinic Treatment Intervention Project, ma utilizza una diversa distinzione tra gli strumenti tecnici (TI), considerando quelli a valenza esplorativa rispetto a quelli a valenza validante (Tabella II).

Gli strumenti tecnici esplorativi promuovono connessioni tra la verbalizzazione conscia del paziente ed altri elementi dinamicamente inconsci (interpretazione, TI 1), subconsci (confrontazione, TI 2), o già consapevoli (chiarificazione, TI 3).

Gli strumenti tecnici validanti promuovono l'identificazione e l'importanza di specifici vissuti, situazioni o comportamenti (convalidazione empatica, TI 5; consigli e elogi, TI 6; conferma e prescrizione, TI 7). L'incoraggiamento a elaborare (TI 4), che a volte si manifesta anche attraverso il silenzio del terapeuta, si colloca idealmente al centro del continuum costituito dagli altri strumenti della tecnica.

La B-APP non assegna a priori a ciascun TI un significato in termini di efficacia conservativa (volta a rispettare e rafforzare la struttura difensiva del paziente) o mutativa (volta ad un cambiamento dello stile di vita del paziente e dell'organizzazione di personalità). L'efficacia conservativa o mutativa di ogni TI dipende dalla patologia del paziente e di fatto il terapeuta della B-APP, a seconda delle necessità del trattamento, seleziona ogni TI in funzione conservativa o mutativa, tenendo conto della sua organizzazione di personalità.

## TAB. II - Strumenti tecnici

### **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

*VII. Elementi e sottoelementi del processo terapeutico*

Possono essere identificati tre elementi nel processo terapeutico:

- A) relazione incoraggiante;
- B) identificazione del focus;
- C) aree di possibile cambiamento all'interno del focus.

Ogni elemento è suddiviso in sottoelementi e descrive una serie di interrogativi e opzioni che il terapeuta affronta durante il corso della psicoterapia [59, 9, 41].

Riassuntivamente, gli elementi e i sottoelementi del processo definiscono i confini delle scelte del terapeuta nell'interazione con il paziente e costituiscono una traccia per valutare come procede il trattamento e per confrontare l'aderenza del terapeuta alla tecnica. Peraltro, agli psicoterapeuti della B-APP non è richiesto di seguire rigidamente lo schema delle sedute (delineato nella Tabella I), né il dettaglio degli obiettivi tecnici in ogni singola seduta, né di utilizzare un particolare TI in determinate situazioni. Si richiede, invece, che il terapeuta si ponga frequentemente le domande che descrivono gli elementi e i sottoelementi del processo terapeutico (dettagliati in Tabella III) e poi utilizzi i TI di conseguenza.

segue TAB. III nella pagina successiva →

**TABELLA III - Elementi e sottoelementi del processo terapeutico**

**A. RELAZIONE INCORAGGIANTE**

Sottoelementi:

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

Se la risposta è SI:

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

**B. DEFINIZIONE DEL FOCUS**

Sottoelementi:

- |  |         |
|--|---------|
| <b>B1.</b> È stato necessario formulare nessi consapevoli tra espressione del sintomo, situazione attuale e stile di vita - personalità? | si / no |
| <b>B2.</b> Sono stati svelati gli impulsi del paziente connessi al focus?  | si / no |
| <b>B3.</b> Sono stati svelati i derivati degli impulsi del paziente connessi al focus?   | si / no |
| <b>B4.</b> È stato necessario intervenire per non allontanarsi dal focus?  | si / no |

Se la risposta è SI:

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

**C. AREE DI POSSIBILE CAMBIAMENTO ALL'INTERNO DEL FOCUS**

Sottoelementi:

- |  |         |
|--|---------|
| <b>C1.</b> Si sono favorite soluzioni di problemi contingenti?         | si / no |
| <b>C2.</b> Sono strati filtrati eventi esterni perturbanti?            | si / no |
| <b>C3.</b> Sono strati filtrati stimoli intrapsichici destabilizzanti? | si / no |
| <b>C4.</b> È stata incoraggiata la creatività?                         | si / no |
| <b>C5.</b> È stata incoraggiata la tolleranza dell'ambivalenza?        | si / no |
| <b>C6.</b> Sono state incoraggiate la consapevolezza e l'autocritica?  | si / no |
| <b>C7.</b> Sono state rispettate difese adattive?                      | si / no |
| <b>C8.</b> Si è lavorato contro alcune difese?                         | si / no |

Se la risposta è SI:

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

### VIII. *Relazione incoraggiante*

In accordo con altri trattamenti psicodinamici e con alcuni recenti risultati della ricerca scientifica [26], il primo obiettivo della terapia è costruire una relazione che permetta sicurezza mentre promuove intimità, basata su un atteggiamento di accettazione verso il paziente e di fiducia nelle capacità di cambiamento dell'individuo.

La strategia dell'incoraggiamento e della transmotivazione, come osserva Rovera [49], è l'ambito concettuale ed operativo della relazione terapeutica come principale fattore di cambiamento, specie negli interventi brevi. Grande attenzione viene data alla comprensione, da parte del terapeuta, della qualità del transfert, che però di norma non è elaborato con il paziente durante le sedute, eccetto quando è necessario per riconoscerne e scoraggiarne l'influenza negativa sull'alleanza terapeutica.

Da un punto di vista relazionale, lo scopo è quello di modulare autonomia e dipendenza, scoraggiando un attaccamento regressivo ed idealizzante (nelle BPO) e favorendo la reciprocità (nelle NPO), sia per effetto dell'esperienza relazionale incoraggiante con il terapeuta, sia come conseguenza di quanto si è compreso in seduta.

Infine, con ogni paziente, è necessario effettuare un'elaborazione sistematica e precoce del distacco dal terapeuta. Infatti, è la condizione stessa del tempo limitato [41] ad anticipare una situazione di perdita nelle psicoterapie brevi; il numero predefinito di sedute rappresenta una separazione annunciata e stimola pertanto l'emergere di vissuti abbandonici sia nel paziente che nel terapeuta. I vissuti collegati alla peculiare dimensione temporale delle psicoterapie brevi diventano, quindi, un focus aggiuntivo implicito, di cui tenere conto nella strategia complessiva dell'intervento.

### IX. *Definizione del focus*

Il focus ha due caratteristiche contemporaneamente:

- 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 oppure una importante scelta esistenziale (un cambiamento di lavoro, l'inizio o la fine di una relazione sentimentale, un altro cambiamento di ruolo) possono rappresentare l'argomento focale del trattamento di un paziente nel quale un'angoscia di perdita non risolta sostiene una sintomatologia depressiva.

Il focus può essere scelto e definito in base al materiale proposto dal paziente oppure in base ad un'implicita modalità di funzionamento che il terapeuta ha evidenziato durante la fase di valutazione. Quando si possono ragionevolmente scegliere diversi focus, il terapeuta deve scegliere quello più adatto in considerazione degli obiettivi clinici.

### Caso 3

*T.C. è una donna di 63 anni, originaria del sud Italia, emigrata in una grande città del nord Italia quando aveva 21 anni. Sposata, deve peraltro confrontarsi con la sostanziale assenza del marito dal punto di vista affettivo. Chiede aiuto per una sintomatologia caratterizzata da episodi ricorrenti di ansia con tachicardia, vertigini e somatizzazioni al tratto gastro-enterico. Recentemente, poi, dopo la morte della madre, i sintomi sono peggiorati con la comparsa di fobie riguardanti la possibile morte del marito (che attualmente non ha problemi di salute) e la conseguente paura di restare sola. Durante la prima seduta di B-APP, emerge un'altra importante questione: i suoi figli sono andati via di casa perché si sono sposati, rispettivamente, due anni e un anno prima, e questo ha aumentato la sua solitudine di donna emigrata sposata ad un uomo pressoché assente. Il terapeuta ritiene che l'angoscia di perdita costituisca l'aspetto dinamico più significativo e che i sintomi siano un tentativo inconscio di risposta a questa angoscia: deve scegliere, pertanto, tra le problematiche attuali della vita della paziente, un focus che rappresenti al meglio questa angoscia, tenendo conto di quali risorse servono per affrontarla nel modo più adeguato o magari risolverla.*

*1) Il focus può avere a che fare con la qualità della relazione della paziente con i figli che sono cresciuti e che sono andati via di casa (focus interpersonale): la B-APP ha in tal caso un obiettivo conservativo-supportivo (ovvero, non mira al cambiamento dei meccanismi di difesa, fornisce ascolto e comprensione).*

*2) Il focus può avere a che fare con la capacità della paziente di tollerare la separazione dai figli (focus interpersonale diverso dal precedente): la B-APP si propone in questo caso un obiettivo conservativo-intensivo (cioè, mira a rafforzare i meccanismi adattativi di difesa e a stimolare le risorse del paziente piuttosto che a fornire le risposte "giuste")*

*3) Il focus può riguardare il modo di affrontare in futuro la solitudine (focus cognitivo): la B-APP si propone così un obiettivo mutativo-supportivo (incoraggia attitudini diverse da quelle utilizzate dalla paziente e il terapeuta fornisce consigli e una guida alla paziente);*

*4) Il focus può essere incentrato sul conflitto con i figli (amore e rabbia), che richiama un conflitto analogo riattivato dalla morte della madre (focus intrapsichico): la B-APP si propone, in questo caso, un obiettivo mutativo-intensivo (volto, cioè, alla promozione dell'insight).*

La scelta del focus viene spiegata e quindi concordata con il paziente. Limitare i temi delle sedute della psicoterapia all'argomento del focus, comprendendo le associazioni pertinenti del paziente, è condizione fondamentale per preservare gli obiettivi e il setting del trattamento.

L'attenzione del terapeuta, oltre che alle problematiche della vita reale, è largamente rivolta all'identificazione dei bisogni profondi che le situazioni esistenziali esprimono. Analogamente, hanno grande importanza il riconoscimento e l'eventuale rivelazione degli impulsi (che definiscono l'insieme delle emozioni primarie e secondarie connesse al focus) e dei derivati degli impulsi (che rappresentano il risultato dell'elaborazione, in funzione difensiva e compensatoria, di queste stesse emozioni).

È più comune lavorare sui derivati degli impulsi che sugli impulsi stessi, secondo un criterio di gradualità di approccio all'interiorità psichica e tenendo conto della brevità dell'intervento terapeutico. Il lavoro sugli impulsi e sui rispettivi derivati può avere inoltre un effetto catartico.

#### *X. Aree di possibile cambiamento all'interno del focus*

A differenza che nelle altre psicoterapie brevi psicodinamiche, l'elaborazione del focus comporta, ad un livello più immediato, la ricerca di soluzioni al problema esistenziale prescelto, ma la B-APP non limita i propri obiettivi a questo, come si verifica invece nella psicoterapia interpersonale.

Durante il trattamento, lavorando sulla situazione attuale del paziente, il terapeuta sceglie in che misura richiamare ed elaborare i traumi precoci rispetto all'attenzione posta sull'esame di realtà [59]. Questi aspetti si integrano in una prospettiva creativa, utilizzando gli schemi personali di appercezione del paziente, che forniscono la chiave soggettiva che egli utilizza per leggere gli avvenimenti della vita [9].

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.

A differenza di altre psicoterapie brevi psicodinamiche [28], la B-APP può integrare aspetti direttivi e non direttivi nel trattamento, valutando i meccanismi di difesa del paziente e il loro ruolo in funzione dell'equilibrio psichico.

Gli interventi del terapeuta dovrebbero preservare le difese più adattative rispetto al problema attuale e quelle meno distruttive sia per il soggetto che per le altre persone; il terapeuta lavora prioritariamente, dunque, sulle difese meno indispensabili, su quelle poco efficaci nel proteggere l'autostima del paziente e su quelle che possono provocare comportamenti a rischio.

#### *Caso 4*

*Una donna di 50 anni, soffre di insonnia, ansia e irritabilità. All'inizio del ciclo delle sedute della B-APP, viene identificata come focus la rabbia innescata dal comportamento passivo e regressivo del marito e della figlia. Durante la seconda seduta, la paziente riferisce alcuni episodi depressivi passati, caratterizzati da comportamenti occasionalmente assurdi, passivi e acritici, molto diversi dal suo abituale atteggiamento volitivo e disponibile. La paziente non chiede solamente di risolvere il problema dell'insonnia, ma addirittura di poter dormire praticamente tutto il giorno.*

*Il terapeuta presume che non ci possa essere un miglioramento delle relazioni familiari se la paziente non abbandona, almeno in parte, i suoi atteggiamenti di disponibilità e di controllo, che sostengono, però, la sua autostima e la sua fiducia. Una possibile scelta potrebbe essere allora quella di lavorare in modo intensivo durante le sedute, interpretando e rielaborando le difese correlate all'ansia. D'altro canto, però, molti racconti della paziente (quando, ad esempio, ricorda che a 18 anni era terrorizzata e non riusciva a dormire, se doveva dividere il letto con la sorella schizofrenica) non permettono di escludere fantasie identificatorie simbiotiche nei confronti della sorella e della figlia, né bisogni di accudimento fortemente regressivi. Pertanto, il terapeuta ritiene rischioso lavorare contro le difese correlate alla sintomatologia ansiosa ed imposta un trattamento supportivo, basato sull'accettazione e la neutralizzazione degli impulsi aggressivi, alleviando la solitudine della paziente con una serie di consigli su come comportarsi con il marito e con la figlia.*

#### *XI. Resoconti preliminari dell'utilizzo della B-APP*

Sebbene la B-APP riconosca le sue radici in una lunga tradizione scientifica e le scuole adleriane abbiano diffusione internazionale, gli adleriani rappresentano una minoranza fra i terapeuti ad indirizzo psicodinamico e il loro approccio psicoterapeutico è conosciuto molto poco dagli psichiatri. Forse anche a causa di ragioni storiche e culturali, quindi, non sono stati ancora realizzati studi di validazione che dimostrino l'efficacia della B-APP con metodi rigorosamente scientifici.

Tuttavia, è stato effettuato di recente un trial clinico su 87 soggetti affetti da disturbo d'ansia generalizzato, confrontando l'esito del trattamento utilizzando solo la B-APP, solo una terapia farmacologica, o abbinando entrambe (26). Il follow up è stato effettuato a tre, sei e dodici mesi dal trattamento, utilizzando la Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) e la Hamilton Depression Scale (HAM-D), il Clinical Global Index (CGI) e la Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS).

Le valutazioni a sei mesi hanno evidenziato una remissione statisticamente significativa dei sintomi in tutti i gruppi di pazienti, indipendentemente dal tipo di trattamento. Inoltre, i soggetti che avevano una comorbidità con un disturbo di personalità trattati con la B-APP hanno evidenziato un miglioramento superiore, misurato con la SOFAS, rispetto ai pazienti trattati con psicofarmaci. Questi risultati sono rimasti stabili a dodici mesi.

I trattamenti psicodinamici brevi sono largamente utilizzati anche nel trattamento dei disturbi alimentari [21]. Recentemente, sono stati effettuati alcuni studi non controllati in aperto sui predittori di outcome [14], le caratteristiche dei pazienti non-responder [15] e il fenomeno del drop-out negli interventi multimodali [17-18] su pazienti anoressiche o bulimiche trattate con una terapia multimodale “a rete” che comprendeva due cicli di B-APP, ognuno di 15 sedute della durata di 45 minuti ognuna.

Gli psichiatri che hanno effettuato la psicoterapia avevano ricevuto una formazione specifica teorica e pratica sulla B-APP, della durata di quattro anni; inoltre, sono stati supervisionati da un didatta adleriano una volta alla settimana individualmente e due volte al mese durante un gruppo di discussione casi per tutto il periodo di trattamento, al fine di garantire un'adeguata aderenza al modello della B-APP. In tutti gli studi, è stata monitorata l'adesione dei pazienti e i drop-out sono stati esclusi.

Per valutare il miglioramento dei pazienti, sono state utilizzate le differenze statistiche di misurazione dell'outcome tra T0 e la fine del trattamento ed il giudizio clinico dei terapeuti. Va inoltre precisato che il reclutamento dei pazienti non è avvenuto per selezione, ma la scelta è stata randomizzata tra coloro che si sono rivolti alla struttura.

Nel primo studio, un campione di 42 pazienti anoressiche di tipo restricter è stato studiato in fase di valutazione iniziale e ritestato dopo 180 giorni usando il Temperament and Character Inventory [TCI; 7, 57] e l'Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) per determinare i predittori pre-trattamento della risposta. Il 52% delle pazienti hanno mostrato rilevanti miglioramenti clinici, con un livello di risposta positiva a breve termine che è in linea o anche più alto di quello riportato dai dati della letteratura (10-43).

Nel secondo studio, i fattori di esito correlati al trattamento con la B-APP nei disturbi alimentari sono stati accertati utilizzando il Karolinska Psychodynamic Profile [KAPP; 22-62] che misura il cambiamento prodotto sul funzionamento della personalità. 57 donne con disturbo alimentare (28 con anoressia nervosa, 29 con bulimia nervosa) sono state incluse nello studio. Le donne sono state valutate al baseline (T0) e dopo sei mesi (T6) attraverso una valutazione clinica e con il CGI, l'EDI-2, lo State-Trait Anger Expression Inventory e la KAPP. Più della metà (66,6%) dei soggetti hanno mostrato un miglioramento sotto diversi aspetti psicopatologici e del funzionamento psicologico: in particolare, il miglioramento negli items del KAPP hanno dimostrato, dopo due cicli di B-APP, un cambiamento nel funzionamento della personalità, anche se non nell'organizzazione complessiva della personalità.

Due studi di Fassino et al. [18-17] hanno investigato il fenomeno del drop-out dalla B-APP (un ciclo di 15 sedute) su 99 pazienti con anoressia nervosa e 83 con bulimia nervosa. Il livello di drop-out dalla B-APP (31% tra le anoressiche, 34% tra le bulimiche) rilevato in questi studi è coerente con il decorso descritto in letteratura per altri trattamenti psicoterapeutici brevi [43, 53-61].

Inoltre, questi studi hanno evidenziato alcuni predittori di drop-out dalla B-APP, che potrebbero essere utili per ridurne ulteriormente l'entità in futuro.

B-APP è stata anche valutata all'interno di un programma multimodale riabilitativo specifico, il Trattamento Multimodale Psicodinamico Adleriano (APMT) per pazienti schizofrenici [22] e gravi pazienti borderline [20] in un setting residenziale. Un primo studio su 52 soggetti schizofrenici [22] e un altro su 91 pazienti borderline (20) (sottotipo "psicotico"; 55) ha valutato gli esiti, considerando le correlazioni dei fattori clinici e del funzionamento psicosociale dopo che questi soggetti sono stati sottoposti ad un prolungato trattamento residenziale con l'APMT che includeva anche la B-APP.

Le valutazioni sono state effettuate utilizzando la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), la SOFAS e il KAPP. Dopo sei mesi, miglioramenti significativi sono apparsi nei punteggi globali della BPRS e della SOFAS, e in alcune aree del KAPP.

Anche se questi due studi, per la loro struttura, non sono sufficienti per validare la B-APP, offrono comunque promettenti prove preliminari sull'adattabilità di questa strategia terapeutica per un approccio efficace a questo tipo di disturbi difficilmente trattabili.

## *XII. Conclusioni*

La B-APP rappresenta il primo tentativo di formalizzare una teoria della tecnica di psicoterapia breve di linea adleriana, anche se il modo in cui Adler ha interpretato la psicoterapia rappresenta il primo esempio storico di psicoterapia psicodinamica breve. Nello specifico, la B-APP fa riferimento a concetti che sono largamente in accordo con il modello biopsicosociale, che si è sviluppato dalla formulazione originaria di Engel [12] con i contributi, tra gli altri, di Fava e Sonino [23], e Gabbard e Kay [30]. Il setting della B-APP è funzionale all'intenzione del terapeuta di aiutare il paziente in un periodo di tempo limitato, utilizzando tecniche specifiche che hanno lo scopo di accorciare la durata del trattamento.

Tuttavia, questo non significa che gli obiettivi e le procedure siano eccessivamente limitate, né che le dinamiche più profonde della personalità siano trascurate. È invece importante lavorare sulle problematiche che rappresentano tratti maladattativi dello stile di vita e sono rilevanti nel causare e mantenere il disturbo mentale che si è manifestato. Così, la terapia rivolta ai sintomi può anche rappresentare, come osserva Shulman, "una importante via al cuore della personalità" [51].

La strategia del trattamento e le relative definizioni di processo si basano sulla messa in evidenza di uno o più tratti focali, i più importanti per la patologia del paziente, per identificare, poi, all'interno del focus, l'area di un possibile cambiamento nell'hic et nunc (qui ed ora) del trattamento.

La relazione terapeutica è rivolta ad accrescere la sensazione del paziente di sentirsi accettato e la sua fiducia di saper cambiare.

Gli obiettivi specifici del trattamento non sono indirizzati solo alla risoluzione dei sintomi o a raggiungere la completa guarigione del paziente, ma anche a migliorare il suo funzionamento nell'area del focus e a migliorare le relazioni sociali, a prevenire una ricaduta clinica e a promuovere un sostanziale miglioramento nella qualità di vita [25, 23]. Inoltre, il modello della B-APP, che considera le resistenze e le reali motivazioni al cambiamento, sembra adatto ad articolare la farmacoterapia con la psicoterapia, sia in psichiatria, sia in medicina psicosomatica.

La possibilità di identificare le fasi, le tecniche e i processi nella psicoterapia breve, come nel caso della B-APP, riveste particolare importanza per i trattamenti sequenziali, che rappresentano un nuovo modo di integrare la terapia farmacologica e la psicoterapia [24]. Progettare trattamenti sequenziali, che prevedono la psicoterapia breve prima o dopo la farmacoterapia, è particolarmente utile quando si affrontano i sintomi residui di alcuni disturbi psichiatrici.

Inoltre, in ragione degli specifici criteri di scelta per evidenziare il focus e del numero ridotto delle sedute, l'associazione della B-APP alla farmacoterapia potrebbe essere anche adatta per migliorare l'adesione del paziente ai farmaci in diverse condizioni psichiatriche, per esempio nei disturbi depressivi [47]. Una simile modalità di pianificazione dei trattamenti va valutata, infine, anche sotto un profilo etico, con riguardo ai principi di economia sanitaria e con attenzione alla prospettiva del rapporto tra costi e benefici.

Anche se la B-APP fa riferimento ad una prassi clinica diffusa e insegnata in tutto il mondo e che possiede una lunga storia, risalente alla prima decade del secolo scorso, sono indispensabili ulteriori ricerche per evidenziare il suo ruolo specifico e i suoi limiti in psichiatria e in medicina psicosomatica, attraverso studi di efficacia randomizzati e controllati, che prevedano anche il confronto con altri tipi di psicoterapia breve [32,51].

Dovranno essere inoltre approfonditi i peculiari percorsi formativi [50] richiesti per l'esercizio di questa speciale modalità di cura come pure gli specifici fattori di cambiamento [13] dei percorsi brevi che avranno verosimilmente notevole sviluppo nel prossimo futuro. Poiché la B-APP non è solo indirizzata alla cura della sintomatologia, sarà particolarmente importante effettuare studi di follow up che non riguardino solo l'efficacia clinica del trattamento, ma anche indicatori relativi al funzionamento della personalità ed al funzionamento sociale, che dovrebbero supportare, nel tempo, la stabilità dell'outcome clinico e i miglioramenti nella qualità della vita di un gran numero di soggetti con patologie somatopsichiche e psichiatriche.

Questi studi dovrebbero descrivere, in definitiva, i criteri per identificare quali pazienti possono presumibilmente rispondere meglio al trattamento.

\*\*\*\*\*

## **Postfazione**

ANDREA FERRERO

*Ulteriori considerazioni relative ad aspetti della ricerca sulla B-APP*

Come già ben specificato da Fassino [11], ed ancora nella Prefazione a questo contributo sulla B-APP che viene ripresentato in veste aggiornata sulla Rivista di Psicologia Individuale, la base delle relazioni umane è costitutivamente radicata nei meccanismi impliciti della “simulazione incarnata” (*embodied simulation*). Secondo Gallese e coll. [15], specifiche azioni ed emozioni generano rappresentazioni interne corrispondenti nell’osservatore, “come se” questi le stesse compiendo o provando in modo simile; questo meccanismo funziona in parallelo con la “simulazione standard” in base a cui gli stessi stati mentali sono ricreati dall’osservatore anche a livello esplicito, attraverso l’introspezione e diverse modalità di inferenze, conscie o inconscie.

Se dunque si deve considerare primario e “profondo” il processo interattivo implicito, questo rappresenta, secondo il Boston Change Process Study Group [6], il materiale grezzo su cui le esperienze dell’identità e del soddisfacimento dei bisogni si costituiscono in termini di schemi cognitivo-emotivi, di fantasie e possibili conflitti, che possono essere espresse nella narrazione esplicita attraverso il linguaggio (formalizzazioni secondarie del “livello profondo”).

È in questo modo che, anche all’interno della relazione psicoterapeutica, le dinamiche inter-individuali tra lo stile del terapeuta e lo stile del paziente si articolano secondo registri multipli: implicito, esperienziale reale e fantasmatico transferale [8, 27].

Queste considerazioni sono necessarie, in via preliminare, per poter formulare qualsiasi proposta di indirizzo teorico-clinico in psicoterapia, che possa essere poi validato dalla ricerca. La tecnica del terapeuta si riferisce, infatti, solamente agli aspetti espliciti del lavoro clinico, ma questi non sono estranei o incoerenti, di per sé, rispetto alle valenze implicite della relazione.

Si potrebbe dire, in sintesi, che se gli aspetti impliciti costituiscono l’“hardware” in base a cui si strutturano i processi e gli esiti dei trattamenti, gli aspetti espliciti della valutazione psicopatologica e delle possibilità terapeutiche rappresentano il “software” necessario per promuovere cambiamenti che dipendano da un certo numero di variabili replicabili e non solamente, in modo estemporaneo, dalle caratteristiche umane del terapeuta e dei suoi pazienti [13]. Nella *Prefazione* Fassino ha ben sottolineato questi aspetti anche in termini di sinergie tra cervello sinistro e cervello destro.

In questo senso, vi sono ormai molte evidenze sull’utilità di utilizzare psicoterapie ben strutturate per una vasta gamma di condizioni cliniche ed esistenziali: la potenziale efficacia dipende sia da ciò che si comunica al paziente, sia dal modo in cui lo si comunica [18]; nella costruzione dell’alleanza terapeutica, l’importanza delle manifestazioni

relazionali implicite è precocemente decisiva [21], ma le modalità tecniche di condurre il trattamento possono incrementarla od ostacolarla in modo molto significativo [17].

Affrontare quindi seriamente la questione della definizione, almeno relativa, dei processi che sottendono le psicoterapie psicodinamiche è di ordine deontologico: secondo Sandler e Dreher [28] la posizione secondo cui ci si disinteressa degli esiti e di come si può pervenire ad essi non sarebbe corretta, ovvero i terapeuti hanno il dovere di un rendiconto puntuale ai pazienti di cosa fanno con loro, per quale motivo, per quanto tempo.

In ragione di queste considerazioni, la descrizione sintetica di alcuni indicatori del processo terapeutico della B-APP che viene qui riproposta è stata integrata successivamente, come si prevedeva all'epoca della pubblicazione originaria del lavoro, da una formalizzazione estensiva del trattamento con la Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP) e le sue varianti brevi, la Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP) e a tempo limitato, la Sequential- Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP) [14].

Questo impegno teorico e clinico ha comportato inevitabilmente anche la consapevolezza dei limiti che si accompagnano a qualunque definizione delle psicoterapie [12]. A questo proposito, come hanno precisato Westen e coll. 2004 [31], la funzione di un manuale della tecnica va intesa in chiave descrittiva (per orientare e fare il punto sulle scelte del terapeuta) e non prescrittiva (nel senso di fornire uno schema vincolante ed esaustivo). La B-APP si configura, secondo questi intendimenti, come un trattamento "semi-manualizzato" [31], e la bussola che orienta la tecnica è la condizione psicopatologica del paziente, in base a cui il terapeuta opera le sue scelte all'interno di un range di tecniche e di strategie che sono a sua disposizione.

Dal 2016, il gruppo di ricerca che fin dall'inizio si è occupato della B-APP viene coordinato dalla Associazione APPs-Training & Research, che è deputata allo sviluppo coerente della tecnica e ad una valutazione, secondo le linee guida accreditate dalla letteratura scientifica [10], dei processi e degli esiti del trattamento. L'obiettivo è provare a rispondere alle seguenti domande: vi sono modi nuovi e migliori di effettuare il lavoro psicoterapeutico? vi sono nuovi e migliori cambiamenti che la psicoterapia può apportare? vi sono, infine, nuove e migliori condizioni che possono favorire i risultati?

In questo senso, la ricerca scientifica dovrebbe poter fornire una serie di dati comprovati che possano aiutare il terapeuta a soppesare costantemente l'utilità del trattamento per il paziente, le indicazioni anche in rapporto ad altri trattamenti, e il setting (destinatari, regole, frequenza, durata), ai fini di un miglior rapporto tra costi e benefici.

Non è qui l'occasione di discutere le problematiche relative alla validazione empirica dell'efficacia delle psicoterapie. Basterà sottolineare che i criteri per definire un trattamento psicodinamico come supportato da prove di efficacia sono sottoposti a limiti

specifici [20]. Sotto il profilo epistemologico, la conoscenza scientifica nell'ambito delle Scienze Umane Applicate, non può fare riferimento ad un concetto di «vero» o «falso» in sé, ma un orientamento esplicitamente soggettivo non sarebbe da considerare più fecondo, in quanto un certo grado di oggettività dovrebbe essere considerato come consustanziale alla scienza [26].

Sotto questo aspetto, i dati conoscitivi possano integrarsi e interrogarsi a vicenda con gli aspetti intuitivi ed empatici della valutazione, proprio nella consapevolezza delle reciproche differenze. Si può così provare ad evitare un doppio corto-circuito: quello del pregiudizio soggettivo elevato a rassicurante verità oggettiva e quello, altrettanto pericoloso, di chi si rifugia in schemi normativi astratti, sottraendosi alla comprensione, anche emotiva, della dinamica inter-individuale dell'incontro col paziente.

Per quanto riguarda la ricerca sui trattamenti con la B-APP, oltre all'efficacia riscontrata nei pazienti con Disturbo d'Ansia Generalizzata (DAG) e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), già citata nel lavoro originale, merita una segnalazione specifica quella riscontrata successivamente nell'ambito della Psico-oncologia.

Studi controllati [3, 30, 19] hanno evidenziato come la B-APP in aggiunta alla terapia farmacologica produca risultati significativamente migliori dei farmaci da soli nel trattamento del dolore in pazienti oncologici, anche anziani. Lo stesso miglioramento è stato rilevato, negli stessi pazienti, anche per quanto riguarda la depressione dell'umore e la compliance alle cure.

Un ulteriore studio [4], randomizzato e controllato, ha valutato l'efficacia della B-APP in aggiunta alla venlafaxina rispetto all'utilizzo della venlafaxina da sola sul dolore e la depressione clinicamente diagnosticata secondo i criteri del DSM-IV-TR in pazienti con tumori non metastatizzati.

L'aggiunta della B-APP al trattamento non solo riduce più efficacemente la percezione del dolore, ma ne fa comprendere meglio il significato clinico al paziente; migliora, inoltre, la fiducia di saperlo affrontare e permette, contemporaneamente, di sentirsi maggiormente supportato rispetto all'angoscia della malattia.

A fronte di tutti questi dati, è giusto sottolineare che ogni psicoterapia che non sia (ancora) validata empiricamente non è necessariamente inefficace; pensiamo, però, che sia molto importante che i pazienti e gli amministratori della Sanità sappiano che la terapia adleriana può essere efficace.

A questo proposito, possiamo quindi segnalare che gli studi sull'efficacia della B-APP, nel corso degli anni, sono stati molto citati da altri Autori in tutto il mondo su riviste scientifiche indicizzate o ad impact factor di ambito psichiatrico, psicologico e medico dei più svariati indirizzi.

Per limitarci ai lavori che erano già stati menzionati nel testo originario, ed escludendo quelli per pazienti schizofrenici o con gravi disturbi di personalità per cui la B-APP non viene più utilizzata nella pratica clinica odierna, queste citazioni, a tutto il mese di maggio 2020 assommano a 242 (fonte: Google Scholar). Secondo la medesima fonte, se consideriamo gli studi in ambito psico-oncologico citati in questa Postfazione, il totale aumenta a 304.

Di queste, alcune sono particolarmente significative e rilevanti per l'autorevolezza dei ricercatori e delle istituzioni da cui provengono. A titolo di esempio, ne citerò alcune facendo riferimento alle ricerche sugli esiti della B-APP nel Disturbo d'Ansia Generalizzata (DAG) e a quelle sugli indicatori di processo e dei fattori predittivi del trattamento nei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

Iniziando dall'Italia, l'efficacia della B-APP in pazienti con DAG è stata segnalata all'interno di una review di Del Corno e della Society for Psychotherapy Research – Italy Area Group, anche perché rappresenta una possibile alternativa alla terapia psicofarmacologica [7].

Peraltro, questa stessa efficacia era già stata riconosciuta in Canada dall'Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS), all'interno di un complesso protocollo di ricerca, svolto in collaborazione col Dipartimento di Psicologia, Counselling e Psichiatria della McGill University di Montreal, per valutare costi e benefici di un finanziamento della psicoterapia per pazienti ansiosi e depressi [9].

Infatti, in un recente manuale a cura della Ryerson University (Canada) e della Stanford University (USA), la B-APP è citata tra le psicoterapie che possiedono evidenze scientifiche di efficacia nel GAD [22] e, più specificatamente, secondo le Linee Guida del Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, queste evidenze di efficacia sono di livello II, laddove il livello I è certificato al momento solo per la Cognitive – Behavior Therapy (CBT) [2].

Per quanto riguarda le sole psicoterapie psicodinamiche, i risultati della B-APP nel GAD erano già stati esaustivamente descritti e riportati come significativi in un volume sulle attualità della ricerca edito da Levy, Stuart-Ablon e Kächele in nome delle Università di Harvard e di Berlino [29] e sono state recentissimamente ripresi in una pubblicazione a cura dell'Austin Riggs Center (USA), segnalando in particolare i risultati ottenuti dalla B-APP non solo sui sintomi ma anche sul funzionamento sociale e lavorativo dei pazienti [24].

