

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Anno XXXX

Luglio-Dicembre 2012

Numero 72

Comunicazione		3
Editoriale	<i>Integrazione come processo dinamico</i>	
	di Gian Giacomo Rovera	5
S. Spina	<i>La Psicoterapia Adleriana Classica del Profondo.</i>	
	<i>Incontro con la Scuola Adleriana di San Francisco</i>	11
C. Gasparini		
A. Gatti	<i>La Lingua dell'Altro. Aspetti di Psicodinamica Culturale Adleriana</i>	41
A. Bianconi		
M. S. Del Noce	<i>Trattamento psicoterapeutico di soggetti con traumi precoci</i>	93
Recensione		123
Novità Editoriali		129
Notiziario		135



Rivista di **PSICOLOGIA INDIVIDUALE** ANNO **XXXX** N. **72** LUGLIO-DICEMBRE **2012**

Rivista di

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Year XXXX

July-December 2012

Number 72

Communication	3
Editorial	
<i>Integration as Dynamic Process</i> by Gian Giacomo Rovera	5
S. Spina	
<i>Classical Adlerian Depth Psychotherapy (CADP)</i> <i>A Meeting Point for the CADP and San Francisco Adlerian School</i>	11
C. Gasparini	
A. Gatti	
<i>Foreign Languages. Arguments of Adlerian Cultural Psychodynamic</i>	41
A. Bianconi	
M. S. Del Noce	
<i>Psychotherapeutic Dynamic Treatment of Subjects with Early Traumas</i> ...	93
Reviews	123
Editorial News	129
Announcements	135



RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Norme redazionali

1. La *Rivista di Psicologia Individuale* è l'organo ufficiale della SIPI e pubblica articoli originali. Le ricerche, oggetto degli articoli, devono attenersi alle disposizioni di legge vigenti in materia.
2. Gli articoli devono essere inviati alla Segreteria di Redazione in 3 copie dattiloscritte accompagnate da CD-ROM con programma Word e registrato in Ascii; non devono essere stati accettati né in corso di accettazione presso altre Riviste italiane o estere.
3. L'accettazione dei lavori è di competenza della Direzione che ne darà tempestiva comunicazione agli Autori. In nessun caso sarà restituito il materiale inviato. Gli Autori non possono ritirare per nessun motivo, né offrire ad altri Editori l'articolo già accolto per la pubblicazione sulla Rivista.
4. Gli Autori degli articoli pubblicati nella Rivista hanno diritto a 5 copie gratuite; gli Autori di testi di vario genere (recensioni, etc.) hanno diritto a 2 copie gratuite.
5. Il testo deve essere così redatto: titolo; nome e cognome degli Autori; riassunto in italiano e in inglese, contenuto in 150-200 parole, con il titolo tradotto all'inizio; testo completo in lingua italiana; 3 keywords.
In allegato indicare: la qualifica professionale degli Autori, il recapito postale e telefonico, il numero di codice fiscale.
6. Gli articoli pubblicati sono di proprietà letteraria dell'Editore, che può autorizzarne la riproduzione parziale o totale.
7. La bibliografia a fine articolo deve essere redatta secondo norme standard, di cui indichiamo alcuni esempi:
 7. 1. Riviste:
ADLER, A. (1908), *Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose*, *Fortschr. Med.*, 26: 577-584.
 7. 2. Comunicazioni a Congressi:
PAGANI, P. L. (1988), "Finalità palesi e occulte dell'aggressività xenofoba", *IV Congr. Naz. SIPI*, Abano Terme.
 7. 3. Libri citati in edizione originale:
PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
 7. 4. Libri tradotti (dell'edizione originale indicare sempre l'anno e il titolo):
ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1976.
 7. 5. Capitolo di un libro (specificare sempre le date se diverse tra la prima pubblicazione del capitolo-articolo e la prima pubblicazione del libro):
ROSENHAN, D. L. (1973), Essere sani in posti insani, in WATZLAWICK, P. (a cura di, 1981), *Die erfundene Wirklichkeit*, tr. it. *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano 1988: 105-127.
 7. 6. La bibliografia va numerata, messa in ordine alfabetico per Autore e in ordine cronologico in caso di più pubblicazioni dello stesso Autore. Nel testo i riferimenti bibliografici "generici" vanno indicati in parentesi quadra con il numero di bibliografia, mentre le citazioni specifiche vanno indicate in parentesi tonda con il numero di bibliografia e la pagina.
 7. 8. La Redazione si riserva di apportare al testo tutte le modifiche ritenute necessarie.

Copyright © 2012 by SIPI

La proprietà dei testi è della *Rivista*: è vietata la riproduzione anche parziale senza il consenso della Direzione.

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 378 dell'11-10-1972

Direttore Responsabile

GIAN GIACOMO ROVERA

Vice Direttore

ALBERTO MASCETTI

Caporedattori

CHIARA BERSELLI, ANTONIO GATTI

Redazione

ANDREA BOVERO
SABRINA GAROLFI
SILVANA LERDA
MARIA BEATRICE PAGANI

Coordinatore Scientifico

SECONDO FASSINO

Coordinatore Editoriale

CAROLINA GASPARINI

Comitato Scientifico

I DIDATTI DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Direzione

Corso Einaudi, 28 - I-20129 Torino
Tel. 011.500500
E-mail: ggrovera@hotmail.com

Sede legale

c/o Società Italiana di
Psicologia Individuale
Corso Einaudi, 28
10129 Torino

Casella Postale

rivistasipi@hotmail.it

Stampa: Cop. Liberty s.a.s.

Via Palermo, 15 - 20121 Milano

Comunicazione

Da questo numero 72 della Rivista di Psicologia Individuale, vi è un Editorial Board che si radica nella tradizione ma che dopo la scomparsa di Pier Luigi Pagani, si rinnova sia nella Direzione che nei Collaboratori.

Nel numero 73 verrà pubblicato l'Elenco dei Consulenti Speciali, anche internazionali, che saranno interpellati circa le aree delle Loro specifiche competenze.

La Rivista di Psicologia Individuale si fa promotrice, come in passato, di raccogliere in CD alcuni Contributi di Congressi della S.I.P.I. e della I.A.I.P., nonché a proseguire la pubblicazione dei Quaderni della Rivista: si prevede l'uscita del numero 15 nell'estate prossima.

Una Commissione di Referees vaglierà gli Articoli inviati, prima della loro accettazione.

Si segnala che la casella di posta elettronica a disposizione dei Soci è:
rivistasipi@hotmail.it

La Direzione

Editoriale

GIAN GIACOMO ROVERA

Integrazione come processo dinamico

La Psicologia Individuale è una Psicologia Dinamica del Profondo e nello stesso tempo una Psicologia Sociale e Culturale. La società e la cultura sono inscindibili, e se la cultura “cambia il cervello”, il curante inerisce a tale mutamento anche attraverso un’immedesimazione culturalmente appropriata. Una psicoterapia adleriana deve allora riferirsi piuttosto che non ad un programma di co-costruzione ad un progetto *co-creativo*.*

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

Nell’epoca contemporanea delle biotecnologie, delle scienze e dell’informatica, l’analisi della *condizione post-moderna*, ha coinvolto molti studiosi ed intellettuali ed ha trovato il suo epigono in Zygmunt Bauman** che ha coniato il concetto di “*liquidità*” come una delle metafore della *dis-integrazione*. Le importanti trasformazioni sociali, politiche ed istituzionali, avvenute nel Secolo XXI, in seguito alla disgregazione ed alla liquefazione di un mondo divenuto post-utopico: dissolvono anche identità, alterità ed intere Comunità, che diventerebbero sempre più precarie, sfuggenti e liquide sino a giungere ad un miraggio evaporato.

* BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2010), *Change in Psychotherapy. A Unifying Paradigm*, tr. it. *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2012.

** BAUMAN, Z.(2010), *Living on Borrowed Time*, tr. it. *Vite che non possiamo permetterci*, Laterza, Roma – Bari 2011.

Ci dirigeremmo così verso una *post umanità* quale esito di una *società liquida*. Tra le prime vittime di tale condizione, vi sarebbe l'etica, tant'è che l'immoralità si rivelerebbe sempre più simile alle catastrofi naturali di un tempo: fortuite, incomprensibili, imprevedibili ed indifferenti alla ragione ed ai desideri umani.

Di contro a tale dissoluzione, tendente alla *dis-integrazione* specie nel territorio delle scienze naturali, emerge una sfida che si propone di superare la situazione post-moderna, attraverso un *nuovo modello di integrazione*. Tale modello si appella ad una *unità perduta da ricostruire* e che viene definita quale *integrazione sintetica* o *unitaria*.

Questa tendenza è volta ad una *unificazione, non solo delle scienze naturali, ma anche di queste con le scienze socio-psico-culturali*.*

Il *paradigma forte* delle scienze fisiche-chimiche-biologiche, preconizza un'integrazione disciplinare gerarchizzata, sintetica ed unificante sia delle Neuroscienze, ma anche della Psicologia e dell'Arte. **

Tale modello ha le proprie matrici: 1) nella consapevolezza che ogni disciplina sia in grado di cogliere soltanto un aspetto particolare della vita, giacché la sua capacità di spiegazione sarebbe limitata; 2) nella pretesa che particolari discipline (es. la fisica e la biologia) valgano come modello per le altre (es. la psicologia e la sociologia); 3) nel confronto tra le scienze psico-socio-culturali e scienze naturali, si presupporrebbe che la condizione della scientificità sia il poter dialogare tra le cosiddette scienze dello spirito e scienze della natura.***

Sicché ad un'enciclopedia del sapere, gli assunti neopositivistici si pongono come meta quella di assorbire al *linguaggio della fisica* anche i linguaggi delle scienze antropologiche, psicologiche, sociali e culturali: tale ipotesi condurrebbero a *riduzionismi radicali*. Questo modello viene esplicitamente configurato quale *nuovo umanesimo*.****

Questo programma di ricerche non ha avuto tuttavia i riscontri attesi, specie per quanto riguarda le discipline psico-socio-culturali: anche per la riproposizione

* ROSSI, P. (1997), Scienze Sociali (voce), in *Enciclopedia delle Scienze Sociali*, Treccani, Roma, Vol. VII: 662 – 677.

** KANDEL, E. K. (2012), *The Age of Insight*, tr. it. *L'età dell'inconscio*, Raffaello Cortina, Milano 2012.

*** ANTISERI, D. (2001), *Teoria unificata del metodo*, UTET, Torino.

**** KANDEL, E. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind*, tr. it. *Psichiatria, Psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Raffaello Cortina, Milano 2007.

di assunti troppo riduzionistici ed unificanti. Inoltre, in un tale contesto, gli interventi psicoterapeutici dovrebbero essere dimostrabili attraverso criteri di efficacia, con il raggiungimento di risultati oggettivi anche attraverso la matematizzazione dei dati.

Una terza tendenza attuale è quella dell'*integrazione processuale, a rete*, che convoglia filoni di studio diversi, in punti nodali i quali successivamente si aprono a nuovi percorsi di ricerca. Tale interazione disciplinare, da un lato supera la disintegrazione liquida e dall'altro si differenzia dal paradigma unitario considerato troppo unificante e gerarchizzato.

Lo schema di riferimento interattivo, anche sostenuto da alcune posizioni della filosofia della scienza, lascia da parte la pretesa di costruire una scienza unitaria e punta piuttosto ad una multidisciplinarietà che nella sua evoluzione, realizzi una rete interdisciplinare, utilizzando tecniche di ricerca e risultati di aree di indagine diverse: anche tra scienze sociali e scienze naturali e tra scienze sociali e ricerca storica.

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

Sembra che questo tipo di approccio nell'ambito della P.I.C. (quale sistema aperto, modello di rete e rete di modelli), non unificante e nemmeno eclettico e sicretico, favorisca un processo di amplificazione tanto rispetto alle ricerche delle Neuroscienze, quanto verso gli studi delle Scienze Sociali. Ciò corrisponderebbe inoltre all'adleriano finalismo morbido.

L'Individual Psicologia (P.I.C.) si propone "versus" un *sistema aperto*, sia a livello teorico-metodologico, sia a livello tecnico-pratico. La P.I.C. giustifica i nodi di incontro e di discussione in cui si pone in interazione funzionale con problemi di comunicazione, di interpretazione, di empatia e di relazione terapeutica: intesi sia come schemi teorici che come strumenti.

Ed è grazie a questo tipo di processo che si può collocare una *Psicoterapia Dinamica Culturale (PDC)* di orientamento adleriano, che utilizza una *comprensione/esplicativa/condivisa*.*

* ROVERA, G. G., GATTI, A. (2012), Linguaggio e Comprensione Esplicativa, *Riv. Psicol. Indiv.*, 71: 87-128.

Il punto di vista della P.I.C., che attiene ad un modello di integrazione come processo, offre pure opportunità per esaminare il ruolo e l'impatto della cultura a livello clinico, con particolare riguardo alle modalità attraverso le quali la terapia viene effettuata. L'abito su misura già citato da Alfred Adler, trova nel "come fare" (*tecnica*) e nel "fare come" (*co-creatività*) della relazione d'aiuto adleriana e dell'analisi dello stile di vita, la sua piena applicabilità.

Alla luce di quanto proposto si ritiene utile riportare brevemente i *Tre Articoli* che costituiscono i contenuti scientifici principali di questo Numero 72 della Rivista.

1) L'interesse per il contributo di Simone Spina è dato anche dalla sua frequentazione in prima persona, della "Scuola Adleriana Classica del Profondo di San Francisco". Questa fu fondata da un gruppo di allievi di Adler, i quali si ritengono a tutt'oggi, i continuatori privilegiati del suo pensiero. Qualora tale gruppo di studiosi non si confrontasse criticamente con altre scuole di P.I., il rischio potrebbe essere quello di esitare in una sorta di "deriva epistemologica": con la conseguenza, che uno sviluppo operativo solo all'interno della PACP, possa enfatizzare gli aspetti "cosmici", ecosistemici, e quasi trascendentali del *Gemeinschaftgefühl*, da essi tradotto come "Sentimento di Comunione".

In un'ottica di apertura e di integrazione come processo, questo Articolo contribuisce a conoscere meglio molte istanze di attualità, grazie ad aperture verso pratiche di meditazione e di autoconsapevolezza, come la *Mindfulness* e la *Mindsight*, accettate da molteplici indirizzi di psicoterapia dinamica: e pure dalle stesse Neuroscienze Cognitive.

2) Lo studio di Carolina Gasparini e di Antonio Gatti, esplora un'area spesso trascurata dell'interazione psicodinamica, che sottolinea gli *aspetti linguistici e comunicativi*. Questi assumono particolare rilievo quando paziente e terapeuta sono di Madrelingua e di Orientamento di Valori diversi: tali situazioni, sono sempre più frequenti anche nei nostri contesti operativi in seguito ai flussi di migrazione. Le frontiere "limite" permettono non soltanto di indagare, come si è detto, aspetti generali di tipo linguistico, e di comunicazione non-verbale, ma anche di analizzare quelle "valenze implicite" che stanno assumendo sempre maggior rilevanza: sia per le scoperte nell'ambito dell'*Infant Research*, sia per i progressi delle *Neuroscienze*, sia per una *Psicoterapia Dinamica Culturalmente appropriata*. L'esposizione originale ed approfondita del Contributo merita una attenta lettura.

3) Alessandra Bianconi e Maria Sole Del Noce espongono un *caso clinico complesso*, di cui vengono analizzate le caratteristiche sintomatologiche, gli aspetti psicodinamici e pure i movimenti transferali/controtransferali. Tutto ciò è ben

inserito nella cornice teorica dell'analisi dello Stile di Vita. Si mettono inoltre in evidenza gli elementi del processo psicoterapeutico: sia nei momenti di avanzamento, sia di stallo, sia di crisi a livello di uno "schema relazionale".

Uno dei pregi dell'Articolo è quello di mettere in primo piano gli aspetti clinici e dinamici, che rappresentano il "fare" dell'analista.

Il filone della P.I.C., che inerisca ad un'interazione come processo, porta ad una risonanza consapevole dei vari contributi. Basti pensare all'importanza delle *intuizioni comprensive* (insight), alle rinnovate formulazioni di modalità di ricerca, alle tecniche psicoterapeutiche particolari (es. le psicoterapie brevi), alle rivisitazioni dei *setting*.

Le indagini sul campo si estendono verso nuove riflessioni e concettualizzazioni circa i modelli esplicativi ed anche rispetto al problema della *formazione*. Questa è da considerare una metodica cui attengono tecniche elaborate e trasmissibili con aspetti complessi, di cui non si può giungere a standardizzazioni definitive.

Il problema può essere affrontato qualora si ritenga che i percorsi formativi, riguardino tanto il "*come fare*" (procedura di apprendimento tecnico-metodologico), quanto il "*fare come*" (procedura di tirocinio congeniale-identificatorio e quindi di immedesimazione anche culturale).

Nell'ambito di una *Psicopatologia Generale*,* la P.I.C. ha caratteristiche di *spiegazione scientifico-esplicativa* (rispetto alla sperimentazione trasmissibile ed alla comparazione dei dati), che confluisce in una *comprensione* (di empatia, di imitazione, di insegnamento, di tirocinio): entrambe integrabili in un *capire (del nucleo profondo)*.

Il sentimento sociale può evolvere motivazionalmente verso un interesse solidale e successivamente verso un *processo di integrazione e di condivisione co – creativa***.

Lo sviluppo della riflessione epistemologica contemporanea, con particolare riferimento all'integrazione processuale, sembra consentire di porre le questioni sia rispetto alla scientificità, sia rispetto ad un metodo clinico volto, attraverso il

* JASPERS, K. (1913-1959), *Allgemeine Psychopathologie*, tr. it. *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1964.

** BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2010), *Change in Psychotherapy. A Unifying Paradigm*, tr. it. *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2012.

coinvolgimento *empatico interindividuale*, ad accogliere come strumento di conoscenza del lavoro terapeutico anche le memorie implicite, i sentimenti, gli affetti, il simbolico, la soggettività.*

Un'*integrazione processuale* permette la concettualizzazione del procedere psicoterapeutico in connessione con i più generali principi di pensabilità del mondo, di evolversi dei vari filoni del sapere, di aprirsi *dell'umanità* ad una *via della speranza***.

La riconfluenza disciplinare grazie ad una rete di modelli, evita sia una *disintegrazione*, sia una *integrazione unificante* e permette appunto un *processo di integrazione*.

* INGILLERI, M. (2012), Riflessioni sui problemi epistemologici in psicoterapia: verso una "scientificità" del qualitativo", *Psychomedia: Scienze e pensiero. Epistemologia*. www.psychomedia.it

** MORIN, E. (2011), *La voie. Pour l'avenir de l'humanité*, Ed. Fayard, Paris.

La Psicoterapia Adleriana Classica del Profondo. Incontro con la Scuola Adleriana di San Francisco

SIMONE SPINA

Summary - CLASSICAL ADLERIAN DEPTH PSYCHOTHERAPY (CADP). The Classical Adlerian Depth Psychotherapy, a contemporary inspiring and creative psychotherapy adhering to the core of Alfred Adler's original theory, has gradually matured into its current form thanks to the contributions of Kurt Adler and some unsung early Adlerians like Lydia Sicher, Anthony Bruck, Alexander Müller, Erwin Wexberg, Alexander Neuer, Sophia De Vries. Henry Stein trained by Sophia De Vries and Anthony Bruck, is now the leading Adler's lineage-holder, having enriched his theory with some outstanding contributions like, among others, the integration of Abraham Maslow's vision of optimal human functioning, an adaptation of the Socratic Method, the comprehensive description of the process of Life Style Diagnosis as it was done by Adler himself and the complete English translation of his Clinical Works. The aim of this paper is to share with the Adlerian community some personal reflections on the importance that going back to the original Adler's theory, particularly to his Theory of Fictions and to the concept of Feeling of Community, has today for its profound technical, philosophical, ethical, and spiritual implications. The great potentialities of this psychotherapy approach have become evident to me through my weekly discussions with Henry Stein, on my transition path to becoming a Classical Adlerian analyst.

KEYWORDS: CLASSICAL ADLERIAN DEPTH PSYCHOTHERAPY, FEELING OF COMMUNITY, FICTION.

I. Introduzione

A. Generalità

1. Nei cento anni trascorsi dalla sua fondazione, la Psicologia Individuale Comparata di Alfred Adler ha ricevuto il supporto e il contributo di numerosi studiosi, alcuni dei quali hanno compiuto un'opera di rifinitura ed arricchimento del nucleo teorico originale, mentre altri hanno impresso un sostanziale movimento in nuove direzioni [65].

La I.A.I.P. (International Adlerian Individual Psychology) nel Suo XX° Congresso di Oxford (U.K.) ha ribadito, attraverso il Contributo di 48 Autori pro-

venienti da 7 Paesi differenti ed appartenenti a circa 20 Società Adleriane, in un vivace e costruttivo dialogo fra *Tradizione e Cambiamento*, l'importanza del *Modello Adleriano* in un periodo di profonda trasformazione storica, scientifica e sociale. Il paradigma teorico e pratico della P.I. continua a fornire gli strumenti che si riferiscono allo studio dell'individuo e agli interventi interpersonali, familiari e collettivi, come parte di un processo di sviluppo anche in senso trans-culturale [18, 19, 57, 65, 66, 70].

In Italia, molti aspetti della teoria Adleriana sono stati arricchiti da sostanziali contributi. Tra gli altri ricordiamo il Potere Creativo dell'Individuo, che è stato oggetto di ricerca, sia come base del progetto esistenziale, sia come dimensione nodale di un modello di *rete bio-psico-sociale* [61, 65]. Il Processo di Incoraggiamento è stato approfondito rispetto al suo ruolo nelle *terapie time-limited* [22, 39], nella comunicazione del terapeuta [50, 63] e come parte di uno schema dicotomico antitetico, alla luce del quale leggere lo Stile di Vita Individuale [38, 49, 74]. E' stato inoltre descritto un *approccio comprensivo-esplicativo* alle strategie di incoraggiamento basato su *coinvolgimento empatico, enactment, disclosure e ricerca trans motivazionale* [16, 68, 72].

Anche la *Teoria Finzionale* è stata tema di ricerca e di approfondimento, specie per quanto riguarda le problematiche di transfert e controtransfert [15] ed il ruolo nella costituzione di un *modello comprensivo-esplicativo* che propone una tendenza verso il *Neo-finzionalismo* [69].

Le numerose ramificazioni teorico-cliniche che caratterizzano attualmente la Psicologia Individuale sono state anche oggetto di discussione, a Vienna, nel corso del Venticinquesimo Congresso della Società Internazionale di Psicologia Individuale, in cui Wilfried Datler si interrogava sull'applicabilità o meno del concetto di *Unità* alla Psicologia Individuale contemporanea, considerandone l'attuale panorama complesso e variegato [28].

Oggi più che mai la Psicologia Adleriana sembra porsi come centro di aggregazione di altre discipline, in una dimensione di Psicologia, Psichiatria e Psicoterapia Culturali [19, 65, 66], come laboratorio di esperienze e *rete di approcci* al trattamento dell'individuo sofferente, con *interventi culturalmente appropriati*.

In tale vivace contesto, sembra importante richiamare l'attenzione sull'esperienza di un gruppo di analisti americani, meno noti in Europa, i cui contributi hanno posto in rilievo la ricchezza e l'attualità di alcuni nuclei teorici originali della Psicologia Adleriana [78].

2. Al fine di consentire la collocazione di tale apporto in un *contesto storico e culturale corretto*, si rendono necessarie alcune precisazioni. E' opinione abbastan-

za comune che, negli Stati Uniti, gli Adleriani abbiano sviluppato prevalentemente le potenzialità psicopedagogiche [32, 33, 34, 35, 36] del modello Individualpsicologico, talora trascurandone gli aspetti analitici. Tra le molte Società Adleriane U.S.A., un gruppo di analisti ha seguito, per certi versi, un percorso autonomo e originale. Dopo la morte di Alfred Adler, nel 1937, alcuni dei suoi più stretti collaboratori si impegnarono a proseguire il suo lavoro di ricerca clinica, mantenendone vivo lo stile terapeutico originale. Con l'esplosione del Secondo Conflitto Mondiale alcuni di loro furono costretti a emigrare negli Stati Uniti e a lavorare inizialmente in condizioni di relativo isolamento. A New York, Kurt Adler e Lydia Sicher; nel Sud della California, Sophia De Vries e Henry T. Stein, continuavano a mantenere vivi gli insegnamenti di Adler, lottando per diffonderne i lavori originali, di cui erano disponibili in inglese solamente le opere divulgative, mentre non esistevano traduzioni delle numerose pubblicazioni scientifiche [78, 94].

Fu Sophia De Vries, allieva e collaboratrice di Alfred Adler già a Vienna, che maggiormente contribuì ad una sorta di ricostruzione del modello adleriano originale traducendo, insieme al suo allievo Henry T. Stein e in collaborazione con Kurt Adler, molte opere in lingua originale, commentandole ed elaborandone il contenuto, a beneficio dei numerosi allievi che si raccoglievano intorno a loro. Si giunse col tempo a costituire così un gruppo coeso, che si è sviluppato all'interno di un microambiente protetto che, con il tempo, ha mostrato la tendenza a rinchidersi sui propri assunti, riducendo gradatamente l'osmosi con altri indirizzi della Psicologia Individuale, anche nel contesto interanalitico degli stessi Stati Uniti. La coerenza interna del modello, considerato dai primi adleriani ampiamente sufficiente a sostenere un processo terapeutico completo [30, 31, 94], è stata in tal modo conservata. Il gruppo è, con il tempo, confluito nell'*Istituto Alfred Adler di San Francisco*, attualmente diretto dalla Dr.ssa Dyanne Pienkowski, allieva di Sophia De Vries e di Henry Stein e nell'*Istituto Alfred Adler del Northwestern Washington*, con sede in Bellingham, a meno di cento miglia da Seattle (WA), tuttora diretto dal Dr. Henry Stein. Il risultato del loro lavoro è la "*Classical Adlerian Depth Psychotherapy- Psicoterapia Adleriana Classica del Profondo*" (PACP).

Caratteristiche comuni ai "*terapeuti adleriani classici*" sono l'atteggiamento ottimismo e propositivo, l'orientamento pragmatico, in linea con la più autonoma e originale espressione filosofica statunitense, che ebbe influenza anche sul pensiero di Alfred Adler, e il grande impegno in ambito clinico, preventivo e didattico [55, 78, 79]. Pertanto, pur mantenendo la loro attenzione rivolta agli altri orientamenti psicoterapici in rapido sviluppo e ai progressi delle Neuroscienze, essi sono animati tanto dall'aspirazione all'ortodossia e al purismo teorico, quanto dal desiderio di selezionare i contributi contemporanei che siano compatibili con una certa tradizione, anche storica e culturale, e che arricchiscano il modello adleria-

no, preservandone la coerenza interna.

Tale processo è reso possibile, dalla matrice epistemologica del modello di Alfred Adler. Proprio la coerenza dell'impianto teorico, rende il contributo di questo gruppo degno di attenzione, soprattutto considerando il panorama psicoterapico contemporaneo, che presentando ben più di un modello teorico e pratico, potrebbe declinare verso forme di eclettismo, se non di un sincretismo teorico [28, 65].

3. Il più grande contributo di Sophia De Vries e di Henry Stein è il loro importante lavoro sulla *diagnosi dello Stile di Vita* così come effettuata da Alfred Adler. Prima del loro apporto, infatti, tale processo diagnostico, apprezzato e talora idealizzato come il frutto della capacità intuitiva unica e irripetibile del "genio" di Adler, rischiava di andare perduto. Apprendere che, in realtà, tale processo è riproducibile e come ciò possa avvenire nella propria pratica clinica, rappresenta una delle più complesse sfide che si pongono a un analista nel suo processo di crescita e di cambiamento. Nel contesto culturale in cui ci troviamo, che spesso seleziona e promuove approcci psicoterapici sempre più "manualizzati" e meccanizzati [53], il valore di un modello che aiuti a preservare ed utilizzare la nostra "umanità" come terapeuti, è davvero inestimabile.

Le annotazioni che seguiranno nascono dal desiderio di considerare costruttivamente alcuni aspetti di quanto finora acquisito nel percorso di studio e crescita personale con Henry Stein, che si configura come un viaggio, teorico ed esperienziale, al centro del pensiero di Adler, fino al suo nucleo concettuale, in un clima di amicizia, curiosità, stima e cooperazione, forse a tratti ispirato a quell'"*innocent perception*", così brillantemente descritta da Abraham Maslow [51, 52].

B. I primi adleriani: alcuni cenni biografici

1. Dopo la morte in Scozia di Adler nel 1937, negli Stati Uniti il modello di Dreikurs a Chicago [32, 33, 34, 35, 36, 48], si diffuse rapidamente, privilegiando l'indirizzo psicopedagogico del modello originale. In Europa la teoria adleriana, appare piuttosto articolata in diversi modelli teorici ed operativi. Il dialogo, non sempre facile, nei numerosi Congressi della I.A.I.P., non è mai venuto meno ed appare a tutt'oggi molto fruttuoso [65]. Alcuni analisti in U.S.A. rimasero fedeli agli insegnamenti originali della Psicologia Individuale e ne mantennero vivi lo stile terapeutico e gli insegnamenti originariamente e direttamente appresi [94]. In particolare *Alexandra e Kurt Adler* continuarono a esercitare la professione secondo la tradizione paterna; *Lydia Sicher* si focalizzò sulle applicazioni teoriche e pratiche delle idee di Alfred Adler, avendo trattato, con i metodi appresi direttamente da lui, oltre tremila casi [75]; *Alexander Müller* esplorò problemati-

che filosofiche e religiose servendosi degli strumenti messi a disposizione dal modello Individualpsicologico [54, 55, 56, 57, 59]; *Erwin Wexberg* elaborò più in dettaglio le teorie dello sviluppo infantile e della “*child guidance*”; *Anthony Bruck* esplorò le potenzialità della Psicoterapia Adleriana Breve ed ideò il processo di “Visibilizzazione” della Psicologia Adleriana, attraverso l’utilizzo di grafici [20, 21, 22, 23]; *Sophia de Vries* [30, 31], lavorando con *Henry Stein* per trent’anni, descrisse in dettaglio il processo psicoterapico e lo *stile socratico* adleriani in modo da renderli più facilmente trasmissibili agli studenti [77].

2. Si ritiene utile tratteggiare la Biografia di 4 figure significative specie in riferimento alla CADP.

- a) *Lydia Sicher* (1890- 1962) [29, 75], medico viennese, collaborò con Adler presso la Clinica per le Malattie Nervose del *Mariahilfer, Franz-Josef Ambulatorium* di Vienna, da lui diretta. Quando Adler lasciò Vienna nel 1929 per recarsi negli Stati Uniti e assumere la cattedra di Psicologia Medica alla Long Island University, Lydia Sicher fu nominata presidentessa della Società Viennese di Psicologia Individuale e direttrice della Clinica, dove, assieme al suo assistente Franz Plewa, trattò oltre tremila casi con il metodo appreso dal suo maestro. L’esperienza clinica accumulata e la sua notevole abilità di oratrice fecero sì che fosse molto richiesta come lettrice in Austria, Inghilterra, Olanda, Lituania e Polonia. Lasciò Vienna nel 1938 e, dopo un anno trascorso in Inghilterra per la convalescenza, in seguito ad un grave incidente automobilistico, raggiunse gli Stati Uniti nel 1939, dove divenne presidentessa della Società Americana di Psicologia Individuale e membro del Comitato Editoriale del *Journal of Individual Psychology*. Trascorse alcuni anni in Utah e nel 1941 emigrò a Los Angeles, dove nel 1948 organizzò il primo gruppo adleriano: l’Istituto di Psicologia Individuale. Fondò inoltre a Bakersfield una *Child Guidance Clinic* e contribuì alla fondazione della Società Alfred Adler a Los Angeles, che si occupava di “formare” professionisti in ambito Individualpsicologico. Nello stesso periodo fu assistente psichiatra nel Servizio Psichiatrico di Los Angeles e nel Dipartimento di Salute Mentale dell’Ospedale Cedars of Lebanon. La sua vita fu dedicata all’insegnamento delle applicazioni teoriche e pratiche delle idee di Adler. Fu autrice di oltre 240 pubblicazioni, di cui solo una piccola parte in inglese.
- b) *Alexander Müller* (1895-1968) [59], ungherese di famiglia ebrea, si iscrisse alla Facoltà di Medicina di Vienna, ma fu costretto ad interrompere gli studi nel 1916 a causa della Prima Guerra Mondiale. Si arruolò nell’esercito e fu prigioniero in Russia per quattro anni. Dopo la guerra tornò a Vienna ed entrò in contatto con Alfred Adler. Fu suo assistente nell’organizzazione dei Centri di Educazione del Bambino, psicoterapeuta e supervisore. Quando il Partito Nazionalsocialista acquistò maggior potere, decise di emigrare con la moglie. Tentarono dapprima di stabilirsi in Italia, Francia e Belgio, poi trovarono rifugio ad Amsterdam, dove fondò un gruppo di Psicologia Individuale.

