

Editoriale

GIAN GIACOMO ROVERA

COMPETIZIONE / COOPERAZIONE

I. Introduzione

Competizione e cooperazione sono due termini che hanno polarità opposte, ma per alcuni sono accezioni antitetiche e per altri contrarie, costituendo due facce della stessa medaglia o meglio due sottosistemi di uno stesso sistema.

Al di là delle definizioni comuni, per quello che riguarda le psicologie dinamiche e specie la Psicologia Individuale Comparata (P.I.C.), competizione e cooperazione hanno precursori analoghi, ma finalità differenti.

La *competizione* spesso maschera un sentimento di inferiorità, ma con finalità volta alla supremazia. Inoltre se è associata ad una componente aggressiva può giungere ad una volontà di potenza distorta.

Anche la *cooperazione* ha come radici un sentimento di inferiorità, ma è compensata dal pensiero operatorio, correlato col funzionamento dell'intelligenza, con finalità di collaborazione e con rinforzo dell'interesse sociale. Può inoltre tendere a livelli di motivazioni valoriali ed etiche.

II. Distinzioni

Le due istanze meritano un'analisi approfondita anche perché si riferiscono ad ambiti diversi, pur avendo una base comune di significazione. Sembra quindi opportuno riportare in parallelo i punti salienti che distinguono la *competizione* dalla *cooperazione* rispetto all'Etologia, alla Sociologia, alla Pedagogia e alla Psicologia, con alcune *Caratterizzazioni* (Tabella n.1).

Tabella n.1: Caratterizzazioni

COMPETIZIONE	COOPERAZIONE
<p>1. In Etologia, la <i>competizione</i> è l'interazione tra individui di una stessa specie, volta alla comune esigenza di accedere a una risorsa disponibile in quantità limitata: essa aumenta quanto più le specie sono affini. La Competizione può avvenire per lo spazio, il cibo, la luce, la riproduzione, etc. Nell'individuo umano la competizione può anche manifestarsi per dominio, prestigio, potere, etc. [1].</p> <p>2. In Sociologia, alla <i>competizione</i>, non si possono ascrivere soltanto generiche valenze distruttive o, al contrario, soltanto funzioni positive. Ogni tipo di competizione può generare una <i>combinazione</i> delle une e delle altre in quanto spesso entrano in gioco l'orientamento dei valori individuali o dei gruppi, con specifiche finalità. Tra le <i>conseguenze aggressive della competizione</i> sta in primo piano: il consumo o la distruzione di risorse che possono essere impiegate in modi produttivi. Tra le <i>funzioni positive della competizione</i> si annovera: il contributo che essa può fornire all'integrazione dei sistemi psicosociali, come pure alla solidarietà di collettività. In generale le competizioni tendono ad avere conseguenze così estese da ridurre le funzioni positive [2].</p> <p>3. In Pedagogia, rispetto alle antiche concezioni educative, la <i>competizione</i> era non di rado considerata un importante fattore di stimolo in vista dello sviluppo di particolari abilità. La <i>pedagogia contemporanea</i> manifesta una valutazione più critica, sottolineando i limiti di tale pratica, in quanto essa può risultare controproducente.</p>	<p>1. In Etologia, il termine <i>cooperazione</i> si riferisce agli insetti sociali, come le api o le termiti, dove la collaborazione tra i membri favorisce la sopravvivenza dell'intera colonia. Negli animali di specie più evoluta la cooperazione è soprattutto finalizzata al raggiungimento di interessi individuali, come nel caso dei lupi che cacciano in branco per potersi garantire una maggiore quantità di cibo rispetto alla caccia solitaria [6].</p> <p>2. In Sociologia, la <i>cooperazione</i> indica principalmente un fenomeno sorto alla metà dell'Ottocento in Inghilterra, che parte dalle esigenze degli strati più deboli della società ed è rivolto ad una maggior giustizia sociale. Attualmente la <i>cooperazione</i> è presente in svariati settori imprenditoriali, che vanno dalle originarie cooperative di consumo alle cooperative di lavoro e a quelle sociali (di credito, culturali o agricole), sino alla cooperazione internazionale che comprende anche gli enti umanitari.</p> <p>3. In Pedagogia, le ricerche sulla <i>cooperazione</i> si occupano delle strategie che l'individuo mette in atto non solo in ambito scolastico. Gli studi sulla cooperazione talora sono mutuati dalla <i>teoria dei giochi</i>, dove si evidenziano le soluzioni vantaggiose e svantaggiose per l'individuo che poi trovano un'adeguata applicazione nel successivo ambito dell'"educazione al lavoro". Le <i>psicopedagogie Adleriane</i> sono fondate, infatti, non tanto sulla competizione quanto sul sentimento sociale e quindi sulla cooperazione.</p>

COMPETIZIONE	COOPERAZIONE
<p>4. In Psicologia, la <i>competizione</i> quasi sempre è contrapposta alla <i>cooperazione</i> e indica una forma di interazione fra individui (o gruppi), tale che ciascuno cerca di massimizzare i propri guadagni.</p> <p>Indagini sperimentali mostrano che i gruppi competitivi hanno una produzione non tanto quantitativamente ma qualitativamente inferiore a quella dei gruppi cooperativi [3].</p> <p>Qualora le <i>situazioni di competizione</i> vengano percepite come “attraenti”, esse possono provocare un rafforzamento della coesione fra i “membri” del gruppo, ma nel contempo aumentano l’aggressività verso i “non membri”. Questi <i>obiettivi contrari</i> (tra coesione con il proprio gruppo e competizione con quello avversario) provocano spesso distorsioni e doppio-giochismi come ad esempio imbrogliare e infrangere i regolamenti concordati, mentire sulle risorse, non gestire lo stress e non controllare la propria aggressività [4].</p> <p>La <i>competizione</i> può variare da uno scambio amichevole, come spesso accade nel gioco o nella competizione sportiva, sino a raggiungere la violenza e la distruttività. In entrambi i casi la competizione fornisce informazioni sulle caratteristiche dei membri del gruppo di appartenenza, consentendo di stabilire una <i>struttura gerarchica</i> all’interno del gruppo stesso.</p> <p>Nelle <i>Psicologie ad orientamento dinamico</i>, l’assumere atteggiamenti o agire con comportamenti <i>competitivi</i> sono spesso motivati da <i>sentimenti di inferiorità</i> che il soggetto cerca di compensare attraverso una politica di dominio volta alla <i>supremazia</i> [5].</p>	<p>4. In Psicologia, si possono enumerare alcuni tipi di cooperazione.</p> <p>Le notazioni significative si riferiscono al <i>sentimento sociale</i>, quale precursore per una <i>cooperazione autentica e intenzionale</i> verso mete reciproche, in quanto protegge l’individuo ed il gruppo da conseguenze negative.</p> <p>La cooperazione è, inoltre, il miglior requisito per la famiglia e per la coppia. la mutua cooperazione è una richiesta che si traduce in azioni e in un progetto di vita.</p> <p>La <i>cooperazione</i> è basata su un interesse sociale manifesto ed è un <i>sine qua non</i> per il <i>senso della Vita</i> e la realizzazione esistenziale [7].</p> <p>La <i>cooperazione terapeutica</i> richiede un accordo sulle regole e sugli scopi ed è un pre requisito nel trattamento per instaurare un’alleanza terapeutica lungo un comune percorso delle <i>helping profession</i>.</p>

[1] DUCRET, J. J. (1998), voce Cooperazione in DORON, R., PAROT, F., DEL MIGLIO, C. (a cura di), *Dictionnaire de Psychologie*, tr. it. *Nuovo dizionario di psicologia*: Borla, Roma 2001, 181-182.

[2] GALLINO, L. (1978), voce Conflitto in *Dizionario di Sociologia*: 156-161., UTET, Torino.

[3] ASKEVIS-LEHERPEUX, F. (1998), voce Competizione in DORON, R., PAROT, F., DEL MIGLIO, C. (a cura di), *Dictionnaire de Psychologie*, tr. it. *Nuovo dizionario di psicologia*: 145, Borla, Roma 2001.

[4] DURAND, M. (1998), voce Competizione in DORON, R., PAROT, F., DEL MIGLIO, C. (a cura di) *Dictionnaire de Psychologie*, tr. it. *Nuovo dizionario di psicologia*: 145, Borla, Roma, 2001.

[5] GALIMBERTI, U. (1992), voce Competizione in *Dizionario di Psicologia*: 194-195, Torino, UTET.

[6] GALIMBERTI, U. (1992), voce Cooperazione in *Dizionario di Psicologia*: 222-223, Torino, UTET.

[7] BEAMES, T. B. (1992), *A student's Glossary of Adlerian Terminology*, Photon Communications, Chicago.

III. *I contesti operativi*

1. *Competizione e Cooperazione* si costituiscono entrambe in contesti (da intendersi come intreccio di circostanze) che talora interagiscono tra loro, ma che si diversificano prioritariamente in rapporto alle finalità perseguite dai soggetti. Nella *competizione* l'obiettivo è esclusivo, nel senso che più lo acquisisce uno, meno lo acquisiscono gli altri; nella *cooperazione* l'obiettivo è condiviso, nel senso che se lo acquisisce uno, lo acquisiscono anche gli altri. Nella competizione gli individui sono *l'uno contro l'altro*; nella cooperazione gli individui operano *l'uno per l'altro*.

2. *I contesti competitivi o cooperativi* sono direttamente influenzati dalle caratteristiche delle circostanze in cui operano gli interlocutori; la scarsità delle risorse necessarie alla vita, l'ineguale distribuzione dei benefici o delle ricompense, costituiscono condizioni che creano un *clima competitivo* pressoché automatico.

Di contro, la condivisione dei benefici prodotti dal lavoro di ciascuno e l'equa ripartizione delle ricompense costituiscono condizioni che promuovono la *cooperazione*.

Lo studio dei contesti situazionali, in grado di influenzare lo sviluppo della competizione o della cooperazione, ha interessato non solo la relazione tra singoli individui, ma anche quella tra gruppi. Mentre la divergenza e l'incompatibilità degli obiettivi del gruppo con quelli di un altro gruppo costituiscono le basi della *competizione*, la condivisione del medesimo obiettivo e l'interdipendenza del compito costituiscono condizioni che concorrono alla creazione di un gruppo che, contestualmente, attiva la cooperazione tra i suoi membri.

3. *Il confronto sociale* è una condizione sufficiente per scatenare la *competizione*. Numerose ricerche hanno rilevato come tale situazione spinga l'individuo a *competere*, così da massimizzare le differenze tra sé e l'altro, anche se ciò va a scapito del vantaggio individuale.

Nella *relazione tra gruppi* il confronto sociale è in grado di accendere la competizione intergruppo, indipendentemente dal fatto che ci siano conflitti di interesse o passate ostilità tra i due gruppi.

Lo *sviluppo della cooperazione* ha come condizione necessaria la capacità individuale di tener conto di prospettive diverse dalle proprie, onde coordinare e progettare l'azione interindividuale. Questa *capacità cooperativa* è già presente in bambini di 2 anni, in cui vi è la regola di rispettare l'alternanza del turno nella relazione col coetaneo. Tale capacità gioca un ruolo cruciale nel processo comunicativo, che è esso stesso *un momento cooperativo*. La relazione che intercorre tra capacità coordinative e sviluppo della cooperazione risulta tuttavia non priva di aspetti problematici ed è attualmente ancora un campo di ricerca.

4. *Le funzioni della competizione e della cooperazione* interessano anche la *dinamica dello sviluppo individuale*. La *competizione* assume un ruolo negativo nel processo di socializzazione, specialmente quando associata ad aggressività o alla tendenza a non

rispettare le regole del contesto; lo sviluppo della *cooperazione* invece gioca un ruolo fondamentale nell'inserimento dell'individuo nel gruppo.

Alcuni Autori sottolineano tuttavia come anche la capacità di competizione (facendo parte della *competenze sociali*) ponga il bambino nelle condizioni di integrarsi; ciò è particolarmente significativo se ci riferiamo alle società industrializzate, che sovente richiedono al soggetto di affrontare e operare in contesti competitivi. La tendenza è comunque quella di riconoscere alla *competizione* un'influenza positiva sulla quantità del lavoro svolto e di riconoscere alla *cooperazione* un'influenza positiva sulla sua *qualità*. Negli ultimi anni la ricerca ha soprattutto evidenziato come la cooperazione giochi un ruolo fondamentale nello *sviluppo intellettuale reciproco*. L'interesse per l'apprendimento centrato *sull'interazione tra pari* nasce da numerose tendenze.

Gli psicologi cognitivisti che si muovono nella tradizione piagetiana guardano all'interazione tra pari come a un mezzo che stimola lo sviluppo, proponendo conflitti cognitivi (*conflitto socio cognitivo*).

Gli psicologi sovietici pongono in evidenza come le funzioni psichiche superiori siano prioritariamente generate da confronto comunicativo tra due persone.

L'indirizzo interpersonale di Sullivan sottolinea invece che la costruzione delle idee avviene durante lo *scambio cooperativo* fra coetanei. Secondo questa concezione, i bambini apprendono l'uno dall'altro non copiando o adottando le competenze altrui, ma ideando insieme progetti in un reciproco *sforzo cooperativo*.

5. *Variabili individuali e socio culturali della competizione e della cooperazione* costituiscono situazioni psicosociali, determinate non solo dalle caratteristiche del contesto, ma anche da quelle individuali, che chiamano in causa la sfera delle motivazioni, dei valori e delle modalità comportamentali di ciascun soggetto. Se esistono contesti *competitivi e cooperativi*, esistono anche individui più inclini a competere e altri più inclini a cooperare.

A questo riguardo, si sono esaminate le *variabili individuali* che inducono le persone a operare scelte competitive o cooperative nell'ambito di situazioni di gioco strutturato o in situazioni interattive. Una serie di studi ha esaminato come i *valori culturali* della società di appartenenza determinino un atteggiamento complessivo più o meno spostato sul polo della *competizione* o su quello della *cooperazione*. In particolare, si verifica che gli individui che provengono da *società industrializzate* sono più competitivi di quelli che provengono da *società rurali*. Il *sex* costituisce una variabile significativa: le femmine risultano infatti più cooperative e meno competitive dei maschi [8].

[8] TASSI, F. (1994), voce *Competizione e Cooperazione*, in BONINO, S. (a cura di), *Dizionario di psicologia dello sviluppo*: 134 - 137, Einaudi, Torino.

IV. *La Competizione e la Cooperazione nella Teoria e nella Prassi Adleriane*

1. Sia rispetto agli assunti di base della Psicologia Individuale che agli interventi di tipo pedagogico, di counseling e psicoterapeutici, i temi della *competizione* e della *cooperazione* sono centrali nel modello della P.I.C., e ciò tanto nelle sue radici che nelle sue diramazioni. La *competizione* tende verso l'aspirazione alla supremazia e la volontà di potenza; la *cooperazione* verso il *sentimento sociale* e la *co-creatività*. È interessante rifarsi all'*Indice Bibliografico* dei Mosak, che raccolgono a tale riguardo:

- nel I° Volume 11 Voci che riguardano la *Competizione* e 22 la *Cooperazione* [9].
- nel II° Volume 3 Voci sulla *Competizione* e 8 sulla *Cooperazione* [10].

Per altro tutta la letteratura adleriana ha una specifica attenzione su tale argomento.

2. In effetti quando si parla di *protesta virile* (Alder, 1912, 1913), o si esplicita il significato di cooperazione in generale, o si parla di *cooperazione* tra i sessi (Adler, Ansbacher, 1927), anche rispetto ai tre compiti esistenziali, viene elaborato sia il mito dell'*inferiorità femminile* (cultural- dipendente) e quindi il tema della *protesta virile*, sì da giungere ad un atteggiamento *paritario fra i sessi*.

Peraltro, l'aspirazione alla superiorità è un principio dinamico predominante, intrinseco negli individui umani. Non è quindi necessario per Adler che l'uomo desideri divenire un super uomo, come vaticinava Nietzsche. L'aspirazione alla perfezione parte infatti da una situazione di inferiorità, in grado di portare a compimento un'auto attuazione nel senso di una nuova forma di evoluzione di per sé creativa: ciò è in posizione cooperativa diversa dalla competizione (che potrebbe tuttavia essere sottesa da una *finzione guida di onnipotenza*).

Quando il sentimento sociale non è autentico, si può giungere a una *mapa privata dello stesso* e quindi a una *compensazione difettosa* che può portare a un *complesso di superiorità* (conseguenza *ipercompensatoria di un complesso di inferiorità*): ambedue sarebbero *conseguenza di un aumentato sentimento di inadeguatezza e di una disregolazione nella dinamica dell'autostima*.

L'autoaffermazione e l'aspirazione alla superiorità nell'individuo normale devono essere volte alla *cooperazione* con gli altri, in quanto vi è la consapevolezza dei propri limiti (1923-1927).

[9] MOSAK, H. H., MOSAK, B. (1975), *A Bibliography for Adlerian Psychology*, Hemisphere Publishing Corporation, Washington D.C.

[10] MOSAK, H. H., MOSAK, B. (1985), *A Bibliography for Adlerian Psychology*, Hemisphere Publishing Corporation, Washington D.C.

V. Contributi clinici

I cinque lavori del n° 75 della Rivista sono in qualche modo collegati al tema della Competizione e della Cooperazione.

1. Il *Primo Articolo* riguarda un lavoro originale di Adler del 1918 sui “*Nuovi punti di Vista sul problema delle nevrosi di Guerra*”. Tale Contributo è poi inserito nel 1920 in *Prassi e Teoria della Psicologia Individuale*. La ricerca, a cura e commento di Ernesto Egidio Marasco, riguarda di per sé l’area della competizione.

Le *Nevrosi di Guerra* sono trattate da Adler con una terminologia nosografica di tipo neurologico e di vecchio stampo: il *Carattere nevrotico*.

Nei trattamenti ci si rivolge più all’efficienza e ai doveri dei soldati, che non agli aspetti clinici (oggi considerabili di tipo post-traumatico). Tali disturbi rientrerebbero in una *malattia di posizione*, in quanto gli individui giungerebbero a un isolamento chiudendosi in se stessi a scopo difensivo. Gli interventi praticati si basano quasi esclusivamente sull’“utilizzo dell’autorità” e/o su una filantropica garanzia circa un “minimo di conforto”. Sono annoverati “l’ipnosi, la suggestione, la pseudonarcosi, finte operazioni, etc.” Altre ricette «eroiche» prescrivono procedure dolorose, bagni d’acqua, deprivazioni e intenzionali aggravamenti delle condizioni del paziente.

In altri casi si giunge a un *blando supporto psicoterapeutico*, oppure più spesso al cosiddetto metodo del «contro shock». Molte di queste tecniche, applicate durante il periodo della guerra (1914-1918), sembrano riferibili a una *pseudo - alleanza terapeutica*, piuttosto che a un’autentica intenzionalità cooperativa.

2. Il *Secondo Articolo*, correlato al primo, ha come titolo “*Alfred Adler ed il problema delle Nevrosi di Guerra*”. Egidio E. Marasco fornisce una lettura critica del Primo Articolo ed estende le sue riflessioni alle *Sindromi Post-Traumatiche*. Questi disturbi hanno un rilievo notevole anche nel DSM-5 (uscito recentemente in Edizione Italiana, 2014).

L’Autore, utilizzando l’attuale terminologia nosografica, nota come i *Disturbi Post Traumatici da Stress*, conseguenti a eventi bellici, siano diventati oggi un problema socio-sanitario molto importante. Oltre ai quadri clinici, vengono sottolineate le applicazioni medico-legali che già animavano i dibattiti dei medici militari durante la Prima Guerra Mondiale.

Il punto di vista della Teoria Psicodinamica Adleriana emerge nel momento in cui la posizione assunta dall’Individuo di fronte alla competizione estrema della “guerra” sia quella di *focalizzare i sintomi*, fissandosi sulle forme che meglio esprimono i propri *sentimenti di inferiorità* e le *modalità del loro compenso*.

Il suggestivo rinvio all’*Iliade di Omero* narra come Agamennone dicesse di Achille (defraudato di Briseide) che “*si era ritirato dai combattimenti*”.

3. Il *Terzo Articolo* di Alberto Mascetti tratteggia “*Il sentimento sociale di fronte alla crisi dei valori e alla modificazione socio culturale del nostro tempo*”. A differenza delle prime due ricerche, in cui il tema della *competizione* emerge chiaramente, qui

invece vengono sviluppati argomenti correlati al sentimento sociale e quindi alla *cooperazione*.

Si evidenzia come il sentimento sociale e lo stile di vita nevrotico siano contrastanti. Partendo da presupposti sia antropologici sia dell'età evolutiva, si giunge a quelle concezioni adleriane che mirano al *sentimento cosmico*. L'idea del sentimento sociale permea la prospettiva della psicologia adleriana, sia nel campo della normalità che in quello della patologia. L'Autore rileva che le mutazioni socio-economico-culturali, dovute alla massificazione e alla globalizzazione tendono a svuotare l'identità degli individui, ponendoli in condizioni di *anonimato* e di *anomalia*, lontane dai loro luoghi di riferimento e di sicurezza. Ciò implicherebbe una situazione di scoraggiamento e una tendenza ad aggregarsi in nuove comunità, che invece di favorire la cooperazione potrebbero innescare *dinamiche di tipo competitivo*.

Anche lo stile di vita nevrotico, che viene sinteticamente analizzato, sarebbe volto all'esclusione della paritarietà e delle libertà.

Per superare tale problematiche, Mascetti indica nella condizione di *finzione ineludibile* la possibilità *dell'amore per il proprio destino*. Tale proposta avrebbe dentro di sé una *duplice opzione*: del *sentimento di comunità* e della *competizione alla ricerca di una meta esistenziale*.

È interessante notare che *competizione e cooperazione* mostrino qui la loro ambiguità circa una *doppia faccia della stessa medaglia* e che una psicoterapia appropriata possa, in qualche modo, restituire al soggetto un certo recupero di autenticità nei confronti di precedenti vissuti.

4. Il *Quarto Articolo* di Alessandra Bianconi su "*Perversioni e Parafilie: riflessioni Individual Psicologiche ed esemplificazioni cliniche*" riguarda un attento studio sulle perversioni e le parafilie, che fanno emergere comportamenti aggressivi e manipolativi anche rispetto alla tematica del potere.

Si sottolinea che le *perversioni* esemplificano in senso competitivo/distruttivo l'uso del potere verso l'altro, mentre le *parafilie* indicano un intenso e persistente interesse sessuale in qualche modo anomalo rispetto alla norma funzionale.

Vengono sottolineati come gli stress precoci, in particolari contesti relazionali, possano aver effetti sui sistemi neurobiologici e come, per l'adlerismo, un trauma possa costituire un'esperienza interiorizzata che altera lo "Schema Appercettivo".

Attraverso le *due esemplificazioni cliniche* emergono profondi vissuti di inadeguatezza, che si compensano patologicamente attraverso agiti oppositivi non convenzionali. Segue una ricca disamina della letteratura specialistica al riguardo, in cui tra l'altro si sottolineano le vicissitudini dell'aggressività: una sorta di conquista del potere, la "deumanizzazione" della vittima, l'inautenticità esistenziale, etc. La Bianconi sottolinea in questi individui il "deficit di mentalizzazione" e, quindi, la difficoltà di costruire la propria socializzazione su base identificativa ed empatica.

Un altro tema trattato è quello del "sesso estremo" che, accanto al mobbing, al bulling e allo stalking, è anche coltivato su siti internet, diffondendo fantasie e pratiche in tutto il mondo.

La realtà di Internet sembra così essere diventata un “come se” e pure un “senso di essere lì”.

Un *terzo caso clinico* è riportato per sottolineare l’uso compulsivo della pornografia. In questo importante Contributo si sottolinea che l’intento degli individui sia quello di dominare, umiliare, usare violenza e che ciò vada a scapito dell’empatia. Queste problematiche estremizzano il tema della *competizione*, restituendo peraltro al sentimento sociale adleriano non solo la radice della *cooperazione*, ma anche *taluni strumenti terapeutici*.

5. Il *Quinto Articolo* di Barbara Iazzolino ed Andrea Bovero, dal titolo “*Un modello di psicoterapia adleriana con pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica*”, oltre a rilevare il *time limit* di questa malattia neurodegenerativa, descrive l’applicazione di una psicoterapia con un tipo di approccio che si rifà alle metodiche della *Brief Adlerian Psychotherapy Psychodynamic* [11]. L’intervento psicologico ha qui specificità e particolarità rispetto ai confini del setting, alle esigenze cliniche e ambientali.

Il trattamento non può costituirsi come una psicoterapia strutturata dello Stile di Vita ma, l’utilizzo della sotto tecnica della confrontazione permette di apportare aspetti chiarificatori. L’intervento, sotteso da un coinvolgimento empatico, rientra a pieno titolo nell’area di un’*appropriata cooperazione* con il paziente. Il centrare la terapia “sull’*hic et nunc*”, e dunque su problemi sia clinici che esistenziali, permette all’individuo di indirizzare gli investimenti emotivi maggiormente su di Sé e meno sulla malattia: su come egli potrebbe modificarsi/adattarsi verso nuovi equilibri, consolidando gli atteggiamenti adattivi e tentando di compensare quelli disadattivi. In questa prospettiva terapeutica particolare, rientra un percorso di trattamento che consta una decina di sedute ripetibili nel tempo. In questa evenienza l’aspetto *cooperativo* riguarda anche il *messaggio di non abbandono*.

[11] FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria Ed., Torino.

Il numero 75 della Rivista oltre ai 5 Articoli qui sintetizzati, comprende anche in allegato un CD con 50 Contributi, tra Relazioni, Comunicazioni e Poster, presentati negli ultimi tre Congressi Adleriani:

1. Al *25th International Congress of Individual Psychology* di Vienna (2011) su “*Separation-Trauma – Development*”;
2. Al *XXIII Congresso Nazionale della S.I.P.I.* di Milano (2012) su “*La Rete delle Funzioni Compensatorie nella Teoria e nella prassi Adleriane*”;
3. Al *XXIV Congresso Nazionale della S.I.P.I.* di Torino (2013) su “*I Setting in Psicologia Individuale*”.

Questo CD impreziosisce il n° 75 della Rivista e aiuta a conservare nella memoria, e quindi nelle radici culturali, non solo la storia dei Congressi, ma pure la presenza attiva dei Soci italiani, testimoniata dai loro Contributi che possono essere rintracciati direttamente nel CD allegato.

Si sottolinea la *cooperazione* di quanti hanno raccolto l’invito a collaborare a tale progetto e di Chiara Berselli, Beatrice Pagani e Umberto Ponziani, che hanno assunto l’impegno per tale realizzazione.

VI. Considerazioni

Sull’argomento *competizione/cooperazione*, si può congetturare che i due termini possano costituire un costrutto non antitetico ma a polarità contraria, almeno sotto il profilo di una *psicologia d’uso adleriana*. Non vengono infatti trascurate né le condizioni soggettive, né quelle oggettive, né quelle di contesto.

I temi trattati, inoltre, sono correlati con i contributi clinici, tanto per gli aspetti “teorici” quanto per quelli “pratici”. Si sottolinea che nelle relazioni terapeutiche si possono realizzare aspetti competitivi e cooperativi, verbali e non verbali, consci e inconsci: sia da parte del terapeuta che del paziente.

Giacché in una corretta alleanza terapeutica si stabilisce un’adeguata cooperazione, è il curante che deve valutare le resistenze e le difese del paziente, talora di *carattere competitivo*, in quanto basate su aspettative non realistiche e su ricerche di gratificazioni improprie [12].

Il terapeuta non deve lasciarsi coinvolgere in una *pseudo alleanza*, o ancor più in una *alleanza anti terapeutica*, e deve quindi stabilire nel modo più appropriato e condiviso, e quindi *cooperativo*, le regole di base del percorso terapeutico [13].

Se una psicoterapia dinamica attiene a una strategia di trattamento basata sulla coope-

razione, si possono suggerire 4 tendenze *competitive* e 4 tendenze *cooperative*:

Esse sono:

1. l'ostilità → l'interesse sociale;
2. la diffidenza e il sospetto → la confidenza negli altri;
3. i sentimenti di inferiorità → un aumento dell'autostima;
4. la paura e l'insicurezza → il coraggio.

In contrasto con il falso trionfo sugli altri, si ritiene che non si possa raggiungere una realizzazione del Sé, qualora non si raggiunga *un'autentica cooperazione* [14], anche se ciò può mirare a un successo da competizione.

[12] LANGS, R. (1973-1974), *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*, tr. it *La tecnica della Psicoterapia Psicoanalitica*, Boringhieri, Torino 1979.

[13] DREIKURS, R. (1967), *Psychodynamics, psychotherapy and Counseling*, Alfred Adler Institute, Chicago.

[14] ADLER, A. (1927), *Cooperation between the sexes*, tr. e. ANSBACHER H. L., ANSBACHER, R. R. (1978), Norton and Company Inc. NY, London.

Un modello di psicoterapia adleriana con pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica

BARBARA IAZZOLINO, ANDREA BOVERO

Summary – A MODEL OF ADLERIAN PSYCHOTHERAPY WITH PATIENTS AFFECTED BY AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS. Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) is a neurodegenerative disease, characterized by progressive degeneration of I° or II° motor neurons of Nervous Central System, whose cure has not still found. Therefore ALS patients develop anxious and depressive symptoms, for that psychological intervention is needed in a multidisciplinary context, collaborating with the patient to help him to reach a good quality of life and a death with dignity. There aren't any studies in literature about psychological approach for these patients and so the objective of this work is to apply the Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP) with patients affected by ALS.

Keywords: AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS, PSYCHOTHERAPY, QUALITY OF LIFE, INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

I. La Sclerosi Laterale Amiotrofica

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) o Morbo di Lou Gehrig è una patologia neurodegenerativa, caratterizzata dalla progressiva compromissione dei motoneuroni. Questa, che può colpire o a livello della corteccia cerebrale o del tronco encefalico o delle corna anteriori del midollo spinale, determina una graduale perdita della funzione della muscolatura volontaria.

Tra il 1869 e il 1874 J. M. Charcot si soffermò a descrivere questa patologia in una prospettiva anatomico-clinica e, dopo aver riconsiderato le precedenti descrizioni di G.B.A Duchenne, F. Aran e J. Cruveilhier, coniò il termine SLA.

Nonostante la SLA venga considerata una malattia relativamente rara, è stato dimostrato come il rischio di ammalarsi di SLA nel corso della vita (*lifetime risk*) non sia così irrisorio, variando da 1/278 nei maschi a 1/432 nelle femmine [22].

L'incidenza per SLA tende ad aumentare con l'età, con un picco tra i 65 e i 74 anni, sebbene ulteriori studi basati su pazienti afferenti a centri clinici di riferimento stiano constatando come l'età d'esordio sia sensibilmente più bassa, con un picco tra i 55 e i 60 anni [41, 42].

Il tempo medio che intercorre tra l'esordio dei sintomi e la diagnosi è di circa 13-18 mesi e la mediana di sopravvivenza dall'esordio dei sintomi della malattia è di circa di tre anni (31-43 mesi) [20].

Ad oggi la SLA è considerata una malattia complessa, caratterizzata dall'interazione tra fattori genetici individuali e fattori ambientali [66].

I molteplici fattori patologici responsabili nel determinare e influenzare lo sviluppo e la maturazione del sistema nervoso centrale inducendo alla morte della popolazione motoneuronale possono essere: l'eccitotossicità e lo stress ossidativo; un end-point comune sembra essere il misfolding delle proteine e alterazioni del processing del mRNA. Si è constatato inoltre come i fattori ambientali possano agire da trigger nel processo neurodegenerativo [25].

Inoltre, ricerche condotte sulle abitudini di vita quali fumo, alcool e caffeina hanno sottolineato come il primo sia un fattore di rischio di SLA che può condurre ad una prognosi peggiore [4]. La plausibilità biologica di tale associazione è dimostrata attraverso diversi meccanismi, tra cui l'infiammazione, lo stress ossidativo e la neurotossicità causata da metalli pesanti e altri composti chimici presenti nel fumo di sigaretta [25, 43].

II. *Gli aspetti clinici*

La Sclerosi Laterale Amiotrofica è caratterizzata dall'esordio di sintomi e segni di degenerazione del primo o del secondo motoneurone, con progressivo coinvolgimento dei muscoli del distretto bulbare, cervicale, toracico e lombosacrale [45].

Il danno a livello del primo motoneurone, localizzato a livello corticale, o del secondo motoneurone, localizzato a livello bulbare o spinale, è responsabile di segni e sintomi differenti. Significativi del danno a carico del I° motoneurone sono: la perdita di forza muscolare, che è maggiormente evidenziabile nei muscoli estensori degli arti superiori e flessori degli arti inferiori; la spasticità, che coinvolge i muscoli flessori degli arti superiori e gli estensori degli arti inferiori; l'iperreflessia; i riflessi patologici; la perdita di destrezza e la labilità emotiva ("riso e pianto spastico").

Diversamente i danni significativi a carico del II° motoneurone sono: la riduzione della forza della muscolatura volontaria, l'atrofia, l'ipotonia, le fascicolazioni, i crampi, la miastenia gravis e l'ipostenia.

Infine, il coinvolgimento bulbare, vale a dire i segni bulbari dovuti alla degenerazione dei fasci motori dei nervi cranici VII (faciale), IX (glossofaringeo), X (vago), XII (ipoglosso) sono: la disartria, l'anartria, la disfagia, l'atrofia e le fascicolazioni linguali, l'astenia, le fascicolazioni linguali, la scialorrea, l'indebolimento del riflesso della tosse, l'aspirazione (un'incompleta o incoordinata chiusura dell'epiglottide durante la deglutizione con conseguente passaggio in laringe di saliva, liquidi o cibo, può essere pericolosa per la vita per lo sviluppo di una polmonite ab ingestis) e, infine, la paralisi bulbare flaccida o spastica.