Di particolare rilievo, infine, una recente review che esamina l'efficacia di vari gruppi di psicoterapie in base alle valutazioni di quattro istituzioni molto accreditate: il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del Regno Unito, l'American Psychological Association (APA), la Cochrane Library di Londra e l'Australian

Psychological Society (APS). La B-APP è stata inserita nel gruppo delle psicoterapie psicodinamiche efficaci nel GAD [23].

Considerando ora gli studi di processo, si può preliminarmente osservare che, per quanto complessi, rivestono una grande importanza perché cercano di definire quali caratteristiche del paziente e del trattamento sono implicate nella sua efficacia.

Una review sistematica di Abbate Daga e coll. [1] dell'Università di Torino correla i miglioramenti ottenuti con la B-APP sull'alimentazione e i sintomi psichici di pazienti con DCA con aspetti specifici della loro personalità e del loro funzionamento psicopatologico.

I risultati della ricerca di alcuni predittori di esito positivo della B-APP nell'ambito dei DCA sono stati oggetto di studio in importanti contributi pubblicati in svariati paesi. Ricordiamo qui quello israeliano della Rothschild-Yakar [25] che cita in particolare il diverso significato del controllo e del discontrollo per quanto riguarda lo svolgimento della terapia con pazienti affette da Anoressia Restricta rispetto a quelle con Anoressia Binge/Purging o con Bulimia.

Ancora più approfondita e dettagliata è la disamina di Westen e coll. [32] dei dati ricavati nel corso delle sedute con la B-APP su come le caratteristiche delle pazienti influenzino gli esiti dei trattamenti, che è stata pubblicata nella Review Annuale dell'Academy for Eating Disorders (USA). In particolare, vengono citate le correlazioni negative tra i risultati, la rabbia e l'impulsività da un lato, e il controllo ossessivo, il perfezionismo e l'ascetismo dall'altro. All'opposto, gli esiti favorevoli dipenderebbero significativamente dalle capacità e dall'incremento dell'Autodirettività.

Le linee guida della American Psychiatric Association (APA) e del National Institute for Clinical Excellence inglese (NICE) hanno dichiarato l'importanza che queste caratteristiche personologiche, tra le altre, costituiscano gli obiettivi-bersaglio dei trattamenti per ottimizzarne gli effetti [5], nell'ambito di importanti resistenze al cambiamento che si registrano indipendentemente dall'impostazione teorica delle terapie, come segnalato, tra gli altri, dal Gruppo tedesco per le Linee Guida nell'Anoressia [16].

A conclusione di questo breve excursus, si segnala come l'Associazione APPs-TR sia tuttora impegnata in progetti di ricerca sulla B-APP e sulla SB-APP, che comprenderanno, oltre ad una serie di follow up, studi sull'alleanza terapeutica e sulle interrelazioni tra le risposte emotive dei terapeuti, l'utilizzo di strumenti tecnici e il livello di funzionamento psicopatologico dei pazienti.

L'obiettivo rimane ancora quello di sollevare i pazienti dalle loro sofferenze nel migliore dei modi, secondo modalità che siano specifiche e contemporaneamente compatibili con le esigenze e le risorse dei Dipartimenti di Salute Mentale e dei Servizi di Psicologia del SSN.

### Bibliografia della Prefazione

1. BRENNER, A., KHAN, F. (2013), The Training of Psychodynamic Psychiatrists. The Concept of “Psychodynamic Virtue”, *Psychodyn. Psychiatry*, 41(1): 57-74.
2. FASSINO, S. (1998), Psicoterapia breve a orientamento individualpsicologico: riflessioni sull’agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 38: 43-52.
3. FASSINO, S. (2017), Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 29-53.
4. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell’incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-65.
5. FERRERO, A. (2009), Le strategie dell’incoraggiamento nelle psicoterapie time-limited. *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 65-79.
6. FERRERO, A. (2017), Processi ed esiti in psicoterapia: il ruolo della relazione terapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 55-68.
7. FERRERO, A. (2012), The model of Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): specific features in the treatment of Borderline Personality Disorder, *Res. Psychother. Psychopathol. Process Outcome*, 15 (1): 32-45.
8. GALEA, S., MERCHANT, R. M., LURIE, N. (2020), The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing The Need for Prevention and Early Intervention, *JAMA Intern. Med.*, Published online April 10.
9. GALLESE, V., EAGLE MORRIS, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55; 131-176.
10. GINOT, E. (2015), *The neuropsychology of the Unconscious. Integrating Brain and Mind in Psychotherapy*, tr. it. *Neuropsicologia dell’inconscio. Integrare mente e cervello nella psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2017.
11. LANE, R. D., RYAN, L., NADEL, L., GREENBERG, L. (2015), Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New Insights from brain science, *Behav. Brain Sci.*, 3: 8 e 1doi: 10.1017/S0140525X14000041.
12. PRECKEL, K., KANSKE, P., SINGER, T. (2018), On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind, *Curr. Opin. Behav. Sci.*, 19: 1-6.
13. ROVERA, G. G. (1966), Traitement des adolescents antisociaux (pré-délinquantsjuvéniles) par la psychothérapie brève, *Atti del IV Congresso Mondiale di Psichiatria*, Madrid.
14. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell’incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
15. ROVERA, G. G. (1988; 2016), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 31-39.
16. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-45.
17. ROVERA, G. G. (2020), Le relazioni d’aiuto nell’emergenza, *Riv. Psicol. Indiv.*, 87: 19-45.
18. SCHORE, A. N. (2014), The right brain is dominant in psychotherapy. *Psychothe-*

rapy, 51(3): 388-97.

19. STERN, D. N., and THE BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2012), *Change in Psychotherapy*, tr. it. *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2015.

20. UNÜTZER J., KIMMEL, R. J., SNOWDEN, M. (2020), Psychiatry in the age of COVID-19 *World Psychiatry*, 19(2):130-131.

21. WAMPOLD, B. E. (2015), How important are the common factors in psychotherapy? An update, *World Psychiatry*, 14 (3): 270-277.

### Bibliografia dell'articolo

1. ADLER, A. (1981), *Le "Journal" de Claire Macht: technique de la psychologie individuelle comparée*, Belfond, Paris.

2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individual psychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.

3. ANSBACHER, H. L. (1989), The tradition of brief psychotherapy, *Ind. Psych.*, 45: 26-33.

4. BOKHORST, C. L., BAKERMANS-KRANENBURG, M. J., PASCOFEARON, R. M., VAN IJZENDOONI, M. H., FONAGY, P., SCHUENGEL, C. (2003), The importance of shared environment in mother-infant attachment security: A behavioral genetic study, *Child Dev.*, 74: 1769-1782.

5. BOWLBY, J. (1969-1980), *Attachment and loss*, Vols. I, II, III, Hogarth Press, London.

6. BUCCI, W. (1997), *Psychoanalysis and Cognitive Science*, Guilford Press, New York.

7. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRYZBECK, T. R. (1993), A psychological model of temperament and character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-990.

8. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, N. M., SVRAKIC, D. M. (1997), Role of personality self-organization in development of mental order and disorder, *Dev. Psychopathol.*, 9: 881-906.

9. COX, R. H. (1989), Symbols and rituals in brief psychotherapy, *Individ. Psychol.*, 45: 238-243.

10. DARE, C., EISLER, I., RUSSEL, G., TREASURE, J., DODGE, L. (2002), Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of out-patient treatments, *Br. J. Psychiatry*, 178: 216-221.

11. DEWAN, M. J., STEENBARGER, B. N., GREENBERG, R. P. (2004), *Art and Science of Brief Psychotherapies*, American Psychiatric Press, Washington.

12. ENGEL, G. L. (1980), The clinical application of the biopsychosocial model, *Am. J. Psychiatry*, 137: 535-544.

13. FASSINO, S. (1998), Psicoterapia breve a orientamento individualpsicologico: riflessioni sull'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 38: 43-52.

14. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., FORNAS, B., GARZARO, L., et al. (2001), Outcome predictors in anorectic patients after 6 months of multimodal treatment, *Psychother. Psychosom.*, 70: 201-208.
15. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., GARZARO, L., ROVERA, G. G. (2001), Non-responder anorectic patients after six months of multimodal treatment: predictors of outcome, *Eur Psychiatry*, 16: 466-473.
16. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., DELSEDIME, N., BUSSO, F., PIERÒ, A., ROVERA, G. G. (2005), Baseline personality characteristic of responders to brief psychotherapy in eating disorders, *Eat. Weight Disord.*, 1:1-11.
17. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G.G. (2003), Predictors of dropout from brief psychotherapy for bulimia nervosa, *Psychother. Psychosom.*, 72: 203-210.
18. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., ROVERA, G. G. (2002), Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa, *Psychother. Psychosom.*, 71: 200-206.
19. FASSINO, S., AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), Personality and psychopathology correlates of dropout in an outpatient psychiatric service, *Panminerva Med.*, 49: 7-15.
20. FASSINO, S., FERRERO, A., PIERÒ, A., MONELLI, E., CAVIGLIA, M., DELSEDIME, N. et al. (2004), Rehabilitative residential treatment in patients with severe mental disorders: factors associated with short term outcome, *Am. J. Orthopsychiatry*, 74: 33-42.
21. FASSINO, S., PIERÒ, A., LEVI, M., GRAMAGLIA, C., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P. et al. (2004), Psychological treatment of eating disorders. A review of the literature, *Panminerva Med.*, 46: 189-198.
22. FASSINO, S., PIERÒ, A., MONDELLI, E., CAVIGLIA, M., DELSEDIME, N., BUSSO, F., et al (2003), Baseline personality functioning correlates with 6 month outcome in schizophrenia, *Eur. Psychiatry*, 18: 93-100.
23. FAVA, G.A., SONINO, N. (2000), Psychosomatic medicine: Emerging trends and perspectives, *Psychother. Psychosom.*, 69: 184-197.
24. FAVA, G.A. (1999), Sequential treatment: a new way of intergrating pharmacotherapy and psychotherapy, *Psychother. Psychosom.*, 68: 281-289.
25. FAVA, G.A. (1999), Well-being therapy: Conceptual and technical issues, *Psychother. Psychosom.*, 68: 171-179.
26. FERRERO, A., PIERO', A., FASSINA, S., MASSOLA, T., LANTERI, A., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2007), A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting, *Eur Psychiatry*, 22: 530-539.
27. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
28. FLEGENHEIMER, W. V. (1982), *Techniques of Brief Psychotherapy*, Jason Aronson, New York.
29. FONAGY, P., TARGET, M. (1999), *Psychoanalytic theories of personality and its development*, Whurr Publications, London.

30. GABBARD, G. O., KAY, J. (2001), The fate of integrated treatment: Whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *Am. J. Psychiatry*, 158: 1956-1963.
31. GABBARD, G. O., WESTEN, D. (2002), Developments in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise and connectionism, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 50: 53-98.
32. GABBARD, G. O. (2004), Introduction to the series: Core Competencies in Psychotherapy, in DEWAN, M. J., STEENBARGER, B.N., GREENBERG, R. P. (eds), *Art and Science of Brief Psychotherapies*, American Psychiatric Press, Washington p. 13-15.
33. GABBARD, G. O. (2005), Mind, brain, and personality disorders, *Am. J. Psychiatry*, 162: 648-655.
34. GORTON, G. E. (2000), Psychodynamic approaches to the patient, *Psychiatr. Serv.*, 51: 1408-1409.
35. GRINKER, R.R., WERBLE, B., DYRE, R. C. (1968), *The Borderline Syndrome*, Basic Books, New York.
36. HERU, A. M. (2006), Family psychiatry: From research to practice, *Am. J. Psychiatry*, 163: 962-968.
37. HILSENROTH, M. J., PETERS, E. J., ACKERMAN, S. J.(2005), The development of therapeutic alliance during psychological assessment: patient and therapist perspectives across treatment, *J. Pers. Assess.*, 83:332-344.
38. HOGLEND, P. (1996), Motivation for brief dynamic psychotherapy, *Psychother. Psychosom.*, 65: 209-215.
39. KERNBERG, O. F. (1995), Psychotherapeutic treatment of borderline patients, *Medical Psychology*, 45: 73-82.
40. MAINA, G., FORNER, F., BOGETTO, F. (2005), Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders, *Psychother. Psychosom.*, 74: 43-50.
41. MANN, J. (1973), *Time-limited Psychotherapy*, Harvard University Press, Cambridge.
42. MCINTOSH, V. V., BULIK, C. M., MCKENZIE, J. M., LUTY, S. E., JORDAN, J. (2000), Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa, *Int. J. Eat. Disord.*, 27: 125-139.
43. MCINTOSH, V. V., JORDAN, J., CARTER, F. A., LUTY, S. E., MCKENZIE, J. M., BULIK, C. M., et al. (2005), Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial, *Am. J. Psychiatry*, 162: 741-747.
44. MILLER, L. A., TABER, K. H., GABBARD, G. O., HURLEY, R. A. (2005), Neural underpinnings of fear and its modulation: implications for anxiety disorders, *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 17: 1-6.
45. MOSAK, H. H. (1998), Adlerian psychotherapy, in CORSINI, R. J., WEDDING, D. (eds), *Current Psychotherapies*, 5th ed, Peacock Publishers, Chicago p. 51-88.
46. MURATORI, F., PICCHI, L., CASELLA, C., TANCREDI, R., MILONE, A., PATTARNELLO, M. G. (2002), Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders, *Psychother. Psychosom.*, 71: 28-38.
47. PAMPALLONA, S., BOLLINI, P., TIBALDI, G., KUPELNICK, B., MUNIZZA,

- C. (2004), Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression, *Arch. Gen. Psychiatry*, 61: 714-719.
48. ROFFMAN, J. L., MARCI, C. D., GLICK, D. M., DOUGHERTY, D. D., RAUCH, S. L. (2005), Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy, *Psychol. Med.*, 35:1385-1398.
49. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
50. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 31-39.
51. SHULMAN, B. H. (1989), Some remarks on brief psychotherapy, *Individ. Psychol.*, 45: 33-38.
52. SIGAL, J. J., PARIS, J., KARDOS, M., ZIMMERMAN, G., BUONVINO, M. (1999), Evaluation of some criteria used to select patients for brief psychodynamic therapy, *Psychother. Psychosom.*, 68: 193-198.
53. SLEDGE, W. H., MORAS, K., HARTLEY, D., LEVINE, M. (1990), Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates, *Am. J. Psychiatry*, 147: 1341-1347.
54. SPERRY, L. (1989), Contemporary approaches to brief psychotherapy: A comparative analysis, *Individ. Psychol.*, 45: 3-25.
55. STEEL, Z., JONES, J., ADCOCK, S., CLANCY, R., BRINGFORD-WEST, L., AUSTIN, J. (2000), Why the high rate of dropout phenomenon from individualized cognitive behavior therapy for bulimia nervosa? *Int. J. Eat. Disord.*, 28: 209-214.
56. SVARTBERG, M., STILES, T. C., SELTZER, M. H. (2004), Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders, *Am. J. Psychiatry*, 161: 810-817.
57. SVRAKIC, D. M., CLONINGER, R., STANIC, S., FASSINO, S. (2003), Classification of personality disorders: Implications for treatment and research, in SOARES, J.C., GERSHON, S. (eds), *Handbook of Medical Psychiatry*, Marcel Dekker, New York, p. 117-48.
58. SVRAKIC, D. M., DRAGANIC, S., HILL, K., BAYON, C., PRZYBECK, T.R., CLONINGER, C. R. (2002), Temperament, character, and personality disorders: etiology, diagnostic, treatment issues, *Acta Psychiatr. Scand.*, 106: 189-195.
59. TENBRINK, D. (1997), Zur Theorie und Praxis der psychodynamischen Kurzpsychotherapie, *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 1: 3-31.
60. TIENARI, P., WYNNE, L. C., SORRI, A., LAHTI, I., LAKSY, K., MORING, J. et al. (2004), Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees, *Br. J. Psychiatry*, 184: 216-222.
61. WALLER, G. (1997), Drop-out and failure to engage in individual outpatient cognitive behavior therapy for bulimic disorders, *Int. J. Eat. Disord.*, 22: 35-41.
62. WEINRYB, R. M., RÖSSEL, R. J. (1991), Karolinska Psychodynamic Profile-KAPP, *Acta Psychiatr. Scand.*, 83(S): 363.

### Bibliografia della Postfazione

1. ABBATE DAGA, G., MARZOLA, E., AMIANTO, F., FASSINO, S. (2016), A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders, *Eat. Weight Disord.*, 21(4): 553-580.
2. ANDREWS, G., BELL, C., BOYCE, P., GALE, C., LAMPE, L., MARWAT, O., RAPEE, R., WILKINS, G. (2018), Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder, *Austral. New Zealand J. Psychiatry*, 52 (12): 1109-1172.
3. BOVERO, A., TORTA, R., FERRERO, A. (2006), A new approach on oncological pain in depressed patients: data from a clinical study using Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, *Psychooncology*, 15(S): 1-478.
4. BOVERO, A., IERACI, V., AMODEO, L., MALABAILA, A., FERRERO, A., TORTA, R. (2017), Combined therapy versus usual care in the treatment of depressed patient with pain, *Inf. J. Psychother. Pract. Res.*, 1 (1): 30-44.
5. BRUCE, K. R., STEIGER, H. (2005), Treatment implication of Axis-II comorbidity in Eating Disorders, *J. Treatment Prevent.*, 13(1): 93-108.
6. BRUSCHWEILER-STERN, N., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A.C., NAHUM, J. P., SANDER, L. W., STERN, D. N. (2007), The Foundational Level of Psychodynamic Meaning: Implicit Process in Relation to Conflict, Defense and the Dynamic Unconscious, *Int. J. Psycho-analysis*, 88(4): 843-860.
7. DEL CORNO, F. (2017), Further reflections about the document Psychotherapy for Anxiety and Depression: benefits and costs, *Res. Psychother. Psychopath. Process Outcome*, 20: 158-160.
8. EIFE, G. (2005), "Adlerian Essentials in Psychodynamic Therapy", Lecture, *23th Congress of International Association of Individual Psychology*, Turin. Panel: "Which Kind of Adlerian Psychotherapy? The Power of Different Theoretical Issues Underlying Different Clinical Practices".
9. FANSI, A., JEHANNO, C., LAPALME, M., DRAPEAU, M., BOUCHARD, S. (2015), Effectiveness of psychotherapy compared to pharmacotherapy for the treatment of anxiety and depressive disorders in adults: A literature review, *Sante Ment. Que.*, 40(4):141-173.
10. FASSINA, S., SIMONELLI, B. (2017), La ricerca in psicoterapia. La psicoterapia come ricerca, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 9-28.
11. FASSINO, S. (2017), Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 29-53.
12. FERRERO, A. (2004), Standardizzazione dei processi delle psicoterapie psicodinamiche: una revisione critica in prospettiva adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 35-46.
13. FERRERO, A. (2017), Processi ed esiti in psicoterapia: il ruolo della relazione terapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 55-68.
14. FERRERO, A. (2018), *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP). A Psychopathology-Based Treatment*. ASIIP, Croydon – London.

15. GALLESE, V., MIGONE, P., EAGLE, M. N. (2006), La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi, *Psicoter. Sc. Um.*, 40 (3): 543-580.
16. HARTMANN, A., WEBER, S., HERPERTZ, S., ZEECK, A., GERMAN TREATMENT GUIDELINE GROUP FOR ANOREXIA NERVOSA (2011), A Meta-Analysis of Standardized Mean Change, *Psychother. Psychosom.*, 80: 216-226.
17. HØGLEN, P. A., AMLO, S., MARBLE, A., BØGWALD, K. P., SØRBYE, O., SJAASTAD, M. C., HEYERDAHL, O. (2006), Analysis of the Patient-Therapist Relationship in Dynamic Psychotherapy: An Experiential Study of Transference Interpretations, *Am. J. Psychiatry*, 163 (10): 1739-1746.
18. HORVATH, A. O. (2005), The therapeutic relationship: research and theory, *Psychother. Res.*, 15: 3-7.
19. IERACI, V., BOVERO, A., PENNAZIO, F., TORTA, R. (2014), Pain, Depression and coping styles: assessment and evaluation in cancer pain population, *J. Pain Relief*, S2: 004, doi:10.4172/2167-0846.S2-004.
20. LEUZINGER, B., TARGET, M. (2002), *The outcomes of psychoanalytic treatment*, Whurr, London.
21. LYONS-RUTH, K., MEMBERS OF "THE PROCESS OF CHANGE STUDY GROUP" (1998), Implicit Relational Knowing: Its Role in Development and Psychoanalytic Treatment, *Inf. Ment. Health J.*, 19: 282-289.
22. McCABE-BENNETT, H., FRACALANZA, F., ANTONY, M. M. (2018), The Psychological Treatment of Generalized Anxiety Disorder, in DAVID, D., LYNN, S. J., MONTGOMERY, G. H. (eds), *Evidence Based Psychotherapy. The state of the science and practice*, Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
23. MORIANA, J. A., GALVEZ-LARA, M., CORPAS, J. (2017), Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations, *Clin. Psychol. Rev.*, 54: 29-43.
24. PITMAN, S.R., KNAUSS, D. P. C. (2020), *Contemporary Psychodynamic Approaches to Treating Anxiety: Theory, Research, and Practice*, Springer, New York.
25. ROTHSCHILD-YAKAR, L., LACOUA, L., STEIN, D. (2013), Changes in Patient Measures as Predictors of Therapists' Ratings of Treatment Collaboration and Change in Eating Disorder Subgroups, *Assessment*, 20(6): 752-763.
26. ROVERA, G. G. (1979), Il sistema aperto dell'Individual-Psicologia, *Quad. Riv. Psicol. Indiv.*, 4.
27. ROVERA, G. G. (2015), Lo stile terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.
28. SANDLER, J., DREHER, A. U. (1996), *What do psychoanalysts want?* Routledge, London.
29. SLAVIN-MULFORD, J., HINSELROTH, M. J. (2012), Evidence-based psychodynamic treatments in Anxiety Disorders: a review, in LEVY, R. A., STUART ABLON, J., KÄCHELE, H. (eds), *Psychodynamic Psychotherapy research. Evidence-based practice and practice-based evidence*, Humana Press, Springer, New York.
30. TORTA, R., MUNARI, J. (2010), Symptom cluster: Depression and pain, *Surg. Oncol.*, 9 (3): 155-159.

31. WESTEN, D., NOVOTNY, C. M., THOMPSON-BRENNER, H. (2004), The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials, *Psychol. Bulletin*, 130: 631-663.
32. WESTEN, D., THOMPSON-BRENNER, H., PEART, J. (2006), Personality and eating disorders, in WONDERLICH, S., MITCHELL, J., STEIGER, H. (eds), *Annual Review of Eating Disorders, Pt. 2*, Radcliffe Publishing, Oxford UK.

Secondo Fassino  
Via Milazzo 2  
I- 10133 Torino  
E-mail: [secondo.fassino@unito.it](mailto:secondo.fassino@unito.it)

Federico Amianto  
Viale XXV aprile 159/10 F  
I-10133 Torino  
E-mail: [federico.amianto@unito.it](mailto:federico.amianto@unito.it)

Andrea Ferrero  
Via Sommacampagna 6  
I-10131 Torino  
E-mail: [andfer52@hotmail.com](mailto:andfer52@hotmail.com)

## Verso una formazione di *per sé* psicodinamica dello psichiatra nell'era delle neuroscienze?

GIOVANNI ABBATE DAGA, ALAIN PORLIOD, SECONDO FASSINO

*Summary* – TOWARDS AN EDUCATION IN ITSELF PSYCHODYNAMIC OF THE PSYCHIATRIST IN THE AGE OF NEUROSCIENCE? **Objective:** the discussion and the urgent need to move towards a new way of being a psychiatrist has become evident at least since the early 2000s: the increase in psychiatrist burnout, the treatment resistance as one of the major public health problems, the risk of a biological reductionism of mental illness. Psychodynamic psychiatry provides a significant educational, scientific and therapeutic contribution for contemporary psychiatry, as a concrete application in the clinical practice of the biopsychosocial model, supported by developmental psychopathology, epigenetics and neuroimaging studies. The authors explore how the problem of the psychodynamic training of the psychiatrist during residency is observed and studied in the international literature. **Materials and Methods:** a literature search was undertaken in PubMed, from 2006 to 2020, using the words: *training + psychiatry + psychotherapy + resident*. **Results:** The search yielded 452 results, 194 were deemed relevant. 141 articles were related to non-specific training aspects of psychotherapy, while 53 related specifically to psychodynamic training. These 53 psychodynamic research titles were examined through abstracts and further divided into three groups: *general foundational aspects* (group 1-12 articles); *special aspects* (group 2, 15 articles); *other aspects* (group 3-26 articles). **Discussion:** the annual average of scientific production on this important topic is constant. A critical review of the studies examined highlights a wealth of comments, suggestions and observations based on personal clinical teaching experiences that counterbalance the lower amount of experimental data as measurements of the competence achieved by psychiatrists in training. The psychodynamic psychotherapy training is considered fundamental in psychiatry residency. The constructs of person and development are fundamental for diagnostic treatment in Psychodynamic Psychiatry. **Conclusion:** the resident psychodynamic training to the knowledge of the patient, himself and to the acceptance of oneself and the other is at the same time a scientific necessity and an ethical prerequisite. It is to be hoped that the psychiatrist's training in psychotherapy, in addition to constituting a possible super-specialization, favors the reduction of drop-outs and treatment resistance to, in particular with difficult patients. This would result in lower treatment costs and better quality of interventions, as well as in more effective burn-out prevention.

*Keywords:* NEUROSCIENZE; PSICHIATRIA PSICODINAMICA; FORMAZIONE

### I. Introduzione

C'è una crisi della psichiatria clinica: il modello Biopsicosociale (BPS) - sebbene l'ap-proccio di Engel sia più attuale che mai contro il dogmatismo psichiatrico e sarà confermato dai nuovi modelli scientifici [39] - sembra ridotto nell'applicazione quoti-

diana ad un mero ecletticismo, ad una giustapposizione spesso fuorviante e confusiva di farmaci e qualche colloquio psicologico con scarsa considerazione sugli aspetti patogenetici, trascurati dal DSM 5 nonostante già Kraepelin [51, 52] li considerasse non meno necessari per la clinica dei quadri clinici sintomatologici.

Numerose reviews evidenziano che una risposta modesta, una non risposta o risposta cessata ai trattamenti farmacologici nei disturbi psichiatrici maggiori è piuttosto la regola, che non l'eccezione: la sfida alla resistenza al trattamento è fondamentale nella pratica clinica psichiatrica [69, 99, 107].

I pazienti gravi difficilmente partecipano attivamente a una terapia in corso: alti tassi di abbandono, outcome negativi, ricadute e riospedalizzazioni più frequenti; più del 50% dei pazienti non sono curati adeguatamente. Tra i fattori che nel paziente influenzano il coinvolgimento al trattamento sembrano essere trascurati l'alleanza terapeutica, l'accessibilità all'assistenza e il desiderio che la terapia risponda *unicamente* ai propri obiettivi. L'assistenza finalizzata alla guarigione ha tra le priorità l'autonomia, la responsabilizzazione e il rispetto della persona con l'obiettivo di migliorare la partecipazione attiva al trattamento. La cura incentrata sulla persona è decisiva ai fini della partecipazione [31].

Occorre sollevare gli psichiatri dal fronteggiare eccessive pressioni, consentendo loro maggiore tempo per coinvolgere i pazienti in interazioni cliniche più significative e così permettere un trattamento che favorisca da subito il coinvolgimento del paziente; sempre di più nell'ultimo decennio si deve far fronte a risorse e tempo limitati e a un crescente controllo da parte di Enti che finanziano le cure e hanno la pretesa di incrementare l'efficienza del sistema [31].

In Italia, la legge 180/883 non poteva prevedere le attuali e mutate necessità di percorsi terapeutici residenziali anche lunghi e il problema del rapporto costo/efficacia delle cure. Altamura & Goodwin in un editoriale del BJP 2010 [7] osservavano come la maggior parte dei medici del territorio spesso fossero indotti a trascurare la psicopatologia clinica, abbandonare un *modello esplicativo della malattia*, incapaci di guidare un approccio veramente terapeutico, trasformandosi in assistenti sociali deputati a gestire in modo manageriale le necessità pratiche dei pazienti. Rifiutandosi di divenire semplicemente dei manager gli psichiatri dovrebbero maggiormente reclamare il loro ruolo diagnostico-terapeutico-medico come leader dei servizi ed innovatori: se non lo fanno non hanno futuro [7].

Nelle strutture residenziali italiane e nelle comunità terapeutiche per persone con psicosi, sono raramente impiegati i piani, progetti di trattamento standardizzati e scritti [29]; pochi pazienti mostrano un miglioramento di rilievo dopo un breve periodo di ammissione alle cure [9] e le previsioni dei clinici sulle dimissioni sono in genere sbagliate, con pochissimi pazienti dimessi dopo un anno [29].

## II. 1. *Occorre una revisione dell'identità dello psichiatra*

Il dibattito e l'urgenza di procedere verso una nuova modalità di *fare ed essere* psichiatra si erano resi evidenti almeno con il nuovo millennio (cfr. *Verso una nuova identità dello psichiatra?* Fassino 2002) [34]. Dieci anni fa in *World Psychiatry* 2010 (WP) Maj [87] aveva proposto un forum sull'identità attuale dello psichiatra, chiedendosi se questi sia una specie a rischio di estinzione. Il dibattito sull'aumento del burnout degli psichiatri era iniziato nel 2007 e proseguì con Kumar (2011) [80], con conferme provenienti da una allarmata ricerca sul campo di Braun e coll. (2010) [17] circa una troppo sfavorevole *imbalance effort-reward* negli psichiatri tedeschi.

In un altro editoriale di WP 2013 *Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry* [88] Maj introduce un forum sulle cause e rimedi di questa emergenza: la non-aderenza – un principale aspetto della resistenza - è il maggior problema di salute pubblica nonostante i notevoli progressi degli studi sull'efficacia dei trattamenti. Tra i topics assai evocativi appare quello di Naber e Lambert: *Should we listen and talk more to our patients?* [97].

Inoltre una ricerca di Chisolm [26] conferma che la pratica della psicoterapia da parte degli psichiatri è grandemente ridotta, circa del 35% negli ultimi 10 anni. L'aumentata prescrizione di psicofarmaci spiega tuttavia solo in parte il fenomeno della crisi della psichiatria.

Infine c'è un'evidenza convincente ma trascurata: i risultati del trattamento psicofarmacologico sono dipendenti tanto da fattori psicologici ed interpersonali quanto da fattori medici. La conoscenza, l'abilità e l'attitudine ad integrare un significato ad un processo prescrittivo dei farmaci rimangono sottorappresentate nel curriculum di formazione psichiatrica [89].

La psichiatria accademica si è focalizzata negli ultimi 20 anni sulle evidenze neuropsicologiche. Bracken e coll. [16] in un editoriale sul BJP propongono con argomentazioni persuasive che la psichiatria debba andare oltre il paradigma corrente. Holmes [62] rispondendo invita a guardare ciò che da alcuni anni è sotto gli occhi, risultante da crescenti evidenze scientifiche: sono ben evidenti infatti *verdi germogli della nuova psichiatria* di *per sé psicodinamica* supportata dalla psicopatologia dello sviluppo [20], che è l'attuale avanguardia e che attinge alla teoria dell'attaccamento, dalla neuroimaging e dall'epigenetica che avvalorano il modello psicodinamico [15, 109].

## II. 2. *Verso un nuovo ruolo della psicoterapia come fondamento della “nuova” psichiatria*

In un'era in cui è evidente un'ulteriore comprensione dell'interfaccia mente-cervello, la psichiatria spesso è ulteriormente riduzionista. L'egemonia della psichiatria biologica incoraggia un dualismo cartesiano in cui mente e cervello sono artificialmente separati.

La psicoterapia viene vista come il trattamento per i disturbi “a base psicologica”, mentre i farmaci sono il trattamento per i disturbi “basati sul cervello”. Questo dualismo semplicistico omette i chiari fatti per cui la psicoterapia deve lavorare attraverso i cambiamenti del cervello e per cui la mente è l’attività del cervello. Alcuni psichiatri contemporanei sembrano interpretare come provenienti da “direzioni opposte” l’idea di biologia e psicologia, suggerendo un dualismo epistemologico ed esplicativo tra i processi neurali e mentali.

Ciò sembra far parte di una “crisi d’identità” nella psichiatria che riflette il disaccordo sulla caratterizzazione dei disturbi psichiatrici come disturbi della mente o del cervello. Il dualismo in quanto tale non preclude l’interazione mente-cervello, ma supporta la posizione che mente e cervello possano essere funzionalmente distinti: la ricerca neuroscientifica mostra in che misura i processi mentali e neurali sono interdipendenti e si influenzano a vicenda nel mantenimento della salute mentale oppure nel causare malattie mentali [54].

L’enfasi crescente attribuita negli ultimi anni alle basi biologiche della malattia mentale ed il conseguente spostamento di attenzione verso i trattamenti farmacologici possono far perdere di vista gli aspetti psicodinamici: cercando il cervello si rischia di perdere la “mente”. Tuttavia l’attuale ricerca biopsicologica rivela come gli stessi fattori culturali modulino l’espressione genica e come i trattamenti psicologici modifichino l’attività cerebrale.

A vent’anni dalla pubblicazione del memorabile *New Intellectual Framework of Psychiatry* del premio Nobel per la Medicina E. Kandel [67] psichiatra e neurobiologo, gli studi sugli effetti cerebrali della relazione (psico)terapeutica evidenziano gli effetti neurobiologici trasformativi di ogni relazione psichiatra-paziente e quindi conferiscono *di per sé* valenza psicoterapeutica all’agire dello psichiatra.

La comprensione neurobiologica, la prescrizione di psicofarmaci, l’esatta collocazione diagnostica dei vari DSM e la puntuale programmazione riabilitativa non soddisfano la necessità di un incontro dialogico col paziente, del parlare con lui, di essere compreso più che spiegato. Considerare i vissuti e la personalità è irrinunciabile per la ricerca del *senso* del disturbo psicopatologico: i pazienti chiedono sempre più di essere ascoltati oltre che di essere trattati con i farmaci.