Durante la seconda Guerra Mondiale, quando i tedeschi invasero l'Olanda, il Dr. Müller e la moglie tornarono in Ungheria e in seguito vennero internati in un campo di concentramento. Dopo la fine del conflitto, essi tornarono in Olanda e vi rimasero fino al 1952. In tale anno gli fu offerta la possibilità di insegnare Psicologia Individuale presso l'Istituto di Psicologia Applicata a Zurigo. Egli divenne direttore della Società Svizzera di Psicologia Individuale. Si ritirò dalle attività nel 1961 per scrivere un manuale di Psicologia Individuale. Purtroppo si ammalò gravemente e non gli fu possibile concludere il lavoro. Morì nel 1968, a Zurigo.

- c) *Anthony Bruck* (1901-1979) [17,18,19,20], ungherese, fu avviato dal padre alla carriera imprenditoriale, per la quale non si sentiva portato. Nel 1922 si laureò in Amministrazione aziendale alla Hochschule Fuer Welthandel a Vienna. Egli aveva un'educazione classica, amava molto il teatro e parlava sei lingue. Dopo la laurea emigrò negli Stati Uniti, dove lavorò per un breve periodo in ambito commerciale. Nel 1925 entrò in contatto con il pensiero adleriano attraverso la lettura di una pubblicazione e si abbonò allo *Zeitschrift fur Individual Psychologie*. Nel 1926 quando lesse sullo *Zeitschrift* che Adler si sarebbe recato negli Stati Uniti, gli scrisse immediatamente e si mise a sua disposizione. Adler gli rispose chiedendogli se poteva organizzargli delle conferenze a New York. Bruck lo fece, ed ebbe così inizio il loro rapporto. Dal 1927 al 1931 ebbe l'opportunità di osservare Adler all'opera nella *Community Church Clinic di New York*. Nella clinica, i pazienti sedevano con la schiena rivolta a un lenzuolo che era stato appuntato al telaio di una porta. Dietro il lenzuolo, in uno stanzino, gli allievi di Adler avevano la possibilità di osservare, non visti, il progredire della terapia. Nel 1931 tornò a Vienna per acquisire maggiori competenze in ambito Individualpsicologico, frequentando le 32 Cliniche infantili allora presenti, seguendo i corsi di Adler e unendosi agli adleriani che si ritrovavano al Caffè Schiller per le loro discussioni. Tornò negli Stati Uniti solo nel 1947, con 18 anni di esperienza in ambito psicoterapico e di insegnamento, non solo in Austria, ma anche in Egitto, Spagna, Francia, Jugoslavia, Messico e Costa Rica. Nel 1977 presentò alcuni seminari illustrando i suoi schemi e le sue idee agli Adleriani di San Francisco, a San Rafael in California. Nel 1978 si trasferì a New York per lavorare su vari manoscritti, che documentavano le sue eccezionali competenze nella pratica della Psicoterapia Adleriana Breve. Dopo la sua morte, tutti i suoi scritti vennero donati all'Istituto Alfred Adler di San Francisco [20, 21, 22, 23].
- d) *Sophia de Vries* (1901-1999) [30, 31, 100] olandese, nel 1919 si diplomò in Pedagogia e cominciò a lavorare con bambini affetti da disturbi emotivi e dell'apprendimento. Entrò in contatto con Adler attraverso le conferenze di Fritz Kuenkel sulla gestione del bambino difficile. Studiò con Maria Montessori in Italia dal 1922 e al 1925, poi tornò in Olanda dove continuò la formazione universitaria in Psicologia presso l'Università di Amsterdam. In seguito si

trasferì a Vienna dove frequentò i corsi di Adler, Lydia Sicher, Alexander Müller, Rudolf Dreikurs, August Eichorn e Karl Bühler. Fu in analisi con Lydia Sicher e supervisionata da Alexander Müller. Durante la seconda Guerra Mondiale fu costretta ad interrompere gli studi di psicologia poiché rifiutò di prestare giuramento di fedeltà ad Hitler. Frequentò comunque la Scuola di Psicologia Internazionale e continuò segretamente a praticare la Psicologia Individuale, proibita dal nazismo. Dopo la guerra si ristabilì in Olanda un gruppo adleriano ed ella fu chiamata all'insegnamento con Alexander Müller. Emigrò negli Stati Uniti nel 1948, dove lavorò con Lydia Sicher nel Sud della California e continuò a esercitare privatamente la professione di psicoterapeuta e a dedicarsi alla didattica. Per quasi vent'anni è stata tutor e consulente dell'Istituto Alfred Adler di San Francisco, dedicandosi all'insegnamento della Psicologia Adleriana Classica e sviluppando un adattamento del metodo socratico alla psicoterapia.

II. *Lo stile terapeutico e la tecnica di Alfred Adler*

A. *Trasmissibilità delle sue opere*

Nella Prefazione alla raccolta delle opere di Lydia Sicher [29], Henry Stein osservava che lo studioso il quale tentasse di cogliere gli aspetti della “seconda ondata” di interesse per la Psicologia Individuale che stava attraversando gli Stati Uniti - la prima era originata dallo stabilirsi di Adler stesso in America - avrebbe dovuto affrontare notevoli problemi, legati alla scarsità di risorse disponibili. Tutte le edizioni delle opere adleriane erano esaurite; il venti per cento dei suoi scritti in tedesco, non era mai stato tradotto e la traduzione inglese di due delle sue più importanti opere, “Il Temperamento Nervoso” e “Teoria e Prassi della Psicologia Individuale”, era inadeguata. I primi Adleriani sottolineavano invece quanto fosse fondamentale la lettura e la rilettura degli articoli originali di Adler, considerata come un esercizio di “riscaldamento”, preparatorio all'attività clinica, così come, ricordava Sophia De Vries [31], ogni buon pianista deve esercitarsi prima di ogni concerto, perché il proprio talento artistico si esprima al meglio. La tecnica classica non era tuttavia stata sufficientemente documentata attraverso pubblicazioni, poiché sia Adler, sia i suoi primi collaboratori preferirono sempre ricorrere a dimostrazioni cliniche pratiche. Adler [2] raccomandava di servirsi dell'intuizione per orientare le osservazioni cliniche, ricercando sistematicamente le risposte infantili simili ai sintomi attuali, l'ideale di personalità come fattore determinante le nevrosi, la ricerca del più ampio denominatore comune di tutti i movimenti espressivi. Anche Shulman [74] pone spesso in rilievo l'uso dell'intuizione come strumento diagnostico, senza peraltro trattare in modo esaustivo se e come tale capacità intuitiva potesse essere sviluppata attraverso un programma didattico articolato. Stein [78] evidenzia invece che tale intuizione non è casuale,

ma che è possibile che il terapeuta affini la propria capacità intuitiva in modo da percepire la “logica privata” del paziente, se si abitua ad osservare le azioni ed i comportamenti umani dal punto di vista non tanto della forma (Diagnosi Strutturale Psicoanalitica), quanto del movimento (Diagnosi dello Stile di Vita): inteso sia in senso intrapsichico (Schema di Vita) che relazionale (Stile di Vita propriamente detto), e se sviluppa sistematicamente l’abilità di analizzare il comportamento intenzionale, avendo come riferimento il possibile funzionamento ottimale dell’individuo in analisi. Fin dal 1961 Stein aveva lavorato con Sophia de Vries, suo tutor, che formatasi con Adler stesso e con oltre cinquant’anni di esperienza clinica, praticava la psicoterapia adleriana originale in modo estremamente creativo. Insieme, analizzando per oltre un ventennio, la struttura di centinaia di sedute psicoterapiche registrate, evidenziarono le complesse, sottili e profonde dinamiche della tecnica terapeutica originale, descrivendo per la prima volta in dettaglio, il processo di traduzione della diagnosi dello Stile di Vita sul piano terapeutico. Servendosi dei contributi di Abraham Maslow [51, 52, 94] per approfondire le dinamiche del processo psicoterapico creativo, misero inoltre in luce le dinamiche emotive e cognitive che conducono agli *insight* terapeutici e a strategie di trattamento artistiche e irripetibili; nonché le modalità con cui il terapeuta prende parte a tale processo, i suoi compiti e gli strumenti di cui dispone. Descrissero infine il peculiare utilizzo adleriano del *metodo socratico* [77, 98, 99]. Oggi, il frutto del loro lavoro è parte del programma di formazione analitica proposto dagli Istituti di San Francisco e Bellingham, grazie all’impiego di strategie di condivisione e di descrizione del processo creativo implicato nella diagnosi [101].

B. Il Progetto di traduzione

Per favorire la comprensione e l’insegnamento di tale processo, venne parallelamente avviato dal Dr. Stein un Progetto di traduzione del Corpus Adleriano [101]. Attraverso contatti con la Germania e l’Olanda e l’accesso alla Biblioteca del Congresso degli Stati Uniti, fu recuperato ogni articolo, manoscritto o libro disponibile. Per le traduzioni dal tedesco, oltre alla collaborazione di Kurt Adler e di Sophia De Vries, vennero impiegati dei traduttori cui fu data una formazione di base in Psicologia Individuale. Laurie Stein, moglie del Dr. Stein e docente di letteratura inglese, revisionò poi le traduzioni letterali, rendendole più chiare e scorrevoli, senza che andasse perduta la profondità del loro significato. Nacque quindi nel 1993 l’*Adlerian Translation Project*, progetto di traduzione in inglese, delle opere di Adler e degli Adleriani Classici. Oggi è disponibile la raccolta completa delle opere di Alfred Adler in 12 volumi [80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93], per ora solo in lingua inglese, ma preziosissima per chiunque sia interessato ad uno studio approfondito e critico dell’importante lavoro di Adler. Il progetto di traduzione e revisione è inoltre rivolto alle opere dei Primi Adleriani. Sono disponibili due volumi che raccolgono le opere di Anthony

Bruck [22, 23] ed uno relativo al lavoro di Alexander Müller [59].

Tale progetto potrebbe essere considerato l'equivalente del lavoro effettuato da Strachey per il Corpus Freudiano [40], vale a dire una base importante per garantire ad ogni aspirante analista una valida formazione, necessaria a preservare e diffondere l'insegnamento di Adler nella sua "essenza", in quanto frutto del lavoro condiviso di alcuni tra i suoi primi e più stretti collaboratori.

III. *La Psicoterapia Adleriana Classica del Profondo: aspetti teorici*

A. Definizione e Principi Teorici del Modello Classico: Unità e Unicità dell'Individuo, Orientamento verso una Meta, Contesto Sociale e Sentimento di Comunione, Concetto di Salute Mentale

1. *La Classical Adlerian Depth Psychotherapy (CADP) - Psicoterapia Adleriana Classica del Profondo (PACP)*, è basata sugli insegnamenti originali di Alfred Adler e sul suo "stile terapeutico", descritto dagli allievi come delicato, rispettoso e creativo. Il modello si propone come un sistema unificato di psicoterapia del profondo, filosofia e pedagogia [92, 93, 94], basato su uno specifico sistema valoriale; esso comprende una teoria della personalità, una teoria della psicopatologia, una filosofia di vita, strategie di educazione preventiva e di tecnica psicoterapica a breve [22] e lungo termine, individuale, di coppia, familiare e di gruppo. L'obiettivo è quello di incoraggiare lo sviluppo di individui, coppie e famiglie cooperative e psicologicamente sane, per perseguire gli ideali di uguaglianza sociale e di democrazia, guidati da un sentimento di "appartenenza cosmica" nel senso più lato [78, 94, 99]. Questo tema verrà più avanti ripreso in dettaglio.

Il termine "classica", è stato adottato per porre in risalto la necessità di riferire il nucleo teorico della PACP direttamente agli scritti di Adler, arricchiti dal contributo dei suoi più stretti collaboratori, distinguendola nettamente tanto dall'approccio psicopedagogico di Dreikurs [32], quanto da alcuni sviluppi europei, ritenuti più eterogenei o di linea costruttivista rispetto alla teoria adleriana. Si tratta di un approccio terapeutico il cui insegnamento parte dallo stesso Alfred Adler, attraverso Lydia Sicher, Alexander Müller, Anthony Bruck, Sophia de Vries e Henry Stein. Il modello [99], che si colloca dia-logicamente tra la visione adleriana del soggetto psicologicamente sano e quella di Maslow del soggetto *auto-attualizzantesi* [52], ha delle analogie rispetto alla Psicologia del Sé e alla Psicologia delle Relazioni Oggettuali, poiché il focus del trattamento è centrato sulle relazioni passate del paziente, sulle relazioni attuali e sulla relazione con il terapeuta [45]; è simile alla Psicologia Sociale e alla Psicologia Sistemica, per il fatto di riconoscere l'appartenenza dell'individuo al contesto sociale e familiare; si avvicina alla Prospettiva Psicoanalitica Intersoggettiva [62], ma anche alle

teorie costruttiviste, non riconoscendosi però in nessuno di questi indirizzi, per il differente impianto filosofico, per l'attenzione posta al *significato* che l'individuo dà al mondo e alle sue relazioni con esso [12, 13]. Centrale è la concezione del *potere creativo* dell'individuo diretto verso una meta, scelta da lui stesso, ma divenuta inconscia una volta adottata come meta finale finzionale [38]. Essa organizza i movimenti dell'individuo in modo unitario, orientandoli tutti nella stessa direzione. Secondo Adler, emozioni, ricordi, sogni, fantasie, progetti e comportamenti, riflettono il movimento verso tale meta. Questo concetto di unità, secondo il quale un "tema centrale" si riflette in ogni espressione psicologica, è simile al *concetto fisico di ologramma* e ai principi della *geometria frattale*, in cui ciascuna parte del tutto, riflette un'immagine di quella totalità [25, 64, 78, 99, 101]. Ciò non è tuttavia da intendersi in senso deterministico, anzi il modello si colloca in posizione diametralmente opposta, poiché confluiscono in esso fattori di origine biologica, psicologica e sociale, organizzati "artisticamente" dal potere creativo dell'individuo in un movimento compensatorio orientato verso una meta [71]. E' estremamente affascinante osservare come questo semplice postulato, che pone la radice della sofferenza individuale nel futuro piuttosto che nel passato, possa essere applicato alla pratica clinica per produrre un cambiamento strutturale.

2. La Psicoterapia Adleriana Classica è definita "del profondo" per porre in risalto come il processo terapeutico miri a cambiare il nucleo profondo della personalità dell'individuo, promuovendone il movimento non più verso una specifica direzione compensatoria, ma verso quella che viene definita la "*Dissoluzione dello Stile di Vita, della Logica Privata e della Meta Finale Fintionale*". Ciò libera la personalità aiutandola a uscire dalle limitazioni che si è autoimposta, rendendola autenticamente auto-attualizzante [51, 52], pienamente funzionante e creativa [38, 101], ispirando l'individuo a diventare il "*miglior che può diventare*", per il bene comune. I contributi di Abraham Maslow [51, 52] si sono rivelati preziosi, poiché hanno consentito di giungere alla concettualizzazione del *dialogo meta-terapeutico*, sede privilegiata di discussione dei meta-valori e dei meta-bisogni, nonché all'adattamento del processo psicoterapico ai livelli gerarchici di bisogni dell'individuo.

E' importante qui ricordare che tale approccio terapeutico si rivolge indifferentemente a individui con sintomi manifesti, nonché a individui sani, che desiderino evolversi ulteriormente verso più alti livelli di funzionamento. Esso non si limita, infatti, a identificare e trattare i quadri psicopatologici, ma si occupa anche della salute mentale in senso più ampio, studiando le caratteristiche delle persone con un funzionamento adeguato, per perseguire un ideale evolutivo accessibile a tutti coloro che sono interessati. In tal senso, criteri principali per definire lo stato di buona salute psichica, divengono il sentimento di connessione con gli altri esseri umani e la disponibilità a sviluppare appieno i propri potenziali per il benessere della comunità. Applicando tali criteri molti individui, definiti come "ben adatta-

ti alla società”, per il solo fatto di raggiungere i loro scopi, di primeggiare in ambito sociale e professionale, di ottenere sempre dagli altri ciò che desiderano: sarebbero considerati nevrotici.

Il modello è incentrato sul *Sentimento Comunitario* come indice di buona salute psichica, come obiettivo di trattamento e come indicatore di processo. Si tratta di un approccio psicoterapeutico fortemente ottimista e profondamente “spirituale”, che pone in equilibrio tra loro il bisogno dell’individuo di tendere ad uno sviluppo ottimale e la propria responsabilità di fronte alla società, consapevole di essere parte di un tutto [1, 22, 23, 24, 30, 31, 59], con afflitti anche “cosmici” [78]. Questo è, infatti, il senso profondo del termine tedesco “*Gemeinschaftsgefühl*”, utilizzato da Adler. Esso è stato tradotto in inglese nei modi più svariati: Social Interest (Interesse Sociale), Social Feeling (Sentimento Sociale), Community Feeling (Sentimento Comunitario) [12] ed esprime in realtà un concetto multidimensionale [78]. Alcuni individui possono comprenderne e applicarne alcune dimensioni e trascurarne altre. La dimensione affettiva comporta un senso di appartenenza al Genere Umano e la capacità di provare empatia verso il prossimo, sentendosi a casa nel Mondo e accettando i lati piacevoli e spiacevoli dell’esistenza. La dimensione cognitiva comporta il riconoscimento del principio di interdipendenza tra gli individui, secondo cui il benessere di ciascun individuo dipende in ultimo dal benessere di tutti. La dimensione comportamentale comporta la traduzione di tali pensieri e sentimenti in azioni che mirano all’evoluzione personale e in movimenti cooperativi verso gli altri. Tuttavia, Adler vedeva tutti gli esseri viventi interconnessi a molti livelli. Un individuo può percepire la propria connessione con un altro, con la famiglia, gli amici, la comunità e così via, in cerchi che si espandono sempre più. Tale interconnessione oltre a svilupparsi in un ecosistema complesso, si protende a problematizzare gli aspetti “spirituali”: tema molto sentito e dibattuto, specialmente nell’ultimo Adler [7, 8, 9, 59, 70, 78]. Ciò che oggi possiamo fare dipende in gran parte dai contributi di coloro che ci hanno preceduto. E questo vale anche per noi, rispetto alle future generazioni. La domanda cruciale alla quale, per Adler, ogni individuo si trova a dover cercare una risposta, è “Quale sarà il mio contributo alla Vita? Sarà sul lato utile o inutile dell’esistenza?”.

3. Anthony Bruck e Sophia De Vries [23, 30, 31, 101] ricordano che Negli Stati Uniti, Adler e molti suoi allievi, preferivano proprio per questo tradurre “*Gemeinschaftsgefühl*” con “*Feeling of Community*”, tradotto in italiano con “*Sentimento di Comunità*”. Tale traduzione non tiene conto del fatto che “community” in lingua inglese significa anche “comunione, comunanza” e non solo “comunità”. In italiano peraltro, il termine “comunità” ha un significato molto più riduttivo del termine “comunione”, che si estende non solo alle persone, ma anche a tutto il contesto immediato e allargato che ci circonda [105]. Sappiamo quanto, da sempre, la corretta interpretazione del concetto di “*Gemeinschaftsgefühl*”

sia stata problematica, e che questo ha comportato diverse “traduzioni” del termine, con sottintesi anche teorici, metodologici e ideologici. Secondo gli Adleriani della Scuola di San Francisco, la traduzione corretta di “Feeling of Community” pare quindi essere “*Sentimento di Comunione*”, con un preciso riferimento al concetto di interconnessione e di inclusione del “Cosmo intero” nelle sue connotazioni spaziali e temporali.

4. Adler considera il Sentimento di Comunione innato e come parte del vero Sé di ogni individuo, anche del più disturbato. Tuttavia esso deve essere sviluppato, coscientemente, attraverso una guida: dapprima della madre, poi del padre, poi degli insegnanti nella scuola. Se tutte queste figure sono inadeguate, il terapeuta rappresenta talvolta l’ultima possibilità di integrare ciò che è venuto a mancare, attraverso il processo psicoterapico. Per poter adempiere a tale compito, è necessario che lo psicoterapeuta abbia compiuto un sufficiente percorso di addestramento, che consiste non soltanto nell’acquisizione di un bagaglio teorico-tecnico-esperienziale, ma anche e soprattutto di una *filosofia di vita*, basata sul suo attivo contributo sociale e improntata ad un preciso sistema valoriale, nonché integrata a livello personale e vissuta quotidianamente. La formazione quindi, per gli analisti della Scuola di San Francisco, sembra richiedere un *di più*, con connotazioni di ordine spirituale, oltre che valoriale. Come si è detto è questo un tema problematizzato nell’ultimo Adler, ma con interpretazioni non univoche [9, 12, 13, 38, 67, 70]. Per la Scuola di San Francisco, ciò significa anzitutto sviluppare se stessi, tendendo al massimo livello possibile di autocoscienza, contribuire attivamente al benessere sociale [29] e attivare tale processo nei propri pazienti. Nei casi più favorevoli, l’esito del trattamento porta a sviluppare una filosofia di vita che sostituisce, in grado variabile, secondo la disposizione del soggetto e le capacità individuali, gran parte del sistema difensivo originario che dà corpo alla struttura di personalità e ai suoi tratti, così come li conosciamo dalla psicopatologia psicoanalitica. Le difese vengono abbandonate perché non più necessarie, tendendo l’individuo a muoversi, in modo autenticamente libero e creativo, verso l’ideale di un funzionamento ottimale. Il processo è, come detto, denominato *Dissoluzione dello Stile di Vita, della Logica Privata e della Meta Finale Finzionale*. Esso consente che l’essenza autentica di un Sé creativo, cooperativo e che è interconnesso con il “Cosmo” a tutti i livelli possibili, si possa manifestare [9, 31, 38, 59, 70, 71, 78, 94, 99].

B. Teoria Finzionale e Visione dell’Uomo nella PACP

1. La Psicoterapia Adleriana Classica del Profondo, pone al centro del trattamento e dei principi teorici che lo definiscono, il *concetto di finzione* [103], qui collegata al concetto di *potere creativo* dell’individuo. Adler, influenzato dall’opera di Vaihinger [12, 103] afferma che le finzioni sono costrutti psichici che forni-

scono un orientamento all'individuo, nel senso dell'utile o dell'inutile, ma che quando non servono più, possono essere abbandonate senza verifica, diversamente dalle ipotesi. Spesso, secondo Adler, sotto la spinta della tendenza alla salvaguardia, radicata nei sentimenti di inferiorità, l'individuo abbandona il ragionamento per induzione e deduzione, per servirsi di schemi finzionali [69].

Il nucleo di tali concetti è già peraltro contenuto nell'affermazione di Seneca, spesso citata da Adler “*Omnia ad opinionem suspensa sunt*”, “Tutto dipende dall'Opinione”. Ebbene, applicare tale concetto alla pratica clinica è la sfida principale dell'Analista Adleriano Classico e al contempo la sorgente della sua capacità intuitiva ed artistica.

2. Nell'ambito dell'autodeterminazione, del potere creativo e dell'incoraggiamento, l'uomo nasce in un contesto che percepisce, di per sé, caotico e al quale tuttavia sente di appartenere (*Sentimento di Comunione*). Per potersi orientare in tale caos, ha bisogno di alterarlo in qualche modo a partire da un punto preciso, il più consono all'esperienza che sta vivendo. Tale processo lo costringe a percepire la propria condizione di inferiorità primaria, che fissa in qualche modo le coordinate di partenza e istantaneamente e simultaneamente, per inversione, le coordinate di arrivo della rotta del viaggio esistenziale, diretto nel futuro [31, 80]. Coordinate e rotta sono al soggetto, per lo più sconosciute e possono restare tali per tutta la vita. La mente si differenzia, per Adler, impiegando costrutti finzionali, che non necessitano di verifica. La finzione sembrerebbe quindi comportarsi come un attrattore esterno nella Teoria del Caos, che funge da polo magnetico in grado di catalizzare e porre i limiti di un processo [25, 100]. I costrutti finzionali, operando attraverso schemi antitetici duali, creano improvvisamente uno spartiacque tra Sé e altro da Sé, tra danno e riparazione, tra malessere e benessere, guidando la selezione e l'interpretazione di alcune tra le innumerevoli esperienze che il mondo circostante propone, secondo un preciso piano di orientamento. Attorno al “paletto della finzione piantato in mezzo al caos”, si comincia ad organizzare il Sé finzionale. Esso nasce dall'impossibilità di tollerare ciò che appare come caos, favorendo la creazione di una sorta di “nicchia” sociale esterna in grado di ospitare l'individuo, che è il riflesso di un simultaneo processo intrapsichico finzionale. Molteplici sono i fattori che contribuiranno a determinare dove il soggetto “pianterà il paletto”: gli influssi ambientali (diade, triade, fratria e costellazione familiare e sociale) e le dotazioni psichiche e fisiche (genetiche), ma soprattutto il potere creativo dell'individuo [80, 81]. Alexander Müller, uno dei più stretti collaboratori di Adler, afferma che “la questione centrale della Psicologia Individuale è il potere creativo” [56, 59]. Nel caso delle psicopatologie, tale potere creativo si attiva in direzioni disfunzionali in presenza di bassi livelli di Sentimento di Comunione, deviando verso un egocentrismo difensivo che crea un sentimento di disconnessione dagli altri, ma anche dal sentimento di appartenere a una totalità, con afflitti cosmici. Tale stato si manifesta come la

negazione della realtà condivisa. E' dunque importante riattivare il potere creativo nell'individuo sofferente, ridirigendolo verso il lato utile dell'esistenza. Ciò si ottiene offrendo incoraggiamento. Nel modello della PACP vengono descritti due tipi di incoraggiamento [97]: 1) *Incoraggiamento aspecifico*, che consiste nell'offrire supporto e speranza al paziente mantenendo un atteggiamento vigorosamente ottimista che deriva dalla considerazione che il coraggio nasce dall'aver superato le proprie difficoltà. 2) *Incoraggiamento specifico*, che ha come oggetto il materiale finzionale, che porta l'individuo a evitare ciò che ritiene impossibile da superare. In tale senso il processo terapeutico mira a condurre il paziente a comprendere che può fare ciò che sente impossibile, attraverso l'abbandono di schemi finzionali disfunzionali a favore di schemi più utili. Divenire responsabili dei propri sintomi, rende dunque realmente liberi. Tale straordinario concetto è stato spesso purtroppo frainteso come esaltazione del Superuomo o come colpevolizzazione del soggetto sofferente. Ma colpa e responsabilità sono concetti molto differenti. Gli esseri umani nascono interconnessi tra loro, con la natura, con il cosmo [25, 100], indipendentemente dalla loro volontà. La piena realizzazione di tale realtà (dissoluzione dello Stile di Vita), rende desiderosi di assumersi la responsabilità di contribuire a ogni livello possibile, per avvicinarsi, anche solamente di un passo verso un ideale di perfezione e completezza personale, sociale, cosmica. Responsabilità che non rappresenta tanto un onere, quanto un diritto di nascita.

L'applicazione di tale concetto alla psicoterapia la rende non solo più efficace, ma profondamente spirituale [8, 9, 59, 70], portatrice di speranza in un mondo che invita gli individui a dimorare sempre più a lungo nella sofferenza, ironizzando su di essa, promuovendo l'adozione di finzioni di gruppo, che impediscono agli individui di realizzare come la radice della sofferenza affondi spesso in limiti autoimposti e non fattuali, che non consentono di percepire la realtà intesa come "Senso Comune".

3. Alfred Adler afferma [7]: *"Il bimbo costruisce la propria intera esistenza, che noi abbiamo chiamato Stile di Vita, in un periodo in cui non possiede né un linguaggio adeguato, né concetti adeguati. Quando continua a crescere nel senso del proprio Stile di Vita, egli cresce secondo un movimento che non è mai stato formulato in parole, quindi inaccessibile alla critica e alla critica derivante dall'esperienza. Non possiamo dire che si tratti di inconscio rimosso"*.

La Teoria Adleriana della Personalità descrive il processo evolutivo infantile in modo chiaro e coerente [6,7,12]. Ogni individuo, infatti, obbedisce, secondo tale teoria, a una legge insita nella vita stessa, quella del movimento da un minus verso un plus, ovvero verso la completezza, piuttosto che verso la "supremazia" in senso lato, come spesso frainteso. Infatti, la "Volontà di Potenza" nel modello Classico della Scuola di San Francisco, non rappresenta tanto un'Istanza Psicica, quanto un deraggiamento dello "Sforzo verso la Completezza", in pre-

senza di bassi livelli di Sentimento di Comunione. Gli eventi percepiti come sfavorevoli in età evolutiva, vengono affrontati con uno sforzo creativo compensatorio o ipercompensatorio, che, procedendo per tentativi ed errori, porta a un Prototipo Infantile, quella proto-personalità che incorpora la meta finale finzionale. Dopo che esso si è stabilizzato, il mondo viene visto attraverso uno schema appercettivo antitetico e tendenzioso. Solo più tardi il Prototipo infantile si cristallizzerà nello Stile di Vita. A partire dai sentimenti di inferiorità primari infantili, comuni a tutta l'Umanità, grazie al potere creativo, si sviluppa fisiologicamente un movimento compensatorio adattativo verso una meta finale finzionale. Tale movimento, in assenza di un grado adeguato di Sentimento di Comunione e in presenza di sentimenti d'inferiorità esagerati, che promuovono una visione egocentrica del mondo e una conseguente tendenza alla salvaguardia, può svilupparsi verso una meta finale altrettanto esagerata. L'inadeguatezza dello Stile di Vita che ne deriverà, di fronte a uno o più compiti vitali, potrà eventualmente esitare nei sintomi. Sentimenti di inferiorità particolarmente intensi, se presenti in età evolutiva, contribuiscono a dare una specifica impronta al Prototipo Infantile della personalità. Esso si forma a partire dalle impressioni relative all'ambiente, al Sé, e al Sé in relazione con l'ambiente [7], ma non è equivalente al Sé, né alla personalità, esprimendone soltanto una parte [45]. Per tale ragione, la diagnosi strutturale psicoanalitica e la diagnosi dello stile di Vita secondo Adler non possono essere poste sullo stesso piano, poiché il modello adleriano originale non prevede l'utilizzo di un sistema diagnostico basato su categorie o tipologie, ma tenta di catturare e descrivere l'assoluta unicità di ciascun individuo, attraverso una terminologia volutamente semplice e chiara, come quella propria del bambino nell'epoca in cui si forma il suo Prototipo Infantile [78].

Si potrebbe obiettare che un tale modello non è compatibile con i sistemi diagnostici e classificatori comunemente in uso e che per tale ragione non è sufficientemente flessibile. La teoria finzionale sulla quale il sistema si basa, tuttavia, fornisce una risposta al bisogno di porre in dialogo il modello adleriano classico con gli altri orientamenti. La PACP esorta a porre una netta distinzione tra il punto di vista della forma e quello del movimento. Attraverso un uso della finzione come metodologia di supporto [71], è possibile considerare il soggetto staticamente, dal punto di vista della forma, come se appartenesse a una determinata categoria diagnostica. Tuttavia la Psicologia Individuale è unica, proprio perché coglie l'individuo in movimento e considera la forma, un "movimento congelato" [30, 31]. E' disponibile un manuale di traduzione tra specifici tratti di personalità, disturbi psichiatrici e relativi movimenti. Tale manuale si è rivelato estremamente utile qualora sia necessario porre il modello in rete con altri per uno scambio di informazioni con altri terapeuti o per fini medico-legali o assicurativi, ma è stupefacente osservare come non pare accrescere affatto la sensibilità diagnostica, anzi la riduce sensibilmente. Al contrario, il contributo della PACP è in grado di andare significativamente oltre la teoria psicoanalitica, con una com-

pressione profonda dell'individuo, nella sua unicità in movimento, che si riflette anche in ciò che appare come forma e che è possibile cogliere solamente utilizzando tutti i costrutti adleriani e ponendoli in relazione dinamica tra loro nel processo diagnostico [94].

4. Rispetto a nuovi ambiti d'applicazione del Modello Finzionale, Alexander Müller [59] osservava che la Psicologia Adleriana, in quanto antropologia filosofica, si pone come centro di aggregazione di numerose altre discipline, avendo l'immenso potenziale di porle in dialogo tra loro [71].