Per ciò che riguarda invece gli aspetti respiratori, i deficit conseguenti di una riduzione della forza dei muscoli respiratori, sono: la dispnea (sia in esercizio che a riposo);

l'utilizzo dei muscoli respiratori accessori; l'impossibilità a dormire supino, ortopnea e apnee notturne e la disfonia.

Indipendentemente dalla variante clinica, è diventato sempre più un fattore di fondamentale importanza la correlazione tra la fisiopatologia della SLA e i molteplici deficit neuropsicologici e comportamentali.

Studi condotti sia con analisi genomiche, con esami clinici e con test neuropsicologici hanno evidenziato una comorbilità tra Sclerosi Laterale Amiotrofica e Demenza Fronto-Temporale (FTD) [67]. Lo Psicologo clinico/Psicoterapeuta dovrà essere a conoscenza di un'eventuale FTD, delle eventuali conseguenze sulla personalità del paziente. La demenza frontotemporale si caratterizza dal punto di vista clinico per precoci disturbi comportamentali: il comportamento diventa anomalo nelle situazioni sociali, nella condotta e nelle scelte personali. La persona diventa disinibita nel linguaggio (monotonia, ecolalia, perseverazioni) e nei comportamenti sociali (condotte inappropriate, disinibizione, iperoralità, stereotipia, comportamenti ossessivo compulsivi, deliri, comportamento motorio anomalo), piuttosto che con alterazioni dell'affettività (apatia, disinteresse, ipocondria, somatizzazioni, irritabilità, depressione, euforia, difficoltà di critica e giudizio). Inoltre appare compromessa la concezione di sé e dei propri bisogni, la persona appare depersonalizzata, per nulla sofferente della propria condizione, né per la lontananza/vicinanza dei familiari [68].

Il decorso progressivo è un elemento chiave del deficit. La produzione del linguaggio risulta ridotta, con frasi stereotipate, talvolta ecolalia e, infine, mutismo. Nella FTD gli eventuali deficit mnesici sono attribuibili a un'alterazione delle funzioni esecutive frontotemporali piuttosto che a un difetto nell'immagazzinamento delle informazioni. I pazienti manifestano concretezza del pensiero, risposte perseverative e deficit delle capacità di astrazione, di pianificazione e di organizzazione.

Da studi prospettici è emerso che un deterioramento cognitivo, prevalente ma non esclusivo per ciò che concerne le funzioni esecutive, è presente in oltre il 40% dei pazienti affetti da SLA, mentre la demenza si verifica in circa il 14% dei pazienti con una nuova diagnosi di SLA [55].

III. *Valutazione Psicologica*

Molteplici studi hanno dimostrato che la Qualità della Vita nei pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica dipenda anche da fattori psichici oltre che da fattori fisici [6, 52]. Talvolta, seppure la qualità della vita risulti ancora elevata (anche grazie ai svariati supporti pratici ed economici a disposizione per sopperire alle difficoltà indotte dalla malattia), molti pazienti soffrono di una sintomatologia ansiosa/depressiva [51].

Ricerche hanno evidenziato che i segnali ansiosi e depressivi sono maggiormente presenti durante la fase diagnostica; tuttavia l'ansia, la paura per il futuro, la disperazione per l'essere affetti da una malattia neurodegenerativa che non ha possibilità di cura, la demoralizzazione e l'apatia dovuta al rendersi conto che ogni progetto precedentemente effettuato potrebbe non avere un riscontro, sono sintomi che spesso si palesano in tali pazienti nel decorso della patologia [27, 55].

Il distress psicologico in tali pazienti comporta inevitabili conseguenze quali, ad esempio, la riduzione della capacità volitiva, un abbassamento della qualità di vita, l'amplificazione dei sintomi fisici, la riduzione della capacità relazionale, la comparsa di angoscia nei famigliari e, nei casi estremi di sofferenza, la comparsa di pensieri suicidari [32, 38].

Nella popolazione di pazienti con una malattia neurodegenerativa, le angosce relative alla morte sollecitano un profondo dolore spirituale che deriva dalla consapevolezza delle numerose perdite cui tali pazienti vanno incontro [14, 70]. Lo sviluppo delle psicoterapie nell'ambito delle cure palliative ha condotto alla definizione di strategie incentrate sulla cura spirituale, come la logoterapia di Frankl, allievo di Alfred Adler, basata sul presupposto della necessità dei pazienti di avere risposte non soltanto alle necessità fisiche, mentali o sociali, ma anche alle domande sul significato o sul valore dell'esistenza e sulla spiritualità [13, 15, 36].

In tale ottica le aree dell'intervento psicologico supportivo riguardano la gestione del senso di disperazione, il contenimento dell'angoscia esistenziale e spirituale, il mantenimento del senso di dignità personale, compreso l'arginamento del sentirsi di peso, e il porre in discussione il crescente desiderio di morte lamentato dal paziente [23].

L'ansia è spesso la risposta alla messa in atto di stili di coping disadattivi, al peggioramento del well-being in seguito all'aumento delle perdite delle proprie autonomie, fino ad arrivare ad una totale dipendenza e incapacità di proteggere sia sé stessi che gli altri [39]. Altro elemento importante è la spiritualità e/o la religiosità, che può avere effetti positivi sulla qualità della vita dei pazienti affetti da SLA [19, 49]. La spiritualità, infatti, può essere considerata sia una strategia di coping o un ambito in cui cercare un proprio significato. Una maggiore spiritualità può aiutare il soggetto nella ricerca di un senso alla propria vita e alla propria morte e, pertanto, nell'affrontare più serenamente il decorso della malattia mantenendo un'adeguata qualità di vita.

Per ciò che invece riguarda le reazioni psicologiche del paziente che si presentano dopo la diagnosi e che possono perdurare durante il decorso della malattia, si evidenziano la negazione, in cui il paziente rifiuta la notizia credendo che non sia reale e tende ad evitare il problema, e la rabbia conseguente alla presa di coscienza di essere in una situazione di cui non si conoscono le cause, né tanto meno vi è una cura possibile. Essa può essere riferita al caso, alla malattia, al sentimento di impotenza [18]. In alcuni pazienti si può riscontrare, nella fase avanzata di malattia, un senso di accettazione e rassegnazione in cui ormai vi è una completa presa di coscienza della propria malattia e del proprio decorso [46].

IV. *Diagnosi*

L'assenza di markers diagnostici e la variabilità clinica rendono spesso la diagnosi piuttosto difficile. Ad oggi la diagnosi di SLA è effettuata in presenza di un quadro di segni e sintomi rilevati attraverso l'esame obiettivo, l'anamnesi e il follow-up dei pazienti. Un eventuale danno a carico del primo motoneurone è evidenziabile solo mediante l'esame obiettivo e le recenti tecniche di neuroimaging; diversamente un

danno a carico del secondo motoneurone è identificato con l'esame obiettivo, l'elettromiografia e, in casi particolari, la biopsia muscolare. Data la difficoltà diagnostica sono utilizzati anche esami neuroradiologici e di laboratorio per escludere altre possibili cause della manifestazione clinica [16].

V. Dalla prognosi all'intervento a rete

La diagnosi, la prognosi infausta e, soprattutto, l'assenza di cure efficaci per una regressione della malattia suggeriscono che la presa in carico di un paziente con la SLA debba essere basata su un modello assistenziale multidisciplinare con l'obiettivo di migliorare l'assistenza, la qualità di vita del paziente e dei familiari [44].

Nell'impostazione della Psicologia Individuale, il concetto di terapia biopsicosociale si basa su un'articolazione e una pianificazione del trattamento su principi bio-psicosociali volti a un finalismo morbido. Adler aveva definito tale approccio finalistico in base allo studio delle dinamiche della personalità, del Temperamento Nervoso e dello Stile Di Vita [1].

L'obiettivo fondamentale nel trattamento dei pazienti affetti dalla SLA è volto non a una guarigione dalla patologia, ma piuttosto ad un accompagnamento del paziente nelle sue varie fasi di malattia, al fine di garantire una fine vita dignitosa [7].

Ciò è possibile sia intervenendo sui sintomi disturbanti, sia mediante la costruzione di una relazione di fiducia tra paziente ed équipe curante. Inoltre, è importante comprendere la linea direttrice di ogni paziente, il percorso fatto dall'individuo fino a quel momento, ciò che il soggetto avrebbe voluto compiere, al fine di stabilire gli obiettivi clinici, psicologici raggiungibili, le mete reali e fittizie preposte o conseguite, le risorse presenti consce ed inconscie che potrebbero essere messe in atto lungo tutto il percorso tortuoso e faticoso della malattia, per poter effettuare una psicoterapia più adeguata possibile al paziente [12]. Il concetto di linea direttrice si articola con quello di piano di vita; questo rappresenta una strutturazione finalistica più vasta e complessa, che va oltre la meta reale o fittizia perseguita, delineando immagini del sé, degli altri e del mondo e costruendo larghe e polivalenti ipotesi per il futuro [53].

La collaborazione tra i vari specialisti, e quindi la condivisione dell'evoluzione della malattia, implica uno sforzo collettivo finalizzato a organizzare un disegno il più programmatico possibile, delineando anticipatamente gli step successivi, cercando di fornire un aiuto sempre più efficace al paziente per migliorare la qualità di vita.

Pertanto, poiché i bisogni del malato in fase progressiva sono di natura non solo fisica, ma anche psicosociale e spirituale, l'assistenza va effettuata da un complesso di esperti capaci di operare sulle diverse componenti della sua sofferenza [17] agendo, quindi, secondo un'ottica di intervento a rete e con un orientamento bio-psico-sociale [21, 60].

Poiché la Sclerosi Laterale Amiotrofica è caratterizzata da deficit di varia natura, sia sul fronte fisico che su quello psicologico e cognitivo, è necessario che lo psicologo sia in grado di utilizzare molteplici strumenti. Sebbene nella maggior parte di questi pazienti la comunicazione nelle prime fasi della malattia sia salvaguardata, a breve, la

comunicazione inizierà a peggiorare per molteplici motivi: anartria e/o difficoltà respiratorie che inducono a formulare frasi brevi, con un tono di voce sempre più basso fino alla mancanza di emissione di suoni, e soprattutto frasi con una struttura sintattica sempre più essenziale. Pertanto allo Psicologo/Psicoterapeuta è richiesto il possesso di competenze nell'uso di ausili logopedici e nell'utilizzo di tecniche, strategie e strumenti di Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA), utilizzati per migliorare, e quindi aumentare, la comunicazione con persone con carenza/assenza temporanea o permanente nella comunicazione verbale, affinché non aumenti un senso di frustrazione in cui si sta già imbattendo quotidianamente [24]. Gli strumenti utilizzati nella CAA includono l'utilizzo di tabelle comunicative cartacee per l'indicazione manuale o in materiale trasparente (ETRAN) per l'indicazione oculare, comunicatori alfabetici portatili con sintesi vocale, comunicatori dinamici con software comunicativi, comunicatori a puntamento oculare o a capo, comunicatori simbolici [56].

Il *primo colloquio* con lo Psicologo Clinico ha una triplice funzione: effettuare una valutazione cognitiva, una diagnosi psicodinamica e stabilire un'iniziale alleanza terapeutica.

Per tali motivi è richiesto uno stile di comunicazione che sia flessibile, ma al contempo che permetta di giungere agli obiettivi prefissati. Il primo colloquio è volto perciò, attraverso un'alternanza di momenti più o meno strutturati, ad evidenziare le eventuali difficoltà cognitive del paziente, la struttura di personalità e l'analisi dello Stile di Vita, affinché il terapeuta possa effettuare una restituzione adeguata e iniziare un percorso psicoterapico [28, 34, 48, 63].

Poiché con tali pazienti la possibilità di un aggravamento repentino e addirittura di un rapido decesso è un fattore da tenere in considerazione, lo Psicoterapeuta si attiverà precocemente al fine di cercare di stabilire prontamente una relazione empatica [1, 2, 3, 5].

VI. *Una psicoterapia con i malati neurodegenerativi*

Per quanto riguarda l'assistenza ai pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica non vi sono studi in letteratura sull'efficacia del trattamento psicologico con questi pazienti; tuttavia, si sottolinea l'importanza e la necessità del supporto psicologico sia per i pazienti che per i caregiver, al fine di garantire una migliore qualità di vita e una morte più adeguata [50].

Il ruolo dello psicoterapeuta nell'assistenza ai pazienti terminali è di fornire un supporto psicologico al paziente o alla famiglia durante la malattia, ma anche dopo il decesso, in caso di lutto patologico [40, 65]. Una delle difficoltà maggiori per condurre una psicoterapia strutturata con pazienti con una malattia neurodegenerativa consiste nel comprendere quale possa essere l'approccio migliore al fine di poter dare a tali pazienti degli strumenti utili per garantire una migliore qualità di vita e accompagnarli verso una più adeguata accettazione della morte.

La psicoterapia adleriana applicata a pazienti con disturbi organici gravi, si propone come percorso di ri-significazione, di ri-orientamento delle esperienze umane, orientata insieme ad altri interventi, a offrire una risposta alla domanda di senso, che può

essere considerata il motore del dinamismo psico-spirituale della persona umana [10, 13]. Il sentimento di inferiorità dell'uomo che si radica intorno alle tematiche esistenziali della vita e della morte è alla base della teoria adleriana [37].

«La minaccia della morte sull'uomo e il processo di decadimento fisico che a essa è connesso vengono considerati dalla Psicologia Individuale come un aspetto importante dell'inferiorità umana a cui si reagisce fin dalla prima infanzia [...]; soltanto se concepiamo sia l'amore che la morte come componenti dell'essere vivi partiamo dall'esistenza per arrivare alla psicologia e non viceversa» (64, p. 90). In questa situazione l'individuo non ha solo bisogno di capire, ma ha paura e soprattutto, avvertendo la sua inadeguatezza, sente il bisogno di non sentirsi solo e inutile, vuole trovare un senso che lo aiuti a superare il senso del limite imposto dalla malattia, dalla perdita della propria autosufficienza, dalla morte, e ha bisogno di sentirsi accolto gratuitamente e valorizzato.

Nella nostra esperienza clinica, l'intervento psicoterapico è al domicilio del paziente, finalizzato a fornire un supporto continuativo rispetto a quello ospedaliero durante la malattia. L'intervento è a tempo determinato e tende ad adeguarsi alla gravità della patologia del paziente [9, 10]. Il modello di *psicoterapia breve* [31, 34] è sostanzialmente una metodologia di intervento che utilizza strategie psicologiche derivanti da un modello teorico psicodinamico che ha come obiettivi generali: migliorare la qualità della vita e lo stato d'animo dei pazienti; sviluppare modalità più funzionali finalizzate ad affrontare le varie fasi della malattia, alla scoperta del senso della propria vita, della vita passata e del tempo rimasto; facilitare la presa di coscienza della ineluttabilità del decorso e favorire un trapasso tranquillo [23].

Nello specifico, si è utilizzato il modello adleriano, applicando la *Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy* (B-APP) (sebbene per taluni aspetti modificata sulla base delle esigenze cliniche dei pazienti) a pazienti con la SLA [31, 34], che sottolinea l'importanza dall'analisi dello Stile di Vita dell'individuo e della percezione del contesto socio-culturale in cui è inserito.

La psicoterapia breve, coetanea della psicoterapia classica, era già applicata da Adler con una sequenza superiore alle venti sedute [69]. La B-APP è considerata una psicoterapia breve ad orientamento psicodinamico, strutturata in 10-20 sedute con frequenza settimanale, che tende a correlare l'attuale sintomatologia dell'individuo, le difese maladattive e la sofferenza psichica con gli aspetti psicodinamici inconsci dell'individuo [31, 34].

Un primo aspetto specifico è legato alla definizione del focus, che costituisce l'elemento comune di tutte le psicoterapie brevi di differenti orientamenti e che, secondo la Psicologia Individuale, viene definito in termini di un problema significativo attuale connesso con lo stile di vita. Il focus, pertanto, è l'espressione di un tema che collega dinamicamente i problemi o sintomi attuali del paziente con altre sue modalità (di tentare soluzioni) utilizzate in passato, pertanto ripetitive, coattive e a matrice conflittuale o difettuale. Il *time-limit*, peraltro, non è solo un "limite", ma rappresenta anche una risorsa perché, come sottolinea Flegenheimer [35], costituisce una motivazione per paziente e terapeuta a lavorare con maggiore efficienza e stempera le problematiche

legate alla dipendenza come modalità di risoluzione della minaccia di separazione. La B-APP, nella nostra esperienza, utilizzata con pazienti affetti da SLA con un modulo di 12 sedute domiciliari, si propone come obiettivi una parziale risoluzione del problema preso in esame, una diminuzione o totale scomparsa della sintomatologia, le variazioni di alcuni aspetti del funzionamento della personalità, un aumento del benessere del soggetto.

Come per tutte le psicoterapie, anche nel caso della B-APP, prima di iniziare il percorso psicoterapeutico, è necessario effettuare un'accurata diagnosi e assessment clinico. Inoltre è necessario che vi sia un'adeguata informazione del paziente sulle modalità e gli scopi della terapia, al fine di ottenere una consapevole collaborazione: alla base dell'efficacia del trattamento vi è una corretta comunicazione, grazie alla quale il paziente può rispondere acconsentendo pienamente al progetto terapeutico [59].

Il lavoro su un focus definito in un time-limit permetterebbe al paziente di avere un miglior adattamento alla malattia e, quindi, ottenere un miglioramento della qualità della vita e ad aiutarlo a imparare a vivere il qui ed ora [8].

Inoltre, alla base di tale percorso, vi è un accordo di non abbandono e quindi una disponibilità da parte del terapeuta a ricominciare un nuovo ciclo di colloqui con il paziente e reimpostare un focus per affrontare un nuovo problema legato alla malattia con cui si confronta il paziente. Questo atteggiamento produce un forte sentimento di appartenenza nel malato e in parte lenisce i suoi vissuti di solitudine. La fornitura di presenza da parte del terapeuta è un elemento imprescindibile, in quanto vi è un accordo sotteso nel momento in cui si chiede a questi pazienti di instaurare in una situazione così difficile una relazione di fiducia con il terapeuta stesso [10]. Infatti, il ruolo principale del terapeuta è quello di fornire una presenza significativa, avendo già ben rielaborato quello che è il transfert di conoscenza, il patto di non abbandono e i bisogni di significato [13, 28, 62]. Al terapeuta è richiesto, pertanto, lungo tutto il percorso terapeutico, da quando si presentano i primi deficit invalidanti sino alla morte del paziente, non una consolazione ad ogni costo, che potrebbe risultare talvolta inadeguata ma soprattutto inautentica, ma di essere con il paziente, insieme a lui, in una presenza che dà senso e testimonia il valore della relazione terapeutica [12, 57].

Essere a conoscenza del malato, del suo Stile di Vita e del suo mondo appercettivo, permetterebbe di comprendere meglio i messaggi impliciti e le emozioni che il paziente tenta di trasmettere alla propria famiglia e all'équipe curante. La conoscenza, la comprensione del paziente nella sua interezza e un'adeguata relazione terapeutica consentirebbero al gruppo curante, di garantire una buona qualità di vita al paziente, nel tentativo di applicare in modo adeguato, una buona pratica clinica, in cui sono centrali i bisogni psicologici del paziente, soprattutto in una malattia in cui la medicina non può ancora fare nulla [11, 28].

Infine la B-APP, in quanto a tempo limitato, consentirebbe l'elaborazione della separazione, aspetto fondamentale per affrontare serenamente le perdite e le separazioni a cui il paziente va incontro. Iniziare a elaborare in seduta il termine del percorso, permetterebbe al paziente di incominciare ad acquisire maggior consapevolezza di un distacco, che dovrà avvenire sia tra il paziente e il terapeuta, sia tra il paziente e la Vita.

VII. Caso Clinico

Il Sig. M.C. si presenta presso gli ambulatori della Struttura Complessa di Neurologia 4 - Centro Regionale Esperto per la Sclerosi Laterale Amiotrofica (C.R.E.SLA) della Città della Salute e della Scienza di Torino, inviato dal suo neurologo curante per un colloquio psicologico clinico.

M.C. ha 42 anni, vive ad Asti, arriva al colloquio sulla sedia a rotelle.

Nel 2011 gli viene diagnosticata una Sclerosi Laterale Amiotrofica con alterazione genetica e gli viene proposto una psicoterapia che rifiuta, poiché aveva già seguito un intervento psicologico nel 2010 con uno psichiatra/psicoterapeuta in seguito al decesso del padre. In quell'occasione aveva evidenziato una sintomatologia ansiosa con disturbi del sonno e per questo motivo, oltre al trattamento psicoterapeutico, aveva usufruito di un supporto farmacologico.

Al primo incontro riferisce di utilizzare cannabinoidi "al bisogno": ne fa uso, in solitudine, un paio di volte a settimana, nel primo pomeriggio, quando moglie e figli sono fuori casa. *«Non ho mai fumato troppa erba, ma...non fumarla è impossibile, con tutta quella che girava lì dove lavoravo, ma prima la utilizzavo qualche volta con gli amici, ora la utilizzo quando sono solo a casa, ho sempre paura che stare solo mi fa andare la testa lì...a questa malattia, almeno se fumo mi rilasso e non penso ai problemi che ho. Tanto ho sentito che ci sono delle sperimentazioni con la cannabis quindi, male non farà...tanto...sempre allo stesso punto devo arrivare».*

M.C. è coniugato, ha una figlia di 16 anni e un figlio di 13. Prima di ammalarsi, lavorava come guardia carceraria presso il penitenziario di Asti.

Fin dal primo incontro evidenzia una buona consapevolezza della gravità della sua malattia, sottolineando il fatto che i sintomi stiano comparando secondo lo stesso ordine in cui emersero al padre: *«Ricordo bene mio padre, sono quelle cose che una persona non può dimenticarsi, lo assicuro! Non si dimenticano facilmente delle scene, delle situazioni, lei non ne ha idea!».*

Inoltre afferma che ciò che lo spaventa della sua malattia è la paura di perdere le sue autonomie: *«Che vita è una vita in cui tutti devono farti tutto, che hai bisogno di una mano per alzarti, devi chiedere aiuto per andare al bagno, e poi non ti muovi ... non fai proprio nulla... che vita è quella?».*

Oltre a ciò, evidenzia un tono dell'umore deflesso e delle difficoltà nell'addormentamento reattivamente alla situazione clinica. In particolare si rileva apatia, abulia, bassa autostima, vuoto, isolamento sociale, mancanza di senso esistenziale. Inoltre, da quando gli è stata certificata l'inabilità lavorativa, evidenzia un marcato sentimento di inferiorità. *«Anche se non vado a lavorare, porto comunque la pensione di invalidità e l'assegno di cura, almeno economicamente aiuto ancora la mia famiglia visto che per il resto non servo a nulla!».*

In seguito M.C. sottolinea la sofferenza provata all'impossibilità di occuparsi dell'educazione dei suoi figli dopo il peggioramento della sua disabilità, ritenendo di aver perso l'autorità nei confronti dei figli: *«Loro corrono e io non sono più capace di raggiungere la porta prima di loro per chiuderla o comunque ... per impaurirli mi*

piazzavo davanti la porta, solo vedendo la mia mano alzarsi, loro si spaventavano, ora di cosa si devono spaventare? Sono una larva...a chi fa paura una larva? Che male ti può fare...ti può fare schifo, ma di certo non ti può fare male».

Dopo averlo ascoltato attentamente, si concorda, pur consapevoli della rigidità del setting, un ciclo di 12 colloqui psicologici a domicilio con frequenza quindicinale, della durata di circa 50 minuti ciascuno. Si puntualizza ulteriormente che tale servizio, totalmente gratuito per il paziente, è erogato nell'ambito del progetto di assistenza domiciliare per pazienti SLA organizzato dal Centro Regionale Esperto per la Sclerosi Laterale Amiotrofica e da Associazioni di Riferimento.

M.C. è il minore di due figli maschi. La madre, casalinga, la descrive come una figura affettiva che si è occupata dell'educazione dei figli. Il paziente la descrive come *“la mamma e la moglie ideale”*, una persona capace di ricoprire il proprio ruolo senza essere né indiscreta, né inopportuna, né invadente, ma anche come una *“persona fragile e da proteggere”*, sia per l'età, sia per tutti quegli avvenimenti infausti che erano avvenuti in famiglia: dapprima la morte del marito (2010) e ora la malattia del figlio. Il padre lo descrive come una persona affettivamente assente e autoritario *“un padre che sapeva fare il padre!”*. Non riferisce ricordi affettuosi insieme, ma rievoca alcuni ricordi, in cui suo padre poliziotto esigeva di essere trattato con rispetto dai figli.

Con il fratello maggiore, più grande di lui di 9 anni, i rapporti sono sempre stati distaccati e superficiali.

M.C. mette in risalto in seduta come abbia trascorso l'adolescenza nel tentativo di non fare arrabbiare e vergognare i propri genitori. *«Mio padre era un poliziotto e se avessi fatto qualsiasi cosa che non si doveva fare, lui lo avrebbe scoperto e io gli avrei procurato un dolore o comunque un motivo di vergogna, e io non potevo fare questo, mio padre non se lo meritava. Mio padre non mi ha mai dovuto dire chiaramente cosa si poteva e cosa non si poteva fare, sono io che ho imparato a capire cosa potevo o non potevo fare. Mi sono sempre dato i limiti da solo, facendo attenzione e cercando di usare un pò di intelligenza, ... mio padre non era di troppe parole, poche, ma giuste e chiare!».*

M.C. incominciò a lavorare presso la macelleria dello zio mentre frequentava la scuola media. Al termine della scuola dell'obbligo lo zio lo informò che non era interessato ad assumerlo; M.C. deluso, si iscrisse ad un corso professionale triennale per tornitori. Terminati gli studi lavorò in una ditta come operaio. Al termine del servizio militare, lavorò per circa un anno come tornitore, fino a quando vinse un concorso da guardia carceraria, realizzando così le aspettative del padre.

Dapprima venne mandato in un paese dell'Italia meridionale dove si stava aprendo un nuovo carcere: *«Sono stato tra le prime guardie carcerarie ad entrarci. Lì, ho conosciuto della gente che Lei non può immaginare...di tutto. Son venuto a contatto con tantissimi ambienti illeciti e illegali, sia per il posto in cui ero, sia per chi ero e per il lavoro che facevo! Ma, anche in questo caso me la sono cavata bene, ho imparato ad affrontare le diverse situazioni e non mi sono mai messo nei casini».*

Dopo 2 anni venne trasferito presso il penitenziario di Asti, dove vi rimase fino al sopraggiungere dell'inabilità lavorativa.

M.C. si sposò con sua moglie nel 1996, che descrive come una donna amorevole e affettuosa, ma richiedente di conferme e di attenzioni. Entrambi molto giovani, decisero di sposarsi, in quanto fidanzati da ormai tre anni, ma soprattutto perchè M.C. non voleva dare un dispiacere ai propri genitori. *«Comunque non mi pento, non dico che non mi sarei sposato con lei...ma forse non così presto. Ero ancora giovane...troppo giovane quando mi son dovuto sposare, mi sarebbe piaciuto godermi un pò di più gli amici ed invece non ho potuto. Non è colpa sua, non ci hanno obbligato né i miei, né i suoi genitori, però era la cosa più giusta, non potevo far finta di niente...sapevo che i miei ci sarebbero rimasti male...non sarebbe stato un comportamento corretto».*

M.C. ha due figli; la maggiore (16 anni), la descrive come “simile a me”, è “una testa matta”: una figlia ribelle, polemica, estroversa, incostante nei suoi interessi, il secondogenito è un maschio, lo descrive come più introverso, più attento e costante negli interessi e nello studio, anche se talvolta sembra assuma degli atteggiamenti un po’ infantili. M.C. è soddisfatto della sua famiglia: *«Non mi posso lamentare di nulla, i miei figli... alla fine non fanno nulla di particolare, fanno ciò che farebbero tutti gli adolescenti della loro età. C. è un po’ testa matta, ma è testarda e quindi quando decide che deve raggiungere un obiettivo, anche se ci fa disperare, però lo raggiunge; M. invece è fatto a modo suo...è pieno di amici, fa sport, ma poi ci sono delle volte che si chiude in camera e non se ne sa nulla...non mi posso lamentare di nessuno di loro neanche di mia moglie!».*

M.C. racconta di avere molti amici, tutti conosciuti sull’ambiente di lavoro, con cui spesso esce nel tempo libero.

Alla fine della seconda seduta si concordò il focus che, in termini individualpsicologici, è inteso come una problematica attuale correlata con lo stile di vita. Il paziente concordò con la terapeuta che avrebbero parlato del suo rapporto con i figli e di come riappropriarsi del suo status di padre, espressione delle dinamiche inferiorizzanti imposte al paziente con l’evolvere della malattia.

Dai suoi racconti si è evinto quanto importante e preponderante fosse per M.C. la fisicità, utilizzata per affermarsi nei confronti dei figli e per evidenziare la sua “superiorità”. Pertanto, con il subentrare della malattia e quindi con l’avanzare delle difficoltà motorie, M.C. ha perso la sua autorità sia nei confronti dei figli e, inoltre, con l’inabilità lavorativa, anche nei confronti degli altri.

Negli incontri successivi il lavoro terapeutico si focalizzò su come trovare delle soluzioni alternative per sentirsi rispettato dai propri figli, senza doversi imporre con modalità autoritarie ed aggressive. In modo particolare si sono consolidate le relazioni familiari, non più su semplici imposizioni fisiche, ma attraverso il rispetto e la stima reciproca, basandosi principalmente sul dialogo e sul confronto. Infatti M.C. scoprì che con la progressione della malattia, i figli avevano preso consapevolezza delle difficoltà del padre e che la stima, l’amore vero di lui erano aumentati.

Verso la fine del ciclo terapeutico concordato, M.C. raccontò il colloquio avvenuto con la figlia maggiore, che gli disse che aveva notato un differente modo di relazionarsi con lei rispetto al passato e che provava stima e rispetto nei suoi confronti e che la sedia a rotelle non fosse un “segno di diminuzione del potere”, ma un elemento che

l'aveva indotto a cambiare.

Nel corso delle sedute M.C. è riuscito a raggiungere una maggiore consapevolezza sia dei suoi processi psichici, sia di nuove modalità relazionali, riuscendo a riappropriarsi di un nuovo ruolo di padre.

VIII. *Discussione*

Le difficoltà di uno psicoterapeuta nel relazionarsi con pazienti affetti da SLA dipendono dall'aver stabilito un adeguato coinvolgimento emotivo in cui vi è una costante calibrazione tra il sentimento d'impotenza e di onnipotenza. Il terapeuta deve costruire un'adeguata alleanza terapeutica, al fine di far percepire al paziente che in quel momento saranno entrambi pronti alla sofferenza, alla morte, e dovrà, pertanto, già essere stato in grado di rielaborare e accogliere lo stato d'animo del paziente che spesso spinge il terapeuta a identificarsi troppo con lui [30, 58]. «L'elemento decisivo non è uscire dal cerchio, ma penetrarvi correttamente»: davanti all'urgenza della morte occorre il coraggio di affrontare con la dovuta cautela, ma in profondità, il proprio travaglio personale» (26, p. 28).

È fondamentale aver già effettuato una rielaborazione personale del vissuto di dolore, di perdita e di morte, affinché nella relazione terapeutica il sentirsi un peso, in seguito la perdita dell'autonomia e successivamente la morte, non vengano vissuti come la conclusione di un percorso personale e come il fallimento di una vita o la conferma della propria inferiorità sul mondo [11]. Saper stare con il paziente permette di aiutarlo ad affrontare le sue varie perdite, senza percepire una morte in solitudine. Il terapeuta dovrebbe, pertanto, fungere da punto d'appoggio e supporto, per permettere al paziente di ricostruire una nuova temporalità per fronteggiare la mobilitazione delle forze rimaste, al fine di affrontare adeguatamente gli ultimi sforzi che la malattia richiede [30, 62].

Nella mia esperienza di psicoterapeuta è stato essenziale una riflessione sul vivere, il morire, per accostarmi a M.C.: la psicoterapia con lui non sarebbe funzionata, se l'avessi considerato come un malato "curabile" (anche se presumibilmente "inguaribile"), perché sarebbe stato non riconoscergli una vita e una esistenza, ma addirittura non riconoscergli più la propria identità. Per chi non ha alcuna disabilità, la Vita spesso può coincidere con l'essere completamente autonomi nello svolgimento delle attività quotidiane, e conseguentemente considerare il portatore di una disabilità motoria come un soggetto inferiorizzante. Quindi l'intervento psicologico con tali pazienti è finalizzato a riacquistare la propria individualità e a riconoscersi ancora una vita, fintanto che questa non cesserà.

L'offrirgli un percorso di psicoterapia, in cui si è lavorato insieme sui vissuti emotivi e sulle difficoltà del qui ed ora, lo ha potuto aiutare a scoprire la sua unicità e singolarità. L'obiettivo a breve termine concordato con il paziente, può essere considerato dal paziente come una meta reale da raggiungere che ha attivato il Sé creativo, incoraggiandolo a ricoprire nuovamente un ruolo attivo nella sua vita e a non farsi pervadere da un senso di svilimento e dall'impotenza.