I fattori della personalità concorrono, com’è noto, alla trasformazione dell’effetto farmacologico in effetto terapeutico. Per un’applicazione concreta nella pratica clinica del modello biopsicosociale, su cui si fonderebbe la psichiatria attuale, servono allo psichiatra quindi conoscenze, competenze e capacità - pensare, fare, essere - che considerino il ruolo della personalità sia del paziente sia del terapeuta. Qui si collocano fattori importanti dell’efficacia delle cure.

### II. 3. *Dalle neuroscienze un ulteriore invito alle competenze psicoterapeutiche dello psichiatra*

I sintomi psicopatologici erano dalla *psicologia del profondo* concepiti al contempo come segnali dell'angoscia profonda e tentativo - controproducente - di rimedio e di difesa. Recenti ricerche nell'interazione geni-ambiente [67, 68], le acquisizioni brain imaging dei meccanismi inconsci di difesa della *neuropsicoanalisi* [101], convalidano sul piano neurobiologico quelle concezioni.

Da alcuni anni le evidenze di efficacia delle psicoterapie psicodinamiche [1, 40, 82, 83, 147] della CBT [109, 134] indicano che la psicoterapia in senso largo (contesto psicoterapeutico) e stretto (setting definito) è irrinunciabile per una psichiatria efficace, specie per affrontare le resistenze ai trattamenti sempre più spesso evidenziate [45, 107]. La psichiatria psicodinamica [43] fornisce un contributo educativo, scientifico e terapeutico significativo per la psichiatria contemporanea.

Gli psichiatri per recuperare e accrescere l'efficacia del loro ruolo clinico devono riappropriarsi degli aspetti specifici, tecnici, della professione medica innanzitutto da un punto di vista scientifico e formativo: è urgente riconsiderare come fondamentale per ogni tipo di azione psichiatrica la competenza e la capacità psicoterapeutica dello psichiatra, alla luce delle crescenti evidenze scientifiche sul fatto che *ogni relazione* è un agente biologico di trasformazione [124] curativa o iatrogena, a seconda della attitudine implicita oltre che esplicita del terapeuta [126].

Si intende qui competenza psicoterapeutica in accezione lata come attitudine - pensare, sentire, agire - nei diversi contesti di cura con atteggiamenti di alleanza di lavoro, ascolto partecipante, comprensione, ricerca di senso, significato e direzione, degli stadi di scompensazione, crisi, cronicità: in accezione specifica come capacità, modi di essere oltre che di fare, in definiti setting tecnici dove i fattori di cambiamento risiedono nelle dinamiche *relazionali implicite* come psicoterapia psicodinamica - breve o a tempo indeterminato - CBT, terapie di gruppo, con la famiglia.

Una delle relazioni plenarie dell'ultimo Congresso della Società Italiana di Psichiatria argomentava sul tema *Il nuovo volto della psichiatria ha uno sguardo psicoterapeutico?* [38] preconizzando un auspicabile sviluppo della psichiatria *di per sé* psicodinamica.

\*

La Psichiatria psicodinamica (PP), a partire dal pionieristico volume di Parenti & Pagani del 1986 [105], al classico manuale di Gabbard [45] fino al recente trattato di psichiatria neuropsicodinamica di Boeker, Harwitz e Northoff del 2018 [15], vuole comprendere al fine della cura - attraverso un'osservazione attenta e partecipante - *cosa* influenza e *difende* il sintomo psicopatologico, la sua doppia funzione

di espressione della sofferenza profonda del paziente e la sua funzione di *inconscia e automatica difesa*. In questo senso assumono importanza sia le dinamiche inconse della personalità del paziente, che precedono e mantengono il sintomo, sia le dinamiche relazionali del paziente a partire da quelle *qui e ora* col terapeuta (cfr. concetto di transfert). Pure il controtransfert si è spostato nel cuore della tecnica psicodinamica nell'operare quotidiano dello psichiatra [47].

Da una concettualizzazione ristretta di transfert del terapeuta verso il paziente si è ora giunti a un fenomeno complesso e creato congiuntamente che è pervasivo nel processo di trattamento. Molto è stato fatto riguardo all'adattamento tra paziente e terapeuta e il controtransfert è in gran parte determinato da quell'adattamento.

Un medico - osserva Gabbard [47] - deve ricordare che gli enactment che coinvolgono il controtransfert forniscono preziose informazioni su ciò che viene ricreato in ambito terapeutico. A questo proposito, i terapeuti sono saggi nel riconoscere che saranno coinvolti in vari ruoli nel corso della terapia e che mantenere una monotona distensione artificiale non è né desiderabile né utile.

A proposito del meccanismo d'azione *nel profondo* della psicoterapia appare innovativo il metodo delle neuroscienze *in prima persona* di Northoff [100]: è possibile descrivere come i processi psicodinamici associati ai meccanismi di difesa siano collegati all'attività neuronale. I diversi costrutti di meccanismi di difesa, secondo l'ipotesi psicoanalitica, potrebbero corrispondere ai meccanismi specifici funzionali attraverso cui l'attività neuronale è coordinata e poi integrata in differenti regioni cerebrali.

L'approccio psicodinamico e studi di brain imaging suggeriscono che regressione sensomotora e conversione isterica possono essere associate ad una disfunzione nel neural network che include corteccia orbitofrontale prefrontale media e premotoria. Una migliore comprensione di questi processi neuronali favorirà la conoscenza della neurofisiologia sottostante la transizione da meccanismi di difesa immaturi ad altri più maturi in psicoterapia.

La psichiatria neuropsicodinamica [15] fornisce un approccio diagnostico e terapeutico, nonché un modello scientifico, che comprende conflitti inconsci e dilemmi, nonché distorsioni nelle strutture intrapsichiche e relazioni oggettualizzate interne, al fine di spiegare, comprendere, indagare, diagnosticare e trattare i fenomeni psicopatologici.

Si concentra sulla funzionalità e disfunzionalità dei meccanismi psichici e neuronali e integra questi elementi nel contesto delle recenti scoperte nelle neuroscienze con un focus specifico sulla dimensione relazionale-sociale del cervello e del nostro sé. Le relazioni psicodinamiche sono discusse in un contesto neurobiologico con particolare interesse ai meccanismi neuropsicosociali alla base delle esperienze psichiche e delle relazioni sociali.

A proposito dell'interfaccia tra psicoanalisi e neuroscienze occorre sottolineare, osservano Di Giannantonio e Northoff nel loro recente editoriale su *Frontiers in Human Neuroscience* del 2020, come la psicoanalisi - ma si deve qui intendere il corpus delle psicologie del profondo - rappresenta un modello teorico complesso della mente umana; potrebbe essere uno stimolo utile per la ricerca neuroscientifica, orientando verso la soggettività e la natura relazionale dell'esperienza umana oltre che a dare importanza ai processi inconsci.

D'altra parte, pur rimanendo due aree distinte, la ricerca neuroscientifica adeguatamente progettata può contribuire ad un'espansione delle prospettive metapsicologiche della psicoanalisi stessa. Alcuni autori hanno posto i concetti psicoanalitici alla base della riflessione neuroscientifica, mentre altri hanno applicato una teoria psicodinamica della mente a beneficio dell'interpretazione dell'evidenza neuroscientifica empirica.

Altri autori hanno ancora progettato studi sperimentali volti a studiare meccanismi psichici che non sono stati esplicitamente concepiti secondo un quadro teorico psicoanalitico, ma che hanno aperto la strada a una rivalutazione e riconcettualizzazione dei concetti psicoanalitici stessi. Infine, per alcuni, questi aspetti misti rappresentano il punto di partenza per l'implementazione di approcci terapeutici in specifici disturbi mentali.

\*

Non c'è psichiatria che trascenda la validità dei principi psicoterapici: la psicoterapia dovrebbe essere considerata una scienza base della psichiatria [52]. Gran parte del lavoro clinico in psichiatria dipende dal curare la relazione col paziente e con la sua famiglia. Persino le interviste diagnostiche possono essere profondamente influenzate dalla mancanza di attenzione all'alleanza con il paziente.

Allo stesso modo, fatti come transfert, controtransfert, difesa, resistenza, identificazione empatica, influiscono anche sulle interazioni cliniche non specificatamente psicoterapeutiche. La formulazione esplicativa psicodinamica [93, 94] rappresenta uno strumento della competenza progettuale dello psichiatra, utile per la programmazione degli interventi biopsicosociali: si intende una descrizione che riassume le dinamiche di una situazione clinica in quanto si propone di spiegare la natura, le modalità e i tempi di sviluppo dell'esistenza e della crisi del paziente fino al momento presente. La formulazione esplicativa psicodinamica considera inoltre senso, significato e direzione, autoriparativi della crisi stessa, allo scopo di predire per quanto possibile le resistenze e l'evoluzione del caso.

Vent'anni fa ci si chiedeva [96] con arguzia e spirito se nella storia della scienza gli psichiatri che insegnano psicoterapia psicodinamica saranno considerati alla pari degli alchimisti e degli astrologi medioevali, che lasciano posto con riluttanza ai Newton e ai Galilei della neurobiologia, o saranno, invece, considerati come i monaci medioe-

vali che conservavano con cura gli scritti di Aristotele per evitare che la sua saggezza andasse perduta. La psichiatria, da sempre disciplina di confine tra scienze della natura e dello spirito [74], nell'attuale crisi d'identità, rischia di smarrirsi definitivamente o, al contrario, di arricchirsi straordinariamente a seconda di quanto consideri questa specificità. Soprattutto nel problema della formazione, la psichiatria deve confrontarsi non solo con le nuove forme d'espressività psicopatologica e con la diffusa infelicità dei potenziali pazienti, come pure dei medici e degli psichiatri, ma anche con la tentazione di un'identità forte che tradisce il suo specifico «essere di confine».

Le indagini neuroscientifiche possono dare l'impressione di avvicinarsi molto alla definitiva conoscenza della mente-cervello «alla comprensione di quei meccanismi neurobiologici che sottendono i più fini processi neuropsicologici e quindi mentali» [24]. Scienza della natura e scienza dello spirito non sono separate in psichiatria, né separabili. Ridurre, per quanto riguarda il disturbo mentale, le interazioni geni-ambiente a una semplice causalità lineare, per quanto interattiva, far coincidere il profilo neurobiologico dell'individuo, per quanto sofisticato e complesso, all'identità totale dello stesso, è un'operazione di riduttivismo tanto più fuorviante quanto più inconsapevole.

La frammentazione del ruolo professionale dello psichiatra in iperspecializzazioni, che si rivelerà utile per conoscenze e competenze più esaustive ed efficaci sugli specifici settori, rafforza la tentazione, il fascino dell'identità forte: questa non deve indurre a sottovalutare che la capacità specifica che deve caratterizzare ogni psichiatra è quella sui vissuti, di jaspersiana memoria, del paziente e sulle sue urgenze di senso.

Anche per ottenere dall'effetto farmacologico quello terapeutico nella farmacoterapia, crescenti sono le evidenze sull'importanza del vissuto del farmaco ai fini della compliance e dell'efficacia clinica [57]. Per molto tempo ancora la conoscenza, la competenza sulle emozioni del paziente richiederà allo psichiatra la capacità di individuare, riconoscere, orientare le proprie personali emozioni per interagire con quelle corrispondenti o non del paziente, a favore del suo paziente, per il quale sta allestendo o attuando un progetto terapeutico.

La conoscenza della mente richiederà sempre, verosimilmente, un uso specifico delle interazioni tra le menti: il *corpus* epistemologico della psichiatria anche, in futuro, non potrà che essere basato, tra l'altro, sul paradigma della complessità e su quello dell'intersoggettività [36].

I futuri psichiatri devono avere una solida conoscenza non solo dei principi della psicoterapia, ma anche dello sviluppo di psicoterapie sempre più efficaci e basate sull'evidenza, se vogliono essere leader sanitari efficaci. È importante considerare ciò che attira gli studenti di medicina in psichiatria e quanto la loro decisione di formarsi in psichiatria sia radicata nel desiderio di apprendere sia la psichiatria dinamica che

la psicoterapia nelle sue varie modalità. Non è un segreto che la qualità dell'insegnamento e dell'apprendimento della psicoterapia sia variabile nei vari programmi di formazione, in parte dovuta all'interesse degli stessi studenti, che potrebbero avere una propensione verso le dimensioni biologiche della psichiatria rispetto alle competenze di base della psicoterapia.

Inoltre, in alcuni contesti vi è una carenza di insegnanti formati nelle varie forme di psicoterapia [75].

### III. *La formazione psicodinamica dello psichiatra: una revisione della letteratura*

I risultati di una revisione della letteratura internazionale del quinquennio 1999-2004 a cura di Fassino e coll. [35] sul problema della formazione psicoterapeutica dello psichiatra evidenziava come tutti gli articoli esaminati suggerissero l'importanza di incrementare la formazione psicoterapica degli psichiatri, sottolineando la difficoltà nella valutazione della competenza veramente acquisita in un training formativo.

Tuttavia solamente 18 articoli sui 117 esaminati approfondivano in maniera esaustiva il tema e solo 3 lavori riportano dati sperimentali sul grado di formazione degli studenti: dati, tuttavia, difficilmente rapportabili al contesto italiano. Gli autori concludevano che una decisa implementazione della formazione psicodinamica alla conoscenza di sé e all'utilizzo delle conoscenze teoriche e tecniche e delle specifiche competenze e alla capacità relazionale, agente principale di cambiamento, risultasse allora necessaria. Solo così lo psichiatra avrebbe sviluppato la peculiare identità professionale di medico quale manager esperto del cambiamento del paziente.

#### *Materiali e metodi*

Ci siamo quindi proposti di esplorare quanto nella letteratura internazionale il problema della formazione psicodinamica dello psichiatra nel corso della Scuola di Specializzazione è osservata e studiata. Abbiamo dapprima esaminato la letteratura degli ultimi 15 anni (2006- 2020) sul problema della formazione alla psicoterapia durante la scuola di specializzazione in psichiatria.

A questo proposito è stato utilizzato il motore di ricerca Pub Med: in una prima indagine sono state impiegate tre parole chiave *training + psychiatry + psychotherapy* ottenendo 8236. Aggiungendo una quarta parola chiave *resident*, con l'intento di selezionare quegli studi specificamente riguardanti la formazione alla psicoterapia nel corso della scuola di specializzazione in psichiatria si sono ottenuti 452 articoli, di cui sono stati ricavati i titoli, autori e anno di pubblicazione della rivista.

Da questo elenco 194 studi sono stati ritenuti pertinenti: 141 riguardavano aspetti formativi aspecifici alla psicoterapia, mentre 53 riguardavano peculiarmente la formazione a carattere psicodinamico. Questi 53 titoli di ricerche a carattere psicodinamico sono stati esaminati tramite gli abstracts e ulteriormente divisi in tre gruppi (vedi tabelle 1; 2; 3).

Il *gruppo 1* comprende 12 lavori riguardanti gli *aspetti generali fondanti* la formazione psicodinamica dello specializzando in psichiatria, come per esempio definizione di psichiatria psicodinamica (PP) anche in attuazione al modello Biopsicosociale (BPS); le competenze e le capacità fondamentali nella formazione psicodinamica; la bibliografia di riferimento per lo studio dei principali argomenti come l'attaccamento; il programma dettagliato di un corso residenziale per l'apprendimento alla PP versus la psicoterapia cognitivo-comportamentale; il caso di una psicoterapia psicodinamica PTD in un paziente con schizofrenia condotta e descritta da uno specializzando in psichiatria; un progetto sperimentale di promozione alla PTD tramite soggiorno/visita residenziale, etc. etc.

Il *gruppo 2* comprende 15 lavori su *aspetti speciali* della formazione psicodinamica: transfert e controtransfert, difficoltà e ostacoli all'insegnamento e apprendimento della PP; l'insegnamento della ricerca in PP; formazione dei supervisori (2); la PP nella psichiatria di liaison; PP e aspetti culturali.

Il *gruppo 3* risulta di 26 lavori su *altri aspetti* come la PP in disturbi borderline, attacchi di panico, pazienti gravi, strategie diverse di insegnamento, la terapia personale, l'impiego di interviste, l'utilizzo di tecnologie, la psicofarmacologia, i rapporti tra psicodinamica e neurobiologia e la personalità del terapeuta.

### III. 1. *La psichiatria psicodinamica: aspetti fondamentali*

L'American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry (AAPDP) in collaborazione con l'American Association of Directors of Psychiatric Residency Training (AADPRT) considerava fin dal 2003 un obiettivo primario fornire agli specializzandi in psichiatria una solida formazione in psicodinamica [90].

Dieci anni dopo Friedman [43] in un editoriale di *Psychodynamic Psychiatry* pubblicava un vero e proprio *manifesto* della PP. Lo psichiatra psicodinamico vuole comprendere cosa influenza il sintomo, attraverso un'osservazione attenta del paziente; in questo senso assumono importanza sia le dinamiche intrapsichiche del paziente che hanno preceduto e determinato la manifestazione del sintomo, sia le dinamiche relazionali del paziente e la sua modalità di instaurare rapporti, anche con il terapeuta (concetto di transfert).

I trattamenti psicodinamici si basano sulla valutazione effettuata in base ad una *prospettiva evolutiva*. Si pone particolare attenzione al disagio psicologico e alla sintomatologia sia attuale sia trascorsa del paziente, alla sua storia di vita, ai traumi e alla sua storia familiare. Il comportamento del paziente viene considerato sia in chiave clinico-descrittiva, utilizzando criteri diagnostici DSM 5, sia in chiave narrativa, dando quindi spazio ad una dimensione più personale e soggettiva, che consideri la *patogenesi*, oltre la descrizione del sintomo.

Sebbene sia noto che molti fattori possano influenzare negativamente il benessere di un individuo, la PP sottolinea l'importanza di comprendere e modificare le motivazioni, irrazionali e ripetitive inconscie, che hanno determinato la manifestazione di sintomi e sindromi. Per la PP la "malattia" è quindi una manifestazione della persona nella sua totalità e non semplicemente il risultato, in termini di disagio psicologico, di un disturbo del sistema nervoso. Col passare del tempo la PP, come insieme di conoscenze e pratiche, cambierà, man mano che verranno approfondite le relazioni tra le neuroscienze, la psicopatologia, le emozioni e gli aspetti comportamentali dell'individuo. Attualmente le scuole di psichiatria e psicologia non supportano sufficientemente l'utilità di modelli che integrino le influenze biologiche, psicologiche e sociali sul comportamento: la PP, invece, fa proprio questo [43].

La PP è l'intersezione tra la psichiatria generale e la psicoanalisi come teoria della mente, ed è costruita su un modello BPS per comprendere e trattare i disturbi mentali. Il modello biomedico non è stato all'altezza delle sue promesse e non è supportato dalla scienza emergente con la stessa fermezza del modello BPS. Il "paziente difficile" emerge in parte dai limiti dei nostri modelli di trattamento [108]. Si può pensare alla PP come all'area di intersezione tra il dominio della psicoanalisi - come teoria della mente - e il dominio della psichiatria generale. La PP offre una prospettiva che permette di impegnarci, capire e aiutare il trattamento dei pazienti più complessi. Molti psichiatri di fatto hanno esperienza di pazienti di difficile trattamento, o, come sono solitamente chiamati "resistenti al trattamento".

Esistono caratteristiche relative al paziente e al disturbo che determinano un difficile trattamento del paziente; tuttavia ciò che è difficile non sta nel paziente ma nei clinici - osserva Plakun [108] - e nelle limitazioni dei trattamenti. Negli ultimi 20 anni, vi è stato un aumento dell'800% nelle citazioni sui disturbi psichiatrici resistenti al trattamento e la maggior parte degli studi dei nuovi trattamenti eliminano pazienti con disturbi in comorbidità. Tuttavia la comorbidità alla diagnosi è la regola piuttosto che l'eccezione nei disturbi depressivi resistenti al trattamento e in altri disturbi. Lo sviluppo della resistenza al trattamento potrebbe rappresentare una risposta alla perdita dell'*autorità* sul paziente, poiché diventa un contenitore passivo da cui ci si aspetta che si adegui agli ordini del clinico.

Dall'importante studio di Leichsenring & Rabung [82] risulta con evidenza che il trattamento psicodinamico è efficace in pazienti con comorbidità complesse che sono resistenti al trattamento: troviamo - tuttavia - la meta-analisi di Leichsenring & Rabung, pubblicata nel *Journal of the American Medical Association* piuttosto che in un giornale psichiatrico...!

*Di recente* Miller et al. [93] hanno allestito una bibliografia aggiornata e mirata a fornire agli specializzandi una base necessaria di conoscenze fruibile per un apprendimento formativo della PP: attento esame del contesto setting terapeutico; ascolto

attivo e riflessione sul significato degli interventi del terapeuta; transfert e uso del controtransfert come strumento diagnostico/terapeutico; meccanismi di difesa; sollecitazioni sul paziente verso la rievocazione; punti di vista teorici sull'azione terapeutica (ad es. psicologia dell'io, terapia relazionale, relazioni oggettuali, modello Kleiniano classico/moderno); il significato di ritardo, interruzioni del trattamento e conclusione, etc. etc. Per gli autori questo elenco funge da risorsa ausiliaria che può aumentare le discussioni nella supervisione della terapia, aiutando anche a standardizzare la base di conoscenza minima raggiunta nella teoria psicodinamica.

Tra gli argomenti ritenuti fondamentali nel bagaglio di conoscenze c'è il paradigma/teoria dell'attaccamento. La prospettiva evolutiva nella psicopatologia, base teorica pratica della PP, da pochi anni è infatti (ri)fondata sulle vicende dei processi di attaccamento [92].

Stili di attaccamento insicuro, ansioso o evitante sono associati a una vasta gamma di disturbi mentali: diversi studi dimostrano un collegamento tra attaccamento insicuro e vulnerabilità a disturbi mentali. Ci sono evidenze importanti che aumentando il senso di sicurezza d'attaccamento si riduce il rischio e l'intensità dei sintomi psichiatrici come disturbi post-traumatici da stress e disturbi alimentari.

Queste evidenze sottolineano gli effetti calmanti, curativi e terapeutici prodotti dalla attuale relazione terapeutica col terapeuta, come pure il comfort e la sicurezza offerta dalle rappresentazioni mentali di queste esperienze di attaccamento amorevole e di cura. L'esposizione al paradigma dell'attaccamento fornisce un modello di intervento, prevenzione e speranza per gli specializzandi mentre passano dall'apprendimento dei modelli fenomenologici della diagnostica psichiatrica ad altri parametri dello sviluppo e dell'intervento umano. [73].

La specializzazione in psichiatria caratterizzata dall'approccio psicodinamico secondo Goldberg & Plakun impiega *il modello Y della psicoterapia* [56] come competenza fondamentale dello psichiatra: per quanto riguarda la corretta indicazione in pazienti con psicopatologia adeguata, anche per percorsi che prevedano fasi successive di trattamento con obiettivi evolutivi.

Questo rappresenta i componenti cardine di tutte le psicoterapie sullo stelo della Y, le componenti specifiche della psicoterapia psicodinamica e della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) sulle braccia della Y. La familiarità con il modello Y può aiutare gli studenti a far fronte alla confusione che emerge quando provano ad imparare molti differenti tipi di psicoterapia. Il modello Y può anche essere un importante aiuto per gli insegnanti di psicoterapia psicodinamica.

L'uso del modello Y aiuta gli studenti ad osservare come i componenti specifici della psicoterapia psicodinamica emergono dal nucleo centrale. Aiuta anche gli studenti a confrontare la psicoterapia psicodinamica con la CBT (e altre terapie).

Uno studente che ha raggiunto un punto di confusione mentre sta facendo psicoterapia psicodinamica può essere invitato a “rimpicciolire” fino al modello Y, utilizzandolo per esaminare questo punto di confusione, “focalizzando poi indietro” per uno sguardo nuovo all’interazione paziente-terapeuta.

La valutazione dei percorsi formativi alla CBT e alla psicoterapia psicodinamica – intese come pietre miliari della capacità professionale dello psichiatra – è stata l’oggetto di una recente ricerca pilota del gruppo della Prof.ssa P. Ravitz dell’Università di Toronto [111]. Risultato importante e innovativo è stato quello per cui l’insegnamento e l’osservazione sono fattibili e possono essere valutati esaminando i cambiamenti nell’arco di un anno di formazione sugli elementi cardine delle due competenze. Sono state impiegate le registrazioni audio di sedute, selezionate casualmente da diverse fasi della psicoterapia psicodinamica e della CBT, con cinque specializzandi junior e dieci pazienti e valutate tramite Psychotherapy Process Q-sort (strumento pantateorico, in grado di fornire validi elementi per l’analisi dei processi terapeutici).

In entrambi i trattamenti è migliorato il coinvolgimento del paziente con attenzione alle emozioni durante la sessione. Nella CBT, gli specializzandi erano direttivi, sostenevano l’autoefficacia nei pazienti, enfatizzavano i pazienti che si assumevano la responsabilità per i loro problemi, discutevano di compiti a casa, come i diari personali e si concentravano sulla conclusione nelle ultime sessioni. Nella psicoterapia psicodinamica gli specializzandi hanno partecipato all’arousal emotivo e hanno connesso i sentimenti o le percezioni dei pazienti a situazioni o comportamenti passati.

La competenza come psichiatra psicodinamico richiede più che l’acquisizione di un corpo di conoscenze teoriche e di una serie di competenze tecniche, anche se queste sono ovviamente indispensabili. Richiede anche lo sviluppo o l’acquisizione di una serie di virtù - atteggiamenti di mente e di cuore che generano risposte abituali - che sono incorporate nel carattere e nella persona dello specializzando in via di formazione.

Queste *virtù psicodinamiche* secondo Brenner & Khan [19] includono un sottile ed esigente tipo di empatia, un atteggiamento di accettazione e affermazione, una curiosità e fiducia per quanto riguarda il sottostante significato, l’umiltà di fronte alla incertezza e all’ambiguità, l’apertura all’immersione nel transfert, e la soddisfazione in un range ristretto di potenziali gratificazioni.

I programmi di specializzazione tentano di fare uno screening sul potenziale riguardo queste qualità durante il processo di applicazione. Tuttavia, i programmi di specializzazione devono anche lavorare in modo esplicito per favorire lo sviluppo di queste qualità durante il percorso formativo. La creazione di un ambiente di supporto ancora aspirazionale, l’interiorizzazione di modelli di supervisione e l’incoraggiamento/opportunità per conoscere il proprio mondo interiore sono alcune delle potenziali vie attraverso le quali possiamo aiutare gli specializzandi ad acquisire virtù e quindi a raggiungere il loro potenziale come psichiatri psicodinamici [19].

Queste attitudini sembrano rappresentare gli atteggiamenti terapeutici fondamentali anche, e forse soprattutto, negli interventi psicodinamici brevi con pazienti difficili con schizofrenia come uno specializzando in psichiatria ben descrive nel caso del suo paziente Peter: *“Sono toccato dal coraggio di Peter di esplorare le sue personali aree di sofferenza. Lui continua a soffrire. Molti armadi ... gli rimasero chiusi nel nostro breve periodo terapeutico, e noi non abbiamo eliminato la sua psicosi.*

*Tuttavia, attraverso il processo psicodinamico, Peter iniziò a ricostruire una sfera di esistenza al di fuori della sua malattia. I suoi deliri e allucinazioni non solo sono diventate meno invadenti, ma Peter ha anche acquisito una maggiore tolleranza delle relazioni intime con gli altri. Ha modellato un aspetto più positivo di sé stesso. Ora però abbiamo la voce di Peter - che sale più forte dalle sue regioni allucinatorie - indicandomi di andare avanti, creando una breccia nella recinzione, chiamandoci ad essere uniti. (130, p. 73).*

### III. 2. *Aspetti speciali della formazione psicodinamica*

Un tirocinio di Psicoterapia Basata sul Transfert (TFP) secondo Bernstein et al. [13] e Chambers [25] costituisce un prezioso aiuto per gli specializzandi in psichiatria per imparare la psicoterapia psicodinamica. La competenza in psicoterapia psicodinamica è un requisito fondamentale, ma per una serie di ragioni, per gli allievi della scuola di psichiatria l'apprendimento della psicoterapia psicodinamica è difficile.

Gli autori descrivono la loro esperienza con un percorso di formazione elettivo in TFP, un trattamento manualizzato per i gravi disturbi di personalità. Vengono discusse le varie sfide nell'apprendimento della psicoterapia psicodinamica e come la TFP possa servire ad affrontarle: maneggiare la psicopatologia e una teoria della mente sintetica e coerente; imparare ad usare gli interventi associati a questa teoria; gestire le difficoltà di transfert e controtransfert. La formazione in TFP facilita l'acquisizione di maggior familiarità e padronanza con il più ampio campo della psicoterapia psicodinamica offrendo una strategia per affrontare le sfide inerenti l'apprendimento, offrendo anche molti spunti per comprendere e affrontare negli specializzandi il comune sentimento di sentirsi sopraffatti.

La formazione in TFP aiuta gli specializzandi a sviluppare "le conoscenze, attitudini e competenze" che possono essere implementate per aiutare i pazienti con disturbi di personalità in molti contesti al di fuori della clinica ambulatoriale psicoterapica [17]. La seconda sfida affrontata dagli specializzandi è imparare ad usare la matrice di tecniche necessarie per la psicoterapia psicodinamica.

Gli specializzandi devono capire che cosa vuol dire essere “tecnicamente neutrali” senza diventare inefficaci o emotivamente distaccati. Il terapeuta deve trattare il paziente con “civiltà e cortesia” piuttosto che con la fredda neutralità che è la caricatura di un terapeuta psicoanalitico.

Un importante compito nell'apprendimento della psicoterapia psicodinamica è quello di identificare, tollerare e utilizzare i sentimenti di transfert e controtransfert. Per molti terapeuti lo sforzo di comprendere l'esperienza del paziente è di *per sé* supportivo piuttosto che contenitivo. Il contratto terapeutico TFP, che anticipava la presenza di opposizioni e resistenze e specificava l'impegno alla terapia per un anno, ha permesso allo specializzando di gestire la sua ansia con il paziente.

Le collusioni sono comuni nel trattamento di questi soggetti borderline che spesso usano l'identificazione proiettiva, attraverso la quale le esperienze dolorose vengono proiettate sul terapeuta e combinate con tentativi di controllare il comportamento e l'esperienza del terapeuta: la collusione dello specializzando con il paziente, discusso in una vignetta clinica, favoriva il fatto che entrambi evitassero sentimenti troppo dolorosi, pur apparentemente lavorando in terapia.

Da molti osservatori è stato ritenuto "imminente e forse inevitabile" il crollo della psicoterapia psicodinamica eseguita dagli psichiatri. L'articolo di Drell [32] documenta la diminuzione negli ultimi 25 anni della formazione in psicoterapia psicodinamica nelle Scuole di Psichiatria. Questo processo sarebbe inevitabile a causa di un marcato cambiamento di paradigma nella psichiatria in risposta a scoperte eccitanti e rivoluzionarie nelle neuroscienze, tra cui l'imaging del cervello, il progetto del genoma umano e la psicofarmacologia. La scienza, si potrebbe dire, si sta inesorabilmente spostando, in apparenza, da un focus sulla mente a quello sul cervello.

Questo cambiamento di paradigma sembra aver messo a dura prova la pratica della psicoterapia psicodinamica, anche se lo stesso focus sulle neuroscienze ha chiarito invece che le psicoterapie hanno la capacità di cambiare il cervello, come i farmaci. Vi sono tuttavia argomenti altrettanto convincenti secondo cui la terapia psicodinamica è vittima dei suoi alti costi, dei risultati discutibili e dei desideri sociali di soluzioni rapide e ridotti finanziamenti per l'assistenza sanitaria. Alla lista dei fattori sociali che contribuiscono a questa situazione Drell in un successivo articolo del 2017 [33] esamina le risposte sociali che potrebbero contrastare un declino nella pratica della psicoterapia psicodinamica da parte degli psichiatri.

Gli ostacoli all'apprendimento derivano anche da alcuni vissuti sfavorevoli durante la Scuola di Psichiatria. L'esperienza degli psichiatri in formazione psicodinamica può essere infatti talvolta vissuta come *scoraggiante*, come è emerso dallo studio di Cohen & Hatcher [28]. È stata impiegata una metodologia qualitativa e un'intervista semi-strutturata, audio-registrata di 12 partecipanti. Il concetto centrale di "compito scoraggiante" è stato sviluppato e collegato alle principali categorie di "tirocinante: shock e timore", "paziente: protetto e temuto", "supervisore: deludente o ammirato/riverito", "contesto più ampio", "fare e imparare la psichiatria nel 21° secolo". La ricerca ha identificato diversi fattori in ciascuna delle principali categorie che hanno contribuito a definire come scoraggiante l'esperienza della formazione psicodinamica.

Ciononostante, gli specializzandi partecipanti allo studio hanno sottolineato l'importanza del conoscere la psicodinamica e l'importanza della formazione nel facilitare questo.

Altri aspetti demotivanti riguardano aspetti organizzativi delle scuole come debiti economici della formazione, strutture in cui praticare, gestione intrusiva e politiche di rimborso che svalutano la psicoterapia e scoraggiano gli psichiatri all'inizio della loro carriera ad una pratica che favorisca l'uso della psicoterapia [27]. La competenza psicoterapeutica è essenziale perché lo psichiatra è l'unico come medico che può/deve assumersi la piena responsabilità della cura BPS del paziente - articolando interventi farmacologici psicoterapeutici e riabilitativi - in ruoli come quello di supervisore, consulente e team leader.

Gli psichiatri tuttavia al termine della specializzazione si trovano ad affrontare un ambiente in cui i sondaggi mostrano un declino costante e allarmante della pratica della psicoterapia da parte degli psichiatri, insieme a un calo della soddisfazione professionale. Gli autori [27] propongono alcuni interventi che potrebbero correggere questi ostacoli alla formazione:

- 1) una vigorosa difesa per migliori livelli di pagamento per la psicoterapia e la limitazione di una gestione poco costruttiva;
- 2) azione ferma contro le violazioni del Parity Act;
- 3) preparazione attiva degli specializzandi psichiatri al fine di affrontare le scelte durante la propria carriera e nei confronti del contesto attuale per fornire psicoterapia nella loro pratica;
- 4) formazione post-laurea in psicoterapia attraverso supervisione/consultazione, corsi di formazione continua, formazione tramite computer e apprendimento a distanza [27].