In tale cornice, meritano un cenno, l'applicazione del Modello Adleriano originale alla Psicotraumatologia e alle Psicoterapie derivate dalla Psicologia Buddhista del Sé, che operano sul campo relazionale attraverso stati di Mindfulness [47, 61, 76], ambiti in cui si è rivelata di grande utilità, la cornice teorica finzionale.

Per quanto riguarda il concetto di trauma in relazione al modello finzionale, Adler [7] ricorda: *“Le questioni difficili dell'esistenza, i pericoli, le emergenze, le delusioni, le preoccupazioni, le perdite, soprattutto di persone amate, le pressioni sociali di ogni tipo possono sempre essere collocate nella cornice dei sentimenti di inferiorità, per lo più in forma di emozioni universalmente riconoscibili, quali ansia, dolore, disperazione, vergogna, timidezza, imbarazzo e disgusto”*. Considerando un evento traumatico patogeneticamente attivo, soggettivo o oggettivo, acuto ed episodico o protratto nel tempo, possiamo correlarlo con sufficiente precisione, sia con un improvviso, acuto e abnorme Sentimento di Inferiorità, declinato in tutte le possibili gradazioni individuali e sfumature (impotenza, pericolo, inadeguatezza, mancanza di controllo), sia con il protrarsi di impressioni infantili dolorose legate alla percezione più o meno erronea della propria impotenza di fronte ad un ambiente ostile. E ancora [8]: *“Nessuna esperienza è di per sé causa di successo o fallimento. Noi non soffriamo (solamente) per lo shock derivante dalle nostre esperienze, il cosiddetto trauma, ma facciamo di esso proprio ciò che meglio si adatta ai nostri propositi”*. Come precedentemente ricordato, secondo Adler emozioni, ricordi, sogni, fantasie, progetti e comportamenti riflettono il movimento verso la meta finale finzionale.

Questi concetti ispirano il terapeuta ad andare oltre alcuni approcci psicotraumatologici che considerano il trauma come una ferita difficile da guarire, che cristallizza il ruolo di vittima come soggetto che può solo essere consolato e indennizzato. La cornice teorica finzionale propria del modello adleriano originale, esorta il terapeuta ad accrescere la resilienza del paziente attraverso l'attivazione del suo Sentimento di Comunione e la realizzazione che qualunque cosa sia accaduta, questa può sempre essere vista, reinterpretata o riletta in modo differente e più utile per sé e per la Comunità. Anche conseguenze irreversibili di un trauma possono, infatti, essere viste come ostacolo o come propulsore verso l'evoluzio-

ne della propria condizione [30, 31]. Il modello della PACP pone in evidenza la natura finzionale della percezione individuale del tempo, così come descritta originariamente da Adler. L'individuo rievoca il passato attraverso la selezione di specifici ricordi finzionalizzati, si confronta con il presente attraverso i propri schemi e le proprie strategie consolidate in relazione ad una meta finzionale e anticipa il futuro attraverso fantasie legate a tale meta. In altre parole, è lo Stile di Vita che influenza la rievocazione del passato, l'esperienza del presente e l'anticipazione del futuro. Esso è frutto dell'assetto finzionale infantile dell'individuo stesso, stabilitosi a partire anche dai sentimenti d'inferiorità primari e cerca conferma e viene rinforzato al contempo dalla proiezione nel futuro della meta finale, attraverso una sorta di feedback che si configura come una dinamica ciclica. Tale dinamica gradualmente si allenta e si sblocca durante il processo di guarigione indotto dalla terapia.

I pazienti traumatizzati vivono bloccati in modo, direbbe Adler, finzionale, al tempo del trauma, sentendo di non avere scelta, di essere colpevoli o di essere ancora in pericolo anche quando sono ormai al sicuro. Il modello neurofisiologico dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione (EAI), proposto da Francine Shapiro per spiegare il funzionamento dell'approccio psicotraumatologico EMDR - *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing* [73], parte dal presupposto che informazioni disturbanti immagazzinate in specifiche aree del SNC nella stessa forma in cui sono state originariamente sperimentate, anche in età pre-verbale, costituiscano in qualche modo un nucleo sganciato dal mondo adulto, definito "nodo". Esso attrarrebbe a sé, con un meccanismo analogo a quello descritto da Adler come *Appercezione Tendenziosa* [8], altre esperienze simili che vi si stratificano, fino a che si strutturano una sintomatologia e un disturbo psichico. Questo modello pare compatibile con il modello finzionale, in quanto fornisce un'ipotesi di lavoro neurofisiologica potenzialmente applicabile al concetto di finzione, che non contraddirebbe il modello adleriano, ma anzi lo arricchirebbe, *come se* lo schema finzionale del nevrotico avesse uno specifico correlato neurofisiologico nei "nodi" definiti nel modello dell'EAI. Il processo di guarigione, innescato dall'EMDR attraverso l'elaborazione del materiale traumatico, rievoca in modo straordinario l'andamento del processo di cambiamento promosso dalla PACP, attraverso gli stadi descritti da Stein, cui si accennerà nei prossimi paragrafi. Il recupero del proprio ruolo, della responsabilità dei propri sintomi in senso evolutivo e l'incremento dei livelli di Sentimento di Comunione che si osservano in ambedue i processi sono stupefacenti. La Psicologia Individuale arricchisce, inoltre, tale approccio collocando l'individuo traumatizzato nel suo contesto finzionale, ponendosi, come era solito fare Adler, le domande: "Cosa ha fatto il paziente per superare quei sentimenti di impotenza e inadeguatezza? Quale è il suo movimento, il suo Prototipo Infantile, quali altri sintomi potrà eventualmente sviluppare? A chi potranno essere rivolti?". Adler sottolinea, infatti [8], che: "*L'appercezione collegata alla legge del movimento rappresenta la*

modalità in cui l'uomo guarda a se stesso e al mondo esterno. In altre parole essa rappresenta l'opinione che il bambino e, più tardi, nella stessa direzione, l'adulto si è fatto di se stesso e del mondo. Per di più, tale opinione non si può ricavare dalle parole e dai pensieri della persona in esame. Essi sono troppo fortemente influenzati dalla legge del movimento, che tende al superamento delle difficoltà e quindi, persino nel caso dell'autocondanna, lancia occhiate cariche di strugimento alle più alte vette”.

Il concetto di finzione, come illusione strutturante di un Sé che funziona in modo duale, eserciterebbe un fascino ipnotico sul paziente. In unione con il costruito del Sentimento di Comunione il concetto di interconnessione, renderebbe possibile una sfida ancora maggiore: cioè quella di aprire un dialogo fluido tra la Psicologia Adleriana e alcune concezioni proprie del pensiero Buddhista, oggi sempre più riconosciuto come valido e profondo anche in Occidente, attraverso alcuni approcci basati sullo stato di Mindfulness e sull'uso del campo relazionale [42, 47, 61, 76]: ponendole in rete in modo non artificioso e senza sostanziali alterazioni strutturali, come spesso avviene in ambito psicoanalitico.

Alcune osservazioni merita infine la questione del Transfert e del Controtransfert secondo il modello teorico della PACP, cioè della Psicoterapia Adleriana Classica del Profondo.

L'analista si pone nei confronti del paziente come “ambasciatore della realtà”, intesa come Senso Comune, con gentilezza, creatività, flessibilità tecnica estrema e fermezza nel condurlo ripetutamente ad allentare la rigidità dei propri schemi finzionali, che esercitano su di lui un fascino quasi ipnotico.

Per fare ciò, era solita affermare Sophia De Vries [30, 31, 94], il terapeuta deve svuotarsi di sé e “riempirsi con il paziente”, consentendosi di fungere da ricettacolo di ciò che accade in quest'ultimo e di divenirne consapevole per apprendere da lui. Il terapeuta non si svuota però della propria identità, poiché essa affonda ora le radici in un'identità guidata dall'ideale di elevati livelli di Sentimento di Comunione. Per sentire ciò, il terapeuta deve tendere egli stesso verso tale ideale, avendolo integrato autenticamente a livello cognitivo, affettivo e comportamentale, durante il proprio percorso formativo.

Dal punto di vista pratico, non sfugge la straordinaria similitudine tra l'atteggiamento del terapeuta nei confronti del paziente e quanto Abraham Maslow [52] auspicava nel delineare i principi di una Biologia Umanistica: Cosa accadrebbe se un organismo fosse considerato dotato di “saggezza biologica”? Se imparassimo a dare maggior fiducia alle sue capacità di autonomia, di autoregolazione e di scelta, allora chiaramente gli scienziati, i medici, gli insegnanti o persino i genitori, dovrebbero averne un'immagine più Taoista....Taoista significa chiedere

piuttosto che raccontare. Significa non intramettersi, non controllare. La parola pone l'accento sull'osservazione che non interferisce, piuttosto che sulla manipolazione controllante. E' ricettiva e passiva piuttosto che attiva e pressante. E' come dire che, se si vuole apprendere qualcosa sulle anatre, è meglio chiederlo a loro, invece che raccontarglielo. Ciò che Sophia De Vries [31] suggerisce in modo così semplice e pratico, è sostanzialmente di utilizzare il campo relazionale, piuttosto che subirlo e analizzarlo a posteriori. Ciò è oggi molto attuale nelle terapie basate sullo stato di Mindfulness [47], che prevedono un profondo contatto empatico tra paziente e terapeuta, dove si apre anche uno spazio di cooperazione (di "incontro" per la psicoanalisi intersoggettiva), per gli inconsci. Presupposto della PACP è che la cooperazione tra paziente e terapeuta avvenga sia a livello conscio che inconscio. Aiutare il paziente a cooperare anche a livello inconscio con specifiche tecniche è pertanto cruciale. Ma nei casi in cui si manifesta al termine del trattamento la "dissoluzione" dello Stile di Vita, così come più sopra descritta, gran parte dell'utilità nel distinguere tra conscio e inconscio, viene meno [78, 100]. In questo senso il transfert e controtransfert non sono ignorati, come spesso erroneamente si è pensato, ma collocati in un contesto relazionale di campo più vasto, che ne relativizza semplicemente l'importanza attribuita in origine dalla Psicoanalisi. Essi sono considerati tentativi di perseguire la meta finale finzionale, anche quando la realtà non è compatibile con essa, in presenza di bassi livelli di Sentimento di Comunione. Quando questo sentimento aumenta nel corso della terapia essi si riducono sensibilmente e la coppia terapeutica procede cooperando verso la guarigione, ben oltre l'interpretazione del transfert e l'analisi del controtransfert.

IV. *La Psicoterapia Classica del Profondo*

A. *Aspetti tecnici*

1. Il concetto di finzione diviene, nella PACP, anche il fulcro dei processi diagnostico e terapeutico, che mirano a condurre il paziente, attraverso strategie emotive, cognitive, affettive, a riconoscere e cambiare la propria meta finzionale e a creare una finzione più utile a sé, perché fonte di minore sofferenza, e più utile alla comunità, che beneficia del suo pieno contributo. Il grado di pienezza raggiunto dal paziente in tale processo può giungere, come detto, fino alla "dissoluzione" dello Stile di Vita. La validità dell'applicazione della psicologia finzionale alla clinica, ci ricorda Adler stesso, nasce dall'osservazione di una vastissima casistica nella quale il modello finzionale è apparso non contraddire i dati empirici, e utile per un orientamento diagnostico e terapeutico. Il gruppo del Dr. Stein ha mantenuto fede a questa importante osservazione ed è giunto a dimostrare come sia verificabile empiricamente. Parte del programma di formazione proposto dal Dr Stein [101], infatti, è la descrizione del processo applicativo di tale con-

cetto alla clinica, attraverso l'uso di software in grado di aiutare l'analista a descrivere e condividere con altri colleghi i passaggi del proprio processo diagnostico creativo, che si propone come una destrutturazione analitica del processo creativo (movimento) che ha condotto l'individuo in analisi, a cristallizzare il proprio Stile di Vita. E' stupefacente osservare come, quando la conoscenza derivante da tale processo diagnostico viene gradualmente condivisa con il paziente nel corso del trattamento, egli la riconosca come profondamente autentica, semplice ed esaustiva.

2. Nel passare da una valutazione diagnostica al piano di trattamento, Adler postula l'unità dinamica dei disturbi psichici [3]. Egli afferma:

“Io ho identificato e descritto certe dinamiche proprie delle nevrosi e delle psicosi come segue: 1) i sentimenti di inferiorità del bambino; 2) la tendenza alla salvaguardia e lo sforzo diretto alla compensazione; 3) una meta fittizia di superiorità creata nell'infanzia, che da allora funziona in modo teleologico e da cui originano 4) metodi sperimentati, tratti di carattere, affetti, sintomi e atteggiamenti in risposta alle richieste derivanti dall'interconnessione sociale; 5) utilizzati come mezzi per elevare il sentimento della personalità in relazione all'ambiente; 6) la ricerca di deviazioni e della distanza dalle aspettative della comunità per sfuggire ad una reale valutazione e alla responsabilità personale; 7) la prospettiva nevrotica e la svalutazione della realtà; 8) l'eliminazione di quasi tutte le possibilità di instaurare relazioni umane e di cooperare”.

Particolarmente complesso diviene dunque il processo diagnostico, teso a rintracciare tutti questi elementi e a porli tra loro in relazione dinamica.

L'analista raccoglie tutte le informazioni derivanti da ciò che il paziente narra della propria infanzia, adolescenza, età adulta, dai primi ricordi, dai sogni [85], dalle proprie annotazioni, dalle impressioni suscitate e le combina tra loro alla ricerca di indizi che rivelino dinamiche inconscie, sviluppando una formulazione esplicativa che si avvale dei costrutti adleriani fondamentali: tipologia e profondità dei sentimenti d'inferiorità, forza e direzione dello sforzo verso la significatività; grado ed area di attività (cognitiva, affettiva, corporea e comportamentale); livello e tipo di intelligenza [41]; spettro e direzione dei sentimenti e delle emozioni; portata e profondità del Sentimento di Comunione; logica privata; distanza; tendenza alla svalutazione; schema antitetico di appercezione; controfinzione. Le procedure utilizzate dal terapeuta adleriano classico [94] per organizzare tali informazioni, al fine di giungere alla diagnosi dello Stile di Vita, sono risultate estremamente simili a quelle proprie dei metodi di ricerca in uso in Sociologia, quali l'analisi qualitativa di Strauss [102] e la teoria di Glasser [43]. Queste ultime sono dunque state codificate e utilizzate per raccogliere ed organizzare le informazioni cliniche, ricercare schemi simili o contrastanti, astrarre meta-schemi da schemi di base e spostarsi verso livelli più alti di astrazione [94]. Sono state inoltre sviluppate, come aveva cominciato a fare Anthony Bruck [21], mappe

concettuali per aiutare a comprendere la relazione tra contenuto e struttura delle idee adleriane e genogrammi dinamici [94], ispirati alle idee di Horn [46] e creati a partire dalle informazioni raccolte dai pazienti nei primi colloqui, utilizzando nella fase didattica anche software per la costruzione di diagrammi di flusso. Le ipotesi iniziali circa il movimento del paziente nei confronti dei compiti vitali, combinate con i costrutti significativi, forniscono il materiale grezzo che alimenta il processo creativo analitico ed immaginativo che consente di svelare l'altezza, la direzione, e la portata della meta finale finzionale inconscia, chiave per la comprensione della personalità di ciascun individuo. Quest'ultimo stadio del processo richiede un salto creativo ed intuitivo che non è facile padroneggiare. Esso è basato sulla traduzione di tutto il materiale da forma (così come appare) a movimento psicologico ed è poi distillato fino a trovare il minimo denominatore comune, che si esprime in un'unica formula che rappresenta la concettualizzazione diagnostica in termini di "Stile di Vita" di quel singolo individuo [101], che si riflette, analogamente a quanto descritto nella geometria frattale, a vari livelli di complessità [25, 64] e che il paziente riconosce come profondamente propria durante il processo di condivisione. Questo pone le basi di tutto il trattamento e si traduce in un piano terapeutico altamente individualizzato, che considera la persona nella sua globalità: la dimensione corporea che include il rapporto con il cibo, con eventuali medicinali, le manifestazioni corporee della tensione e del disagio; la dimensione cognitiva alla quale si rivolge il metodo socratico nel processo di definizione delle problematiche, delle loro implicazioni, delle conseguenze e delle possibilità di scelta; la dimensione affettiva alla quale si rivolgono le tecniche espressive ed esplorative; la dimensione comportamentale, attraverso la quale si applica ciò che si apprende in terapia. La guarigione, infatti, avviene solamente se il paziente riesce a integrare sufficientemente nella propria quotidianità, ciò che ha appreso di sé. Non ci si aspetta che raggiungere l'insight sia sufficiente a promuovere un cambiamento strutturale. Occorre nuovamente, così come è già avvenuto nell'infanzia, procedere per tentativi ed errori nell'applicare tale insight per ridurre il proprio livello di sofferenza, non solo per sé, ma per offrire alla società un Sé meglio funzionante per il benessere proprio e altrui, per diventare parte attiva di quel processo evolutivo che Adler ha descritto [78, 79, 92, 94, 100].

B. Il processo terapeutico

1. Il trattamento psicoterapico completo è descritto, ai soli fini didattici, come un processo in 12 stadi sequenziali, raggruppati in 6 fasi (supporto, incoraggiamento, insight, cambiamento, collaudo, meta-terapia), ispirate alla teoria dei bisogni proposta da Maslow [97]. Esse sono per lo più da considerarsi come linee guida per sostenere i vari livelli gerarchici di bisogni e promuovere il passaggio da un livello gerarchico più basso ad uno più alto. Nella pratica clinica, infatti, tali stadi non sono affatto sequenziali, ricorrendo o sovrapponendosi secondo i bisogni del paziente.

Nello stadio definito

- 1) *empatia e relazione*, il terapeuta stabilisce una relazione di lavoro empatica e cooperativa, offre speranza, rassicurazione ed incoraggiamento generale, raccogliendo in modo non strutturato
- 2) *informazioni* sulle problematiche attuali, sul funzionamento generale, sulla situazione infantile, sui primi ricordi e sui sogni. Ogni pensiero espresso in modo vago è sottoposto a
- 3) *chiarificazione attraverso l'uso del metodo socratico*, valutando le conseguenze delle idee e dei comportamenti e correggendo le concezioni errate di sé e degli altri. Alcuni aspetti del metodo utilizzato da Adler per discutere con i propri pazienti derivavano, infatti, dal metodo socratico. Tuttavia, il metodo adleriano si basa sulla cooperazione tra paziente e terapeuta piuttosto che sull'amore o sull'amicizia socratica; Adler non argomentava con i pazienti, ma li incoraggiava, prima di discutere le concezioni erronee. Talvolta arrivava a permettere loro di andare nella direzione sbagliata finché non incontravano delle difficoltà; in seguito discuteva con loro su come fossero arrivati a quel punto. Egli non mirava a cambiare solo il modo di pensare dei pazienti, ma anche il loro modo di funzionare [77, 98]. Attraverso il dialogo socratico, che si sviluppa sempre in modo gentile, diplomatico e creativo, il terapeuta conduce il paziente a notare le contraddizioni insite nei propri schemi funzionali irrigiditi, consentendo al dubbio creativo di insinuarsi in tali strutture e di ammorbidirle per favorirne il mutamento.

Gli stadi successivi del trattamento sono quelli

- 4) dell'*incoraggiamento specifico*, che mira a promuovere nel paziente un movimento in una direzione diversa da quella dell'attuale Stile di Vita e chiarificando i sentimenti relativi a sforzi e risultati;
- 5) dell'*interpretazione e riconoscimento* dei sentimenti di inferiorità e della meta finale, identificando le carenze evolutive, che conducono il paziente al rinforzo della
- 6) *consapevolezza* del proprio Stile di Vita, identificando eventuali blocchi emotivi. Segue lo stadio
- 7) dell'*esperienza emotiva*, con l'impiego di tecniche quali la *Missing Developmental Experience* - Esperienza evolutiva mancante (MDE), tradizionalmente collocata nella fase centrale del trattamento analitico, quella del cambiamento [79]. Si tratta di un approccio terapeutico tra l'altro ispirato alle teorie di Hugh Missildine e Thomas Verney [104]. Con esso gli autori indicano un sostituto terapeutico tardivo di esperienze relazionali precoci (disturbi dell'attaccamento), in ambienti familiari o sociali, tossici o deprivati [100]. Per promuoverla viene utilizzato un insieme di tecniche quali il *role-play*, l'immaginazione *idetica*, ispirata alle strategie diagnostiche e terapeutiche dello psichiatra indiano Akhter Ahsen [11], i ricordi guidati, la narra-

zione ed il *role-reversal*, atte a fornire un'esperienza emotiva rimodellante per aiutare il paziente a raggiungere un più alto livello di funzionamento.

Nello stadio successivo,

- 8) *agire in modo differente*, il terapeuta incoraggia il paziente a concretizzare gli insight raggiunti in un diverso atteggiamento, paragonando vecchi e nuovi comportamenti. Nello stadio denominato del
- 9) *rinforzo*, si incoraggiano tutti i movimenti orientati verso un cambiamento significativo, aiutando il paziente ad affermare in modo assertivo, eventuali sentimenti positivi derivanti dai risultati ottenuti. I nuovi sentimenti del paziente vengono poi impiegati per estenderne la cooperazione e la cura ad altre persone, aiutandolo a mettersi in gioco generosamente, correndo i rischi necessari e risvegliandone il sentimento di uguaglianza nello stadio denominato del
- 10) *Sentimento Sociale*.

Seguono le fasi del

- 11) *riorientamento della meta*, nella quale si giunge nei casi più favorevoli alla dissoluzione dello stile di vita e all'adozione di nuovi valori attraverso la scoperta di nuovi orizzonti psicologici ed infine quella del
- 12) *supporto e collaudo*, nella quale il paziente è supportato nel consolidamento di un nuovo modo di vivere, più gratificante per se stesso e per gli altri, in modo da aiutarlo ad amare la conquista e a preferire ciò che non gli è familiare.

C. *Metaterapia e Spiritualità*

1. Se il paziente, al termine del trattamento analitico, porta al terapeuta la necessità di approfondire le problematiche filosofiche dell'esistenza e della ricerca di più alti valori che meglio gli si potrebbero adattare, ha inizio la fase del trattamento denominata meta-terapia [52, 78, 94, 97, 100]. Essa consiste in una discussione filosofica e spirituale sui valori, sul significato della vita e sulla missione alla quale il paziente si sente eventualmente chiamato. Il terapeuta deve essere in grado di riconoscere tali esigenze nel paziente per non trascurarne i meta-bisogni. In *The Farther Reaches of Human Nature*, Maslow [52], fornisce una descrizione dettagliata dei meta-valori, dei meta-bisogni, e delle meta-patologie, derivanti dalla frustrazione di questi ultimi. L'opera è fonte di grande ispirazione per il terapeuta adleriano, poiché consente di prendere in considerazione il funzionamento ottimale dell'individuo nella sua globalità. La terapia aiuta dunque il paziente non solo a liberarsi dei sentimenti di inferiorità e della loro compensazione, quella che Maslow definiva la Deficiency Motivation, ma anche e soprattutto a focalizzarsi sulla crescita e sullo sviluppo individuali, orientandosi alla

Growth Motivation, grazie all'incremento del Sentimento di Comunione. Come ricorda Lydia Sicher [29, 75], infatti, "Interesse Sociale non significa avere un interesse per un'altra persona, fare del bene ad un altro. Significa avere un interesse nello sviluppare le proprie potenzialità, cosicché il resto della razza umana tragga vantaggio dai propri contributi costruttivi".

2. La "dimensione spirituale" dell'individuo è stata ampiamente esplorata da Alexander Müller [59], che descrive i profondi aspetti filosofici e spirituali del Sentimento di Comunione. Oggigiorno l'Orientamento di Valori è ampiamente spiegato in Psichiatria e Psicoterapia Culturale Dinamica [18, 65, 66, 67, 70].

Le riflessioni più originali di Müller riguardano peraltro il "tragico paradosso", retaggio del XIX secolo, in cui si trova l'Uomo contemporaneo. Mentre si liberava dall'oppressione da parte di talune forze esterne e diveniva maggiormente padrone del proprio destino, egli cercava anche determinanti interni ai quali credere fermamente per liberarsi dalla propria responsabilità (come le teorie dell'ereditarietà e le altre teorie deterministiche). L'Uomo si è concesso così libertà d'azione, ma al contempo sente che non è responsabile delle proprie azioni, come se la libertà fosse un meccanismo riflesso [58, 59].

Müller esplora l'auto-realizzazione, la responsabilità e la creatività dell'uomo e le sue relazioni con Dio, il mondo e il prossimo, ricordando anch'egli, come la Sicher, come siamo tutti corresponsabili del fato del nostro Mondo, attraverso la consapevolezza della "Creazione" [59, 75, 100]: Se trascuriamo di sviluppare i nostri potenziali o trascuriamo di sviluppare il nostro potere di fare del bene o di correggere l'ingiustizia, condividiamo la colpa e la responsabilità per gli eventuali esiti distruttivi. Egli afferma, infatti: "Dio, ben di là dei meriti, ha concesso all'Uomo il più alto dei crediti. Gli ha affidato, infatti, un mondo incompiuto, lasciando a lui la possibilità di decidere a quale grado di compimento condurlo".

3. Queste posizioni dovrebbero essere criticamente poste in relazione al *Carteggio* di Alfred Adler con il Pastore luterano Jahn, (1930 – 1933) [9, 70], da cui emerge l'atteggiamento molto più cauto di Adler, rispetto a tematiche di portata ontologica (e quindi non solo ontica), come quelle inerenti al sacro, alla religione, alla spiritualità.

V. Considerazioni Critiche

L'interesse del modello proposto dalla Psicoterapia Adleriana Classica del Profondo (PACP) pare risiedere non soltanto nell'armonia, chiarezza e flessibilità della "filosofia" che ne costituisce il nucleo, ma anche in una certa coerenza interna [94]: anche se la coerenza interna di un modello è solo uno degli aspetti epi-

stemologici che ne dovrebbero garantire la validità [72]. E' comunque interessante constatare che, in un'epoca di psicoterapie manualizzate [53] dove l'attenzione alle procedure raggiunge elevati livelli, talora a discapito dell'*humanitas* del terapeuta: esistono anche modelli, che tengono conto del problema dell'orientamento di valori (O.V.), sia individuali che comunitari. E questo è un tema critico anche per la Psichiatria e la Psicoterapia Dinamica Culturale [18, 19, 67, 71]. E' rilevante sottolineare come nella PACP, l'O.V. è parte integrante del processo terapeutico e pertanto deve essere assorbito, condiviso e sperimentato dal terapeuta, affinché possa essere attivato nel paziente e riverberato nel suo stile di vita.

Andando oltre la cura del singolo ed orientandosi, attraverso di essa, al benessere della comunità, esso può portare ad una riduzione dei costi sociali, che, raramente sono oggetto di una valutazione corretta da parte di sistemi statistico/matematici del nostro Sistema Sanitario.

Inoltre il riferimento costante da parte della PACP al più ampio significato di "Gemeinschaftsgefühl", può sottolineare ulteriori potenzialità.

La *Psicoterapia Adleriana* pare, infatti, in grado di mantenere un dialogo tra varie discipline quali ad esempio l'Antropologia, la Filosofia Umanistica, la Psicologia del Sé, le Neuroscienze. Ha anche dei riferimenti attuali verso le Religioni Orientali, in particolare quella Buddhista, attraverso tecniche di mindfulness. La PACP potrebbe così rappresentare un "nodo" nella rete interdisciplinare di vari approcci, fruendo di altri contributi e allo stesso tempo recuperando criticamente in un processo di integrazione anche in senso trans-culturale: ciò deve essere di continuo ri-definito e ri-valutato [65, 70, 71].

Bibliografia

1. ADLER, A. (1931). *What life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
2. ADLER, A. (1913), Individualpsychologische Behandlung der Neurosen, *Jahreskurse für Ärztliche Fortbildung*, Lehmann, Munich.
3. ADLER, A. (1924), Melancholie und Paranoia, in *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma, 1967.
4. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1975.
5. ADLER, A. (1927), Individual Psychology, *J. Abnor. Soc. Psychology*, 22: 116-122.
6. ADLER, A. (1929), *The Science of Living*, Greenberg Publisher Inc., New York.
7. ADLER, A. (1931), The Case of Mrs. A (The Diagnosis of a Life Style), in ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1964), *Superiority and Social Interest*, Art. Postumo di A. Adler, Norton, New York.
8. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
9. ADLER, A. (1933), Religion und Individualpsychologie, in JAHN, E., ADLER, A., *Religion und Individual Psychologie: line principelle Auseinandersetzung über Menschessführung*, tr. it. SODINI, U., SODINI, A. M. (a cura di, 2008), *Religione e Psicologia Individuale*, in ADLER, A., *Aspirazione alla Superiorità e Sentimento Comunitario*, Ed. Univ. Romane, Roma, V, 21: 283-314.
10. ADLER, A. (1936). *Selected lectures and papers*. (Unpublished manuscript), Alfred Adler Institute of Northwestern Washington Archives.
11. AHSEN, A. (1977), *Psyche*, Brandon House, New York.
12. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
13. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1964), *Superiority and social interest*, W.W. Norton & Company, New York.
14. ANSBACHER, H.L., ANSBACHER, R.R. (1980), *Alfred Adler: Cooperation Between the Sexes: Writings on Women, Love and Marriage, Sexuality and its Disorders*, Jason Aronson, New York.
15. AUGROS, R., STANCU, G. (1988), *The New Biology*, New Science Library, Boston.
16. BIANCONI, A. (2010), Finzione e contro-atteggimento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 7-27.
17. BIRNBAUM, F. (1947), *Threats to a child's psyche*. (Unpublished manuscript) Alfred Adler Institute of Northwestern Washington Archives.
18. BARTOCCI, G. (a cura di, 1994), *Psicopatologia, Cultura e Dimensione del Sacro*, Liguori, Napoli.
19. BARTOCCI, G. (2003), Introduzione all'edizione italiana, in TSENG, W. S., (2001), *Handbook of Cultural Psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria Culturale*, C.I.C., Roma.
20. BRUCK, A. (1975) *Twenty Lives*, (Unpublished manuscript), Alfred Adler Institute of Northwestern Washington Archives.
21. BRUCK, A. (1976), *Visibilized Adlerian Psychology*, (Unpublished manuscript), Alfred Adler Institute of Northwestern Washington Archives.
22. BRUCK, A., STEIN, H., T., STEIN, L., CLARK, T. (2011), *Classical Adlerian Brief Therapy. The Innovative Techniques of Anthony Bruck*, Classical Adlerian Translation

- Project, Bellingham, WA.
23. BRUCK, A., ADLER, A., GRUBBE, T., in STEIN, H. T. (a cura di, 2009), *Educating Children for Cooperation and Contribution: Volume II*, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham, WA.
 24. CAPRA F. (1982), *The Turning Point. Science, Society and the Rising Culture*, Bantam Trade Paperback, Toronto.
 25. CAPRA, F. (1996), *The Web of Life*, Anchor Books, New York.
 26. CAPRA, F. (2010), *The Tao of Physics*, Shambala, Boston.
 27. CAPRA, F. (2002), *The Hidden Connections*, Flamingo, London.
 28. DATLER, W. (2011), The Unity of Individual Psychology- A Fiction?, *Key Lecture XXV International Congress of Individual Psychology*, Vienna (Acta).
 29. DAVIDSON, A. (a cura di, 1991), *Lydia Sicher: An Adlerian perspective*. Ft. Bragg, QED Press (CA).
 30. DE VRIES, S. (1951), Some Basic Principles of Individual Psychology, *Individual Psychology Bulletin*, 9, in STEIN, H. T. (a cura di), Alfred Adler Institute of Northwestern Washington, Bellingham, WA.
 31. DE VRIES, S. (1980), Lectures given at the Alfred Adler Institute of San Francisco, (tape recordings), *Advanced Theory Course Audiotape Program*, Alfred Adler Institute of Northwestern Washington, Bellingham, WA.
 32. DREIKURS, R. (1953), *Fundamentals of Adlerian Psychology*, Alfred Adler Institute, Chicago.
 33. DREIKURS FERGUSON, E. (1996), *Adlerian Theory: an Introduction*, Adler School of Professional Psychology, Chicago.
 34. DREIKURS FERGUSON, E. (1996), Adlerian Principles and Methods apply to workplace problems, *J. Indiv. Psychol.*, 52: 268-287.
 35. DREIKURS, R., SOLTZ, V. (1964), *Children: the Challenge*, Hawthorne/Dutton, New York.
 36. DREIKURS, R., GREY, L. (1968), *A New Approach to Discipline: Logical Consequences*, Hawthorn Books, New York.
 37. ELLENBERGER, H. (1970), *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino 1976.
 38. FASSINO, S. (1998), Lo Stile di Vita e il Sé Creativo, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari Adleriani. La psicologia del profondo incontra la vita sociale*, Angeli, Milano, 4: 53-72.
 39. FERRERO, A. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento nelle terapie time-limited, *Riv. Psicol. Indiv.* 66: 65-79.
 40. FREUD, S., STRACHEY, J., GAY, P. (1989), *An outline of Psychoanalysis*, W.W. Norton & Co, New York.
 41. GARDNER, H. (1999), *Intelligence reframed: Multiple intelligences for the 21st Century*, Basic Books, New York.
 42. GENDLIN, E. T. (2010), *Il Focusing in Psicoterapia*, Astrolabio, Roma.
 43. GLASSER, B., STRAUSS, A. (1967), *The Discovery of Grounded Theory*, Aldine, New York.
 44. GRAY, W. (1979), Understanding creative thought processes, *Man-environment systems*, 9.
 45. HOFFMAN, E. (1994), *The Drive for Self*, Addison-Wesley, New York.