Il centrare la terapia sull'hic et nunc, e dunque su un problema reale, ha permesso al paziente di riuscire a focalizzarsi maggiormente su di Sé e meno sulla malattia: su come egli stesso potrebbe modificarsi/riadattarsi, quindi a ritrovare un equilibrio, consolidando quelle che sono le sue difese adattive e tentando di compensare quelle che risultano disadattive [34]. Inoltre, concordare un focus nella coppia terapeuta-paziente ha permesso al paziente di ricercare un senso, un significato esistenziale, ritrovando la dignità perduta [11, 13]. Lavorare su piccoli obiettivi, su elementi di sé riadattabili, gli ha permesso di riconoscersi ulteriormente nel mondo e non farsi sopraffare da un sentimento di inferiorità smisurato in cui la malattia può indurre. Attraversando e assestando i differenti step della malattia, contenuti nella relazione terapeutica, ciò ha spinto il paziente ad acquisire una maggiore consapevolezza e capacità decisionale per quanto riguarda anche le decisioni di fine vita o gli eventuali interventi invasivi. Infatti, l'aver raggiunto una maggiore conoscenza di Sé lo ha aiutato a comprendere quali siano le proprie soglie di tolleranza, in modo consapevole, e non a sentirsi in balia di sentimenti negativi o di onnipotenza a cui può condurre la malattia. Al riguardo, ad esempio, già nel primo colloquio M.C. disse: *«Che vita, è una vita in cui tutti devono farti tutto, che hai bisogno di una mano per alzarti, devi chiedere aiuto per andare al bagno, e poi non ti muovi ... non fai proprio nulla...che vita è quella?»* e ancora *«Ma tanto cosa può fare, sempre allo stesso punto arriverò...lì come mio padre. Non può cambiare le cose e non mi potrà dare la vita che non ho più. Avete dettato la mia sentenza di morte!»*.

I frame della malattia del padre, scorrendo davanti agli occhi di M.C., lo inducevano giorno per giorno a proiettarsi finzionalmente al contempo verso il passato (il papà) e verso il futuro (l'evoluzione della sua malattia), mascherando le possibilità di trovare delle soluzioni alternative per migliorare la qualità di vita del presente. L'eccessiva identificazione con il modello paterno, sia nella sua identità di persona sana, che di quella di malato, lo ha alla fine condotto a una totale apatia e disinteresse.

L'atteggiamento incoraggiante del terapeuta, e la sua presenza costante, hanno permesso a M.C. di scoprire le sue peculiarità e le sue differenze dal padre. Lavorare sull'immagine di Sé gli ha permesso dal punto di vista intrapsichico di prendere coscienza del fatto che stesse ancora vivendo e che, pertanto, fosse ancora vivo, e dal punto di vista relazionale, di mutare le sue modalità relazionali con le persone che lo circondano. Accompagnare i pazienti in questo percorso, sciogliere i diversi nodi, può portare la relazione ad affrontare delle decisioni estremamente importanti quali possono essere quelli relativi al percorso di fine vita. Il terapeuta che ha deciso di essere con il paziente che morirà, ha per il paziente il significato di affrontare insieme a lui le conseguenze delle decisioni prese e, dunque, di essere con lui in continua relazione [71]. Realizzare piccoli progetti lo ha portato alla scoperta di valori relazionali all'interno della propria rete sociale, che hanno facilitato la riattivazione dei processi di autostima (minacciata dall'enorme senso di impotenza che la sofferenza e l'angoscia di morte creano). Grazie alla condivisione della stima e della fiducia da parte del terapeuta, e soprattutto attraverso la trasmissione empatica, più o meno verbale, e al riconoscimento talvolta di sforzi eccessivi privi di risultato, si è attuato quel processo di

incoraggiamento che ha permesso al paziente di riconoscersi ancora come individuo attivo con capacità proprie [12, 58]. Tra gli strumenti tecnici impiegati dal terapeuta, la Convalidazione Empatica ha mantenuto salda l'alleanza terapeutica, ha permesso al paziente di sentirsi riconosciuto nel suo essere malato e gli ha concesso il diritto allo scoraggiamento.

Inoltre, migliorando la relazione con i figli, M.C. ha cambiato alcuni aspetti del suo Stile di Vita e ha modificato alcuni aspetti disadattivi della sua vita. Infatti, lavorare sul suo sentimento sociale e, quindi, sulla relazione con i familiari gli ha permesso di riattivare, di ri-aspirare alla "supremazia" (vale a dire a una realizzazione esistenziale), ricoprendo nuovamente il ruolo di padre/esempio/guida.

IX. Conclusioni

Numerose evidenze cliniche hanno messo in luce che l'intervento psicologico può favorire un miglioramento della qualità di vita con i pazienti con un grave disturbo organico [9, 29]. Gli approcci psicoterapeutici, che ci si riferisca alla psicoterapia dinamica o agli interventi sulle *coping skills* o sulla *resilience* della Adjuvant Psychological Therapy [47], favoriscono una crescita dell'autostima nel malato grave, in considerazione dei suoi bisogni di senso, una riduzione dei sintomi e una maggior compliance ai trattamenti medici.

È essenziale che lo psicoterapeuta, oltre ad un atteggiamento analitico, abbia una buona conoscenza della rilevanza medica della malattia, delle complicanze della stessa e, al contempo, colga le esigenze del paziente ma anche quelle dagli altri specialisti del gruppo, al fine di migliorare così la comunicazione e perseguire tutti insieme un unico obiettivo, quale quello di garantire una dignitosa qualità di vita e di morte nel calvario di tale malattia.

Si precisa che quanto riportato, vuole essere un'esemplificazione di una proposta di trattamento con questa tipologia di pazienti. Sono necessari, come scritto in precedenza, ulteriori ricerche atte a valutare i deficit fisici di questi pazienti e il livello della progressione della malattia, al fine di poter adattare metodiche più adeguate e fornire a ciascuno di essi un appropriato intervento psicoterapeutico.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über der nervosen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1983.
3. ADLER, A. (1993), I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.
4. ALONSO, A., LOGROSCINO, G., HERNÁN, M. A. (2010), Smoking and the risk of amyotrophic lateral sclerosis: a systematic review and meta-analysis, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 81(11): 1249-1252.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. AVERILL, A. J., KASARSKIS, E. J., SEGERSTROM, S. C. (2007), Psychological health in patients with amyotrophic lateral sclerosis, *Amyotroph. Lateral. Scler.*, 8(4): 243-254.
7. BEDE, P., OLIVER, D., STODART, J., ET AL., (2011), Palliative care in amyotrophic lateral sclerosis: a review of current international guidelines and initiatives, *BMJ Support. Palliat. Care*, 1(3): 343-348.
8. 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, *Psycho-Oncology*, 15 (Supp.2): 182-183.
9. BOVERO, A., SALVATICO, F., SIMILI, V., TORTA, R. (2007), Assistenza domiciliare, hospice, volontariato, in TORTA, R. (a cura di), MUSSA A., *Psiconcologia. Basi biopsicosociali*, CSE, Torino.
10. BOVERO, A., ZAINA, E., TORTA, R. (2009), Aspetti bio-psico-socio-culturali del dolore: riflessioni sulle esperienze cliniche e psicoterapeutiche con il paziente oncologico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 65: 73-95.
11. BOVERO, A., TORTA, R. (2010), Aspetti profondi della morte: riflessioni sull'esperienza del morire e sugli approcci d'intervento, *Psicologi a confronto*, 1: 31-47.
12. BOVERO, A., GRAZIATO, I., TORTA, R. (2011), Analisi delle finzioni nella prassi psicoterapeutica con il paziente oncologico terminale, *Riv. Psicol. Indiv.*, suppl. 69: 53-63.
13. BOVERO, A. (2011), La ricerca di significato alla fine della vita: analisi di un'esperienza di psicoterapia in hospice, *Riv. Psicol. Indiv.*, 70: 111-125.
14. BREIBART, W., ROSENFELD, B., PESSIN, H., KAIM, M., FUNESTI-ESCH, J., GALIETTA, M., NELSON, C. J., BRESCIA, R. (2000), Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer, *JAMA*, 284 (22): 2907-2911.
15. BREITBART, W. (2002), Spirituality and meaning in supportive care: spirituality and meaning-centered group psychotherapy intervention in advanced cancer, *Support Care Cancer*, 10: 272-280.
16. BROOKS, B. R., MILLER, R. G., SWASH, M., MUNSAT, T. L., WORLD FE-

- DERATION OF NEUROLOGY RESEARCH GROUP ON MOTOR NEURON DISEASES (2000), Revised criteria for the diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis, *Amyotroph. Lateral Scler. Other Motor Neuron Disord.*, 1(5): 293-299.
17. BRUMLEY, R. D., ENGUIDANOS, S., CHERIN, D. A. (2003), Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life, *J. Palliat. Med.*, 6: 715-724.
18. CALANDRA, G. (2006), Il ruolo dello psicologo nella gestione integrata del paziente in fase terminale, *Approfondimento per MMG*, AUSL di Piacenza.
19. CALVO, A., MOGLIA, C., ILARDI, A., CAMMAROSANO, S., GALLO, S., CANOSA, A., MASTRO, E., MONTUSCHI, A., CHIÒ, A. (2011), Religiousness is positively associated with quality of life of ALS caregiver, *Amyotroph. Lateral Scler.*, 12(3): 168-171.
20. CHIO, A., ISIS Survey, (1999), An international study on the diagnostic process and its implication in amyotrophic lateral sclerosis, *J. Neurol.*, 246 (Suppl. 3): III 1-5.
21. CHIÒ, A., SILANI, V. (2001), Italian ALS Study Group. Amyotrophic lateral sclerosis care in Italy: a nationwide study in neurological centers, *J. Neurol. Sci.*, 191(1-2): 145-150.
22. CHIÒ, A., LOGROSCINO, G., HARDIMAN, O., SWINGLER, R., MITCHELL, D., BEGHI, E., TRAYNOR, B. G., EURALS CONSORTIUM (2009), Prognostic factors in ALS: a critical review. *Amyotroph. Lateral Scler.*, 10(5-6): 310-323.
23. CHOCHINOV, H. M., HACK, T., HASSARD, T., ET AL. (2005), Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life, *J. Clin. Oncol.*, 23: 5520-5525.
24. CIPRESSO, P., CARELLI, L., SOLCA, F. ET AL., (2012), The use of P300-based BCIs in amyotrophic lateral sclerosis: from augmentative and alternative communication to cognitive assessment, *Brain Behav.*, 2(4):479-498.
25. De JONG, S. W., HUISMAN, M. H., SUTEDJA, N. A., VAN DER KOOI, A. J., DE VISSER, M., SCHELHAAS, H. J., FISCHER K., VELDINK, J. H., VAN DEN BERG, L. H. (2012), Smoking, alcohol consumption, and the risk of amyotrophic lateral sclerosis: a population-based study, *Am. J. Epidemiol.*, 176(3): 233-239.
26. EDEL, A., THEVENIN, A. (1988), SIDA et environnement psychologique en pratique hospitalière. *Psychotherapiès*, 4: 205-211.
27. EVDOKIMIDIS, I., FERENTINOS, P., PAPARRIGOPOULOS, T., RENTZOS, M., ZOUVELOU, V., ALEXAKIS, T. (2011), Prevalence of major depression in ALS: Comparison of a semi-structured interview and four self-report measures, *Amyotroph. Lateral Scler.*, 12: 297-302.
28. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, CSE, Torino.
29. FASSINO, S., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G.G. (2002), *La qualità della vita. Percorsi psicologici, biomedici e transculturali*, CSE, Torino.
30. FASSINO S., ABBATE DAGA G., LEOMBRUNI P. (2007), *Manuale di psichiatria biopsicosociale*, CSE, Torino.
31. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian psychodynamic psychotherapy: theoretical issues and process indicators, *Panminerva Med.*, 50(2): 165-175.

32. FOLGOISE, S. H., CHAKRABORTY, B. H., RODRIGUEZ, J., ET AL. (2010), Psychological morbidity in ALS: the importance of psychological assessment beyond depression alone, *Amyotroph. Lateral Scler.*, 11(4): 351-358.
33. FERRARI, R., KAPOGIANNISD, H. E., MOMENI, P. (2011), FTD and ALS: a tale of two diseases, *Curr. Alzheimer Res.*, 8(3): 273-294.
34. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale*, a cura di Centro Studi e Ricerche in Psichiatria Ed., Torino.
35. FLEGENHEIMER, W. V. (1986), *Psicoterapia breve*, Raffaello Cortina Editore, 1988.
36. FRANKL, V. E. (1985), *Psychotherapy and existentialism*, Pocket Books, New York.
37. FULCHERI, M. (1986), L'avvenire della psicoterapia analitica adleriana come avventura: due mondi da esplorare, l'adolescenza e l'invecchiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 59-72.
38. GANZINI, L., JOHNSTON, W. S., MCFARLAND, B. H., TOLLE, S. W., LEE, M. A. (1998), Attitudes of patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers toward assisted suicide, *N. Engl. J. Med.*, 339: 967-973.
39. JAKOBSSON LARSSON, B., NORDI N. K., ET AL. (2014), Coping strategies among patients with newly diagnosed amyotrophic lateral sclerosis, *J. Clin. Nurs.*, Jan 30. Doi 10.1111/jocn. 12557.
40. KISSANE, D. W., MCKENZIE, M., BLOCH, S., ET AL. (2006), Family Focused Group Therapy: a Randomized Controlled Trial in Palliative Care and Bereavement, *Am. J. Psychiatry*, 7(163): 1208-18.
41. KURTZKE, J. F. (1991), Risk factors in amyotrophic lateral sclerosis, *Adv. in Neurol.*, 56: 245-270.
42. LOGROSCINO, G., TRAYNOR, B. J., HARDIMAN, O., CHIO, A., MITCHELL D., SWINGLEL, R. J., MILLUL, A., BENN, E., BEGHI, E., EURALS (2010), Incidence of amyotrophic lateral sclerosis in Europe, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 81(4): 385-390.
43. MIGLIORE, L., COPPEDÈ, F. (2009), Environmental induced oxidative stress in neurodegenerative disorders and aging, *Mutat. Res.*, 674(1-2): 73- 84.
44. MILLER, R. G., JACKSON, C. E., KASARSKIS, E. J., ENGLAND, J. D., FORSHEW, D., JOHNSTON, W., KALRA, S., KATZ, J. S., MITSUMOTO, H., ROSENFELD, J., SHOESMITH, C., STRONG, M. J., WOOLLEY, S. C. (2009), Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter update: the care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis: multidisciplinary care, symptom management, and cognitive/behavioral impairment (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, *Neurology*, 13;73(15): 1227-1233.
45. MITSUMOTO, H., CHAD, D.A. PIORO, E.P. 1998, *Amyotrophic lateral sclerosis*, Davis, F.A. Company, Philadelphia.
46. MITSUMOTO, H., RABKIN, J. G. (2007), Palliative care for patients with amyotrophic lateral sclerosis: "prepare for the worst and hope for the best", *JAMA*, 11, 298(2): 207-216.

47. MOOREY S. (1991), Adjuvant Psychological Therapy for Anxiety and Depression, in M. WATSON (a cura di), *Cancer Patient Care: Psychological Treatment Methods*, Cambridge University Press, New York.
48. MUNNO, D. (2008), *Psicologia clinica per medici*, Centro Scientifico Editore, Torino.
49. PAGNINI, F., LUNETTA, C., ROSSI, G. ET AL. (2011), Existential well-being and spirituality of individuals with amyotrophic lateral sclerosis is related to psychological well-being of their caregivers, *Amyotroph. Lateral Scler.*, 2011; 12(2): 105-108.
50. PAGNINI, F., SIMMONS, Z., CORBO, M., ET AL. (2012), Amyotrophic lateral sclerosis: time for research on psychological intervention? *Amyotroph. Lateral Scler.*, 13(5): 416-417.
51. PAGNINI, F., LUNETTA, C., BANFI, P., ROSSI, G., GORNI, K., CASTELNUOVO, G., ET AL. (2012), Anxiety and depression in patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers, *Current Psychology*, 31: 79-87.
52. PAGNINI, F. (2013), Psychological well-being and quality of life in amyotrophic lateral sclerosis: a review, *Int. J. Psychol.*, 48(3): 194-205.
53. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1987), *Lo stile di vita*, De Agostini, Novara.
54. PENDER, N., HARDIMAN O. (2012), The syndrome of cognitive impairment in amyotrophic lateral sclerosis: a population-based study, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 83(1): 102-108.
55. PHUKAN, J., ELAMIN, M., BEDE, P., JORDAN, N., GALLAGHER, L., BYRNE, S., LYNCH, C., PLAHUTA, J. M., MCCULLOCH, B. J., KASARSKIS, E. J., ET AL. (2002), Amyotrophic lateral sclerosis and hopelessness: psychosocial factors, *Soc. Sci. Med.*, 55(12): 2131-2140.
56. RICCIO, A., MATTIA, D., SIMIONE, L., ET AL. (2012), Eye gaze independent EEG-based brain-computer interfaces for communication, *J. Neural Engl.*, 9(4): 045001.
57. ROVERA, G. G., BOGETTO, F., FASSINO, S. (1981), Aspetti del rapporto medico paziente in cancerologia, *Riv. Sper. Fren.*, CVI: 1-26.
58. ROVERA, G. G., (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoaggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-47.
59. ROVERA, G. G., FERRERO, A. (1983), A proposito di interpretazione e comunicazione in psicoterapia, in R. Rossi (a cura di): *Linguaggio e comunicazione in psicoterapia*, M.S., Torino.
60. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., MUNNO, D., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rass. Ipn. Min. Med.*, 75,1.
61. ROVERA, G. G. (1999), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G.B., *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
62. ROVERA, G. G., DELSEDIME N., FASSINO S., PONZIANI, U. (2004), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, CSE, Torino.
63. ROVERA, G. G. (2010), Peripezie della finzione, *Riv. Psicol Indiv.*, 68: 129-171.
64. SCHMIDT, R. (1991), Probleme des alterns in der Therapie, *Beitr. Z. Individualpsychol.*, 14: 88-102.
65. SHNEIDMAN, E. S. (1978), Alcuni aspetti della psicoterapia con i morenti, in

C. Garfield (a cura di), *Assistenza psicosociale al malato in fase terminale*, McGraw Hill, Milano 1987.

66. SIMPSON, C. L., AL-CHALABI, A. (2006), Amyotrophic lateral sclerosis as a complex genetic disease, *Biochim. Biophys. Acta*, 1762(11-12): 973-985.

67. SNOWDEN, S. J., HARRIS, J., RICHARDSON, A., ROLLINSON, S., THOMPSON, C. J., NEARY, D., MANN, D. M. A., BROWN, S. P. (2013), Frontotemporal dementia with amyotrophic lateral sclerosis: A clinical comparison of patients with and without repeat expansions in C9orf72, *Amyotroph. Lateral Scler. Frontotemporal Degener.*, 14(3): 172-176.

68. STRONG, M. J., GRACE, G. M., FREEDMAN, M., LOMEN-HOERTH, C., WOOLLEY, S., GOLDSTEIN, L. H., MURPHY, J., SHOESMITH, C., ROSENFELD, J., LEIGH, P. N., BRUIJN, L., INCE, P., FIGLEWICZ, D. (2009), Consensus criteria for the diagnosis of frontotemporal cognitive and behavioural syndromes in amyotrophic lateral sclerosis, *Amyotroph. Lateral Scler.*, 10(3): 131-146.

69. SPERRY, L. (1989), Contemporary Approaches to Brief psychotherapy: a Comparative Analysis, *Indiv. Psychol.*, 45: 3-25.

70. TORTA, R., IERACI, V., BOVERO, A. (2012), La qualità di vita del malato terminale, *Quaderni del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino*, 23: 17-24.

71. VERSPIEREN, P. (1987), La cure dei malati terminali, in SPINSANTI, S., *La morte umana*, Edizioni Paoline, Milano.

Barbara Iazzolino

Centro Regionale Esperto per la Sclerosi Laterale Amiotrofica (CRESLA)

A.O. Città della Salute e della Scienza

C.so Bramante 88/90

10126 Torino

E-mail: barbara.iazzolino@gmail.com

Andrea Bovero

S.C.D.U. Psicologia Clinica e Oncologica

A.O. Città della Salute e della Scienza

C.so Bramante, 88/90

10126 Torino

E-mail: a.bovero@tiscali.it

Si ringraziano per la supervisione scientifica di questo contributo il Professor Adriano Chiò e il Dottor Andrea Calvo del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino.

Perversioni e Parafilie: riflessioni Individual Psicologiche ed esemplificazioni cliniche

ALESSANDRA BIANCONI

*“Human begins live in the realm of meanings...
we experience reality always through the meaning we give it;
not in itself, but as something interpreted” [3]*

Summary – PERVERSIONS AND PARAPHILIAS: INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CONSIDERATIONS AND CLINICAL EXAMPLES. Perversion: currently this term is commonly used as a synonymous for deviance from shared social norms in the context of sexuality and it describes all those sexual practices whose aim differs from classic coitus. It is connected more closely to the concept of paraphilia only when pathological conditions arise. Perversions and paraphilias, however, occur in situations where we experience pleasure in the use of power in a destructive sense. The individual-psychological conception of sexuality is very complex: it fails to hit the phenomenology of sexuality and love as if it were just a simple movement of instinctual drives, but, without denying that it is also this, I.P. amplifies and enrich sexuality with dynamics the meanings of which is related to the subtleties that characterize the lifestyle and therefore sexuality is also influenced by environment and culture. The study of sexuality branches out into a complex interdisciplinary network with psychological, cultural, ethical and religious implications. These implications play a significant role, especially on those aspects that particularly interest us as Adlerian psychodynamic psychotherapists: intrapsychic and relational communication. Some clinical examples are presented.

Keywords: PERVERSIONS, PARAPHILIAS, INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

I. Introduzione

Parallelamente allo sviluppo di un villaggio che sta diventando sempre più globale, il comportamento sessuale dell'uomo ha subito e sta subendo importanti trasformazioni. Accanto a significati oggettivi [24], intimamente connessi ed appartenenti alla biologia e alla riproduzione, all'interno della "sessualità" possiamo distinguere infatti significati soggettivi, personali e simbolici, frutto dell'elaborazione simbolica indi-

viduale e validi nel mondo interno dell'individuo, di quell'individuo (es. sesso come dovere, potere, scambio comunicativo).

La sessualità è anche un'invenzione dell'uomo [27], una costruzione che, come avviene per la strutturazione della personalità e dell'identità, subisce l'influenza della cultura e del modello sociale di appartenenza [70]. È infatti la società, nelle sue molteplici creazioni ed espressioni culturali, che decreta la "norma", il confine tra il lecito e l'illecito, il desiderabile e l'indesiderabile.

L'avvento di internet e dei social network ha introdotto nuove trasformazioni [80]: attraverso l'informazione, facilmente disponibile e praticamente sganciata da ogni forma di controllo, anche le minoranze sessuali, un tempo stigmatizzate per la loro diversità, possono liberamente interagire, riconoscersi, scambiarsi opinioni e fantasie, informazioni e persino contatti.

I confini tra ciò che è lecito e ciò che non lo è si sono sfumati: l'immaginario erotico ha ampliato i suoi orizzonti; nuove possibilità di piacere sono esplorate e offerte in una società che tende spesso a presentare il sesso come bene di consumo facile ed immediato. Attraverso i media [89] vengono proposte nuove forme di sesso, da quello telefonico al "cibernetico" o "virtuale".

Il potere della cultura tecnologica [21, 24, 48] in cui viviamo sembra influire sul nostro sentire ed agire attraverso una continua spinta ad andare oltre, anche con l'immaginazione; è una cultura che facilita la "comunicazione" ma non la "relazione", talora a scapito di un autentico sentimento di partecipazione e cooperazione. Si assiste al rischio che il sentimento di possibilità della libertà, così importante per il nostro benessere, venga sostituito da un sentimento onnipotente, finzionale, di possibilità.

Le nuove generazioni si troveranno probabilmente di fronte a nuove sfide [86, 88, 97]: quella di cercare un modello di sessualità non solo in sintonia con la propria persona e con il modello culturale di appartenenza, ma che sappia anche tenere conto di tutti gli aspetti insiti in una visione della sessualità [95], che non ha solo aspetti istintuali ma anche affettivi, relazionali, intellettuali, ed erotici, cercando di integrarli ed armonizzarli, non perdendo di vista l'unitarietà e la libertà dell'uomo, la propria identità.

Questo contributo intende proporre alcune riflessioni sul tema delle perversioni e parafilie e su come la tematica del potere sia frequentemente connessa a questi comportamenti.

II. *Sessualità: cenni sull'approccio Individual Psicologico Comparato*

Il tema della sessualità, in un approccio Individual Psicologico Comparato, e perciò bio-psico-socio-culturale dell'individuo, si presta ad essere affrontato da differenti visuali e significati [34, 97, 98, 100].

La concezione della vita sessuale è molto complessa: non inquadra la fenomenologia della sessualità e dell'amore come se fosse solo un semplice spostamento di cariche di energia pulsionale ma, senza negare che sia anche questo, la amplifica arricchendola di dinamiche che risentono di tutte le sottigliezze che caratterizzano lo stile di vita, unico ed irripetibile, di ogni individuo, e quindi anche degli influssi dell'ambiente

e della cultura del momento. La P.I. [1, 2, 10, 32, 97] ha suggerito di inquadrare le problematiche determinate dalla sessualità come un particolare aspetto dei rapporti relazionali, in intima compartecipazione con le altre istanze che indirizzano la vita dell'uomo. Di caso in caso la comunicazione sessuale-erotica può essere vissuta come atto d'amore e donazione di sé, compartecipazione emotiva, oppure come competizione che, sulla spinta verso l'autoaffermazione, indirizza l'individuo, a livello consapevole o no, verso il desiderio o la necessità di prevalere, a scapito del sentimento di partecipazione e appartenenza comunitaria, del quale la compartecipazione emotiva ed empatica è il processo dinamico più delicato ed individuale.

La Psicoanalisi afferma che l'individuo conclude il suo sviluppo psichico quando raggiunge la genitalità, uscendo dal narcisismo infantile, abbandonando l'egocentrismo erotico, quando insomma diventa capace di dare e di ricevere nel rapporto sessuale [44]. Durante gli anni '60 e '70 del XX secolo, molto dopo Adler, Winnicott [130], Kohut [66] e la teoria dell'attaccamento [5, 17, 18, 19], anche la teoria psicoanalitica ha enfatizzato [42, 71, 73] l'importanza delle relazioni nello sviluppo psichico, di conseguenza si è considerata la perversione nei termini di una relazione con l'altro significativo [78].

Questo richiede, dal punto di vista Individual-Psicologico, un buon equilibrio tra le istanze di autoaffermazione e il sentimento di appartenenza e cooperazione [32, 33]. Infatti nella sessualità sono correlate le istanze della volontà di potenza e del sentimento sociale, sia nella loro espressione relazionale che come organizzatori intrapsichici. In una sessualità "sana" [16], quindi, devono potersi coniugare le istanze autoaffermative dell'individuo, la capacità di cooperazione, collaborazione e di sintonizzazione [35, 39, 49] con l'altro.

Ciò permette all'individuo di funzionare armonicamente e di avere un'identità coesa, anche dal punto di vista della sessualità.

Quando questo equilibrio non funziona correttamente (per esempio per deficit nella relazione di accudimento / nella tenerezza primaria / attaccamento) [5, 58, 59, 67, 113], si possono verificare tutta una serie di comportamenti la cui finalità principale è quella di tamponare il senso profondo di insicurezza ed inadeguatezza, il percepirsi di scarso valore e porre rimedio alla scarsa coesione del sé. Sentimenti che, come sappiamo bene anche dall'esperienza clinica, possono mettere a rischio la sopravvivenza psichica dell'individuo [4].

L'insicurezza si appoggia su un vissuto di insufficienza che può avere origini diverse: biologiche, relazionali, ambientali. Comunque origini, l'insicurezza crea dolorosi dubbi sulle proprie qualità [32, 33, 84, 86, 88, 99] e spinge verso compensazioni autoaffermative o ipercompensazioni aggressive, cioè induce comportamenti diretti all'affermazione di sé, anche se a scapito dell'altro, fino ad arrivare a ferire la dignità del partner per dominarlo, possederlo, ucciderlo psichicamente e/o fisicamente.

Questi elementi, se rafforzati, possono dar luogo ad alterazioni molto serie delle relazioni e dei comportamenti sessuali.

Lo studio della sessualità si ramifica in una complessa rete interdisciplinare in cui le implicazioni culturali, valoriali e religiose giocano una parte significativa [85, 90],

soprattutto su quegli aspetti che a noi come analisti adleriani interessano particolarmente: la comunicazione intrapsichica e relazionale [13, 14, 32, 35, 36, 38].

La sessualità parte dal biologico [24, 27, 31] ma trova espressione nella ricerca dell'altro: se l'attrazione è solo fisica (bisogno) manca il desiderio, perché quest'ultimo è collegato al mondo interno, intrapsichico dell'individuo [47, 58]. Il desiderio coinvolge anche l'immaginario dell'altro che assume ugualmente il ruolo di soggetto e non di oggetto da utilizzare [82]. Il desiderio comporta coinvolgimento emotivo e partecipazione affettiva: intersoggettività. Partendo da queste tesi, l'erotismo [6, 75] è un vissuto complesso della sessualità, costituito dal desiderio sessuale sperimentato nell'immaginario. La seduzione, anche se trae origine dall'erotismo, trova espressione nel gioco relazionale. Il desiderio sessuale emerge dalla fantasia, quindi coinvolge l'immaginario, ma trova espressione nel contatto con l'altro, con la sua presenza e partecipazione.

Questi aspetti rappresentano punti importanti del rapporto tra biologico, relazionale, sviluppo psichico e della personalità.

A fronte dei rapidi mutamenti [48, 80, 89, 100] cui assistiamo, in una società sempre più multietnica, in cui i valori ed i riferimenti culturali si mescolano rapidamente, contaminandosi, nell'epoca in cui la comunicazione viaggia sul mezzo informatico, nell'era delle informazioni subito disponibili, senza filtri né censure, anche la sessualità sembra trasformarsi nelle sue manifestazioni sane e patologiche, anche in considerazione del fatto che viviamo in un contesto in cui incontriamo serie difficoltà a raggiungere una maturità relazionale, cioè a considerare l'altro soggetto paritario e non solo un mezzo per soddisfare desideri o bisogni, cioè in un contesto "in cui il perverso meccanismo della scissione è continuamente posto in essere..." [95]

Galimberti [48] sottolinea che "nell'età della tecnica, dove sembrano frantumati tutti i legami sociali, l'amore, più che una relazione all'altro, appare come un culto esasperato della soggettività, in perfetta coerenza con l'esasperato individualismo cui non cessa di educarci la nostra cultura, per la quale l'altro è solo un mezzo per l'accrescimento di sé".

"Quando l'intimità è cercata per sé e non per l'altro, l'individuo non esce dalla sua solitudine e tanto meno dalla sua impermeabilità" [47]; allora l'altro non è più persona ma oggetto e la sessualità non è più così differenziata dall'autoerotismo.

Come ha sottolineato Rovera [102] nel futuro "l'adlerismo dovrà confrontarsi costantemente con altri modelli ed indirizzi, non dovendo peraltro venir meno ai principi teorico-pratici compatibili con la metodologia scientifica e con il recupero del significato profondo dell'individuo umano". Gli studi dovranno tener conto dell'unità del modello bio-psico-sociale, ma ramificato sia nelle scienze della vita, sia nelle scienze del vivente, sia nelle scienze dell'informazione.

III. *Perversione e Parafilie*

Nel significato comune, la parola "perverso" sottintende un giudizio morale: questo termine è utilizzato comunemente come sinonimo di devianza e/o violazione delle

norme sociali riconosciute e condivise [126] e nell'ambito della sessualità descrive tutte quelle pratiche sessuali il cui fine differisce dal classico coito, per cui l'istinto sessuale è diretto verso un oggetto anomalo (pedofilia, zoofilia, necrofilia e feticismo) oppure trova soddisfacimento con pratiche erotiche quali esibizionismo, scopofilia, sadismo, masochismo, ecc. L'uso di questo termine è andato facendosi più raro, soprattutto in psichiatria, a causa della possibile commistione con giudizi di valore: dal DSM-III-R a tutt'oggi [8], infatti, al posto di "perversione" vengono utilizzati i termini di "disfunzioni sessuali", "disturbi dell'identità di genere" o "disforia di genere" e "parafilie".

Jean Bergeret [12] distingue le perversioni del carattere dalle perversioni sessuali. Paul-Claude Racamier [90, 91] è stato tra i primi ad elaborare il concetto di perversione narcisista. I perversi narcisisti sono considerati psicotici senza sintomi che trovano il loro equilibrio scaricando su qualcun altro il dolore che non provano e le contraddizioni interiori che si rifiutano di percepire: non sanno fare altro per esistere [52]. Si lega più strettamente al concetto di parafilia solamente quando scaturiscono condizioni patologiche. Anche nel DSM V [8] non si trova la perversione narcisistica nei disturbi di personalità e vengono prese in considerazione solo le parafilie. La perversione, comunque, si manifesta in situazioni in cui c'è un evidente uso del potere in senso distruttivo: il più forte tende ad usare e talora distruggere il più debole e prova piacere in questo o, comunque, non prova nessun sentimento di disagio né di colpa [40, 51].