Altri ostacoli difficoltà ed all'apprendimento e insegnamento della terapia psicodinamica si ritrovano nel *duro lavoro quotidiano* degli specializzandi di psichiatria [64]. Nella pratica, l'insegnamento degli elementi teorici e pratici della PP può scontrarsi con assenze frequenti, pesanti turni di guardia, arrivi in ritardo e uscite anticipate degli specializzandi. Questi ostacoli possono essere parzialmente superati concentrandosi su argomenti che possono essere esplorati nel corso di una singola lezione. L'autore suggerisce tecniche *pedagogiche* di umorismo, psicodramma, materiale clinico del caso ben delineato, che suscitino interesse, partecipazione di gruppo, dimostrata immediatezza di applicazione, evitando la terminologia poco chiara o differenze teoriche sfumate.

I problemi dell'insegnamento della PP e della formazione dei supervisori è stato affrontato in diversi articoli da alcune diverse ottiche. Sono descritti programmi di formazione standard per insegnare ai supervisori della psicoterapia aspetti efficaci, etici e legali della supervisione [112]. In un altro articolo è presentato in dettaglio un corso di terapia psicodinamica di specializzazione in psichiatria: il contenuto e le tecniche di insegnamento utilizzate nel contesto dell'evoluzione negli ultimi due decenni, una

guida alla pratica basata sull'evidenza [9, 128], insieme alle sfide dell'insegnamento di questo argomento nel contesto attuale.

Vengono spiegati gli elementi centrali di un programma di insegnamento psicoterapico emozionante e coinvolgente: sentimenti, contesto e libertà. Sono affrontati inoltre argomenti specifici come la formulazione psicodinamica, l'uso di video, l'auto-divulgazione e la resistenza [128]. Si ritiene inoltre che insegnare agli specializzandi a far ricerca in psicoterapia aiuterà lo sviluppo di una generazione di clinici in grado di riconoscere meglio il valore di un approccio psicodinamico per i pazienti [21].

Le risorse limitate nell'educazione psicodinamica nella formazione in psichiatria hanno portato l'American Academy of Psychodynamic Psychiatry and Psychoanalysis a creare il *Victor J. Teichner Award* [70]. Questo premio finanzia uno studente di psicodinamica a visitare una scuola di specializzazione in psichiatria per insegnare agli specializzandi e alla facoltà per un periodo di 2-3 giorni. Tramite una procedura osservazionale mediante sondaggi online anonimi sono stati effettuati prima e dopo la visita a 88 specializzandi di tre programmi di specializzazione.

Nel confrontare i gruppi pre-visita e post-visita, gli specializzandi si sono giudicati significativamente migliorati nella psicoterapia psicodinamica per quanto riguarda il loro livello di competenza, la loro capacità di ascoltare e la loro capacità di effettuare interventi. Inoltre, gli specializzandi in programmi a ridotta componente psicodinamica hanno espresso forte interesse nell'apprendimento delle abilità psicoterapiche generali e psicodinamiche nonostante frequentino programmi con orientamento principalmente biologico. Questi risultati suggeriscono che programmi brevi e intensivi per migliorare l'insegnamento psicodinamico sono utili nella formazione in psichiatria e possono comportare un aumento significativo del senso di competenza psicodinamica degli specializzandi.

Le somiglianze culturali nella diade terapeutica possono migliorare il trattamento facilitando la comprensione delle tradizioni e del linguaggio culturali. Tuttavia, le similitudini possono anche essere un ostacolo e l'attenzione al processo rimane fondamentale. Il semplice presupposto che l'abbinamento culturale migliora invariabilmente il trattamento può minare la capacità di riconoscere le insidie legate alle questioni culturali per il terapeuta. Un'osservazione equilibrata di transfert e controtransfert, sostenuta da un'attenta supervisione, può risolvere tali potenziali problemi [113].

Alcune iniziative esemplari promosse dalla World Psychiatric Association hanno evidenziato in nazioni di aree svantaggiate del mondo - Indonesia, Iran, Malaysia, Thailandia - come la PP risulta in questi paesi una materia stimolante da insegnare e da apprendere [8]. Oltre alle carenze logistiche e psichiatriche della forza lavoro, adeguati adattamenti culturali richiedono uno sforzo creativo per rendere la PP rilevante anche al di fuori dei paesi ad alto reddito.

I risultati conseguiti in queste regioni sono presentati come possibili modelli da emulare altrove. Attraverso collaborazioni internazionali possono essere implementati metodi pedagogici innovativi che includono tutoraggio attentamente realizzato e incorporano la videoconferenza in combinazione con le visite in loco. L'enfasi sul mentoring è essenziale per formare adeguatamente i futuri supervisori della psicoterapia psicodinamica.

L'approccio psicodinamico può essere applicato a tutti gli aspetti del lavoro di consultazione e liaison. Di particolare utilità possono essere i derivati del controtransfert classico, che possono essere visti come reazioni e identificazioni dallo psichiatra curante o dall'équipe medica per il paziente che possono interferire con cure efficaci [14]. La teoria dell'attaccamento viene rivista come particolarmente utile nella relazione medico-paziente dei pazienti con patologie fisiche [98].

L'impatto del controtransfert, specialmente nella relazione con pazienti difficili e "odiosi" è rilevante per gli esiti delle cure, in particolare serve ad esplorare le dinamiche che circondano l'argomento del *suicidio assistito* dal medico, in quanto riguarda la comprensione della richiesta di morire di un paziente. Speciale attenzione viene data alle sfide che circondano l'esperienza unica degli specializzandi che imparano come *trattare* i pazienti con patologie mediche nei servizi di consultazione-liaison.

Gli specializzandi che completano la loro formazione durante le rotazioni in servizi di consultazione-liaison sono implicitamente tenuti a riconoscere e considerare le reazioni controtransferali quando offrono raccomandazioni cliniche ai pazienti. Jimenez et al. [66] tramite una revisione della letteratura rilevano una notevole mancanza nell'insegnamento di queste abilità agli specializzandi psichiatri e confermano l'importanza della formazione nella gestione del controtransfert nell'ambito della consultazione-liaison. Allo stesso tempo propongono indirizzi futuri per la ricerca e l'insegnamento, promuovendo l'istituzione di linee guida per la formazione in PP in ambito ospedaliero.

### III. 3. *Altri aspetti della formazione psicodinamica*

Tra i lavori esaminati in questo terzo gruppo particolarmente innovativo risulta l'intento di valutare i processi minimi negli scambi all'interno della relazione terapeutica. Da oltre vent'anni Stern e il Boston Group [129] studiano i *now moment* tra i fattori impliciti di cambiamento nel setting. Il gruppo di Debora Cabaniss e coll. [22] della Columbia University NY osserva come i programmi generalmente insegnano la psicoterapia psicodinamica usando la didattica e la supervisione di gruppo, con più ore di insegnamento su questa modalità che su CBT o sulla psicoterapia di supporto.

Come parte del prossimo sistema di accreditamento le Scuole di Specializzazione in psichiatria sono incaricate di sviluppare obiettivi specifici nel tentativo di trasforma-

re competenze a tratti astratte in aspettative maggiormente uniformi, significative e trasparenti. Considerando che non sono ancora ben definiti e pubblicati gli strumenti per valutare le competenze in psicoterapia, specialmente per quella psicodinamica, il gruppo di Cabaniss e coll. [22] propone il test *Microprocess Moment* sulle abilità di psicoterapia. Il termine "microprocesso" si riferisce al *momento/scambio* di momenti tra paziente e terapeuta; in tal modo, *The Microprocess Moment* è un'istantanea di un breve episodio nel trattamento.

Questa valutazione non si limita a misurare l'adesione a una tecnica specifica - come si potrebbe determinare ad esempio dal rivedere un video - dal momento che dimostra non solo quello che dicono gli specializzandi ma anche *come* stanno pensando. Utilizzo del *Microprocess Moment* per valutare gli specializzandi nel lavoro in psicoterapia psicodinamica ci permette di imparare non solo quello che dicono, ma anche come pensano. A differenza di un esame, è individualizzato, chiede agli specializzandi di discutere il proprio lavoro e cattura la loro capacità di riflettere e costruire interventi. Infine, offre una buona opportunità per l'insegnamento e apprendimento tra pari. Questo strumento valuta sia le capacità di ascolto, gli affetti, transfert, controtransfert, temi inconsci, come pure le riflessioni sul tema: discussione sull'uso dei principi della scelta degli interventi (dalla superficie alla profondità, a seguito dell'affetto, attenzione al controtransfert); discussione sull'uso dei principi di appropriatezza (fase del trattamento, stato dell'alleanza, forza dell'io).

Al termine del percorso di formazione gli specializzandi in psichiatria dovrebbero avere competenze sugli aspetti comuni a tutte le psicoterapie (ad esempio, creare un'alleanza terapeutica, ascoltare empaticamente, mantenere i confini), così come competenze specifiche in tre modalità psicoterapeutiche: psicodinamica, supportiva e cognitivo-comportamentale. Gli autori ritengono che saper condurre la psicoterapia sia un'abilità chiave per gli psichiatri e una competenza fondamentale da acquisire durante la scuola di specializzazione in psichiatria.

Considerate le difficoltà alla formazione psicoterapeutica alle competenze durante la Scuola di Specializzazione psichiatrica Bernanke & McCommon [12] propongo un programma formativo denominato *Buona gestione psichiatrica per il disturbo borderline della personalità* (GPM) basato su evidenze di efficacia semplificato e psicodinamicamente strutturato per la gestione ambulatoriale di pazienti con disturbo borderline della personalità, uno dei disturbi più impegnativi che gli specializzandi devono imparare a trattare.

Nel loro studio gli autori forniscono una panoramica del GPM e mostrano che tale formazione soddisfa un requisito fondamentale per la formazione in psicoterapia di supporto, è utile per il training in psicoterapia psicodinamica e si può applicare ad altri gravi disturbi della personalità, in particolare al disturbo narcisistico. Il programma è basato sul *modello di ipersensibilità interpersonale* utilizzato in GPM come un modo

semplice per i medici di collaborare con i pazienti nell'organizzazione di approcci alla psicoeducazione, rivolta a favorire l'alleanza terapeutica, a definire gli obiettivi del trattamento, alla gestione dei casi, all'uso di più modalità di trattamento e alla sicurezza del setting.

Un cambiamento del modello di *ipersensibilità interpersonale* che include l'ipersensibilità intra-personale può essere utilizzata per affrontare i problemi narcisisti, spesso presenti nel disturbo borderline della personalità. Fornendo alcuni esempi e vignette cliniche per rendere conto dei cambiamenti dopo un anno di supervisione gli autori sostengono che queste caratteristiche rendono GPM ideale per gli specializzandi in psichiatria nel trattamento dei loro pazienti più impegnativi.

La Psicoterapia focalizzata sul transfert TFP, un trattamento psicodinamico documentato per gravi disturbi della personalità è stata proposta nella specializzazione in psichiatria generale come un modello molto utile e applicabile per gli specializzandi in contesti clinici di pazienti con crisi acute [133]. La formazione in TFP durante la specializzazione può fornire un modello facilmente applicabile per comprendere e trattare la patologia della personalità in una varietà di ambienti, anche per gli specializzandi che non perseguono una formazione aggiuntiva in trattamenti psicodinamici.

Anche se la TFP è stata sviluppata come trattamento ambulatoriale a lungo termine, gli autori hanno trovato il quadro diagnostico e teorico e le tecniche cliniche descritte nel manuale di trattamento TFP utili in ambienti per i trattamenti d'urgenza. Nell'esperienza degli autori, gli specializzandi trovano questo modello di comprensione e di lavoro con pazienti con disturbi della personalità piacevoli da imparare e facili da applicare.

Il problema del ruolo della psicoterapia psicodinamica personale nella formazione di uno psichiatra competente è stato affrontato - almeno per quanto abbiamo potuto reperire nella letteratura esaminata in questi ultimi quindici anni - solo da uno studio di Brenner [18] del Dipartimento di Psichiatria di Boston.

L'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) aveva promosso un'iniziativa relativa alle competenze che sta causando un cambiamento di paradigma nella formazione psichiatrica. L'American Association of Directors of Psychiatric Residency Training (AADPRT) ha valutato linee guida specifiche per le competenze in ogni tipo di psicoterapia, tra cui la psicoterapia psicodinamica. Secondo queste linee guida lo specializzando "dimostrerà la comprensione del concetto dell'inconscio" e anche del comportamento sottostante "i molteplici e complessi significati".

A tal fine, lo specializzando dovrebbe essere in grado di stabilire un'alleanza con il paziente che consenta "un'indagine sulla vita interiore del paziente". Infine, le linee guida di AADPRT specificano che lo specializzando dovrebbe essere in grado di riconoscere, utilizzare e gestire aspetti di transfert e controtransfert e di "utilizzare l'auto-riflessione per conoscere le proprie risposte ai pazienti".

La psicoterapia è diversa da altre procedure mediche: richiede la consapevolezza delle risposte interne sia del paziente che del terapeuta, competenza assai difficile se gli specializzandi non hanno pieno accesso ai processi di una psicoterapia psicodinamica completa.

Guardare una psicoterapia non permetterebbe al giovane medico di osservare le esperienze soggettive cruciali dei partecipanti alla terapia, come ad esempio quanto sia reale il transfert, quanto il terapeuta si senta angosciato e confuso dai sentimenti di controtransfert o quanto siano forti le pressioni dell'identificazione proiettiva. Tuttavia molti specializzandi, così come molti docenti, hanno guardato e sperimentato questa procedura attraverso la partecipazione alla propria terapia personale.

L'apprendimento della psicoterapia ha aspetti peculiari rispetto all'apprendimento di altre abilità in medicina, quali la formazione personale; impegnarsi in psicoterapia personale ha a lungo ricoperto un ruolo aggiuntivo non ufficiale alla formazione della specializzazione in psichiatria. Anche se la il Residency Review Committee for Psychiatry (RRC) indica la necessità di competenza nella psicoterapia, i set di abilità descritti per la psicoterapia psicodinamica sono essenziali in ogni ambiente di trattamento [18].

Le caratteristiche professionali e personali proprie - la cui conoscenza è tra gli obiettivi di un training personale su di sé - sembrano rilevanti ai fini degli esiti delle psicoterapie con i propri pazienti. Una ricerca assai innovativa su questi aspetti è quella di E. Heinonen e coll. [60] che si propone di evidenziare se i tratti di personalità del terapeuta possono essere predittori dell'outcome nella psicoterapia psicodinamica long term (LPP) e in psicoanalisi (PA).

Nel 2013 lo stesso autore aveva rilevato che psicoterapeuti attivi ed estroversi producono una più rapida riduzione dei sintomi nella terapia a breve termine rispetto a quella a lungo termine.

Quelli più cauti e non invasivi sono più efficaci nella terapia a lungo termine nel corso dei tre anni di follow up. Lo studio del 2014 riguarda 58 terapeuti esperti: terapeuti professionalmente meno confermati e personalmente più forti e meno distaccati erano predittori di minori sintomi in PA rispetto alla LPP alla fine del *follow up*. Uno stile relazionale più moderato, esperienze di difficoltà nel lavoro e sensazione di avere buone capacità predicono una più rapida diminuzione dei sintomi nella LPP, indicando quindi delle differenze tra PA e LPP nel processo terapeutico.

Questi risultati mettono in dubbio i benefici della posizione "classica" di psicoanalista neutrale nella PA. Indicano inoltre la necessità di una valutazione più approfondita del processo terapeutico dei due trattamenti e nel confronto tra i due, che potrebbe aiutare nel training e nelle supervisioni dei terapeuti [67].

#### IV. *Discussione*

##### IV. 1. *L'accidentato cammino verso una psichiatria di per sé psicodinamica*

Nella nostra precedente overview del 2005 *Percorso formativo psicodinamico per lo psichiatra nell'era delle neuroscienze* avevamo rilevato nel periodo esaminato, 1999-2004, come pienamente riguardanti al tema 18 studi. Nella presente rassegna nel periodo 2006-2020 su 452 articoli rintracciati risultavano strettamente pertinenti 53 articoli. Quindi dal nostro punto di osservazione la media annuale di produzione scientifica su questo importante argomento risulta invariata negli ultimi anni rispetto al primo quinquennio considerato. Il cammino verso la PP è a tratti travagliato ma prosegue, con picchi di importante conferma e sviluppo.

Una revisione critica degli articoli esaminati evidenzia una ricchezza di commenti, suggerimenti e osservazioni basati su esperienze cliniche di insegnamento personali, che fanno da contrappeso alla minor frequenza di dati sperimentali come misurazione della competenza raggiunta dagli psichiatri in formazione, soddisfazione dei pazienti alle terapie, grado di sviluppo delle lezioni e della pratica clinica. Spiccano alcuni studi su esperienze pilota per favorire la formazione psicodinamica [70, 122] come pure quelli di valutazione delle competenze acquisite [22] anche tramite interviste [23] e sulla valutazione della personalità dei terapeuti in riferimento agli esiti dei trattamenti psicodinamici [60].

La PP si conferma comunque un modo di pensare che pone la persona al centro della comprensione e del trattamento diagnostico. Questa enfasi sulle caratteristiche uniche di un individuo è tuttavia in disaccordo, osserva Gabbard nel 2018, con gran parte del pensiero psichiatrico contemporaneo, che è orientato invece a identificare una serie di criteri progettati per identificare categorie diagnostiche discrete con supposte basi biologiche. I costrutti psicodinamici sullo sviluppo e sulla persona si trovano invece al centro della comprensione e del trattamento diagnostico nella PP Gabbard [46].

Il più autorevole journal in ambito psichiatrico internazionale *World Psychiatry* espressione della *World Psychiatry Association WPA* ha riportato di recente un articolo assai esaustivo di Gabbard [47] sul valore e la rilevanza del controtransfert nel lavoro clinico dello psichiatra, a prescindere dal setting: è questo il cuore della formazione psicodinamica!

##### IV. 2. *Psichiatria psicodinamica: una definizione ormai consolidata*

Mentre i dati USA rilevano una tendenza alla diminuzione della pratica della psicoterapia tra psichiatri, una ricerca di Hadjipavlou et al. [59] sugli psichiatri canadesi ne ha evidenziato una spiccata tendenza all'aumento: più dell'80% degli intervistati, che hanno iniziato la loro pratica professionale negli ultimi dieci anni, dichiara di pratica-

re la psicoterapia, soprattutto la psicoterapia di supporto e il principale orientamento teorico è quello psicodinamico. La mancanza di tempo nei servizi di salute mentale è considerato l'ostacolo principale alla pratica della psicoterapia, che viene comunque spesso associata alla farmacoterapia.

a) La PP è caratterizzata dal peculiare modo di pensare non solo rispetto ai propri pazienti, ma anche rispetto a sé stessi nel campo interpersonale tra paziente e terapeuta, che comprende il conflitto inconscio, le distorsioni delle strutture intrapsichiche e le relazioni oggettuali interne. La percezione analitica è lo strumento principale: le emozioni del paziente, le proprie e quelle che si attivano in risposta a quelle del paziente come strumento di diagnosi ed intervento [115].

L'interazione della personalità del paziente con quella del terapeuta come specifica potenzialità trasformante, fondata su una *competenza sui significati*. "Per vedere nella mente di un altro dobbiamo immergerci ripetutamente nelle sue associazioni e sentimenti e per cogliere il valore unico della sua esperienza soggettiva dobbiamo utilizzare la sua relazione con noi" [45].

La PP nasce dalla fusione tra la *psicologia del profondo* psicoanalitica ed extra-psicoanalitica, le neuroscienze e la psichiatria accademica. Questa nuova psichiatria sta cercando di radicarsi in un ambiente, quello delle Scuole USA, intellettualmente complesso. Attualmente infatti, secondo Plakun [108], la maggior parte degli orientamenti e delle scuole di psichiatria e psicologia non supportano sufficientemente l'utilità di modelli che integrino le influenze biologiche, psicologiche e socio famigliari sul comportamento: la PP, invece, fa proprio questo [43, 56, 108]!

Nei contesti di cura i clinici della PP sono attenti a tutto ciò che il paziente comunica, poiché il flusso dei pensieri e delle emozioni che il paziente racconta è in grado di rivelare significati e conflitti interiori dei quali il paziente può avere poca o nessuna consapevolezza. Infatti sono proprio questi significati e conflitti che influenzano lo sviluppo e la manifestazione del sintomo mediante processi inconsci.

La formulazione esplicativa psicodinamica [36, 45, 84, 85, 86], come si è detto sopra, rappresenta il tipico strumento della PP per *comprendere* il disagio del paziente: sia diagnostico - per fare ipotesi di lavoro sul conflitto/deficit inconscio e sulle difese coinvolte nel processo psicopatologico - sia progettuale, per la programmazione degli interventi BPS ad personam [36]. Tale procedura diagnostico-relazionale richiede, per Rovera, un adeguato *stile terapeutico* [119] fondato su un corrispondente sviluppo dello stile di attaccamento. Nessuno psichiatra secondo un recente Editoriale del BJP [5] dovrebbe essere privo della competenza/capacità professionale riferita alla teoria dell'attaccamento che ha ricevuto molte conferme da studi di brain imaging. Questa può aiutare a migliorare i servizi fornendo una *base sicura a relazioni a lungo termine*, coerenza del personale e supporto per gli accompagnatori.

I medici coinvolti nella gestione dei servizi di salute mentale hanno bisogno di condividere le loro conoscenze/competenze della teoria dell'attaccamento con i committenti e fornire loro convinzioni su come questo possa migliorare i risultati nel contesto della fornitura di assistenza a lungo termine per le persone con disturbi. Meccanismi difensivi e conflitto sono due costrutti ipotetici che costituiscono il cuore degli approcci psicodinamici per capire e trattare la psicopatologia clinica.

I meccanismi difensivi mediano fra i desideri dell'individuo, i bisogni e gli affetti da un lato e le relazioni oggettuali internalizzate e la realtà esterna dall'altro. I recenti progressi nelle neuroscienze cognitive e dell'affettività pongono in evidenza la questione dei sottostanti processi neurali. Le neuroscienze in prima persona [100, 102] permettono di evidenziare come i processi psicodinamici associati ai meccanismi di difesa siano collegati a ben individuate reti neurali nel nostro cervello.

b) La psicopatologia dinamica è rivolta alla ricognizione e comprensione della patogenesi. Perché sorga un disturbo psicopatologico è indispensabile che l'individuo perpetui la registrazione delle esperienze negative nel suo Stile di Vita e che non riesca più a «compensare» in modo adeguato gli sviluppi che tali vissuti potrebbero comportare. Secondo uno *schema multifasico di tipo dinamico*, uno scompenso psichico dovrebbe riferirsi a:

- i) eventuali cause biologiche o vulnerabilità temperamentali, associate alle alterazioni della dinamica familiare;
- ii) fatti della vita vissuti come elementi penalizzanti;
- iii) interazioni tra livello intrapsichico, relazionale e sociale, vissuti come destabilizzanti a seconda della soglia di vulnerabilità dell'individuo.

Lo psichiatra psicodinamico cerca di prefigurare un percorso evolutivo *possibile* qui e ora per il suo paziente. Secondo le proposizioni definitorie del metodo analitico di Adler [3]:

- a) vi è un senso - significato e direzione - nel meccanismo inconscio che sottende i fenomeni della vita psichica,
- b) è importante rintracciarne la fonte nelle esperienze passate e seguirne l'evoluzione rispetto alla progettualità,
- c) sono i rapporti intrapsichici tra i vari bisogni e istanze della psiche e, nello stesso tempo, i rapporti tra il mondo interno del soggetto e il suo ambiente che determinano la dinamica delle *manifestazioni compensatorie* in base alle quali si struttura la psiche. Le compensazioni hanno lo scopo di calmare l'ansia/angoscia che consegue al sentimento di inferiorità e di inadeguatezza rispetto ai compiti dell'esistenza.

c) In questi quindici anni le ricerche in ambito psiconeurobiologico hanno fornito dati importanti come si è detto, riguardanti i fattori di cambiamento attivati dalla relazione (psico)terapeutica, anche negli aspetti inconsci/impliciti. Nuove acquisizioni riguardano l'inconscio come processo neurofisiologico, la memoria procedurale, le funzioni del sogno e dei meccanismi di difesa, i processi biopsicologici dell'attaccamento e le

configurazioni *mirror neurons* di empatia/compassione, processi intrapsichici/interpersonali come embodied simulation e intentional attunement - hanno riconosciuto la prevalente caratteristica implicita, più affettiva che cognitiva, inconscia più che consapevole, di tale dinamica relazionale paziente-terapeuta, con effetti trasformanti già *qui e ora* del setting [37]. La mole di ricerche della brain science fornisce crescenti evidenze sulle *dinamiche* che attivano il cambiamento invitando a cercare il nucleo nel contatto profondo tra paziente e clinico, tra le reciproche emozioni e espressioni implicite non verbali più che esplicite/verbali: cervello destro, più che sinistro, con sequenze quindi di contagi e di trasformazioni reciproche.

Gli ingredienti essenziali neurobiologici del cambiamento riguardano una riorganizzazione - attraverso la messa in atto di nuove modalità comportamentali nel setting - di vecchie memorie patogene verso una *nuova memoria* prevalentemente implicita frutto del coinvolgimento emotivo empatico *ottimale* del terapeuta nella relazione con il paziente. Atteggiamento e controatteggiamento sono il risultato della rielaborazione interna del transfert e controtransfert del terapeuta, del transfert del paziente, del reciproco e continuo scambio di affetti, fiducia, speranza, rifiuti, emozioni, aspettative.

Specialmente le comunicazioni inconscie, implicite transfert-controtransfert sono attivate nel cervello destro e portano agli enactment reciproci di funzionamenti emotivi inconsci, decisivi per il cambiamento terapeutico [53].

d) Lo psichiatra psicodinamico vuole comprendere cosa influenza il sintomo, attraverso un'osservazione attenta, partecipante ed empatica del paziente; in questo senso assumono importanza sia le dinamiche intrapsichiche del paziente che hanno preceduto e determinato la manifestazione del sintomo, sia le dinamiche relazionali del paziente. Anche le dinamiche inconscie del terapeuta assumono altrettanto rilievo, soprattutto quando sono correlate ai fenomeni di enactment [53, 108].

È ancora aperta la discussione sul complesso fenomeno della opposizione, spesso inconscia, del paziente alle cure a motivo di meccanismi di difesa, controproducenti, causante adesione parziale e resistenza ai trattamenti. Questi problemi, trasversali ad ogni diagnosi psichiatrica, hanno forti ripercussioni sulla insoddisfazione professionale dello psichiatra nonché sulla crisi di questa professione [87].

È nella *competenza progettuale strategica* che possiamo tuttavia ritrovare la principale qualità del nuovo psichiatra psicodinamico: un'articolazione ad personam (configurazione dimensionale di personalità) per ogni paziente di presidi farmacologici, psicoterapeutici, riabilitativi/famigliari: approccio di cura strategico perché considera le resistenze ai trattamenti *di per sé costitutive delle dinamiche patogenetiche* [2, 42] e di quelle inerenti le cure. Da non molto si stanno diffondendo studi [60] che evidenziano come la personalità dello psichiatra sia un importante e decisivo fattore di esito nelle psicoterapie, a breve o a lungo termine.

### V. *Virtù psicodinamiche, sentimento di speranza e compassione*

Indicando una delle uscite dalla persistente crisi Gabbard e coll. ne *La professione dello psichiatra: etica sensibilità ed ingegno* [44], prendono posizione autorevole a favore di una maggior formazione *psicoterapeutica* in senso stretto e largo dello psichiatra. Al contempo Brenner & Khan [19] in un coinvolgente studio sul training degli psichiatri a proposito del concetto di *Psychodynamic Virtue* discutono sul valore di empatia, neutralità, affermazione, fiducia e curiosità verso i significati, accoglimento della complessità, incertezza, umiltà e limitazione della gratificazione.

La competenza dello psichiatra psicodinamico richiede molto di più che l'acquisizione di un insieme di conoscenze teoriche e di capacità tecniche anche se queste sono ovviamente indispensabili. Quali sono i tratti virtuosi della personalità, modi di fare e di essere degli psicoterapeuti-psichiatri psicodinamici? Si richiede l'acquisizione di una serie di atteggiamenti, virtù di mente e cuore - *virtù psicodinamiche* per Brenner & Khan - che sono incorporati nel carattere e nella persona del terapeuta: sottile e richiedente empatia, attitudine ad accettare e confermare, curiosità e confidenza con i significati sottostanti, umiltà a fronte di incertezze ambiguità, apertura a coinvolgimenti transferali, capacità a provare gratificazioni per piccole cose. La gratitudine del paziente non è l'unica fonte di gratificazione dell'analista.

L'apprendimento *continuo* è un aspetto profondamente gratificante del nostro lavoro.

Ogni paziente è il nostro insegnante e l'argomento è affascinante osserva Gabbard [45]. L'empatia include sia una componente cognitiva e che una componente affettiva. La componente cognitiva comporta l'essere in grado di concettualizzare l'esperienza interna del paziente, mentre la componente affettiva implica saper risuonare emotivamente con i sentimenti del paziente.

La posizione neutrale del terapeuta come "equidistante" da Es, Io e Super-Io già per Anna Freud [41] non deve ostacolare la autentica modulazione autonomia/dipendenza regolata nel processo di incoraggiamento verso una crescita dell'autostima. È necessario imparare a tollerare l'ambiguità o la chiusura incompleta per periodi di tempo prolungati, accettare punti di vista alternativi del mondo e sopportare le esperienze di impotenza, confusione e solitudine che non di rado caratterizzano i periodi di lavoro terapeutico.

La virtù che consente di provare la *speranza* di trovare un significato nell'apparentemente insignificante è tra le più contagiose: profonda convinzione che vi è un significato che deve essere trovato nelle cose apparentemente insignificanti e che l'esplorazione è il valore più profondo, anche quando questa esplorazione sembra improduttiva o senza meta. L'esplorazione psicodinamica equilibra ascolto non focalizzato che si astiene dal privilegiare qualsiasi contenuto particolare, e l'indagine focalizzata che segue quando clinico e paziente divengono consapevoli di aver inciampato, di essersi imbattuti, attraverso il sentiero di connessioni non apprezzate in precedenza.

L'attitudine del clinico è rivolta a trovare un senso anche in ciò che apparentemente è insignificante e quindi a suscitare speranza. Il sentimento di speranza è stato studiato anche tramite un approccio neurofisiologico al fenomeno del nocebo/placebo, Benedetti [14]: i risultanti indicano che parole e rituali dell'atto terapeutico in grado di suscitare speranza nel paziente cambiano i circuiti dei neurotrasmettitori cerebrali proprio come alcuni farmaci antidepressivi e ansiolitici.

Recenti studi di brain imaging [78, 110] hanno distinto anche sul piano neuronale inconscio empatia, compassione e teoria della mente. La condivisione di stati affettivi con un'altra persona (empatia), preoccupazione per un altro (compassione) e ragionamento sullo stato della mente di un'altra persona (teoria della mente) sono separabili a livello concettuale, comportamentale: soggetti con forte empatia non sono necessariamente mentalizzatori esperti e ciascun aspetto può essere selettivamente attivato. I risultati degli studi di brain imaging sottolineano l'importante differenza sia psicologica che neuronale tra empatia e compassione. L'esposizione alla sofferenza degli altri può portare a due differenti tipi di reazioni emotive.

Da un lato la cosiddetta angoscia empatica - sentimenti auto-centrati e negativi, disinvestimento e ritiro – che se si protrae diviene un predittore negativo nelle cure.

Dall'altro lato, le risposte e l'atteggiamento compassionevole si basano su sentimenti positivi e etero-orientati e predispongono ad un atteggiamento motivazione e pro-sociale. Il training alla compassione favorisce un atteggiamento pro-sociale ed è anche in grado di sviluppare sentimenti positivi e atteggiamenti resilienti che a loro volta sostengono quelle strategie di coping necessarie specie con i pazienti difficili. L'angoscia empatica può essere corretta imparando come trasformare l'empatia in compassione. Questa risulta una strategia di regolazione emotiva che attenua l'effetto negativo attraverso la generazione attiva di effetti positivi che si basano sulla gratificazione circuiti cerebrali correlati all'affiliazione [110].

## VI. *Alleanza terapeutica e stile terapeutico*

La relazione terapeutica nella PP si basa sull'alleanza terapeutica che si costituisce grazie al contributo sia del paziente sia del terapeuta. La durata può variare a seconda dell'esigenza e alla domanda del paziente, da un singolo incontro, a settimane, ad anni; il terapeuta può incontrare il paziente non solo in ambito ambulatoriale, ma anche nel contesto dei servizi ospedalieri psichiatrici, nel pronto soccorso e in qualsiasi altro ambiente medico o chirurgico di un ospedale nel quale gli psichiatri svolgono ruolo di consulenti di psichiatria di liaison; la cura prevede l'applicazione di tecniche sviluppate nel corso del tempo e l'instaurarsi di una fiducia terapeutica che favorisca la collaborazione del paziente.

Ogni qualvolta lo psichiatra psicodinamico interagisce con un paziente, nella pratica utilizzerà un approccio evolutivo basata sull'alleanza per comprendere il soggetto e per aiutarlo a migliorare.

Alleanza è infatti riferibile alla capacità del paziente e del terapeuta di sviluppare un rapporto basato sulla fiducia, sul rispetto e sulla collaborazione, finalizzato ad affrontare i problemi e le difficoltà del paziente, che favorisce il processo e l'esito della cura e che può permanere oltre la fine del trattamento: l'alleanza appare il risultato del modo di sentire di essere del clinico che ha sviluppato virtù psicodinamiche di cui si è detto.