46. HORN, R. (1998), *Visual language: Global communication for the 21st Century*. Bainbridge Island, MacroVU, Inc, Washington.
47. KURTZ, R. (2007), *Body-Centered Psychotherapy. The Hakomi Method*, LyfeRhythm, Mendocino, CA.
48. MANASTER, G. J. (1996), Adler and the Crisis for the Individual, *XX Congr. Int. IAIIP*, Oxford (Acta), 101.
49. MASCETTI, A. (2009), Incoraggiamento e Stile di Vita, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 97-104.
50. MASCETTI, A. (2012), Aspetti e peculiarità del rapporto analitico nella Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 71: 79-86.
51. MASLOW, A. H. (1970), *Motivation and Personality*, Harper and Row, New York.
52. MASLOW, A. H. (1971), *The Farther Reaches of Human Nature*, The Viking Press, New York.
53. MC WILLIAMS, N. (2005), Preserving our humanity as therapists, *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 42, 2:139-151.
54. MÜLLER, A. (1968), *Alfred Adler's Individual Psychology*, Unpublished translation of *Die Individualpsychologie Alfred Adler's*, Alfred Adler Institute of Northwestern Washington Archives.
55. MÜLLER, A. (1937), The Positive Emotional Attitude, *International Journal of Individual Psychology*, 3: 30-37.
56. MÜLLER, A. (1966), *Alfred Adler's Individual Psychology* (Unpublished manuscript), Alfred Adler Institute of Northwestern Washington Archives.
57. MÜLLER, A. (1967), *Principles of Individual Psychology*. (Unpublished manuscript), Alfred Adler Institute of Northwestern Washington Archives.
58. MÜLLER, A. (1968), *Selected lectures and papers*, (Unpublished manuscript), Alfred Adler Institute of Northwestern Washington Archives.
59. MÜLLER, A. (1992), You shall be a Blessing, Main Traits of a Religious Humanism, in STEIN, H. T., WOLF, J. (a cura di), *Classical Adlerian Translation Project*, San Francisco.
60. NEUER, A. (1927), *Sixteen lectures* (Unpublished manuscript), Alfred Adler Institute of Northwestern Washington Archives.
61. OGDEN, P., MINTON, K., PAIN, C. (2006), *Trauma and the Body: A Sensorymotor Approach to Psychotherapy*, W.W. Norton, New York.
62. ORANGE, D. M., ATWOOD, G. E., STOLOROW, R. D. (1999), *Intersoggettività e Lavoro Clinico*, Raffaello Cortina, Milano.
63. PAGANI, P. L. (2009), Comunicazione e Incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.* 66: 131-137.
64. PRIBRAM, K. H. (1991), *Brain and Perception: Holonomy and Structure in Figural Processing*, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., New Jersey.
65. ROVERA, G. G. (a cura di, 1999), *Tradizione e Cambiamento*, C.S.E., Torino.
66. ROVERA, G. G. (2005), "Psichiatria Transculturale: aspetti teorico pratici e Nuove Professionalità", *Soc. It. Psych. Transc.*, Roma, VI: 1-5 (Acta).
67. ROVERA, G. G. (2005), "Potere, Cultura e Creatività", *Atti XXIII Congresso della Società Internazionale di Psicologia Individuale, Il Sagittario*, 18 Dicembre, Reggio Emilia.
68. ROVERA, G. G. (2009), Le Strategie dell'Incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
69. ROVERA, G. G. (2010), Peripezie della Finzione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 129-171.

70. ROVERA, G. G. (2011), Cultures and Religions in the crisis of post – modernity, *World Cultural Psychiatry Researche Review*, June: 21 - 34.
71. ROVERA, G. G., BOGETTO, F., FASSINO, S., FERRERO, A. (1979), Il sistema aperto dell'Individual Psicologia, *Quad. Riv. Psicol. Indiv.*, 4, Cortina, Torino.
72. ROVERA, G. G., GATTI, A. (2012), Linguaggio e Comprensione Esplicativa, *Riv. Psicol. Indiv.*, 71: 87-128.
73. SHAPIRO, F. (2000), EMDR (*Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari*), Mc Graw- Hill Italia, Milano.
74. 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.
75. SICHER, L. (1962), *Selected lectures and papers*, (Unpublished manuscript), Alfred Adler Institute of Northwestern Washington Archives.
76. SILLS, F. (2009), *Being and Becoming*, North Atlantic Books, Berkeley, CA.
77. STEIN, H. T. (1991), Adler and Socrates: Similarities and difference. *Individual Psychology*, 47: 241-246.
78. STEIN, H. T., EDWARDS, M. E. (1998), Alfred Adler: Classical Adlerian theory and practice in MARCUS, P., ROSENBERG, A. (a cura di), *Psychoanalytic Versions of the Human Condition*, New York University Press, New York.
79. STEIN, H. T., EDWARDS, M. E. (2002), *Providing the Missing Developmental Experience in Classical Adlerian Psychotherapy*, Alfred Adler Insitute of Northwestern, Washington.
80. STEIN, H. T. (a cura di, 2002a), *The collected clinical works of Alfred Adler (Vol 1): The neurotic character*, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham, WA.
81. STEIN, H. T. (a cura di, 2002b), *The collected clinical works of Alfred Adler (Vol 2): Journal articles: 1898-1909, A study of organ inferiority: 1907*, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham, WA.
82. STEIN, H. T. (a cura di, 2003a), *The collected clinical works of Alfred Adler (Vol 3): Journal articles: 1910-1913*, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham, WA.
83. STEIN, H. T. (a cura di, 2003b), *The collected clinical works of Alfred Adler (Vol 3): Journal articles: 1910-1913*, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham, WA.
84. STEIN, H. T. (a cura di, 2003c), *The collected clinical works of Alfred Adler (Vol 4): Journal articles: 1914-1920*, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham, WA.
85. STEIN, H. T. (a cura di, 2004a), *The collected clinical works of Alfred Adler (Vol 5): Journal articles: 1921-1926*, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham, WA.
86. STEIN, H. T. (a cura di, 2004b), *The collected clinical works of Alfred Adler (Vol 6): Journal articles: 1927-1931*, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham, WA.
87. STEIN, H. T. (a cura di, 2005a), *The collected clinical works of Alfred Adler (Vol 7): Journal articles: 1931-1937*, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham, WA.
88. STEIN, H. T. (a cura di, 2005b), *The collected clinical works of Alfred Adler. (Vol 8): Lectures to physicians & medical students (Medical course at urban hospital; Post-graduate lectures at Long Island College of Medicine)*, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham, WA.
89. STEIN, H. T. (a cura di, 2005c), *The collected clinical works of Alfred Adler (Vol 9): Case histories (Problems of neurosis; The case of Mrs A; The case of Miss R)*, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham, WA.
90. STEIN, H. T. (a cura di., 2005d), *The collected clinical works of Alfred Adler (Vol 10): Case readings & demonstrations (The problem child; The pattern of life)*, Classical Adlerian

Translation Project, Bellingham, WA.

91. STEIN, H. T. (a cura di, 2006a), *The collected clinical works of Alfred Adler (Vol 11): Education for prevention (Individual Psychology in the schools; The education of children)*, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham, WA.
92. STEIN, H. T. (a cura di, 2006b), *The Collected Clinical Works of Alfred Adler (Vol 12): The General system of Individual Psychology (Overview and summary of Classical Adlerian theory & current practice)*, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham, WA.
93. STEIN, H. T., STEIN, L. (2012), *A Clinician's Guide to the Collected Clinical Works of Alfred Adler a Unified System of Depth Psychotherapy, Philosophy, Pedagogy*, Classical Adlerian Translation Project, Bellingham, WA.
94. STEIN, H. T. (2007), "Adler's Legacy: Past, Present & Future", *Lecture given at NASAP Conference*, Vancouver.
95. STEIN, H. T. (a cura di, 2007c), *Selected lectures and papers of early Adlerians: Ferdinand Birnbaum, Oscar Spiel, Ida Loewy, Franz Plewa, & Sophie Lazarsfeld*, (Unpublised manuscript), Alfred Adler Institute of Northwestern Washington Archives.
96. STEIN, H. T. (1993), *Adlerian Client Questionnaire*, Alfred Adler Institute of San Francisco.
97. STEIN, H. T. (1988), Twelve Stages of Creative Adlerian Psychotherapy, *Individual Psychology*, 44: 138-143.
98. STEIN, H. T. (1990), *Classical Adlerian Psychotherapy: A Socratic Approach, Audiotape study program*, Alfred Adler Institute of San Francisco.
99. STEIN, H.T., EDWARDS, M. (2003), Classical Adlerian Psychotherapy, in HERSEN, M. SLEDGE, W. H., *The Encyclopedia of Psychotherapy*, vol 1, 4: 23-31, Elsevier Science.
100. STEIN, H. T. (1990), *Biographical Sketch of Sophia De Vries*, Alfred Adler Institute of Northwestern Washington, Bellingham, WA.
101. STEIN, H. T., Distance Training Course Program in Classical Adlerian Depth Psychotherapy (CADP), *Website*: www.adlerian.us, Alfred Adler Institute of Northwestern Washington, Bellingham, WA.
102. STRAUSS, A., CORBIN, J., (1998), *Basics of Qualitative Research (2nd ed.)*, Sage, London.
103. VAHINGER, H. (1911), *Die Philosophie des "Als ob"*, tr. it. *La filosofia del "come se"*, Ubaldini, Roma 1967.
104. VERNEY, T. K. J. (1981), *The Secret Life of the Unborn Child*, Summit Books, New York.
105. ZINGARELLI, N. (1983), *Vocabolario della Lingua Italiana, XI Ed.*, Zanichelli, Bologna.

Simone Spina
Via Colle di Cadibona, 20
I-10024 Moncalieri (TO)
E-mail: spinsim@libero.it

La Lingua dell'Altro. Aspetti di Psicodinamica Culturale Adleriana

CAROLINA GASPARINI, ANTONIO GATTI

Summary – FOREIGN LANGUAGES. ARGUMENTS OF ADLERIAN CULTURAL PSYCHODYNAMIC. Immigration is coming more and more frequent, bringing along many problems of cultural and linguistic communication. People of different native languages have important difficulties when need a psychotherapy in a foreign country. This work analyzes the most common problems: language is not only a communication medium, but it also brings meanings, believes and behaviors which are the integral part of the cultural heritage. This work also studies the difficulties which can rise in an intercultural psychotherapy and the operative ways to overcome them. At last, two clinical cases show how language is instrumental also from a symbolical point of view.

Keywords: NATIVE LANGUAGE, CULTURAL PSYCHOTHERAPY, INTERINDIVIDUAL COMMUNICATION.

I. Introduzione

A) Il linguaggio della cultura

La psichiatria culturale e la relazione di cura e di supporto fra persone appartenenti a culture e lingue diverse è un settore sempre più centrale e articolato del pensare e del fare terapeutico. Si tratta di un tessuto teorico, formativo e operativo in divenire, che si sta costruendo e definendo in questi anni, soprattutto in relazione all'importanza quantitativa assunta dai fenomeni migratori [11, 39, 261]. Il *linguaggio* rappresenta uno degli aspetti fondamentali, sia come tratto della cultura dell'individuo [52, 53, 96], che, in termini più specifici, come area centrale di indagine della *Psichiatria* e della *Psicodinamica Culturale* [23, 132, 175, 225, 227, 254, 261]. Diventa quindi quanto mai attuale focalizzare l'attenzione sullo scambio verbale fra un paziente e un terapeuta di *madrelingua diversa*.

Per *madrelingua* si intende quella lingua parlata dalla propria famiglia e nel proprio contesto gruppale (*in-group*) da persone appartenenti alla medesima etnia. È

la lingua appresa nel corso dell'*ontogenesi* [9, 124, 225, 236]. Le *specificità lessicali della madrelingua* rendono le sue caratteristiche comunicative assolutamente peculiari e difficilmente comprensibili e trasmissibili nelle sue complesse e sfaccettate *implicature convenzionali* e, soprattutto, *conversazionali* [20, 30, 31, 122, 219, 225, 232, 238].

Da sottolineare come alla *Lingua Madre* sia stata anche attribuita una peculiare importanza nell'ambito della *Filogenesi* [70, 73, 84], sia dal cognitivismo che dalla psicologia evoluzionistica [44, 57, 95, 96, 192]. Argomento ancora di ampia discussione specie, sempre riguardo alla filogenesi del linguaggio, riguarda l'importanza di un possibile processo di *Exaptation* [119], cioè che il linguaggio si sia implementato su strutture cognitive evolutesi per altri scopi o anche in modo casuale (tesi alla base delle controversie tra Discontinuisti e Continuisti nella filogenesi del linguaggio), ipotesi sostenuta, per esempio, dallo stesso Chomsky [128], ma respinta da altri autorevoli linguisti cognitivi come Pinker, Jackendoff e Bloom [184, 186, 187].

B) *La madrelingua*

In questa sede, ci riferiamo, soprattutto, a pazienti che potrebbero essere indirizzati a un percorso di *psicoterapia espressiva* oltre che *supportiva*; pazienti, quindi, indicati per un lavoro terapeutico in cui il ruolo del *linguaggio* è determinante, trattandosi di psicoterapia psicodinamica del profondo, ma che si trovano a realizzare questa indicazione con terapeuti di *madrelingua diversa* rispetto alla propria. Questa differenza linguistica, ma che trascende anche il linguaggio, implica differenze più profonde a *livello culturale* e quindi delle *reti semantiche*, sia intra che extra-psichiche, in cui l'individuo più o meno consapevolmente è immerso [11, 12, 23, 28, 113, 132, 143, 144, 145, 188, 196, 210, 222, 225, 226, 227, 242, 261, 263].

Attualmente, nelle nostre realtà "cliniche", con pazienti di madrelingua diversa, si mettono in atto *molti interventi*, spesso giustapposti, di tipo psicofarmacologico, oppure supportivi o genericamente assistenziali; ma quanti casi abbiamo di *relazione psicoterapeutica espressiva* con questi pazienti? Pochi, in realtà. Si esplicano, in pratica, molte modalità relazionali terapeutiche, spesso di breve durata per motivi contingenti, a volte limitati a un solo incontro, in cui l'agente terapeutico verte soprattutto su tentativi di *sintonizzazione empatica* e di una quanto più possibile corretta *comunicazione non verbale*; e l'intervento clinico di solito è farmacologico oppure "*di tramite*" per indirizzare il paziente ai Servizi Sociali. Prevalgono quindi relazioni di sostegno, interventi stabilizzanti e compensatori, oppure assistenziali, mentre appare spesso problematico, stabilire una relazione psicoterapeutica più strutturata [216].

Occorre forse superare un mito che in psicoterapia è difficile da superare. Quello che un incontro veramente originario non possa avvenire, da parte del terapeuta, se non attraverso le sue parole, quelle pronunciate nella propria lingua. Uscire da un inquietante monologo per accedere a un dialogo, comprendere nuove modalità di pensare, guardare a eventi apparentemente familiari (mentali e affettivi), a partire da diversi quadri di riferimento, rappresenta indubbiamente una sfida ma anche un'occasione. Il linguaggio può diventare un mezzo di incontro anche perché spesso è l'unica possibilità di dialogo che abbiamo [1].

Spesso i pazienti di altra madrelingua sono persone di bassa scolarizzazione e con un patrimonio di conoscenze generali sul mondo e di esperienze molto diverse da quelle del terapeuta: fattori che rendono più difficoltosi i processi di traduzione linguistica e di attribuzione di significati al lessico che viene utilizzato nell'interazione. *Comprensione, traduzione, interpretazione* si configurano sempre come momenti particolarmente delicati a *livello linguistico-semantic* [65, 66, 78, 197, 198], anche tra individui appartenenti alla stessa cultura. Le difficoltà naturalmente aumentano in misura esponenziale quanto più lo iato culturale e linguistico è accentuato. Osserva Tseng [261], che il punto non è semplicemente capire una parola, ma intuire il significato culturale che è dietro di essa.

E' importante domandarsi secondo quali *modalità linguistiche specifiche (o aspecifiche)*, si può configurare, come *psicoterapia psicodinamica*, la relazione d'aiuto con una persona di altra cultura e di altra madrelingua [216].

C) *Una lingua comune*

Nella dizione "*psicoterapia psicodinamica culturale*" [23, 24, 225, 226, 227, 261], è opportuno evidenziare il *tratto linguistico* usato dagli attori della diade terapeutica; per esempio se si adopera la madrelingua del terapeuta o quella del paziente, oppure una terza lingua comune, oppure una lingua mista (una sorta di *pidgin*) poiché, nel caso di comunicazione interculturale, l'uso e la pratica linguistica non sono scontati, anzi sono uno dei fattori determinanti della relazione stessa.

La *ricerca di una lingua comune* in cui mettere in atto la relazione è un elemento cardine quando ci si occupa di psicoterapia culturale.

Un *linguaggio comune* è tanto più difficile da costruirsi quanto maggiore è la diversità delle conoscenze generali e delle esperienze cui fare riferimento per chiarire il significato e il senso del lessico. I margini dei fraintendimenti e delle intese parziali possono essere molto ampi: è necessario riuscire (almeno) a intendere l'Altro, per poter cominciare a cercare di comprendere la natura del suo disagio e le sue richieste di aiuto [144, 215, 216].

Può anche accadere che il terapeuta possa conoscere bene la madrelingua del paziente, che invece non conosce o comunque non conosce a sufficienza la madrelingua del terapeuta: allora si può concordare di affidare *la verbalizzazione, nell'interazione psicoterapeutica, alla madrelingua del paziente*; il che dovrebbe comportare comunque una consapevolezza e una vigilanza linguistica particolare da parte del terapeuta.

Con la mobilità del lavoro, con interventi d'aiuto in paesi stranieri, si verifica anche il caso inverso: un terapeuta che lavora in un paese di lingua madre diversa dalla propria e, dunque, attua *interventi psicoterapeutici usando la lingua appresa*. Allora si avrà un paziente con una padronanza piena dello strumento verbale e un terapeuta con un patrimonio linguistico che, per quanto buono, difficilmente può essere pari a quello di una madrelingua [19]. È una situazione spesso delicata, specie nel nostro settore di intervento, per la possibilità che diventino prevaricanti presupposti, se non pregiudizi, etnocentrici, dato che di solito la *categorizzazione psicopatologica* è "costruita" in una lingua "occidentale" (oggi di solito l'inglese) [63, 72, 144, 149, 170, 177, 189, 195, 196]. Una certa dose di *etnocentrismo* è, in ogni caso, probabilmente inevitabile, ma bisogna esserne costantemente consapevoli [21].

E', infatti, importante che *il terapeuta sia consapevole* della differenza linguistica a monte della relazione e che si disponga a visualizzare i propri o gli altrui eventuali limiti linguistici e a gestirli correttamente, affinché non esitino in (insormontabili) difficoltà relazionali con il paziente.

II. *L'Altra Lingua*

A) *La nominazione e i referenti*

Il linguaggio è lo strumento che congiunge il pensiero al bisogno umano di comunicare: trasforma la *realtà pensata in realtà comunicabile*. Pensiero, linguaggio e comunicazione sono tre funzioni distinte ma interdipendenti, sia nello sviluppo individuale che nell'evoluzione umana [42, 43, 52, 94, 95, 96, 140, 183, 192, 266]. La funzione segnica (espressione verbale connessa a un contenuto) e la funzione comunicativa sono correlate nell'uso del linguaggio [75, 263].

Il linguaggio è un *evento oggettivo* e nel contempo un *fenomeno soggettivo* [47]. E' ben nota la *regolarità* e l'*individualità* dell'uso linguistico: la verbalizzazione si attua secondo regole e competenze condivise, che corrispondono ai codici linguistici e culturali, ma nel contempo si modella secondo lo stile personale dell'individuo. In ogni uso verbale è presente in ugual misura la lingua di tutti e il linguaggio di ciascuno (*Competence e Performance*, secondo Chomsky) [54].

Possiamo dire che esiste per la nostra specie un vero e proprio “*gaudium nominum*”: cioè abbiamo il bisogno e proviamo la soddisfazione di trovare il nome che corrisponde al proprio sentire o alla propria esperienza. Nominare i vissuti e la realtà è una nostra attività costante, che ci permette di catalogare, memorizzare, comunicare. Farlo in modo adeguato è necessario e appagante. Tale aspetto è particolarmente evidente nell’*ontogenesi del linguaggio* [112, 124, 133, 185, 200, 225, 256, 257].

Nei *processi di nominazione e di definizione semantica* (cioè nel dare un significato alle parole) hanno un ruolo determinante, l’esperienza esistenziale, le conoscenze generali sul mondo, ma anche il contesto socio-culturale del soggetto. Esiste, infatti, un’interazione assai stretta e a più direzioni, tra la visione del mondo, il modo in cui una cultura seleziona le proprie unità semantiche e i diversi sistemi di significanti che le nominano e le interpretano [113, 117, 208, 261]. Quando la relazione è fra due culture diverse, i *referenti* cui si ancorano i processi di nominazione possono essere profondamente differenti; e, quindi, l’intesa sul significato di un termine comporta innanzi tutto stabilire un’intesa sul riferimento cui quel termine si collega. Cosa tutt’altro che ovvia, come hanno rilevato rispetto all’*imperscrutabilità del referente*, le ricerche di Willard Quine [197, 198] e Donald Davidson [65, 66].

La referenza è la relazione fra una parola e ciò che significa; la denotazione specifica i possibili referenti; il senso (in termini strutturalisti) è definito dall’insieme di relazioni che una parola può assumere *in combinazione con altre parole* [184]. Per esempio la parola “casa” (oggetto), “freddo” (sensazione), “fame” (emergenza propriocettiva), “gioia” (emozione), possono essere parole il cui significante è palese a entrambi gli attori della comunicazione, ma il cui significato è riferito a realtà molto diverse. Naturalmente questa non esprime l’unico possibile *rapporto tra significato ed esperienza* [263]: basti pensare al complesso rapporto tra *Sinn e Bedeutung* in Frege [102] o tra *intensione ed estensione* in Carnap [51] o alla *semantica formale* di Montague [172].

L’insieme può essere comunque ascritto a uno stesso *script* o *frame* conoscitivo e come tale essere appreso come *una unità linguistica e semantica*, come messo in evidenza dalla recente *linguistica e semantica cognitiva* [14, 60, 90, 98, 103, 154].

Occorre anche ricordare i recenti progressi nell’ambito delle *neuroscienze cognitive*, che hanno portato a rivedere i *complessi rapporti tra l’individuo e il suo mondo*, implementando l’esperienza a livello cerebrale [107, 108, 204]. Questi sviluppi stanno comportando il superamento dei modelli delle scienze cognitive classiche [167, 168], e quindi anche molti aspetti della semantica classica, traducendo il rapporto soggetto-oggetto in una *comprensione immediata*, in prima persona. Ci riferiamo soprattutto ai *modelli connessionistici*, agli studi sul *mirroring*,

ma anche agli sviluppi, molto spesso centrati proprio sul linguaggio, del *cognitivism evoluzionistico* [44, 56, 70, 79, 94, 95, 110, 192, 203], importante per una più articolata comprensione sia della filogenesi che dell'ontogenesi di molti tratti culturali, tra cui quelli linguistici.

Sotto questi aspetti hanno avuto notevole incremento le ricerche in *psichiatria* e in *psicodinamica*, in una *prospettiva transculturale* [24, 93, 132, 177, 188, 189, 196, 209, 210, 213, 214, 219, 225, 261]. Ed è evidente che queste ricerche supportano diverse modalità di rapportarsi tra paziente e terapeuta, a cominciare da quel concetto fondamentale, ma ancora molto ambivalente che è l'*empatia* [27, 32, 36, 87, 88, 89, 99, 107, 225, 245, 248, 260, 267]. A livello di un'*ontogenesi culturale*, diverse modalità di modulare la sintonizzazione empatica, le modalità comunicative, gli stili di attaccamento [40], possono comportare differenti percorsi nella *costruzione del Sé* [211], con ricadute a livello socio-culturale di diverse modalità costitutive del *Sé culturale* e del *Sé linguistico* [11, 132, 150, 190].

Il *significato è un'unità cognitiva complessa* [184], composta sia da aspetti condivisi e convenzionali, facilmente comunicabili (*intersoggettivi*), sia da aspetti propri di ogni parlante (*soggettivi*) e in parte inesprimibili. Al significato convenzionale, necessario per rendere efficace la comunicazione, si aggiungono gli aspetti soggettivi, relativi al proprio sistema interpretativo.

Si possono distinguere tre differenti *tipi di significato* secondo tre dimensioni: *individuale – sociale – culturale*: 1) soggettivo, cioè specifico del singolo parlante; 2) condiviso, cioè appartenente agli interlocutori in un determinato contesto; 3) oggettivo, inteso come depositario della cultura.

La *rappresentazione mentale* include anche gli indispensabili componenti sociali e culturali; è inoltre fondamentale il *contesto di riferimento*. Su questo aspetto hanno particolarmente insistito Autori post-griceani, come i teorici della *pertinenza linguistica* [244] e del *contestualismo* [161]. La differenza culturale (esperienze e conoscenze) influenza l'uso linguistico. Maggiore è il grado di comunanza di esperienze e di conoscenze della stessa realtà fra due parlanti, maggiore sarà la corrispondenza delle rappresentazioni semantiche espresse e quindi il grado di intesa reciproca [244].

Considerando la *parola come nome di una realtà*, a quale "pezzo" di realtà esattamente si riferisce quel termine usato dal paziente? I contenuti esperienziali e le storie di vita implementati in contesti e ambienti diversi sono determinanti: si pone allora il problema di come il terapeuta può intendere correttamente la narrazione del paziente.

Appare quindi di grande importanza, il *contesto di riferimento* cui si riferisce il significato del dire [122, 244], aspetto fondamentale della *semantica pragmatica* [30]. Aumentando la *condivisione dell'esperienza fra due parlanti*, migliora l'intesa linguistica, anche se non necessariamente si ha un miglioramento dell'uso concreto della lingua: perché è fondamentale il grado di comunanza relativo al contesto (esperienze e conoscenze) cui si associa quanto viene comunicato [65, 66, 198, 225].

B) *Abilità: la pertinenza*

Nella comunicazione linguistica sono attive *abilità cognitive e sociali*. I *concetti e le categorie* sono rappresentazioni mentali della realtà. Il sistema lessicale nel suo formarsi è inizialmente associato alla rappresentazione concettuale di strutture di eventi, ed è *culturalmente sensibile*; i nomi delle categorie vengono appresi precocemente e con una velocità sorprendente dal bambino e associati a schemi di eventi in un preciso contesto [14, 124, 140, 173, 200, 208, 263].

Il *processo di pertinentizzazione* è basato sulla selezione dell'informazione che si vuole comunicare, scelta in base ai suoi *tratti di salienza*, ed è connesso al processo di *categorizzazione della realtà*. Questi processi cognitivi sono marcati dalle differenze culturali: il modo di categorizzare, delimitare, selezionare, caratterizzare e, quindi, descrivere gli oggetti e gli eventi è determinato anche dal patrimonio di conoscenze generali e di convenzioni proprie di ciascun gruppo socio-culturale [152]. La pertinenza (*Relevance*) svolge una duplice funzione: una *funzione strutturale*, perché esita nella costruzione di sistemi e di codici, di categorie che riducono la complessità del reale; e una *funzione semantica* perché guida l'attività sociale di costruzione e di condivisione dei significati trasmessi attraverso la lingua [244].

C) *Abilità: la cognizione sociale*

Esiste una relazione sistematica fra le strutture e le strategie del discorso e quelle della *cognizione sociale*, fra cui anche *pregiudizi, credenze e stereotipi (rappresentazioni sociali)* che, se condivisi fra i parlanti, facilitano l'intesa. C'è una connessione fra l'interazione verbale e la cognizione sociale; il discorso costituisce un elemento necessario nella riproduzione delle credenze etniche e della struttura delle relazioni sociali di un gruppo [50].

La capacità di produzione e di interpretazione all'interno dell'interazione sociale è basata sulla *comunanza di schemi socio-culturali*, frutto di un complesso processo di negoziazione [44].

Comunque, anche quando la comunicazione avviene in una situazione di codici linguistici e contestuali condivisi, non è sufficiente per disambiguare tutte le possibilità di senso soggettive che un atto comunicativo contiene [30, 161, 219, 232, 244, 273].

I *codici linguistici* rappresentano il frutto del lento e faticoso processo sociale di condivisione e pertinentizzazione della realtà, nonché di individuazione nella corrispondenza fra il piano dell'espressione e quello del contenuto di unità convenzionalizzate, ritualizzate e culturalmente trasmissibili [30, 95, 192, 263].

III. *La comunicazione linguistica semplice e la comunicazione linguistica complessa*

Uscendo dal dominio della *comunicazione linguistica semplice*, cioè aderente a uno scambio di informazioni sulla realtà, ed entrando nel regno della *comunicazione linguistica complessa*, cioè riferita al vissuto, agli affetti, alla sfera emotiva, ai moti interiori, come si può essere sufficientemente certi di aver inteso correttamente il lessico del paziente e di essersi fatti intendere correttamente da esso? E' un'interrogazione che il terapeuta si pone (o dovrebbe porsi) sempre. Ma nel caso di madrelingue diverse, questo aspetto della comunicazione è ancora più centrale: esso richiede delle pause di monitoraggio e di accertamento dell'intesa nel corso della relazione, dedicate specificatamente, non solo al senso profondo della parola "detta", ma prima ancora, anche al suo significato lessicale.

Comunicare, d'altra parte, è un *processo di integrazione complesso*, che va oltre e ingloba la stessa comunicazione linguistica, includendovi concetti, credenze, rappresentazioni, intenzioni e aspettative, cementate da un *correlato emotivo*, la cui importanza sta emergendo negli studi più recenti: sia per quanto concerne la *filogenesi* che l'*ontogenesi* della comunicazione, sia *verbale* che *pre-verbale* [61, 62, 87, 95, 99, 110, 137, 157, 165, 174, 192, 200, 219, 220, 225, 228, 243, 248, 253, 256, 257, 264].

A) *Le immagini mentali*

Oggi l'immagine non è riducibile solo all'universo estetico: l'immagine ha una grande efficacia comunicativa poiché consente di comunicare in unità e in simultaneità la complessità. Si parla di una *svolta iconica (pictorial turn)* della nostra epoca [38]. Senza però dimenticare l'importanza che le *immagini pittoriche*, probabilmente riconducibili a forme di *rappresentazione simbolica intrapsichica e culturale* (ma il cui significato resta ancora un mistero), hanno rivestito nel corso dell'evoluzione umana, a cominciare dal Paleolitico [3].

Le immagini sono immesse da noi in un tessuto di associazioni che si estendono quindi *lungo la storia e la cultura*; esse contribuiscono a organizzare la nostra memoria e il nostro pensiero, grazie alla loro straordinaria *proprietà associativa*. L'analogia (immagini) svolge un ruolo di primo piano, come sistema di orientamento nel mondo quotidiano e come sistema di classificazione e sistematizzazione dell'esperienza e del sapere.

L'immagine ha un carattere espressivo e, quindi, anche semantico eccezionalmente ricco: servono molte parole per descrivere un'immagine mentale. L'immagine è una *condensazione della lingua in simultaneità e totalità (amodale)*; la verbalizzazione invece necessariamente ha un ordine di disposizione e una successione (*modale*) [11, 26]. La *semantica dell'immagine* è una ricostruzione in forma verbale, con logica e tempi diversi rispetto al *flash* dell'immagine stessa; essa funziona meglio sul piano intuitivo piuttosto che su quello semplicemente descrittivo. *Icone, Indici e Simboli* rappresentano i tre momenti del *grund* semiotico secondo Peirce [180] e, probabilmente, hanno anche un valore semantico di *gerarchizzazione comunicativa*, entrando nel sistema a *Enciclopedia della semiosi illimitata* secondo Eco [74, 75]; e costituirebbero anche una possibile ipotesi evolutiva della comunicazione: dall'iconismo primario [75] al simbolismo del linguaggio verbale [192].