Le parafilie sono costituite da fantasie, impulsi sessuali o comportamenti ricorrenti e intensamente eccitanti sessualmente che in generale possono riguardare oggetti inanimati, la sofferenza o l'umiliazione di se stessi o del partner, o che coinvolgano persone non consenzienti o bambini. Le parafilie assumono carattere di patologia quando i comportamenti, i desideri sessuali o le fantasie diventano pervasive nella vita del soggetto, provocando un disagio significativo sul piano dell'adattamento sociale e lavorativo o sul piano psicopatologico. Se talune fantasie erotiche dal carattere di superficiale perversione vengono vissute o agite sotto forma di gioco o in modo simulato, e sempre nel rispetto reciproco tra i partners, non si può parlare di disturbo parafilico o di perversione patologica, in quanto la relazione sessuale matura prevede la possibilità di esprimere in modo armonico ed integrato, nelle luci e nelle ombre ricercate della sensualità e nell'intima reciprocità, i vari aspetti dell'immaginario erotico.

Nel DSM-V [8] il termine parafilia indica qualsiasi *intenso e persistente* interesse sessuale diverso dall'interesse sessuale per la stimolazione genitale o per i preliminari sessuali con partner umani fenotipicamente normali, fisicamente maturi e consenzienti. Alcune parafilie riguardano principalmente le attività sessuali dell'individuo (sadismo/masochismo ecc.), altre riguardano gli oggetti verso cui è rivolta l'attività sessuale (pedofilia/necrofilia/zoofilia/feticismo ecc).

Sempre il DSM-V [8] definisce il disturbo parafilico come quella parafilia che, nel momento presente, causa disagio o compromissione nell'individuo o la cui soddisfazione ha arrecato, o rischiato di arrecare, danno a se stessi o agli altri. Quindi una parafilia è una condizione necessaria, ma non sufficiente, per avere un disturbo parafilico.

Da un punto di vista strettamente clinico le diverse parafilie e i diversi disturbi parafilici individuano comportamenti, non categorie diagnostiche: non ci dicono nulla circa la psicopatologia o la psicologia che li sottende [43].

Secondo alcuni autori [11, 12, 30, 40, 56, 62, 65, 96, 115, 116] c'è perversione quando un atteggiamento o un comportamento sono volti esclusivamente a fare del male a qualcuno: perverso è chi trovandosi in una situazione di superiorità approfitta del suo status per infliggere umiliazioni al più debole. Perverso è chi approfitta della debolezza dell'altro per farlo intenzionalmente soffrire. Ribaltando il concetto, perverso è chi, in situazione di debolezza ed essendo oggetto di umiliazione o violenza, ne gode. Estendendo il concetto, perverso è chi accetta una situazione perversa senza intervenire, potendo farlo e senza che questo gli procuri un danno, o chi l'accetta su sé stesso non riconoscendone gli effetti negativi, anzi pensando di esserne esente. Molti casi di atteggiamenti o azioni perverse sono solitamente condannati dalla legge [112]: è il caso ad esempio del "bullismo", del "nonnismo", dello "stalking", della "violenza sessuale" in tutte le sue forme, della "violazione della privacy", del "mobbing".

La perversione sembra essere il risultato di parziali e insoddisfacenti relazioni con l'altro significativo (imprinting relazionali) [38, 62, 64, 101].

Si tratta di un meccanismo di difesa che utilizza l'altro come se fosse una cosa, uno strumento o un mezzo, permettendo di controllare fuori di sé ciò che è vissuto come insostenibile. L'origine di questo uso distruttivo dell'altro è teorizzato come proiezione delle contraddizioni interne e del dolore che il soggetto non può permettersi di percepire.

Il partner del perverso non è sempre una vittima innocente: spesso partecipa attivamente alla costruzione della relazione perversa (dinamica interattiva) [51, 52, 62, 65, 74].

Gli studi sulla correlazione fra perversione, devianza, traumi, autolesionismo, attaccamento e abusi sono numerosi e di grande interesse [13, 20, 56, 65, 67, 104, 108, 113, 117, 119].

Gli effetti del trauma si riconoscono nella discontinuità auto-rappresentativa [13, 40, 45]: il trauma impedisce un'integrazione sia neurale sia psicologica: il cervello emotivo destro viene isolato dalle risorse verbali del sinistro [104]. Il fallimento di integrazione di memorie, affetti, emozioni, ostacola una propria identità narrativa [63, 108, 109].

Lo stress precoce produce effetti sui sistemi neurobiologici: nell'asse ipotalamo-pituitario-adrenalinico, nei sistemi dopaminergico, noradrenergico e serotoninergico e sui meccanismi di attaccamento [104].

È sorprendente quanto le intuizioni di Adler abbiano ricevuto conferma dalle attuali ricerche in ambito neurobiologico [3, 49, 60, 71].

L'idea che le esperienze traumatiche precoci possano avere conseguenze durature sulla crescita dell'individuo, sui modi di fare esperienza delle relazioni significative e sulla capacità di modulare i propri stati di attivazione emotiva costituisce un lascito importante delle tradizionali psicologie del profondo, così come della scuola interpersonale statunitense, della scuola britannica delle relazioni oggettuali, della psicologia

del sé e dell'intersoggettivismo [129].

Il bambino viene sopraffatto dall'esperienza traumatica non solo perché investito da forti emozioni negative di paura e terrore, umiliazione, vergogna e rabbia, colpa, senso di perdita della coerenza della propria esperienza e vitalità interiore, derealizzazione, ma anche perché sperimenta la propria impotenza [13, 28, 42] nell'attivare la sua principale fonte di rassicurazione (le figure di attaccamento primario) da cui, anzi, deve proteggersi.

Secondo l'ottica Individual Psicologica [1, 2, 10, 13, 19] un trauma rappresenta un'esperienza interiorizzata che cambia la visione del mondo del soggetto e l'interpretazione delle esperienze che egli ne fa, alterando il delicato gioco di equilibrio tra le istanze del sentimento sociale e dell'aspirazione alla supremazia. Cioè è un'esperienza che altera lo schema appercettivo [13, 14, 38, 42, 101] dell'individuo, cioè l'opinione che egli ha del mondo e di sé stesso, opinione solo in parte conscia.

La qualità delle relazioni interpersonali dipende dalla qualità della tenerezza sperimentata nella relazione precoce madre-bambino, che è un prototipo di tutte le relazioni successive. L'amore primario e la relazione d'attaccamento regola, direttamente o indirettamente:

- un sentimento di fiducia verso il mondo [32], cioè un sentimento sociale, di cooperazione e appartenenza, ben sviluppato [38, 42];
- la valutazione degli altri e del mondo;
- lo sviluppo sociale ed emozionale.

Dalla letteratura si evince come, al di là dei complessi profili psicologici degli interessati e delle motivazioni profonde che possono condurre alla perversione, queste pratiche sono più spesso frequenti in soggetti con disturbi nell'organizzazione della personalità (personalità narcisistiche/borderline/passivo-aggressive) [11, 13, 34, 43, 45, 58, 62, 63, 74, 76, 90, 91].

Mi sembra importante sottolineare come i sintomi sessuali e i comportamenti sessuali devianti sfuggano, nella diagnosi come nella terapia, agli schemi delle varie scuole, richiedendo spesso approcci diversi contemporaneamente [24, 27, 96].

I molti programmi di trattamento di soggetti parafilici o con disturbi parafilici, quali il potenziare l'autostima e le abilità sociali, aumentare la capacità empatica, confutare le distorsioni cognitive, la prevenzione delle ricadute, le terapie farmacologiche e chirurgiche ecc., non hanno prodotto evidenze decisive rispetto alla loro efficacia terapeutica, anche perché non si è ancora giunti ad una vera comprensione teorica di questi comportamenti [95].

Per spiegare molte fantasie e comportamenti perversi è necessaria una lettura che comprenda gli aspetti relazionali [78].

Stoller [115] ha definito le perversioni come: "forme erotiche dell'odio, o meglio dell'ostilità": il male è un atto con il quale ci si vendica delle umiliazioni subite.

L'individuo è elevato alla "relazione". Porta in sé la spinta costante, come ha ben sottolineato Adler, a ricercare l'altro [84, 97, 99]. Tuttavia la relazione con l'altro, oltre a fornire piacere e soddisfazione, può creare dipendenze e conflitti: l'oggetto del

desiderio di me soggetto è pure un soggetto; il rapporto, anche sessuale, diventa un rapporto “intersoggettivo”.

Shakespeare: “... le mie stesse grazie mi riescono odiose a morte, se non sono gradite ai tuoi occhi”. [107]

Connaturata al significato relazionale e alla spinta alla trascendenza, sussiste implicita la sofferenza della separazione, della solitudine, dell’incompletezza e della limitatezza. Ogni investimento affettivo, emotivo, sessuale, richiede la rinuncia ad investimenti precedenti e il riassetto del mondo interno [128]. Si entra in rapporto con l’altro con amore e tenerezza, ma anche, inevitabilmente, con aggressività, anche solo come difesa del Sé, cioè in senso autoprotettivo.

Galimberti [47] e Alberoni [6] hanno evidenziato come il conflitto e la relazione funzionale amorosa siano due elementi della creatività: “creare nuove cose, trovare nuove soluzioni, non ripetere, evolvere, disordinare è proprio della vita”.

Tra creatività e desiderio [26] esiste un legame intimo [47]: il desiderio scatta quando ci si trova di fronte ad una trascendenza, all’Altro, al “diverso” e quindi alla possibilità di relazione, vale a dire alla prospettiva di far nascere qualcosa di nuovo (creare) attraverso lo scambio, l’interazione, l’integrazione, la fusione e la distruzione di elementi dei due soggetti [65].

Talora nella coppia è presente una collusione inconscia che soddisfa bisogni profondi (dipendenza, dominio, sicurezza ecc.).

Lo “stare insieme” nel senso progettuale dell’“essere con l’Altro”, di condividere esperienze e creatività, può così essere mescolato o sostituito da ostilità reciproca, da adeguamento passivo, se non da dominio, da sottomissione, da distacco [2, 10, 83].

Un’analisi approfondita delle scelte anticonvenzionali nell’ambito della sessualità permette di constatare come gli individui che le presentano nascondano abitualmente in sé una morbosa paura del partner, che li spinge verso innaturali forme di appagamento erotico [1, 2, 9].

Parenti [88], per un utilizzo essenzialmente didattico, ha definito: carenze quelle anomalie che implicano una diminuzione del funzionamento sessuale; deviazioni quelle variazioni del comportamento sessuale che non sono lesive per gli altri individui; perversioni in senso stretto quelle modalità della funzione sessuale in cui si può avvertire l’intenzione di ledere un partner reale o immaginario.

Oggi assistiamo all’emergere sempre più consistente di disturbi che evocano problematiche legate al controllo degli impulsi. Si dice compulsivo un comportamento per il quale si è persa la capacità di scegliere se interromperlo o meno: cioè un comportamento che è fuori dal controllo della persona che lo mette in atto, tanto da venir agito nonostante le conseguenze negative per il soggetto. Difficoltà nel controllo degli impulsi non sono solo presenti nei disturbi correlati all’uso sostanze, ma anche nelle parafilie e nei disturbi di personalità in genere.

Un esempio è rappresentato dalla sexual addiction [22], che consiste in una vera e

propria forma di dipendenza da sesso virtuale e comprende oggi sia l'ipersessualità parafilica che non parafilica; la sexual addiction può essere associata ad un significativo grado di menomazione psicosociale e di comorbidità psichiatrica [80].

Tutti i disturbi da dipendenza [53], qualunque sia il tipo di comportamento che li caratterizza, e quindi anche le dipendenze sessuali, condividono un processo psicologico sottostante (addictive process) che può essere definito come una tendenza persistente e molto forte ad intraprendere comportamenti che producono piacere, finalizzati a lenire affetti dolorosi o a regolare il senso di sé [121].

Numerosi studi [53, 118] hanno rilevato che la liberazione di dopamina, neurotrasmettitore che viene liberato dal cervello in associazione al piacere e al benessere, avviene non solo in seguito all'assunzione di sostanze che creano dipendenza, ma anche in associazione a determinati comportamenti (gioco d'azzardo, cioccolato). All'origine di questo fenomeno vi sarebbe una disregolazione del *sistema a ricompensa*, la via nervosa produttrice di dopamina, che dal mesencefalo (nuclei della base, ippocampo, amigdala, nucleo Accumbens) si dirige alla corteccia prefrontale.

Fisiologicamente questo sistema si attiva, producendo sensazioni di appagamento, in tutte le condizioni legate a comportamenti fondamentali per la sopravvivenza del singolo o della specie: l'assunzione del cibo, il sonno, l'attività sessuale, l'innamoramento, il comportamento materno, la lotta. Ma questo sistema si attiva anche in tutte quelle patologie in cui il comportamento disfunzionale viene mantenuto dal bisogno di ricercare ed ottenere sensazioni piacevoli [83].

Le parafilie non sono malattie in senso proprio, cioè non sono processi che interrompono il fluire di uno sviluppo che fino a quel momento si è svolto in modo regolare [7]. Talora sono presenti disturbi d'ansia, disturbi di personalità, tratti psicopatici. Talora egodistoniche, altre volte vengono vissute come del tutto naturali, altre ancora ostentate con compiacimento.

Per diagnosticare una parafilia occorre che il comportamento sessuale abnorme sia sintonico con l'abnormalità della personalità, in modo da costituire uno stile di vita sessuale, che dev'essere costante e permanente (cioè non spontaneamente risolvibile) [85, 90].

Il vero comportamento parafilico, che non rispetta la dignità della persona e del corpo dell'altro, implica una necessità e non è frutto del libero arbitrio.

I cambiamenti del vivere sociale dell'ultimo secolo hanno influito in modo determinante riguardo ai ruoli ed alle funzioni e hanno evidenziato l'influenza decisiva della famiglia nello sviluppo psichico del singolo [42, 51]. Sempre più ci accorgiamo che la normalità e la patologia non possono essere descritte solo in termini individuali, ma che l'uomo è un essere relazionale e la mente si sviluppa in contesti relazionali [108, 109]. Anche i comportamenti parafilici "agiti" vanno studiati in questa prospettiva. Perversità, perversioni, parafilie si rivelano essere strategie relazionali [52] e di comportamento molto diffuse, correlate, anche se con modalità differenti, a manifestazioni appartenenti a diverse psicopatologie, coinvolgendo personalità con differenti organizzazioni ma che ricorrono ad atteggiamenti perversi e strutturano relazioni

basate sul possesso, sulla manipolazione e sulla dipendenza, trascurando i bisogni e le necessità dell'altro. La trasformazione dell'altro in oggetto alimenta il fragile narcisismo del soggetto perverso [63, 64].

1) *Caso clinico: Claudia*

Claudia è una giovane donna che vive relazioni perverse e parafiliche in cui lei riveste sempre il ruolo di vittima abusata. Ecco uno dei suoi primi ricordi.

“Vedo una bambina, ha gli occhi spaventati, cerchiati. Sono gli occhi di una persona che, nonostante la tenera età, ha già conosciuto il dolore e gli orrori della vita. Gli occhi di una persona che non sa nemmeno cos'è la morte ma che la cerca già, che l'implora di venirla a prendere perché lei non è in grado di andare da lei.

Claudia è nel soggiorno di casa sua, è terrorizzata perché la madre è andata a parlare con la sua maestra e sa che quando tornerà a casa accadrà qualcosa di molto brutto. Fissa il centro tavolo, pensa a chi è lei, perché è nata, pensa che le piacerebbe scomparire come se fosse un personaggio di una fiaba, vorrebbe avere una bacchetta magica che le permettesse di spiccare il volo e di andare in un mondo magico, come quello di Babbo Natale. Sente che la porta d'ingresso si apre, il cuore inizia a batterle forte. È arrivata sua madre.

La madre ha lo sguardo velato di tristezza, la saluta, la prende in braccio e la fa sedere sul tavolo. Poi le dice che è molto dispiaciuta per il suo comportamento, la maestra le ha detto che a scuola ha dei problemi di lettura e che vorrebbe affiancarle un'insegnante d'appoggio.

La madre cambia improvvisamente espressione, il suo sguardo diventa durissimo. Le dice che è colpa sua se ha questi problemi, perché non si applica abbastanza, che lei non ha bisogno di nessuna insegnante di sostegno, che deve solo applicarsi di più e che avere un'insegnante di sostegno significa essere diversi, mentre lei non lo è. Infine conclude dicendo che deve dire ciò che è accaduto al padre.

Claudia è terrorizzata, non riesce a dire una parola e non riesce neppure a piangere, sa che peggiorerebbe solo la situazione.

Sa di avere dei problemi di lettura, quando la maestra le chiede di leggere un pezzo ad alta voce lei ha sempre tanta paura, inizia a tremare e a sudare e si sente mortificata perché non riesce a leggere correttamente ed è molto lenta. Lei cerca di sforzarsi, passa ore e ore a leggere, ma le lettere delle parole si mescolano tra loro e si girano e lei non riesce a metterle a posto, si sforza con tutte le sue forze, ma non ci riesce. Fuori è buio, Claudia ha paura. Arriva il padre, non le dice nulla, ma il suo sguardo la congela.

Claudia sa benissimo cosa accadrà tra poco, sarà punita perché è una bambina cattiva che non fa il suo dovere.

*Il padre la prende per mano e la porta nella sua stanza da letto, è buio. Il padre le toglie i vestiti, la tocca, le mette le sue mani su di lui, la penetra, il dolore è lancinante. Il tempo si dilata all'infinito.
Claudia immagina di volare via, lontano....”*

2) *Caso clinico: Gabriele*

Esempio di relazione “perversa”.

Gabriele è il primogenito di due figli maschi. Al momento della consultazione ha 29 anni e lavora come professionista. Si rivolge a me, spinto dalla compagna, per affrontare ciò che definisce un “senso di malessere” che si porta dietro “da sempre” e che si associa a manifestazioni di aggressività verbale nei rapporti sociali o nelle relazioni significative, come quella che sta vivendo al momento.

Il padre (anni 53) è dirigente in una azienda e ha subito all’inizio dell’anno un intervento chirurgico cardiaco; la madre (anni 58) è insegnante di lettere alle scuole medie. Il fratello ha 20 anni ed è studente universitario.

Convive da oltre un anno con l’attuale compagna che ha quindici anni in più di lui e con la quale ha un legame descritto come forte e conflittuale allo stesso tempo (“*ci teniamo molto l’uno all’altra, ma siamo troppo simili; è difficile darci felicità a vicenda, forse per la nostra reciproca psicopatologia. Adesso stiamo imparando un po’ a contenere la conflittualità*”).

La relazione sentimentale è condizionata, secondo Gabriele, dalla propria gelosia ossessiva e controllante, che si manifesta verso tutte le persone o situazioni che limitano la possibilità di stare insieme. La compagna si occupa di seguire le proprietà immobiliari del padre, attualmente malato e bisognoso di assistenza.

Gabriele ha frequentato il liceo con un buon rendimento ma con difficoltà sul piano relazionale e comportamentale (riferisce di essersi sempre posto verso gli insegnanti e i compagni in maniera provocatoria, quasi “antisociale”, come un “bullo”); si è poi iscritto all’università, con l’idea di comprendere il funzionamento delle persone e l’animo umano anche nei suoi aspetti negativi, cosa per cui si sente portato.

Ricorda un’infanzia “non idilliaca”, soprattutto a partire dai 9-10 anni, quando i genitori hanno deciso di andare a vivere in una villa insieme ai nonni, con i quali litigavano accesaemente. La madre era caduta in depressione quando Gabriele aveva 6 anni, a causa della perdita di una figlia al settimo mese di gravidanza, cui era seguita, qualche anno dopo, una crisi di rifiuto nello scoprire di aspettare un altro figlio maschio.

Da bambino Gabriele ha sofferto per qualche anno di “tic nervosi” e ricorda che si sentiva ridicolo agli occhi dei coetanei, ad esempio per il modo in cui la madre lo vestiva e per come lo “inibiva” nel comportamento. Ritiene di aver iniziato già a 12 anni ad assumere bevande alcoliche come ribellione e fuga di fronte ad una serie di oppressioni. Non aveva particolari interessi o passioni, né amicizie significative. Dall’età dell’adolescenza, per circa 10 anni, ha trascorso periodi di dipendenza vera e propria dall’alcool, accanto ad un uso moderato di cannabinoidi (hashish). La relazione con la

compagna, che aveva avuto un passato difficile e un analogo problema con le sostanze, gli ha dato la possibilità di impegnarsi per uscire insieme a lei dalla dipendenza. Prima di questa relazione il soggetto riferisce di aver avuto soltanto rapporti brevi e non impegnativi, legati soprattutto ad esperienze sessuali mercenarie. A questo riguardo, riferisce che attraverso alcune esperienze sessuali non convenzionali o trasgressive ha potuto condividere con alcune categorie di persone (*quelle che risultano facilmente "ai margini della società"*) *"l'importanza di non sentirsi giudicati e di non giudicare, se non su un piano strettamente logico"*.

Gabriele non nasconde di nutrire una certa "resistenza" all'idea di sottoporsi ad un percorso psicoterapeutico.

Ecco come si racconta.

"A 16 aa ho deciso che non sarei mai più stato debole: o mi rendevo forte o morivo. Sono stato molto umiliato... e in più occasioni.

Un pensiero che mi rilassa da sempre: l'uccisione o il fare del male alle persone che minacciano chi amo, il loro nemico.

Io amo gli egoisti! Amo chiunque viva per sé.

Ho paura di me, perché mi conosco. Ho la tendenza a distruggere quello che costruisco. Sono poco idoneo a questo ambiente, sono diverso".

"Mamma avrebbe voluto fare il medico e le è stato impedito da suo padre (operaio). Quando avevo 6 aa ha abortito una figlia a 7 mesi: ha accusato mio padre di non aver neppure preso il cadavere da seppellire.

Ricordo schiaffi, grida, scene prolungate: era particolarmente nervosa nei miei 6 aa.

Quando avevo circa 6/7 aa ricordo un grande dolore fisico e mia madre in ginocchio che piangeva e diceva: "perché mi fai impazzire?"

A 9 aa, nasce un fratellino prematuro: di 7 mesi e 1 settimana, con problemi di salute poi risolti.

... mia madre ha scaricato su di me problemi di salute e morte.

Da ragazzino avevo tic nervosi e mi mangiavo tantissimo le unghie, scuotevo la testa e mi davo pugni, urlavo fino a farmi scoppiare i capillari. Provavo una grande rabbia. Oggi qualche volta mi rilassa tirarmi pugni nelle palle".

"Ho sempre avuto in mente...e un po' sono sempre stato attratto, dalla "troia strafatta". E ho un afflato salvifico...

Comunque devo ammettere un'attrazione per il sordido... fin da bambino, il personaggio femminile e perverso mi provocava l'antesignano di un'erezione.

Trovo estremamente eccitante la pervertita e quindi non la posso amare!

Con Rossella (la compagna) prevale tenerezza e dolcezza, quindi l'amore e l'ansia salvifica. Una volta le ho dato una sberla, ma per difesa (poi emerge che è successo più volte).

Se lei si sottrae ad un rapporto sessuale mi sento rifiutato e offeso e mi arrabbio!

A 12 aa ho avuto il primo orgasmo autoindotto.

A 13/14 aa il primo rapporto mercenario.

Mia madre mi ha iscritto a danza classica a 4 aa: durante il saggio sono caduto dal palco.

La scorsa settimana crisi: Rossella ha bevuto e quando beve diventa ingestibile. Una sua amica mi aveva guardato troppo!

Ed io quando bevo divento più aggressivo.

A monte tutta una serie di problemi: un amico gay che ho... sono 10 aa che lo conosco... e si è messo un pò in mezzo. La cosa certa è che dopo che loro si parlano lei è alterata. È vero che ho tanti amici omosessuali, forse perché con loro non "cometo" né comando.

Io escludo di avere tendenze omosessuali: c'è stato una volta un episodio di tocco... ma io non ebbi nessuna erezione né fantasie".

"Sono sempre stato molto solo... al liceo e all'università.

A 14/15 aa ero molto timido con le donne. Ero vestito da mia madre... ero preso in giro e reagivo in modo isterico, non venivo preso sul serio.

Avevo una spinta libidica fortissima, avevo rapporti mercenari... sentivo un calore al basso ventre... soprattutto quando vedevo personaggi negativi, da deriva sociale, anche donne anziane, obese, sporche. Il sadismo mi eccita.

Mi eccita soprattutto se il personaggio negativo, che magari possiedo analmente, muore...

Per me gli uomini, mediamente non valgono niente, tranne quando vengono in diretto contatto con me: allora acquistano un valore o positivo o negativo.

Mia madre mi fa paura! Mia madre è la persona che più amo al mondo... purché sia a distanza... se non ci fosse mi sentirei più libero.

"Ottenere l'amore di un killer è una soddisfazione, ottenerne il rispetto. Nella mia concezione amore e timore vanno insieme".

T.: "Timore...per la forza fisica?"

"No, non per la forza fisica, ma per l'intelligenza.

Ce l'ho a morte con chi ha impegno sociale... come suor Teresa. Realizzano se stessi attraverso gli altri perché non sono capaci di farlo diversamente!

Io amo gli egoisti! Amo chiunque viva per sé.

Le scelte sono una questione di educazione.

Io non uccido per timore della sanzione. Non delinquo perché mi conviene.

Ho paura che la terapia mi butti giù il castello che ho costruito... di deprimermi ed uccidermi.

Vengo qui per me e Rossella. Per me non farei nulla.

Si figuri se incontrassi un personaggio femminile negativo: mi trascinerrebbe all'inferno!"

"La mia vita se ne è andata in pezzi... e non so più come tenerli.

*Tutti i pezzi vogliono marciare per conto loro.
Sono nato non perfetto ... nel DNA. Non tutte le ciambelle nascono con il buco.
Forse sono la controparte di un genio.
Io proteggo molto i deboli... poi li grazio: ma loro non lo sanno”.*

Dalla valutazione psicodiagnostica (Rorschach) emerge una personalità caratterizzata sul piano cognitivo da ottime risorse intellettive e creative, sul piano emotivo-affettivo da una difficile gestione degli aspetti pulsionali, cui si affiancano, allo stato attuale, marcati sentimenti depressivi. Si individuano in particolare pulsioni aggressive e sessuali molto accentuate, che non appaiono riconducibili ad un problema primario di controllo istintuale, ma rimandano ad aspetti più profondi riguardanti la sfera dell'identità e il proprio bisogno di riconoscimento. Il bisogno di compensare vissuti profondi di inadeguatezza può manifestarsi, sul piano comportamentale, attraverso agiti oppositivi o non convenzionali. Tale aspetto può avere ricadute sia sul piano lavorativo e sociale, sia a livello della sessualità e della relazione affettiva.

IV. Parafilie e potere

Nel 1945 Otto Fenichel [37] ha considerato la perversione come una tecnica difensiva per eludere l'angoscia di castrazione al fine di raggiungere l'orgasmo genitale.

Successivamente, con lo svilupparsi delle diverse scuole psicodinamiche, le perversioni hanno ricevuto attenzione e considerazione diversa. Melanie Klein [55], pur non affrontando questo argomento, con la sua teoria delle fasi schizoparanoide e depressiva e con la descrizione del meccanismo dell'identificazione proiettiva, ha posto le basi per un allargamento della sua comprensione.

Secondo Meltzer [77] la sessualità perversa si sviluppa su una struttura narcisistica. La relazione del perverso con il suo oggetto è indifferente [11], cioè non c'è separazione e differenza tra soggetto e oggetto sia in quanto l'oggetto non ha uno statuto proprio, non esiste per sé, sia perché esso è affettivamente indifferente per il soggetto perverso che lo usa per i propri scopi e lo svaluta. Meltzer [77] inoltre aggiunge che: “così l'impulso perverso si lega a quello criminale attraverso il desiderio di svalutare e disprezzare gli oggetti buoni”. Anche Rosenfeld [93, 94] ha sottolineato l'importanza del narcisismo, in particolare del narcisismo distruttivo, nella vita sessuale perversa. Egli considera il narcisismo come il tentativo di evitare la relazione oggettuale e ne sottolinea appunto la natura distruttiva. Masud Khan [62] espone il suo concetto di trauma cumulativo, ovvero l'idea che un singolo trauma, per quanto importante, non è sufficiente a produrre una perversione. Egli dà valore piuttosto ad eventi traumatici ripetuti che hanno luogo nelle relazioni tra il bambino e chi si prende cura di lui [61].

Golberg [52] considera i comportamenti perversi da una parte come utili alla coesione del Sé, dall'altra come una condizione patologica che si esprime nello sfruttamento di altri.

Chasseguet-Smirgel [26] fa propria l'affermazione di Stoller [115], secondo il quale la perversione è una forma erotizzata di odio.

De Masi [30] ritiene che, ai fini della comprensione della patogenesi della perversione sadomasochistica, sia più utile rivolgere lo sguardo alle vicissitudini dell'aggressività che a quelle della sessualità. L'eccitamento si autoproduce attraverso specifiche figurazioni nell'immaginario personale il cui nucleo è rappresentato dal piacere di dominare o possedere un altro o, viceversa, di essere dominati o abusati, "l'eccitamento non deriva da una forma primitiva di sessualità, ma piuttosto dall'idea del potere, senza la quale non verrebbe mai mobilitata alcuna sessualità perversa (30, p. 128).

Ma come si collega il concetto di perversione a quello di narcisismo? Racamier [90] in modo molto chiaro fa riferimento alla patologia perversa non sessuale: "non sessuale, ma morale, non erotica, ma narcisistica". Questo collegamento è presente nel lavoro di vari ricercatori [57, 90, 91], tra i quali: Cooper [29], che mette in evidenza lo stretto legame tra narcisismo e perversione masochistica; Goldberg [52], che affronta il tema delle perversioni all'interno della teoria del narcisismo di Kohut [66]; Gear e Liendo [50], i quali stabiliscono un collegamento tra strutture narcisistiche e relazione sadomasochista. Il narcisista non riconosce l'esistenza dell'altro, ma paradossalmente [69] il narcisismo "compiuto" richiede la presenza di una relazione d'oggetto, con un oggetto però che non è riconosciuto come tale, ma che serve al soggetto per mantenere l'illusione di potere fare a meno di qualunque oggetto. Così tra i due membri della relazione narcisistica scorre una comunicazione, anche se vuota, un discorso che non trasmette niente. Detto in altri termini, il narcisista non instaura una vera relazione con l'altro, ma lo usa per l'utilità che esso può avere per la propria identità e per il sostegno della sua autostima. L'altro è lì per essere usato per i propri bisogni. D'altro lato, l'essenza della perversione relazionale consiste proprio nel trasformare la relazione d'oggetto in relazione di potere [115, 116], nel disconoscere i diritti dell'altro, nell'usarlo a proprio piacere, nel corrompere la relazione per ottenerne il controllo. Ci sono perversioni relazionali che sorgono sul terreno della struttura narcisistica della personalità e che, anche se non giungono ad espressioni gravi come la violenza fisica, minano tuttavia la vittima attraverso l'uso sistematico della violenza psicologica. Marie-France Hirigoyen [56] afferma che la perversione è stabile proprio perchè rappresenta un tratto di carattere decisivo nella personalità. L'Autrice dichiara inoltre che il perverso non si mette mai in discussione in quanto non può vivere il conflitto nella propria interiorità, ma deve espellerlo, collocarlo all'esterno, in qualcun altro. Questo ci ricorda la nota affermazione di Kurt Schneider [105], secondo cui gli psicopatici sono quegli individui che a causa della loro patologia soffrono e fanno soffrire gli altri. Essi suscitano intorno a sé un'atmosfera di disagio e di paura. Un individuo perverso è perverso sempre: è bloccato in questa modalità di relazione con l'altro. Sono personalità che hanno bisogno di sminuire gli altri per acquisire una buona stima di sé e conquistare il potere, perché avidi di ammirazione e approvazione. Non hanno né compassione né rispetto per il prossimo, perché il rapporto non li coinvolge [51]. Rispettare l'altro vuol dire considerarlo come un essere umano e riconoscerne le emozioni e la sofferenza che gli si infligge.

Cohen [28] sostiene che le persone che maltrattano gli altri per evitare la responsa-

bilità dei propri conflitti interni, tendono a diventare dipendenti dalle loro vittime. In queste relazioni l'altro viene "deumanizzato" e degradato al livello di oggetto, ricettacolo dell'identificazione proiettiva del soggetto, della sua manipolazione onnipotente e del suo sfruttamento. Lo scopo di chi maltratta un altro è ottenerne il controllo, negandone separatezza e autonomia [41].

Il principale obiettivo dell'azione perversa [90] è quello di calpestare la verità e di manipolare cose e persone ai propri fini, primo fra tutti l'evitamento di ogni conflitto interiore.

Il perverso non può agire da solo, ha bisogno di un altro, di qualcuno cioè che entri in specifica, e non generica, relazione con lui. Anche in questo senso la perversione è una patologia relazionale: non la si vede che nel rapporto con un altro, una vera e propria preda che il perverso soggioga e sfrutta a proprio vantaggio.