Le espressioni “*Alleanza Terapeutica*”, “*Alleanza di Lavoro*” e “*Alleanza Negoziata*” sono le denominazioni più usate per indicare una dimensione interattiva che è intrinseca e, talora, va oltre lo specifico trattamento psicoterapeutico [118]. Elementi in comune sono le regole fondamentali deontologiche, quelle del setting, il coinvolgimento empatico, l'alleanza col deficit, una strategia dell'incoraggiamento. Nell'alleanza negoziata prevale il limite temporale e l'analisi delle resistenze, in quella di lavoro è prioritario il coinvolgimento empatico, l'elaborazione delle vicissitudini legate alle *rotture e riparazioni*, mentre nell'alleanza terapeutica è prioritario un implicito “patto di non abbandono”, anche dopo la conclusione del trattamento.

Ciò può favorire dipendenze regressive e analisi interminabili, ma permette di vivere le perdite non come abbandono e di far emergere, anche tardivamente, difese, conflitti e resistenze che venivano mascherate. Le componenti dell'Alleanza Terapeutica, secondo Rovera, sono parte sia della relazione reale, sia dell'interazione transferale, sia dei movimenti delle dinamiche culturali e vengono altresì ad essere dei costituenti del lavoro psicoterapeutico, specie nella *psicoterapia supportiva*.

L'Alleanza è espressione del Sentimento Sociale nelle sue componenti di cooperazione, nella quale il paziente ed il terapeuta lavorano insieme per promuovere il cambiamento terapeutico. Nell'ambito delle Alleanze Terapeutiche, le strategie dell'incoraggiamento [117] sono una delle componenti della psicoterapia supportiva, ma in modo implicito caratterizzano ogni forma di relazione terapeutica efficace. Questa esperienza di cooperazione è talora, per il paziente, il prototipo di appartenenza e di cooperazione autentica con una persona significativa [119].

Tale clima emotivo e cognitivo fa parte dello *stile di vita* e dello *stile terapeutico* e viene attivamente ricercato dal terapeuta, con l'intento di fornire, più spesso tramite scambi non verbali, un analogo e corrispondente atteggiamento del paziente verso gli altri e soprattutto verso se stesso.

Nella terminologia di A. Adler il concetto di *Stile di vita* è sovrapponibile a quello di *personalità*. Lo Stile è una modalità di agire e di essere, a cui corrispondono tratti di condotta acquisiti da un individuo nel processo evolutivo del *life span*, che si radica nelle sub-culture di appartenenza e nell'Orientamento di Valori [119]. L'Analisi dello Stile di Vita, è un procedimento utilizzato prevalentemente nella valutazione diagnostica e progettuale e viene considerato propedeutico nei trattamenti Adleriani (pedagogici, di counselling e psicoterapici).

Lo Stile Terapeutico è l'impiego delle competenze e delle "creatività" dell'Analista nell'ambito dei rapporti professionali col Paziente. La rivisitazione delle dinamiche relazionali classiche trova per Rovera nel *Patient-Therapist Matching* un'aggiuntiva configurazione teorico-pratica, che definisce la nozione circa gli Atteggiamenti ed i Contro-Atteggiamenti: questi, riferendosi alla *Relazione reale*, s'incentrano sulla persona del Terapeuta quale *agente mutativo*.

La Teoria dell'Attaccamento, con l'affermazione del valore biologico-etologico dei legami affettivi e delle sue influenze sulla pratica clinica è a tutt'oggi un riferimento preciso sia per la formazione dello Stile di Vita che dello Stile Terapeutico.

Dal momento che l'incontro tra paziente e terapeuta si radica su Relazioni Reali, Relazioni Professionali e Relazioni Analitiche le quali comportano movimenti confluenti tra loro, per Rovera è interessante considerare le influenze dello Stile di Vita nel terapeuta nel costituirsi quale Stile Terapeutico. Questo riguarda lo stile personale di uno psicoterapeuta nel contesto della valutazione clinica complessiva e del trattamento attraverso il meeting (l'incontro empatico), il masking (sistema delle finzioni) ed il matching (movimento di cooperazione e condivisione).

Lo Stile di Attaccamento contribuisce a formare lo Stile di Vita del paziente; esso è inoltre interattivo con lo Stile Terapeutico. Si è osservato che quei terapeuti che tendono ad avere uno Stile Terapeutico più affettivo ed orientato alla relazione con i pazienti insicuri (mentre utilizzano uno Stile Terapeutico più cognitivo o interpretativo con i pazienti distanzianti) raggiungerebbero risultati più positivi.

L'utilizzazione dello Stile Terapeutico deve essere appropriata circa le dinamiche del meeting, masking e matching, sia mantenendo il proprio status/ruolo e la propria professionalità, sia modulando le richieste rispetto all'evoluzione del percorso di cura. L'asse portante del discorso psicoterapeutico adleriano tende ad analizzare in una forma peculiare il transfert e le resistenze grazie ai fattori specifici.

In uno Stile Terapeutico appropriato la comprensione esplicativa condivisa consiste nel fatto che si deve innanzitutto sperimentare nel proprio Sé/Stile di Vita la risposta verso il Sé/Stile di Vita dell'Altro di cui ci si prende cura. Nello Stile Terapeutico Adleriano, osserva Rovera, il terapeuta deve togliersi la "maschera di pietra" e addivenire ad appropriate disclosure ed enactment: ciò che emerge è lo Stile del terapeuta come premessa-condizione della "propensione empatica" dell'agire terapeutico: precondizione di un corretto meeting e del successivo matching [119].

Nella formazione dello stile Terapeutico l'identificazione del tirocinante con il Didatta è lontana dalla mera ripetizione: infatti essa si rifà tanto all'aver imparato "come fare", quanto nell'aver elaborato il "fare come" durante l'arco del percorso interindividuale, che è tecnico, analitico, esistenziale e culturale al medesimo tempo.

Nella formazione dello Stile Terapeutico, non si esclude che il “fare” elimini il “sapere”, il quale a sua volta deve tradursi appunto in un “saper fare” e “saper essere”. Riconoscere ed essere riconosciuti è un aspetto essenziale sia per il Paziente che per lo Stile del Terapeuta per comprendere l’Altro da sé.

VII. *Come promuovere le virtù psicodinamiche, l’alleanza col paziente e lo stile terapeutico nella formazione dello psichiatra?*

Considerata la complessità e la crisi di identità, come si è visto, della professione psichiatrica nonostante le sorprendenti acquisizioni delle neuroscienze e i promettenti *germogli* della nuova psichiatria di per sé psicodinamica [63] è di primaria necessità la determinazione dei docenti e dei clinici a *testimoniare* con il loro stile professionale non solo che questa professione è possibile, ma che il bilanciamento tra le soddisfazioni professionali e l’impegno richiesto (*imbalance effort-reward*) è favorevole e che la creatività impiegata e i risultati conseguiti con e per i pazienti anche più difficili compensano la fatica e il continuo rischio di logoramento. Si deve aiutare lo specializzando a trovare il senso personale del suo progetto esistenziale e professionale!

Tuttavia, osservava Kernberg [77], mentre gli istituti mirano a produrre una maggiore maturità e flessibilità nel pensiero dei medici, essi spesso favoriscono la regressione e la gerarchia! Brenner e Kahn raccomandano ai Direttori delle Scuole di Specializzazione tre principali iniziative: la creazione di un ambiente di formazione supportivo e creativo; la disponibilità da parte di docenti e tutori ad atteggiamenti costanti di supporto e incoraggiamento; supervisor non solo disponibili ma che *apprezzano* di essere coinvolti; favorire il mantenimento delle aspettative che lo specializzando nutre verso la propria crescita professionale, ponendo costantemente attenzione ai problemi del progressivo modellamento del ruolo e internalizzazione dei modi di essere oltre che di fare dei docenti e tutori.

Considerando la forte inclinazione degli allievi per l’identificazione con i supervisor e che gli episodi clinici della formazione vengono consciamente o inconsciamente interiorizzati, Gabbard, Weiss et al. [44] sottolineano l’effetto importante e duraturo delle luci e delle ombre dei *curricula nascosti*: la discrepanza eccessiva tra quanto i docenti dicono nelle lezioni ed esercitazioni e come si comportano ogni giorno con colleghi, allievi e pazienti. Sentirsi solo e non sufficientemente supportato durante la sfida di esperienze cliniche disperate può determinare nello specializzando un grado di ansia oppure una sensazione di impotenza che non è ottimale per la crescita personale e professionale, ma può indurre un ritiro difensivo e un allontanamento emotivo.

L’inclinazione per l’identificazione potrebbe essere accentuata in supervisione di psicoterapia, dove lo specializzando sta attivamente imparando a usare la sua intera persona come strumento di cura. È comunque nell’ambito della discussione sulla supervisione in terapia psicodinamica che presto si evince la complessità nel definire

il confine tra interventi di supervisione e terapeutici. La terapia personale dello specializzando comporterebbe certamente la consapevolezza di quei complessi di sé che sarebbero adatti ad interferire con l'apprendere ciò che il paziente vive, come già osservava Freud, come osservano Gabbard et al. [44].

La linea di demarcazione tra “insegnamento e trattamento” è inevitabilmente sfocata e deve essere univoca e reciprocamente costruita in ogni relazione di supervisione. Lo specializzando talora deve sopportare un'emozione dolorosa e dare un senso al controtransfert personale, per cui spesso è difficile prescrivere ciò che è un contenuto appropriato di apprendimento.

I direttori delle Scuole di specializzazione generalmente ritengono che la terapia personale sia utile durante gli anni della specializzazione [58]; tuttavia meno di un terzo degli studenti svolge questo percorso parallelo durante gli anni della propria formazione nonostante la stragrande maggioranza degli intervistati ritenga che la terapia personale sia utile per sviluppare la capacità di gestire reazioni emotive verso i pazienti, per lo sviluppo di empatia e nel forgiare un'identità professionale [58].

Un'analisi personale approfondita, secondo Rovera [117], permette allo Stile Terapeutico dell'individuo, di prendere consapevolezza dei propri conflitti profondi e delle sue specifiche potenzialità di Atteggiamento/Contro-Atteggiamento.

Gli obiettivi formativi che si dovrebbero conseguire sono: l'apprendimento significativo, in cui si radica l'apprendimento attivo, il così detto “problem solving” e che dovrebbe quindi presentare all'allievo problemi clinici da risolvere; la responsabilità giuridico-sociale ed etica dello psicoterapeuta, a cui la figura professionale dello psicoterapeuta non può rinunciare entrando altresì in relazione con i settori della società e della cultura che lavorano nelle Professioni di Aiuto. Tale compito non costituisce un aspetto tecnico dello Stile Terapeutico quanto piuttosto un impegno etico [117]. Si tratta di prepararsi a formare non solo ad un mestiere di psicoterapeuta, ma di realizzare uno Stile Terapeutico unico ed irripetibile.

Questa consapevolezza costituisce la condizione necessaria per prevenire i fattori considerati di rischio iatrogeno in psicoterapia. Lo sviluppo della conoscenza di sé può essere una sfida particolarmente spinosa quando le motivazioni più profonde dello specializzando per diventare uno psichiatra sono radicate nel desiderio di rimanere all'oscuro di un materiale psichico inquietante, come ferite e rabbie conseguenti, ma più il livello profondo viene portato alla coscienza e più è possibile cercare rassicurazioni reali e non fantastiche, più è possibile tollerare le emozioni degli altri [19].

### VIII. *Formazione e formatività*

Il percorso formativo dello psichiatra oltre ad essere definito in termini di formazione dovrebbe considerare anche la formatività, ovvero essere in grado di suscitare istanze formanti. A questo proposito la psicoterapia analitica personale [118] è uno degli

strumenti migliori per affinare capacità psicodinamiche e ad oggi, nonostante non sia incluso nel percorso della specializzazione in psichiatria, è da più parti auspicato un collegamento istituzionale e organico tra formazione psichiatrica e formazione psicodinamica [76], mantenendo i due percorsi separati ma paralleli, al fine di evitare interferenze tra i due setting formativi. Si ha così da una parte l'apprendimento teorico e tecnico formale mentre dall'altra la maturazione intellettuale ed emozionale.

È auspicabile che - anche tramite maggiore coordinazione tra le scuole di specializzazione pubbliche e le scuole di formazione private - la maggior formazione in psicoterapia dello psichiatra, oltre a costituire una eventuale super specializzazione, favorisca la riduzione del drop out e delle resistenze ai trattamenti in particolare con i pazienti difficili. Ne conseguirebbero minori costi per le cure e più qualità degli interventi, oltre ad una più efficace prevenzione del burn-out. L'inclinazione del terapeuta a confrontarsi con gli aspetti nucleari profondi [116] della propria persona e del proprio paziente porta all'attitudine "eccellente" dello psichiatra, atto al dialogo interiore profondo: in ogni medico c'è un paziente ed in ogni paziente c'è un medico [61].

Porre la persona al centro e non la diagnosi, permette di esplorare, riconoscere, accogliere e curare il paziente sviluppando e mantenendo salda la relazione terapeutica, specialmente negli aspetti di *autenticità e di verità* che ne permettono l'azione di per sé trasformante [4]. Il coinvolgimento emotivo necessita di una attenzione continua rivolta ai sentimenti di impotenza ed onnipotenza affinché anche di fronte a segni di sconfitta, si possa riformulare, ricalibrare, continuamente il progetto terapeutico.

La crisi e le resistenze, il dolore mentale del paziente possono essere il segno della sconfitta della cura e portano ad una continua riformulazione del progetto terapeutico. Per questo è necessaria non solo un'adeguata formazione e consapevolezza: maturazione personale, sviluppo delle attitudini all'ascolto, alla partecipazione emotiva, all'identificazione creativa e al riconoscimento empatico dell'Altro. L'evoluzione psichica personale è parte integrante del percorso dello psichiatra e concorre a mantenerne intatta l'efficacia terapeutica.

Questo approccio favorisce un uso ottimale della distanza psicologica tra le emozioni proprie e quelle del paziente: i coinvolgimenti emotivi eccessivi o insufficienti corrispondono più a propri bisogni che a quelli del paziente. «Mentre le aree del sapere, saper fare, risultano discretamente coperte nella scuole di specializzazioni italiane, l'area del saper essere viene necessariamente coartata o deliberatamente negletta» [30]. La formazione psicodinamica volta alla conoscenza di sé e all'applicazione delle conoscenze e competenze, insieme alla capacità relazionale, principale agente del cambiamento, è oggi necessaria.

Se per formazione si intende il processo di acquisizione di capacità, formatività indica la proprietà di un percorso, la potenzialità a suscitare istanze formanti. La psicoterapia

analitica personale rimane una delle migliori vie per il perfezionamento psicodinamico, ma, al momento, non si ritiene, in generale, che possa essere richiesta agli specialisti che scelgono la psichiatria per svariati motivi [18]. Quantunque sia da più parti auspicato un collegamento organico e istituzionale tra formazione psichiatrica e formazione psicodinamica, analogamente a quanto avviene negli USA, la separazione dei due setting formativi: «comporta il vantaggio di una relativa 'non interferenza' tra l'apprendimento teorico e tecnico formale e la maturazione intellettuale ed emozionale che il trattamento personale tende a promuovere».

È auspicabile che la formazione psicoterapeutica specifica dello psichiatra in Italia diventi una super-specializzazione professionale che qualifichi l'operare dello specialista abilitato all'impiego di ben precise, riconosciute e convalidate tecniche psicoterapeutiche a tutela del paziente, per evitare che, anche tra gli psichiatri, si diffonda il fenomeno delle pratiche selvagge. Ciò si potrebbe realizzare attraverso forme di convenzioni che rendano più organico il legame tra scuole di specializzazione e scuole di formazione [30].

La formazione psicoterapeutica non può consistere solamente in una, seppur rigorosa, trasmissione di dati e sperimentazioni scientifiche, ma, peculiarmente, si basa anche in una revisione di stile di vita da cui si costituisce lo stile terapeutico e di esperienza attraverso tirocinio e insight. Il training di formazione in psicoterapia, osserva Rovera [116] «non è tanto accademia, quanto tirocinio: in psicoterapia non si è discenti se non si opera sul campo, e prima di tutto su se stessi in rapporto con gli altri».

È, questa, un'operazione al contempo imitativa e originale, continuativa ed esemplare: essere come qualcuno, come via per attivare in se stessi le istanze creative e autorealizzative del Sé [3].

L'esperienza consapevole, per insight, di questi meccanismi identificatori, che derivano da quelli inconsci di difesa e crescita, si sviluppa verso l'identificazione transindividuale: qui si trovano precursori empatici delle percezioni e dei vissuti transferali, controtransferali e dei fattori terapeutici di cambiamento. Queste esperienze profonde, nucleari, nella relazione docente-allievo rappresentano per eccellenza la condizione di apprendimento tramite partecipazione emotiva e configurano tra l'altro quella che Rovera definisce «reciprocità formativa»: essa arricchisce e sviluppa il Sé di tutti i protagonisti del setting formativo.

\*\*\*

Possono questi principi essere insegnati nelle Scuole di Specialità come sono organizzate attualmente? Le Scuole di Specializzazione in Psichiatria sono abilitate anche alla formazione alla psicoterapia, essendo questa materia di insegnamento quadriennale: gli psichiatri in Italia sono iscritti anche nell'elenco degli psicoterapeuti dell'Ordine dei Medici. Negli ultimi anni, il numero delle ore destinate alle lezioni di psicoterapia

negli statuti delle scuole universitarie di specializzazione in psichiatria è aumentato considerevolmente. L'apprendimento attivo mediante partecipazione richiede, tuttavia, sia la presa in carico diretta di pazienti da parte degli specializzandi sia la costante supervisione individuale o di gruppo da parte di psicoterapeuti esperti.

Il *Decreto del Ministro dell'Università 21/2019* stabilisce che le scuole di Psichiatria, Psicologia e Neuropsichiatria infantile siano abilitanti all'esercizio della psicoterapia purché 60 crediti formativi universitari (CFU) siano dedicati ad attività professionalizzanti psicoterapeutiche e invita ad aumentare ulteriormente l'ammontare della formazione professionalizzante alla psicoterapia per lo psichiatra.

Un CFU corrisponde di norma a 36 ore di lavoro che comprendono lezioni, esercitazioni e lo studio personale. I 60 CFU rappresentano infatti oltre 1/3 dei 168 CFU professionalizzanti MED/25 Psichiatria previsti per il quadriennio di durata della Scuola e corrispondono ad un monte ore di 2160, ossia circa 10 ore/settimana. Il DM 21 precisa inoltre che tale attività formativa sia svolta "sotto la supervisione di qualificati psicoterapeuti".

La SIPM, Società Italiana di Psicoterapia Medica, sezione autonoma della Società Italiana di Psichiatria, ha proposto al Collegio dei Professori Universitari di Psichiatria cui fanno riferimento tutti i Direttori delle Scuole di Specializzazione in Psichiatria, per applicazione del DM 21 un documento che prevede un'opportuna articolazione delle attività professionalizzanti in psicoterapia suddivisibili in due tipologie: supervisione tecnica alla psicoterapia, di almeno 1 ora/settimana, individuale o in gruppo (anno di corso); supervisione clinica nelle rimanenti 10 ore/settimana, ossia l'esercizio di psicoterapia in contesti clinici che comprendano tale attività, sotto la supervisione del tutor clinico.

I piani formativi individuali andranno redatti di conseguenza inserendo la formazione professionalizzante alla psicoterapia.

Il curriculum standard qualifica adeguate competenze riconducibili indicativamente ai seguenti quattro ambiti:

- 1) percorso di formazione di congrua durata comprovabile con attestato;
- 2) esercizio della psicoterapia comprovabile anche da sistema informativo aziendale;
- 3) attività di supervisione continuativa;
- 4) partecipazione significativa a progetti di ricerca sulla psicoterapia.

I contenuti dell'insegnamento dovrebbero riguardare i principi fondamentali della psicoterapia e le basi delle due linee principali, psicodinamica e cognitivo-comportamentale, come teorizzato nel Modello Y di Goldberg & Plakun [56], che è il riferimento in diversi Paesi. Lo Stelo del modello Y riguarda il primo anno: conoscenze e competenze sui fattori comuni [131] che comprendono i fattori ritenuti efficaci in tutti i diversi indirizzi di psicoterapia: l'alleanza terapeutica, l'empatia e i costrutti correlati, la coerenza e l'autenticità, il ruolo delle aspettative.

Il braccio destro, al secondo e terzo anno riguarda conoscenze e competenze della CBT mentre il braccio sinistro, al terzo e quarto anno, riguarda conoscenze e competenze in Psicoterapia psicodinamica (comunicazione personale da parte del Presidente SIPM Prof. Domenico Berardi).

### IX. *Per una conclusione*

Anche nell'incontro dello psichiatra col suo paziente in ambulatorio, corsia di un ospedale, pronto soccorso, non solo nel setting propriamente psicoterapeutico quindi, il *contagio profondo* di fiducia, sfiducia, angoscia, delusioni, speranze, oltrepassa, rinforza o annulla, confonde i messaggi verbali e gestuali intenzionali delle strategie consapevoli dell'incoraggiamento. Ne risultano accresciute - nell'interazione reciprocamente trasformante nell'incontro - le responsabilità etiche del terapeuta. La formazione psicodinamica alla conoscenza del paziente, di sé e all'accoglimento di sé e dell'altro configura una necessità scientifica e prerequisito etico al contempo.

Il paziente impara a trattare sé stesso *copiando implicitamente* il modo con cui si sente trattato dal terapeuta, molto più che tramite comunicazione verbale. I tratti della personalità dello psichiatra, il suo stile terapeutico, i suoi stili di coping verso sé stesso e le proprie ferite, le sue motivazioni alla professione, regolano a loro volta e nutrono l'attitudine alla identificazione empatica/compassionevole e alla trasmissione incoraggiante tramite l'*embodied simulation* [49] al paziente.

La *dinamica profonda* ha a che fare con il tipo di intervento psicoterapeutico *tailored* sulle specifiche attuali dimensioni di personalità che il paziente può permettersi in questa fase critica della sua esistenza, in considerazione della dinamica appunto tra motivazioni e resistenze, fragilità e difese, residuali o inesplorate risorse creative. È questo il piano di lavoro che il terapeuta cerca di progettare per il suo paziente e cerca di vivere con lui in un percorso evolutivo, tra progressioni e regressioni. La relazione terapeutica è lo strumento trasformativo per il paziente, ma non solo per lui.

Perché ora ci si può riferire ad una *psichiatria di per sé psicodinamica*? Le nuove acquisizioni sulla patogenesi del disturbo oltre che del sintomo, i modelli psicobiologici sulla personalità, le evidenze neurofisiologiche della memoria, del Sé, dell'inconscio e dei suoi aspetti comunicativi e relazionali consentono di ritenere che le dinamiche relazionali inconscie e quelle implicite si attivino a diverso livello nelle diverse *relazioni di aiuto* che fondano l'incontro del clinico col suo paziente e non solo nel setting psicoterapeutico in senso stretto.

Ne conseguono necessarie considerazioni congiunte di appropriatezza scientifica ed etica nello stile terapeutico caratterizzante la relazione terapeutica. Ulteriori studi evidenzieranno in futuro che l'approccio clinico in psichiatria per essere efficace e limitare le resistenze deve considerare comunque gli aspetti profondi - inconsci e impliciti - interni al paziente, al clinico e alla relazione terapeutica.

## Bibliografia

1. ABBASS, A. A., NOWOWEISKI, S. J., BERNIER, D., TARZWELL, R., BEUTEL, M.E. (2014), Review of psychodynamic psychotherapy neuroimaging studies, *Psychother. Psychosom.*, 83(3): 142-147.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it., *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1950.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individual psychologie*, tr. it., *La psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1992.
4. ABBATE DAGA, G. (2015) A proposito della relazione terapeutica *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 107-121.
5. ADSHEAD, G. (2018), Security of mind: 20 years of attachment theory and its relevance to psychiatry, *Br. J. Psychiatry*, 213(3): 511-513.
6. ALFONSO, C. A., MICHAEL, M. C., ELVIRA, S.D., ZAKARIA, H., KALAYASIRI, R., ADLAN, A. S. A., MOINALGHORABAEI, M., LUKMAN, P. R., SAN'ATI, M., DUCHONOVA, K., SULLIVAN, T. B. (2018), Innovative Educational Initiatives to Train Psychodynamic Psychiatrists in Underserved Areas of the World, *Psychiatr. Clin. North Am.*, 41: 305-318.
7. ALTAMURA, A. C., GOODWIN, G. M. (2010), How Law 180 in Italy has reshaped psychiatry after 30 years: past attitudes, current trends and unmet needs, *Br. J. Psychiatry*, 197(4): 261-262.
8. BAKER, S. W., IZZO, P., TRENTON, A. (2015), Psychodynamic considerations in psychotherapy using interpreters: perspectives from psychiatry residents, *Psychodyn. Psychiatry*, 43(1): 117-128.
9. BARBATO, A., PARABIAGHI, A., PANICALI, F. (2011), Do patients improve after short psychiatric admission?: a cohort study in Italy, *Nord. J. Psychiatry*, 65(4): 251-258.
10. BARBER, J. P. (2009), Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research, *Psychother. Res*, 19(1): 1-12.
11. BENEDETTI, F., FRISALDI, E., PIEDIMONTE, A. (2019), The need to investigate nocebo effects in more detail, *World Psychiatry*, 18(2): 227-228.
12. BERNANKE, J., MCCOMMON, B. (2018), Training in Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder in Residency: An Aide to Learning Supportive Psychotherapy for Challenging-to-Treat Patients, *Psychodyn. Psychiatry*, 46(2): 181-200.
13. BERNSTEIN, J., ZIMMERMAN, M., AUCHINCLOSS, E. L., (2015), Transference-focused psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy, *Psychodyn. Psychiatry*, 43: 201-221.
14. BLUMENFIELD, M. (2006), The place of psychodynamic psychiatry in consultation-liaison psychiatry with special emphasis on countertransference, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34(1): 83-92.
15. BOEKER, H., HARWITZ, P. NORTHOFF, G. (2018), *Neurpsychodynamic Psychiatry*, Springer, Cham.

16. BRACKEN, P., THOMAS, P., TIMIMI, S., et al. (2012), Psychiatry beyond the current paradigm, *Br. J. Psychiatry*, 201(6): 430-434.
17. BRAUN, M., SCHÖNFELDT-LECUONA, C., FREUDENMANN, R. W., et al. (2010), Depression, burnout and effort-reward imbalance among psychiatrists, *Psychother. Psychosom*, 79(5): 326-327.
18. BRENNER, A. M. (2006), The role of personal psychodynamic psychotherapy in becoming a competent psychiatrist, *Harv. Rev. Psychiatry*, 14: 268-272.
19. BRENNER, A. M., KHAN, F. (2013), The Training of Psychodynamic Psychiatrists: The Concept of "Psychodynamic Virtue", *Psychodyn. Psychiatry*, 41: 57-74.
20. BRÜNE, M., BELSKY, J., FABREGA, H., et al. (2012), The crisis of psychiatry - insights and prospects from evolutionary theory, *World Psychiatry*, 11(1): 55-57.
21. BUSCH, F. N., MILROD, B. L., THOMA, N. C. (2013), Teaching clinical research on psychodynamic psychotherapy to psychiatric residents, *Psychodyn. Psychiatry*, 41: 141-162.
22. CABANISS, D. L., HAVEL, L. K., BERGER, S., DEO, A., ARBUCKLE, M. R. (2017), The Microprocess Moment: A Tool for Evaluating Skills in Psychodynamic Psychotherapy, *Acad. Psychiatry*, 41(1): 51-54.
23. CARDOSO ZOPPE, E. H., SCHOUERI, P., CASTRO, M., NETO, F. L. (2009), Teaching psychodynamics to psychiatric residents through psychiatric outpatient interviews, *Acad. Psychiatry*, 33(1): 51-5.
24. CASSANO, G. B. (1999), L'evoluzione della psichiatria: dalla psicopatologia alle neuroscienze ad un nuovo umanesimo, *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 5: 4-7.
25. CHAMBERS, J. E. (2015), Discussion of transference-focused psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy, *Psychodyn. Psychiatry*, 43: 223-228.
26. CHISOLM, M. S., PETERS, M. E., BURKHART, K., WRIGHT, S. M. (2012), Clinical excellence in psychiatry: a review of the psychiatric literature, *Prim. Care Companion CNS Disord.*, 14(2): PCC.11r01179.
27. CLEMENS, N. A., PLAKUN, E. M., LAZAR S. G., MELLMAN, L. (2014), Obstacles to early career psychiatrists practicing psychotherapy, *Psychodyn. Psychiatry*, 42: 479-495.
28. COHEN, Z., HATCHER, S. (2008), The experiences of trainee psychiatrists learning a psychodynamic psychotherapy model: a grounded theory study, *Australas. Psychiatry*, 16: 438-441.
29. DE GIROLAMO, G., CANDINI, V., BUIZZA, C., et al. (2014), Is psychiatric residential facility discharge possible and predictable? A multivariate analytical approach applied to a prospective study in Italy, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 49(1): 157-167.
30. DE RISIO, S., JANIRI, L. (2000), "La formazione dello psichiatra alla psicoterapia", *XLII Congresso Nazionale SIP*, Torino.
31. DIXON, L. B., HOLOSHITZ, Y., NOSSEL, I. (2016), Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update, *World Psychiatry*, 15(1): 13-20.

32. DRELL, M. J. (2007), The impending and perhaps inevitable collapse of psychodynamic psychotherapy as performed by psychiatrists, *Child Adolesc. Psychiatr. Clin.*, 16: 207-224.
33. DRELL, M. J. (2017), Teaching Psychodynamic Therapy During Difficult Times: One Child Training Director's Experience, *Acad. Psychiatry*, 41(5): 619-623.
34. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, Centro Scientifico Editore, Torino.
35. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G. (2006), Percorso formativo psicodinamico per lo psichiatra nell'era delle neuroscienze, *Minerva Psichiatr.*, 47: 103-112.
36. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2010), *Manuale di Psichiatria Biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
37. FASSINO, S. (2017), Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 29-53.
38. FASSINO, S. (2018), "Il nuovo volto della psichiatria ha uno sguardo psicoterapeutico?", *48° Congr. Naz. SIP*, Torino.
39. FAVA, G. A., SONINO, N. (2017), From the Lesson of George Engel to Current Knowledge: The Biopsychosocial Model 40 Years Later, *Psychother. Psychosom.*, 86(5): 257-259.
40. FONAGY, P. (2015), The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update, *World Psychiatry*, 14(2): 137-150.
41. FREUD, A. (1936), *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, tr. it., *L'Io e i Meccanismi di Difesa*, Giunti Editore, Milano 2012.
42. FREUD, S. (1912), *Totem und Tabu: Einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker*, tr. it., *Totem e Tabù*, Bollati Boringhieri, Torino 1960.
43. FRIEDMAN, R. C., DOWNEY, J., ALFONSO, C., IGRAM, D. (2013), What Is "Psychodynamic Psychiatry"?, *Psychodyn. Psychiatry*, 41: 511-512.
44. GABBARD, G. O., WEISS, L., (2012), *Professionalism in Psychiatry*, tr. it., *La professione dello psichiatra*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2013.
45. GABBARD, G. O. (2014), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2015.
46. GABBARD, G. O. (2018), Preserving the Person in Contemporary Psychiatry, *Psychiatr. Clin. North Am.*, 41: 183-191.
47. GABBARD, G. O. (2020), The role of countertransference in contemporary psychiatric treatment, *World Psychiatry*, 19(2): 243-244.
48. GAJIC, T., STAMATOVIC GAJIC, B., LOPICIC, Z. (2012), Psychodynamic psychotherapy in psychiatry: the missing link?, *Psychiatr. Danub.*, 24 Suppl 3: S361-366.
49. GALLESE, V., EAGLE, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional attunement: mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55(1):131-176.
50. GASTELUM, E., DOUGLAS, C. J., CABANISS, D. L. (2013), Teaching psychodynamic psychotherapy to psychiatric residents: an integrated approach, *Psychodyn. Psychiatry*, 41(1): 127-140.
51. GHAEMI, S. N. (2009), The rise and fall of the biopsychosocial model, *Br. J.*

*Psychiatry*, 195(1): 3-4.

52. GHAEMI, S. N. (2014), The 'pragmatic' secret of DSM revisions, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(2), 196-197.

53. GINOT, E. (2017), The enacted unconscious: a neuropsychological model of unconscious processes, *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1406(1): 71-76.

54. GLANNON, W. (2020), Mind-Brain Dualism in Psychiatry: Ethical Implications, *Front. Psychiatry*, 11: 85.

55. GLUCKSMAN, M. L. (2006), Psychoanalytic and psychodynamic education in the 21st century, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34(1): 215-222.

56. GOLDBERG, D. A., PLAKUN, E. M. (2013), Teaching psychodynamic psychotherapy with the Y model, *Psychodyn. Psychiatry*, 41: 111-125.

57. GOSIO, N. (2001), La psichiatria tra confini e frontiere, *RSF*, 125: 86-98.

58. HABL, S., MINTZ, D. L., BAILEY, A. (2010), The role of personal therapy in psychiatric residency training: A survey of psychiatry training directors, *Acad. Psychiatry*, 34: 21-26.

59. HADJIPAVLOU, G., HALLI, P., HERNANDEZ, C. A., OGRODNICZUK, J. S. (2016), Personal Therapy in Psychiatry Residency Training: A National Survey of Canadian Psychiatry Residents, *Acad. Psychiatry*, 40(1): 30-37.

60. HEINONEN, E., KNEKT, P., JÄÄSKELÄINEN, T., LINDFORS, O. (2014), Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis, *Eur. Psychiatry*, 29(5): 265-274.

61. HILLMAN, J. (1996), *The soul's code. In search of character and calling*, tr. it., *Il codice dell'anima*, Adelphi Edizioni, Milano 1997.

62. HOLMES, J. (2012), Psychodynamic psychiatry's green shoots, *Br. J. Psychiatry*, 200(6): 439-441.

63. HOLMES, J. (2013), New paradigm: developmental psychopathology, *Br. J. Psychiatry*, 202: 309-313.

64. INGRAM, D. H. (2006), Teaching psychodynamic therapy to hardworking psychiatric residents, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34(1): 173-188.