Una parte delle nostre *immagini mentali sono socialmente e culturalmente determinate* e si riferiscono a modelli e a codici specifici di ciascuna cultura [11].

La capacità di rendere verbalmente le immagini mentali è fondamentale per la resa dei processi narrativi: nel narrare si passa continuamente dalla *codifica in forma analogica e amodale (l'immagine mentale)* alla *codifica in forma denotativa e modale (il parlato)*.

Lo sforzo di riuscire a descrivere con il linguaggio l'immagine che stiamo visualizzando interiormente, con "l'occhio della mente", conferisce plasticità e movimento alla narrazione; sono *parole che vedono*.

La parola è connessa a una immagine mentale, che può essere semplice o complessa, statica o in movimento, comune o bizzarra, realistica o di fantasia. Non soltanto il nome dell'oggetto, ma anche dell'emozione, del vissuto, del proprio stato fisico, sono connessi a un richiamo di immagine mentale [146, 147, 148].

In Culture e in esperienze diverse, quali immagini si connettono alle parole? Come funziona la comunicazione verbale delle visualizzazioni interiori, se queste appartengono a realtà anche molto diverse tra loro?

Si distinguono parole ad *Alto Valore di Immagine* (AI) e parole a *Basso Valore di Immagine* (BI) [64]. Nella narrazione del paziente le parole ad AI suscitano dei richiami immaginativi forti anche nel terapeuta (per esempio “mare”), e questo può facilitare l’intesa reciproca (anche se un certo “scarto” nella traduzione esiste sempre). Ma nel caso di lingue e culture profondamente diverse, *i referenti di immagine interna*, cui ineriscono le parole, possono essere molto difforni e distanti e quindi l’intesa reciproca può essere svasata anche sul piano analogico (*immagine*) oltre che denotativo (*verbale*). Allora, dedicare attenzione e tempo allo svolgimento verbale, più dettagliato, delle immagini mentali può essere utile, o addirittura talvolta indispensabile, per intendersi e procedere con un’adeguata sintonia nel cammino terapeutico [250].

La doppia codifica immaginativa e verbale è particolarmente forte nelle narrazioni di *sogni* e di *ricordi*: e sappiamo quanto questi elementi narrativi siano importanti nel processo psicoterapeutico. Spesso il sogno o il ricordo appaiono alla mente come un vero e proprio *flash* visivo, che viene tradotto in parole per essere comunicato, anche se la differenza semantica tra immagine, immagine ricordata e immagine raccontata può essere molto grande. Ma sappiamo anche che, specie nella Psicologia Individuale queste *ascese semantiche* [198], possono avere un grande valore diagnostico, prognostico e terapeutico [13, 22, 33, 92, 93, 97, 162, 164, 199, 217, 274], indipendentemente dalla loro presunta “verità” referenziale [7]; ciò che conta veramente è il loro significato per l’individuo, nella polisemia dei rimandi interpretativi [201, 262]. Qui si articolano lo stile di vita dell’individuo [4, 5, 6, 241] e i suoi giochi finzionali [219].

In una relazione interculturale si può verificare un’accentuazione dell’intensità e del numero dei *processi di immaginazione del terapeuta* rispetto al *dire* del paziente, proprio nel senso di tentare di “*farsi un’idea*” della realtà di riferimento cui è ancorato il termine usato dal paziente. Nell’ambito di una relazione terapeutica, in questo senso diventano importanti, se non fondamentali, *micro agiti all’interno del setting* (*enactment*) o parziali *self-disclosure* da parte del terapeuta [32, 88, 138, 219, 225, 249, 250].

B) La “scatola cinese”

Vi è uno stretto rapporto fra *la significazione, la strutturazione del sé* e *la ricerca di significati condivisi*, dunque comunicabili.

La parola ha un *potente valore rappresentativo*, ma anche *evocativo* e *simbolico*. Il linguaggio ha anche una *natura indelessicale*, cioè veicola affetti e vissuti. La parola non è soltanto denotazione (cioè nominazione del reale), ma è anche *suggerimento, allusione, eco del mondo interno: l’ineffabilità* del dire è parte integrante della parola stessa. Secondo Heidegger [130] noi siamo sempre al di fuori

di noi stessi, nel *linguaggio chiaroscurale* (la *Lichtung*) dell'Essere.

La valenza dell'*implicito* nella lingua è evidente nell'inferenza, cioè ciò che non viene detto ma viene dedotto dall'ascoltatore riferendosi al contesto. Fanno parte del linguaggio la risonanza esplicita ma anche implicita dei significati [32, 165, 181, 219, 225].

Esistono poi le *parole non dette*, le parole soltanto pensate, che costituiscono una formulazione verbale intima e interna, e in genere appartengono alla madrelingua. Come vengono tradotte in un'altra lingua quando si vuole renderle oggetto di comunicazione?

In ogni caso dare parole alle emergenze del nostro *mondo interno* è un processo linguistico assai complesso e raffinato, un punto di arrivo in cui sussulti, tremori, baluginii emotivi e affettivi trovano nella parola un veicolo espressivo adeguato. Nella comunicazione del paziente al terapeuta fatta, non in madrelingua ma in lingua appresa, si hanno molteplici passaggi che sostanziano l'esito verbale finale: il contenuto profondo del *dire* è racchiuso in una *serie di trasformazioni linguistiche* che rendono più complesso *esprimere* (per il paziente) e *comprendere* (per il terapeuta).

Realizzare la *trasmutazione linguistica del vissuto*, quando si deve far uso di una lingua non propria, è molto difficile; e altrettanto difficile è comprendere, senza fraintendere, ciò che il paziente riesce a dire [136, 261].

La comunicazione verbale del paziente al terapeuta è una sorta di "*scatola cinese*" (o *matrioska*), cioè un *contenitore linguistico multiplo*: la *madrelingua* dei pensieri taciti (formulazione verbale interiore) – l'altra lingua della verbalizzazione agita (*lingua appresa*) – la *lingua altra della intesa terapeutica*, dove i significati vanno oltre i significanti, e risaltano gli *aspetti impliciti* evocativi, ecoici, suggestivi, allusivi insiti nel linguaggio della comunicazione nell'ambito dell'interazione terapeutica [165].

IV. *L'uso della lingua appresa (LAP)*

A) *Dentro la lingua del paziente*

Queste riflessioni si riferiscono al caso delle relazioni duali fra terapeuta e paziente, in cui gli attori di *madrelingua diversa* si confrontano con la necessità di *trovare una comunicazione linguistica* funzionante e funzionale per entrambi [30, 122].

Se il paziente conosce poco la lingua del terapeuta e si sforza di esprimersi comunque usando quella lingua, la risultante è una compagine linguistica fragile.

La *lingua appresa* è spesso frutto di un insegnamento volto soprattutto agli impieghi pratici, alla vita quotidiana, all'espletamento delle mansioni lavorative, alle necessità concrete, alla soluzione delle pratiche burocratiche.

Nel caso della lingua appresa pur correttamente, la difficoltà di trovare le parole adatte per esprimere il mondo interno è grande: e altrettanto grande, è la difficoltà del terapeuta di procedere *oltre* il significato delle parole, trovarne il senso, cioè ampliare la portata del significato delle parole usate dal paziente e arricchirle delle risonanze interiori.

L'uso della lingua appresa (LAP) può essere:

un uso consueto e ormai fatto proprio, largamente praticato nelle relazioni;
un uso incerto e faticoso, ancora poco praticato, della lingua nuova.

- 1) I due casi esitano in modalità comunicative molto diverse, una efficace e l'altra confusa.
- 2) Si possono avere vari gradi di *competenza linguistica* rispetto alla lingua appresa:
 - a) *Scarsa competenza linguistica*: il paziente è nato, ha compiuto tutti gli studi e ha in parte vissuto la sua esperienza in un altro paese con altra madrelingua; apprende la nuova lingua in età adulta, e la usa esclusivamente per le relazioni lavorative, le necessità burocratiche, le situazioni concrete. Continua a pensare e quando è possibile a parlare nella sua madrelingua.
 - b) *Media competenza linguistica*: il paziente è nato, ha compiuto gli studi primari e ha vissuto l'esperienza infantile in un altro paese con altra madrelingua; apprende la nuova lingua in età adolescenziale, continua gli studi nella lingua appresa, e la usa normalmente per le relazioni al di fuori dello stretto contesto familiare. Si ha così un paziente bilingue, con uso linguistico diverso a seconda dei settori della sua esperienza: lessico familiare e nelle relazioni fra connazionali, diverso dal lessico scolastico ed esperienziale nuovo. Se il contesto familiare e relazionale stretto parla la madrelingua, chi apprende una nuova lingua, può risentirne e avere comunque una sua minore padronanza e uno spettro lessicale un po' ridotto, anche se pensa nella madrelingua solo occasionalmente, e riferito a determinati contenuti, e parla soprattutto nella lingua appresa.
 - c) *Buona competenza linguistica*: il paziente è nato in un altro paese, ma è arrivato nel nuovo paese in età prescolare nella prima infanzia. In questo caso il paziente, pur di madrelingua diversa, si è formato scolasticamente ed esperienzialmente usando la lingua appresa. Anche nel contesto familiare e in stretti ambienti relazionali di connazionali si fa uso ampio della lingua appresa, che è diventata una seconda lingua di uso abbastanza comune per tutti; l'uso della madrelingua è assai circoscritto: può essere conservato per la relazione con alcuni parenti più anziani, o come occasionale aggiunta o integrazione della lingua appresa. È questa, per esempio, la situazione che spesso si verifica tra

gli immigrati di seconda generazione. Il paziente pensa prevalentemente nella lingua appresa e usa la madrelingua con una bassa frequenza. Spesso ha anche un partner di altra lingua rispetto alla propria originaria e costituisce un nuovo nucleo familiare in cui si comunica nella lingua appresa.

B) *Fuori e dentro con la Lingua Appresa*

In tutti i casi, comunque, rimane centrale la questione del *referente emozionale e culturale* cui si agganciano le parole: vale a dire, la distanza tra *il mondo interno e la lingua esterna*, e quanto si amplia questa distanza se l'uso linguistico è incerto.

Spesso la modalità linguistica che il paziente vive in terapia non è quella spontanea del suo mondo interno ed esterno, attinente al suo lessico familiare, ma è quella del suo agire lavorativo, della burocrazia, delle relazioni allargate.

Questo colloca la lingua usata dal paziente in terapia su un versante esterno: è *la lingua del "fuori"* e non quella del *"dentro"*, è la lingua forzata e appresa, non quella spontanea e primaria, è la lingua del fare e non del pensare. E' più facile la comunicazione con pazienti che si sono già formati scolasticamente ed esperienzialmente nel paese del terapeuta, che possiedono una sufficiente competenza linguistica. Rimane tuttavia fondamentale la matrice del *lessico familiare*, quello con cui si dà il *primo nome* alle emozioni e agli affetti, quello della prima conoscenza ed esperienza del mondo. In questo lessico si configurano i *primi ricordi* e, spesso si dipanano i *sogni*, specie quelli legati a contenuti emotivi arcaici, allo sviluppo del sentire in età preverbale. Quando il paziente, usando la lingua appresa, riporta al terapeuta gli esiti delle sue relazioni familiari, che però si svolgono nella madrelingua del paziente, avviene che il paziente *traduca* nella lingua appresa, le frasi dette in lingua originale dai suoi interlocutori. Sappiamo però quanto nella traduzione venga perso dell'originale [78], soprattutto i suoi *aspetti impliciti* [137, 165, 219, 225].

Se è difficile svolgere nella lingua appresa il lessico familiare, ancora più arduo è esplicitare in essa i *propri pensieri, le parole presenti nei propri sogni, le parole dei propri ricordi* [217].

Ciascuno fa un normale e continuo uso di una verbalizzazione solo interna nei propri pensieri. *Il linguaggio interiore* è di per sé una verbalizzazione particolare, rapida e personale, non elaborata come nell'uso linguistico espresso. Nel caso della comunicazione al terapeuta, facendo uso di una lingua diversa dalla propria madrelingua, vi è un problematico *passaggio* dal linguaggio interiore in madrelingua a quello comunicato in lingua appresa, dagli aspetti amodali a quelli modali del linguaggio.

Descrivere verbalmente il proprio sogno richiede un passaggio dalla codifica per immagini a quella verbale, e uno svolgimento che dia comprensibilità al narrato, di tutte le contrazioni e le anomalie oniriche. Questo è già un'impresa verbale difficile, e spesso con resa insoddisfacente per il narrante, per cui il racconto fatto non sembra coincidere abbastanza con il sogno stesso. E' complesso attuare il passaggio tra le verbalizzazioni fatte dai personaggi dei sogni (*le parole dei sogni*) e la lingua necessaria per narrarle, ed è ancora più difficile farlo se è necessario tradurre quelle verbalizzazioni in un'altra lingua. Quando la lingua parlata dai personaggi nel sogno è tradotta nella lingua del terapeuta per poter riferire il sogno, l'ineffabilità del sogno risulta appesantita e travisata da molteplici passaggi linguistici. Il rischio di smarrire l'autentico senso di quel *dire* così particolare è davvero molto alto [217, 274, 275].

Raccontare un ricordo può essere un atto narrativo complesso, specie se si tratta di un ricordo autobiografico con un'alta valenza emotiva e ancor più se si tratta di un ricordo emergente, sopito o rimosso per lungo tempo, di difficile recupero [49]. Ne è prova evidente l'incertezza linguistica del narrante, ben nota in psicoterapia; il paziente si trova a scegliere con esitazione i termini, a fare pause lunghe, a ripetere, a correggere. Anche se quella *autobiografica* è un comparto particolarmente vivido della nostra memoria, il peso emozionale che la caratterizza può indebolire o addirittura annullare la possibilità di recuperare un ricordo. In ogni caso, la fragilità semantica del ricordo si accentua quando si aggiunge la necessità di tradurlo nella lingua appresa per raccontarlo al terapeuta.

La *fatica linguistica*, l'insoddisfazione per quanto alla fine si riesce ad esprimere, la moltiplicazione dei passaggi fra mondo interno ed espressione verbale, possono costituire un fattore contrario al fluire e al progredire della relazione terapeutica [220].

Ciò comporta la difficoltà di *pensare in una lingua e parlare in un'altra*. E' importante essere consapevoli del peso che hanno sulla comunicazione terapeutica interculturale i *tramiti linguistici* attraverso cui passa la verbalizzazione [11, 47, 135, 209, 210, 213, 214, 217, 219, 225, 261].

C'è una *difficoltà* che conosciamo tutti quando raccontiamo qualcosa in una lingua non nostra, di cui non siamo perfettamente padroni: povertà del lessico, fragilità dei nessi sintattici, periodare breve, talvolta uso improprio delle locuzioni, pause prolungate, correzioni della scelta dei termini nell'atto della formulazione della frase, eccesso di intercalare generico per prendere tempo (tipo "bon" "c'est ca" per il francese, "so" "I mean" per l'inglese). Si attuano spontaneamente processi additivi (interiezioni, ripetizioni, sospensioni); sottrattivi (riduzione delle attribuzioni, scarso impiego degli avverbi, impoverimento dei sinonimi); semplificatori (riduzione dell'arco logico e temporale dell'uso dei verbi con prevalenza

di tempi e modi diretti, scarsità di congiuntivi o condizionali o passivi; consecutivo temporum minimale; frequente impiego del complemento oggetto rispetto agli altri). A questa *incertezza dell'uso verbale*, corrisponde una *accentuazione del linguaggio non verbale*, mimico, gestuale e posturale [11, 237]. È interessante constatare che questo tipo di lessico si riscontra nelle prime fasi dell'ontogenesi del linguaggio [124, 225, 248, 256, 257], ma rivestirebbe anche grande importanza nella filogenesi del linguaggio [95, 96, 192, 253].

Complessivamente, la risultanza linguistica è impoverita e inadeguata rispetto alla risonanza emotiva o al concetto che si vorrebbe comunicare: *l'esigenza espressiva resta insoddisfatta e sospesa*.

Gli atti comunicativi sono interpretabili a più livelli di senso, secondo una sequenza di opzioni. E' possibile che vi sia un *fraintendimento*, che diventa più probabile se i due attori della comunicazione hanno madrelingua diversa.

Esiste il rischio che il paziente dica di intendere ciò che terapeuta sta dicendo per non mostrarsi inadeguato o vivere un sentimento di inferiorità, e quindi dare per acquisiti dei passaggi nel processo psicoterapeutico, quando in realtà non sono stati afferrati e quindi non elaborati.

Il terapeuta deve mantenersi allertato rispetto alla *presunzione di intesa* [30], cioè quando il paziente dice esplicitamente di aver inteso una frase, ma in realtà non è così. Questa presunzione può anche essere intenzionale, per pudore della propria incompetenza linguistica e per difesa dal *sentimento di inferiorità linguistica*.

E' di centrale importanza che il terapeuta riesca a trasmettere al paziente il sentimento autentico del riconoscimento della sua *dignità* e l'autentica *condivisione* della difficoltà linguistica in atto nella relazione. E tutto questo può essere considerato parte integrante del *sentimento sociale* e della *capacità empatica* del terapeuta [4, 5, 6, 7, 88, 179, 218, 219, 225].

V. La terza dimensione

La terza lingua: con pazienti di altra madrelingua, può accadere che paziente e terapeuta, di comune accordo, scelgano di avvalersi di una *lingua intermedia* nota al paziente e al terapeuta, ma per entrambi acquisita, per esempio l'inglese.

Allora terapeuta e paziente pensano nella propria madrelingua, che è diversa per ciascuno degli attori, ma parlano e ascoltano in un'altra lingua che è comune a entrambi, la *terza lingua*. Si mette così in pratica una *doppia traduzione* [115].

Difficile allora situare l'immediatezza e l'affiorare spontaneo del dire che dà voce al profondo. Così come collocare l'interpretazione e le altre fasi del processo terapeutico [93, 215, 220].

Il terzo uomo: quando non è possibile trovare una lingua comune, si rende necessaria la presenza di un *traduttore*. Il terzo uomo è l'indispensabile tramite linguistico, ma allontana la comunicazione dal mondo interno e dalle sue emergenze. In questi casi, più che psicoterapia psicodinamica, si tratta di interventi di aiuto su basi concrete, spesso attuati in condizioni di urgenza, con necessità prioritarie di tipo supportivo e/o farmacologico [83, 216].

La comunicazione *a triangolo* fra paziente/terapeuta/traduttore è tanto indiretta che sembra difficilmente ascrivibile a una situazione di psicoterapia espressiva, anche se alcuni Autori, sia pure in un contesto disciplinare diverso, come Donald Davidson [66], hanno posto la triangolazione come un'usuale prassi comunicativa, specie in individui di madrelingua diversa, collocandolo anche alla base del concetto semantico forte di *interpretazione radicale*; anche facendo riferimento al *principio di carità*, o di *umanità* di Grandy [120]. In fin dei conti se tra due individui, c'è la volontà di comunicare, e di comprendersi [225], la comunicazione avviene, anche se in modo imperfetto [66, 122, 159], e anche se sulla base di diversi dizionari (*traduzione radicale*, secondo Quine) [198]. Il contrastato concetto di *olismo semantico*, asse portante della tradizione della Psicologia Individuale, può essere recuperato in termini finzionali, e quindi nell'ambito di un'*epistemologia pragmatica*, anche in sintonia con i più recenti sviluppi della filosofia analitica [48, 67, 69, 71, 213].

La lingua terza. Se poi il tessuto linguistico comune fra paziente e terapeuta è davvero troppo povero per poter contenere le necessità espressive di entrambi gli attori, si può anche ricorrere a una lingua mista in cui si alternano parole nella lingua comune, parole in una *terza lingua* (per esempio l'inglese) e anche alcune parole della madrelingua del paziente di cui viene spiegato e condiviso il significato. Spesso queste ultime diventano parole chiave. Si ha la nascita di una *lingua pidgin*, tutta semantica e niente sintassi, utile per una comunicazione di base, ma che difficilmente consente scambi più articolati e approfonditi.

VI. *Comportamenti comunicativi: comunicazione non-verbale*

La *comunicazione non verbale* è un fondamentale sistema di gestione della *co-presenza di più livelli di comunicazione* all'interno dell'interazione: segni gestuali, mimici, aptici e prossemici, hanno un potente valore comunicativo. A differenza della gestualità involontaria espressiva-emozionale, hanno forti connotazioni culturali [11, 61, 62, 191, 192, 225, 230, 237].

All'interno dell'atto linguistico c'è *complementarietà degli aspetti verbali e non verbali*. Il segno verbale (*parola*) è arbitrario e digitale, con funzione denotativa. Il segnale non verbale (*simbolo*) è motivazionale, evocativo, analogico, con funzione espressiva. Fanno eccezione le *lingue dei segni dei sordomuti*, che sono riconducibili al linguaggio verbale, con cui condividono lo stesso tipo di struttura sintattica, lo stesso sviluppo ontogenetico, le stesse aree di elaborazione cerebrale [124].

Il peso dei *fattori aspecifici empatici* e l'importanza dell'assetto del *setting* nelle relazioni cross-culturali è particolarmente accentuato [2]. I *fattori non verbali della comunicazione e la semiotica e semantica dell'ambiente* in cui si svolge il rapporto terapeutico, giocano sempre un ruolo importante, ma con pazienti di lingua e cultura "altra" possono essere ancor più rilevanti.

La complementarietà di verbale e non verbale rimanda all'importanza dell'organizzazione dei *comportamenti comunicativi*, importanza accentuata in situazioni di differenza linguistica [11, 30, 31, 264].

VII. *Comportamenti comunicativi: la cortesia*

Focalizziamo brevemente la nostra attenzione su una serie di comportamenti non verbali e verbali che si mettono in atto in tutte le relazioni, e quindi anche in quella fra paziente e terapeuta, e che sono ascrivibili alla *cortesia*. Nel caso di relazioni terapeutiche interculturali essi possono acquistare un notevole peso [12].

Gli studi sulla *strategia di comunicazione della cortesia*, intendono la cortesia come un regolatore dell'aggressività interna e la ritengono necessaria per conservare e rispettare l'immagine personale di sé e degli altri, uno strumento indispensabile per consentire e garantire lo svolgersi dello scambio comunicativo.

La cortesia esprime concretamente definite modalità di porsi e di stare in relazione con gli altri, favorisce la negoziazione della distanza interpersonale e dei rapporti psicologici di potere, consente il rispetto dei confini individuali e la corretta gestione della differenza sociale e di ruolo; la cortesia rappresenta la neutralizzazione della "minaccia" ipotetica alla propria "immagine personale" che sussiste nell'interazione con l'altro.

La cortesia si esprime sia in *forma non verbale e implicita*, quanto in *forma linguistica*, ancora una volta secondo modalità convenzionali, quanto personali; esistono degli *indici linguistici della cortesia specifici* per ogni lingua [12, 151], e quindi per le diverse culture [261].

A proposito delle strategie di comunicazione della cortesia, si distinguono: 1) la *cortesia in positivo*: come interesse e attenzione; come condivisione e appartenenza sociale; come ricerca del consenso e dell'accordo; come attività di cooperazione; come soddisfacimento di desideri; 2) la *cortesia in negativo*: essere convenzionalmente indiretti; non presupporre e non dare per scontato; non essere coercitivi nei confronti del ricevente; usare l'asse degli onorifici; comunicare il desiderio di non violare il territorio del ricevente; soddisfare i desideri del ricevente; 3) l'*essere impliciti*, cioè emettere un messaggio al quale non è possibile attribuire in modo inequivocabile un'unica intenzione comunicativa [41].

La cortesia formale è una sorta di dichiarazione di buone intenzioni rispetto all'eventualità di ledere l'immagine dell'altro; metterla in atto comporta il ricorso e l'elaborazione di precise e articolate *strategie di comunicazione culturalmente appropriate*.

La cortesia garantisce la possibilità di mantenere integra la propria *immagine personale e sociale* [8]. Essa si basa sulla comune vulnerabilità dell'immagine, che comporta la necessità di creare una situazione di cooperazione e di protezione fra gli individui. Il concetto di immagine personale è strettamente connesso con il contesto sociale e culturale di appartenenza e dunque è *culturalmente variabile*; un esempio evidente è la variabile della distanza fisica interpersonale, vissuta e agita in modo assai diverso a seconda della propria appartenenza culturale.

E' grande l'importanza delle *differenze culturali* nelle varie forme della comunicazione della cortesia. Esistono culture che favoriscono le relazioni intime e i rapporti paritetici ed egualitari (*ethos fraterno*), e culture invece nelle quali la distanza interpersonale è elevata e i rapporti sono basati sulla gerarchia sociale (*ethos paterno*) [41]. In generale, le prime modalità relazionali sono solitamente ascritte alle *culture collettivistiche*, per esempio orientali o sudamericane, in cui è di primaria importanza il gruppo rispetto all'individuo (*in group*); le seconde sono ricondotte alle culture occidentali, *individualistiche*, in cui i valori individuali (autonomia, capacità di emergere, responsabilità individuale) sono ritenuti prevalenti rispetto a quelli del gruppo (*out group*) [11, 50, 261]. Naturalmente non si possono generalizzare, soprattutto in una fase storica di globalizzazione e di cambiamento, situazioni storiche, sociali e culturali cui, da sempre la Psicologia Individuale è particolarmente sensibile [213]. In molti casi, infatti, le culture cosiddette individualistiche lo sono molto meno sul piano concreto, così come tra le culture collettivistiche vi sono molti modi di "vivere" e concepire il gruppo [255].

Nella *relazione terapeutica*, l'impiego della cortesia è uno degli elementi che facilita ma anche *contiene* la relazione, stabilisce limiti formali reciproci, funge da modulatore della distanza, rende accettabili i passaggi difficili, accompagna il fluire del rapporto, "abbassa" la differenza di ruoli.

Per il terapeuta è importante trovare il modo più consono a ciascun paziente di essere cortese con lui; *la cortesia del terapeuta* è un codice che aiuta a far sentire il paziente oggetto di rispetto e di riguardo, contribuisce a valorizzare la sua dignità e autostima, e nel contempo lo facilita ad adattarsi al *setting* e all'esercizio del ruolo messo in atto dal terapeuta [2]. L'uso della cortesia permette il costituirsi di una sorta di linguaggio a latere, con indici linguistici propri e cadenze rituali specifiche che può rappresentare un *segnale empatico* particolarmente esplicito e di facile lettura, molto favorevole alla relazione interculturale [12, 176, 179, 218, 219, 225].

L'impiego della cortesia da ambo le parti comunicanti durante una seduta può costituire per il terapeuta un *indicatore* per valutare le note aggressive, per cogliere la risonanza emotiva di certi passaggi, per monitorare l'andamento strutturale del *setting* e per regolare meglio la distanza.

Essere cortese, insomma, *non è casuale*, o una caratteristica caratteriale individuale, ma è una vera e propria modalità di relazionarsi nell'interazione terapeutica, e quindi da valutare come tale da parte del terapeuta, sia che inerisca a suoi contro-atteggiamenti che a modalità comportamentali del paziente [156].

La strategia di cortesia messa in atto dal paziente può essere un velo per celare i segreti del suo mondo interno; può rappresentare una difesa *'gentile'* quanto potente; un comportamento protettivo e rassicurante; un'ammissione di vulnerabilità quanto un contenimento della rabbia; un segnale forte dei propri bisogni; una richiesta importante; un'espressione indiretta e soffusa di emozioni e sentimenti altrimenti indicibili: merita quindi, in ogni caso, una riflessione attenta da parte del terapeuta [93, 214, 215].

Un'ulteriore complicazione deriva anche dal fatto che atteggiamenti di cortesia "funzionano" diversamente nelle varie culture. Così come le sue strategie verbali e non verbali, quando paziente e terapeuta sono di cultura e di lingua diverse. Il terapeuta è tenuto, in ogni caso, a garantire al paziente una corretta gestione della vicinanza/distanza e un basilare *rispetto della sua dignità* [216].

VIII. *Comportamenti comunicativi: la competenza conversazionale*

Negli studi dedicati all'*analisi della conversazione*, questa viene definita come processo comunicativo fra due o più persone, reciprocamente impegnate nella gestione comportamentale della co-presenza (*interazione*) [105, 106].

Per conversazione si intende il discorso familiare che si svolge in ambito naturale, in cui due o più partecipanti si alternano a parlare, ma anche il discorso in

ambito professionale, quando cliente ed esperto si trovano in una situazione di contatto verbale e personale diretto.

Attraverso l'analisi della conversazione, si è rilevato come lo svolgimento di questa sia dotato di un ordine e di una regolarità, metodicamente prodotti dai partecipanti stessi: conversare richiede una *competenza linguistica* che consente di codificare e decodificare i messaggi, ma anche una specifica *competenza conversazionale*, cioè la capacità di organizzare il proprio comportamento linguistico e non linguistico secondo determinate procedure conversazionali in maniera intelligibile all'altro. La conversazione è, infatti, caratterizzata da un avvicendamento di turni, regolato da una serie di segnali verbali e non (soprattutto attraverso lo sguardo o altre modalità paralinguistiche); in questo avvicendamento si possono verificare delle sovrapposizioni, dei vuoti, degli indugi, dei silenzi significativi che vanno monitorati e analizzati. La *competenza conversazionale* garantisce il flusso sintonizzato della conversazione, il rispetto dei turni di parola, la sincronizzazione delle sequenze, l'utilizzo dello sguardo come indicatore non verbale dell'andamento degli scambi e del feed-back delle reazioni dell'interlocutore. Sono questi aspetti fondamentali del ritmo e della prosodica della comunicazione che, oltre a sottostare a differenze culturali, vengono già apprese dal bambino nelle prime fasi dell'interazione linguistica [16, 27, 200, 236, 247, 248].

La conversazione per ottenere una comunicazione piena ed efficace fa uso del *linguaggio* come strumento principale, ma in connessione con *numerosi espedienti extralinguistici e non verbali* [106].

Si sono posti in risalto gli *aspetti culturali implicati nell'agire conversazionale*: vi sarebbero modalità di interazione a carattere universale, ma altrettanti funzionamenti marcati dalla specificità del contesto culturale. Pensiamo soltanto ai preliminari di un'interazione verbale e alla sua conclusione: i rituali del saluto e del commiato possono essere molto diversi da cultura a cultura [141, 261].

Per esempio: quando e in che luogo è prescritto il saluto? Chi saluta per primo? Deve essere verbale o/e gestuale? Altri preliminari possono sostituire o integrare il saluto? (Ça va? How do you do? Wie get's dir?). Infatti, nelle culture occidentali spesso si apre la conversazione informandosi sullo stato di salute dell'interlocutore, anche se poi non ci si aspetta nessuna prolissa delucidazione al riguardo, che violerebbe la massima di Quantità di Grice [122]. Mentre in Giappone e in altre culture asiatiche, la domanda sullo stato di salute è percepita come indiscreta se non addirittura offensiva. Ma come reagiremmo noi se come saluto ci sentissimo chiedere se abbiamo mangiato bene o se abbiamo mangiato riso: perplessi senza dubbio e probabilmente anche indispettiti [261].

Nel *rapporto psicoterapeutico*, essere consapevoli che, nello scambio di parole che avviene con il paziente vengono, di fatto, messe in atto delle *competenze conversazionali*, consente di afferrare meglio l'andamento stesso della relazione a livello *locutorio, illocutorio, perlocutorio* [20] e *mimico-gestuale* [11, 228, 229, 230], permettendo di valutare, secondo un'ottica più ampia, quanto avviene nell'interazione.

Naturalmente le *regole conversazionali costituiscono un aspetto fondamentale* della comunicazione fra persone di madrelingua e di cultura relazionale diverse.

Con alcuni pazienti, nel corso della seduta, specie nella fase iniziale, possono avvenire veri e propri scambi di tipo dialogico conversazionale su temi apparentemente generici, che meritano oltre alle fondamentali considerazioni che rimandano al mondo interno, anche un'attenzione volta direttamente alle modalità secondo cui avviene lo scambio di parole, e quindi alle capacità e alle competenze degli interlocutori.

In una relazione interculturale, gli *indicatori conversazionali* possono aiutare ad accogliere e a intendere meglio il paziente.