La perversione narcisistica è caratterizzata dal bisogno e dal piacere di far valere sé stessi: si tratta di un piacere che certo non è erogeno, ma che è spesso, se non sempre, associato a qualche aspetto di perversione sessuale. Tale piacere è ottenuto con manovre e comportamenti pragmaticamente organizzati a detrimento di persone reali. Le sorgenti del bisogno che sottende questa perversione sono fondamentalmente contro-depressive e anti-conflittuali. Va sottolineato che, se le perversioni sessuali e quelle relazionali hanno alcune radici ed elementi comuni, quelle relazionali sono per loro natura intersoggettive. È inoltre raro che noi clinici e psicoterapeuti possiamo osservare direttamente queste patologie perché esse sono in genere ego-sintoniche, oltre che tipicamente clandestine e mimetizzate dentro comportamenti apparentemente normali. Inoltre, le perversioni narcisistico-relazionali suscitano pesanti sentimenti controtransferali. A questo proposito così si esprime Anna Maria Pandolfi [87]: "... L'area delle perversioni relazionali/narcisistiche ci confronta con persone che, ancor più dei perversi sessuali, evocano in noi particolari difficoltà interpersonali, con vissuti di antipatia, fastidio, noia, talora diffidenza e/o disinteresse per il sentore di inautenticità, e spesso, se noi siamo disponibili ad intenderli, una certa confusione e un vago senso di allarme. Emozioni e stati del sé che tendono a farci scivolare fuori dall'assetto clinico e a farci provare importanti difficoltà empatiche, identificatorie e controidentificatorie, che tendono ad indurci in comportamenti reattivi e in agiti; che comunque ci pongono in situazioni transferali e controtransferali che sollecitano le nostre stesse inclinazioni perverse più o meno clandestine e inconsapevoli delle quali nessun essere umano è esente, ma dalle quali fortemente ci difendiamo".

Abbiamo visto che le esperienze traumatiche [123] intervengono sui processi di attaccamento, sulle capacità di mentalizzazione e sulle funzioni riflessive: se precoci e ripetute contribuiscono a creare alterazioni nello sviluppo e strutturazione dell'identità e quindi aprono la strada a possibili situazioni psicopatologiche e difficoltà dell'integrazione del Sé, che si manifestano soprattutto come funzionamenti alterati della personalità e deficit di mentalizzazione [13].

Una delle conseguenze del deficit della mentalizzazione [110] è che questi pazienti non sono in grado di costruire la propria socializzazione su base identificatoria ed

empatica.

Il terapeuta è sottoposto talvolta a comportamenti aggressivi, manipolativi o perversi, altre volte a richieste narcisistiche e seduttive di accudimento, che si esprimono attraverso bisogni idealizzati e difensivi di tenerezza. Spesso mettono in atto meccanismi di espulsione ed evacuazione nel soma come organizzazione biologica [46]: le formazioni reattive servono ad espellere e a non elaborare.

Credo che possiamo pensare i comportamenti di maltrattamento come riferiti ad una psicopatologia che, per così dire, si estende lungo un continuum che dal disturbo narcisistico di livello alto, attraverso il disturbo borderline, giunge fino alle forme più gravi di disturbo antisociale di personalità [63, 64]. Quando parliamo di “perversione narcisistica”, il secondo termine denota il meccanismo intrapsichico, la dinamica intrasoggettiva, mentre il primo il primo termine, -perversione- pone particolarmente in rilievo l’aspetto intersoggettivo, relazionale.

Il termine “somasochismo” connota soprattutto la perversione sessuale; anche quando viene usato per indicare un tipo di relazione interpersonale, non sessuale, esso mette in risalto e dà valore al piacere che entrambi i componenti della coppia traggono dalla loro modalità di relazione [30].

Quando parliamo di perversione relazionale, invece, ci riferiamo al tipo di relazione che il perverso mette in atto con la sua vittima. Egli può provare piacere, il piacere che deriva dal detenere il potere e dal dimostrare a se stessi, tutte le volte che si vuole, che lo si detiene. La vittima non prova piacere: può provare confusione, sconcerto, perplessità, può diventare depressa e colpevolizzarsi, oppure, su un registro più maniacale, può illudersi, almeno all’inizio, di riuscire a curare il partner, o addirittura a guarirlo.

Stoller [115] ha preferito usare il termine di perversioni per sottolineare che ciò che eccita il comportamento perverso è il senso di trasgressione alla regola e il potere di agire ogni fantasia senza confini, sottolineando la mancanza di intimità come fattore critico che differenzia la perversione dalla pratica sessuale normale. Egli sosteneva che la perversione affondasse le sue radici nel trauma precoce [13]. In questo senso possiamo pensare alla perversione come sforzo per soggettivizzare se stessi anche a costo di oggettivizzare l’altro.

E, infatti, le perversioni rappresentano un tentativo esasperato di erodere i confini del possibile, misconoscono differenze e limiti, generando un universo caotico, dove ogni impulso si muove per conto suo.

Il perverso sa che limite e trasgressione devono l’uno all’altra l’intensità del suo piacere [40]. E così giunge all’acting out delle proprie fantasie di dominare, umiliare, infliggere dolore, ferire e usare violenza, spesso con una spirale ascendente.

Ne deriva quella che Blanchot [15] chiama “la morale della solitudine assoluta” tipica del perverso:

“La natura ci fa nascere soli, non esistono rapporti di nessun tipo tra uomo e uomo. L’unica regola di condotta consiste dunque nel fatto di preferire tutto ciò che mi rende felice e di non tenere in nessun conto tutto ciò che dalla mia preferenza potrebbe

risultare malvagio per gli altri... il più grande dolore altrui conta sempre meno del mio piacere, dal momento che il godimento mi lusinga, è in me, mentre l'effetto del crimine non mi tocca, è fuori di me..."

Queste parole evidenziano molto bene la mancanza di quello spirito di cooperazione e di appartenenza, di partecipazione emotiva, che sono così necessari al nostro equilibrio e alla nostra salute psichica: senza la capacità di entrare in relazione autentica con l'altro rimaniamo isolati in un mondo freddo ed immoto.

Normalità/patologia: veramente difficile stabilire il confine, si deve ammettere, come sottolinea il DSM-V [8] che nessuna definizione è pienamente soddisfacente.

Abbiamo visto che dietro ad un maltrattamento, ad una molestia, c'è il desiderio di soddisfare il proprio impulso narcisistico e la propria autoaffermazione, insieme alla volontà e al piacere di superare ogni limite, di porsi in una dimensione dove tutto è concesso. Il fatto di sapere che cosa è giusto non porta necessariamente a fare la cosa giusta: bisogna volerlo [111]. Come abbiamo visto il problema non è però la sessualità in sé, ma il potere. O meglio, il potere come piacere. Potere che nelle parafilie si esprime e si realizza attraverso la sessualità: espressione di istanze e impulsi in cui possono prendere spazio e corpo fantasie primitive e arcaiche di trionfo narcisistico e onnipotente, di possibilità illimitate.

Le varie parafilie, con gradi e sfumature diverse, sono modi dell'aggressività umana [116]. Le parafilie spesso si manifestano di traverso, assumono forme larvate o simboliche, talvolta sono solo latenti.

Un'altra area in cui la tematica della sessualità e del potere appare centrale è quella del sesso estremo.

Il sesso estremo [29, 40] rappresenta una nuova frontiera del piacere, caratterizzata da trasgressione volontaria, assolutizzazione del male, tendenza alla giustificazione, distruzione e volontà di annientamento, proselitismo.

Molti siti internet di "sesso estremo" praticano una sorta di proselitismo e di convalidazione, evidenziando che determinate fantasie e comportamenti sono condivisi da migliaia di persone in tutto il mondo. Per esempio, in un sito internet di praticanti il BDSM ("bondage sado-maso"), è evidenziato lo scambio di potere erotico (EPE: Erotic Power Exchange), considerato presente in ogni situazione in cui, in condizione di libero arbitrio e volontà, si incorpora attivamente e volontariamente l'elemento del potere nelle proprie relazioni sessuali. I praticanti di scambio di potere erotico sostengono che la quantità di accesso alle informazioni e l'abilità di una persona a trovare informazioni è vitale per la velocità dello sviluppo del proprio potere erotico.

Le molestie sessuali, insieme alle molestie morali, al mobbing, al bulling e allo stalking sono considerate i nuovi mali sociali [103].

V. Parafilie, internet e pornografia

L'elemento più costante in tutti i tipi di violenza sessuale è l'assenza di empatia; l'aggressore non si immedesima nella vittima, la compassione si è spenta, il sentimento

sociale è deficitario.

Siamo spesso di fronte ad individui anaffettivi, che non sentono emozioni ma che spesso le recitano per manipolare gli altri, per sottometterli alla loro volontà o per nascondere la loro diversità.

Varie ricerche evidenziano l'associazione tra pornografia e parafilie, pedofilia, violenza sessuale (nelle pratiche sessuali offerte e nell'adescamento/reclutamento dei soggetti), prostituzione, pornoturismo, sesso estremo.

Nella sua evidenza realistica, la pornografia sottrae il desiderio al gioco duale e lo ricaccia nei giochi estatici, solitari, narcisistici, dove l'oggetto non è più l'altro, ma il ripiegamento del desiderio su se stesso [47].

Predatori sessuali, molestatore compulsivi, parafilici trovano nello spazio virtuale un mezzo capace di andare incontro ai loro bisogni, ottenendo informazioni, monitorando e contattando le potenziali vittime, sviluppando fantasie, oltrepassando inibizioni [76]. Sappiamo ancora relativamente poco di come vengono percepiti ed elaborati i messaggi a contenuto sessuale, diretto ed indiretto, presentati dai mass-media (televisioni, riviste, film, musica e internet) e come essi influenzino i comportamenti.

Vari studi su bambini ed adolescenti [21] hanno evidenziato che tra i principali effetti dell'esposizione ai media ci sono aumenti della violenza, dei comportamenti aggressivi e a rischio, compresi il consumo di alcool e tabacco e un inizio precoce dell'attività sessuale [74, 124].

Con la fantasia possiamo diventare chi ci pare, andare ovunque, fare qualsiasi cosa. Possiamo gratificare qualsiasi desiderio immaginabile o inimmaginabile. E non siamo tenuti a farlo sapere.

La frontiera di Internet in continua espansione mostra come fare molte cose che non ci saremmo immaginati. Internet è stato per anni considerato come un mondo alternativo distinto dalla realtà: si riteneva che attraverso la rete fosse possibile svolgere numerose attività, come cercare informazioni, comunicare, chattare, senza però avvicinarsi minimamente alle possibilità relazionali e comunicative del mondo esterno, fatto di carne e ossa e di individui concreti e reali.

Nietzsche [81] ha definito la realtà come frutto della finzione, e la realtà socialmente costituita come frutto della condivisione di tale finzione. La realtà risulta così essere il prodotto di un' "invenzione" di cui poi la gente dimentica l'origine e che acquisisce quale dato di fatto del reale. Egli afferma infatti che: "Le verità sono illusioni che abbiamo dimenticato essere illusioni". Osservata dal punto di vista della Psicologia Individuale [36] la realtà risulta essere sempre anche virtuale, almeno in qualche misura. Nel trovarci di fronte a qualcosa di chiaramente virtuale non dobbiamo cadere nell'errore di escludere da questo l'aspetto reale che ne è parte costituente e, come tale, avrà degli effetti [69]. La conseguenza sul mondo esterno è che l'esperienza in ambiente virtuale è in grado di modificare aspetti della vita reale dei soggetti [92].

Oggi Internet è in grado di sostenere quasi tutte le attività umane, dallo shopping al sesso, dalla ricerca scientifica alla rivolta popolare. Lo usiamo per mantenere contatti con amici e colleghi, per fare scambi di affari, per condurre ricerche, cercare infor-

mazioni, incontrare sconosciuti, ordire cospirazioni o promuovere la solidarietà. L'esplosione di Internet è stata così rapida da non lasciarci il tempo di studiare in modo sistematico il nuovo mezzo di comunicazione nella sua possibilità di esercitare effetti importanti sul nostro comportamento [122].

Collegandosi via modem chiunque può assumere un ruolo, non solo attivo, ma privo di censure e barriere, internet ci mostra come fare molte cose che non ci saremmo neppure sognati. Davvero e in molti sensi, questa protesi espande, forse a dismisura umana, i nostri confini, spostando i limiti oltre il nostro orizzonte visivo. Anche la persona più titubante e restia nei confronti di materiale sessuale, in rete può, anche solo per semplice curiosità, dare un'occhiata dentro un mondo sconosciuto fino a poco prima. La curiosità però a volte si trasforma in una scoperta soddisfacente e proprio questo può far sorgere l'esigenza di andare oltre. Può così iniziare un lungo viaggio pieno di scoperte da cui risulta sempre più difficile il "ritorno a casa" [25, 125].

La possibilità di essere espliciti, offerta dall'anonimato e dalla distanza visiva caratteristici di Internet, porta la persona a scoprire forme di eccitazione e fantasie a cui, fino a quel momento, non aveva osato avvicinarsi [120].

Le dipendenza da Internet si potrebbe forse spiegare come provocata da determinate reazioni emotive e mentali, con modificazioni cerebrali, che si originerebbero dall'attività on-line, le quali quindi provocano o possono provocare dipendenza [53].

Le capacità di integrazione del Sé, come tutte le funzioni della mente, sono continuamente create da interazioni fra processi neurofisiologici interni, intrapsichici e relazioni interpersonali.

Ma se ascoltiamo ciò che i fruitori della rete ci raccontano, ciò che si vive nel web non sempre è solo "finzione" e virtuale; essi ci parlano di emozioni, incontri, personaggi che, al loro sentire, appaiono assolutamente reali, e che di fatto, nel vissuto, lo sono. Ecco che tutto ciò che è creduto reale risulta reale. La percezione di qualcosa di virtuale non può essere totalmente indipendente dalle nostre capacità di sperimentare qualcosa di reale. Questo implica una complessa struttura architettonica della realtà in cui l'effetto "reale" viene comunque reso possibile da una varietà di aspetti: corporei, sensoriali, emotivi, semantici, concettuali, ecc. Percepire e sentire divengono, quindi, le chiavi di volta del processo di trasformazione che fa del virtuale una realtà con effetti concreti [23]. La letteratura scientifica ha già, da anni, dimostrato che la presenza di un mezzo tecnologico non determina l'annullamento degli aspetti emotivo-cognitivi di una situazione.

La realtà di Internet sembra essere diventata un "come se" ben riuscito, un virtuale che si è emancipato ed è diventato un reale, un "senso di essere lì": cioè uno stato psicologico di coinvolgimento e partecipazione emotiva, cognitiva e comportamentale [68]. La conseguenza sul mondo esterno è che l'esperienza in ambiente virtuale è in grado di modificare aspetti della vita reale dei soggetti [92].

Se ci mettiamo a studiare il problema della relazione interpersonale all'interno del ciberspazio si aprono enormi capitoli; tuttavia la modalità in cui avviene la relazione interpersonale su Internet ci obbliga a considerare nuovi elementi della nostra orga-

nizzazione mentale [79].

Internet ci conferma che ogni incontro interpersonale mette in gioco una “relazione” in cui si riattualizzano, tra le altre valenze, esperienze e vissuti del nostro mondo interno, intrapsichico, in cui si attivano o riattivano moduli di legame, cioè si riattivano modalità relazionali interiorizzate, si costruiscono relazioni tra i bisogni e le istanze del mondo interno dell’individuo. Detto in altri termini: se Internet sta cambiando il nostro modo di interagire con il mondo e di entrare in relazione con gli altri, non sta forse anche influenzando sul modo in cui si struttura la nostra identità, il nostro Sé?

Per questo è importante approfondire le ricerche su come cambia la “persona on line”, cioè come cambia la strutturazione dell’identità in un mondo che cambia e come si realizzano ed evolvono le dinamiche relazionali.

3) *Caso clinico: Matteo*

Problemi relazionali ed uso compulsivo di pornografia.

Matteo ha 40 anni; è alto, robusto. Il suo sguardo è attento e un pò rapace, con un fondo ironico e sfidante. Parla in fretta. È lucido, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio. Abbastanza curato ed ordinato nell’aspetto. Non sono presenti disturbi della forma o del contenuto del pensiero, non dispercezioni. Spunti interpretativi. Il tono dell’umore presenta variazioni a seconda delle sedute. Tali variazioni sono comunque connesse all’andamento delle relazioni. Riferisce che tutto è andato bene fino ai 18-19 anni, tranne i rapporti sentimentali.

Spontaneamente, probabilmente ammaestrato da precedenti colloqui (ha consultato vari terapeuti e portato avanti diverse psicoterapie), mi racconta che il padre è sempre stato piuttosto distante e che tra loro c’era poco dialogo. È mancato 10 anni fa.

La madre è, a suo dire, oppressiva ed apprensiva.

“Volevo una storia romantica”. “A 20 anni mi è venuta la fobia dell’omosessualità che, a volte più, a volte meno, ho tuttora. Non avevo mai fatto l’amore. La prima volta ho fatto sesso a pagamento con una donna, ma ho perso l’erezione. Adesso ho il vizio della pornografia e mi masturbo spesso.

Ma ho paura di non soddisfare una donna, sono sicuro che se avessi il pene più lungo...non avrei questi problemi! Infatti la sera uso un estensore del pene, è doloroso, ma se risolve il problema...”

Mentre mi racconta questo, penso che Matteo non ami molto le donne.

E lui: “sono molto diffidente, soprattutto con le donne. Mia madre era oppressiva. Mio padre comandava. A mia madre, qualunque cosa chiedessi, andava sempre bene: avrei avuto bisogno di una madre più decisa, che mi desse dei consigli. Probabilmente quando mi hanno generato era depressa! Mio padre non era molto d’accordo sulla mia nascita! ..ma allora l’aborto si faceva solo in Inghilterra!

Qualche tempo fa mi piacevano le donne che avevano abortito, mi eccitavo”.

Il secondo incontro con Matteo avviene circa 2 mesi e mezzo dopo.

Durante questo incontro emerge che l'uso di pornografia è compulsivo (quasi tutte le sere). *“Potrei stare bene anche così, ma la gente potrebbe pensare che sono omosessuale o bisessuale. Per ragioni morali, e di famiglia, non andrei mai con un uomo”.*

Osservazioni: nel racconto salta alcuni passaggi logici, come se io fossi già a conoscenza di particolari della sua storia che non conosco. Chiede spesso conferma e pone domande: “perchè...” di cui sembra sapere già la risposta, quasi a mettermi alla prova e potermi svalutare... anche perché non sembra sempre interessato davvero alla risposta. Tra i vari meccanismi difensivi spiccano: proiezione, dissociazione ed identificazione proiettiva.

“Avevo una donna di 46 aa, sposata: le ho tagliato le gomme e ho detto al marito della nostra storia, volevo vendicarmi perché mi aveva offeso sulla virilità. Probabilmente mia madre non è mai stata portata per il sesso e mio padre deve aver avuto relazioni extraconiugali. Anche lui ha avuto defaillance sessuali con mia madre. A mia madre confido quasi tutto. Da quando sono nato non hanno più dormito insieme”.

T.: “E lei con chi dormiva?”

(ride) “Con mia madre, dalla nascita ai 21 anni. Mio padre diceva “Sei sempre sotto le gonne di tua madre”! Ma io non sopportavo mio padre!

Sono nato per caso: un bambino era morto nel 61, un giorno prima della nascita. Mia madre ha fatto un figlio per la sua vecchiaia. Ho l'impressione che a lei, sotto sotto, stia bene così. Ed io mi sono adagiato! Ma con questo tipo di donne, le cagne abbandonate, non voglio stare!”

VI. Conclusioni

Il cervello è l'organo sessuale più importante. I soggetti con un disturbo parafilico arrivano all'acting out delle proprie fantasie di dominare, umiliare, infliggere dolore, ferire e usare violenza.

L'elemento più costante in tutti i tipi di violenza sessuale è l'assenza di empatia; l'aggressore non si immedesima nella vittima, la compassione si è spenta.

Adler ci ha insegnato, e i più recenti sviluppi delle neuroscienze lo hanno confermato [60, 71, 108, 110], che le strutture e le funzioni del cervello sono direttamente influenzate dalle esperienze interpersonali oltre che dai programmi di maturazione del sistema nervoso geneticamente determinati.

In altre parole, le connessioni umane plasmano lo sviluppo delle connessioni nervose che danno origine alla mente (base biologica della comunicazione emotiva). I rapporti con i caregivers influenzano direttamente lo sviluppo delle strutture del cervello e della mente. Questa neurobiologia interpersonale è fondata sui processi di attaccamento [1, 2, 5, 13, 18, 38, 63, 67, 104, 108, 109, 114].

La Psicologia Individuale e le psicologie del profondo, la psicopatologia e la psichia-

tria, ci insegnano che la salute mentale è data da un sé coeso e integrato, dotato di continuità nel tempo e nello spazio, in senso diacronico e sincronico. I più recenti dati delle neuroscienze confermano che una delle caratteristiche principali della mente è la sua capacità di “integrazione”: cioè di collegare e coordinare, in ogni determinato momento e nel corso del tempo, processi di varia natura in un insieme coerente di attività. Ma, in un mondo in cui il tempo e lo spazio, il prima e il dopo, il qui e l’altrove, si fondono, si confondono, si sovrappongono continuamente sul piano del reale e del virtuale, non possiamo non chiederci come cambiano, se cambiano, i processi di integrazione del Sé.

Le implicanze sono a largo spettro: forse abbiamo bisogno di nuovi schemi concettuali, perché forse siamo di fronte ad un nuovo concetto di identità e nuove proposte sono state avanzate nell’ambito delle nuove teorie del post-modernismo, del deconstruttivismo, della teorie del caos ecc.

Il Gemeinschaftsgefühl, sentimento sociale, di Adler offre così tanto; offre così tanto non solo per la terapia individuale, ma per la più ampia ed importante “terapia” del mondo in cui viviamo.

Adler [3] riconosceva “la generale interdipendenza dal cosmo”, da cui non possiamo astrarci completamente.

Hilman [54] ci ricorda che “la sofferenza dello spirito del mondo è una sofferenza presente nelle nostre anime e nei nostri pazienti”.

Questa è la nostra dipendenza comune, la nostra eterna inferiorità, un’umiltà che ci coinvolge tutti.

La terapia non si ferma con la psiche del paziente, con la sua vita personale: la terapia si estende oltre le sue vecchie costrizioni ad un più ampio senso di servizio e prevenzione.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*; tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individual Psychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
4. ADLER, K., (introduzione) in POWERS, R. L., GRIFFITH, J., *The Key to Psychotherapy, Understanding the Self-Created Individual*, (Original work titled Understanding Lifestyle: The Psychoclarity Process), 2012.
5. AINSWORTH, M. D. S. (2007), *I modelli dell’attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
6. ALBERONI, F. (1980), *Innamoramento e Amore*, Garzanti, Milano.

7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV ed. Text Revision*, tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali IV-TR*. Masson, Milano 2002.
8. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 ed.*, tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali 5*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014.
9. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
10. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (a cura di, 1982), *Alfred Adler: Cooperation between the Sex*, tr. it. *Alfred Adler. La cooperazione fra i sessi*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2001.
11. ARENSBURG, B., ETCHEGOYEN, R. H. (1982), *Psicoanalisi dei comportamenti sessuali*, Edizioni Del Riccio, Firenze.
12. BERGERET, J. (1985), *La personnalité normale et pathologique: les structures mentales, le caractère, les symptômes*, Bordas, Paris.
13. BIANCONI, A., DEL NOCE, M. S. (2012), Trattamento psicoterapeutico di soggetti con traumi precoci, *Riv. Psicol. Indiv.*, 72: 93-122.
14. BIANCONI, A., FASSINA, S. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento nella psicoterapia con i disturbi borderline e narcisistici di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 15-19.
15. BLANCHOT, M. (1949), *Lautréamont et Sade*, Ed. de Minuit, Paris.
16. BOSSI, M. (2004), in RUSSO, G. (a cura di), *Bioetica e sessuologia*, Editrice Elledici, Torino.
17. BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss*, tr. it. *Attaccamento e perdita. L'attaccamento alla madre*, Vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
18. BOWLBY, J. (1973), *Attachment and Loss*, tr. it. *Attaccamento e perdita. Vol. II. La Separazione dalla madre*, Bollati Boringhieri, Torino 2000.
19. BOWLBY, J. (1988), *Violence in the Family. A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*, tr. it. *La violenza nella famiglia. Una base sicura: applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano 1989, pp. 86-110.
20. BREWIN, C. R., ANDREWS, B., ROSE, S. (2000), Fear, helplessness and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *J. Trauma. Stress*, 13: 459-550.
21. BROWN, J. D. (2002), Mass media influences on sexuality, *J. Sex Res.*, 39 (1): 42-45.
22. CANTELMÌ, T., TALLI, M. (2001), Fenomeni correlati all'Internet Addiction Disorder: prime esperienze in Italia, aspetti clinici e note critiche, *Psicologia Contemporanea*, 150: 4-11.
23. CANTELMÌ, T., ET ALII (2000), *La mente in Internet. Psicopatologia delle condotte on-line*, Piccin, Padova.
24. CARLI, R. (1998), *L'analisi della domanda in Sessuologia*, in *Sessualità e terzo millennio*, Vol. II, Franco Angeli, Milano.
25. CARNES, P. (1991), *Don't Call it Love: Recovery from Sexual Addiction*, Bantam

Books, New York.

26. CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (1984), *Creatività e perversione*, Raffaello Cortina Editore 1987, Milano.
27. COCIGLIO, G. (a cura di, 2002), *Il manuale del consulente sessuale*, Franco Angeli, Milano.
28. COHEN, S. J. (1992), *The misuse of persons. Analyzing pathological dependency*, The Analytic Press, Hillsdale, NY, London.
29. COOPER, W. (1995), *Sesso estremo*, Castelvecchi Ed., Roma.
30. DE MASI, F. (1999), *La perversione sadomasochistica. L'oggetto e le teorie*, Bollati Boringhieri, Torino.
31. DI BASILIO, B. (2002), Storia della sessualità, in COCIGLIO, G., *Il manuale del consulente sessuale*, Franco Angeli, Milano.
32. FASSINO, S. (1984), Per una teoria individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.
33. FASSINO, S. (1990), Le due istanze fondamentali nel processo analitico, *Ind. Psychol. Dossier -II.*, Ed. SAIGA, Torino
34. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di psichiatria biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
35. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 15-19.
36. FASSINO, S. (2010), Finzioni e processo di cambiamento. *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 59-79.
37. FENICHEL, O. (1945), *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, tr. it. *Trattato di psicoanalisi delle Nevrosi e delle Psicosi*, Astrolabio, Roma 1951.
38. FERRERO, A. (2004), Moduli di legame e qualità della relazione terapeutica, in ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, Centro Scientifico Editore, Torino.
39. FERRIGNO, G. (2005), Il "piano di vita", i processi selettivi dello "stile di vita" e la comunicazione intenzionale implicita nella "coppia terapeutica creativa": dalla "teoria" alla "clinica", *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 59-97.
40. FERRO, A. M. (a cura di, 2008), *Le forme del male: esperienze umane e psicopatologia*, Franco Angeli, Milano.
41. FONAGY, P. (2001), Uomini che esercitano violenza sulle donne: una lettura alla luce della teoria dell'attaccamento, in FONAGY, P., TARGET, M., *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
42. FONAGY, P., TARGET, M. (2004), *Psicopatologia evolutiva. Le teorie psicoanalitiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
43. FORNARI, U. (2008), *Trattato di psicopatologia forense*, UTET, Torino.
44. FREUD, S. (1905), *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, tr. it. *Tre Saggi sulla teoria della Sessualità*, New Compton, Roma 1972.
45. GABBARD, G. O. (1995), *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

46. GABBARD, G. O., WESTEN, D. (2003), Rethinking therapeutic action. *Int. J. Psychoanal.*, 84: 823-841.
47. GALIMBERTI, U. (2004), *Le cose dell'amore*, Feltrinelli, Milano.
48. GALIMBERTI, U. (2007), *L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani*, Feltrinelli, Milano.
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. GEAR, M. C., HILL, M. A., LIENDO, E. C. (1981), *Working Through Narcissism. Treating Its Sadomasochistic Structure*, Aronson, New York and London.
51. GILLIÉRON, E., BALDASSARRE, M. (a cura di, 2012), *Perversione e relazione*, Alpes Italia, Roma.
52. GOLBERG, A. (1995), *The Problem of Perversion: The View from Self Psychology*, tr. it. *Perversione e perversioni*, Bollati Boringhieri, Torino 1998.
53. GOODMAN, A. (1997), Sexual Addiction, in LOWENSOHN, J. H., ET ALII, *Substance abuse: a comprehensive textbook*, Williams & Wilkins, Baltimore.
54. HILLMANN, J., in *Dossier -II*, Ed. SAIGA, Torino 1990. <http://it.scribd.com/doc/222564064/osservazioni-su-psicoterapia-adleriana-e-terza-eta>.
55. HINSHELWOOD, R. D. (1989), *Dizionario di psicoanalisi kleiniana*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1990.
56. HIRIGOYEN, M. F. (1998), *Le harcèlement moral*, tr. it. *Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro*, Grandi Tascabili Einaudi, Torino 2000.
57. HORNER, A. J. (1993), *Relazioni oggettuali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
58. IMBASCIATI, A. (1983), *Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
59. IMBASCIATI, A. (1996), *La donna e la bambina. Psicoanalisi della femminilità*, Franco Angeli, Milano.
60. KANDEL, E. R. (1999), Biology and the Future of Psychoanalysis: a New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited, *Am. J. Psychiatry*, 156: 505-24.
61. KHAN, M. M. R. (1974), *The Privacy of the Self*, tr. it. *Lo spazio privato del sé*, Bollati Boringhieri, 1979.
62. KHAN, M. M. R. (1979), *Alienation in Perversions*, tr. it. *Le figure della perversione*, Bollati Boringhieri, Torino 1982.
63. KERNBERG, O. F. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
64. KERNBERG, O. F. (1992), *Aggression in Personality Disorders and Perversion*, tr. it. *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1993.
65. KERNBERG, O. F. (1995), *Love Relations: Normality and Pathology*, tr. it. *Relazioni d'amore: normalità e patologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
66. KOHUT, H., (1977), *The Restoration of the Self*, tr. it. *La Guarigione del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1980.

67. LIOTTI, G. (2004), Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid, in *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol. 41, pp. 472-486.
68. LOMBARD, M., DITTON, T. (1997), At the hearth of it all: the concept of presence, *J. Comput.-Mediat. Comm.* (on-line), 3, 2.
69. MALDONADO, J. L. (1987), Narcissism and unconscious communication, *Int. J. Psychoanal.*, 68(3): 379-388.
70. MALINOWSKI, B. (1962), *Teoria scientifica della cultura*, Feltrinelli, Milano.
71. MANCIA, M. (2007), *Psicoanalisi e neuroscienze*, Springer-Verlag, Milano.
72. MARCHESINI, R. (2004), in RUSSO, G. (a cura di), *Bioetica e sessuologia*, Editrice Ellenici, Torino.
73. MASSON, J. M. (1984), *The Assault on Truth*, tr. it. *Assalto alla verità. La rinuncia di Freud alla teoria della seduzione*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
74. MASTRONARDI, V., VILLANOVA, M. (1998), Tipologie dell'Attore e della Vittima nelle Sindromi Pedofile, *Convegno della Società Italiana di Criminologia*, Università di Milano, Gargnano.
75. MC DOUGALL, J. (1997), *Eros*, Raffaello Cortina Editore, Torino.
76. MC GRATH, M. G., CASEY, E. (2002), Forensic psychiatry and the internet: practical perspectives on sexual predators and obsessional harassers in cyberspace, *J. Am. Acad. Psychiatry Law*, 30 (1): 81-94.
77. MELTZER, D. (1973), *Stati sessuali della mente*. Roma, Armando 1975.
78. MENDLOVIC, S. (2012), in GILLIÉRON E., BALDASSARRE M. (a cura di), *Perversione e relazione*, Alpes Italia, Roma.
79. MERCIAI, S. A. (2001), Psicoterapia online: un vestito su misura, in CANTELEMI, T., PUTTI, S., TALLI, M. (a cura di), *@psychotherapy*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, pp.113-186.
80. NARDONE, G., CAGNONE, F. (2002), *Perversioni in rete. Le psicopatologie da Internet ed il loro trattamento*, Ponte delle Grazie, Milano.
81. NIETZSCHE, F. (1882), *Die Fröhliche Wissenschaft*, tr. it. *La gaia scienza*, Editori Riuniti, Roma 1985.
82. OLIVIERO FERRARISI, A., MALAVASI, G. (2001), La maschera dei desideri, *Psicologia Contemporanea*, 166: 30-37.
83. ORFORD, J. (1978), Hypersexuality: Implications for a theory of Dependance, *Br. J. Addict. Alcohol Other Drugs*, 73(3): 299-310.
84. ORGLER, H. (1956), *Alfred Adler. Der Mann und Sein Werk*, tr. it. *Alfred Adler e la sua opera*, Astrolabio, Roma 1970.
85. PADOVESE, L. (2004), Affettività, in RUSSO, G. (a cura di), *Bioetica e sessuologia*, Elledici, Torino, pp. 46-49.
86. PAGANI, P. L. (1994), Introduzione a ADLER, A. (1930), *Das Problem der Homosexualität*, tr. it. *Il problema dell'omosessualità*, Newton Compton, Roma.
87. PANDOLFI, A. M. (1999), Le perversioni relazionali nella coppia e nella famiglia, in *Lo psicoanalista con e senza divano. Individui, famiglie, istituzioni tra psicosi*

- e perversioni, *Convegno Internazionale CERP*, Verona, 12 -13 novembre 1999.
88. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
89. PASINI, W. (20 luglio 2009), Le nuove perversioni soft in willypasini.it, URL consultato il 20 marzo 2013.
90. RACAMIER, P. C. (1992), *Pensée perverse et decervelage*, in *Secrets de famille et pensée perverse*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1993.
91. RACAMIER, P. C. (1992), *Le Génie des origines. Psychanalyse et psychoses*, tr. it. *Il genio delle origini. Psicoanalisi e psicosi*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1993.
92. RIVA, G., ET ALII (1998), in WIEDERHOLD, B., RIVA, G., MOLINARI, E., ET ALII, *Virtual Environments in Clinical Psychology and Neuroscience: Methods and Techniques in Advanced Patient-Therapist Interaction*, IOS Press, Amsterdam.
93. ROSENFELD, H. (1971), A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism, *Int. J. Psycho-Anal.* 52: 169-178.
94. ROSENFELD, H. A. (1964), *Psychotic States*, tr. it. *Stati Psicotici*. Roma, Armando, 1973.
95. ROSSO, C. (2004), in RUSSO, G. (a cura di), *Bioetica e sessuologia*, Editrice Ellenici, Torino.
96. ROSSO, C., GAROMBO, M. F, FURLAN, P. M. (2010), *Aggressori sessuali*, Centro Scientifico Editore, Milano.
97. ROVERA, G. G. (1987), Sessuologia e Psicologia Individuale oggi, *Riv. Psicol. Indiv.*, 28-29: 112-135.
98. ROVERA, G. G. (1988), La psicologia Individuale: concetti fondamentali. *Indiv. Psychol. Dossier; I*, Ed. SAIGA, Torino.
99. ROVERA, G. G. (1992), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. P. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
100. ROVERA, G. G. (1999). Introduzione, in COCIGLIO, G., FONTANA, D., MASSOBRIO, M., ROVERA, G. G. (a cura di), *La coppia - nuove realtà, nuovi valori, nuovi problemi*, Franco Angeli, Milano.
101. ROVERA, G. G. (1999), Moduli di legame, in ROVERA, G. G., *Tradizione e cambiamento*, Centro Scientifico Editore, Torino.
102. ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (2004), (a cura di), *Introduzione, La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*. Centro Scientifico Editore, Torino.
103. SALONIA, G. (2004), in RUSSO, G. (a cura di), *Bioetica e sessuologia*, Editrice Ellenici, Torino.
104. SCHORE, A. N. (2010), Relational Trauma and the Developing Right Brain: The Neurobiology of Broken Attachment Bonds, in BARADON, T., *Relational Trauma in Infancy*, Routledge, London, pp. 19-47.
105. SCHNEIDER, K. (1964), *Psicopatologia Clinica*, Sansoni, Firenze.
106. SCUDERI, M. G. (2004), in RUSSO, G. (a cura di), *Bioetica e sessuologia*, Editrice Ellenici, Torino.