65. JIMÉNEZ, X. F., THORKELSON, G., ALFONSO, C. A. (2012), Countertransference in the general hospital setting: implications for clinical supervision, *Psychodyn. Psychiatry*, 40: 435-449.

66. JIMENEZ, X. F., ESPLIN, B. S., HERNANDEZ, J. O. (2015), Capacity Consultation and Contextual Complexities: Depression, Decisions, and Deliberation, *Psychosomatics*, 56(5): 592-597.

67. KANDEL, E. R. (1998), A new intellectual framework for psychiatry, *Am. J. Psychiatry*, 155: 457-69.

68. KANDEL, E. R. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis, And The New Biology Of Mind*, tr. it, *PsichiatriaPsicoanalisi e Nuova Biologia della Mente*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2007.

69. KANE, J. M., KISHIMOTO, T., CORRELL, C. U. (2013), Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies, *World Psychiatry*, 12(3): 216-226.

70. KATZ, D. A., DOWNEY, J. I. (2019), Visiting Psychodynamic Scholars Enhance Psychodynamic Learning for Psychiatric Residents, *Psychodyn. Psychiatry*, 47: 257-274.
71. KATZMAN, J., COUGHLIN, P. (2013), The role of therapist activity in psychodynamic psychotherapy, *Psychodyn. Psychiatry*, 41(1): 75-89.
72. KATZMAN, J., ABBASS, A., COUGHLIN, P., ARORA, S. (2015), Building connections through teletechnologies to augment resident training in psychodynamic psychotherapy, *Acad. Psychiatry*, 39(1): 110-3.
73. KATZMAN, J., DEL FABBRO, A. (2017), Attachment in the Psychiatric Curriculum, *Psychodyn. Psychiatry*, 45: 564-587.
74. KAY, J. (2001), Integrated Treatment for Psychiatric Disorders: Review of Psychiatry, *American Psychiatric Press*, Washington DC.
75. KAY, J., MYERS, M.F. (2014), Current state of psychotherapy training: preparing for the future, *Psychodyn. Psychiatry*, 42(3): 557-573.
76. KERNBERG, O. (1998), "Formazione psicodinamica", *XI Congr. Naz. SPI*, Roma.
77. KERNBERG, O. (2000), A concerned critique of psychoanalytic education, *Int. J. Psychoanal.*, 81: 97-120.
78. KLIMECKI, O. M., LEIBERG, S., RICARD, M., SINGER, T. (2014), Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training, *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.*, 9(6): 873-879.
79. KRAMER, M. (2006), Educational challenges of international medical graduates in psychiatric residencies, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34(1): 163-171.
80. KUMAR, S. (2011), Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here?, *Epidemiol. Psychiatr. Sci.*, 20(4): 295-301.
81. LACY, T., HUGHES, J. D. (2006), A neural systems-based neurobiology and neuropsychiatry course: integrating biology, psychodynamics, and psychology in the psychiatric curriculum, *Acad. Psychiatry*, 30(5): 410-415.
82. LEICHSENRING, F., RABUNG, S. (2008), Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, 300(13): 1551-1565.
83. LEICHSENRING, F., RABUNG, S. (2012), Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis, *Br. J. Psychiatry*, 199(1): 15-22.
84. LINGIARDI, V., MCWILLIAMS, N. (2017), *Psychodynamic Diagnostic Manual - 2*, tr. it., *Manuale diagnostico psicodinamico - 2*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2018.
85. MACE, C., BINYON, S. (2005), Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 1: Basics of formulation, *Adv. Psychiatr. Treat.*, 11: 416-423.
86. MACE, C., BINYON, S. (2006), Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 2: Teaching methods, *Adv. Psychiatr. Treat.*, 12: 92-99.
87. MAJ, M. (2010), Are psychiatrists an endangered species?, *World Psychiatry*, 9,1: 1-3.
88. MAJ, M. (2013), Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry, *World Psychiatry*, 12(3): 185-186.
89. MALLO, C. J., MINTZ, D. L. (2013), Teaching all the evidence bases: reintegrating psychodynamic aspects of prescribing into psychopharmacology training, *Psychodyn. Psychiatry*, 41(1): 13-37.

90. MELLMAN, L. A., BERESIN, E. (2003), Psychotherapy competencies: development and implementation, *Acad. Psychiatry*, 27: 149-153.
91. MELLMAN, L.A. (2006), How endangered is dynamic psychiatry in residency training?, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34(1): 127-133.
92. MIKULINCER, M., SHAVER, P. R. (2012), An attachment perspective on psychopathology, *World Psychiatry*, 11(1): 11-15.
93. MILLER, C. W. T., HODZIC, V., ROSS, DR., EHRENREICH, MJ. (2019), Annotated Bibliography for Supervising Psychiatry Residents in Psychodynamic Psychotherapy, *Acad. Psychiatry*, 43: 417-424.
94. MILLER, N. E., MAGRUDER K. M. (1999), *Cost Effectiveness of Psychotherapy: A Guide for Practitioners, Researchers, and Policymakers*, Oxford University Press, Oxford.
95. MINTZ, D. (2006), Psychodynamic Trojan horses: using psychopharmacology to teach psychodynamics, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34(1): 151-161.
96. MOHL, P.C., LOMAX, J., TASMAN, A., CHAN, C., SLEDGE, W., SUMMERGRAD, P., et al. (1990), Psychotherapy training for the psychiatrist future, *Am. J. Psychiatry*, 147: 7-13.
97. NABER, D., LAMBERT, M. (2013), Should we listen and talk more to our patients?. *World Psychiatry*, 12: 237-238.
98. NASH, S. S., KENT, L. K., MUSKIN, P. R. (2009), Psychodynamics in medically ill patients, *Harv. Rev. Psychiatry*, 17: 389-397.
99. NEMEROFF, C. B., (2012), Management of treatment-resistant major psychiatric disorders, *Oxford University Press*, Oxford.
100. NORTHOFF, G. (2007), Psychopathology and pathophysiology of the self in depression - neuropsychiatric hypothesis, *J. Affect. Disord.*, 104(1-3): 1-14.
101. NORTHOFF, G. (2014), The brain's intrinsic activity and inner time consciousness in schizophrenia, *World Psychiatry*, 13(2): 144-145.
102. NORTHOFF, G. (2018), The brain's spontaneous activity and its psychopathological symptoms - "Spatiotemporal binding and integration", *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 80(Pt B): 81-90.
103. NUSSBAUM, A. M. (2011), Changing the name of dementia during residency training: from medication management to CBT to psychodynamic psychotherapy, *Bull. Menninger. Clin.*, 75: 254-266.
104. OCCHIOGROSSO, M., AUCHINCLOSS, EL. (2012), The challenge of treating (and supervising) patients with borderline pathology in a residents' clinic, *Psychodyn. Psychiatry*, 40(3): 451-468.
105. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica*, CST, Torino.
106. PLAKUN, E. M. (2006), Finding psychodynamic psychiatry's lost generation, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34(1): 135-150.
107. PLAKUN, E. M. (2012), Treatment resistance and psychodynamic psychiatry: concepts psychiatry needs from psychoanalysis, *Psychodyn. Psychiatry*, 40(2): 183-209.
108. PLAKUN, E. M. (2018), The Biopsychosocial Model and the Difficult Patient, *Psychodyn. Psychiatry*, 41: 237-248.

109. POULSEN, S., LUNN, S., DANIEL, S. I., et al. (2014), A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa, *Am. J. Psychiatry*, 171(1): 109-116.
110. PRECKEL, K., KANSKE, P., SINGER, T. (2018), On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind, *Curr. Opin. Behav. Sci.*, 19: 1-6.
111. RAVITZ, P., LAWSON, A., FEFERGRAD, M., RAWKINS, S., LANCEE, W., MAUNDER, R., LESZCZ, M., KIVLIGHAN, D. M. Jr. (2019), Psychotherapy Competency Milestones: an Exploratory Pilot of CBT and Psychodynamic Psychotherapy Skills Acquisition in Junior Psychiatry Residents, *Acad. Psychiatry*, 43: 61-66.
112. RIESS, H., HERMAN, J. B. (2008), Teaching the teachers: a model course for psychodynamic psychotherapy supervisors, *Acad. Psychiatry*, 32: 259-264.
113. RODRIGUEZ, C. I., CABANISS, D. L., ARBUCKLE, M. R., OQUENDO, M. A. (2008), The role of culture in psychodynamic psychotherapy: parallel process resulting from cultural similarities between patient and therapist, *Am. J. Psychiatry*, 165: 1402-1406.
114. ROJAS, A., ARBUCKLE, M., CABANISS, D. (2010), Don't leave teaching to chance: learning objectives for psychodynamic psychotherapy supervision, *Acad. Psychiatry*, 34(1): 46-49.
115. ROVERA, G. G., FASSINO, S., ANGELICI, G. (1977), Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia, *Minerva Psichiatr.*, 18: 167-174.
116. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Indiv. Psicol. Dossier*, 1: 94-121.
117. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
118. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-31.
119. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-45.
120. RUEVE, M. E., CORRELL, T. L. (2006), The art of psychotherapy: selecting patients for psychodynamic psychotherapy, *Psychiatry (Edgmont)*, 3(11): 44-50.
121. SANDBERG, L., BUSCH, F., SCHNEIER, F., GERBER, A., CALIGOR, E., MILROD, B. (2012), Panic-focused psychodynamic psychotherapy in a woman with panic disorder and generalized anxiety disorder, *Harv. Rev. Psychiatry*, 20(5): 268-276.
122. SCHEN, C. R., RAYMOND, L., NOTMAN, M. (2013), Transfer of care of psychotherapy patients: implications for psychiatry training, *Psychodyn. Psychiatry*, 41(4): 575-595.
123. SCHEN, C. R., GREENLEE, A. (2018), Race in Supervision: Let's Talk About It, *Psychodyn. Psychiatry*, 46(1): 1-21.
124. SIEGEL, D. J. (2012), *The Developing Mind, Second Edition: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*, tr. it., *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2013.
125. SILVER, A.L. (2006), Teaching about psychodynamic work with severely ill patients, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34(1): 197-214.
126. STERN, J. A. (2004), Psychoanalytic psychotherapist working within psychiatry: covert and overt functions, *Ir. J. Psychol. Med*, 21(2): 69-72.

127. SUMMERS, R. F., XUAN, Y., TAVAKOLI, D. N. (2013), Teaching focus in psychotherapy: a training essential, *Psychodyn. Psychiatry*, 41(1): 91-109.
128. SUMMERS, R. F. (2018), Teaching Psychotherapy to Psychiatry Residents, *Psychodyn. Psychiatry*, 46: 411-435.
129. THE BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2011), *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*, tr. it., *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2012.
130. THOMAS, Z. (2017), Breaking Through to the Other Side: A Resident Explores the Benefits of Time-Limited Psychodynamic Therapy for Patients with Schizophrenia, *Psychodyn. Psychiatry*, 45: 59-77.
131. WAMPOLD, B. E. (2015), How Important Are the Common Factors in Psychotherapy? An update, *World Psychiatry*, 14: 270-277.
132. WYKES, T., BRAMMER, M., MELLERS, J., et al. (2002), Effects on the brain of a psychological treatment: cognitive remediation therapy: functional magnetic resonance imaging in schizophrenia, *Br. J. Psychiatry*, 181: 144-152.
133. ZERBO, E., COHEN, S., BIELSKA, W., CALIGOR, E. (2013), Transference-focused psychotherapy in the general psychiatry residency: a useful and applicable model for residents in acute clinical settings, *Psychodyn. Psychiatry*, 41(1): 163-181.
134. ZIPFEL, S., STEIN, B., ECKHARDT-HENN, A., et al. (2013), Psychosomatische Fachgesellschaft lehnt Vereinnahmung durch Psychiatrische Fachgesellschaft, *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 63(2): 103-104.

**ARTICOLI SUGLI ASPETTI GENERALI FONDANTI LA FORMAZIONE  
PSICODINAMICA DELLO SPECIALIZZANDO IN PSICHIATRIA**

Katz DA., Downey JI.	Visiting Psychodynamic Scholars Enhance Psychodynamic Learning for Psychiatric Residents.	2019
Miller CWT, Hodzic V., Ross DR., Ehrenreich MJ.	Annotated Bibliography for Supervising Psychiatry Residents in Psychodynamic Psychotherapy.	
Ravitz P., Lawson A., Fefergrad M., et al.	Psychotherapy Competency Milestones: an Exploratory Pilot of CBT and Psychodynamic Psychotherapy Skills Acquisition in Junior Psychiatry Residents.	
Plakun EM.	Psychodynamic Psychiatry, the Biopsychosocial Model, and the Difficult Patient.	2018
Summers RF.	Teaching Psychotherapy to Psychiatry Residents.	
Katzman J., Del Fabbro A.	Attachment in the Psychiatric Curriculum.	2017
Thomas Z.	Breaking Through to the Other Side: A Resident Explores the Benefits of Time-Limited Psychodynamic Therapy for Patients with Schizophrenia.	
Brenner A. and Khan F.	The Training of Psychodynamic Psychiatrists: The Concept of “Psychodynamic Virtue”.	2013
Friedman RC., Downey J., Alfonso C., et al.	What Is “Psychodynamic Psychiatry”?	
Goldberg DA., Plakun EM.	Teaching psychodynamic psychotherapy with the Y model.	
Nussbaum AM.	Changing the name of dementia during residency training: from medication management to CBT to psychodynamic psychotherapy.	2011
Brenner AM.	The role of personal psychodynamic psychotherapy in becoming a competent psychiatrist.	2006

**ARTICOLI CENTRATI SU ASPETTI SPECIALI DELLA FORMAZIONE  
PSICODINAMICA DELLO SPECIALIZZANDO IN PSICHIATRIA**

Alfonso CA., Michael MC., Elvira SD., et al.	Innovative Educational Initiatives to Train Psychodynamic Psychiatrists in Underserved Areas of the World.	2018
Bernstein J, Zimmerman M, Auchincloss EL.	Transference-focused psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy.	2015
Chambers JE.	Discussion of transference-focused psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy.	
Clemens NA., Plakun EM., Lazar SG., et al.	Obstacles to early career psychiatrists practicing psychotherapy.	2014
Busch FN., Milrod BL., Thoma NC.	Teaching clinical research on psychodynamic psychotherapy to psychiatric residents.	2013
Jiménez XF., Thorkelson G., Alfonso CA.	Countertransference in the general hospital setting: implications for clinical supervision.	2012
Nash SS., Kent LK., Muskin PR.	Psychodynamics in medically ill patients.	2009
Cohen Z., Hatcher S.	The experiences of trainee psychiatrists learning a psychodynamic psychotherapy model: a grounded theory study.	2008
Riess H., Herman JB.	Teaching the teachers: a model course for psychodynamic psychotherapy supervisors	
Rodriguez CI., Cabaniss DL., Arbuckle MR, et al.	The role of culture in psychodynamic psychotherapy: parallel process resulting from cultural similarities between patient and therapist.	
Drell MJ.	The impending and perhaps inevitable collapse of psychodynamic psychotherapy as performed by psychiatrists.	2007
Blumenfeld M.	The place of psychodynamic psychiatry in consultation-liaison psychiatry with special emphasis on countertransference.	2006
Glucksman ML.	Psychoanalytic and psychodynamic education in the 21 <sup>st</sup> century	
Ingram DH.	Teaching psychodynamic therapy to hardworking psychiatric residents.	
Mellman LA.	How endangered is dynamic psychiatry in residency training?	

**ALTRI SU ARGOMENTI VARI DELLA FORMAZIONE PSICODINAMICA  
DELLO SPECIALIZZANDO IN PSICHIATRIA**

Bernanke J., McCommon B.	Training in Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder in Residency: An Aide to Learning Supportive Psychotherapy for Challenging-to-Treat Patients.	2018
Schen CR., Greenlee A.	Race in Supervision: Let's Talk About It.	
Cabaniss DL., et al.	The Microprocess Moment: A Tool for Evaluating Skills in Psychodynamic Psychotherapy.	2017
Drell MJ.	Teaching Psychodynamic Therapy During Difficult Times: One Child Training Director's Experience.	
Baker SW., Izzo P., Trenton A.	Psychodynamic considerations in psychotherapy using interpreters: perspectives from psychiatry residents.	2015
Katzman J., Abbass A., Coughlin P., et al.	Building connections through teletechnologies to augment resident training in psychodynamic psychotherapy.	
Kay J., Myers MF.	Current state of psychotherapy training: preparing for the future.	2014
Gastelum E., Douglas CJ., Cabaniss DL.	Teaching psychodynamic psychotherapy to psychiatric residents: an integrated approach.	2013
Katzman J., Coughlin P.	The role of therapist activity in psychodynamic psychotherapy.	
Schen CR., Raymond L., Notman M.	Transfer of care of psychotherapy patients: implications for psychiatry training.	
Summers RF., Xuan Y., Tavakoli DN.	Teaching focus in psychotherapy: a training essential.	
Zerbo E., Cohen S., Bielska W., et al.	Transference-focused psychotherapy in the general psychiatry residency: a useful and applicable model for residents in acute clinical settings.	
Gajić T., Stamatović Gajić B., Lopičić Z.	Psychodynamic psychotherapy in psychiatry: the missing link?	2012
Occhiogrosso M., Auchincloss EL.	The challenge of treating (and supervising) patients with borderline pathology in a residents' clinic.	
Sandberg L., Busch F., Schneier F., et al.	Panic- focused psychodynamic psychotherapy in a woman with panic disorder and generalized anxiety disorder.	

Rojas A., Arbuckle M., Cabaniss D.	Don't leave teaching to chance: learning objectives for psychodynamic psychotherapy supervision.	2010
Cardoso Zoppe EH., Schoueri P., Castro M., et al.	Teaching psychodynamics to psychiatric residents through psychiatric outpatient interviews.	2009
Heinonen, P. Knekt, T. Jaaskelainen, O. Lindfors Plakun EM.	Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis.	2014
Prochaska JJ., Fromont SC., Banys P., et al..	Addressing nicotine dependence in psychodynamic psychotherapy: perspectives from residency training.	2007
Kramer M.	Educational challenges of international medical graduates in psychiatric residencies.	2006
Lacy T., Hughes JD.	A neural systems-based neurobiology and neuropsychiatry course: integrating biology, psychodynamics, and psychology in the psychiatric curriculum.	
Mellman LA.	How endangered is dynamic psychiatry in residency training?	
Mintz D.	Psychodynamic Trojanhorses: using psychopharmacology to teach psychodynamics.	
Plakun EM.	Finding psychodynamic psychiatry's lost generation.	
Rueve ME., Correll TL.	The art of psychotherapy: selecting patients for psychodynamic psychotherapy.	
Silver AL.	Teaching about psychodynamic work with severely ill patients.	

Giovanni Abbate Daga  
 Corso Dante 122  
 I-10126 Torino  
 E-mail: giovanni.abbatedaga@unito.it

Secondo Fassino  
 Via Milazzo 2  
 I-10133 Torino  
 E-mail: secondo.fassino@unito.it

Alain Porliod  
 Ist. di Psichiatria - Dip. di Neuroscienze Università di Torino  
 Via Cherasco 15  
 I-10126 Torino  
 E-mail: alain.porliod@unito.it



## La lingua spazio dell'inconscio Considerazioni di Pierluigi Lia sulla *Commedia*<sup>1</sup>

EGIDIO E. MARASCO, LUIGI MARASCO

*Summary* – LANGUAGE: THE SPACE OF THE UNCONSCIOUS. PIERLUIGI LIA'S CONSIDERATIONS ON COMEDY. The language of the *Commedia* is not the only medium chosen by Dante to let us take part in his deep theological and scientific knowledge of his ardent passion, but also the founding and constitutive element of his knowledge and of Dante himself, as reported in Lia's considerations. He takes from Aristotele the dynamic vision of the psyche that Adler will consider the most important concept of his theory. Also Adler's holism is anticipated in the *Commedia* where soul, mind, body and language are considered inseparable. The greed punished in hell, is the egotistic desire of power, while the salvific desire for the highness is the aspiration to the superiority, everything tends to this and it can only be realized within others in the community to which he freely belongs, guided by justice and love. Considering that language is the place of Plato's unconscious, Dante brings removals from psychopathology to gnoseology and neurophysiology. Finally he carried out a close examination of communication within the psychoanalysis, outlining the role of the analyst which is prestigious and full of responsibilities; he gives full generative power to the language as fruitful womb of the subconscious, reintegrating the full value of the woman, living paradigm of this power.

*Keywords:* DANTE LINGUA MADRE, INCONSCIO, SETTING ANALITICO, FEMMININO

### I. Introduzione

Nella Genesi [17] si dice che Dio ha creato l'universo con la parola ma, nella visione dei mistici fatta propria da Dante, ha portato a compimento la sua creazione solo quando ha voluto che fosse l'uomo a dare il nome alle cose create, ponendolo così in relazione col mondo. Per tale opera linguistica i lemmi vengono attinti dall'intero universo<sup>2</sup>, metafora di Dio, di cui anche l'uomo è immagine e, proprio in forza di

<sup>1</sup> Il teologo Pierluigi Lia (1959-2019) ha amato appassionatamente Dante, ha creduto incondizionatamente al suo sapere che ha interamente recepito e profondamente studiato, consentendo che tutti potessero usufruire del suo meraviglioso patrimonio: "Questo poeta di versi della *Commedia* è l'unico Dante che sia mai esistito, indissolubile dalla storia di questa città, di questa terra, di questa nazione, di questa lingua che ancora parliamo, di ogni lettore e di me che con lui ho trascorso più tempo che con la maggioranza dei miei contemporanei, che con lui ho imparato a scrutare in modo altrimenti impensato la mia storia e quella del mio tempo. Storia perfettamente attuale proprio perché geneticamente debitrice di un grembo che la trascende e di un compimento necessariamente escatologico." (40 p. 290).

<sup>2</sup> "con ciò sia cosa che li nomi seguitino le nominate cose, sì come è scritto: 'nomina sunt consequentia rerum'" (3, cap. XIII).

tale identificazione, è responsabile dell'opera linguistica della nominazione di tutte le cose. La lingua non è biunivocamente vincolata al mondo creato, ma attiene al corpo eterno dell'uomo e, in tal senso, è creatrice di mondi ed artefice di identità storiche ed eterne. L'arte di dare nomi e di parlare è – anche al di fuori da una visione religiosa – qualifica originaria e connotato specifico dell'uomo, che attesta che si è realizzata un'intimità con l'anima della cosa nominata perché, solo in questa intimità, si concretizza la prossimità sostanziale e genetica della lingua. La parola, rivelazione della verità, genera una costellazione di immagini, di figure, di similitudini, attingendo alle cose create, che così non vengono mai cancellate del tutto, ma assunte e trasfigurate<sup>3</sup>. La parola dell'uomo, in buona sostanza, non è solo operazione nominativa, ma atto creativo come, per contro, la creazione di Dio, di per se stessa, evoca la forza della scrittura [14, 54].

I simboli, a differenza dei segni, non rimandano solo a ciò che sostituiscono, ma incarnano la cosa che rappresentano. Si potrebbe dire che il mondo venga creato dall'uomo con l'atto con cui lo rappresenta e lo comunica simbolicamente, rappresentando anche se stesso. L'universo simbolico, di cui il singolo è protagonista e signore, si sviluppa efficacemente solo in forza della cultura, che rende il mondo fecondo di civiltà che la lingua, primigenia forma simbolica, realizza e rappresenta al meglio in uno scenario di elevata eticità delle reciproche vicinanze [40]. “La cultura – come dice Karl-Siegbert Rehberg – è equivalente alle forme del trascendere la circostanza, per venire a capo della circostanza stessa” (44, p. 49) facendo echeggiare in ogni coscienza la ricchezza di ogni presenza e di ogni assenza.

La costruzione simbolico-linguistica del mondo ha qualità, ampiezza e complessità, che dipendono dal continuo esercizio linguistico e dalla cura costante per la cultura che, con la trama comunicativa della lingua, prende forma ma, se non continua a crescere e a progredire, si decostruisce e muore.

La parola salda fra loro anima (il *nephesh* della Bibbia, la *psyche* dei Greci o l'anima dei Romani), che trascende il corpo, e spirito (*ruach*, *pneuma* o *spiritus*), che ad esso è immanente col respiro, perché l'*anemos*, il potere creativo dell'anima, si fonde con l'alito che vitalizza il corpo e si concretizza nella voce (*flatus vocis*), che riconsegna il corpo alla sua dignità insieme al riso [40]. Anche il riso, infatti, nella sua assoluta sinteticità, ha il fascino e l'infinita eloquenza dell'amore. L'anima così, non è solo essenza astratta del corpo, ma è sua forma sostanziale e da essa dipendono le caratteristiche somatiche<sup>4</sup>. In Agostino [12] questa visione corporale ha indubbia evidenza, ma non permette di accedere a un senso superiore.

<sup>3</sup> L'uomo scruta la verità “per speculum et in aenigmate”: Bernardo, *Sermone XLI sul Cantico dei Cantici* [16].

<sup>4</sup> “Quidquid in partibus corporis apparet, totum originaliter et quadammodo impliciter in anima contentur” (60, Supplementum, q. 80, a. 1.).

Per Agostino il tessuto linguistico rappresenta e realizza la dinamica della mente che, dal segno della significazione, realizza l'identità spirituale dell'uomo. In esso si realizza, infatti, il desiderio che tende alla meta e che ha la sua forma compiuta nell'amore. La nostra anima diviene quello che noi siamo, perché è modellata dagli affetti della sua vicenda corporea. Il corpo la plasma, nell'atto stesso con cui da lei viene plasmato. L'anima è così al centro dell'identità di ogni uomo, della sua storia, delle sue relazioni, del suo mondo, soffre dei suoi nemici e si allietta dei suoi cari.

Questo "corpo spirituale" non solo avrà accesso al Paradiso, come dice Salomone (8, Par. XIV: 45-60), ma anche nell'immaginario linguistico della *Commedia* anima e corpo sono indissolubili, perché l'uomo si identifica nel proprio corpo e porta a compimento in esso la verità spirituale e la bellezza dell'uomo integrale che, se smembrato nelle sue componenti, diviene come le foglie su cui è scritto il testo della Sibilla, che il vento disperde, o come la molteplicità dei mille rivoli d'acqua, in cui si perde l'unità del ghiacciaio.

L'iconoclastia moderna, che riduce il mondo a materia, che priva della vita il respiro dell'universo e che, nell'uomo, riduce l'anima allo spirito, li rende oggetti per tecniche e scienze empiriche, riduce il simbolo a simbolico e questo sostantivo, declassato a semplice aggettivo, è come un'inutile etichetta, impropriamente appiccicata a parole, riti e gesti privi di contenuto [29].

Dante costituisce l'Italiano, come Shakespeare fonda l'Inglese e Lutero e Placereani [19], con le loro traduzioni della Bibbia, pongono il solido fondamento per il Tedesco e il Friulano, ma Dante non è solo il primo ad impiegare l'Italiano perché, istituendolo, approfondisce anche ogni suo aspetto e la *Commedia* tratta anche dell'essenza stessa del linguaggio e del suo potere creativo [40]. La molteplicità delle lingue interpreta, infatti, la meravigliosa capacità degli uomini di far fronte alla propria caducità, perché le varie grammatiche hanno il potere di generare realtà alternative. Dante, ripercorrendo i sentieri, che la sua anima ha tracciato costruendo nel tempo la sua vita, e rappresentando il dove delle sue passioni, dei suoi ideali, e del suo amore, cerca di cogliere il come tutto ciò avviene, ovvero: il suo linguaggio, che è il come del divenire della sua anima<sup>5</sup>.

Della sterminata letteratura sulla *Commedia* di Dante ci limitiamo a citare la lettera apostolica, che Paolo VI ha scritto alla vigilia della chiusura del Concilio Vaticano II, in occasione della posa della corona d'alloro nel battistero del "bel San Giovanni" per celebrare il settecentesimo anniversario del battesimo di Dante: il suo poema è

<sup>5</sup> Come dice Lia: "La narrazione che ognuno si fa, più o meno consapevolmente, dei propri vissuti dà forma alla nostra esperienza; il profilo profondamente spirituale, quindi autenticamente umano, delle nostre esperienze affettive e fisiche si definisce solo linguisticamente. Solo la narrazione, poi, consente quella forma qualificata dell'esperienza umana che si realizza nella comunicazione, con l'altro così come con sé." (40, p. 2).

il monumento più rappresentativo del medioevo ed è universale; nella sua immensa larghezza abbraccia cielo e terra, eternità e tempo, i misteri di Dio e le vicende degli uomini, la dottrina sacra e le discipline profane, la scienza attinta dalla Rivelazione e quella attinta dal lume della ragione, quanto Dante aveva conosciuto per esperienza diretta e le memorie della storia, l'età in cui visse, e le antichità greche e romane e la sapienza orientale.

La Commedia di Dante è indissolubile dalla storia della sua città, della sua terra, della sua nazione. L'evento escatologico di Firenze si compie solo nella sua scrittura, che così non è meno reale di tanti infiniti fatti che non hanno mai avuto storia. Dante segue Agostino nel modo di concepire la storia, Tommaso nella teologia che nella *Commedia* si specchia insieme a quella di San Bernardo, San Bonaventura, Gioacchino da Fiore [45].

Nel suo poema Dante, porta a compimento tutta l'evoluzione della sua lingua, che consacra il volgare a fondamento della cultura e dell'identità italiane, ma dà anche una visione compiuta della sua evoluzione psicologica che lo qualifica e lo crea come uomo. In ambito psicoanalitico, specie Lacan [36] e Fornari [31] dedicheranno grande attenzione alla parola come elemento con potenza creativa ma Dante, facendoci partecipi della sua autoanalisi ha anticipato, come suggeriscono Julia Kristeva [33, 34] e Pierluigi Lia [39], le moderne visioni psicoanalitiche e, in particolare, il pensiero di Adler.

## II. *La lingua è la χώρα, il dove inconscio dell'oblio*

Dante elabora il suo pensiero partendo da Aristotele [10, 11, 32, 33] e da quanto da Lui ha ripreso San Tommaso [61]: la percezione sensibile diviene contenuto della coscienza grazie a un'opera di configurazione dell'immaginario.

Tommaso riduce questo processo alle altezze della sensibilità spirituale capax dei, ma Dante radica il potere creativo dell'uomo direttamente nella teoria della conoscenza sensibile aristotelica, secondo cui le sensazioni vengono trasformate in immagini col movimento che ad esse viene dato dall'immaginazione, che Aristotele chiama φαντασία, perché la luce (φάος) non è solo il mezzo, ma è anche il contenuto della percezione per eccellenza: la vista.

Le immagini (φαντάσματα) sono presenti nell'anima razionale che non pensa mai senza un'immagine, perché anche gli intelleggibili si trovano nelle forme sensibili (phantasmata ex sensibilibus accepta). Ovvero, come con adamantina precisione sintetizza Lia: "la fantasia è potentia creata che si attua nella produzione dell'immaginario". Se non si percepisse nulla, nulla si apprenderebbe e nulla si comprenderebbe e, quando si pensa, necessariamente, al tempo stesso si pensa un'immagine (φάντασμα τι θεωρεῖν.), trasformando una funzione ricettiva in una funzione creatrice e questa capacitas qualifica ontologicamente i sensi dell'uomo.

Per finire, l'opera linguistica, che trasfigura e fa di una persona un intero, è un sistema dinamico, come dinamica è la psiche<sup>6</sup>.

Dante conosceva Platone, sia pure nella parziale traduzione di Calcidio [47], ed ammirava la tensione del suo intelletto che lo aveva portato a concepire i modelli esemplari delle cose e la metafora, che è forma linguistica capace di esprimere verità che si manifestano per lume intellettuale e che il linguaggio vero e proprio non è in grado di esprimere. La metafora nasconde immagini che, pur essendo un "sermo improprius", completano il sensismo ed il razionalismo aristotelico a cui dà quella profondità di architettura che il suo discorso e le immagini di cui si serve nascondono. I non falsi errori [finzioni] del sensus improprius della metafora di questa teoria dell'immaginario finiscono per essere l'unico "sermo proprius" idoneo a custodire e comunicare una verità profonda.

Nella narrazione poetica di Dante, la conoscenza si appoggia così su una struttura ontologicamente metaforica e, quindi, sul rapporto originariamente linguistico dell'uomo con il cosmo. Come sintetizza Lia: "l'originaria relazione dell'uomo con la verità è relazione linguistica e la forma originaria della lingua è la metafora. L'intelligenza della verità è originariamente un'ermeneutica del senso riposto nell'esistente assunto come immagine dell'indicibile. [...] Il linguaggio della metafora è linguaggio proprio della coscienza dell'uomo" (40, p.68). Ma la sublime fantasia di Dante, partendo da Platone, suggerisce che la metafora sia invenzione che riguarda la dimensione profonda del linguaggio e che, per questo, porta anche ad essere consapevoli della propria identità personale, delle mete perseguite e della propria responsabilità pubblica nei confronti degli altri e della comunità [32, 33, 46, 47].

Julia Kristeva, in riferimento al debito della *Commedia* nei confronti di Platone, ha elaborato una categoria, la "χώρα semiotica", che interpreta la funzione che presiede alla formazione del linguaggio e della soggettività umana. Il processo di significanza sarebbe accostabile ai processi primari della psicoanalisi, che spostano e condensano le energie e la loro iscrizione. Anche in base ad altri suoi riferimenti filosofici, teologici e culturali, la visione di Dante è estremamente vicina a quella della psicoanalisi che, con la Kristeva [34], si interroga sul processo della significazione e su come quel processo di condensazione e iscrizione di energie generi il linguaggio e conduca all'identificazione del soggetto.

Queste cariche energetiche per Dante – in sintonia con il *De anima* di Aristotele [11] – non solo vengono descritte come movimento, ma esse, pulsioni (sessuali, di dominio, cupidigia) e sentimenti (di amore per gli altri), sono anche marcatori psichici, che articolano quanto Platone [52] chiama χώρα per indicare la loro totalità non espressiva e la posizione in cui l'individuo si colloca nel suo processo psicodinamico di ascesa

<sup>6</sup> Tommaso (1265-1273), *Summa Theologiae* [61].

dal minus al plus. Implicitamente si riconosce così che, per far questo, non si può fare altro che ricorrere alla matrice stessa del linguaggio e del soggetto che in esso si identifica ed in cui resta traccia dell'evento che lì si è prodotto, anche quando esso sia stato cancellato, per cui il linguaggio ed anche quanto il soggetto ha dimenticato sono la traccia di un'inevitabile rimozione e linguaggio e oblio conservano l'eco genetica di un'evidenza attestatrice, anche se questa può essere indecifrabile ed inenarrabile.