IX. *La Deissi*

Il fenomeno che prende il nome di *Deissi* (dal greco *deixis*, "indicazione") costituisce l'intervento più evidente e diffuso del contesto nella determinazione degli enunciati del linguaggio naturale (o ordinario) [31]. In quanto *teoria del contesto*, la pragmatica viene talvolta definita anche come *teoria della distanza*: distanza fisica, sociale, culturale, psicologica ed emotiva [223]. Una delle manifestazioni più concrete della distanza è data appunto dai fenomeni raggruppati sotto la denominazione di *deissi*, che sono anche l'espressione più evidente di come le lingue naturali (a differenza dei linguaggi formali, ma anche dei linguaggi tecnici e scientifici) siano caratterizzate tipicamente per l'*interazione faccia a faccia* [30, 31, 111, 118, 125]. Alla *deissi* ha dedicato particolare attenzione anche la *linguistica cognitiva* [14]. La situazionalità (cioè l'essere *in situazione*) dei partecipanti dell'atto linguistico ha effetti molto profondi sulla struttura dell'enunciazione. La formulazione dell'enunciazione dipende dalla conoscenza condivisa degli interlocutori, dai loro valori e atteggiamenti, vale a dire da quello che si definisce *base comune (common ground)* [55]. Langacker [155] la chiama *base epistemica*. Quello che scegliamo di esprimere in un'enunciazione e il modo in cui lo esprimiamo è determinato in larga misura da ciò che riteniamo parte o meno della base comune; la base comune fornisce una prospettiva epistemica per il parlante e l'ascoltatore (*deittica epistemica*) [60].

All'interno della categoria generale della deissi, si individuano almeno tre sottocategorie: i deittici di persona, quelli di luogo e quelli di tempo [31].

- 1) Le *espressioni deittiche personali* codificano il ruolo dei partecipanti in uno scambio comunicativo: “io” codifica il ruolo del parlante, “tu” o “voi” quello di ascoltatori o destinatari, “egli” o “ella” (“lui” o “lei”) quello di partecipanti che non sono né il parlante, né i destinatari. Attraverso i deittici personali viene codificata tipicamente anche la distanza sociale dei partecipanti (si pensi all'uso del “Lei” in italiano), in modi diversi nelle diverse lingue e quindi nelle diverse culture [11], rimarcando distinzioni di status sociale, assoluto o relativo al parlante, e distinzioni di età, sesso, grado di parentela o di intimità con il parlante. In Tamil, per esempio, esistono sei pronomi di seconda persona singolare, in dipendenza della posizione sociale del parlante rispetto al destinatario. È evidente che l'uso dei deittici personali richiede una complessa competenza, non solo strettamente linguistica, ma anche sociale (dunque pragmatica), tanto più in lingue, come il giapponese o il coreano, in cui la *deissi sociale* riveste un ruolo più importante che in italiano [11, 31, 160].
- 2) Le *espressioni deittiche spaziali* codificano invece la distanza fisica, segnalando generalmente almeno la distinzione fra *prossimale*, o vicino al parlante (con espressioni come “qui”, “questo”, ma anche verbi come “venire”) e *distale*, o lontano dal parlante (con espressioni come “là”, “quello” e verbi come “andare”). Naturalmente lingue diverse codificano distinzioni diverse: in italiano troviamo termini per “lontano dal parlante e vicino al destinatario” (con espressioni come “codesto” o “costì”); in altre lingue ci sono deittici per distinguere gli oggetti visibili al parlante e al destinatario da quelli non visibili, oppure deittici per “a monte” e “a valle” [31]. Naturalmente essendo la deissi spaziale, una codificazione linguistica dello spazio e quindi del contesto immediato dell'individuo, sarà determinante per definire la collocazione, anche gerarchica o simbolica dei vari elementi presenti in un certo contesto spaziale: siano essi costituiti da oggetti o persone. L'intenzionalità ostensiva (indicare), per esempio, ha non solo valenze culturali (il gesto di indicare con il dito o con la mano è universale, anche se fortemente “controllato” dalla cultura), ma ha anche grande importanza nell'ontogenesi cognitiva e linguistica del bambino, come sottolineato da Tomasello [257], contribuendo allo sviluppo di quella *intenzionalità condivisa*, che sarebbe alla base della matrice socio-culturale entro cui si sviluppa il linguaggio. Inoltre le “cose” a portata di mano fanno parte della nostra immediata comprensione del mondo, come in Heidegger [129], o si raccordano in *frames cognitivi e linguistici unitari*, e come tali vengono appresi e considerati, come nella semantica cognitiva [14]. In altre parole, il bambino non apprende solo nomi per oggetti, ma situazioni complesse già strutturate e linguisticamente connesse. Tra parole e cose, come osservato già da Foucault [101], si crea uno spazio argomentati-

vo ampio e per nulla immediato. In ambito psicodinamico, il problema della distanza, assume particolare importanza, essendo una variabile connessa sia a fattori biologici che culturali, ma anche psicopatologici [209, 223, 261]; nella prassi, ai vari momenti del processo terapeutico [93], alla *strutturazione del setting* e alle sue possibili interpretazioni e re-interpretazioni semantiche [2], parte integrante della comunicazione non verbale e quindi fortemente connotata da un punto di vista socio-culturale [223].

- 3) Le *espressioni deittiche temporali*, codificano la distanza temporale, in generale dal momento del proferimento, con espressioni come “ora”, “dopo”, “subito”, oppure “oggi”, “ieri”, “domani”, “lunedì”, “lunedì prossimo”, “quest’anno”, “l’anno prossimo”, ecc. Anche in questo caso, l’uso dei deittici richiede una competenza insieme linguistica ed enciclopedica: da un lato le diverse culture categorizzano in modo diverso il tempo (l’hindi ha lo stesso termine per “oggi” e “domani”; il giapponese ha nomi per tre giorni prima del giorno del proferimento, e per due giorni dopo); dall’altro ogni lingua possiede complessi meccanismi dei diversi sistemi di divisione del tempo [31]. Questo può anche essere un modo di esprimere il valore che una certa cultura attribuisce al tempo. L’espressione della temporalità nella *deissi*, esprime da un lato il contesto d’uso del linguaggio, su basi culturali: dall’altro la propria personale concezione del tempo. Il tempo è sempre *tempo vissuto* [171]. Gli esempi di distorsione della temporalità in psicopatologia sono moltissimi [34, 136]. E questi si riflettono sulla relazione e sul linguaggio che la regola, sul *setting* e sul tempo che artatamente scandisce la relazione: *inizio, percorso, fine*. Il linguaggio del tempo non può non entrare nella relazione, come indicali del contesto [31, 139, 181, 182, 246], come vissuto psicopatologico della temporalità [178, 212], come vissuto culturale (e quindi linguistico) della temporalità stessa [261].

X. Comportamenti Comunicativi: la Pragmatica Cognitiva

A) Il linguaggio ordinario

Un primo aspetto della pragmatica cognitiva consiste nel recupero del valore del *linguaggio ordinario*, la forma di comunicazione linguistica comunemente utilizzata nel “mondo reale”; ma proprio in quanto scarsamente rigoroso, difficilmente formalizzabile e, sotto molti aspetti, ambivalente, non è mai stato preso in considerazione dai primi esponenti della filosofia analitica, che anzi si sono posti come obiettivo il suo “superamento” [51, 102, 166, 172, 231, 234, 252, 272].

L’attenzione posta sul linguaggio ordinario ha costituito, secondo Grice [123] una vera e propria rivoluzione filosofica, che si è attuata tra Cambridge, con il “secondo” Wittgenstein [273] e soprattutto Oxford, attraverso l’opera di John Austin [20], Gilbert Ryle [233], Peter Strawson [251], Herbert Paul Grice [121, 122,

123]. Intento comune ai filosofi del linguaggio ordinario è quello di portare il linguaggio comune, quello di tutti i giorni, al centro dell'analisi filosofica. Gli sviluppi della *pragmatica linguistica* hanno aperto un campo di indagine tuttora florido, sia negli sviluppi della pragmatica cognitiva, specie attraverso il *contestualismo* [161] e i teorici della *pertinenza* [244], ma anche con ricadute nell'ambito della tradizione filosofica analitica [48], come in Quine [198] o Davidson [65, 66], o negli ultimi sviluppi del neo-pragmatismo, ravvisabili in Putnam [193, 194] o nella critica più radicale di Rorty [205, 206, 207]. Da sottolineare, inoltre, l'importanza che l'analisi pragmatica del linguaggio riveste in campo psicodinamico e in prospettiva trans-culturale.

B) *La dimensione pragmatica*

La dimensione pragmatica del linguaggio sposta l'attenzione dalla sua dimensione di idealità (il significato di un enunciato viene identificato con le sue condizioni di verità) [68], ai suoi molteplici *contesti d'uso*, recuperando quegli aspetti di flessibilità ed elasticità, ma anche di ambiguità del linguaggio, che rappresentano i segni della ricchezza del linguaggio naturale e della sua capacità di adattarsi a nuovi contesti e a circostanze insolite. Il significato di ogni frase del linguaggio ordinario scaturisce dalle sue assunzioni contestuali (che Searle chiama "*background*") [239] e dall'uso che dell'espressione si fa e da ciò che con quell'espressione si vuole fare (*significato dell'espressione* e *significato del parlante*, secondo Grice) [121]. A essere sottolineata è la *dimensione sociale del linguaggio* [116], e in particolare, la varietà degli usi discorsivi delle frasi del linguaggio naturale: affermazioni, ordini, domande, minacce, ecc. In questa prospettiva *parlare significa agire*: ogni enunciato serve a compiere un atto, regolato da norme, convinzioni o consuetudini; il linguaggio, come tale, viene concepito al pari di un'istituzione sociale. Nel concetto di *performativo* di Austin [20], sta tutta questa *funzione d'uso* del linguaggio. Un performativo non può essere vero o falso, ma in quanto descrizione di atti che avvengono in un determinato contesto d'uso, può essere solo *felice* o *infelice* se si rivela valido o meno [31, 232].

Austin [20] distingue gli atti linguistici in:

- 1) *atto locutorio*: corrisponde al fatto di dire qualcosa, al proferimento di un'espressione ben formata sintatticamente e dotata di significato, oggetto di studio da parte di sintassi e semantica. È l'espressione che più corrisponde ai criteri vero-funzionali della linguistica classica;
- 2) *atto illocutorio*: ogni volta che proferiamo un enunciato, lo facciamo per uno scopo. L'atto illocutorio corrisponde al nostro proferimento cui corrisponde una *forza* corrispondente che definirà il tipo di illocuzione: affermazione, ordine, minaccia, promessa, avvertimento e così via;
- 3) *atto perlocutorio*: corrisponde agli effetti ottenuti dall'atto illocutorio, alle conseguenze psicologiche, intenzionali o meno. Le conseguenze perlocutorie

dei nostri atti illocutori sono del tutto non convenzionali, e dipendono dalle specifiche circostanze in cui l'atto viene compiuto [20, 31, 232].

Sono state tentate varie classificazioni degli atti linguistici. La più nota è quella proposta da Searle [239]:

- 1) *Rappresentativi*: sono gli atti linguistici con cui esprimiamo le nostre credenze sul mondo (come gli atti di asserire, descrivere, concludere). Con un rappresentativo il parlante cerca di far sì che le sue parole si adattino al mondo e si impegna alla verità di quanto afferma.
- 2) *Dichiarativi*: sono gli atti linguistici con cui modifichiamo stati del mondo, spesso stati istituzionali, come gli atti di sposare, battezzare, dichiarare guerra, condannare, licenziare, ecc. L'uso di un dichiarativo è regolato da complesse istruzioni sociali, e il parlante deve avere un determinato status giuridico o sociale: in questo caso è il mondo ad adattarsi alle parole. Si crea in tal modo, come osserva Maurizio Ferraris [91], una complessa ontologia sociale. Gli atti sociali, per la loro natura performativa [20], proprio nel momento in cui richiedono un'espressione, sono linguistici; e dal momento che non si limitano a descrivere qualcosa (come gli atti constatativi), ma la producono, presentano, secondo Ferraris [91], un'originalità rispetto alle altre parti del linguaggio. Mentre dire "questo è un gatto" non agisce in alcun modo sul gatto, dire "la seduta è aperta", o "la dichiaro dottore in medicina" produce un oggetto che prima non c'era: l'espressione, se fissata, è *poiesis*, ossia costituisce un oggetto. È evidente che nella nostra professione abbiamo a che fare con *oggetti linguistici sociali* a diversi livelli: nel momento in cui ci venga assegnato il diritto di fare qualcosa, per esempio di esercitare la professione di psicoterapeuta; e questo non può farlo chiunque, ma un'Istituzione che abbia il diritto di nominarci tali. Da qui tutto il problema performativo della formazione [93, 142, 213, 215]. Quindi il contesto socio-culturale entro cui il linguaggio agisce ha un'importanza fondamentale. In secondo luogo, nella nostra professione abbiamo a che fare nella maggior parte dei casi con oggetti sociali, e anche le stesse definizioni di salute e malattia hanno, a ben guardare un'elevata componente performativa, e quindi linguistica, e quindi socio-culturale [21, 132, 144, 196, 261]. Un paziente è sì un individuo, ma è anche oggetto di un performativo socio-culturale, nel momento in cui entra nel ruolo di *individuo in un contesto socio-culturale che lo designa come paziente*. Diversi individui provenienti da contesti socio-culturali differenti potranno usare il linguaggio in modi diversi, anche quello non verbale (basti pensare al diverso "valore" che una stretta di mano può significare in contesti culturali diversi), e di conseguenza, costruire delle oggettività socio-culturali differenti, e su cui potremmo anche non convergere. Il linguaggio è un prodotto culturale, al di là delle sue implementazioni biologiche, e come tale si propone sempre il problema di una traduzione, che può diventare particolarmente ardua in contesti socio-culturali diversi e con

individui (nel nostro caso pazienti in un particolare contesto socio-culturale, quale è il *setting* come da noi appreso, culturalmente e storicamente determinato), di madrelingua diversa e quindi con *Weltanschauungen* differenti.

- 3) *Espressivi*: sono gli atti linguistici con cui esprimiamo i nostri sentimenti e, più in generale, i nostri stati psicologici (come gli atti di scusarsi, congratularsi, rallegrarsi, ringraziare, salutare): anche in questi atti possono essere coinvolti atteggiamenti e comportamenti regolati socialmente e culturalmente. Con un espressivo, il parlante mira a far sì che le sue parole si adattino al mondo dei suoi sentimenti o sensazioni.
- 4) *Direttivi*: sono gli atti linguistici con cui cerchiamo di indurre gli altri a fare, o a non fare qualcosa (come gli atti di ordinare, vietare, richiedere, domandare). Con un direttivo, il parlante cerca di far sì che il mondo si adatti alle sue parole, grazie all'intervento del destinatario.
- 5) *Commissivi*: sono gli atti linguistici con cui ci impegniamo a fare qualcosa in futuro (come gli atti di promettere, incaricarsi, rifiutare, acconsentire, scommettere). Con un commissivo il parlante si impegna a far sì che il mondo si adatti alle sue parole.

C) *Implicature: il principio di cooperazione*

Grice [122] chiama *implicature* le proposizioni che, in determinati contesti, possono essere comunicate (significato del parlante) usando un enunciato, senza essere esplicitamente dette, senza cioè essere parte del significato convenzionale dell'enunciato. Tipi particolari di implicature sono le *implicature convenzionali*: le proposizioni addizionali comunicate da un enunciato, non dipendono da particolari circostanze d'uso dell'enunciato, ma sono associate in modo stabile, in ogni contesto possibile, a determinate espressioni, come “ma”, “quindi”, “persino”, “non ancora”, ecc. [30, 31].

Le *implicature conversazionali* sono invece le proposizioni che possono essere comunicate usando un enunciato solo in particolari contesti e che non sono legate a determinate espressioni.

L'importanza delle implicature è data dal fatto che esse *veicolano l'implicito della comunicazione*. Grice [122] fa una distinzione fra dire e implicare: nelle nostre interazioni verbali, spesso comunichiamo implicitamente, ma anche più o meno consapevolmente, e questo sarà argomento di approfondimento del contestualismo [161] e dei teorici della pertinenza [244], molto più di quanto non diciamo letteralmente o esplicitamente.

Il *contesto* diventa quindi un elemento di primaria importanza nella definizione del campo comunicativo. Se asserisco: (1) *Egli è un giapponese ma è uno sfaticato*, dico la stessa cosa della proposizione vero-funzionale (2) *Egli è un giappo-*

nese ed è uno sfaticato, fattibile di essere vera o falsa secondo la semantica classica. Però in (1) implico qualcosa di più, essendo nella convinzione comune che i giapponesi siano invece dei grandi lavoratori. Siamo di fronte ad una implicatura convenzionale, sganciata dal contesto e che viene generata *di default*, in assenza di contesti particolari o insoliti. Invece le implicature conversazionali vengono generate solo in contesti particolari in quanto l'informazione contestuale (in particolare enciclopedica) svolge un ruolo determinante nella sua derivazione. Lo stesso enunciato permette di generare implicature diverse in contesti diversi. Le proposizioni (3) *Le donne sono donne*, o (4) *La guerra è guerra*, nella semantica della logica degli enunciati sono banali tautologie, mentre è chiaro che per la *semantica pragmatica* implicano un *di più*, variabile a seconda dei contesti d'uso: le stesse proposizioni possono essere usate indifferentemente da misogini o femministe, da pacifisti o guerrafondai [30], e variando la forza illocutoria posso ottenere una vasta gamma di significati: promesse, minacce, asserzioni ironiche, ecc. [158].

La tesi sottostante all'idea di implicatura è che le nostre interazioni comunicative, lungi dall'essere casuali o arbitrarie, sono rette da regole che si impongono ad ogni essere razionale. Per agire con qualcuno – spostare un tavolo, ballare il tango, preparare un dolce, ma anche parlare – è necessario coordinarsi, sforzarsi di agire in conformità a ciò che il nostro partner di interazione si aspetta ragionevolmente da noi. La comunicazione, in questa prospettiva, viene intesa come un'impresa razionale di cooperazione: i nostri scambi verbali sono sforzi di collaborazione, con uno scopo e una direzione comuni, stabiliti all'inizio della conversazione o negoziati durante lo scambio. Le implicature, specie quelle conversazionali, possono portare *ai limiti* il linguaggio utilizzato, ma solitamente non interrompono la comunicazione: siamo, in un certo senso, abituati a utilizzare il linguaggio in modo estremamente flessibile e contestualizzato. Naturalmente, si comprende come in un'interazione linguistica interculturale, ma anche spesso intraculturale, le implicature, che sono fortemente cultural-dipendenti, possano creare malintesi e incomprensioni. È un po' come cercare di tradurre modi di dire, motti di spirito, proverbi, o battute ironiche da una lingua ad un'altra: impresa praticamente impossibile [30, 31, 78, 219, 232].

D) *Le massime conversazionali*

Il *principio di cooperazione* si declina in *massime conversazionali*. Non si tratta di norme che ogni partecipante alla conversazione è tenuto a rispettare, ma di regole che rispecchiano le aspettative che un soggetto può ragionevolmente supporre sulle mosse comunicative del suo interlocutore, sempre che ne presupponga la razionalità. Si noti che il principio di cooperazione, che chiede al parlante di essere razionale nelle sue interazioni verbali, può essere visto come il contraltare del *principio di carità interpretativo*, che chiede al destinatario o interprete di presupporre o attribuire razionalità al suo interlocutore [31, 66, 197].

Le massime sono raccolte in quattro gruppi [122]:

a) Massime di *quantità*:

- 1) Dà un contributo tanto informativo quanto richiesto (per gli scopi accettati dallo scambio linguistico in corso);
- 2) Non dare un contributo più informativo di quanto richiesto.

b) Massime di *qualità* (che potremmo sintetizzare nella formula “Tenta di dare un contributo che sia vero”):

- 1) Non affermare ciò che credi essere falso;
- 2) Non affermare ciò per cui non hai prove adeguate.

c) Massima di *relazione*:

- 1) Sii pertinente.

d) Massime di *modo* (sintetizzate nella formula *sii perspicuo*):

- 1) Evita di esprimerti con oscurità;
- 2) Evita di essere ambiguo;
- 3) Sii breve;
- 4) Sii ordinato nell'esposizione.

Una violazione sistematica delle massime sarebbe disastrosa per la comunicazione. Ma una violazione delle massime può avvenire consapevolmente, nel caso della menzogna per esempio (violazione della massima di qualità) [10], ma anche nelle implicature, anche se in questi casi si dà per scontato che l'interlocutore abbia una sufficiente conoscenza del contesto, da far sì che possa essere in grado di calcolare l'implicatura. Anche nell'*ironia* si ha una sistematica violazione delle massime, così come nel *linguaggio figurato* [232] o nel *linguaggio finzionale* [4, 5, 219]. Insomma, le massime possono essere violate in tanti modi. In campo psicopatologico si può ricordare la situazione paradossale del *doppio legame*, evidenziato da Watzlawick, Beavin e Jackson [268], situazione che non solo può ricorrere in condizioni comunicative paradossali, ma anche in ambito psicoterapeutico, sia come doppio legame terapeutico, sia come condizione comunicativa distorta, nel momento in cui il paziente non avrebbe la possibilità di *metacomunicare* [126, 221, 240]. In tutti i casi, poiché una violazione delle massime di Grice [122], avviene comunemente anche nell'interazione psicoterapeutica, è importante da parte del paziente, la conoscenza del contesto e delle sue peculiarità (o comunque la consapevolezza che si è in un *certo contesto*, cioè in un *setting* determinato: dentro di esso si può far finta, giocare, mentire, invertire i ruoli, utilizzare finzioni e paradossi, avere *senso di agency*, dire e fare cose non possibili nel mondo *di fuori*) [2, 99, 100]. Tale situazione può non realizzarsi in un'interazione interculturale: le implicature possono essere molto differenti, l'implicito non è compreso come tale, vi è una difficoltà a metacomunicare, poiché tra linguaggio

oggetto e metalinguaggio può esserci uno scarto che può non essere compreso tra soggetti di madrelingua diversa [252]. In queste situazioni dovrà esserci una particolare attenzione, da parte del terapeuta all'uso, specie degli *impliciti*, del linguaggio: tra linguaggi naturali diversi potrebbe esserci una discordanza tale, anche da rendere la metacomunicazione estremamente difficile, se non impossibile.

XI. *Comportamenti comunicativi: l'espressione delle emozioni*

Prendiamo brevemente in considerazione il *comportamento comunicativo non verbale*: fisicità, gestualità, apparenza, cioè il *linguaggio del corpo* in primo piano [127, 131, 237]. In particolare, occorre distinguere il linguaggio non verbale vero e proprio, che ha finalità comunicative ed è fortemente cultural-dipendente, dalle espressioni paralinguistiche, che sono più spontanee e accompagnano il linguaggio. Seguendo Argyle [15] è possibile individuare, per gli elementi non verbali, tre funzioni principali: controllo e regolazione della situazione sociale immediata, appoggio e sostegno della comunicazione verbale, sostituzione della comunicazione verbale.

In particolare vorremmo accennare all'*espressione facciale delle emozioni*, che in una relazione fra persone di altra cultura e altra lingua può avere un peso particolare. Anche se molti studi hanno ormai dimostrato che le emozioni di base sono le stesse e anche l'espressività di base è sostanzialmente simile, il contesto socio-culturale ne può modificare grandemente le modalità di manifestazione [80, 81]. Nella *comunicazione delle emozioni*, vengono seguite delle *regole di esibizione* che controllano la manifestazione delle emozioni, secondo un programma neuromotorio, e possono avere valore di intensificazione – de-intensificazione – simulazione – neutralizzazione, di quanto viene verbalizzato. Queste regole di esibizione sono *culturalmente apprese*; esiste uno stretto legame fra analogico e culturale.

Le *strategie comunicative non verbali di natura convenzionale* da un lato facilitano l'individuo nel far corrispondere l'esperienza vissuta alla manifestazione esterna, coerentemente con le norme del contesto di riferimento dell'interlocutore; dall'altro funzionano come codici di riconoscimento, cui si rifà una comunità culturale nell'individuare tratti pertinenti e salienti del contenuto e dell'espressione. L'interlocutore che *condivide le medesime regole di esibizione* riterrà l'espressione facciale, vocale, gestuale del parlante, appropriata e immediatamente riconoscibile. La mimica facciale può essere determinante tra paziente e terapeuta, ancor più se l'aspetto verbale è difficoltoso per la differenza linguistica. Naturalmente tenendo conto che la spontaneità delle espressioni facciali, per certi versi universale, viene controllata da un processo di apprendimento e di controllo culturale che inizia fin dalle prime fasi dell'inculturazione. Si determina un'in-

terazione complessa tra istanze biologicamente innate, che ascrivono all'imitazione dell'espressione emozionale e alla funzione interattiva tra madre e bambino [27, 248, 258], un ruolo importante nella filogenesi della competenza comunicativa (e in questo senso agirebbero i neuroni specchio) [108, 109, 204], e il precoce controllo culturale dell'espressività delle emozioni [11, 27, 261].

Ekman e Friesen [82] hanno studiato le componenti motorie della mimica facciale, considerando il volto come un sistema semiotico complesso; hanno così elaborato il FACS (*Facial Action Coding System*), un codice universale dell'espressione facciale delle emozioni, dove si associano i movimenti facciali alle emozioni e alle informazioni espresse. Tuttavia in suo lavoro del 1970, Birdwhistell affermava di essere in grado di identificare i diversi abitanti delle diverse regioni statunitensi solamente dalle loro espressioni facciali [35]. Nella *scala di linguisticità*, proposta da David Crystal [59], esistono indubbiamente, su una base biologica comune, degli indicali, interpersonali, di stati emotivi, di personalità, di gruppo sociale, che risentono in maggior misura degli aspetti socio-culturali, in una situazione di equilibrio instabile con i primi. La maggiore influenza sembra comunque essere data dalla *diversa valutazione del contesto*, come emergerebbe da studi di Takahiko Masuda e colleghi dell'Università di Alberta (Canada), che proprio studiando il riconoscimento delle espressioni facciali, tra individui occidentali (di cultura detta individualistica) e orientali (di cultura collettivistica), hanno rilevato che i primi sarebbero poco influenzati dal contesto, mentre per i secondi il contesto sarebbe fondamentale. Le reazioni emozionali prodotte sarebbero quindi tutt'altro che il risultato di una reazione di simulazione automatica tra mondo esterno e aree cerebrali, ma sottenderebbero complessi processi psicologici determinati (e non solo influenzati) dalla cultura di appartenenza [169]. Il problema è tuttavia apertissimo, specie dopo gli sviluppi nell'ambito delle neuroscienze cognitive, sollevando non pochi problemi, anche a livello epistemologico [11, 29, 108, 109, 219, 225].

XII. *La Lingua dell'Altro: il linguaggio nella psicoterapia psicodinamica*

La relazione con un paziente di altra lingua aggiunge alla singolarità che è propria di ogni rapporto terapeutico, la *singolarità ulteriore di un uso linguistico particolare*, legato alle possibilità di intendersi e di trovare una gamma verbale autenticamente condivisibile.

Parlare in un'altra lingua è comunque difficile. Pensiamo quanto può essere penoso farlo quando si soffre, quando non si sa esattamente cosa si vuole dire, quando si ha il dubbio che chi ascolti non riuscirà a intendere, quando si vorrebbero comunicare non soltanto informazioni lineari, ma soprattutto emozioni e vissuti. La *sofferenza psichica* influisce sull'uso del linguaggio: questo presupposto crea

un'ulteriore velatura sul suo adeguato utilizzo e sulla validità delle traduzioni e delle interpretazioni [65, 66, 197, 198, 220, 225].

Il paziente di altra madrelingua aggiunge alla sua sofferenza il *disagio espressivo e semantico*, che non è soltanto quello che può essere legato eventualmente alla sua patologia, bensì determinato dalla sua *difficoltà di raccontarsi* in un'altra lingua. Alla difficoltà di essere veramente se stesso in un luogo che sia anomico (una sorta di *Non-Lieu* alla Marc Augé) [18].

Consideriamo il *bisogno di esprimersi attraverso il linguaggio e le abilità linguistiche del paziente*, che sono soggettivamente variabili.

Ci sono pazienti la cui capacità di espressione linguistica è comunque limitata, per cui tradurre nella lingua acquisita o nella terza lingua non è così penoso né riduttivo. Ma anche il livello dell'intervento psicoterapeutico risentirà di questi limiti.

Altri pazienti invece hanno un bisogno di esprimersi attraverso il linguaggio molto accentuato. Adeguarsi ai limiti di un *linguaggio tradotto* è penoso, limitante e inadeguato: diventa molto difficile trovare corrispondenza fra le parole e il mondo interno.

Il terapeuta deve avere una propensione e una sensibilità linguistica notevole, per aiutare il paziente anche solo a esprimersi in modo adeguato.

Ci sono terapie in cui il linguaggio è l'asse portante del trattamento; in una comunicazione verbale ricca, è spontaneo *giocare con la lingua*: l'uso naturale delle figure retoriche è molto frequente per un parlante padrone della lingua. E è sì visto quanto sia importante per esempio l'utilizzo delle metafore, la comprensione e l'utilizzo dell'implicito, la capacità di cogliere il ruolo (funzionale o disfunzionale) delle finzioni [219]. E quindi è ragionevole chiedersi come funziona, in uno scambio verbale fra madrelingue diverse, l'uso delle *figure retoriche* più comuni, quali la similitudine, l'analogia, la ripetizione, l'opposizione, la metafora, la metonimia, la sineddoche ecc. [114].

Ma nella comunicazione, attraverso il *linguaggio ordinario*, ci si deve confrontare anche con *l'umorismo, l'ironia, il paradosso*, ma anche *con la menzogna*, più o meno consapevole, che possono aver una parte espressiva tanto importante in una psicoterapia psicodinamica [10, 25, 30, 45, 46, 202, 219, 225, 232, 269, 270]. Così come l'uso intenzionale o meno dei *doppi sensi* e dei *termini ambigui*. E' davvero grande in una relazione verbale, l'importanza della varietà lessicale e l'ampiezza della padronanza della lingua con cui ci si esprime. Ma proprio questo determina, nell'*implicito, quell'area semantica oscura*, dove la variabilità culturale diventa particolarmente significativa [235].

Consideriamo il *livello narrativo*: la storia raccontata dal paziente ovviamente è condizionata dalle possibilità espressive del paziente stesso. Per *raccontarsi in modo efficace* è necessario potersi esprimere linguisticamente in modo efficace. L'*Io narrativo* ne risulterebbe fortemente depauperato, non solo sotto il profilo espressivo, ma anche sotto l'aspetto emozionale/affettivo e cognitivo [17, 74].

Di fatto, le caratteristiche narrative vere e proprie della *storia narrata* dal paziente, sono limitate quando l'uso linguistico non è quello della madrelingua.

La *componente fabulatoria* del racconto fatto dal paziente (cioè la narrazione di elementi fantastici non attinenti agli accadimenti reali) spesso è particolarmente ricca, anche in senso linguistico, con una densità maggiore di attributi e di ridondanze. Risulta difficile conservare integro il suo peso e il suo valore, quando è espressa nella lingua appresa e non nella madrelingua.

A) *L'intenzione linguistica*

L'atto linguistico si basa sull'*intenzione del parlante di comunicare* [122]. Cosa che, per esempio, può non avvenire nella comunicazione non verbale (11, 237, 264). Tuttavia, anche la comunicazione verbale, veicola sempre messaggi *non intenzionali*, sui quali si basa tanto del lavoro psicoterapeutico. Già usando il linguaggio ordinario, l'attribuzione regolare del significato di una parola si deve confrontare con l'attribuzione individuale del significato: ogni parola ha un significato condiviso, ma ha anche un senso del tutto personale (regolarità/individualità della lingua).

In caso di *madrelingue diverse*, la comunicazione linguistica fra paziente e terapeuta passa attraverso una *procedura linguistica* più articolata: trovare parole comuni e dare a esse un significato condiviso non è un processo spontaneo, ma un processo in qualche modo forzato, in cui all'intenzione comunicativa si aggiunge una *intenzione linguistica*, cioè la necessità esplicita di volere e di dovere trovare una modalità di verbalizzazione che consenta l'intesa reciproca.

Paziente e terapeuta perseguono l'intenzione di parlarsi e di intendersi, come se avanzassero su un ponte sospeso partendo dai lati opposti, con la volontà di arrivare a incontrarsi: un *ponte tibetano*, traversino dopo traversino, parola dopo parola. Parlarsi e comprendersi diventa una costruzione molto complessa, un ponte di parole i cui cordami portanti sono costituiti dall'empatia e dalla comunicazione non verbale.

Tra gli strumenti terapeutici in gioco in una relazione psicodinamica con pazienti di altra lingua dovrebbe esserci la *consapevolezza* di quanto possa essere *pro-*

blematico e persino penoso il nodo linguistico della comunicazione.