107. SHAKESPEARE, W. (1623), *Anthony and Cleopatra*, tr. it. *Antonio e Cleopatra*, Mondadori, Milano 2003.
108. SIEGEL, S. J. (1999), *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*, tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2001.
109. SIEGEL, S. J. (2006), An Interpersonal Neurobiology Approach to Psychotherapy, *Psychiatric Annals*, 36(4): 248-256.
110. SIEGEL, S. J. (2007), *The Mindful Brain*, tr. it. *Mindfulness e cervello*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2009.
111. SIMON ROBERT, I. (1997), *I buoni lo sognano i cattivi lo fanno*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
112. SIMONELLI, C., PETRUCCELLI, F., VIZZARI, V. (2004), *Le perversioni sessuali. Aspetti clinici e giuridici del comportamento sessuale deviante*. Franco Angeli, Milano.
113. STERN, D. (1985), *The Interpersonal World of the Infant*, tr. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
114. STERN, D. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, WW Norton & Company, New York.
115. STOLLER, R. J. (1975), *Perversion. The Erotic Form of Hatred*, tr. it. *Perversione: La forma erotica dell'odio*, Feltrinelli, Milano 1978.
116. STORR, A. (1975), *La distruttività nell'uomo*, Astrolabio, Roma.
117. TEICHER, M. H., GLOD, C. A., SURVEY, J., SWETT, C. (1993), Early childhood abuse and limbic system rating in adult psychiatric outpatients, *J. Neuropsych. Clin. N.*, 5: 301-306.
118. TEICHER, M. H., ITO, Y., GLOD, C. A., ANDERSON, N. D., ACKERMAN, E. (1997), Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI, In YEHUDA, R., MCFARLANE, A.C. (a cura di), *Psychobiology of Post-traumatic Stress Disorder*, The New York Academy of Sciences, New York, pp. 160-175.
119. TERR, L. (2009), I traumi infantili. Una rassegna ed una visione d'insieme delle caratteristiche principali, in WILLIAMS, R. (a cura di), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 345-366.
120. TROIANO, M., PETRONE, L. (2001), *Chat: incontri e scontri dell'Anima*, Edizioni Riuniti, Roma.
121. TUCKER, D. M., LUU, P., PRIBRAM, K. H. (1995), Social and emotional self-regulation, *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 769: 213-239.
122. TURKLE, S. (2011), *Alone Together: Why We Expect More from Technology and Less from Each Other*, tr. it. *Insieme ma soli. Perché ci aspettiamo sempre più dalla tecnologia e sempre meno dagli altri*, Edizioni Codice, Roma 2012.
123. VAN DER KOLK, B. A., MCFARLANE, A. C., WEISAETH, L. (1996), *Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*, tr. it.,

Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili. Edizioni Scientifiche MaGi, Roma 2005.

124. VILLANI, S. (2001), Impact of media on children and adolescents: a 10-years review of the research, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40(4): 392-401.

125. VINCELLI, F., RIVA, G. (2000), Virtual Reality as a new imaginative tool in psychotherapy, *Stud. Health Technol. Inform.*, 70: 356-358.

126. VOCABOLARIO DELLA LINGUA ITALIANA (1998), “*Il Conciso*”, Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani, Roma.

127. WALLACE, P., *La Psicologia di Internet*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000.

128. WALLIN, D. J. (2007), *Attachment in Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*, Il Mulino, Bologna 2009.

129. WILLIAMS, R. (2009), (a cura di), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

130. WINNICOTT, D. W. (1965), *The Family and the Individual Development*, tr. it. *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Armando Editore, Roma 1994.

Alessandra Bianconi

Via Assarotti, 1

I-10122 Torino

E-mail: abianconi@saiga.it

E-mail: alessandrabianconi@inwind.it

L'amore per il proprio destino come culmine e risoluzione dell'esperienza e del processo analitici e psicoterapeutici

ALBERTO MASCETTI

Summary – LOVE OF OUR OWN DESTINY AS THE CLIMAX AND TOP ACHIEVEMENT OF OUR EXPERIENCE AND OF THE ANALYTICAL, PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS. The author, using by analogy with the Adlerian strategy, which he borrows from Vaihinger, a Neo Kantian philosopher, the concept of “as if”, of fiction - the Nietzschean perspective of Amor Fati-tries to promote a new way of analytical and psychotherapeutic approach, which could lead to a consistent achievement and to the outcoming of the complex path of the neurotic subject. The current research would like to sound either as an in-depth analysis of the typical Adlerian topics or as whispered criticism of the society-individual dilemma or the trend towards self accomplishment seen in contrast with the feeling of belonging to a community. The author however, after having introduced the positions of the phenomenology and of the existential analysis, which show common significances with those of the individual psychology, throws lights on a basic difference as far as the social feeling in particular is concerned. Getting into the depth of the therapeutic process according to the Adlerian principles, the author takes into consideration the meaning of encouragement that stands at the basis of the change of the individual life - style. He recommends the overcoming of the perspective tied to the social feeling in and promotes a solution that goes beyond and completes it according to the Nietzschean concept of “Amor Fati”. He analyzes the number of stages and times in which this essential change that is supposed to lead to the overcoming of the neurotic organization. Love for our own destiny is seen as the climax of a positive psychotherapeutic process not only according to the Adlerian principles but as something ineluctable and very hardly achievable in the neurotic conflict dilemma.

Keywords: ENCOURAGEMENT, LIFE-STYLE, DIE PHILOSOPHIE, DES “ALS HOB”, AMOR FATI, MIT-WELT, DA-SEIN

*Amicus Plato, sed magis amica veritas
(Aristotele)*

I. Il “come se” adleriano

Adler ha cercato di utilizzare la proposta filosofica di Vaihinger [34]: “la filosofia del come se”, estrapolando dalle indicazioni filosofiche e scientifiche vaihingeriane una diversa prospettiva squisitamente psicologica. Con tale operazione di grande originalità, Adler ci ha consegnato una elaborazione nuova e significativa di interesse teorico

e pragmatico, tale da costituire la base della sua costruzione personologica, relativa all'uomo sano e malato, mutuandola dalla visione filosofica vaihingeriana. Anche da parte nostra, in maniera analoga alla contaminazione adleriana, traiamo ispirazione dal concetto filosofico nietzschiano dell'amor fati, dell'amore per il proprio destino, per promuovere una nuova visione del mondo nell'ambito della psicologia, psicoterapia, e psicopatologia che si accordi al disegno adleriano, oltrepassandolo e ampliandolo, nell'ambito di una prospettiva, noi crediamo, originale e dal più ampio respiro. Adler utilizza e interpreta il termine "finzione" traendolo dal concetto vaihingeriano del "come se", quale modello operativo che starà alla base della sua originale costruzione personologica. La personalità viene organizzata, secondo Adler, dai primordi, dall'epoca della prima infanzia fino all'adolescenza con una successione di finzioni, di come se, di volta in volta utilizzate e abbandonate alla ricerca della messa a punto di uno stile. Anche questa organizzazione operativa di grande originalità e pregnanza interpersonale, permeerà in forma più o meno rappresentata e reiterata la personalità di ogni uomo, intesa in senso dinamico e finalistico. Il "come se" adleriano, embricato nei meccanismi compensatori, che lo promuovono e lo modellano, si avvale di continui collaudi, di rappresentazioni di volta in volta finalizzate alla costruzione della "persona", della maschera, dello stile, di estrema espressività soggettiva e dinamica. Più in generale, attraverso tale utilizzo e arrangiamento del concetto del "come se", Adler promuove a livello psicologico, sottraendolo alle digressioni vaihingeriane di squisito sapore scientifico, un modello operativo e strumentale di grande semplicità conoscitiva, di facile intellegibilità e operatività [3].

Dopo la separazione da Freud, avvenuta nel 1911, Adler riformulò la propria teoria della nevrosi. Questa revisione fu in larga misura un ritorno alle sue precedenti concezioni, relative alla patogenesi sociale delle manifestazioni nevrotiche, (già presente in nuce ne: "L'Inferiorità degli organi", 1907 [2]) e alla funzione dell'inferiorità organica.

II. *Il temperamento nervoso*

La filosofia del "come se" di Vaihinger apparve proprio al momento giusto per fornirgli un nuovo schema concettuale [34]. Il temperamento nervoso apparve nel 1912 [3] con il motto di Seneca: "Omnia ex opinione suspensa sunt", che alludeva in maniera iconografica al concetto vaihingeriano delle "finzioni". L'assunto fondamentale è quello di "individualità", un termine che esprime sia l'unicità sia l'indivisibilità dell'essere umano. La migliore illustrazione di tale concetto si trova nella prefazione, dove è citato un pensiero di Virchow: "L'individuo rappresenta un tutto unificato in cui ogni parte coopera per il raggiungimento di una meta comune". Ne consegue che una singola caratteristica psicologica dell'individuo rifletta la sua personalità complessiva (cfr. Stile di vita [4, 14, 26, 27, 32]). L'individuo è anche osservato dal punto di vista temporale. Ogni sintomo mostra in ogni momento segni del passato, del presente e del futuro (cfr. Stile di vita [4, 14, 26, 27, 32]). La vita psichica è teleologica, è rivolta cioè verso il futuro e tende verso una meta che non è stabilita una volta per tutte, ma può subire modificazioni nel tempo per diverse ragioni. È a questo punto che Adler

utilizza il concetto di “finzione” di Vaihinger [34]. Adler pensa che gli avvenimenti si sviluppino come se fosse imposta all'attività umana una norma ideale, definita da Adler come verità assoluta o logica assoluta della vita sociale, che si identifica con la perfetta conformità alle norme sociali e addirittura alle esigenze cosmiche. Adler definisce come anormalità il grado di devianza soggettiva da questa norma immaginaria. Le nevrosi sono concepite come forme di questa devianza. Nonostante le critiche da più parti rivolte a tale affermazione apodittica e di chiara risonanza utopica, Adler tenne sempre fede a tale assunto mediante il concetto di sentimento sociale, che diventerà lo spartiacque assoluto tra normalità e devianza. Ma se nella disamina del comportamento nevrotico e della mirabile teoria delle nevrosi, il sentimento di comunità dà senso e significato al suo rigoroso assunto teorico e pratico, al di fuori di questo quadro specificamente clinico e terapeutico, la finzione dello sviluppo del sentimento sociale nella società a venire si è mostrata assai fallace, ancorchè messianica e profetica. Quando Adler esce dalla prospettiva clinica per farsi paladino, apostolo e profeta di un sentimento comunitario, che secondo le sue intenzioni avrebbe dovuto migliorare il rapporto fra gli uomini, contraddice la sua originale premessa finzionale, mostrando una fattualità, che la storia dell'uomo ha ampiamente e dolorosamente confutato e disatteso. Un altro momento fondamentale dell'analisi patogenetica della nevrosi è indicata da Adler nelle sensazioni che si originano dalle inferiorità organiche e il riferimento è chiaramente rivolto alla sua prima opera originale e significativa: “L'inferiorità degli organi” del 1907 [2]. L'insistita notazione adleriana va oltre la semplice compensazione fisiologica: l'inferiorità organica mette in moto un complesso processo psicologico di autoaffermazione, che diventa un fattore permanente dello sviluppo psichico. Questo processo psicologico implica una costante osservazione e un costante addestramento della funzione organica, ritenuta inferiore. Ma l'aspetto significativo e originale da tale assunto è che lo sfondo sociale modula e modella la risposta psicofisiologica dell'organo inferiore, che si prospetta secondo le esigenze della società e che assume il significato di *primum movens* del complesso meccanismo compensatorio. Il sentimento di inferiorità nei lavori successivi assumerà sempre più un significato centrale nella visione adleriana del mondo, al punto che egli affermerà che: “Essere un uomo significa avere un sentimento di inferiorità che esige costantemente la sua compensazione. Analogamente si può considerare la storia dell'umanità come la storia del sentimento di inferiorità e dei tentativi diretti ad una soluzione che consenta di superarlo”. Non dobbiamo tuttavia dimenticare che l'aspirazione alla perfezione, la lotta per passare da un sentimento di inferiorità ad uno di superiorità, dal basso all'alto, che caratterizzava la dimensione nevrotica, viene trasferita dall'uomo nevrotico a quello normale [3, 7].

III. *Sentimento sociale*

Il nevrotico divenne, da quel momento in poi, per così dire, lo schema di riferimento e il modello di paragone di ogni successiva elaborazione. In un primo momento tuttavia, Adler non chiarisce la differenza tra individuo normale e nevrotico circa il

problema dell'aspirazione alla perfezione, circa la meta da conseguire e raggiungere. La risposta alla domanda diviene possibile soltanto quando Adler, dal 1920 al 1930, sviluppa un criterio di normalità, avvalendosi di una nuova acquisizione: il sentimento sociale. Per cui mentre il nevrotico è più interessato alla propria autostima e presenta una meta personale di superiorità, l'individuo normale ha una meta di superiorità che tiene conto del benessere altrui. Adler dunque sostituì le prime formulazioni sul significato di superiorità con quelle di aspirazione alla perfezione e all'autoaffermazione. Secondo Adler l'aspirazione alla superiorità è innata: è innata nel senso che è una parte della vita, un'aspirazione, una spinta, un qualcosa senza il quale la vita stessa sarebbe impensabile [4, 5, 6, 7]. Secondo Freud, tuttavia, non vi è accordo su tale affermazione: "Non credo nell'esistenza di questa pulsione interiore e non vedo come si possa far salva questa benefica illusione. Quell'infaticabile impulso verso un'ulteriore perfezionamento può essere facilmente spiegato come conseguenza della rimozione pulsionale, su cui è fondata la civiltà umana in tutto ciò che ha di più valido e prezioso" [33].

IV. *Antropoanalisi o Analisi Esistenziale*

La visione del mondo dell'Antropoanalisi o Analisi esistenziale è un indirizzo psicopatologico e psicoterapeutico inaugurato da L. Binswanger [8] che utilizza il metodo fenomenologico di E. Husserl e di Heidegger e della psicologia comprensiva di K. Jaspers. Tale prospettiva non considera l'uomo ontologicamente determinato dal suo sentimento di insicurezza e di inferiorità, ma la sua presenza esistenziale come un originario essere-nel-mondo, prendendo in considerazione i determinati modi fondamentali in cui la presenza umana di fatto esiste. L'analisi esistenziale non crede nella dimensione inconscia, ma ricerca la progettualità dell'essere umano che, gettato nel mondo, deve organizzare il suo mondo, conferendo ad esso un determinato senso e un determinato valore. La visione del mondo, nell'interpretazione di K. Jaspers e di W. Dilthey non è mai definita e conclusa, ma sempre dinamica e aperta, perché dipende dall'attribuzione di senso che l'uomo di volta in volta dà al mondo. In questa attribuzione consistono la libertà dell'uomo e le radici ultime del suo modo di essere strettamente dipendente dalla visione che egli ha del mondo. Il mondo-della-vita è definito da Husserl il terreno della vita umana nel mondo, il mondo-della-vita, dove i soggetti sono in collaborazione e confronto reciproci per la produzione del proprio mondo-ambiente, che è percorso dalla consapevolezza che ogni agire e ogni realtà si dà nella dimensione originaria e inoltrepasabile della soggettività. A partire da tali premesse, la psichiatria fenomenologica imputa ad ogni dottrina psichiatrica di aver obliato questa situazione naturale della coscienza e di avere fatto valere il suo mondo teorico ed obiettivante, dimenticando la soggettività e le operazioni intenzionali con cui il soggetto costituisce il suo mondo. Da ciò deriva, come prima conseguenza in ambito psichiatrico, che è impossibile stabilire una norma in grado di distinguere il sano dal malato o alienato, perché sia l'uno che l'altro appartengono allo stesso mondo, anche se l'alienato vi appartiene con una struttura di modelli percettivi e comportamentali

differenti, dove la differenza non ha più il significato della dis-funzione, ma semplicemente quello della funzione di una certa strutturazione della presenza, ossia di un certo modo di essere nel mondo. La psichiatria fenomenologica, cogliendo il concetto di essere-nel-mondo non parlerà più di melanconia, mania, schizofrenia, ma di mondo melanconico, maniaco, schizofrenico, in ognuno dei quali rintraccia la modalità individuale di essere nel mondo, la qualità essenziale con cui ciascuno declina la propria esistenza che non si dà senza mondo. L'essere-nel-mondo è espressione introdotta da Heidegger per designare il tratto costitutivo dell'esistenza umana, il cui Esser-ci (Da-Sein), vuol dire appunto essere-nel-mondo. Nel "dire-io" si esprime l'Esserci come essere-nel-mondo. Se il mondo appartiene all'esperienza umana, non si dà esperienza umana senza mondo. Il mondo con cui l'essere ha a che fare è il mondo ambiente (Umwelt), in cui si rapporta in termini di cura. La concezione della cura viene iscritta non nella categoria della "guarigione", ma in quella del "senso" dell'esistenza, che secondo la concezione di C.G. Jung presenta delle analogie con la nozione heideggeriana di cura "come Die Sorge", che caratterizza la relazione con l'altro. E dell'altro ci si può prendere cura nella forma autentica del fürsorgen, che apre agli altri la possibilità di trovare sé stessi, offrendo le condizioni per potersi prendere cura di sé. Non nella forma inautentica del besorgen, che non si cura tanto degli altri, quanto delle cose da procurare loro. La coesistenza, il mit-dasein è termine introdotto dalla fenomenologia e utilizzato dall'analisi esistenziale per indicare una struttura trascendentale dell'umana esistenza, che è sempre e originariamente una co-esistenza. Binswanger afferma che "essere nel mondo" significa sempre essere nel mondo con i miei simili, essere insieme con le altre presenze [8]. L'esistenza si scopre così come originaria co-esistenza, che scopre il mondo (Welt) come mondo-comune (Mit-Welt). La coesistenza dunque è concepita come struttura originaria che non si aggiunge all'esistenza, perché ne è il principio costitutivo. Da Binswanger sul versante fenomenologico e da R. D. Laing sul versante antipsichiatrico, l'individuo non è visto nel suo isolamento, ma entrambi gli Autori pensano di riscattare la psiche dalla sua riduzione a puro fatto interiore, dove viene tralasciato il suo essenziale declinarsi nel mondo. L'originaria apertura al mondo, ci ricorda L. Binswanger, non è il prodotto di una relazione, ma una dimensione originaria dell'umana esistenza. Dopo aver tratteggiato a grandi linee una delle più significative visioni riguardo alla condizione dell'uomo sulla terra, perché la più vicina al mondo culturale adleriano, proviamo ad intraprendere un nuovo percorso in un approccio più suggestivo, soffermandoci in particolar modo su quello che si riferisce alla visione della Psicologia Individuale a noi più congeniale [20, 25]. Entriamo dunque nel vivo della vicenda psicoterapeutica di linea adleriana, vero e proprio oggetto e interesse della nostra ricerca [10, 15, 16, 19, 22, 24].

V. Incoraggiamento

Prendiamo in considerazione come prima opzione quella che si riferisce ad un concetto fondante la tecnica psicoterapeutica adleriana e in generale della Psicologia Individuale, quello dell'incoraggiamento [9, 11, 13, 21, 28, 29]. Ci riferiamo dunque

al trattamento psicoterapeutico prevalentemente nell'ambito della organizzazione nevrotica, tralasciando in tale contesto le scansioni e i modi della operatività di linea adleriana scolasticamente delineata e da tempo acquisita. Ci soffermeremo invece sull'assunto di base del fare e dell'agire terapeutico, che è quello del coraggio e dell'incoraggiamento, processo di grande pregnanza teorica e operativa. Il progetto dell'incoraggiamento presenta due ambiti fondamentali, che nelle finalità concordano: quello che si riferisce all'instaurarsi del rapporto analitico che, se corretto, è di per sé incoraggiante, perché paritario, solidale e rispettoso dell'altro e quello che si muove nell'ambito del cosiddetto disvelamento delle finzioni. L'incoraggiamento è dunque prospettiva che mira a infondere maggiore sicurezza, a migliorare nel soggetto il sentimento del proprio valore, attraverso le modalità significanti del rapporto analitico tout-court. Nell'organizzazione nevrotica, il meccanismo finzionale ai diversi livelli di rinforzo negativo, gioca il ruolo fondamentale nell'orchestrazione del costruito nevrotico, nel senso di un profondo attaccamento e utilizzo del proprio stile di vita. All'interno del rapporto analitico che naturalmente si snoda, il chiarimento delle e sulle finzioni improduttive, promuove l'affidamento all'altro senza mascherati timori, nel segno e nel senso del sentimento per l'altro e con gli altri, che Adler chiama sentimento sociale o di comunità. Il rapporto analitico agisce da modello, da prototipo di successivi e collaudati incontri. Tale formulazione, tuttavia, riferita al sentimento sociale, è da considerare piuttosto generica e vaga, non ben precisato il processo che fino a qui si dipana e da qui parte per promuovere benefiche relazioni. Al fondo di ogni individuo, ci ricorda sempre Adler, si annidano due spinte fondamentali, quella volta verso una meta individuale, personale, e quella che ci conduce verso gli altri. Dall'armonia di tali forze nasce il suo equilibrio, la sua serenità. Tale formulazione, tuttavia, così ragionevole e tranquillizzante presenta un certo contenuto utopico, di realtà edulcorata e addomesticata; infatti sin dal tempo della nascita della filosofia, da Platone e Aristotele in poi, la ricerca di tale mirabile equilibrio, è sempre stata consegnata al dubbio ed al timore di una non facile praticabilità [1, 31]. Nella polis gli interessi dell'individuo difficilmente si sposano, se non per brevi tratti, con gli interessi della società, della comunità. Da alcuni Autori anglosassoni, inoltre, il sentimento di comunità viene tradotto letteralmente con il termine di interesse sociale (social interest), ma interesse dice una cosa e sentimento ne dice un'altra. Anche qui si nota una dicotomia che non fa progredire una conoscenza ma che lascia ancora nell'incertezza. A tale proposito il superamento di tali dilemmi, così insistiti e poco produttivi, che Adler cerca di placare con la sempre maggiore enfasi legata al sentimento sociale, sembra ritrovarsi invece nell'incontro e nella formulazione dell'amor fati, inteso non già in senso filosofico, ma in senso psicologico e psicoterapeutico.

VI. *Amor Fati*

Soltanto nell'amor fati noi troviamo l'oltrepassamento e lo scioglimento del dilemma, cioè della dicotomia individuo-società, in senso squisitamente esistenziale, nella realtà e nel segno dell'autenticità e della corretta risoluzione. L'amore per il proprio

destino, che nasce dall'incontro analitico incoraggiante, si avvale nel processo psicoterapeutico di due o meglio di tre momenti, tre tappe significative che spingono alla soluzione del problema. La prima si riferisce all'accettazione di un destino, del proprio destino; un destino che si è già consumato, a cui non possiamo sfuggire, perché già dato, già avvenuto. L'accettazione non è altro che la presa d'atto di tale sentimento che accetta e accoglie il proprio passato quale sia stata la sua valenza, ancorché penosa e di dolorosa sopportazione. Il nevrotico rifiuta il suo passato, lo utilizza, lo manipola alla ricerca di un paradiso perduto o mai conosciuto, regredendo e fuggendo la realtà dei rapporti che di volta in volta si presentano. L'incoraggiamento allora deve considerarsi come un processo che induce al coraggio dell'accettazione, con l'abbandono delle suggestive ruminazioni mentali che i nevrotici tendono a rivendicare come reali, accompagnate dal rifiuto della propria storia. Tale è un primo stadio cui deve tendere la psicoterapia incoraggiante, per promuovere una condizione che è in altre parole un'accettazione del proprio destino di persona adulta, cosa sottilmente paventata e rifiutata dal soggetto nevrotico. Non più prigioniero, succube del proprio passato, il nevrotico, nell'accettazione di tale ineludibile destino, accondiscende a consegnarsi nel prosieguo della terapia al sentimento della libertà, sempre temuta e fuggita, perché rischiosa e potenzialmente pericolosa. L'accettazione della condizione adulta promuove l'accoglimento dell'idea di libertà, che ancora deve essere collaudata e testata con nuovi rapporti interpersonali. All'idea di libertà si accompagna l'idea di accettazione del rischio, il rischio dell'abbandono, della perdita, della frustrazione e della sofferenza legata al timore da parte del soggetto di non essere più amato. Ma l'accettazione del proprio destino, della libertà e del destino ad essa connesso, sfocia nel procedere del trattamento analitico, nell'amore per il proprio destino, che soltanto la consapevolezza della libertà e del rischio può promuovere [12, 17, 23, 30, 35].

VII. *Culmine dell'analisi e del processo psicoterapeutico*

L'amore per il proprio destino apre dunque la possibilità e la libertà dei rapporti significanti, che spingono verso il futuro in un clima di fiducia e di gioia per la sicurezza trovata, per l'insignificanza della paura, la vera guardiana della nevrosi. Siamo giunti al terzo stadio, all'amor fati, al culmine dell'esperienza e del processo analitici, al di là dei dilemmi, delle armoniche disgiunzioni, degli impraticabili equilibri, al di là ancora, per così dire, del bene e del male, in senso psicologico e psicoterapeutico. Una terapia infatti che nell'analisi dei meccanismi psicologici e degli stili che non sono visioni del mondo, né costrutti etici ma modi relazionali significanti, che vivono di forza propria, è percorso decisivo e ineludibile che rimanda al significato dell'amor fati. Questa è la vera condizione che ci rassicura circa la bontà del percorso terapeutico, che potrà trovare la sua conclusione soltanto in tale prospettiva, che è garanzia e rassicurazione di una autentica modificazione del proprio stile di vita. L'amore per il proprio destino, che viene accolto e incorporato in una prospettiva esistenziale autentica, consente nella consapevolezza di una tale ritrovata condizione, nel clima di libertà raggiunto, una nuova progettualità di vita alla ricerca di un senso significativo ed ap-

pagante. Tale nuovo stato, raggiunto all'interno del rapporto analitico, nel momento in cui il soggetto si riappropria del proprio destino, della propria condizione di persona adulta, gli consente di vivere un sentimento pieno per l'altro, per gli altri, ciò che da Adler viene indicato a più riprese come sentimento sociale. È l'amore per il proprio destino la vera ragione che consente l'apertura all'altro, che diviene il tramite di una più approfondita conoscenza di sé, con il sentimento ritrovato di un amore per una storia, la propria, non solo perché vissuta come non modificabile, ma che non vuole essere modificata, né barattata con un'altra, né desiderata in alternativa alla sua. Solo così posso riappropriarmi della mia storia che non voglio più rinnegare, per non rinnegare me stesso, la mia unicità, la mia appartenenza, la mia esistenza irripetibile [18].

Bibliografia

1. ABBAGNANO, N. (2003), *Storia della filosofia. La filosofia contemporanea*, in FORNERO, G., RESTAINO, F., ANTISERI, D. (a cura di), UTET, Torino.
2. ADLER, A. (1907), *Studien über Minderwertigkeit Von Organen*, Bergmann, München.
3. ADLER, A. (1912), *Über der nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
4. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1975.
5. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
6. ADLER, A. (1933), *Den Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
7. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
8. BINSWANGER, L. (1942), *Gründformen und Erkenntnis Menschlichen Daseins*, Niehaus, Zürich.
9. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to learn: the encouragement process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti-Barbera, Firenze 1974.
10. ELLENBERGER, H. (1970), *The Discovery of Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino 1976.
11. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-63.
12. FAYE, Y. P. (1998), *Le vrai Nietzsche. Guerre à la guerre*, tr. it. *Il vero Nietzsche*, Il nuovo melangolo, Genova 2005.
13. FERRIGNO, G. (2009), La risonanza emozionale e il "ritmo" dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 81-91.
14. FERRIGNO, G., PAGANI, P. L. (1995), "L'immaginario tra presente, passato e futuro e la costanza dello stile di vita", *Atti VI Congr. Naz. SIPI, "Il tempo e la memoria"*, Marina di Massa.
15. GALIMBERTI, U. (1979), *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano.

16. GALIMBERTI, U. (2012), *Cristianesimo. La religione del cielo vuoto*, Feltrinelli, Milano.
17. GEHLEN, A. (1940), *Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt, Junker und Dünnhaupt*, tr. it. L'uomo, la sua natura e il suo posto nel mondo, Feltrinelli, Milano 1983.
18. HILLMAN, J. (1983), *Healing fiction*, tr. it. *Le storie che curano*, Raffaello Cortina, Milano 1984.
19. JUNG, C. G. (1928), *Das Ich und das Unbewusst*, tr. it. *L'io e l'inconscio*, Boringhieri, Torino 1980.
20. MASCETTI, A. (1976), "Psicologia Individuale e Antropoanalisi: analogie e corrispondenze", *XIII Congr. Intern. SIPI*, Monaco di Baviera.
21. MASCETTI, A. (2009), Incoraggiamento e stile di vita, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 97-104.
22. MUSATTI, C. L. (1949), *Trattato di Psicoanalisi*, Boringhieri, Torino.
23. NIETZSCHE, F. (1964), Opere filosofiche complete, in COLLI, G., MONTINARI, M. (a cura di), Adelphi, Milano.
24. PANSERA, M. T. (1990), *L'uomo progetto della natura. L'antropologia filosofica di Arnold Gehlen*, Studium, Roma.
25. PARENTI, F. (1984), Analisi dei rapporti fra Fenomenologia, Psicoanalisi e Psicologia Adleriana comparata, in CAZZULLO, C. L., SINI, C. (a cura di), *Fenomenologia, Filosofia e Psichiatria*, Masson, Milano, pp. 141-149.
26. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1987), *Lo stile di vita*. De Agostini, Novara.
27. PONZIANI, U. (1984), Lo stile di vita: nuove prospettive epistemologiche, *Riv. Psicol. Indiv.* 36: 53-61.
28. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
29. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1982), Considerazioni psicopatologiche ed applicazioni cliniche in tema di strategie dell'incoraggiamento, *Rassegna di Igiene Mentale*, IV(1-4): 105-132.
30. SAFRANSKI, R. (2000), *Nietzsche, Biographie seines Denkens*, tr. it. *Nietzsche, biografia di un pensiero*, Longanesi, Milano 2001.
31. SEVERINO, E. (1986), *La filosofia dai greci al nostro tempo. La filosofia contemporanea*, Rizzoli, Milano.
32. 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.
33. STEPANSKY, P. E. (1983), *In Freud's shadow. Adler in context*. The Analytic Press, Hillsdale, New Jersey.
34. VAHINGER, H. (1911), *Die Philosophie des "Als Ob"*, tr. it. *La filosofia del "come se"*, Ubaldini, Roma 1967.
35. VENEZIANI, M. (2010), *Amor Fati. La vita tra caso e destino*, Mondadori, Milano.