Nella sua lettura, Dante sottolinea che il problema così posto sia un problema linguistico perché Platone, da un lato, pone forme esemplari, intellegibili e sempre identiche, che l'intelletto mostra di conoscere infallibilmente; dall'altro colloca forme che vengono percepite dai sensi e che in certo modo sembrano conformarsi all'esemplare, tanto da poter essere raccolte sotto lo stesso nome, ma queste sono mutevoli e, cambiando, si possono confondere fra loro; per cui occorre che esista qualcosa di invisibile e privo di forma, che tutto accoglie e che prenda parte (52, Timeo, 51b) dell'intellegibile in modo oscuro e difficile da comprendere.

Ciò deve esistere realmente in sé o nella lingua, ambito dove si genera tutto quello che effettivamente è e si genera in modo tale da non avere un'identità semplicemente numerica, ma specifica e che non è né intellettuale né sensibile (52, Timeo, 51d). L'umano sapere è indissolubile dalle parole e l'umano, che la parola evoca, si configura nel luogo delle parole e lì acquista consapevolezza della sua identità. In questo spazio, fatto faticosamente emergere da Platone, può essere concepita l'identità, perché la *χώρα* è un grembo in cui ciò che esiste può soddisfare qualsiasi istanza intellettuale, perché il "concetto" con cui Platone concretizza la sua intuizione dello spazio è l'unica categoria utilizzabile rispettando i criteri della trascendentalità kantiana [40]. La *χώρα*, infatti, risponde alla necessità che esista un grembo in cui si genera l'identità specifica e la parola che ne deriva<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> τρίτον δὲ αὐτὸ γένος ὄν τὸ τῆς χώρας αἰεὶ, φθορὰν οὐ προσδεχόμενον, [Τίμαιος, 52b] ἔδραν δὲ παρέχονόσα ἔχει γένεσιν πᾶσιν, αὐτὸ δὲ μετ' ἀναισθησίας ἄπτόν λογισμῶ τινι νόθῳ, μόγις πιστόν, πρὸς ὃ δὴ καὶ δνειροπολοῦμεν βλέποντες καὶ φαιμεν ἀναγκαῖον εἶναι πού τὸ ὄν ἄπαν ἐν τινι τόπῳ καὶ κατέχον χώραν τινά, τὸ δὲ μήτ' ἐν γῆ μήτε πού κατ' οὐρανὸν οὐδὲν εἶναι. ταῦτα δὴ πάντα καὶ τούτων ἄλλα ἀδελφὰ καὶ περὶ τὴν ἄπνον καὶ ἀληθῶς φύσιν ὑπάρχουσαν ὑπὸ ταύτης τῆς δνειρώξεως [Τίμαιος, 52c] οὐ δυνατοὶ γιγνώμεθα ἐγερθέντες διορίζομενοι τάληθές λέγειν, ὡς εἰκόνι μὲν, ἐπειπερ οὐδ' αὐτὸ τοῦτο ἐφ' ᾧ γέγονεν ἑαυτῆς ἐστιν, ἑτέρου δὲ τινος αἰεὶ φέρεται φάντασμα, διὰ ταῦτα ἐν ἑτέρῳ προσήκει τινί γνεσθαι, οὐσίας ἀμωσγέπως ἀνεχομένην, ἢ μηδὲν τὸ παράπαν αὐτὴν εἶναι, τῷ δὲ ὄντως ὄντι βοηθὸς ὁ δι' ἀκριβείας ἀληθῆς λόγος ὡς ἔως ἂν τι τὸ μὲν ἄλλο ἢ τὸ δὲ ἄλλο, οὐδέ τερον ἐν οὐδετέρῳ ποτὲ γεγόμενον [Τίμαιος, 52d] ἐν ἅμα ταῦτόν καὶ δύο γενήσεσθον.= esiste poi una terza specie che è quella dello *spazio incorruttibile* [l'inconscio] [Timeo, 52b], che può accogliere tutte le cose generate non dai sensi, ma da un *ragionamento bastardo* [associazioni libere] a cui è difficile prestare fede – anche se è *il solo che impieghiamo quando sogniamo* – per cui affermiamo che è necessario che tutto quanto avvenga, avvenga in qualche luogo ed occupi uno spazio e che ciò che non è in terra, né in cielo non è nulla. Tutte queste cose ed altre affini ad esse sono di una natura tale che, anche al di fuori del sonno, sono realmente esistenti proprio per questo nostro sognare [Timeo, 52c] e non siamo in grado, una volta svegli, di distinguerle e di dire la verità. L'essere per cui fu generata l'immagine non appartiene più all'immagine stessa, ma si muove sempre come il riflesso di qualcos'altro [Qual è colui che sognando vede, / e dopo 'l sogno la passione impressa/rimane, e l'altro a la mente non riede, (8, Par. XXXIII, 58-60)] e conviene, per queste ragioni, che si sia generata in qualcos'altro, attaccandosi in qualche modo all'esperienza, oppure che non sia assolutamente niente. A ciò che realmente esiste viene in soccorso la verità e l'esattezza della lingua che, con la concatenazione logica della sua sintassi, dimostra fino a che punto una cosa è una cosa, un'altra è un'altra e nessuna delle due può esistere nell'altra in modo da essere nello stesso tempo [Timeo, 52d] una sola cosa e due.

Questa madre il cui grembo contiene tutto quanto si genera, è debitrice dell'intelletto e del corpo, accoglie quanto può essere detto, quand'anche non ancora conosciuto [inconscio], perché lo spazio di esistenza di ogni cosa fa tutt'uno con la sua immagine, da cui non è separabile.

La verità non è conoscibile senza la parola che si genera nella *χώρα*. Tutto quello che sogniamo, infatti, deve per forza essere in qualche luogo ed occupare un qualche posto e, siccome possiamo sognare anche quando non dormiamo, possiamo dire che, anche se non sappiamo perché il sogno si è generato, esso è pur sempre un fantasma di qualcos'altro. Quest'impossibile rappresentazione della teoria della conoscenza sta alla radice della *Commedia* e fa sì che la produzione dell'immaginario si condensi in una trama linguistica che, per quanto difettosa, tesse il reale del mondo nel grembo dell'inconscio che comunque accoglie la verità di cui non abbiamo consapevolezza.

La Kristeva [34] sottolinea questa potenzialità platonica ed afferma che tutto quello che può essere espresso in parole antecede ogni sua rappresentazione, perché il linguaggio, possibilità di ogni rappresentazione, è esso stesso metafora della possibilità di generare metafore, anche se di per sé non dovrebbe essere riducibile a metafora.

La lingua, archetipo di ogni immagine e di ogni comunicazione che pure ha il potere di generare, non è riducibile a immagine di se stessa, è parola paradossale per dire ciò che, precedendo ogni parola, non può essere detto e tollera analogie solo col ritmo della voce o il muoversi del corpo socializzato "in una nominabilità del ritmo e in una simbolicità della motilità" (34, p. 29).

La parola, proprio come l'io, non fonda la memoria, ma è la memoria che costituisce l'io che, così, talora riposa su un abisso che deve assumere per fondarsi su qualcosa che lo precede, anche se di essa non ha contezza perché è stata obliata. Per la generatività della lingua, la sua tessitura rammemorante diventa testimonianza, fondamento e ragione di ogni parola dell'uomo, di ogni lingua e della sua capacità di dire la verità dell'uomo e di raccontarla [23].

La *χώρα* porta Dante a formulare una teoria del soggetto che, anticipando la psicoanalisi, radica nell'inconscio la costruzione della significanza e dell'identità soggettiva ineludibilmente connotata dall'identità corporea. La struttura metaforica della conoscenza è carattere proprio dell'uomo, perché la metafora origina la facoltà linguistica, l'identità linguistica e la consapevolezza espressiva dell'uomo. Ovvero, la lingua attinge alla metafora e si radica dove il linguaggio si costituisce e si genera, generando l'uomo: la *χώρα* è il nucleo essenziale dell'uomo in quanto nucleo essenziale della lingua [40].

La lingua è opera di conformazione di sé coerente con l'identità custodita dalla *χώρα* semiotica e conseguente alla sua personale esperienza. Dante così fonda e realizza la sua identità su questo immaginario testimoniale perché, proprio il grembo della *χώρα* è esigenza imprescindibile del linguaggio e dell'individuazione del soggetto che è

tutt'uno con il suo linguaggio. La parola non è semplicemente segno referenziale, ma è simbolo della fusione corporea nel seno della madre, del vigore e dell'affidabilità del padre, della risonanza con l'umanità ed il mondo, cose tutte che danno al linguaggio la possibilità di evolversi e di svilupparsi creando nuovi scenari, affetti inattesi e impensabili evoluzioni della propria esistenza. Per questo i collegamenti sintattici della lingua sono molto di più che segnali indicativi ed "individuano un senso debitore di sensi" (40, p. 70).

La *χώρα* di Platone porta così Dante ben oltre le posizioni di Aristotele. La *χώρα*, infatti, fa identificare l'uomo col suo mondo immaginario che si avvinghia a un reale imperscrutabile, facendo di questa finzione l'unico mondo reale della sua esistenza (Timeo, 52c) Ma, mentre la *χώρα* fa dell'esistenza sensibile-affettiva dell'uomo "non falsi errori" dell'immaginazione poetica, queste finzioni, se realizzano una meta difforme dalla originaria, creano parole morte che sono, in uno, la negazione di ogni relazione feconda e la sua sfigurazione.

### III. *La cupidigia che insterilisce il grembo della χώρα*

Nel "dolce stil nuovo", di cui Bonagiunta (8, Purg. XXIV: 49-51) riconosce a Dante la paternità, la poesia è ancora morta perché, pur essendo dettata da emozioni dell'animo suscitate dalla bellezza e dalla passione, si traduce in un prorompere di grida in cui manca la giustizia e non c'è verità. Il "dolce stil nuovo" nasce da affetti, ma solo come esperienza verbale, testuale e musicale, inadeguata comunque a far scoprire l'inesauribile ricchezza dell'amore, perché la parola non si assume alcuna responsabilità nei suoi confronti [40].

Prima di iniziare il suo pellegrinaggio, Dante aveva smarrito la dritta via. La sua poesia era un autoerotico esercizio di una parola mera espressione di potenza, perché egli, non avendo saputo resistere alla "cupiditas scientiae" – che ha costituito la sua vera colpa –, era schiavo della stessa passione di Ulisse [26, 62], ma era necessario che Dante incontrasse questo suo doppio per capire che la "selva oscura", in cui si era perso, era quella brama di sapere finalizzata a esercitare potere, a soddisfare sfrenate ambizioni ed a gratificare piacere sensoriale, che costituisce il dramma dell'umanesimo ateo [29] e rappresenta l'eterna tentazione dell'ingegno umano.

Questa "cupiditas scientiae", che nulla ha comunque a che vedere con quella del bruto, soddisfa l'orgoglio di chi, profeta solo per se stesso ed incurante degli altri<sup>8</sup>, aspira a divenire come Dio [18, 19, 49, 51, 54, 56]. Sulle colonne d' Ercole era posto il divieto divino: "Non plus ultra!". Ulisse, varcandole, si accomuna ad Adamo<sup>9</sup> che, per la stessa sete di conoscenza e potere, compie il suo peccato (17, Gen. 3: 4-5).

<sup>8</sup> "né la dolcezza del figlio, né la pietà/ del vecchio padre, né 'l debito d'amore/ lo qual dovea Penelope far lieta, / vincer potero dentro a me l'ardore/ch'io ebbi a divenir del mondo esperto, / e di vizi umani e del valore" confessa Ulisse (8, Inf. XXVI: 94-99).

<sup>9</sup> "non il gustar del legno/ fu per sé la cagion di tanto essillio, / ma solamente il trapassar del segno" (8, Par. XXVI: 115-117).

Paradossalmente, Ulisse ed Adamo si precludono così la conoscenza a cui ambivano e Ulisse, per di più, sperimentando il confine supremo della verità, si condanna all'annientamento e ad essere imprigionato in una lingua che parla solo per se stesso, perché egli occulta e non comunica il suo sapere agli altri a cui resta estraneo.

Le sirene col loro canto, hanno fatto credere ad Ulisse che avrebbe potuto soddisfare la sua cupiditas scientiae [41, 43], come la Femmina Balba lo ha fatto credere a Dante con la sua balbuzie, come Egli stesso spiega nei canti XXI-XXVI del Purgatorio, dedicati alla poesia che, anche se dà voce all'avvilimento dell'umano, al suo smarrimento, alla sua volontà di prevaricazione, si riduce a illusionismo retorico e a un gioco perverso, se non viene messa a tema quell'etica di alta aspirazione sociale, che appare nel dissidio fra Socrate e Gorgia e nel filo rosso che si può seguire lungo l'intera vicenda della cultura dell'occidente [35, 40].

Adamo chiude il discorso aperto con Ulisse perché l'amore può far oltrepassare ogni limite, se questa realizzazione viene resa feconda, venendo messa a frutto per gli altri, tanto in ogni singola relazione, in ogni determinato tempo, in ciascun gesto, come in una parola precisa. Dante così impara che la propria consapevolezza della verità e la sua scrittura sono inseparabili dall'essere messe al servizio della dignità degli altri uomini con un atto di compassionevole misericordia, che è il solo che porta a compimento il desiderio di conoscere e di godere della conoscenza [26].

Il testo poetico vero ha senso compiuto solo nell'interlocutore a cui è indirizzato ed in cui, in qualche modo, già esiste quanto è stato solo verbalizzato da chi scrive e trasforma così la sua "selva oscura" nel giardino lussureggiante dell'Eden. L'opera della parola non è un gioco linguistico, che si soddisfa e si compiace per aver rispettato le sue regole e non è neppure ridicibile alla giocosa comunicazione di una comunità che utilizza un lessico comune o che è costituita da un'élite aristocratica. Nell'Inferno, "il come l'uom s'eterna" di Brunetto, che pur documenta un alto impegno civile, in realtà non si eterna perché non è dettato dall'amore.

La regio dissimilitudinis in cui anche Dante si è perduto colpevolmente, riguarda proprio l'amore, l'amore vero e non "l'amor che a nullo amato amar perdona" in cui sensi e anima sono avviluppati insieme nella passione in un modo tale che non permette di distinguerli tra loro, come non permette di distinguere tra loro i corpi né permette alcuna distinzione tra il sé e l'altro, "in un presente assoluto" che è come "l'alterità della morte" (40, p. 204).

La lussuria, fame che è perversione della sete naturale dell'amore, infatti, ne è solo una parodia, non genera parole di canto e fa prorompere solamente sterili grida. Nella lussuria non c'è giustizia, non c'è bellezza, non c'è verità e la ragione è sottomessa al talento. Ma anche una scrittura non compresa può essere lettera morta e ottuso gioco linguistico fine a se stesso.

IV. *L'amor che sulle labbra s'incarna*

Poi Dante ha realizzato che il senso di giustizia e il sentimento di far parte di una comunità non permettevano che la sua esistenza potesse compiersi in tutta la sua interezza se fatta solo di corporeità e del soddisfacimento della brama di potere, perché in essa dovevano aver libero corso anche affetti familiari, amicali, sociali, civili, politici. Il perseguimento delle sue mete personali è infatti inscindibile dal destino della storia familiare e della società.

La sua opera poetica ha così mirato a favorire la migliore e più alta qualità della convivenza degli uomini, secondo una giustizia che fa coincidere la sua vocazione con le aspirazioni della comunità, perché solo la pluralità di prospettive permette di accedere al senso della verità [47, 51].

Per Dante il problema della giustizia diviene capitale e, nel Paradiso, si ricostruisce a cosa essa sia finalizzata: la conoscenza di una verità va condivisa con gli altri, dando libero corso alle realizzazioni del sentimento comunitario, che non si identifica con le strategie politiche e con la legge e che non si contenta dell'apparenze, perché riguarda un sentimento profondamente sentito [30].

Anche per San Tommaso<sup>10</sup> la giustizia è l'antagonista dell'avarizia nell'ordine politico sociale. La giustizia è, infatti, generoso dosaggio di dare e ricevere; la giustizia è prodigalità civile temperata da saggezza; la giustizia è onore reso ad altri nell'armonia del vivere comune; la giustizia è opera della misericordia; la giustizia sa distinguere il bene dalla giustezza e la bontà dalla condiscendenza ottusa; la giustizia è attitudine a farsi carico d'altri in forza della comune dignità umana. Sulla giustizia Dante fonda il suo dedicarsi alla società e alla politica. La libertà con cui Dante si concede a questo amore, riconoscendolo, è a sua volta sorgente di giustizia, definisce la sua identità e realizza perfettamente la sua dignità.

L'immagine dantesca del mondo creativamente generato, ma consono al corso della storia ed al giusto ordine delle cose, trova poi nella bellezza la sua ultima parola [30, 32, 33]. Per comprendere l'universo simbolico di Dante si deve riscoprire che il corpo e la lingua sono simboli di una realtà da amare.

Tutto l'intero creato che i padri consegnano ai figli, infatti, è degno di essere amato come degni di essere amati sono gli uomini, che di esso sono parte e di cui sono personalmente responsabili. Oltre che nei confronti del creato, ognuno è in debito anche nei confronti degli altri uomini, della loro carne, che ne individua il corpo nella sua

<sup>10</sup> 8. Th. IIa, IIae q 55, a. 8 e q 118: la giustizia "opponitur sibi maxime avaritia". Anche Dante, in *De Monarchia*, I, XI, dice: "Ad evidentiam primi notandum quo diustitie maxime contrariatur cupiditas, ut innuit Aristoteles in quinto ad Nicomacum. Remota cupiditate omnino, nichil iustitie restat ad versum; undesententia Phyllosophi est ut que lege determinari possunt nullo modo iudici reliquantur. Et hoc metu cupiditatis fieri oportet de facili mentes hominum detarquentis. Ubi ergo non est quod possit optari, impossibile est ibi cupiditatem esse: destructis enim obiectis, passiones esse non possunt".

integrità, e nella persona ed è in debito con la loro tradizione, con la loro cultura e la loro storia, oltre che con la loro linguamadre, in cui si definisce identità corporea e nominazione, nell'infinita trama di responsabilità che analizza e rappresenta l'uomo e il mondo, visto che la significazione si identifica con la coscienza [34, 35, 40].

Anche nel paradigma linguistico elaborato da Agostino [12] sono "le locuzioni del cuore" che fanno comprendere, per analogia, il fondamento puro del processo linguistico. Per Giovanni Scoto Eurigena l'identificazione tra natura e linguaggio si costituisce con processi dinamici dell'intelletto nelle forme in cui si esprime, progressivamente definendole e oggettivandole, ma anche progressivamente alienandole [rimozioni] [27]. La molteplicità delle cose create, con l'uomo al suo vertice, si articola ordinatamente secondo un unico disegno ed in un unico corpo, all'interno di una perfetta armonia da cui discende ed a cui concorre ogni forma ad essa finalizzata.

Quest'aspirazione all'ordine non soffoca l'amore ma, anzi, è proprio l'amore che dà efficacia alla parola più del suo ordine sintattico, ritmico, poetico, musicale, tanto che, per Bernardo, l'arte linguistica è indissolubile dall'ordo amoris. Dante prende da Bernardo i temi del senso d'ordine e della consapevolezza della propria responsabilità pubblica, che non sono mai disgiunti dall'amore che, in tutte le sue accezioni (passione per la donna, intimità amicale, sollecitudine civile), è il grande tema della sua vita e della sua esperienza linguistica, perché è in questa terzietà dell'amore che la libertà prende forma compiuta, dopo aver raggiunto la sua meta di conoscenza che, infatti, è affettiva, non razionale, ed è la lingua che compie il miracolo di condurre il sapere a un'intimità dell'amore in una reciprocità di conoscenza [16, 38, 39].

L'amore vero, infatti, non è una semplice emozione dell'animo, perché presuppone il riconoscimento dell'altro e, anche se è "forza che non vincola l'altro, vincola all'altro, liberandolo a ogni rilancio poetico del legame" (40, p. 200) con la parola poetica che è forma di questa dinamica, che è l'unica possibile nell'amore e che non si ispira soltanto al volto di una donna. L'esperienza di amore, attingendo a inestinguibili riserve del linguaggio e qualificando in modo inimmaginabile l'identità personale stessa, trasfigura il mondo.

La poesia va dritta al cuore dinamico dove l'uomo sperimenta l'amore che lo costituisce e qualifica, perché la parola poetica è quella che meglio manifesta e realizza la verità dell'uomo e del suo processo di formazione e perfezionamento che, fin dall'infanzia, è indissolubile dall'esperienza del linguaggio [1]. In una simile prospettiva la riflessione si sposta dal poetico allo psicologico.

La libertà amante precede l'uomo e lo chiama a realizzare le sue mete, prima di tutto, nell'intimità di sé. La verità è immediatamente oggetto di comunicazione e la lingua, che la comunica narrativamente facendo corrispondere forma ed essenza (8, Par. III, 79), è così una questione propria della verità, quand'anche essa "avesse faccia di men-

zogna” (8, Inf. XVI, 124), perché sarebbe “un non falso errore” (8, Purg. XV, 117). La visione letteraria, infatti, è sempre visione della verità ed anche la realizzazione corporeo-affettiva è linguistica [14], fermo restando che la verità trascende e non si dà sempre nelle singole sue attestazioni.

Come osserva Lia, mentre il cronos caratterizza e distrugge con voracità mortale la nostra vita biologica, il tempo, invece, ci viene concesso per realizzare compiutamente la nostra identità con un volere responsabile che perfeziona ulteriormente e identifica la nostra soggettività. Il viaggio della vita e della *Commedia* di Dante misura il suo tempo ed Egli evidenzia la qualità temporale della libertà che sarà in grado di perfezionarlo e di realizzarlo ben oltre quella vita biologica che, solo con una finzione, si può far corrispondere all’esistenza umana.

L’uomo non possiede la libertà ma, portando a totale compimento se stesso e aprendo lo spazio della sua decisione, che rivendica come atto libero, è il soggetto della libertà e il suo atto libero gli permette di costruire la verità di sé. Questa consapevolezza determina una pausa nella “frase musicale del tempo” e l’affermarsi dell’identità e della differenza fra cui la coscienza si erge a limite [9, 40]. Dante si qualifica come pellegrino il cui cammino definisce lo spazio-mondo, ma la metafora del cammino interpreta il progresso del tempo che viene qualificato dalla destinazione a una meta, liberamente scelta con rispetto della responsabilità nei confronti del proprio ambiente e del proprio tempo, a cui la libertà non concede deroghe [37].

L’opera poetica è opera della libertà e il punto preciso della *Commedia* in cui Dante si libera dalla schiavitù della famelica lupa è quando la sua cupiditas scientiae viene soppianta da un altro desio: la sete di giustizia delle beatitudini evocata dalla “femminetta sammaritana” (8, Purg. XXI:2). Solo un “dittatore”<sup>11</sup> che sia il desiderio di giustizia, prima, e l’amore per l’A/altro, poi, riesce a produrre vera poesia e così, anche col raccontare il suo smarrimento, Dante opera adeguatamente, perché lo fa per dare unità ai cittadini tutti della Firenze, “città partita”, con cui vuole condividere sapienza e conoscenza dando forma e vita agli affetti, in una ritrovata identità, che lo rende capace di controllare sempre il suo ingegno ed essere guidato dalla virtù (8, Inf. XXVI: 21-22), che, sola, può portare a vera conoscenza [25].

L’amore costituisce la questione determinante della rivoluzione linguistica e del cambiamento dello stile di vita di Dante che avviene “quando Virgilio cominciò: ’amore, / acceso di virtù, sempre altro accese, / pur che la fiamma sua paresse fòre” (8, Purg. XXII: 10-12). L’amore vero che il Poeta finalmente trova è strutturalmente portato a

<sup>11</sup> Dittatore deriva da dicere come in-dire ed ha un senso più forte di parlare: il dittatore è colui che chiama alle armi ed a tale chiamata si risponde con l’alzare la mano (leva militare), con cui i singoli individui si legano in manelli e covoni, come il logos articola le parti del discorso, dando a loro senso compiuto. Il “dittatore” obbliga il poeta a votarsi interamente alla lingua intesa come γῶργα, come luogo sorgivo del linguaggio, che può così realizzare forti intenzioni normative e religiose.

suscitare reciprocità e tesse legami solo in Purgatorio dove “l'amor che a nullo amato amar perdona” conosce finalmente la giustizia, inimmaginabile all'Inferno, dove Dante, non sapendo cosa dire, perde i sensi. Verrà meno anche in Paradiso, ma qui ciò accade solo perché non troverà le parole per la verità, la bellezza e la giustizia, che sono indicibili anche dopo che Dante ha saputo scoprirne i legami d'amore.

Secondo Julia Kristeva [35], Bernardo ha fondato una nuova antropologia, che considera l'uomo soggetto amoroso: “Ego affectus est” [16]. Dante ha poi tracciato le connotazioni psicologiche di questo nuovo uomo. Il sentimento di condivisione fa trasmettere il sapere e questo è il più umano dei compiti dell'uomo perché, quand'anche la morale fosse al vertice dell'ordine cosmico e antropologico, solo questa carità divulgativa realizzerebbe in pieno l'uomo che comunica la verità, che è immediatamente oggetto di comunicazione in quanto comunicazione di sé [33, 38, 39].

Così Dante si salva e raggiunge il limite estremo a cui può giungere il suo ingegno perché, con la sua lingua e per il suo libero volere, rende disponibile il suo sapere a tutti gli uomini. Dante, a differenza di Ulisse, si è reso conto che la lingua fallisce allorché il sonno della ragione cede il passo al talento e, invece che bellezza, genera mostri “col falso lor piacer”, come confessa Dante a Beatrice (Purg. XXXI: 34-35).

Il “disio” ora muove la libertà verso mete condivise con gli altri e la cupiditas non fa più di Dante uno schiavo della carne e dell'avarizia che riguarda beni materiali, poteri, onori e scienza. Dante infatti, non solo nella *Commedia* ma anche nella vita, rimane un pellegrino questuante che non ha alcun potere sulla verità, ma che pone il suo sapere al servizio della verità e degli altri, liberando finalmente dalla balbuzie la sua lingua. Il “disio” è fondamento e compimento trascendentale di ogni capacità di ricordare dell'uomo, compresa la stessa memoria immemore della *χώρα*, in cui si radicano desideri e simboli che muovono la lingua umana a raffigurare la verità anche dell'indicibile del mondo [52].

Il disio è una sorta di attrazione genetica, di vocazione originaria dell'uomo a progredire ed a superarsi, divenendo sua incommensurabile misura. Il disio è la sete naturale, cantata da Stazio come desiderio sempre nuovo, che dà un connotato specifico all'uomo. Il disio è manifestazione della libertà di cui si alimentano l'amore e la vocazione dell'uomo a mirare all'alto.

Il disio richiede alla libertà di non confermarsi soltanto in un atto di arbitrio incondizionato, debitore di sé soltanto [40, 50]. Il disio, infatti, non può impossessarsi della superiorità a cui in continuazione tende perché, se il volere potesse impossessarsi del proprio oggetto ultimo, esercitando su di esso il suo potere, non potrebbe che naufragare. Se veramente potesse raggiungere la sua meta, questa misurerebbe i suoi limiti, facendolo rassegnare all'inesorabilità della morte (Ulisse e il suo trapassar del segno) [40].

Forese è l'amico in cui Dante poteva specchiarsi, era il volto di fronte al quale poteva essere se stesso ed in cui poteva scorgere chi fosse l'uomo e chi fosse l'uomo che era lui, perché la sua stessa identità personale si definiva e si palesava in lui [40].

A un amico ci si concede e con lui si osa essere se stessi senza autoimporsi limiti e mascheramenti. Forese esemplifica cosa significhi dare la vita per i propri amici, per i concittadini e per i lettori a cui, con libertà e rispetto per l'altro, ci si permette di consegnare l'identità raggiunta raccontandosi in una lingua divenuta capace di testimoniare l'uomo nella sua carnalità e nelle sue passioni, come aveva fatto Stazio dopo la sua conversione, operata dalla IV ecloga di Virgilio [63]: "Secol si rinnova;/ torna giustizia e primo tempo umano,/ e progenie scende dal ciel nova" (8, Purg. XXII: 70-72), con cui anche Dante indica il suo passaggio dalla poesia, lettera morta e sterile, ad atto di amore che genera amore, come se la virtù materna e paterna di Virgilio avessero aperto la prospettiva di una tale reciprocità.

Ecco cosa significa generare nella pienezza del sentimento sociale e dell'amore, forgiato dal virtuoso riconoscere cosa sia il bene degli altri! [37]

Come dice Lia: "La poesia autentica tesse legami articolando relazioni d'amore. [...] La parola poetica è parola preformativa dell'identità personale in relazioni amanti" (40, p.189). Solo negli occhi di Beatrice Dante vedrà lo specchiarsi della verità dell'amore, che lo individualizza proprio quando si fa dono per gli altri. Questo amore è il vero dettatore della Commedia ma, paradossalmente, è solo l'amore per l'interlocutore che realizza le sue più alte mete di verità, i suoi più profondi affetti ed il suo mondo. L'amore è un "dittatore" non del semplice gioco linguistico o della genialità del poeta, ma costituisce l'identità stessa dell'uomo che ama.

Nell'intima esperienza sintetica degli affetti l'uomo condensa la propria consapevolezza e sperimenta una verità di sé, indissolubile dalla verità degli altri e del cosmo, ed una conoscenza inseparabile dal volere nella sua forma più libera e feconda: voler bene. Percependo con stupore di essere liberamente amato, l'uomo potrà sperimentare a sua volta ciò che lo identifica nel suo corpo e che lo lega al corpo degli altri. Gli affetti infatti sono il luogo di questa esperienza e danno forma alla sua memoria a cui potrà attingere riconoscendo di aver perseguito la meta da sempre desiata [40].

La parola poetica compie così ogni disio di qualsiasi uomo, realizza ogni suo affetto, sazia ogni sete autentica di sapere. Dante, come Ulisse, nell'ardire della parola ha identificato la sua esistenza ma, a differenza dell'eroe greco, viene salvato perché la sua poesia non è solo parola per identificare se stesso, ma viene offerta ai fratelli, facendogli così, paradossalmente, riacquistare una nuova identità connotata dall'amore per l'altro, che placa la sete del desio. La passione per l'umano che abita la poesia le dà inoltre una potenza visionaria in cui la sua valenza sociale e civile attinge direttamente alla verità.

La *Commedia* è così il grembo della  $\chi\acute{o}\rho\alpha$  semiotica che include e genera al contempo la parola poetica e Dante è riuscito a riconoscere quanto sentimento di amore per l'altro e quanto sentimento di comunità e quanta responsabilità civile erano nascosti nella sua cupidigia, nelle sue passioni, nei suoi affetti.

#### V. *Lingua e gerghi della Commedia*

Un'esperienza si palesa e si fa conoscere solo nelle parole di una narrazione, che è responsabile del giudizio sul racconto, ma anche della sua stessa identità e differenza, che la lingua ha reso singolare a dispetto dell'indifferente onirico, tracciando i suoi confini che la distinguono, ma che divengono anche i luoghi ove le varie esperienze si possono incontrare. Il confine dello spazio-tempo di Dante precisa, infatti, il suo giusto posto nella storia (8, Par. III).

La poesia della *Commedia*, palpitante di brucianti passioni, illuminata da una chiara visione politica e del mondo, e connotata dalle aspirazioni personali e dalle mete di Dante, non poteva impiegare il monumentale Latino che, essendo lingua morta, non avrebbe potuto svolgere un ruolo di servizio, come oggi non lo possono fare le citazioni inglesi che, come pietre d'inciampo, sempre più spesso interrompono il fluire di discorsi e scritti, rimandando a un altrove che non appartiene né al destinatario né alla costruzione del pensiero dell'autore, come se si volesse rimuovere il senso stesso del discorso<sup>12</sup>.

Il Volgare invece, che era la lingua parlata da Dante e quella viva del suo lessico quotidiano, era il più appropriato per far conoscere al lettore la sua verità e il suo alto profilo spirituale. Il carattere della lingua è essenzialmente geometrico: i nomi che significano le cose sono successivi ad esse, di cui sono come le proiezioni ortogonali o le ombre che, come i fatti grammaticali, ricevono forma secondo i movimenti e le modalità delle loro relazioni, modulando le ipotesi e le speranze con cui le coscienze hanno tracciato la strada per perseguire le loro mete.

Ogni lingua fa tutt'uno con la visione del mondo, con l'esperienza esistenziale, con la responsabilità civile e politica che qualifica l'uomo. La scrittura attingendo a tutte le risorse della fantasia, dell'arte, della libertà, svolge così un ruolo di servizio per le esigenze della vita attuale, affettiva, politica, religiosa e la *Commedia* rende conto di questa qualità e di cosa implicino la sua visione del mondo e la sua fatica linguistica.

<sup>12</sup> Oggi, 18 aprile 2020, mentre si è in piena pandemia, i mezzi di comunicazione hanno fatto sparire dal loro vocabolario termini italiani come quarantena, isolamento, coronavirus, lavoro da casa ecc. La loro sostituzione con i corrispettivi termini inglesi e acronimi è come se volesse rimuovere le paure che, in altre pestilenze, hanno portato all'abbandono di popolose città con caotica vita sociale e all'isolamento di gruppi di persone in cima alle montagne o su isole deserte: continuando a parlare italiano si dovrebbe da subito, infatti, riprogrammare non solo l'assistenza degli anziani e dei malati cronici, ma tutta la vita sociale, le scuole e le strutture sanitarie che, come i compartimenti stagni di un sommergibile, dovrebbero essere isolabili in caso di epidemie.

La lingua, che è l'aspetto più rilevante della *Commedia*, non comunica solamente immagini, ma le realizza dando corpo ai suoi personaggi ed ai loro sentimenti [40].