Accogliere il paziente con questa *attitudine consapevole*, può facilitare la comprensione terapeutica oltre e nonostante la parziale incomprensione linguistica. La consapevolezza da parte del terapeuta di questi problemi linguistici tende ad allargare le maglie della rete dell'accoglienza, ad accentuare la comunicazione del sentimento di rispetto e di pari dignità umana verso il paziente [7, 32, 87, 216, 218, 225].

E' qui, in questa *zona opaca e nebulosa del dire*, che paziente e terapeuta si cercano. Se funziona la relazione, si possono incontrare proprio nell'essere *entrambi consapevoli dello sforzo comune* messo in atto per intendersi [225].

Allora fra gli agenti terapeutici, si potrebbe annoverare la *ricerca congiunta* del paziente e del terapeuta di una lingua comune [85, 86].

E' fondamentale *l'intenzione linguistica* di parlarsi, cioè di arrivare alla formulazione di una lingua "sufficientemente buona" per entrambi gli attori.

E' su questa intenzione manifesta e manifestata che si fonda il processo di *adeguamento reciproco*, in un continuo aggiustamento e miglioramento, seguendo un cammino di crescita e di ampliamento dell'intesa verbale, che coincide con il formarsi e il rafforzarsi dell'intesa terapeutica.

B) *La lingua adatta e le parole chiave*

Lo *Stile Linguistico Individuale* (SLI) è la manifestazione verbale dell'interpretazione individuale del mondo esterno (*esperienze*) e del mondo interno (*vissuti*). Lo SLI definisce il "*colore linguistico*", gli accostamenti, la trama personale della modalità espressiva.

I compiti del terapeuta, in un contesto cross-culturale non sono agevoli: 1) cogliere ed eventualmente valutare lo *Stile Linguistico Individuale* di un paziente che usa una *Lingua Appresa* e non la sua madrelingua; 2) dare allo stile linguistico individuale del paziente valore diagnostico, di monitoraggio e prognostico, quando il paziente usa una lingua appresa.

Le parole chiave sono quelle parole che il paziente usa caricandole di una tonalità affettiva accentuata, per cui spiccano con il loro rilievo emotivo nel fluire del parlato. Il terapeuta dovrebbe coglierle, e farne un uso con funzione terapeutica, manifestando al paziente di aver percepito il valore particolare della parola, se necessario impiegandola e rimandandola al paziente in una tessitura verbale

comune, dove quelle parole diventano nodi comunicativi con un significato condiviso, anche in senso *allusivo-simbolico* [104]. Individuare e cogliere, nel loro senso profondo, le parole chiave quando il paziente utilizza nell'interazione terapeutica, una lingua non sua, eventualmente anche attraverso consapevoli conferme e *micro-agiti*, è un momento importante nel consolidamento della relazione. Il concetto della *lingua adatta* per ciascun paziente è, nei casi interculturali, di centrale importanza. La lingua adatta è la formulazione linguistica che garantisce all'ascoltatore l'accessibilità ai contenuti espressi e l'adeguatezza della forma del parlato per l'ascoltatore.

I termini usati dal paziente sono quelli di cui dispone, e il terapeuta dovrebbe essere attento a esprimersi anche lui facendo uso dei termini che evidentemente appartengono al bagaglio linguistico del paziente, non solo per non rischiare di non essere inteso, ma anche per creare una convergenza di reciproca comprensione, cosa che si può attuare attraverso un uso consapevole del linguaggio.

La modalità del terapeuta di esprimersi nella *lingua adatta*, cioè ponendo attenzione alle possibilità di intendere del paziente, e l'uso delle *parole chiave* sono due strumenti grazie ai quali si può strutturare una migliore relazione linguistica con pazienti di altra madrelingua.

C) *Facilitazioni e chiarificazioni*

Se il paziente deve parlare nella lingua appresa, che coincide invece con la lingua madre del terapeuta, il terapeuta ha un netto vantaggio linguistico. Di questo vantaggio, il terapeuta dovrebbe essere consapevole, ed eventualmente esplicitare al paziente la propria comprensione rispetto alle sue difficoltà espressive e proporre un'*alleanza linguistica* che prelude e poi sostiene, l'*alleanza terapeutica* [225].

Il terapeuta in quanto usufruisce della sua madrelingua, dovrebbe porsi nella posizione di *facilitatore linguistico*, perché il paziente si possa sentire a proprio agio rispetto alla fatica dell'uso di una lingua appresa, e possa accettare come paritetici e solidali, eventuali suggerimenti lessicali da parte del terapeuta, per centrare meglio l'obiettivo di una formulazione la più possibile vicina alle sue necessità espressive.

Ai vuoti nel parlato del paziente, alla ricerca di un termine adeguato, alle pause dovute all'incertezza linguistica, può corrispondere un *suggerimento lessicale da parte del terapeuta*, che diventa *riconoscimento* della difficoltà linguistica del paziente, *atto supportivo* e in parte anche di *chiarimento* e di *interpretazione* delle

intenzioni, non solo delle verbalizzazioni del paziente, ma anche ri-conoscimento del paziente stesso e della sua sofferenza.

Il terapeuta può fare uso frequente della *chiarificazione* come momento riassuntivo che consente il monitoraggio dell'andamento dell'intesa verbale.

Considerando il livello dell'*interpretazione*, la parola diventa specifico strumento di lavoro, non solo frutto della sensibilità individuale del terapeuta, ma anche frutto della sua competenza, della sua appartenenza a un indirizzo teorico. È opportuno che il terapeuta si accerti del significato delle parole del paziente, prima di tradurle in significazioni più profonde, che potrebbero essere non comprese o fraintese. L'interpretazione è un momento cruciale, ma anche rischioso dell'interazione [76, 77, 153].

D) *Il Tempo e il silenzio*

Il *fattore temporale* nella seduta si declina in un *tempo semantico* per cercare e trovare lo *spazio semantico*, entro cui potersi intendere: già la contrattazione alla ricerca di una lingua comune e quindi di un'intesa verbale è parte integrante non solo della definizione del *setting*, ma possiede già una valenza terapeutica [2, 37, 178].

Uno spazio della seduta va dedicato al chiarimento dei termini usati da entrambi gli attori della diade: non si tratta soltanto di svelare il senso individuale e interiore dei termini usati dal paziente, che saranno oggetto di approfondimento nel corso dell'interazione psicoterapeutica, ma prima di tutto, e questo in particolare in un contesto trans-culturale, consente di valutare il rapporto *significante/significato* che il paziente ascrive a determinati segni/parole. Tutto questo è importante nella negoziazione sul significato di un termine, per definirne un senso comune e condiviso da entrambi.

Il *silenzio* nella relazione psicoterapeutica è parte integrante della relazione/comunicazione tra paziente e terapeuta [265]. Può veicolare molti significati, ed essere molto eloquente sul versante implicito. È da valutare sempre molto attentamente da parte del terapeuta, anche tenendo conto degli aspetti trans-culturali. In una situazione di uso dell'altra lingua da parte del paziente, il silenzio in seduta può avere due tonalità di base che sarebbe opportuno distinguere: 1) un *silenzio linguistico*, di superficie, motivato dalla difficoltà di parlare in una lingua appresa: in questo caso il terapeuta può soccorrere il paziente con le facilitazioni di cui abbiamo parlato; 2) oppure un *silenzio sostanziale*, profondo, motivato dalla sofferenza e dall'andamento emozionale, su cui il terapeuta deve riflettere e decidere le modalità di intervento.

XIII. *Considerazioni conclusive*

A) *Effetti sulla relazione terapeutica*

La reciproca intesa, a livello prettamente linguistico, avviene normalmente nella comunicazione verbale, attraverso reciproci aggiustamenti e adeguamenti; nel caso di diversità linguistiche, questo processo si moltiplica e si intensifica in modo direttamente proporzionale rispetto alla portata del *gap linguistico* fra i due attori della comunicazione (cioè della differenza della conoscenza e della padronanza della lingua usata nella relazione). Infatti, il fluire della *relazione terapeutica* si basa su tanti fattori, fra cui quelli linguistici.

I nodi problematici attinenti allo scambio linguistico, in una buona relazione terapeutica, se riconosciuti, tendono a sciogliersi.

La *relazione terapeutica* stessa, nel suo svolgersi, ha spesso col tempo, un *effetto normalizzante sulla discontinuità linguistica*: costituisce norme e legami, salda e risana.

L'interazione psicoterapeutica, quando sussistono delle significative differenze linguistiche, può comunque evolversi con diverse modalità:

- 1) Nei casi migliori l'interazione linguistica ha un *Effetto costruttivo* di una buona relazione terapeutica, anche su una comunicazione linguistica difficile;
- 2) Ma se la comunicazione è particolarmente difficile, l'interazione può andare incontro a un *Effetto distruttivo* sulla relazione terapeutica, per una comunicazione linguistica troppo difficoltosa;
- 3) Si può comunque ottenere un *Effetto positivo riparatore* della relazione umana rispetto alla difficoltà linguistica; una buona capacità di accoglienza e di apertura empatica possono avere effetti positivi, nonostante le difficoltà linguistiche. Una adeguata comunicazione non verbale, culturalmente appropriata, può in questi casi avere un significativo valore terapeutico;
- 4) Oppure l'interazione può declinare in un *effetto negativo distanziatore*, se l'eccessiva influenza della difficoltà linguistica, risulta troppo marcata, anche per stabilire una soddisfacente relazione sul piano interindividuale.

B) *Ricerca di una comunicazione verbale 'sufficientemente buona'*

È necessaria una buona comunicazione per una buona cura. Come per la *madre sufficiente buona* di Winnicott [271], non è necessaria una comunicazione perfetta o assolutamente sintonizzata, come messo in evidenza da Stern [248], da Fonagy, Gergely, Jurist e Target [100], da Beebe e Lachmann [27], ma è più valida, per un'adeguata *sintonizzazione affettiva*, una *comunicazione trans-modale*, piuttosto che *intramodale*: in quanto, favorendo la modalità del *far finta* [32, 99,

219, 225], si può più facilmente “attivare” *la funzione riflessiva* e favorire il processo di *mentalizzazione* [99]. È più importante che il paziente, in una relazione interculturale, senta la *risonanza affettiva ed empatica* del terapeuta, anche se il linguaggio non è perfettamente sintonizzato, piuttosto che impattare in uno *specchio* che asetticamente gli rimandi le sue difficoltà personali, comunicative e linguistiche.

In questo processo, la *consapevolezza dell'alterità* è fondamentale. Terapeuta e paziente, consapevoli e vigili rispetto al problema linguistico e culturale della diversità, possono giungere all' *intesa reciproca* con maggiore pienezza e soddisfazione per entrambi, che non quando questo problema venga sottovalutato o addirittura eluso. La *consapevolezza* consente di mettere in atto strategie facilitanti l' *intesa* e lo scambio da parte di entrambi gli attori della comunicazione, stabilisce tempi consoni, evita irrigidimenti e accelerazioni incongrue; conduce insomma alla formazione di un *linguaggio comune* che diventa *linguaggio terapeutico*, quello in cui si aprono spazi per l' *ascolto fluttuante*, per le sospensioni, per le allusioni; un linguaggio vicino alle emergenze del mondo interno del paziente e sintonico alle risonanze empatiche, da parte del terapeuta.

L'agente terapeutico comunque è la relazione, con tutte le variabili in gioco, anche quella linguistica.

In ogni caso, la *comprensione del parlato* è un elemento importante perché si possa sviluppare quella *comprensione della persona*, fondamentale perché si instauri una buona relazione terapeutica [219, 225].

XIV. Due esperienze cliniche

A) Takiko: la lingua che risana

- 1) Takiko è una donna giapponese di 36 anni, con diagnosi di depressione reattiva, disturbo dell' *adattamento* e *ansia diffusa*. Non assume farmaci. La nostra relazione può definirsi una *psicoterapia psicodinamica espressiva*.
- 2) *La storia*. T. è nata nel nord del Giappone, dove vi fu la massima concentrazione di samurai, una regione rigida e conservatrice, molto tradizionalista, con pochissimi stranieri. Ha studiato lingue, ha vissuto negli Stati Uniti e in Europa, dunque ha un buon livello di istruzione e un' *esperienza di realtà* più vicine alla nostra. In Italia, a Milano, è rimasta incinta e si è sposata con un uomo che si è rivelato un grave psicotico, con diagnosi di *schizofrenia paranoide* e scarsa compliance alle cure. Con lui ha un figlio. T. vuole tornare in Giappone per *salvare suo figlio e sé stessa* dal rapporto insostenibile col marito.

- 3) *La persona*. T. è, come lei stessa si definisce, una “vera giapponese”: forte senso etico e del dovere, incrollabile disposizione al lavoro e alla fatica, pressoché nessuna inclinazione al piacere o al divertimento, senso materno fortemente concentrato sul benessere del bambino e sulla sua educazione, marcata sobrietà e riservatezza.
- 4) *Comportamenti non verbali: la cortesia*. Sin dal nostro primo incontro, mi risulta evidente che ha per lei grande importanza la forma dei nostri saluti, il modo con cui ci rivolgiamo una all'altra, il clima di gentilezza e attenzione. La cortesia nella relazione con T. ha una valenza determinante, è sostanza e non forma; è la via d'accesso principale per entrare nel suo mondo. In questo senso ha mantenuto, nonostante la lunga permanenza in occidente, questo aspetto deittico della sua cultura originaria.
- 5) *Il linguaggio*. La comunicazione con T. si avvale di tre registri, tutti di uguale importanza:
- la lingua italiana*, con scansione precisa e non veloce delle parole e scelta dei termini: si esprime nella *lingua appresa* e cerca i termini più adeguati, e modella la sua pronuncia; io cerco quelli più comprensibili e mi impegno nella chiarezza della dizione (*la lingua adatta*). In caso di necessità, svolgo la funzione di *facilitatore linguistico*; qualora non si riesca a trovare un termine adeguato, ricorriamo entrambe per intenderci a parole in lingua inglese (*la terza lingua*); alcuni termini emotivamente carichi (*parole chiave*) vengono detti da T. in italiano e ribaditi in giapponese. Si tratta di un *processo di adeguamento reciproco*, mosso dalla forte spinta a comunicare che impregna la nostra relazione (intenzione linguistica e intenzione comunicativa). L'accordo iniziale da me proposto di interromperci reciprocamente in caso di mancata comprensione facilita l'efficacia della trasmissione verbale, e contribuisce a rendere distesa la trasmissione dei contenuti (la consapevolezza).
 - l'utilizzo cospicuo di immagini mentali verbalizzate*: per esprimere un concetto descriviamo verbalmente una immagine che lo rappresenta, e questa *verbalizzazione iconica del pensiero* in T. ha una corrispondenza potente, tanto che per comunicarmi determinati stati emotivi lei utilizza le stesse immagini. Così queste raffigurazioni diventano parte integrante della nostra lingua, e sostengono validamente l'impianto della comprensione reciproca, accelerandola e rinforzandola. Questa capacità di modulare il linguaggio verbale con quello non verbale e iconico esprime del resto una caratteristica della cultura giapponese: basti pensare alla poesia, ai rituali, anche quotidiani, alla pittura.
 - il nostro linguaggio non verbale*, che amplifica decisamente la sua funzionalità rispetto all'ordinario. A entrambe, infatti, viene spontaneo sottolineare alcuni concetti espressi con una gestualità assai più marcata di quanto non facciamo comunemente; si crea anche in questo caso un repertorio di “*figure agite*”, in una sorta di mimica reciproca che costituisce un potente nodo espressivo ad alta densità concettuale ed emotiva.

- 6) *La relazione terapeutica.* La buona comunicazione instauratasi con T. di ordine verbale (linguaggio) e non verbale (cortesie), consente di costruire una buona relazione terapeutica. Attraverso un processo di incoraggiamento, di riconoscimento graduale delle finzioni, di attivazione del suo Sé Creativo, la nostra relazione le consente di ritrovare energia e autostima e di attuare il suo progetto. T. si separa dal marito e torna in Giappone con il figlio a lei affidato.
- 7) *La relazione virtuale.* Tornata in Giappone, T. mi scrive mail in inglese e in italiano, e io le rispondo secondo il medesimo uso bilingue. Una volta all'anno T. torna in Italia e ci incontriamo.

B) *Agi: la lingua mozzata*

- 1) Agi è un uomo indiano di 32 anni, con diagnosi Disturbo Borderline di Personalità. È seguito da una collega psichiatra per l'assunzione di farmaci (antipsicotici e ansiolitici). La nostra *relazione è di tipo supportivo*.
- 2) *La storia.* Migrato in Italia direttamente dal suo paese, con una scolarità bassa, A. è in difficoltà. Riesce, grazie all'aiuto dei suoi connazionali, a trovare un lavoro in qualità di portiere, ma la sua sintomatologia diventa più florida per la pressione dei compiti da eseguire e per la fatica dell'adattamento. Elabora una percezione delirante a tematica mistica, con sensi di colpa per non avere da ragazzo accettato la proposta di entrare in un seminario cattolico. Dopo un viaggio al paese natale, A. torna in Italia con la sposa, una giovane bella e intelligente destinatagli sin da bambino, che non aveva mai conosciuto prima. Lei trova lavoro in qualità di infermiera in una struttura sanitaria, è capace e adeguata, apprende presto e bene la nostra lingua. Lui lascia il suo lavoro, affermando che è usanza del suo paese che se la moglie lavora il marito smetta di farlo. Dalla loro unione nascono due bei bambini.
- 3) *La persona.* A. è gentile, con fare remissivo, e poco incline a narrare la sua esperienza. In seduta cerca di esprimere i suoi contenuti deliranti di orientamento mistico e il suo malessere, ma è difficile instaurare una comunicazione.
- 4) *Comportamenti non verbali: l'espressione delle emozioni.* Con A. è importante cogliere e, se possibile, restituirgli una mimica espressiva delle emozioni, poiché è l'atteggiarsi del suo viso a fornire una traccia del suo sentire e il movimento delle mani a sottolineare certe emozioni.
- 5) *Il linguaggio.* A. non riesce ad apprendere la nostra lingua in modo sufficiente, e conosce soltanto qualche parola di inglese, per cui si esprime con fatica. Quando arriva sua moglie, è lei ad accompagnarlo in seduta e a fungere da tramite linguistico; lui allora tace, acconsente con il capo e comunica con i grandi occhi vivaci e intelligenti. Questo naturalmente non fa che accentuare il suo senso di inadeguatezza.

- 6) *La relazione terapeutica.* Pur con i suddetti limiti linguistici, la nostra relazione terapeutica prosegue con incontri distanziati nel tempo. La collega psichiatra mi avvisa di un improvviso ricovero di A. perché si è mozzato la lingua con una forbice da cucina e ha gettato la punta tagliata nel water rendendo impossibile il recupero. Il gesto è stato motivato dal fatto che Agi ha avuto una discussione accalorata con il fratello maggiore in presenza dell'intera famiglia; il fratello si è sentito ingiustamente offeso e ha pianto; allora A. sconvolto dal senso di colpa si è autopunito; la moglie, pur addolorata, mostrava di condividere il principio che aveva animato il gesto. La potenza sanzionante del gruppo insieme alle sue problematiche psicopatologiche, finiscono per avere un effetto devastante sulla struttura già fragile della sua personalità. A. ora ha forti difficoltà di parola; è seguito farmacologicamente dalla collega psichiatra anche con antidepressivi; alle sedute si presenta con la moglie, depresso e spento, e rimane in silenzio.

Bibliografia

1. ABDELHAK, M. A. (2000), Paroles d'ici, paroles d'ailleurs..., *Humeurs*, 27: 15-16.
2. ACCOMAZZO, R., RECROSIO, L. (1990), Il concetto di setting in psicoterapia analitica, *Indiv. Psychol. Doss.*, II, SAIGA, Torino.
3. ACZEL, A. D. (2009), *The Cave and the Cathedral: How a Real-Life Indiana Jones and a Renegade Scholar Decoded the Ancient Art of Man*, tr. it. *Le cattedrali della preistoria. Il significato dell'arte rupestre*, Raffaello Cortina, Milano 2010.
4. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
5. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma 1967.
6. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1975.
7. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
8. ANCHISI, R., GAMBOTTO DESSY, M. (1995), *Non solo comunicare. Teoria e pratica del comportamento assertivo*, Libreria Cortina, Torino.
9. ANOLLI, L. (2000), *Psicologia della comunicazione*, Il Mulino, Bologna.
10. ANOLLI, L. (2003), *Mentire*, Il Mulino, Bologna.
11. ANOLLI, L. (2011), *La sfida della mente multiculturale. Nuove forme di convivenza*, Raffaello Cortina, Milano.
12. ANOLLI, L., CICERI, R. (1995), La strategia della comunicazione della cortesia secondo il modello di Brown e Levinson, in ANOLLI, L., CICERI, R. (a cura di), *Elementi di psicologia della comunicazione*, CEA, Milano.
13. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
14. ARDUINI, S., FABBRI, R. (2008), *Che cos'è la linguistica cognitiva*, Carocci, Roma.
15. ARGYLE, M. (1977), *Bodily Communication*, tr. it. *Il corpo e il suo linguaggio*, Zanichelli, Bologna 1992.
16. ARON, L. (1996), *A Meeting of Mind: Mutuality in Psychoanalysis*, tr. it. *Menti che si incontrano*, Raffaello Cortina, Milano 2004.
17. ARRIGONI, M. P., BARBIERI, G. (1998), *Narrazione e psicoanalisi. Un approccio semiologico*, Raffaello Cortina, Milano.
18. AUGÉ, M. (1992), *Non-lieux*, tr. it. *Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*, Elèuthera, Milano 1993.
19. AUGÉ, M. (2011), *La vie en double. Ethnologie, voyage, écriture*, tr. it. *Straniero a me stesso*, Bollati Boringhieri, Torino 2011.
20. AUSTIN, J. A. (1962), *How to do Things with Words*, tr. it. *Come fare cose con le parole*, Marietti, Genova-Milano 1987.
21. BARTOCCI, G. (2003), Introduzione all'edizione italiana, in TSENG, W. S., *Handbook of Cultural Psychiatry* (2001), tr. it. *Manuale di Psichiatria Culturale*, CIC, Roma.
22. BARTOCCI, G. (2008), I Sogni in Transcultura: le immagini interne nel processo di costruzione del pensiero, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 11-23.
23. BARTOCCI, G., ROVERA, G. G. (2011), "Separation and Conception of the World: A Synergism between Individual Psychology and Transcultural Psychiatry", *XXV International*

- Congress of Individual Psychology «Separation, Trauma, Development»*, Vienna (Acta).
24. BASSETTI, A., INGHILLERI, P. (2011), Indizi di tecnica terapeutica transculturale: Therese e Rashid, *Gli Argonauti*, 130: 239-254.
25. BATESON, G. (1953), *The position of Humor in Human Communication*, tr. it. *L'umorismo nella comunicazione umana*, Raffaello Cortina, Milano 2006.
26. BECCARIA, G. L. (a cura di, 1994), *Dizionario di linguistica e di filologia, metrica, retorica*, Einaudi, Torino.
27. BEEBE, B., LACHMANN, F. M. (2002), *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions*, tr. it. *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*, Raffaello Cortina, Milano 2003.
28. BENEDEUCE, R. (2007), *Etmopsichiatria*, Carocci, Roma.
29. BENINI, A. (2012), *La coscienza imperfetta*, Garzanti, Milano.
30. BIANCHI, C. (2009), *Pragmatica cognitiva*, Laterza, Roma-Bari.
31. BIANCHI, C. (2003), *Pragmatica del linguaggio*, Laterza, Roma-Bari.
32. BIANCONI, A. (2010), Finzione e contro-atteggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 7-27.
33. BIANCONI, A., SIMONELLI, B., CAIRO, E. (2008), Gli equivalenti presimbolici nei sogni e nei primi ricordi: una chiave di lettura prospettica dello stile di vita, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 25-37.
34. BINSWANGER, L. (1942), *Gründformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*, Niehaus, Zürich.
35. BIRDWHISTELL, R. L. (1970), *Kinesics and Context*, University of Pennsylvania Press, Phila.
36. BOELLA, L. (2006), *Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia*, Raffaello Cortina, Milano.
37. BONOMI, A., ZUCCHI, A. (2001), *Tempo e linguaggio. Introduzione alla semantica del tempo e dell'aspetto verbale*, Bruno Mondadori, Milano.
38. BREIDBACH, O., VERCELLONE, F. (2010), *Pensare per immagini*, Bruno Mondadori, Milano.
39. BRIA, P., CAROPPO, E. (2008), *Salute mentale, migrazione e pluralismo culturale*, Alpes, Roma.
40. BOWLBY, J. (1969-1980), *Attachment and Loss (Vols I, II and III)*, Hogarth Press, London.
41. BROWN, P., LEVINSON, S. C. (1987), *Politeness: Some Universal in Language Usage*, Cambridge University Press, Cambridge.
42. BRUNER, J. S. (1983), *Child's Talk. Learning to Use Language*, tr. it. *Il linguaggio del bambino*, Armando, Roma 1987.
43. BRUNER, J. S. (1990), *Acts of Meaning*, tr. it. *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri, Torino 1992.
44. BUSS, D. M. (2012), *Evolutionary Psychology: the New Science of the Mind, 4° edition*, tr. it. *Psicologia evolucionistica*, Pearson Italia – Milano, Torino 2012.
45. BUTLER, J. (1997), *Excitable Speech. A Politics of the Performative*, tr. it. *Parole che provocano. Per una politica del performativo*, Raffaello Cortina, Milano 2010.
46. CACCIARI, C. (a cura di, 1991), *Teorie della metafora. L'acquisizione, la comprensione e l'uso del linguaggio figurato*, Raffaello Cortina, Milano.
47. CACCIARI, C. (2001), *Psicologia del linguaggio*, Il Mulino, Bologna.
48. CALCATERRA, R. M. (a cura di, 2006), *Pragmatismo e filosofia analitica*, Quodlibet, Macerata.

49. CANZIANI, G., MASI, F. (1979), Significato dei primi ricordi infantili: loro importanza nella diagnosi e nella psicoterapia con particolare riguardo all'età evolutiva, *Riv. Psicol. Indiv.*, 11: 15-34.
50. CARNAGHI, A., ARCURI, L. (2007), *Parole e categorie. La cognizione sociale nei contesti intergruppo*, Raffaello Cortina, Milano.
51. CARNAP, R. (1947), *Meaning and Necessity*, University of Chicago Press, Chicago.
52. CAVALLI SFORZA, L. L. (1996), *Geni, popoli e lingue*, Adelphi, Milano.
53. CAVALLI SFORZA, L. L. (2004), *L'evoluzione della cultura*, Codice, Torino.
54. CHOMSKY, N. (1988), *Language and Problems of Knowledge*, tr. it. *Linguaggio e problemi della conoscenza*, Il Mulino, Bologna 1998.
55. CLARK, H. H. (1996), *Using Language*, Cambridge University Press, Cambridge.
56. CORBALLIS, M., C. (2002), *From Hand to Mouth: The Origins of Language*, Princeton University Press, Princeton, NJ.
57. COSMIDES, L., TOOBY, J. (2005), Neurocognitive adaptations designed for social exchange, in BUSS, D. M. (a cura di), *The Handbook of Evolutionary Psychology*, Wiley, New York.
58. COZOLINO, L. (2006), *The Neuroscience of Human Relationship. Attachment and the Developing Social Brain*, tr. it. *Il cervello sociale. Neuroscienze nelle relazioni umane*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
59. CRYSTAL, D. (1969), *Prosodic Systems and Intonation in English*, Cambridge University Press, London and New York.
60. CROFT, W., CRUSE, D. A. (2004), *Cognitive Linguistics*, tr. it. *Linguistica cognitiva*, Carocci, Roma 2010.
61. DAMASIO, A. R. (1994), *Descartes' Error. Emotion, Reason and the Human Brain*, tr. it. *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*, Adelphi, Milano 1995.
62. DAMASIO, A. R. (1999), *The Feeling of What Happens. Body and Emotion the Making of Consciousness*, tr. it. *Emozione e coscienza*, Adelphi, Milano 2000.
63. DAZZI, N., LINGIARDI, V., CAZZILLO, F. (a cura di, 2009), *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*, Raffaello Cortina, Milano.
64. DE BENI, R. (1994), Memoria, apprendimento e immaginazione, in LEGRENZI, P. (a cura di), *Manuale di Psicologia Generale*, Il Mulino, Bologna.
65. DAVIDSON, D. (1980), *Essays on Actions and Events*, tr. it. *Azioni ed eventi*, Il Mulino, Bologna 1992.
66. DAVIDSON, D. (1984), *Inquiries into Truth and Interpretation*, tr. it. *Verità e interpretazione*, Raffaello Cortina, Milano 1994.
67. D'AGOSTINI, F. (1997), *Analitici e continentali. Guida alla filosofia degli ultimi anni*, Raffaello Cortina, Milano.
68. D'AGOSTINI, F. (2012), *I mondi comunque possibili. Logica per la filosofia e il ragionamento comune*, Bollati Boringhieri, Torino.
69. D'AGOSTINI, F., VASSALLO, N. (a cura di, 2002), *Storia della filosofia analitica*, Einaudi, Torino.
70. DEACON, T. W. (1997), *The Symbolic Species. The Co-evolution of Language and the Brain*, tr. it. *La specie simbolica. Coevoluzione di linguaggio e cervello*, G. Fioriti Ed., Roma 2001.
71. DELL'UTRI, M. (a cura di, 2002), *Olismo*, Quodlibet, Macerata.
72. DSM-IV-TR (2000), *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 2001.

73. DUNBAR, R. (2010), *How Many Friends Does One Person Need? Dunbar's Number and Other Evolutionary Quirks*, tr. it. *Di quanti amici abbiamo bisogno?*, Raffaello Cortina, Milano 2011.
74. ECO, U. (1979), *Lector in fabula*, Bompiani, Milano.
75. ECO, U. (1984), *Semiotica e filosofia del linguaggio*, Einaudi, Torino.
76. ECO, U. (1990), *I limiti dell'interpretazione*, Bompiani, Milano.
77. ECO, U. (1992), *Interpretazione e sovra interpretazione*, Bompiani, Milano 1995.
78. ECO, U. (2003), *Dire quasi la stessa cosa*, Bompiani, Milano.
79. EDELMAN, G. M. (1987), *Neural Darwinism. The Theory of Neuronal Group Selection*, tr. it. *Darwinismo neurale. La teoria della selezione dei gruppi neuronali*, Einaudi, Torino 1995.
80. EKMAN, P. (1973), Cross-cultural Studies of Facial Expression, in EKMAN, P. (a cura di), *Darwin and Facial Expression: a century of Research in Review*, Academic Press, New York.
81. EKMAN, P. (1999), Facial Expressions, in DALGLEISH, T., POWER, T. (a cura di), *The Handbook of Cognition and Emotion*, John Wiley & Sons, Ltd Sussex, U.K.
82. EKMAN, P., FRIESEN, W. V. (1978), *Manual for Facial Action Coding System*, Consulting Psychology Press, Palo Alto, California.
83. FABRIS, A. (a cura di, 2002), *Comunicazione e mediazione interculturale. Prospettive a confronto*, ETS, Pisa.
84. FALK, D. (2009), *Finding Our Tongues. Mothers, Infants & the Origins of Language*, tr. it. *Lingua madre. Cure materne e origine del linguaggio*, Bollati Boringhieri, Torino 2011.
85. FASSINO, S. (1992), Cambiamento e agente terapeutico nella Psicoterapia Breve secondo l'Individual-Psicologia, in ROVERA G. G. (a cura di), *Carattere e cambiamento in psicoterapia*, C. S. E., Torino.
86. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, C. S. E., Torino.
87. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-63.
88. FASSINO, S. (2010), Finzioni e processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 59-79.
89. FASSINO, S., PANERO, M. (2012), Dal linguaggio degli organi di Adler alla nuova medicina di di per sé psicosomatica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 71: 5-34.
90. FAUCONNIER, G. (1984), *Mental Spaces*, Cambridge University Press, Cambridge 1985.
91. FERRARIS, M. (2009), *Documentalità. Perché è necessario lasciar tracce*, Laterza, Roma-Bari.
92. FERRERO, A. (2008), I sogni nelle terapie a tempo limitato, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 57-70.
93. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia psicodinamica adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale*, Ed. Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
94. FERRETTI, F. (2005), Funzioni e genesi del linguaggio, in FERRETTI F., GAMBARRA D. (a cura di), *Comunicazione e scienza cognitiva*, Laterza, Roma-Bari.
95. FERRETTI, F. (2009), *Evoluzione biologica e culturale*, in Agg. Enciclopedia Treccani, XXI Secolo, Istituto della Enciclopedia Treccani, Treccani, Roma.
96. FERRETTI, F. (2010), *Alle origini del linguaggio umano. Il punto di vista evoluzionistico*, Laterza, Roma-Bari.
97. FERRIGNO, G. (2008), Il sogno come comunicazione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 71-85.