Alberto Mascetti
Via Maspero, 10
I-21100 Varese
E-mail: albertomascetti43@gmail.com

Alfred Adler e il problema delle nevrosi di guerra

EGIDIO ERNESTO MARASCO

Summary – ALFRED ADLER AND THE PROBLEM OF WAR NEUROSES. The post-traumatic stress for the war, which already presents us with Homer in 'Iliad, have become an increasingly important social problem as the destructive power of war was boosted by the technical progress and involvement in the war an increasing number of countries. The medico-legal implications compensation, exemption and simulation of such forms morbid not easy to their study and animate the debates of military medical even during the first world war, when Adler intervenes to clarify the problem considering it from the point of view of its general psychodynamic theory: to treat these patients, they should be considered for the position that they have always taken towards life and how they chose their symptoms fixating on the forms of expression of their feelings of inferiority and psychic rewards of their.

Keywords: POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, HOLISM, ATE

ὥς καὶ ἐγὼν, ὅτεδ' αὐτεμέγας κορυθαίολος Ἴκτωρ
Ἀργείους ὀλέκεσκεν ἐπίπρυμνῆσιν ἐέσσιν,
οὐδὲν ἀμνηλεαθέσθ' Ἄτης, ἧ πρῶτον ἀάσθην.
ἀλλ' ἐπεὶ ἀσάμην καὶ μευφρένας ἐξέλετο Ζεὺς,
(Ἰλιάς, XIX, 134-137)

I. *Il problema delle nevrosi traumatiche prima della guerra mondiale 1914-1918*

Da quando Zeus, afferrandola per i suoi nitidi riccioli, ha scaraventato giù dall'Olimpo Ate, la dea della discordia cammina leggera sul capo degli uomini e, durante le guerre, li fa uscire di senno, come ha fatto con Agamennone durante l'assedio di Troia [17]. Da quando poi i progressi tecnici ed il coinvolgimento di più nazioni nelle guerre fanno sì che esse siano sempre più devastanti, il problema delle frenopatie da guerra è diventato un rilevante problema sociale e si impone un loro trattamento [14, 16]. Nel 1759, infatti, il maresciallo duca di Biron costituisce, per il suo reggimento, l'hôpital militaire Gros Caillou, dove le forme psichiatriche dei suoi militari venivano esclusivamente contenute dalle rigide regole disciplinari, che anche qui si applicavano, senza

altre particolari attenzioni per le specificità di queste forme morbose e del loro trattamento. Successivamente anche la Salpêtrière, di cui Tenon ha descritto le miserie, l'Hôtel de Dieu e l'Hôtel Royal des Invalides ospitarono ex militari frenopatici, anche perché la macchina della guerra diveniva sempre più uno strumento di morte e terrore che, come straziava i corpi, così era in grado di dilaniare le anime [6, 12].

Anche a Venezia, nel 1715, l'isola di San Servolo venne adibita a ospedale militare e, dieci anni dopo ospitò il primo malato di mente. Nelle limacciose acque della laguna riverberarono le deflagrazioni dei conflitti che volevano portare la luce del progresso e della rivoluzione al mondo e Napoleone, nel 1797, facendolo gestire da laici - anche perché si erano ormai estinte tutte le suore rientrate dai territori occupati dai Turchi - adibirono l'isola a ospedale militare e manicomio e qui, dal 1805 al 1814, si raccolsero i soldati dell'impero napoleonico bisognosi di cure. San Servolo, con l'Austria, divenne il manicomio centrale di Veneto, Dalmazia e Tirolo e questa ventata proveniente da tramontana, meno fredda della bora delle invasioni barbariche e dei dictat odierni dell'euro, fece comunque lentamente sprofondare nelle paludi lagunari, non più vivificate dalle sapienti deviazioni dei fiumi degli ingegneri veneziani, anche i resti di un impero commerciale, dei riti religiosi marciari e di una tradizione medica che non si potrà recuperare mai più. La stessa frenesia di distruggere per rinnovare delle Commissioni degli Ospizi di Gioacchino Murat si abbatté su tantissime altre gloriose istituzioni manicomiali come quella di Teramo, di Nocera, di Aversa.

Il problema per “gli scemi di guerra”, istituzionalizzati e non, a questo punto, era quello di distinguere fra chi era veramente affetto da frenopatia e chi simulava. L'ombra di questo pregiudizio ha così indotto insigni scienziati con cultura enciclopedica ed eccezionale sensibilità umana a non incasellare in una nosografia psichiatrica quanto da loro osservato sulle vittime di una catastrofe come quella del terremoto di Reggio e Messina del dicembre del 1908, anche se, comunque, danno perfette descrizioni dei disturbi e degli eventi stressanti che li hanno provocati.

Leonardo Bianchi dedica l'ultimo capitolo del suo trattato alle “nevropatie e psico-nevrosi traumatiche” distinguendo in esse: 1. lesioni dirette dei centri nervosi e dei nervi; 2. frenosi e allucinosi in cui colloca anche una nevrastenia con somatizzazioni, alterazioni caratteriali ed impulsività; 3. nevrosi traumatica in forma nevrastenica o isterofrenastenica. In quest'ultima, accanto alle azioni di un complesso psichico intuitivo che può non varcare il livello di coscienza, varcarlo fissandovisi o non fisandovisi, egli accosta sempre un altro “fattore determinativo”: l'indennizzo, evidenziato da Strümpell, assunto come elemento essenziale da Brissaud e collegato indissolubilmente al problema della simulazione da Morselli [5].

I “disturbi” osservati e non inquadrati nosograficamente da Leonardo Bianchi sui 110 feriti ospitati nel Manicomio, sui 20 accolti nella Clinica Psichiatrica e sui 300 profughi ospitati nel Nuovo Manicomio furono: «una specie di stupore, di immobilità

mentale con indifferenza per i danni patiti, e per le perdite subite di persone care, di oggetti, di valori. In molti era presente la preoccupazione della propria esistenza, l'ansia della vita scampata, raramente una lacrima per i figli, i genitori, i coniugi perduti; l'immanità terrorizzante del disastro aveva prodotto una specie di contrattura come un tetano dell'animo. Tutto questo si capisce: il terrore cataclismatico, che incutevano le furie distruttrici dell'universo, che si scatenarono su Reggio e Messina, paralizzarono ogni altra rappresentazione psichica, e però la forma di nevrosi traumatica testé descritta i miei assistenti ed io non trovammo in alcun caso. [...] Successivamente ebbi a constatare psicosi classiche in codesti profughi terrorizzati della Sicilia e della Calabria [...] Oltre lo spettacolo terrorizzante del disastro, bisogna tener conto della effettiva paura della morte, onde nessun altro complesso psichico si formava oltre quello di aver salva la vita» (5, pp. 736-737).

Altre analoghe osservazioni furono fatte negli ospedali psichiatrici di Messina e, da Abundo, a Catania oltre che a Girifalco e negli altri manicomi calabresi, ed anche in esse potremmo sicuramente trovare, per usare il linguaggio dei correnti manuali diagnostico statistici dei disturbi mentali, «il rivivere l'evento traumatico, l'attenuazione della responsività, o un ridotto coinvolgimento verso il mondo esterno, e una varietà di sintomi neurovegetativi, disforici o cognitivi» (2, p. 258). Da dopo Oppenheim [1], in tutta la trattatistica si sottolinea, anche con i termini nosografici stessi, la rilevanza dello Schrenck, del trauma, dell'injury, dello stress ed Ey, [8] parla così di “reazioni” nevrotiche acute, sottolineando che dà al termine “reazione il significato che ha in patologia generale. Anche Jaspers parla di “stati reattivi” per queste situazioni mentre, nell'Arieti, Abram Kardiner intitola il suo contributo sull'argomento: “Nevrosi traumatiche di guerra”[4].

II. *Il dibattito sulle nevrosi traumatiche di guerra durante il conflitto 1914-1918*

La, sia pur rapida, visione prospettica del problema illustra come ci fosse già una consolidata mentalità medico legale in quanti, alla deflagrazione del conflitto mondiale, dovettero prendersi cura delle persone con disturbi post-traumatici da stress e ciò spiega come persino le procedure che avrebbero dovuto essere terapeutiche, venissero applicate soprattutto per smascherare i simulatori. Adler, già nel 1916, prende una netta posizione contro queste pratiche “offensive dell'umana dignità”. Accanto al problema delle simulazioni, i neuropsichiatri del tempo dovevano valutare problemi pensionistici e di idoneità a stare in prima linea, di idoneità alla vita militare, di idoneità al lavoro e la terapia stessa, in periodo di guerra, non poteva trascurare che il paziente doveva essere reso idoneo a quel servizio svolto nell'interesse della comunità e non solo, come in periodo di pace, al tipo di vita che il paziente si è scelto. L'armamentario terapeutico illustrato nella rassegna bibliografica di Adler [1] è molto modesto e va dall'ipnosi e dalla suggestione all'inasprimento della disciplina militare, dalle faradizzazioni ai bagni gelati.

Non mancano riferimenti patogenetici che vengono vagliati con cura, così Adler re-

spinge decisamente le predisposizioni su base costituzionale di Stertz. Cita quanti riportano la forma morbosa ad alterazioni organiche, alle quali - come dimostra la sopra riportata citazione di Bianchi - si dava allora molta attenzione, mentre sottolinea la posizione di Lewandowsky secondo cui la malattia metterebbe al sicuro il paziente ma, a sua volta, per Mohr e Quensel, potrebbe scatenare delle depressioni essendo in conflitto con il sentimento del dovere. Per Oppenheim la nevrosi dipende dal trauma mentre, per Kraus, è essenziale per la sua insorgenza un' inferiorità d'organo. Sauer e Frank considerano valida l'ipotesi di Breuer e Freud che le nevrosi dipendano da emozioni represses. Sauer tuttavia, come Wexberg, non condivide la posizione di Freud - in vero non ancora assunta - di un'etiologia sessuale delle nevrosi di guerra. Adler cita i concetti di Dubois di conversione e di fissazione e chiude la sua rassegna citando l'orientamento finalistico di ogni attività psicologica di Straßer.

III. *Approccio dinamico psicoanalitico*

Freud, di 14 anni più anziano di Adler, non fu direttamente coinvolto nel curare nevrosi di guerra, ma si interessò del problema e, se le organizzazioni statali non fossero crollate e la situazione non si fosse rovesciata «violentemente ponendo fine alla guerra e all'influenza degli uffici amministrativi che erano stati fino a quel momento onnipotenti» (10, p. 175), avrebbe allestito dei centri per trattare simili patologie.

Il suo coinvolgimento in queste problematiche fu quasi occasionale. Il neuropsichiatra socialista ed ebreo Ernst Simmel - che poi rivaluterà nel 1944 le sue esperienze [15] - all'epoca non psicoanalista né analizzato, sottoponeva i nevrotici di guerra a un trattamento catartico, simile a quello del primo periodo della psicoanalisi e aveva illustrato il metodo in un suo opuscolo [20]. Questo scritto, insieme a delle relazioni di Ferenczi e Abraham, venne presentato al V Congresso Internazionale di Psicoanalisi di Budapest del settembre 1918 e poi, unito a una relazione tenuta da Jones a Londra, formò il primo volume delle Edizioni Psicoanalitiche Internazionali [9].

Nell'introduzione al volume, sintetizzando i contributi, Freud sottolinea l'origine psicogena dei sintomi, l'importanza dei moti pulsionali inconsci e della funzione del tor-naconto della malattia ai fini della risoluzione dei conflitti, come quello, sottolineato da Abraham, tra il vecchio Io pacifico e il nuovo Io del soldato. Ma, concordando con Jones sul fatto che, per queste patologie, non è ancora dimostrato che le forze motrici dei sintomi siano di natura sessuale, non conferma gli altri punti della linea interpretativa dinamica di Abraham secondo cui, nel normale, la vita militare e la guerra inducono alla rinuncia di tutti i privilegi narcisistici mentre, nel soggetto predisposto alla nevrosi, la libido si limiterebbe a fissarsi allo stadio narcisistico, in cui si è immortali e invulnerabili, sino a che il trauma fa sì che la sicurezza del narcisismo ceda il passo a un "sentimento di impotenza" e alla conseguente nevrosi. Per Abraham, inoltre, l'amore transferale poteva essere accostato alla capacità di sacrificarsi per la comunità [9].

Ritornando sull'argomento nella sua relazione per la commissione d'inchiesta sul trattamento con faradizzazioni, Freud ribadisce che gli impulsi affettivi, che si ribellano al servizio militare per garantire sicurezza all'individuo, restano inconsci per la maggior forza di motivazioni come ambizione, autostima, obbedienza, emulazione e patriottismo [10].

Nel 1947 Lacan [13] sottolineerà come concetti di Freud, come quello di identificazione, abbiano trasformato i problemi gerarchici e morali militari, prima monopolio di quelle autorità, in problemi psicodinamici, che non possono essere trascurati ai fini della psicoprofilassi, specie in periodo di guerra.

Molti dei temi dibattuti in sede di congresso psicoanalitico nel 1918 fanno eco a concetti che caratterizzano il pensiero adleriano, come quelli di tendenza alla sicurezza e di aspirazione ad affermare il proprio valore mentre, con "patriottismo", entra fra i temi da dibattere anche il sentimento sociale.

IV. L'innovativo punto di vista adleriano

Adler nel 1916, coll'inasprirsi della situazione bellica, anche se già esonerato dal servizio per età, venne richiamato e, dopo breve permanenza all'ospedale militare di Semmering, venne destinato al reparto neuropsichiatrico dell'ospedale di guarnigione di Cracovia. Le maliziose illazioni sul trasferimento di un medico militare richiamato, che non aveva alcun grado nell'esercito, in una sede così qualificata e prestigiosa [7] vengono subito accantonate se si considera il grande interesse che può aver suscitato nelle autorità militari il rivoluzionario approccio di Adler al drammatico problema delle nevrosi di guerra. Egli, infatti, l'aveva già applicato nella sua attività di medico-militare e di medico-legale e l'aveva illustrato in conferenze di cui il testo, che riproduciamo in questo numero della Rivista, è un esempio.

La rilevanza di forme morbose psichiatriche, specie post-traumatiche, era enorme e anche in Italia più di 20000 soldati furono ricoverati in ospedali psichiatrici [19], come il San Giacomo di Tomba, a Verona, o il San Artemio di Treviso. Ma molti di questi malati venivano ricoverati in ospedali generali, come quello dove prestava servizio padre Gemelli o come l'Ospedale da campo 057 di Cervignano, diretto dal maggiore Saverio Marasco.

Adler affrontava un problema così grave e diffuso in modo assolutamente innovativo [1]. La nevrosi di guerra veniva da lui considerata una malattia di posizione, perché dipendeva dalla posizione che il paziente aveva deciso di assumere nei confronti dei problemi della vita.

Quest'approccio olistico implicava una perfetta conoscenza del malato da parte di chi si prendeva cura di lui perché sapere quale fosse la posizione che il paziente aveva as-

sunto nei confronti della vita e della società implicava conoscere anche tutte le tappe preliminari, il training e gli arrangements che hanno portato a essa.

Le stesse tappe preliminari, lo stesso training e gli stessi arrangements sono richiesti per la formazione dei sintomi nevrotici che, anche nel periodo di latenza che precede la loro comparsa, possono essere seguiti e anticipati nei sogni.

Il sintomo si può servire, per configurarsi, di una preesistente malattia organica, si sviluppa su un organo inferiore o si manifesta con modalità vicine a quelle normali, siano esse subitanee reazioni emotive o condizioni permanenti come tremori, balbuzie ecc.

È comunque il carattere nevrotico il responsabile sia di queste fissazioni che della labilità dei sintomi, perché è come se il paziente si immedesimasse in essi per meglio raggiungere i suoi scopi.

L'affermazione di Adler che «il sintomo si sviluppa in un organo inferiore», ovviamente, è un'estrema semplificazione, una maniera di «dirla in parole povere» e, se ci si ferma a questo enunciato, come frettolosamente - e malauguratamente - ha fatto anche Adler stesso con Popper nel 1919 [18], si banalizza una complessa teoria che è applicabile, invece, solamente quando, con un attento esame del paziente, si è scoperto in quali particolari rappresentazioni psichiche di inferiorità o, meglio, dei sentimenti di inferiorità, di debolezza, di inadeguatezza, di impotenza, di colpa (per misfatti veri o presunti, propri e altrui), si concretizzano le forme dei loro complessi processi psicodinamici e le forme degli altrettanto complessi processi psicodinamici del loro compenso. Tali rappresentazioni e tali processi, anche se obbediscono a comuni leggi di dinamica psichica, variano, infatti, da soggetto a soggetto, come variano gli individui che, allo stesso modo, sono il risultato dell'infinitamente vario modo di combinarsi di un unico semplice sistema di informazioni genetiche o come variano, da individuo a individuo, i sentimenti prodotti da esperienze identiche e comuni a ogni essere umano. Solo l'approfondita conoscenza di ogni uomo e solo l'accertata corrispondenza di ogni sua posizione e di ogni sua azione alla sua coerente e congruente personalità, permettono di ripercorrere le linee direttive del vivere di una persona e delle sue dinamiche psichiche.

L'immediata ricaduta pratica del punto di vista adleriano è che il presupposto di ogni terapia debba essere la possibilità di poter effettuare realmente una tale analisi istituendo col paziente un rapporto continuativo e bandendo quegli interventi occasionali di pur qualificati operatori che, invece, ancor oggi vengono messi in atto in periodo di calamità e che finiscono col dare solo la banale solidarietà di una pacca sulla spalla o il grottesco conforto della benda messa sugli occhi e della benedizione impartita al momento di un'esecuzione capitale.

Il continuativo rapporto con gli stessi operatori e la conseguente coerente raffigura-

zione delle dinamiche psichiche del soggetto mette al sicuro, oltretutto, da qualsiasi possibilità di simulazione perché, nel simulatore, malattia e sintomi simulati saranno difforni da esse.

Scoprendo, infine, realmente la persona debole che c'è sotto ogni nevrosi, non si risolveranno solo i conflitti fra doveri verso la Patria e l'espressione dell'individualità del soggetto, ma si potrà garantire il benessere dei singoli e di tutta la società perché, avendo individuato errori e carenze delle linee guida nevrotiche del carattere, che esistono sin dall'infanzia, sarà possibile mettere in atto una psicoterapia pedagogica (erzierische Psychotherapie).

Se si tiene conto di cosa possa aver visto Adler nelle cliniche pediatriche di Vienna, che frequentava in quel periodo e che erano affollate da orfani e bambini sofferenti in cui sapeva far rispuntare il sorriso [7], si capisce ulteriormente l'evoluzione dei suoi interessi dal campo della psichiatria a quello della pedagogia terapeutica.

Il rivoluzionario messaggio della sua teoria psicodinamica sicuramente era stato colto dalle autorità militari dell'Impero, come poi sarà recepito anche dai governi della Repubblica Austriaca, da cui Freud prende, invece, un sussiegoso nobile distacco. Non basterà la rivoluzione adleriana, però, a risolvere ogni problema perché, come dice Agamennone, che indirettamente ha causato la morte di Patroclo, perché Achille, defraudato della dolce Briseide, si era ritirato dai combattimenti e aveva lasciato che l'amico prendesse il suo posto:

«... Un dio ogni cosa conduce a suo fine.

Ate, la figlia maggiore di Zeus, è lei che acceca
tutti funesta: ha lievi i piedi, perché non per terra
s'aggira, sebbene essa avanza sopra la testa degli uomini
e ad essi sconvolge la mente, uno almeno su due avvincendo.

Perfino Zeus accecò una volta, che, pure si dice
sia il migliore dei numi e degli uomini;

[...] Così anch'io, quando poi il grand'Ettore elmo-ondeggiante
sterminava gli Argivi accanto ai nostri navigli,
mai d'Ate potevo scordarmi, da cui ero stato accecato,
ma poiché io sbagliai e Zeus a me tolse la mente,
or voglio farne ammenda...» (17: Canto XIX: 90-96; 134-138)

e, con l'aiuto di Adler, come Zeus
afferrare per il capo dai nitidi riccioli Ate.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1918), Die neuen Gesichtspunkte, in *Der Frageder, Kriegsneurose, Medizinische Klinik*, 14: 66-70.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980), *DSM-III, Diagnostic and statistical manual*, tr. it. *DSM-III, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1984.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2000), *DSM-IV-TR, Diagnostic and statistical manual*, tr. it. *DSM-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 2001.
4. ARIETI, S. (a cura di, 1959-1966), *American Handbook of Psychiatry*, tr. it. *Manuale di psichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino 1969.
5. BIANCHI, L. (1905), *Trattato di psichiatria*, II ed., Pasquale, Napoli 1924.
6. CIRINCIONE, A., MORENO, M. (1961), *Psichiatria militare*, Bianco, Roma.
7. ELLENBERGER, H. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, Basic Books, New York.
8. EY, H., BERNARD, P., BRISSET, C. H. (1973), *Manuel de psychiatrie*, tr. it. *Manuale di psichiatria*, V° ed., Masson, Milano 1979.
9. FREUD, S. (1919), Einleitung, in FERENCZI, S., ABRAHAM, K., SIMMEL, E., JONES, E. (1919), *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien.
10. FREUD, S. (1920), Gutachten über die elektrische Behandlung der Kriegsneurotiker, tr. it. Promemoria sul trattamento elettrico dei nevrotici di Guerra, in *Opere*, vol. IX, Bollati Boringhieri, Torino 1977.
11. JASPERS, K. (1913), *Algemeine Psychopathologie*, tr. it. *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1964.
12. JUILLET, P., MOUTIN, P. (1969), *Psychiatrie militaire*, Masson, Paris.
13. LACAN, J. (1947), La psychiatrie anglaise et la guerre, *Evolutt. Psychiat.*, 1: 293-318.
14. MARASCO, E. E. (1967), *Problemi medico legali del reato in ambiente militare*, Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Padova.
15. MIROUZE, R. (1967), Névrose «actuelles». Neurasthénie, névrose d'angoisse, hypocondrienévrotique, névrose traumatiques, in *Encycl. Méd.-chir., Psychiatrie*, vol. 2, 27330 A 10.
16. MORETTI, M. (1963), *Codice penale militare commentato*, Ceschina, Milano.
17. OMERO, Ἰλιάς, tr. it. *Iliade*, Newton Compton, Roma 1997.
18. POPPER, K. (1962), *Conjectures and Refutations*, tr. it. *Congetture e confutazioni*, Fabbri, Milano 2001.
19. SCARTABELLATI, A. (a cura di, 2008), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza e destino di matti e psichiatri nella grande guerra*, Marco Valerio Edizioni, Torino.
20. SIMMEL, E. (1918), *Kriegsneurosen und "Psychisches Trauma"*, Nernich, München-Leipzig.

Egidio Ernesto Marasco
Via Santa Maria Valle, 7
I-20123 Milano
E-mail: egidiomarasco@yahoo.it

Nuovi punti di vista sul problema delle nevrosi di guerra*

ALFRED ADLER

(traduzione e cura di Egidio Ernesto Marasco)

Summary – NEW ASPECTS ON WAR NEUROSIS. At the end of the First World War neurologists and psychiatrists felt the need of a close comparison of their positions on the war neurosis. Adler takes part in this debate and, by introducing the concepts of his psychopathology dynamics, considering the war neurose “disease of location”, always in line with the position that the patients faced with all the problems of life with immediate repercussions on the practical problems of the treatment of these patients.

Keywords: POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, HOLISM

I. Il problema delle nevrosi di guerra

La letteratura sulle nevrosi di guerra a nostra disposizione, abbastanza frequentemente ed espressamente, mette in rilievo che essa ha ben poco cambiato le concezioni neurologiche del tempo di pace. È sotto gli occhi di tutti che si tratta, per così dire, di “materiale” identico, le etiologie sono simili, uguale è il decorso delle forme morbose in cui si presentano gli stessi problemi. Solo per ciò che concerne la terapia si possono notare delle differenze che, tuttavia, non fanno altro che riflettere le necessità imposte dalla situazione bellica e militare**.

Elencando coincidenze e diversità, c'è un altro significativo aspetto che deve essere preso in considerazione e che oggi complica non poco le ricerche neurologiche. Il trattamento delle nevrosi nella popolazione civile in tempo di pace ha anche altre finalità che sono tanto ovvie quanto non menzionate: i pazienti devono essere liberati dalla loro malattia o, quanto meno, dai suoi sintomi, in modo che possano riassumere l'atteggiamento di fronte alla vita (*Lebenshaltung*) che essi avevano scelto.

* ADLER, A. (1918), Die neuen Gesichtspunkte in Frage der Krieg Neurose, *Medizinische Klinik*, 14: 66-67. Il lavoro, poi (1920) riportato anche in *Praxis und Theorie der Individual Psychologie*, è ancora inedito in Italia. La revisione critica della letteratura in esso contenuta conclude il capitolo, mentre noi la poniamo come § II, dopo l'esposizione generale del problema. Anche la divisione in paragrafi è nostra (n. d. t.).

** Il semplice status militare, dove anche in tempo di pace vigono particolari leggi e regolamenti, è un fattore in grado di scatenare la comparsa e l'esacerbazione di forme psichiatriche. MARASCO, E. E. (1967), *Problemi medico legali del reato in ambiente militare*, Tesi di laurea in Medicina e chirurgia, Università degli studi di Padova (n. d. t.).

È ovvia, invece, quale debba essere la finalità della neurologia militare, che non deve solo reintegrare il malato in quanto egli aveva disposto per se stesso, ma deve renderlo di nuovo idoneo al servizio che sta svolgendo per «la comunità» (Allgemeinheit). Ne deriva che tanto l'obiettività di una valutazione scientifica che le finalità della terapia medica, debbano tener conto anche di questa necessità. In quest'ottica è davvero molto problematico essere obiettivi perché, generalmente, prendiamo in considerazione i sintomi in modo unilaterale, perché siamo obbligati a chiederci *come si comportino i nevrotici in una situazione che venga loro imposta**.

Le informazioni raccolte prima del periodo bellico sono sufficienti per comprendere meglio questo particolare problema. Quasi tutti i medici hanno sufficiente familiarità con i risultati delle varie forme di terapia basate sulla suggestione nel trattamento di sintomi particolarmente fastidiosi. Sfortunatamente questi medici restavano invischianti nella convinzione – confermata da comunicazioni verbali e scritte – che il successo di questi trattamenti fosse definitivo mentre, invece, il paziente era stato solamente preso in cura da un altro medico per gli stessi o per nuovi sintomi. Circa i risultati, ricordiamo che lo scopo di una terapia non è quello di controllare i sintomi avvertiti dal paziente, ma è quello di migliorare, nel loro complesso e in modo durevole, le sue prestazioni.

Per esempio: uno studente di legge, proprio prima di un esame, lamenta insonnia, stanchezza, smemoratezza e cefalea. Non solo dovrà essere messo in condizione di sostenere l'esame dopo otto giorni, ma bisogna anche cercare di ottenere ogni miglioramento possibile. Casi di questo genere non sono rari mentre, sicuramente, ce ne sono altri in cui, con intimidazioni o con qualsiasi altro trattamento medico (metodi per stare svegli, ipnosi, bagni in acqua fredda, elettroterapie o medicinali) il paziente viene comunque portato a sostenere gli esami.

È anche vero che, per una non trascurabile parte di nevrotici, il solo consultare il medico, ma anche il semplice chiedere aiuto a qualcun altro, è già sufficiente per far migliorare le sue condizioni**. Non ci sono argomenti per cui tali casi, qualunque sia la natura dei sintomi, debbano essere considerati non seri e, probabilmente, ai limiti della normalità, anche perché abbiamo incontrato dei casi che hanno avuto esito ben diverso. Alcuni studenti si preoccupano enormemente per i loro esami e soffrono di incapacità a concentrarsi. In un gran numero di pazienti i sintomi peggiorano, alcuni soffrono al punto che devono cambiare indirizzo scolastico e la loro condizione sfocia in gravi forme di nevrosi e persino nel suicidio. In non pochi di questi casi gravi l'evoluzione negativa veniva attribuita al trattamento seguito e, in genere, questo punto di vista veniva suffragato dal medico che successivamente prendeva in cura il paziente.

* ADLER, A. (1918), *Die andere Seite: eine massenpsychologische Studie über die Schuld des Volkes*, Leopold Heidrich, Wien.

** In circa la metà dei "nevrotici" consultare il medico porta ad un miglioramento o, quantomeno, al proposito di superare i sintomi che lo disturbano o che non gli servono più. Nel 50% di queste "guarigioni" tutte le varianti nevrotiche però continuano a fiorire.

Ricordo che, in uno dei casi da me descritti***il marito riuscì a rimuovere nella moglie la fobia di viaggiare in carrozza ad alta velocità proprio spronando i cavalli ad andare più veloci. Cosa questa che oggi chiameremmo «controschoc». Ma nessuno affermerebbe che questo o simili casi possano essere considerati guariti.

Ritornando alla neurologia di guerra, non appena spariscono i sintomi si interrompe ogni trattamento sui pazienti che vengono rispediti al fronte, cosa questa che rende ancor più complicata la posizione dei nevrotici di guerra. Infatti, contrariamente alle cure eseguite in tempo di pace, in cui il medico tiene conto solo della piena efficienza del paziente e può contare sulla sua piena collaborazione, in periodo bellico, la fine delle cure rappresenta anche una vera e propria dichiarazione di idoneità alla guerra ed il paziente deve di nuovo affrontare tutti i suoi doveri di soldato, anche se tali doveri possono essere in po' alleggeriti, perché il nevrotico, sulla base delle nuove importanti decisioni prese in conseguenza del suo trattamento, verrà destinato al fronte o alle retrovie. Tutti gli Autori giustamente enfatizzano il significato dell'«atmosfera» che si respira nella camera di degenza del malato. Ma quest'atmosfera non è che il risultato di ciò che il malato sente su quali saranno i risultati del trattamento fornito ed implica centinaia di fattori fra cui vanno comprese le più o meno giustificate congetture sull'utilità del trattamento e su cosa il futuro riservi per l'individuo quando il trattamento finisca.

Per il problema della richiesta di una pensione, si deve considerare che, anche quando tutto avviene come se l'indennizzo fosse l'unica meta auspicabile sempre tenuta presente dal nevrotico, può non trattarsi di una nevrosi da indennizzo perché, per il nevrotico di guerra, la pensione ha il valore di una decorazione. È vero che, in aggiunta, fornisce un vantaggio economico, ma una pensione di guerra documenta la legittimità della sua infermità una volta tornato a casa dopo il servizio militare e può essere usata contro ogni tentativo di nuovi arruolamenti per altri obblighi militari.

Ogni neurologo ha familiarità con il tono ipercritico che i nevrotici titolari di una pensione riservano ad ogni proposta di rivalutare la legittimità dei loro certificati di invalidità perché, al di là di qualsiasi possibile comprensione logica, l'idea stessa di «pensione» è molto più importante della paura, del pericolo, della nostalgia di casa e del tornaconto personale. Così – proprio come è vero per i casi di nevrosi in tempo di pace – ad ogni passo del medico, il paziente contrappone argomentazioni che possano smentirlo.

II. *I più recenti contributi sul problema delle nevrosi di guerra*

Prendendo in considerazione i lavori pubblicati negli ultimi due anni, devono essere fatti alcuni commenti ed alcune osservazioni, ma si possono trarre anche alcune ispirazioni.

***ADLER, A. (1914), Zur Kinder psychologie und neurosen forschung, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 27: 511-516, poi capitolo VI di *Praxis und Theorie der Individual Psychologie*. (n. d. t.).

Scanz [24] scrive che ritiene che il punto di partenza per i tremori sia una deficienza vertebrale segmentaria, ma per Blencke [3] anche se tale deficienza persistesse, non contribuirebbe che in maniera indiretta ai tremori mentre sarebbe ancor più verosimile che siano i dolori «nevrastenici» a poter essere spiegati sulla base di queste deficienze. Spesso c'è un nervo cutaneo in corrispondenza della sede del dolore. Tali reperti, accompagnati da modesta scoliosi o cifoscoliosi mettono al sicuro la diagnosi dalla possibilità di essere inquinata da simulazioni. Andernach ottenne regolarmente dei successi con la suggestione verbale seguita da trattamento con spazzola faradica*. Egli insiste tuttavia sul fatto che fosse necessario creare un'atmosfera favorevole. Similmente Rottmann, suffragato da Josef e Mann, tratta lo sconvolgimento mentale dei pazienti con finte operazioni eseguite in narcosi ed applicando pomposi bendaggi. Kalmus e Meyer sono favorevoli al metodo Kaufmann, *che di recente è stato notevolmente modificato*: uno stadio di preparazione con suggestioni verbali è seguito, dopo qualche giorno, da una faradizzazione con correnti solo di media intensità inframmezzata da esercizi in stile militaresco. Meyer tende a escludere dalle sue terapie sperimentali gli psicopatici di tipo nevrastenico e quegli isterici che, durante gli attacchi e per i fenomeni psichici che li accompagnano, sembrano casi più gravi. In ogni modo il tipo di terapia è meno importante del medico. La simulazione, pertanto, non deve far reagire il medico in modo troppo irascibile. La faradizzazione, che porta sempre a esacerbazioni nelle costituzioni psicopatiche, deve essere proscritta.

Liebermeister [13] sembra aver arrecato importanti contributi ma, dal momento che il suo metodo non è stato applicato al di fuori della Germania, io posso solo prendere in considerazione le pubblicazioni relative a questo trattamento. Da queste ho colto che l'Autore sembra voler supportare la terapia corrispondendo, in caso di suo fallimento, l'indennizzo pensionistico.