Da subito, così, sulle porte dell'Inferno, appare scolpita un'iscrizione in quella lingua volgare che dà forma originaria al viaggio di Dante e viene plasmata dalla forma della lingua, con i suoi ritmi, sonorità, deissi, reticenze e preterizioni, allitterazioni e metafore e con gli stessi artifici della lingua: calibrate scelte grammaticali, nessi sintattici, richiami semantici, prodigioso immaginario della fantasia, effetti sonori e risonanza della parola, voci dei personaggi, che concretizzano lingue testimoniali, documentarie, cronachistiche, narrative, visionarie e suscitanti affetti.

La *Commedia* attesta la visione profetica di Dante per giungere alla meta della conoscenza. Il poema è figura letteraria e linguistica di questo pellegrinaggio esistenziale sull'asse passato-presente-futuro, in cui si concretizza la sua capacità di sperare, completando i testi biblici meglio dell'Apocalisse. La dimensione temporale dello scrivere di Dante testimonia come la sua lingua sia grembo capace di accogliere nel suo interno anche l'oltre di ogni verità e di ogni bellezza.

L'esperienza, raccontata in tutta la sua passione carnale e nella drammaticità del suo confronto con la morte, dà parole e immagini per dire se e come sia stato davvero conosciuto l'amore per tutti gli uomini e l'intero creato, tanto che in Paradiso Adamo può fare le sue rivelazioni in volgare, rendendo illustre questa lingua insieme a San Tommaso che, inoltre, ne certifica la capacità di esprimere le più profonde verità teologiche senza che sia necessario ricorrere al Latino delle sacre liturgie ecclesiastiche. Tutta la *Commedia*, del resto, è un Vangelo che proclama come Dio ha raggiunto l'uomo nella sua identità carnale e mortale, coinvolgendolo nel gioco dell'amore con quel "piacer umano che rinnovella" facendo "voi secondo che v'abbella" (8, Par. XXVI: 128, 132) [23, 26, 32].

La lingua del poema, però, non è eterna, anzi, è giustamente peritura. Il suo compimento, infatti, non è l'eternità del presente perché la giustizia, chiede che la trascendenza, che ne suggella la bellezza, la dignità e la passione di verità, si compia al di là di ogni presente e al di là della grammatica e della sintassi degli uomini, anche se nella lingua di ogni popolo e tempo c'è comunque un germe di immortalità che la anima e che la rende atto di libertà, di piacere, di fantasia, di desiderio, che dà forma all'identità di ciascuno per come è inserito nel suo contesto che, per Dante, era il Medioevo con le sue contese fra Guelfi e Ghibellini e per Adler è stato il nostro tempo con i suoi progressi, le sue ideologie, le sue guerre e rivoluzioni.

Nell'ambito della lingua della *Commedia* si distinguono tre gerghi specifici: quello dell'Inferno, quello del Purgatorio e quello del Paradiso. L'Inferno esiste solo in questo gergo e si misura con esso e con le sentenze che lo fissano e rappresentano mortalmente. I corpi stessi dei dannati sono fatti da questo gergo che Dante apprende percorrendo le vie dell'Inferno in mezzo ai dannati.

Le loro anime non sono raffigurate come cadaveri ma, ironicamente, come corpi vivi che, essendo privi di significato, "sono corpo di una morte eterna, rappresentazione di una presenza identificante in un rito senza significazione, che ripete la propria fissità identificatrice" (40, p. 138). La mancanza di ogni speranza è annientamento assoluto del desiderio e cancellazione dell'amore. Il presente di questa forma di esistenza si risolve in un segno muto, nell'insofferenza di sé. I corpi privati di significazione non attestano nulla oltre se stessi e Dante rappresenta l'estinzione del significato proprio attraverso un gergo che si dichiara e si scrive sulla porta dell'Inferno in cui il significato dei segni coincide con i segni stessi.

Nel *Purgatorio* l'avvicinarsi di Dante alla sua meta non si compie attraversando acqua e fuoco, ma attraverso lacrime e sospiri che danno giusta risonanza a un gergo che disegna le storie che hanno condotto sulle balze del Purgatorio chi, in vita, ha sostituito con la cupidigia il desio per quell'alto che qui di nuovo le muove e per quell'amore, che qui ricomincia a risuonare.

Anche in *Paradiso*<sup>13</sup>, l'identità storica dell'uomo ha una sua precisa connotazione linguistica. Dante vuole renderci partecipi della sua esperienza della verità, con un gergo che è esso stesso esperienza di comunione con tutti coloro che sono stati resi partecipi di questo intimo sapere. Tale comunione permette di godere dell'identità di ogni altro, di cui si apprezza il personale carisma che gli ha meritato di partecipare ad essa.

Ogni esperienza d'amore risuona in Paradiso per la ricchezza della musica e delle immagini del gergo che, in questa cantica, sboccia alla vita, alla bellezza, alla gioia, all'amore, recuperando l'integrità del creato e la smarrita dignità del genere umano, portando da un'inferiorità, mal compensata con la brama di potere e che si specchia enigmaticamente solo in se stessa, a un'ascesa che porta alla realizzazione della propria identità, della propria libertà, del proprio volere, della propria vita, in un faccia a faccia con l'uomo e con la sua originaria vocazione a compiere coerentemente la propria identità, dopo aver cancellato nel Lete la bestialità di ogni concupiscenza.

Per San Tommaso anche questo "umanare" si compie solo nel "transumanare", in cui è presente anche il corpo nella comunione che la comunicazione realizza [60].

<sup>13</sup> Questo lemma allude al giardino (il semitico paradu = appartato, da cui parco, terreno recintato per il re), come Inferno rimanda agli abissi sotterranei e ad una statica inferiorità che non muove ad alcun compenso.

[Questo gergo, questa parola-corpo, viene detta “distensa lingua” – Distentio è anche termine agostiniano [12] – ed è simbolo in senso forte, simile al sacramento cristiano, in cui Dante ha coinvolto il lettore rendendo il gergo del Paradiso forma dell’uomo totale ed espressione della sua realizzazione.

\*\*\*

Anche la *voce* costituisce il tessuto di tutta la *Commedia* che così è un impressionante universo sintetico di suoni, colori, odori e sensazioni che incalzano e si intrecciano, realizzando l’identità corporea di Dante e dei suoi lettori. Questa lingua poetica dà puntuali indicazioni della metamorfosi della voce e, quindi, della formazione fisica della parola sulle labbra, ove risuona come espressione della qualità affettiva dell’uomo e del suo pensiero. Nella selva oscura c’è silenzio. Poi compare la voce flebile di Virgilio che, anche visivamente, appare mal definito.

La discesa all’Inferno di Dante inizia con la consapevolezza di obbedire a una vocazione che avrebbe consentito alla propria lingua di risuonare in forme inimmaginabili (anche nei momenti peggiori della vita. Nell’Inferno, Dante scende nel fondo abisso del male dove si può ascoltare il suono della bestialità, della brutalità e degli istinti ed in cui si può riconoscere quanto un uomo possa avvilupparsi su se stesso, quanto sia incatenato alla propria condizione, identificato dal proprio stato, dalla propria pena.

L’amore sviato di Paolo e Francesca, ridotto a bufera dei sensi, travolge e soggioga gli amanti e annienta ogni suono di voce, per la fatica della fonazione dei corpi pietrificati ed eternamente morti. Poi la voce è sonorità di dolore e disperazione che si articola in parole, a solo vantaggio del poeta e del lettore. È verso animale che diviene osceno e terribile sulla bocca di uomini e demoni. Poi c’è l’urlo afono del silenzio e della tenebra, perché la necessità di dire, dettata dalla responsabilità linguistica, è causa di paura della costruzione e dell’eco delle parole stesse. “Pape Satan, pape Satan aleppe!” (8, Inf. VII) è degna ouverture dell’abbaiare degli avari e la voce di Farinata riempie di timore (8, Inf. X). Anche la voce di Guido da Montefeltro è orrenda (8, Inf. XXVII): nonostante l’enorme portata dell’impresa linguistico-fonica che lo ha impegnato lui non riesce ad avere a disposizione la sonorità adatta per rendere l’esperienza che ha vissuto nel fondo dell’Inferno, buco nero di ogni luce, di ogni voce e di ogni forma umanamente decifrabile.

La voce è realizzazione e rappresentazione qualificata dell’identità corporea anche in Purgatorio, dove i corpi confessano il proprio peccato dicendo la verità di sé. Qui la voce esce piana, quando fa trasparire modestia o speranza, e solo a tratti diviene gioiosa, ironica o dura, quando esprime la sincerità di un serio pentimento.

In Paradiso la voce è canto in una poesia che è eterna, a dispetto della caducità di tutte le strutture grammaticali e sintattiche. Nella voce si può ascoltare la libertà con

cui l'uomo comunica, la lucidità con cui si riconosce nello splendore della verità, l'armonia con cui partecipa all'universale sinfonia dell'amore del Paradiso. La voce, da fenomeno corporeo della risonanza della voce della madre e da accadimento materiale degli affetti, diviene lingua che può compiersi in canto e realizzare la perfetta comunicazione dell'amore.

Quando Dante, al XXIII canto del Paradiso, raggiunge il confine estremo delle bellezze del cosmo, c'è una soluzione di continuo della percezione sonora della lingua. E l'ineffabilità, paradossalmente, diviene dispositivo linguistico che testimonia, con la semplice cancellazione del dire, l'esperienza mistica dell'Aldilà con cui Dante persegue la sua meta, portando a compimento tutto ciò che si iscrive nel suo aldiquà. Per essere lingua della verità, la parola non deve risolvere in sé la verità, ma deve solo confessare il suo debito con la libertà e la trascendenza dell'amore [40]. L'ineffabilità è dunque possibilità e vocazione suprema della lingua che serve la verità attestando la sua irriducibilità a ogni detto, che resterà sempre il minus che spinge a perseguire nella meta il suo plus.

In Paradiso l'amore non solo è dettatore della voce e della parola, ma è perfetta sonorità che realizza la comunicazione: "inluarsi, inmiarsi e intuarsi" (8, Par. IX) non sono che la messa in musica dell'empatia. L'amore detta il riso, che accende la fulgida e festante luce del Paradiso, e il canto, che è melodia e armonia dove la fonazione delle creature giunge a perfezione. Il canto appassionato si fa narrazione ed espressione simbolica delle passioni che l'animano e che attengono alla piena realtà dell'uomo. Il canto identifica la persona con l'armonia della comunità e, celebrando il canto di Davide, Dante sottolinea il merito anche sociale della sua opera linguistica (8, Par. XXV).

\*\*\*

Il tema della *luce* che Dante fa suo per individuare le anime del Paradiso – Catone, ad esempio, ha una "vesta che al gran di sarà sì chiara" (8, Par. XXX) – era già presente in Plotino (*Enneadi* VI, 9, 4), Macrobio ed Agostino (12, XIII, 8, 9). Con luce e canto, Dante ci rende partecipi di un'esperienza sensoriale ove si realizza la comunione dell'amore, perfetta unità di molti che in esso, comunque, restano perfettamente identificati. A differenza della fragilità della lingua, del riso e del canto, la luce, che accende lo sguardo dell'uomo, può sempre testimoniare i moti e la felicità dell'anima, facendo apparire in una fioritura visibile l'interiore bellezza dell'amore.

L'amato e l'amante sono estrema sorpresa dello sguardo ed ogni uomo può cercare la verità di sé solo "nel rimbalzo dello sguardo d'altri" e questo faccia a faccia rimanda al riconoscimento dell'altro ed alla possibilità di riconoscersi in altri. "Iri da iri" così è comunicazione che eguaglia e supera il bacio sulla bocca del Cantico dei cantici di Davide, che pure realizza la profonda comunione in cui i due respiri si fondono in un trascendente alito di vita [40].

L'ascesa di Dante, il suo transumanare, è di vista in vista ma anche di suono in suono con la sua voce che assume tutte le sonorità del mondo e che un tutt'uno con il suo corpo, la sua storia e la sua speranza del giorno in cui la riverserà definitivamente nella splendida risonanza eterna dell'amore, dettatore supremo di ogni parola e sorgente di ogni bellezza, che tesse le relazioni fra le creature anche nella "aiola che ci fa tanto feroci" (8, Par. XXII: 151).

## VI. Conclusioni

La lingua che prende forma nella *Commedia* non è solo una questione della vita di Dante o della sua identità storica, perché rende tutti consapevoli che, con la cura per la lingua, ciascuno coltiva in modo autentico la sua identità, la sua dignità di uomo, le sue migliori aspirazioni, gli affetti e le passioni perché essa è perfetta rappresentazione di ciò che ciascuno è anche se, come Dante, si è smarrito nella selva oscura della "regio dissimilitudinis" (12, Liber XIII, VII: 10, 16), della terra delle diseguaglianze e della schiavitù, divenendo inconfondibile anche a se stesso, perché ha soffocato il suo sentimento comunitario ed è quindi divenuto inconsapevole di appartenere a una comunità ed a una cultura.

Ma ognuno può farsi compagno a Dante nel suo cammino della *Commedia*, ovvero, l'autoanalisi di Dante desta nel lettore le condizioni per seguirne il percorso, per comprenderla sempre meglio e per condividere l'intentio profundior della meta del poeta che è quella di prendere coscienza di se stesso (umanarsi) fino alla sommità del Purgatorio per poi transumanarsi nel Paradiso di una vita comunitaria, empaticamente vissuta e condivisa. In tal modo, il cammino della vita diviene un itinerario dell'anima, della virtù, della conoscenza, dell'amore e delle sue implicazioni sociali. Per tutti, come per il letterato Dante, la società si realizza così come opera prodigiosa della lingua.

L'insegnamento di Dante, ridonando centralità alla lingua, esalta il valore del rapporto interpersonale, in generale, e analitico, in particolare, visto che in esso è richiesta una perfetta conoscenza da parte dell'analista della lingua madre dell'analizzato. Il vedere con i suoi occhi, udire con le sue orecchie e provare emozioni con il suo cuore [1], presuppongono infatti che egli sia in grado di capirlo e di parlargli nella sua lingua madre, come se questa fosse il grembo che ha partorito anche lui.

Conoscere la lingua vuole dire possederne i gerghi impiegati nelle varie situazioni, cogliere le tonalità e i suoni delle voci, udire sorrisi e respiri, ascoltare i silenzi, saper decodificare i segni di tutto ciò e del corpo, che vanno percepiti nei suoni e nella musica della parola e del canto, ma anche nella luce e nel brillare degli occhi, nello spegnersi in essi della luce, nella materialità spaziale del corpo e di tutte le modalità, sensorialmente percepibili, con cui esso modifica l'ambiente, interpretando anche produzioni artistiche ed esecuzioni musicali che spesso preannunciano ciò di cui non si ha ancora parlato e di cui non si è ancora consci [2, 42, 53].

Questo importante capacità di ascolto a 360 gradi presuppone che l'analista, se non con la *Commedia*, almeno con l'*Eneide*, abbia percorso tutto il viaggio che anche Dante e l'analizzato hanno percorso nel loro pellegrinaggio della vita e del racconto, abbia la statura morale di Paolo, Virgilio, Tommaso, Bernardo e Beatrice e sappia avere tanto amore per l'analizzato quanto queste figure guida ne hanno avuto trasmettendo la loro conoscenza a Dante.

Il rispetto per la lingua madre-analizzato impone che ogni analista abbia sviscerato ogni aspetto del suo racconto e viaggio vissuto per cogliere, in uno, potere generativo della lingua e vita che essa ha generato e che sola può fecondare l'analisi nel suo svolgersi in un presente su una traiettoria fra passato e mete future dove l'analista, l'altro da chi trasmette amore e conoscenza, si integra col grembo della lingua madre ed il contenuto del racconto e della vita dell'analizzato. Anche per l'*Eneide* [64], le *lettere di San Paolo* [17] e la *Summa* [61] di Tommaso, si potrebbero certamente fare tutte le considerazioni che Lia ha fatto per la *Commedia*.

Virgilio è poeta e la poesia è parola tendenzialmente perfetta, capace di portare a perfezione ragione e affetti. Dante si identifica, da un lato, con Virgilio ed Enea, dall'altro, con Paolo: mentre Virgilio profetizza inconsapevolmente una presenza di Dio che rimane ancora nascosta, Paolo ne può scrutare il mistero che si è fatto presenza. Il fatto che il confronto con Paolo segni emblematicamente l'inizio dell'*Inferno*, iscrive tutta la *Commedia* in un'esperienza mistica, ma proprio questo vissuto permette a Dante una più acuta comprensione di sé e fa meglio comprendere anche a noi la sua lingua. Dante (8, *Inf.* II) supera Paolo perché il suo vangelo assume totalmente quello di Paolo in un'inedita risonanza dello Spirito nella lingua, perché amore è dettatore della sua poesia. Egli supera di molto anche Tommaso perché, per quest'ultimo, il corpo di carne non è essenziale così come marginale è la parola poetica [40].

Oltre che di Ulisse, anche di Virgilio Dante fa un suo doppio, che però non è dannato, ma giunge a salvezza nel Limbo [48]. C'è un'altra identificazione Stazio-Dante nel comune maestro Virgilio che ha saputo trasmettere onore, giustizia, grazia, bene: legami intenzionali liberamente voluti e tessuti. Virgilio rappresenta la più alta umanità, comprensione, verità e configurazione consapevole delle passioni. Stazio parla della maternità e della paternità spirituale poetica di Virgilio e il grembo che lo ha generato è l'*Eneide* [63]. Al termine del Purgatorio Stazio e Virgilio, usciti dalla trama narrativa, rimangono nel corpo poetico che concretizza l'identità di Dante come ogni analista resta nella narrazione costitutiva della vita dell'analizzato.

\*\*\*

Le attrici femminili della *Commedia*, dalla "ragazza in rosso" a Maria, fanno un tutt'uno con la *χώρα*, col grembo della facoltà linguistica. Il femminile dantesco risulta così essere molto più identificativo della passione amorosa, perché è condizione

ontologica originaria dell'umanità, connotata dall'apertura alla realizzazione storica della fecondità. Maria è l'eterno femminile, la perfetta realizzazione dell'identità personale con la sua libera accoglienza nel suo grembo di Chi l'ha generata (8, Par. XXXIII: 1-21). La maternità, dono della generazione propriamente umana, e la fecondità paterna della "responsabilità della generazione", che anche il padre si assume, si realizzano solo quando ci si fa carico della responsabilità civile e culturale di quanto generato col sapersi ritrarre, mettendo in atto l'espropriazione di tutto quello che abbiamo e siamo, vietandosi ogni possesso, come fa il grembo della madre e della lingua che rinuncia a priori a godere dei propri frutti, che pure generosamente produce.

L'amore tesse legami che vanno ben al di là del prendere, perché un'originaria separazione da quanto si genera, determina disappropriazione, distanza, silenzio e mancanza di presa in carico dentro di sé, oltre la quale il figlio diviene adulto e definitivamente inappropriabile dal grembo, sua lingua madre, identificandosi in una lingua straniera per nulla consonante con quella originaria. Ma è solo così che la lingua di ognuno può confessare di avere un debito incancellabile con la lingua madre, con il grembo della madre ed un debito con la responsabilità del padre che ha rinunciato a essere l'adulto esclusivo, responsabilizzando il figlio che, solo diventando adulto e responsabile, può essere suo erede [40]. Ecco cosa ha significato per Dante divenire adulto e forgiare la lingua della propria identità e della meta che aveva fissato per la sua storia.

Sarebbe superfluo sottolineare il gran numero di assonanze fra la psicologia di Dante e quella di Adler, inevitabili perché entrambe sono psicologie della stessa umanità, anche se ognuno si serve della lingua che parla per esprimere, secondo il modo di pensare del suo tempo, le dinamiche inconscie del pensiero, il desio per l'alto, così differente dalla bramosia morbosa e dalla cupidigia per il potere, l'amore per l'altro ed il senso di appartenenza alla comunità, comunque essa venga designata.

Ma le considerazioni sulla lingua spalancano sconfinati orizzonti sul campo sterminato di considerazioni che nascono dall'analogia del grembo della lingua madre con quello della donna (domina) che è tale in quanto ontologicamente in grado di elargire il dono della maternità, luogo e momento in cui il mistero della vita si dischiude nella bellezza, nella gratuità, nella dedizione ed è grazia che custodisce il segreto della vita dalla violenza distruttiva della lussuria, dalla cecità della superbia, e soprattutto dalla famelicità della cupiditas, imponendo all'uomo di ridisegnare la carta costituzionale anche delle sue responsabilità paterne [40].

Dante ha scoperto che, "solo lasciandosi guidare da Altri, scoprendo un'inattesa profondità del proprio debito col femminile e con l'amore, il mascolino guadagna la sua stessa giusta identità e la sua fecondità eterna ("come l'uom s'eterna" a dispetto di Brunetto)" (40, p. 314). La qualità più profondamente maschile dell'uomo, al di là dell'attrazione sessuale, emerge solo quando egli si rende conto di dipendere dal femminile, dal grembo della madre e della madre lingua e si pone in una posizione

di ascolto, di accoglienza, di recettività che deve essere voluta, coltivata ed amata. L'Amore si svela quale amore originariamente femminile, dettatore di ogni pensiero che viene verbalizzato e di ogni vita che viene vissuta. Ogni parola e ogni azione dell'uomo passa per il principio femminile della *χώρα*, spazio del rimosso e del rammemorato.

### Bibliografia

1. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma, 2012.
2. ADLER, A., MACHT, K. (1928), *Die Technik der Individualpsychologie, band. I, Die Kunst eine Lebens und Krankengeschichte zu lesen*, tr. it. *L'arte di leggere la vita. Storia di una malattia*, Postfazione di G. G. Rovera, Mimesis, Udine-Milano, 2019.
3. ALIGHIERI, D. (1292-1294), *Vita nuova*, in *Tutte le opere di Dante*, Società Dantesca Italiana, Firenze, 1960.
4. Id. (1304-1307), *Convivio*, Sansoni, Firenze, 1992.
5. Id. (1304-1307), *De vulgari eloquentia*, in *Tutte le opere di Dante*, Società Dantesca Italiana, Firenze, 1960.
6. Id. (1310-1313), *De monarchia*, Mondadori, Milano, 1965.
7. Id. (1317), *Epistola XII, a Cangrande*, in *Tutte le opere di Dante*, Società Dantesca Italiana, Firenze, 1960.
8. Id. (1357-1362), *Commedia*, Sismal, Ed. del Gallo, Impruneta, 2001.
9. ARENDT, H. (2005), *Vita activa*, Bompiani, Milano.
10. ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ (340 a.C.), *Μετα τὰ φυσικά*, tr. it. *Metafisica*, Rusconi, Milano 1978.
11. Id. (334) *Περὶ ψυχῆς* tr. it. *L'anima*, Bompiani, Milano, 2001.
12. AUGUSTINUSHIPPONENSIS, A. (400), *Confessiones*, tr. it. *Sant'Agostino. Tutte le opere*, Newton Compton, Roma, 2012.
13. Id. (392-420), *Enarrationes in Psalmos*, tr. it. *Commento ai Salmi*, Mondadori, Milano, 1989.
14. BARTOLINI, T. (1993), *Il miglior fabbro. Dante e i poeti della Commedia*, Bollati Boringhieri, Torino.
15. Id. (2013), *La Commedia senza dio. Dante e la creazione di una realtà virtuale*, Feltrinelli, Milano.
16. BERNARDUS (1115-1153), *Sancti Bernardi opera*, Ed. Cistercenses, Roma, 1958.
17. Bibie, traduzione della Bibbia in friulano di PLACEREANI, F., BELLINA, A., 7 vol. Ribis, Campoformido, 1988.
18. BOITANI, P. (1999), *L'ombra di Ulisse. Figure di un mito*, Il Mulino, Bologna.
19. Id. (2004), *Esodi e Ulisse*, Liguori, Napoli.
20. BONAVENTURA, (1257), *Breviloquium*, in *Bonaventura. Opera Omnia*, vol. VI. 2, Città Nuova, Roma 1996.
21. Id. (1259), *Itinerarium mentis in Deum*, in *Bonaventura. Opera Omnia*, vol. V.1, Città Nuova, Roma, 1993.

22. Id. (1273), *Collationes*, in *Hexaameron, Bonaventura. Opera omnia*, vol. VI.1, Città Nuova, Roma 1995.
23. BOULENOIS, O. (1999), *Être et représentation*, PUF, Paris.
24. CICERO, M. T. (45 a.C.), *De finibus bonorum et malorum*, Cambridge University Press, Cambridge, 2010.
25. CONTINI, G. (1976), *Un'idea di Dante*, Einaudi, Torino.
26. CORRADO, M. (2010), *Dante e la questione della lingua di Adamo*, Salerno, Roma.
27. CRISTIANI, M. (2010), Introduzione a Ildegarda di Bingen, *Il libro delle opere divine*, Mondadori, Milano.
28. De LUBAC, M. (1969), *L'eterno femminile*, Marietti, Torino.
29. Id. (1992), *Il dramma dell'umanesimo ateo*, Jaca Book, Milano.
30. FERRANTE, J. M. (1984), *The political vision of the "Divine Comedy"*, Princeton University Press, Princeton.
31. FORNARI, F. (1979), *I fondamenti di una teoria psicoanalitica del linguaggio*, Boringhieri, Torino.
32. GHISALBERTI, A. (2001), *Il pensiero filosofico e teologico di Dante Alighieri*, Vita e Pensiero, Milano.
33. GILSON, E. (1996), *Dante e la filosofia*, Jaca Book, Milano.
34. KRISTEVA, J. (2006), *La rivoluzione del linguaggio poetico. L'avanguardia dell'ultimo scorcio del XIX secolo: Lautreamont e Mallarmé*, Spirali, Milano.
35. Id. (2010), *Del'affectou "L'intense profondeurdesmots"*, in SEQUIERI, P.A., *Esteriorità di Dio. La fede nell'epoca della perdita del mondo*, Glossa, Milano.
36. LACAN, J. (1975-1976), *Le séminaire libre XXIII. Le sinthome*, tr. it. *Seminario XXIII. Il sinthomo*, Astrolabio, Roma.
37. LÉVINES, E. (1998), *La traccia dell'altro*, in *Scoprire l'esistenza con Husserl e Heidegger*, Raffaello Cortina, Milano.
38. LIA, P. (2008), *L'estetica di Bernardo di Chiaravalle*, Sismes, Ed. del Galluzzo, Impruneta.
39. Id. (2012), *Finalmente come Dio. Considerazioni inattuali sullo stato morale della soggettività*, Vita e Pensiero, Milano.
40. Id. (2015), *Poetica dell'amore e conversione. Considerazioni teologiche sulla lingua della Commedia di Dante*, Olschki, Firenze.
41. LOTMAN, J. M. (1960), *Il viaggio di Ulisse nella Divina commedia di Dante*, in *Testo e contesto. Semiotica dell'arte e della cultura*, Laterza, Roma-Bari.
42. MARASCO, E. E. (2013), *Setting: uno, centomila, nessuno. Il complesso e la complessità di Prometeo*, XXIV Congr. Naz. SIPI, Torino 19-20 aprile 2013, *Riv. Psicol. Indiv.* 75, suppl. relazioni congressuali.
43. MAZZEO, J.A. (1968), *The "syrenes" of Purgatorio*, in *Medioeval cultural tradition in Dante's Comedy*, Greenwood, New York.
44. MELVILLE, G. (2009), *Costruire e decostruire i simboli della comunicazione religiosa del Medioevo*, in ANDENNA, G. (a cura di), *Religiosità e civiltà. Le comunicazioni simboliche (secoli IX-XIII)*, Vita e Pensiero, Milano.
45. MONTINI, G.B. (Papa Paolo VI), *Litterae Apostolicae Sedis. Commentarium of-*

*ficiale*, LVIII, 1966.

46. NAPOLITANO VALDITARA, L.M. (2007), *Platone e le ragioni dell'immagine*, Vita e Pensiero, Milano.
47. NARDI, B. (1967), *Saggi di filosofia dantesca*, La Nuova Italia, Firenze.
48. Id. (1977), Il Limbo dantesco, in *Il pio Enea, l'empio Ulisse, tradizione classica e intendimento medioevale in Dante*, Longo, Ravenna.
49. PAGLAIRO, A. (1966), *Ulisse. Ricerche semantiche sulla Divina Commedia di Dante*, D'Anna, Messina-Firenze.
50. PERTILE, L. (2005), *La punta del disio. Semantica del desiderio nella Commedia*, Cadmo, Fiesole.
51. PICONE, M. (1961), *Dante, Ovidio e il mito Ulisse*, Olschki, Firenze.
52. ΠΛΑΤΩΝ (388 a. C.), Τίμαιος, tr. it. PLATONE. *Tutte le opere*, Newton Compton Roma, 1997.
53. ROVERA, G. G. (2019), Postfazione a Adler A., Macht, K. (1928), *L'arte di leggere la vita. Storia di una malattia*, Mimesis, Udine-Milano.
54. SCOTT, J. A. (1977), *L'Ulisse dantesco in Dante immaginario*, Olschki, Firenze.
55. SONNET, J. P. (2014), *Generare e narrare*, Vita e Pensiero, Milano.
56. STANFORD, W. B. (1954), *The Ulysses theme. A study in the adaptability of a traditional hero*, Blackwell, Oxford.
57. STEINER, G. (1994), *Dopo Babele*, Garzanti, Milano.
58. TASSANO BERARDI, A. (2014), Nessun uomo può fare a meno del femminile. La donna nella vita di Teilhard de Chardin, *Prospettiva persona*, 89-90: 78-83.
59. TEILHARD de CHARDIN, P. (1976), *Il cuore della materia*, Queriniana, Brescia, 1993.
60. TERTULLIANO, Q. S. F. (197), *Apologeticum*, tr. it. *La difesa del cristianesimo*, Studio Domenicano, Bologna, 2008.
61. TOMMASO (1265-1273), *Summa Theologiae*, tr. it. *Somma di teologia*, 5 vol., Città Nuova, Roma 2019.
62. VALLI, L. (1935), Ulisse e la tragedia intellettuale di Dante, in *La struttura morale dell'universo dantesco*, Ausonia, Roma.
63. VERGILIUS MARO, P. (39 a. C.), *Bucolica*, tr. it. *Bucoliche*, Newton Compton, Roma 1994.
64. Id. (29-19 a. C.), *Aeneides*, tr. it. *Eneide*, Newton Compton, Roma 1994.

Egidio Ernesto Marasco  
Via Santa Maria Valle 7  
I-20123 Milano  
E-mail: egidiomarasco@yahoo.it

Luigi Marasco  
6, Stonecrop avenue  
HG32WS Harrogate (UK)  
E-mail: lumar80@gmail.com



## Recensione

STEIN, H. T. (2013), *Teoria e Pratica: Un Approccio Socratico alla Vita Democratica*, Vol. I, traduzione L. Bo, A. Anglesio, Kindle Books (pp.353).

Questo primo Volume di H.T. Stein Ph. D, formatosi con gli allievi di Alfred Adler, espone con maestria gli originali principi teorici e la prassi terapeutica della Psicologia Adleriana Classica.

L'analisi e l'utilizzo che egli fa del metodo socratico, la suddivisione del metodo terapeutico in dodici stadi, hanno la finalità di fornire agli psicoterapeuti, una guida chiara e razionale per il lavoro con i pazienti.

Nella prima parte Stein sintetizza la teoria di Adler, focalizzandosi su alcuni elementi la cui rilevanza è fondamentale per una terapia adlerianamente orientata: pensieri, sentimenti e azioni visti come movimenti, lo schema antitetico di appercezione, la meta finale finzionale e la contro-finzione.

L'idea di tradurre il presente volume nasce dalla considerazione che, mentre l'inquadramento teorico è descritto ampiamente nella parte dedicata ai principi, questo caratterizza e differenzia la tecnica usata da Adler per curare i suoi pazienti, da quella delle altre scuole di psicoterapia.

Di fatto Adler non parla di metodo socratico; egli dedica ben poco spazio nei suoi scritti alla tecnica di terapia; questa è stata appresa e tramandata dagli autori che hanno avuto l'occasione di lavorare con lui, in particolare Alexander Mueller e Sophia de Vries; Henry Stein, allievo della de Vries, ha fatto una minuziosa analisi della teoria e della tecnica adleriana, ed ha usato il termine di metodo socratico in quanto questo definisce molto bene la modalità usata da Adler stesso nel rapportarsi con i suoi pazienti. In un contesto interattivo egli inseriva la tecnica delle domande per portare lentamente il paziente alla comprensione.

Il paziente partecipa in modo attivo a questo percorso che lo conduce all'insight. Questo "pensare assieme" riproduce l'approccio originale di Adler, caratterizzato da calore, diplomazia e cooperazione e da una componente ironica che egli sapeva usare abilmente.

*Liliana Bo*



**I.A.I.P.**  
**INTERNATIONAL ASSOCIATION OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY**

**28° CONGRESSO INTERNAZIONALE**

**10-14 LUGLIO 2021**  
**L'viv (Ucraina)**

**LE SFIDE DEL MONDO GLOBALE: LA SALUTE E LA CRESCITA**  
(The Challenges of the Global World: Healing and Growth)

Il Congresso Internazionale dell'I.A.I.P., posticipato di un anno per la pandemia che ha colpito l'intero mondo, è stato riprogrammato nel mese di Luglio del prossimo anno e propone un tema nuovo, diverso dalla precedente proposta, che invita a riflettere e discutere i cambiamenti che stanno modificando la vita delle comunità e dei singoli individui. Le ricadute delle trasformazioni in atto non possono non incidere sulla prassi degli psicologi, psicoterapeuti e analisti adleriani che operano in molte parti del mondo e che avranno, nelle sessioni del Congresso, lo spazio di confronto con i colleghi di altri Paesi.

Coloro che desiderano partecipare al Congresso potranno presentare nuovi abstract sia per le relazioni che per le comunicazioni, tenendo conto delle nuove prospettive che il Congresso vuole aprire.

L'I.A.I.P. comunicherà la deadline entro cui inviare al Comitato Organizzatore Locale dei colleghi ucraini i nuovi abstract, che sarà presumibilmente collocata nel prossimo autunno.