Anche Adler [1] è arrivato alla stessa conclusione. Egli ha inoltre sottolineato l'importanza del metodo individual psicologico, ovvero di una psicoterapia pedagogica (erzieherischen Psychotherapie), quando le linee guida nevrotiche del carattere, che esistono sin dall'infanzia, si rivelano carenti o erronee. Evitando qualsiasi schematismo preconstituito, in ultima analisi, si può trovare come il nevrotico si ritiri istintivamente di fronte a tutte le esigenze della vita per un sentimento soggettivo di debolezza (subjektiven Gefühl der Schwäche) e di come cerchi la *sicurezza* di fronte ai reali pericoli, che ingigantisce, creando inesistenti situazioni minacciose. In questo modo la nevrosi diventa un mezzo per evitare le difficoltà. La prognosi diventa tanto più favorevole per il paziente, quanto più si scoprono indizi del suo saper «prendere parte al gioco» attivamente nei suoi primissimi anni di vita, dei suoi progressi a scuola,

* La faradizzazione, l'applicazione cioè della corrente elettrica che Faraday aveva scoperto essere prodotta in conduttori metallici sotto l'influenza di correnti elettriche o di calamiti potenti, è cosa ben diversa dall'elettroshock che, invece, è un metodo curativo basato sulla provocazione di convulsioni epilettiche mediante passaggio di corrente alternata attraverso la massa cerebrale. Questa pratica, iniziata da Cerletti nel 1938, ha avuto grande popolarità dal dopo guerra sino all'inizio degli anni sessanta, venendo impiegata specie nelle depressioni. Adler, condannandola, qui parla ovviamente della prima e sempre a essa si riferisce anche citando trattamenti elettrici che non meglio specifica. (n. d. t.).

dell'essere stato capace di instaurare e mantenere amicizie, di avere una vita amorosa, un adeguato matrimonio, figli, lavoro, etc. Il nevrotico rivela sempre la tendenza ad aggrapparsi alla «rassicurante» piccola cerchia familiare. Il sintomo e il tentativo di fissazione del sintomo, infatti, sono dominati dalla meta di garantire sicurezza per il futuro. Così non è difficile distinguere una simulazione da una nevrosi. Nella sua lettura anche Adler si pronuncia contro il trattamento con forti correnti elettriche e conclude con l'ammonimento: «Bisogna evitare ogni metodo che offenda l'umana dignità!».

Lewandowsky fa delle osservazioni molto simili: «I malati diventano nevrotici per conquistare sicurezza. In qualche caso uno spirito innato di insubordinazione – un non volersi piegare – gioca un ruolo significativo. [...] La vera causa di malattia non sta nel passato, non sta in nessun tipo di trauma, ma nel futuro che i malati non vogliono affrontare. [...]

La malattia *assicura* la realizzazione del proprio volere che consiste nello sfuggire a ogni pericolo» (12). Lewandowsky puntualizza il pericolo che è insito nel mettere insieme dei nevrotici per la possibilità di vicendevole contagio. Egli considera problematico anche trattare questi pazienti a domicilio perché poi potrebbero voler continuare a restarci, ma non ci dice cosa debba essere fatto contro il desiderio di andare a casa. L'Autore correttamente afferma che un paziente guarito diviene un fattore di guarigione per gli altri. Io stesso ricordo un caso in cui l'infermiera riuscì a far star meglio un paziente semplicemente raccontando come altri pazienti fossero stati già guariti. È possibile che Lewandowsky abbia un maggior credito nei ranghi militari per il buon esito dei suoi trattamenti. La sua cura consiste nell'aggravare la situazione in ogni suo aspetto. A complemento di ciò egli usa inoltre la suggestione e una faradizzazione, che differisce dal metodo Kaufmann, e l'ipnosi.

Meyer [15] considera accettabile ogni metodo, purché in esso si creda e lo si applichi accuratamente. Raether [21] descrive come egli applichi il metodo Kaufmann: una sorta di trattamento psicoterapeutico preliminare è seguito da applicazioni di corrente faradica in un'unica seduta e da trattamenti correlati. La terapia ha un 97 % di successi in cui i pazienti sono di nuovo in grado di guadagnarsi lo stipendio con il loro lavoro civile.

Mann [14] precisa che lui, già nel 1911, aveva trattato dei pazienti con suggestioni verbali seguite da applicazioni di corrente faradica. Vorremmo citare poi Naegelis [18] che osserva che più di un paziente riacquista la sua efficienza con il lavoro, per cui la cura consiste soltanto nell'offrirlglielo. Egli prese una ferma posizione contro Oppenheim e negò, come molti altri Autori del resto, l'esistenza di una «nevrosi traumatica».

Trömner [31] ha dimostrato l'esistenza di una forma di pseudosclerodermia della nevrosi traumatica (Oppenheim), che egli attribuisce a paresi isteriche con turbe neu-

rotrofiche e ferite al dorso della mano che hanno richiesto bendaggi per due mesi*. Lo stesso autore ha descritto una «monoestesia bilaterale» in cui le due punte di un compasso, molto ben separate l'una dall'altra, venivano applicate sulla pelle venendo percepite come un unico contatto. Egli vedeva in ciò una chiara prova dell'esistenza di un deficit isterico dell'attenzione.

Leußer [11] ha discusso un caso di tachicardia parossistica osservato in quattro generazioni. Heinze [5] ha descritto i successi ottenuti con il trattamento ipnotico nell'isteria, esito di esperienze di combattimento. Ottenne un successo nell'86 % dei casi e, anche simulando un'ipnosi, egli ottenne comunque dei successi, ma nessuno di tali pazienti stava bene sino al punto di poter risolvere completamente le proprie mansioni e solo una piccola percentuale di questi pazienti, i cui sintomi erano guariti, poté portare a termine il suo servizio militare. L'Autore considerava le malattie nevrotiche di guerra come reazioni transitorie che insorgono sul terreno di un'inferiorità psicopatica.

Minkowski [16] ha riferito di un caso in cui una finta operazione era stata compiuta da Israel trent'anni prima. La guarigione perdurò sino a quando il paziente non apprese la verità. A questo proposito Bumke ricorda come la struttura psichica sia estremamente complicata, ma la stessa affermazione può essere fatta anche per l'ipnosi: un certo numero di pazienti sono refrattari, altri utilizzano l'ipnosi come una linea di ritirata e poi ve ne sono altri che sono così felici con la loro cura che non si può presumere da parte loro neppure «l'ombra di un desiderio» [di guarigione]. La loro esperienza, infatti, li ha già portati a concludere che non potrà essere loro assegnata una pensione, ma che non potranno comunque neppure essere considerati idonei al servizio militare. Finte operazioni e alcuni altri metodi di terapia vengono rigettati dal personale medico che non è stato formato per ricorrere alla forza, alle punizioni e alle frodi.

Kraus [10] sembra voler evitare di entrare nel merito della natura della nevrosi, dove i sintomi diventano dei mezzi, quando afferma che la nevrastenia non è monopolio della neurologia. Le sue congetture sembrano indicare che non gli interessino i prerequisiti costituzionali e che l'inferiorità d'organo sia essenziale per la nevrosi.

Mohr [17] vede il nocciolo della depressione in un conflitto fra sentimento del dovere e il desiderio di evitare situazioni spiacevoli, che si vede nelle persone coscienti e scrupolose (anche se ci sarebbe bisogno di aggiungere che si tratta di «coscienziosità asociale»).

La guarigione si può avere soltanto influenzando psicologicamente il paziente. Per il trattamento sono necessarie piccole case alloggio lontano dalla residenza del pazien-

* Non sorprende che padre Gemelli, medico militare durante la prima guerra mondiale e ottimo conoscitore della letteratura medica tedesca in generale e di quella psicologica adleriana in particolare, dovendo giudicare le alterazioni neurotrofiche al dorso delle mani dell'ex soldato Padre Pio, abbia preso in considerazione solo isteria e simulazione (n. d. t.).

te, con venti o trenta pazienti affidati alle cure di un unico medico che, in assenza di altri trattamenti, intraprenda una psicoterapia che renda il paziente padrone dei suoi sintomi.

Weichbrodt [32] sottolinea che la malattia spesso insorge a distanza dal trauma. Occasionalmente appare dopo la ripetizione del trauma stesso o in previsione di esso, come avviene per i soldati che non hanno ancora avuto il loro battesimo del fuoco. L'Autore non entra nel merito del problema se i pazienti debbano essere curati al fronte o a casa. Descrive il metodo Rothmann, che consiste nella semplice stabilizzazione nella mente del paziente dell'idea di star bene. E sembra che per questo metodo sia richiesta la narcosi. L'Autore trova valido anche il metodo Kaufmann e, parlando dell'ipnosi, ritiene che anche la personalità delle suore in servizio presso gli ospedali sia un fattore determinante della terapia. Il suo metodo consiste semplicemente in un bagno della durata di 24 ore che può essere protratto sino a 40 ore. L'efficacia è aumentata se il bagno viene praticato in una piscina chiusa e con acqua mossa. Il successo viene raggiunto solo nei disturbi nevrotici e non nell'isteria. Al paziente non è consentito abbandonare la cura, né effettuare delle pause. Pochi pazienti ridivengono idonei ad assolvere i loro doveri militari, ma tutti sono capaci di affrontare nuovamente le loro normali occupazioni. Il metodo sostiene che debbano essere negate le pensioni. Non è raccomandabile per gli ufficiali.

Alt [2] sostiene che le nevrosi debbano essere trattate lontano dal fronte, nelle retrovie. Nella sua casistica sembra che il 75 % dei pazienti, dopo il trattamento, sia di nuovo in grado di far fronte ai suoi doveri di presidio.

Quensel [20] sostiene che nelle varie nevrosi una vera malattia si combina con la reazione a circostanze esterne. Jolly [8] riportava che le documentazioni sulle nevrosi di guerra facevano vedere che l'1-3 % dei pazienti tornava ad essere idoneo ad adempiere ai suoi doveri militari.

L'Autore dava molto peso alla terapia del lavoro, svalutava l'importanza dell'ipnosi e considerava efficaci i trattamenti elettrici con deboli correnti e associati a esercizi fisici. «Quello che importa non sono le condizioni di queste persone quando vengono dimesse dall'ospedale, ma cosa capita loro successivamente» e la sua ricerca mostra che, su 41 pazienti sofferenti di isteria, 30 non furono dichiarati idonei ad affrontare di nuovo i loro obblighi militari (d. u.), mentre solo 3 ritornarono al fronte, 5 furono dichiarati g. h. [idonei al servizio nelle retrovie] ed altri 3 a v. [idonei per il lavoro civile].

In 23 casi di nevrastenia, uno soltanto ritornò al fronte, 15 furono comunque dichiarati g. d. f. [idonei alla vita militare] e 3 a. v. [idonei per il lavoro civile]. Dei 14 pazienti con deboli disturbi nevrotici 5 tornarono al fronte e 9 furono dichiarati g. d. f. [idonei alla vita militare].

In un terzo dei casi di isteria il livello d'intelligenza dei pazienti variava tra una lieve debolezza mentale e l'imbecillità. L'Autore fa un'importante osservazione di cui, però, poi non tiene conto: nella sua casistica c'è un rilevante numero di *manovali senza*

alcuna specializzazione. L'enorme massa di documentazione presente all'ospedale di Cracovia rispecchia gli stessi risultati. Tutto ciò indica che i casi franchi di nevrosi di guerra sono di raro riscontro tra gli ufficiali. Cosa che indica una fondamentale verità che può far meglio capire le nevrosi ribadendo il fatto che *chi è affetto da nevrosi, per sua natura, esita e temporeggia, scoraggiato e abbattuto di fronte ai doveri sociali.*

Kehrer [9] non esclude che un giorno si sarà in grado di trattare almeno una minima percentuale di nevrosi di guerra, curandola a sufficienza per poter tornare al fronte, ma è necessario tuttavia compiere i più grandi sforzi per recuperare ogni persona al suo lavoro abituale dietro le linee. Il suo metodo comporta l'impiego di vari mezzi per *aggravare la situazione del paziente.* Fra questi figurano restrizioni alimentari, diete a base solo di latte ed «esercizi fisici obbligati eseguiti compiendo sforzi spasmodici». L'Autore mette in guardia contro ogni abuso di corrente faradica per mano di non specialisti e si dichiara insoddisfatto di quelle psicoterapie che non tentano di spiegare chiaramente le cause delle nevrosi. Dà molto peso all'atmosfera – se così la possiamo chiamare – che fa percepire al malato che non si farà nessun progresso nella vita senza essere guariti e tiene in gran considerazione l'autorità militare.

Sauer [23] si associa a Frank a riguardo dei primi punti di vista di Breuer e Freud, e con loro pensa che le nevrosi insorgano per emozioni represses, ma smentisce il punto di vista successivamente assunto da Freud di un'etiologia sessuale delle nevrosi di guerra. Sauer, conseguentemente, cercava di ridurre la «tensione emotiva» rinvigorendo con l'ipnosi le emozioni represses. L'Autore riferisce che le lettere dei soldati dal fronte confermavano il successo di questo metodo. Wexberg giustamente si oppose per anni a simili teorie. Egli pensa, infatti, che chiunque sia così significativamente cambiato per traumi sessuali non si ammala in conseguenza di ciò, ma è sempre stato malato. Si deve ricordare inoltre che con il metodo Sauer ci si impegna molto poco a capire la natura del paziente. Questo trattamento non deve pertanto essere considerato come etiologico, ma piuttosto come una terapia che agisce mediante un peggioramento, inconsapevolmente realizzatosi, della situazione, anche se poi le emozioni, che così inducono l'aggravamento, vengono obbligatoriamente ritenute la causa delle nevrosi. Il paziente che intraprende simili terapie vuole imparare, più di quanto il medico voglia insegnare, le modalità del suo recupero psichico e le sue mete ed è questo nuovo riconoscimento che, in realtà, può far migliorare i suoi sintomi, deponendo a favore di un'utilità pratica del metodo. Sarebbe necessario sapere perché l'Autore preferisca la degenza dei pazienti al loro domicilio.

Jalowicz [7] puntualizza che raramente le nevrosi si sviluppano nelle truppe al fronte. In 25 casi di nevrosi egli ha inoltre trovato che solo due non avevano avuto precedenti tali da richiedere un trattamento. Egli ha anche precisato che si abusa spesso parlando di nevrosi da nemico, di «spasmi da battaglia», di trauma per seppellimento. Egli contesta la teoria di Oppenheim avanzando l'ipotesi che una simulazione possa essere scambiata per una nevrosi attuale e mette pertanto in guardia dal rimandare immedia-

tamente a casa il paziente. Il contrasto con la teoria di Oppenheim deriva dal fatto che Jalowicz, probabilmente, non ha messo bene a fuoco quale sia l'origine delle nevrosi fermandosi a sintomi aspecifici che possono essere messi in atto dal simulatore. In effetti, per poter manifestare dei sintomi nevrotici, è richiesto un certo numero di *tappe preliminari* consistenti in trainings e arrangements per cui, come si vede anche nelle nevrosi nei casi osservati in tempo di pace, i sintomi di una nevrosi non possono rientrare nel campo delle simulazioni né possono essere intenzionalmente aggravati. Il processo della formazione dei sintomi avviene durante il «periodo di latenza» e può essere chiaramente seguito e anticipato nei sogni.

Sommer [26] risolve il problema della sordità funzionale nei soldati usando un metodo sperimentale psicologico. Si fa sedere il paziente su una poltrona dotata di apparecchiature deputate ad analizzare i movimenti delle dita della mano. Quando una campana suona improvvisamente accanto a lui, le contrazioni dei muscoli dell'avambraccio, che muovono le dita, vengono registrate provando che il suono è stato percepito. In verità quasi tutti i casi di sordità sono causati da danni reali come, per esempio, la rottura del timpano. Sommer vede la natura della nevrosi in una «compulsione patologica a sopprimere i riflessi», ma questa non è altro che la descrizione del quadro sintomatologico! Nißl. von Meyendorf si unisce a questo dibattito spingendosi ad affermare che, nel caso particolare della sordità dei soldati, tutti erano in realtà in grado di sentire. Anche gli effetti terapeutici possono dipendere in modo non dissimile dall'inganno – a suo dire – frequentemente praticato, come recentemente ha potuto provare in un caso in cui il paziente, dopo accurate indagini e controlli, ha finalmente confessato che la malattia non era mai esistita.

Anche Imhofer [6] sottolinea la difficoltà di scoprire le simulazioni di sordità. Per fare ciò sono necessari molto tempo, medici benedetti da idee geniali e osservazioni ampie che diano peso anche a tutta la costituzione organica ed ai precedenti anamnestici di ogni persona. Anestetizzare il timpano non ha senso mentre è utile quanto risulta dall'esame dell'orecchio in condizioni statiche. Bisognerà poi tener sempre presente i limiti della collaborazione del paziente perché possiamo sempre aver a che fare con degli idioti.

Erich Stern [27] pretende di aver individuato la patogenesi delle psiconevrosi nella «labilità di un particolare fattore psiconevrotico da cui deriva l'equilibrio di tutta la psiche».

Strümpell [30] distingue due gruppi di nevrosi funzionali: 1. quelle al di fuori della coscienza e 2. quelle che sono associate a mutate condizioni della coscienza. Nel primo gruppo egli include epilessia, corea, eclampsia, miastenia, tetania, nevralgie essenziali ed emicrania che etichetta come nevrosi funzionali, mentre sembra abbia problemi a includere in questa categoria tics, tremori, mioclonie, fenomeni vasomotori e secretori e le nevrosi traumatiche. Deporrebbero per una malattia organica una

costante assenza dell'ammiccamento [che è un sintomo di tireotossicosi], assenza del riflesso corneale, rigidità pupillare, assenza di riflessi o un loro patologico aumento quando vengono stimulate le zone riflessogene. Per le malattie psicogene depongono invece i sintomi irritativi, una tipica anestesia o un'emianestesia e la possibilità che gli attacchi vengano provocati dalla suggestione. Alcune di queste osservazioni sono acute come, ad esempio, l'importanza data all'intensificazione dei riflessi e all'estensione delle zone riflessogene*. Ciò si è spesso visto nei casi di nevrosi psicogena, particolarmente una *spasmofilia inconsciamente acquisita* che ha sicuramente attirato l'attenzione di ogni esaminatore.

Rothe [22] raccomanda la filosofia stoica come mezzo per trattare le persone affette da balbuzie e questa, sicuramente, è una teoria sorprendente. Rothe, giustamente, è alla ricerca di una trasformazione psicologica totale dell'individuo nella speranza che «lo stoico voglia veder nella balbuzie un test imposto dal destino che lo sfida a provare a se stesso di essere una persona rispettabile se mantiene la calma». Il punto debole di quest'intuizione sta ovviamente nel concetto di «test». Questo non deve essere una sorgente di afflizioni che, nel migliore dei casi, possono essere corrette senza che il medico realizzi cosa sta succedendo.

Sterts [28] sottolinea l'analogia tra le esplosioni emotive e i sintomi isterici perché le prime vengono da lui viste come atti fisici e non psicologici. I sintomi isterici, invece, sono indipendenti dalla concomitanza di cambiamenti organici e si innestano su una particolare predisposizione. Egli, come Charcot e Breuer, mira a provocare una nuova esplosione di malattia nella «condizione ipnotica». La tendenza a «fissare» i sintomi potrebbe esprimere una generica predisposizione psicopatologica. Il complesso isterico può esistere senza che uno lo desideri, lo voglia, lo aspetti, lo anticipi o lo tema. Nel caso si volesse applicare questo concetto di isteria a militari ed invalidi bisognerà tener però presente che la loro situazione diverrà sorgente di una rinnovata energia che sosterrà la malattia. L'apparente disputa se la «susceptibilità» ai sintomi, così come la loro «fissazione», rappresenti una predisposizione generale principale, e quando l'una o l'altra abbia effetto, il punto di vista che può fare la differenza è non prendere affatto in considerazione Stertz! Egli sbaglia inoltre anche nell'identificare cosa stia capitando avendo eliminato ogni finalismo nell'isterico. D'altra parte la sua maniera di vedere pensionati e soldati isterici avvicina al concetto della «posizione reale», forma ben più grave della «posizione individuale» del nevrotico.

Zanger [33] scrive di credere nel concetto che sia possibile curare le nevrosi correggendo il carattere e aumentando nelle persone la consapevolezza del loro problema.

* Anche Adler (1907), in *Inferiorità e compenso psichico*, Mimesis, Milano-Udine 2013, metteva in relazione organi inferiori e alterazioni dei riflessi (n. d. t.).

Dubois [4] si oppone, ma senza convincenti ragionamenti, al concetto di «conversione» che può essere stato preso da Freud. Egli pensa che tutti «i disturbi nevrotici osservabili siano comuni manifestazioni fisiologiche di condizioni emotive che si scostano dalla normalità solo per la loro intensità e per la loro fissazione». Ciò è corretto ma, per il momento, noi non siamo in grado di renderci conto di cosa possano essere delle manifestazioni iperfisiologiche. Il concetto di conversione presuppone comunque qualcos'altro, una minima conservazione di energia psichica. Questo concetto esiste solamente perché il medico possa riportare ogni reazione deviata a una conversione.

Tornando al fatto che le relazioni sono uniche e intenzionali, Schuster [25] giunge alla conclusione che, nei casi in cui la situazione dell'individuo cambi patologicamente, in modo costante o intermittente, il substrato anatomico devii in qualche modo dalla norma.

Nonne [19] precisa che col suo trattamento suggestivo perviene solamente alla liberazione del sintomo. Il metodo è indicato negli ufficiali. Vi è un'elevata percentuale di recidive e raramente si raggiunge una piena riassunzione degli obblighi militari. Il più grande merito di questa forma di trattamento è che cerca di precisare i criteri di idoneità di un individuo per il lavoro, ma non fornisce ulteriori criteri per assegnare pensioni. Su 42 nuovi casi, 26 furono dichiarati pienamente idonei al lavoro, 16 ancora sofferenti, furono avviati a lavori leggeri e due furono congedati. L'originale metodo Kaufmann è stato qui completamente trasformato in un metodo persuasivo integrato da stimolazioni faradiche.

Straßer [29] dice: «qualsiasi cosa nasca dall'inventività umana creativamente sviluppata può essere utilizzata per creare un complesso di sintomi per malattie emotive funzionali o per la nevrosi. Ogni attività psicologica, prima di tutto, deve essere intesa come preparazione a un'azione futura. L'*orientamento psicologico finale*, che era inteso per essere applicato solo all'«isteria da indennizzo», deve essere visto in ogni nevrosi. Essendosi esaurita ogni immaginifica creatività si manifesta funzionalmente per questa via. Il «trauma» ha la capacità di evitare qualsiasi responsabilità personale. Numerose tracce consentono di ricostruire il cammino percorso dallo stato di salute alla malattia nevrotica e quasi ognuno, avendo sperimentato una catastrofe, vuol tornare a casa portando con sé un simile ricordo, sotto qualsiasi forma, tanto come memento che come sicurezza. La Psicologia Individuale vuol scoprire la persona debole di carattere che c'è sotto ogni nevrosi. Un'inabilità individuale a conformarsi ai costumi sociali vuole fare a meno di *aggressioni* contro di essi e assume le caratteristiche di nevrosi. La terapia può risolvere il conflitto tra doveri verso la Patria e l'espressione della propria individualità».

Il grande lavoro correlato alle nevrosi di guerra ha fatto sicuramente procedere la conoscenza del problema della psicologia delle nevrosi. I frutti del materiale raccolto e del Lavoro effettuato in questo campo dovrebbero portare a un uniforme modo di vedere che avvicini tutte le diverse posizioni.

III. *Il nuovo punto di vista della Psicologia Individuale*

Io ho esaminato quasi tutti i casi di nevrosi di guerra nelle retrovie, lontano dalle loro case e lontano dai loro parenti e non ho mai trovato che la gravità del caso fosse correlata alla loro dislocazione anche se, come è regola generale per ogni nevrotico, queste persone ammalatesi a causa della guerra tentavano di tornare dall'ambiente, in cui erano stati posti dalle vicende belliche, alla più piccola cerchia dei loro parenti. Ma questa è una propensione nevrotica generale e l'assenza o l'occasionale presenza dei parenti è ininfluente rispetto a queste generali tendenze nevrotiche. Se, prendendo in considerazione questo problema, abbiamo dei pregiudizi irrazionali, il caso sembrerà semplificato ma, in realtà, si ostacola il processo di guarigione. Cosa che potrebbe capitare, ad esempio, se volessimo fare la prognosi del buon esito di un trattamento sulla base della richiesta di ospedalizzazione nella città in cui abita il paziente.

Si può sempre vedere che la «ben nota labilità» dei sintomi nevrotici origina dalla posizione assunta dai nevrotici [di fronte ai problemi della vita], da cui consegue che si parli di *malattia di posizione* (Positions krankheit)*. Per questo è assolutamente importante che il neurologo comprenda completamente l'atteggiamento dell'individuo, ma capire in tutti i suoi significati questo linguaggio della posizione assunta dal paziente nei confronti della vita, è cosa talora difficile. Su questa «posizione» del nevrotico si basano le modalità del trattamento che gli viene fornito. Proprio per questo il problema della terapia diventa insolubile se il malato è preso in cura da più di un medico e, per lo stesso motivo, per il trattamento dei nevrotici, sono preferibili piccole istituzioni. Esse poi possono fornire rapporti scritti sui risultati ottenuti che possono risultare di aiuto perché anche altri medici possano fornire il trattamento più idoneo.

La *psicoterapia*, nel senso più stretto del termine, deve includere solamente quei metodi che, prima di qualsiasi suo intervento, abbiano resa accessibile la psiche del paziente. Di conseguenza restano al di fuori di questo ambito quasi tutte quelle misure che correntemente vengono utilizzate nel trattamento delle nevrosi e che, solo impropriamente, vengono definite «psicoterapeutiche» perché sono al di fuori di queste regole generali, come quella psicoterapia praticata in tempo di guerra, che si basa quasi esclusivamente sull'utilizzo dell'autorità e del filantropico garantire un «minimo di confort».

Tra i metodi che utilizzano l'autorità vanno annoverati l'ipnosi, la suggestione di persone sveglie, la pseudonarcosi, finte operazioni nonché quelle «preparazioni psicoterapeutiche» messe in atto prima di altri trattamenti. Ricette «eroiche» prescrivono procedure dolorose, bagni d'acqua, spaventi, deprivazioni e intenzionali aggravamenti delle condizioni del paziente. Il caso migliore è rappresentato dall'accettabile compromesso del *metodo Frank*, sostenuto da Sauer, che dà qualche chiarimento sulla vita psichica

* Come verrà ribadito nel capitolo sulla nevrosi ossessiva di *Prassi e teoria della Psicologia Individuale* (1920), le nevrosi non devono essere considerate malattie che dipendono da una predisposizione, ma dalla posizione assunta dal paziente, come l'isolamento nel quale egli si chiude a scopo difensivo. (n. d. t.).

del paziente ma che, tuttavia, non può essere considerato che un mezzo percorso psico-terapeutico, agisce rafforzando l'autorità del medico ed opera con il mezzo del «contro shock». Il risultato di questo metodo, applicato durante il periodo di guerra, ma talora visto anche in periodo di pace, è la fuga nevrotica dal trattamento che, già di per se stessa, può essere considerata l'equivalente di un sintomo nevrotico. Un discepolo di Freud applica questo metodo agli ufficiali e riserva il metodo Kaufmann alla truppa ed entrambi i metodi hanno successo. Quello che è rilevante in tutte le situazioni è che i vari Autori affrontano *attivamente* i loro pazienti.

È sempre difficile, invece, trovare che accennino alla necessità di attendere, usare metodiche che tranquillizzino e che mettano il paziente nelle condizioni più favorevoli.

Il nucleo essenziale della neurologia di guerra di oggi è rappresentato dalla tendenza a voler por fine all'ostinazione dei nevrotici opponendo una forza contraria. Questa condizione non è diversa neppure quando sembra che la terapia sia più mite. In effetti, si tratta sempre di un trattamento individuale drastico e, siccome promette veloci e definitivi miglioramenti, sembra particolarmente utile quando il nevrotico necessario per la guerra. Il metodo consiste nell'explorare e scoprire l'ostinazione nevrotica e lavora, in genere, recriminando contro le simulazioni, non potendo fare a meno, in questo modo, di indurre un peggioramento della posizione psicologica del nevrotico.

Il materiale sino ad ora disponibile non si preoccupa di dare solamente una risposta alla domanda se la nevrosi sia una malattia ereditaria o acquisita. Questo avviene perché oggi, fortunatamente, si tengono in maggior considerazione che in passato i fattori educativi, l'influenza dell'ambiente e l'imitazione di familiari nevrotici da parte dei bambini. La frequenza e la regolarità di precedenti nevrotici nel paziente sono quasi sempre significative.

Secondo la Psicologia Individuale l'atteggiamento del paziente nei confronti della vita e verso la società (*die Stellung des Patienten in Leben und in der Gellschaft*) è un fattore prognostico decisivo. Questa penetrazione individual psicologica nelle rappresentazioni della psiche del paziente, una corretta interpretazione dell'anamnesi e la comprensione della maniera di considerare la vita cui il paziente è pervenuto, possono fornire una valida guida per precisare l'entità dell'aggravamento e per evidenziare quanto non deve mai mancare in una nevrosi, mettendo così al sicuro dalle possibili simulazioni.

Ormai è universalmente accettato che la scelta del sintomo possa servirsi di una preesistente malattia organica, di cui ha bisogno per configurarsi. Per dirla in parole povere: *il sintomo si sviluppa in un organo inferiore*. Si può anche dire che si manifesta con modalità strettamente apparentate con quelle normali, sia come subitane reazioni emotive, che con condizioni permanenti quali tremori, vomito, occhi sbarrati, balbuzie, etc. come fenomeni, quindi, di immedesimazione. Pochi sono stati i tentativi di spiegare queste fissazioni. La spiegazione favorita è che il carattere nevrotico sia responsabile tanto di

questa tendenza alla fissazione quanto della labilità dei sintomi. Un'altra spiegazione aggiuntiva viene data dalla «posizione» del nevrotico, perché egli fisserebbe i suoi sintomi, *immedesimandosi* in essi, quando gli sembra che possano fargli raggiungere i suoi scopi, proprio nello stesso modo con cui egli è anche in grado di por termine ai suoi sintomi. Lo stesso fenomeno può essere riscontrato fra persone normali e nell'ambito della normalità.

Bibliografia*

1. ADLER (1916), Vortrag in der militärärztlicher Sitzung in Krakau, November 1916.
2. ALT (1917), *Archiv für die gesellschaftliche Psychologie*, 57, 2.
3. BLENCKE (1917), *Münchener medizinische Wochenschrift*, 32.
4. DUBOIS (1916), Neurologische Gesellschaft, Bern, 1916.
5. HEINZE (1917), Medizinische Sektion der schlesischen Gesellschaft für väterliche Kulturraum Breslau, 9 März 1917.
6. IMHOFER (1917), *Wiener klinische Wochenschrift*, 23.
7. JALOWICZ (1917), *Zeitschrift für die gesellschaftliche Neurologie und Psychiatrie*, 36, 1 e 2.
8. JOLLY (1917), Versammlung mittel deutscher Psychiater und Neurologen, Dresden, 6 gennaio 1917.
9. KEHRER (1917), *Zeitschrift für die gesellschaftliche Neurologie und Psychiatrie*, 36, 1 e 2.
10. KRAUS, *Kriegsärztliche Abende*.
11. LEUßER, (1917), *Münchener medizinische Wochenschrift*, 23.
12. LEWANDOWSKY (1913), *Münchener medizinische Wochenschrift*, 30, feldärztlicher Beilage.
13. LIEBERMEISTER (1917), *Über die Behandlung von Kriegsneurosen*, Halle.
14. MANN (1917), *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 29.
15. MEYER (1917), *Therapeutisches Monatsheft*, Juni 1917.
16. MINKOWSKI (1917), Medizinische Sektion der schlesischen Gesellschaft für väterliche Kulturraum Breslau, 9 März 1917.
17. MOHR (1915), *Medizinische Klinik*.
18. NAEGELIS (1917), *Unfall und Begehrungsneurosen*, Stuttgart.
19. NONNE (1917), Wandervers des südwestdeutschen Neurologen und Psychiater, Baden Baden, Juni 1917.
20. QUENSEL (1917), Versammlungmittel deutscher Psychiater und Neurologen, Dresden, 6 Januar 1917.
21. RAETHER (1917), *Archiv für Psychologie*, 57.
22. ROTHE (1917), *Zeitschrift für die gesellschaftliche Neurologie und Psychiatrie*, 36.

23. SAUER (1917), *Zeitschrift für die gesellschaftliche Neurologie und Psychiatrie*, 36, 1 e 2.
24. SCHANZ (1916), *Münchener medizinische Wochenschrift*, 12.
25. SCHUSTER (1916), *Neurologische Zentralblatt*, 12.
26. SOMMER (1917), *Versammlung Mitteldeutscher Psychiater und Neurologen*, Dresden, 6 Januar 1917.
27. STERN (1917), *Sommers Klinik für Psychiatrie und nerven Kranke*, 10, 1.
28. STERTZ (1916), *Ostdeutscher Verein für Psychiatrie*, Dezember 1916.
29. STRASSER (1917), *Schweizer Korrespondenzblatt*, 9.
30. STRÜMPELL (1916), *Medizinische Klinik*, 18.
31. TRÖMMER (1917), *Ärztlicher Verein in Hamburg*, 22 Mai 1917.
32. WEICHBRODT (1917), *Archiv für die gesellschaftliche Psychologie*, 57, 2.
33. ZANGGER (1916), *Neurologische Gesellschaft*, Bern 1916.

* Questa bibliografia rispetta il testo originale di Alfred Adler e pertanto non corrisponde alla forma odierna adottata dalla Rivista di Psicologia Individuale.