98. FILLMORE, C. J. (1985), Frames and Semantics Understanding, *Quaderni di Semantica*, 6: 222-254.
99. FONAGY, P., TARGET, M. (1997), *Attachment and Reflective Function: Their Role in Self-Organization*, tr. it. *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
100. FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E. L., TARGET, M. (2002), *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*, tr. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
101. FOUCAULT, M. (1966), *Les mots et les choses*, tr. it. *Le parole e le cose*, Rizzoli, Milano 1967.
102. FREGE, G. (1892), Über Sinn und Bedeutung, tr. it. *Senso e denotazione*, in BONOMI, A. (a cura di), *La struttura logica del linguaggio*, Bompiani, Milano 1973.
103. GAETA, L., LURAGHI, S. (a cura di, 2003), *Introduzione alla linguistica cognitiva*, Carocci, Roma.
104. GALIMBERTI, C. (1983), Il linguaggio simbolico in psicoterapia, in ROSSI, R. (a cura di), *Linguaggio e comunicazione in psicoterapia*, Massaza & Sinchetto, Torino.
105. GALIMBERTI, C. (a cura di, 1992), *La conversazione*, Guerini, Milano.
106. GALIMBERTI, C. (1992), Analisi della conversazione e studio della interazione psicosociale, in GALIMBERTI, C. (a cura di), *La conversazione*, Guerini, Milano.
107. GALLAGHER, S., ZAHAVI, D. (2008), *The Phenomenological Mind*, tr. it. *La mente fenomenologica. Filosofia della mente e scienze cognitive*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
108. GALLESE, V. (2006), Corpo vivo, simulazione incarnata e intersoggettività. Una prospettiva neuro-fenomenologica, in CAPPUCCIO, M. (a cura di), *Neurofenomenologia*, Mondadori, Milano.
109. GALLESE, V. (2008), Empathy, Embodied Simulation and the Brain, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56: 769-781.
110. GALLESE, V., LAKOFF, G. (2005), The Brain Concepts. The Role of the Sensory-motor System in Conceptual Knowledge, *Cognitive Neuropsychology*, 22: 455-479.
111. GARFINKEL, H. (1967), *Studies in Ethnomethodology*, Prentice-Hall, Englewood Cliff (NJ).
112. GARGANI, D. (2004), *La nascita del significato. Linguaggio ed esperienza nell'ontogenesi del significato verbale*, Guerra, Perugia.
113. GEERTZ, C. (1973), *The Interpretation of Culture*, tr. it. *Interpretazione di culture*, Il Mulino, Bologna 1998.
114. GHIAZZA, S., NAPOLI, M. (2007), *Le figure retoriche*, Zanichelli, Bologna.
115. GIDDENS, A. (1973), *The Class Structure of the Advanced Society*, tr. it. *La struttura di classe nelle società avanzate*, Il Mulino, Bologna 1975.
116. GIGLIOLI, P. (a cura di, 1973), *Linguaggio e società*, Il Mulino, Bologna.
117. GODELIER, M. (2007), *Au fondement des sociétés humaines. Ce que nous apprend l'antropologie*, tr. it. *Al fondamento delle società umane. Ciò che ci insegna l'antropologia*, Jaca Book, Milano 2009.
118. GOFFMAN, E. (1967), *Interactional Ritual. Essays on the Face-to-Face Behavior*, tr. it. *Il rituale dell'interazione*, Il Mulino, Bologna 1971.
119. GOULD, S. J., VRBA, E. S. (1982), Exaptation: a missing term in the science of form, *Paleobiology*, 8: 4-15.
120. GRANDY, R., WARNER, R. (a cura di, 1986), *Philosophical Grounds of Rationality. Intentions, Categories, Ends*, Clarendon Press, Oxford.

121. GRICE, H. P. (1969), Utterer's Meaning and Intentions, *Philosophical Review*, 68: 147-177.
122. GRICE, H. P. (1975), Logic and Conversation, in COLE, P., MORGAN, J. L. (a cura di), *Syntax and Semantics, Speech Acts*, tr. it. SBISÀ, M. (a cura di), *Gli atti linguistici*, Feltrinelli, Milano 1978.
123. GRICE, H. P. (1989), *Studies in the Way of Words*, Harvard University Press, Cambridge.
124. GUASTI, M. T. (2007), *L'acquisizione del linguaggio*, Raffaello Cortina, Torino.
125. HABERMAS, H. (1981), *Theorie des Kommunikativen Handelns*, 2 Bänden, tr. it. *Teoria dell'agire comunicativo*, 2 voll. Il Mulino, Bologna 1986.
126. HALEY, J. (1963), *Strategies of Psychotherapy*, tr. it. *Le strategie della psicoterapia*, Sansoni, Firenze 1974.
127. HALL, E. T. (1966), *The Hidden Dimension*, Doubleday, New York.
128. HAUSER, M. D., CHOMSKY, N., FITCH, W. T. (2002), The faculty of language. What is it, who has it, and how did it evolve?, *Science*, 298: 1569-1579.
129. HEIDEGGER, M. (1927), *Sein und Zeit*, tr. it. *Essere e tempo*, Longanesi, Milano 1976.
130. HEIDEGGER, M. (1950), *Unterwegs zur Sprache*, tr. it. *In cammino verso il linguaggio*, Mursia, Milano 1973.
131. HINDE, R. A. (1972), *Non-Verbal Communication*, tr. it. *La comunicazione non-verbale*, Laterza, Roma-Bari 1974.
132. INGHILLERI, P. (a cura di, 2009), *Psicologia culturale*, Raffaello Cortina, Milano.
133. JACKENDOFF, R. (2002), *Foundation of Language*, Oxford University Press, Oxford.
134. JACKENDOFF, R., PINKER, S. (2005), The Nature of the Language Faculty and its Implication for the Evolution of Language (Reply to Fitch, Hauser and Chomsky), *Cognition*, 97: 211-225.
135. JAKOBSON, R. (1963), *Essais de linguistique générale*, tr. it. *Saggi di linguistica generale*, Feltrinelli, Milano 1966.
136. JASPERS, K. (1913-1959), *Allgemeine Psychopathologie*, tr. it. *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1964.
137. KANDEL, E. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind*, tr. it. *Psichiatria, Psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Raffaello Cortina, Milano 2007.
138. KANTROVIWITZ, J. L. (2009), Privacy and Disclosure in Psychoanalysis, *J. Amm. Psychoanal. Ass.*, 57, 4: 787-806.
139. KAPLAN, D. (1977), Demonstratives. An Essay on the Semantics, Logic, Metaphysics, and Epistemology of Demonstratives and Other Indexicals, in ALMOG, J., PERRY, J., WETTSTEIN, H. (a cura di, 1989), *Themes from Kaplan*, Oxford University Press, Oxford.
140. KARMILOFF-SMITH, A. (1992), *Beyond Modularity*, tr. it. *Oltre la mente modulare*, Il Mulino, Bologna 1995.
141. KERBRAT-ORECCHIONI, C. (1992), Universali e variazioni culturali nei sistemi conversazionali, in GALIMBERTI, C. (a cura di), *La conversazione*, Guerini, Milano.
142. KERNBERG, O. F. (2011), La formazione in psicoanalisi e psicoterapia dinamica oggi: conflitti e sfide, *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV, 4: 457-471.
143. KIRMAYER, L. J. (1989), Cultural Variation in the Response to Psychiatric Disorders and Emotional Distress, *Social Science and Medicine*, 29: 327-339.

144. KLEINMAN, A. (1995), *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*, University of California Press, Berkeley, CA.
145. KLEINMAN, A., EISENBERG, L., GOOD, B. (1978), Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologie and Cross-Cultural Research, *Annals of Internal Medicine*, 88: 251-258.
146. KOSSLYN, S. M. (1994), *Image and Brain*, The MIT Press, Cambridge (MA).
147. KOSSLYN, S. M., RABIN, C. (1999), The Representation of Left-Right Orientation. A Dissociation between imagery and Perceptual Recognition, *Visual Cognition*, 6: 497-508.
148. KOSSLYN, S. M., THOMPSON, W. L., GANIS, G. (2006), *The Case for Mental Imagery*, Oxford University Press, New York.
149. KUPFER, D. J., FIRST, M. B., DARREL, A. R. (2012), *A Research Agenda for DSM-V*, Published by the American Psychiatric Association, Washington, DC.
150. LACAN, J. (1966), *Écrits*, tr. it. *Scritti*, Einaudi, Torino 1974.
151. LAKOFF, R. (1973), *The Logic of Politeness: Or minding your P's and Q's*, tr. it. *La logica della cortesia*, in Sbisà, M. (a cura di), *Gli atti linguistici*, Feltrinelli, Milano 1978.
152. LAKOFF, R. (1987), *Women, Fire and Dangerous Things: What Categories Reveal about the Mind*, University of Chicago Press, Chicago.
153. LANDOWSKI, E. (2005), *Les interactions risquées*, tr. it. *Rischiare nelle interazioni*, Angeli, Milano 2010.
154. LANGACKER, R. W. (2007), Cognitive Grammar, in GEERAERTS, D., CUYCKENS, H. (a cura di), *The Oxford Handbook of Cognitive Linguistics*, Oxford University Press, Oxford.
155. LANGACKER, R. W. (1987), *Foundations of Cognitive Grammar*, vol. 1. *Theoretical Prerequisites*, Stanford University Press, Stanford.
156. LBOVICI, S. (1995), Empathie et «enactment» dans le travail de contre-transfert, *Revue française de psychoanalyse*, LVIII : 1553-1563.
157. LEDOUX, J. E. (1996), *The Emotional Brain*, tr. it. *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*, Baldini e Castoldi, Milano 2003.
158. LEONARDI, P. (1992), La filosofia del linguaggio ordinario, in SANTAMBROGIO, M. (a cura di), *Introduzione alla filosofia analitica del linguaggio*, Laterza, Roma-Bari.
159. LEPORE, E. (a cura di, 1986), *Truth and Interpretation. Perspectives on the Philosophy of Donald Davidson*, Basil Blackwell, Oxford.
160. LEVINSON, S. (1983), *Pragmatics*, tr. it. *La pragmatica*, Il Mulino, Bologna 1985.
161. LEVINSON, S. (2000), *Presumptive Meanings. The Theory of Generalized Conversational Implicature*, The MIT Press, Cambridge, Mass.
162. MAIULLARI, F. (2008), Il sogno di un'ombra è l'uomo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 97-99.
163. MAIULLARI, F. (2011), Per un'analisi empatica. Tra finzione e incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 70: 35-76.
164. MANCIA, M. (1996), *Sonno e sogno*, Laterza, Roma-Bari.
165. MANCIA, M. (2004), *Sentire le parole. Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert*, Bollati Boringhieri, Torino.
166. MARCONI, D. (1999), *La filosofia del linguaggio. Da Frege ai giorni nostri*, UTET, Torino.
167. MARCONI, D. (2009), Linguaggio e scienza cognitiva, *Agg. XXI Secolo: Norme e Idee, Enc. It. Treccani*, Roma, 491-496.

168. MARRAFFA, M. (2008), *La mente in bilico. Le basi filosofiche delle scienze cognitive*, Carocci, Roma.
169. MASUDA, T., ELLSWORTH, P. C., MESQUITA, B., LEU, J., TANIDA, S., VAN DE VEERDONK, E. (2008), Placing the Face in Context: Cultural differences in the Perception of Facial Emotion, *Journal of Personality and Social Psychology*, 94: 365-381.
170. MEZZICH, J. E., CARACCI, G., FABREGA, JR. H., KIRMAYER, J. L. (2009), Cultural Formulation Guidelines, *Transcultural Psychiatry*, 46: 383-405.
171. MINKOWSKI E. (1968), *Le temps vécu*, Delachaux et Niestlé, Neuchatel.
172. MONTAGUE, R. (1974), *Formal Semantics*, Yale University Press, New Haven.
173. MONTANARI, M. (1997), *Teoria dei prototipi. Storia e problematica*, S. Marco Litotipo, Lucca.
174. MORIN, E. (1994), *La complexité humaine*, Flammarion, Paris.
175. MORO, M. R., DE LA NOË, Q., MOUCHENIK, Y., BAUBET, T. (2004), *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*, tr. it. *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*, Angeli, Milano 2009.
176. MUNNO, D., LERDA, S., ZULLO, G. (2009), Interventi d'incoraggiamento nella psicologia clinica di liaison, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 123-129.
177. OKPAKU, S. O. (a cura di, 1998), *Clinical Method in Transcultural Psychiatry*, Am. Press, Washington DC, 16: 321-335.
178. PAGANI, S. (2008), Temporalità e nuove patologie, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 41-63.
179. PAGANI, P. L. (2009), Comunicazione e incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 131-137.
180. PEIRCE, C. S. (1931), *Collected papers*, Harvard University Press, Cambridge.
181. PENCO, C. (a cura di, 2002), *La svolta contestuale*, McGraw-Hill, Milano.
182. PERRY, J. (1993), *The Problem of the Essential Indexical and Other Essays*, Oxford University Press, New York.
183. PIAGET, J. (1964), *Six études de Psychologie*, tr. it. *Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia*, Einaudi, Torino 1967.
184. PICARDI, E. (1999), *Le teorie del significato*, Laterza, Roma-Bari.
185. PINKER, S. (1994), *The Language Instinct*, tr. it. *L'istinto del linguaggio*, Mondadori, Milano 1997.
186. PINKER, S., BLOOM, P. (1990), *Natural language and natural selection*, tr. it. *Linguaggio naturale e selezione darwiniana*, in FERRETTI, F., PRIMO, M. (a cura di), Armando, Roma 2010.
187. PINKER, S., JACKENDOFF, R. (2005), The faculty of language: what's special about it?, *Cognition*, 95: 201-236.
188. PIZZA, G. (2005), *Antropologia medica, Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
189. PONCE, D. E. (1998), Cultural Epistemology and Value Orientations: Clinical Application in Transcultural Psychiatry, in OKPAKU, S. O. (a cura di), *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*, APP, Washington, DC, 4: 69-87.
190. PRADELLES DE LATOUR, C-H. (1996), Ethnopsychanalyse. Une autre approche du sujet, *Journal des anthropologues*, 64-65: 97-114.
191. PREGNOLATO ROTTA-LORIA, F. (1983), *Spazio e comportamento. Introduzione alla prossemica*, Levrotto e Bella, Torino.
192. PRIMO M. (2012), *Alle radici della parola. L'origine del linguaggio tra evoluzione e scienze cognitive*, Quodlibet, Macerata.

193. PUTNAM, H. (2002), *The Collapse of the Fact/Value Dichotomy and Other Essays*, tr. it. *Fatto/Valore. Fine di una dicotomia e altri saggi*, Fazi, Roma 2005.
194. PUTNAM, H. (2004), *Ethics without Ontology*, tr. it. *Etica senza ontologia*, Bruno Mondadori, Milano 2005.
195. PSYCHODYNAMIC DIAGNOSTIC MANUAL (PDM) (2006), tr. it. *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (a cura di V. Lingiardi e F. Del Corno), Raffaello Cortina, Milano 2008.
196. QUARANTA, I. (a cura di, 2006), *Antropologia medica*, Raffaello Cortina, Milano.
197. QUINE, W. O. (1960), *Word and Object*, tr. it. *Parola e oggetto*, Il Saggiatore, Milano 1970.
198. QUINE, W. O. (1961), *From a Logical Point of View*, tr. it. *Il problema del significato*, Ubaldini, Roma 1966.
199. RESNIK, S. (1982), *Theatre of Dream*, tr. it. *Il teatro del sogno*, Bollati Boringhieri, Torino 2007.
200. REDDY, V. (2008), *How Infants Know Minds*, tr. it. *Cosa passa per la testa di un bambino. Emozioni e scoperta della mente*, Raffaello Cortina, Milano 2010.
201. RICOEUR, P. (1965), *De l'interprétation. Essai sur Freud*, tr. it. *Della interpretazione. Saggio su Freud*, Il Saggiatore, Milano 1966.
202. RICOEUR, P. (1975), *La Métaphore vive*, tr. it. *La metafora viva*, Jaca Book, Milano 1981.
203. RIZZOLATTI, G., ARBIB, M. A. (1998), Language within our Grasp, *Trends in Neuroscience*, 21: 188-194.
204. RIZZOLATTI, G., SINIGAGLIA, C. (2006), *So quel che fai*, Raffaello Cortina, Milano.
205. RORTY, R. (1979), *Philosophy and the Mirror of Nature*, tr. it. *La filosofia e lo specchio della natura*, Bompiani, Milano 1986.
206. RORTY, R. (1989), *Contingency, Irony, and Solidarity*, tr. it. *La filosofia dopo la filosofia*, Laterza, Roma-Bari 1990.
207. RORTY, R. (1991), *Objectivity, Relativism and Truth*, «Philosophical Papers», tr. it. *Scritti filosofici*, Laterza, Roma-Bari 1994.
208. ROSCH, E. (1978), Principles of Categorization, in ROSCH, E., LLOYD, B. (a cura di), *Cognition and Categorization*, Erlbaum, Hillsdale, N.J.
209. ROVERA, G. G. (1984), *La zona cuscinetto: aspetti del problema della distanza nel fobico*, Massaza & Sinchetto, Torino.
210. ROVERA, G. G. (1990), Problemi transculturali in psicopatologia, in BARTOCCI, G. (a cura di), *Psicopatologia, cultura e pensiero magico*, Liguori, Napoli.
211. ROVERA, G. G. (1994), Formazione del Sé e patologia borderline, *ATQUE*, Moretti e Vitali, Bergamo, 9: 127-140.
212. ROVERA, G. G. (1996), Presentazione, in FURLAN, P. M. (a cura di), *Tempo e psicoterapia*, Centro Scientifico Editore, Torino.
213. ROVERA, G. G. (a cura di, 1999), *Tradizione e Cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, C. S. E., Torino.
214. ROVERA, G. G. (2004), I significati dei valori nella "psychotherapy-cult", *Psichiatria Oggi*, VI: 11-14.
215. ROVERA, G. G. (2004), Iatrogenia e Malpratica in Psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 7-50.

216. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.
217. ROVERA, G. G. (2008), Il sogno tra neuroscienze e psicoterapie: un dibattito post-moderno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 127-146.
218. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
219. ROVERA, G. G. (2010), Peripezie della Finzione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 129-171.
220. ROVERA, G. G., FERRERO, A. (1983), A proposito di interpretazione e comunicazione in psicoterapia (Sui concetti di "referente" e di "manuale di traduzione"), in ROSSI, R. (a cura di), *Linguaggio e comunicazione in psicoterapia*, Massaza & Sinchetto, Torino.
221. ROVERA, G. G., SCARSO, G., FASSINO, S., MUNNO, D. (1983), Considerazioni sul doppio legame e sul messaggio paradossale in psicoterapia, in ROSSI, R. (a cura di), *Linguaggio e comunicazione in psicoterapia*, Massaza & Sinchetto, Torino.
222. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari, *Rass. di Ipnosi, Min. Med.*, 75: 1-15.
223. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1984), Il problema della distanza nella comunicazione terapeutica non verbale, *Rass. Ig. Ment.*, VI, 3-4: 29-50.
224. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1985), Individual Psicologia e ricerca transculturale in psichiatria, *Riv. Psicol. Indiv.*, 14: 15-37.
225. ROVERA, G. G., GATTI, A. (2012), Linguaggio e Comprensione Esplicativa, *Riv. Psicol. Indiv.*, 71: 87-128.
226. ROVERA, G. G. ET ALII (2011), Individual Psychology and Transculturalism in Helping Relationships (Developments and Challenges), *XXV International Congress of Individual Psychology*, «Separation, Trauma, Development», Vienna (Acta).
227. ROVERA, G. G. ET ALII (2012), Cultural Dynamic Psychotherapy, *3° World Congress of Cultural Psychiatry*, London (Acta).
228. RUESCH, J. (1959-1966), Teoria generale della comunicazione in psichiatria, in ARIETI, S. (a cura di), *American Handbook of Psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria*, 3 vol. Boringhieri, Torino 1970: 2087-2101.
229. RUESCH, J. (1961), *Therapeutic Communication*, Norton Co., New York.
230. RUESCH, J., KEES, W. (1956), *Nonverbal Communication*, University California Press, Berkeley.
231. RUSSELL, B. (1905), On Denoting, tr. it. *Sulla denotazione*, in BONOMI, A. (a cura di), *La struttura logica del linguaggio*, Bompiani, Milano 1985.
232. RUSSO CARDONA, T. (2009), *Le peripezie dell'ironia*, Meltemi, Roma.
233. RYLE, G. (1949), *The Concept of Mind*, tr. it. *Lo spirito come comportamento*, Einaudi, Torino 1955.
234. SANTAMBROGIO, M. (a cura di, 1992), *Introduzione alla filosofia analitica del linguaggio*, Laterza, Roma-Bari.
235. SBISÀ, M. (2007), *Detto non detto. Le forme della comunicazione implicita*, Laterza, Roma-Bari.
236. SCHAFFER, H. R. (2004), *Child Psychology*, tr. it. *Psicologia dello sviluppo*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
237. SCHEFLEN, A. E. (1973), *How Behavior Means*, tr. it. *Il linguaggio del comportamento*, Astrolabio, Roma 1977.

238. SEARLE, J. R. (1969), *Speech Acts*, tr. it. *Atti linguistici*, Boringhieri, Torino 1976.
239. SEARLE, J. R. (1979), *Expression and Meaning*, Cambridge University Press, Cambridge.
240. SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. (1975), *Paradosso e contro paradosso*, Feltrinelli, Milano.
241. 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.
242. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind*, tr. it. *La mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
243. SNOW, C. E. (1986), Parlare con i bambini, in FLETCHER, P., GARMAN, M. (a cura di), *Language Acquisition*, tr. it. *L'acquisizione del linguaggio. Studi sullo sviluppo della lingua materna*, Raffaello Cortina, Milano 1991.
244. SPERBER, D., WILSON, D. (1986), *Relevance. Communication and Cognition*, tr. it. *Pertinenza*, Anabasi, Milano 1999.
245. STEIN, E. (1917), *On the Problem of Empaty*, tr. it. *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 2001.
246. STALNAKER, R. (1999), *Context and Content*, Oxford University Press, Oxford.
247. STERN, D. N. (1971), A Micro-Analysis of Mother-Infant Interaction: Behavior Regulating Social Contact between a Mother and her 31/2 Month Old Twins, *The Journal of The American Academy of Child Psychiatry*, 10, 3: 301-517.
248. STERN, D. N. (1985), *The Interpersonal World of the Infant*, tr. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri Torino 1987.
249. STERN, D. N. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, tr. it. *Il momento presente*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
250. STERN, D. N. (2010), *Forms of Vitality: Exploring Dinamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy, and Development*, tr. it. *Le forme vitali. L'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo*, Raffaello Cortina, Milano 2011.
251. STRAWSON, P. (1964), Intention and Convention in Speech Acts, *Philosophical Review*, 73: 439-460.
252. TARSKI, A. (1944), The Semantic Conception of Truth and the Foundations of Semantics, in LINSKI, L. (a cura di), *Semantics and the Philosophy of Language*, The University of Illinois Press, Urbana 1952.
253. TATTERSALL, I. (1998), *Becoming Human*, tr. it. *Il cammino dell'uomo*, Bollati Boringhieri, Torino 2011.
254. TERRANOVA CECCHINI, R. (1972), I fondamenti della psichiatria transculturale quale contributo ad una aggiornata programmazione della salute mentale, in FRIGHI, L. (a cura di), *Problemi di igiene mentale*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
255. TOBIN, J. J., WU, D. Y. H., DAVIDSON, D. H. (1989), *Preschool in Three Cultures*, tr. it. *Infanzia in tre culture. Giappone, Cina e Stati Uniti*, Raffaello Cortina, Milano 2000.
256. TOMASELLO, M. (1999), *The Cultural Origins of Human Cognition*, tr. it. *Le origini culturali della cognizione umana*, Il Mulino, Bologna 2005.
257. TOMASELLO, M. (2008), *Origins of Human Communication*, tr. it. *Le origini della comunicazione umana*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
258. TRONICK, E. Z. (1989), Emotions and Emotional Communications in Infant, *Am. Psych.*, 44, 2: 112-119.

259. TRONICK, E. Z. (2007), *Neurobehavioral and Social Emotional Development of Infants and Children*, Norton, New York.
260. TREVARTHEN, C. (scritti vari, 1997), *Empaty and Biology*, tr. it. *Empatia e biologia. Psicologia, cultura e neuroscienze*, Raffaello Cortina, Milano 1998.
261. TSENG, W-S (2001), *Handbook of Cultural Psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria Culturale*, CIC, Roma 2003.
262. VATTIMO, G. (2012), *Della realtà*, Garzanti, Milano.
263. VIOLI, P. (1997), *Significato ed esperienza*, Bompiani, Milano.
264. VOLLI, U. (2007), *Il nuovo libro della comunicazione*, Il Saggiatore, Milano.
265. VOLTERRA, V. (1983), Il silenzio in psicoterapia, in ROSSI, R. (a cura di), *Linguaggio e comunicazione in psicoterapia*, Massaza & Sinchetto, Torino.
266. VYGOTSKIJ, L. S. (1934), *Myslenie i rec Psichologiceskie issledovanija*, tr. it. *Pensiero e linguaggio*, Laterza, Roma-Bari 1990.
267. WALLIN, D. J. (2007), *Attachment in Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia e teorie dell'attaccamento*, Il Mulino, Bologna 2009.
268. WATZLAWICK, P., BEAVIN, J., JACKSON, D. D. (1967), *Pragmatics of Human Communication*, tr. it. *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 1971.
269. WILSON, D. (2006), The Pragmatics of Verbal Irony: Echo or Pretence?, *Lingua*, 116, 10: 1722-1743.
270. WILSON, D., CARSTON, R. (2006), Metaphor, Relevance and the 'Emergent Property' Issue, *Mind & Language*, 21, 3: 404-433.
271. WINNICOTT, D. W. (1971), *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma 1988.
272. WITTGENSTEIN, L. (1922), *Tractatus Logico-philosophicus*, tr. it. *Trattato logico-filosofico e Quaderni 1914-1916*, Einaudi, Torino 1964.
273. WITTGENSTEIN, L. (1953), *Philosophische Untersuchungen*, tr. it. *Ricerche filosofiche*, Einaudi, Torino 1974.
274. WITTGENSTEIN, L. (1966), *Lectures and Conversations on Aesthetics, Psychology and Religion Belief*, tr. it. *Lezioni e conversazioni sull'etica, l'estetica, la psicologia e la credenza religiosa*, Adelphi, Milano 1967.
275. WITTGENSTEIN, L. (1969), *Über Gewisseit*, tr. it. *Della Certezza*, Einaudi, Torino 1978.

Carolina Gasparini
Viale Bligny, 27
I-20136 Milano
E-mail: carlgasp@wmail.it

Antonio Gatti
Via Germanasca, 19
I-10138 Torino
E-mail: gatti55@alice.it

Trattamento psicoterapeutico di soggetti con traumi precoci

ALESSANDRA BIANCONI, MARIA SOLE DEL NOCE

Summary – PSYCHOTHERAPEUTIC DYNAMIC TREATMENT OF SUBJECTS WITH EARLY TRAUMAS. Unlike in the past, countertransference is increasingly becoming a necessary, indispensable tool for comprehending patients, particularly patients with serious personality disorders and early traumas, which are the cases we most frequently encounter today. Nowadays the image of a less neutral, more participative analyst is emerging who can, in certain cases, ‘act’ within the setting (enactment), even revealing and bringing into play parts of himself (self-disclosure), in concordance with a vision of human beings as organizers of experiences and as experiential subjects. In the most critical moments of a psychodynamic psychotherapy work, particularly with traumatized and/or structurally serious patients with whom there is a risk of continual phases of stalemate or negative therapeutic reactions, psychotherapeutic work is only possible if the analyst is capable of bringing into play, or “revealing”, some parts of himself in the relationship with the patient, as in ‘feeling to encourage feeling’, ‘thinking to encourage thought’, ‘speaking to encourage speech’, and ‘recounting to encourage recounting’. When the therapeutic relationship structures a corrective emotional experience of suffering, this new experience simultaneously produces a transformation of the implicit traumatic memory, linked to primary attachment, and intra-psychically restructures the patient’s conscious and unconscious associative circuits and tie modules. Some mentions about trauma and its psychophysiology. A clinical example will be presented.

Keywords: TRAUMA, ATTACHMENT, COUNTERTRANSFERENCE.

*Ogni essere grida in silenzio per essere letto altrimenti.
Non essere sordi a queste grida.
[...] Ma quando siamo troppo sfiniti, quando non abbiamo
la forza di giocare, allora abbiamo bisogno di parole vere.
Gridiamo per averne.*

...
Simone Weil
[120, 121]

I. Introduzione

E’ trascorso poco più di un secolo da quando le diverse discipline che si occupano di comprendere ed alleviare la sofferenza umana, hanno portato la loro riflessione sulle conseguenze delle esperienze traumatiche, sulle vicende esistenziali ed il disagio psichico [72].

La psichiatria, la psicologia, le scuole di psicologia del profondo, le neuroscienze ed alcuni sviluppi fondamentali delle tecniche di indagine che riguardano la genetica, la neurobiologia molecolare e le tecniche di *brain imaging*, hanno cercato di isolare e di identificare gli effetti del trauma per discuterne le implicazioni sulla salute mentale e sullo sviluppo della personalità.

Oggi sappiamo che lo sviluppo della mente è il risultato delle interazioni tra processi neurofisiologici e relazioni interpersonali. 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* [12, 38, 52, 53, 87, 101].

L'attaccamento, o bisogno di tenerezza, per Adler [1], è la tendenza innata del bambino a ricercare la prossimità fisica delle figure che si prendono cura di lui [25, 26]. L'interazione del bambino con la madre determina e modella lo sviluppo di alcune strutture cerebrali che diventeranno il substrato dei *modelli operativi interni* [24, 25, 26], ovvero di quegli schemi mentali che si creano nel dominio della memoria implicita, e che andranno a definire i comportamenti relazionali futuri. Per tali motivi, la teoria dell'attaccamento rappresenta un'area estremamente interessante per l'incontro tra psicologia, psicopatologia e neuroscienze e un valido modello di come eventi ambientali e, in particolare, esperienze relazionali precoci, possono influenzare in maniera significativa lo sviluppo di aree specifiche del cervello, al di là di ciò che era stato programmato geneticamente.

Le aree cerebrali principalmente coinvolte da questo processo sono aree del sistema limbico di destra, e, in particolare, la corteccia prefrontale orbito-frontale, un'area cui sono state attribuite funzioni complesse che vanno dalla regolazione delle risposte viscerali, agli stimoli interni ed esterni, alla processazione e attribuzione della valenza affettiva degli stimoli e delle relazioni oggettuali. La corteccia orbito-frontale, infatti, è sottoposta a una significativa fase di maturazione proprio tra i 10-12 mesi di vita del bambino, epoca alla quale, secondo quanto derivato dall'osservazione clinica, si stabilizza la relazione di attaccamento [38, 39, 40, 53, 58, 101].

Uno sviluppo neurale e psicologico sano nella prima infanzia fa perno sulla capacità di risposta sensibile e sintonica delle figure di attaccamento [25, 97]: lo sviluppo del cervello che segue dipende da come "i programmi di maturazione geneticamente programmati del sistema nervoso sono modellati dall'esperienza interpersonale" [100].

L'architettura del cervello è associativa: quando gli stimoli in ingresso innescano l'attività del cervello del neonato, i neuroni che si attivano in sincronismo, si

connettono tra loro (“rete neuronale”). Le connessioni relazionali diventano connessioni neuronali che influenzano la sensibilità di risposta del Sé alle nuove esperienze.

Un trauma che “spegne” l’area di Broca e l’ippocampo può causare un “sequestro emotivo” [59] nel quale l’amigdala, con le sue connessioni con il cervello destro, sopraffà l’ippocampo e le capacità di codificare, recuperare e contestualizzare la memoria del trauma.

Gli effetti del trauma si riconoscono nella discontinuità auto-rappresentativa [76]: il trauma impedisce un’integrazione sia neurale sia psicologica: il cervello emotivo destro viene isolato dalle risorse verbali del sinistro [22]. Il fallimento di integrazione di memorie, affetti, emozioni, ostacola una propria identità narrativa [74].

Quindi i fenomeni mentali derivano dal cervello, ma a loro volta le esperienze soggettive e relazionali influenzano il cervello.

II. *Caso clinico*

Terapeuta: Ho vissuto per anni una “relazione terapeutica” con Carla che mi ha trasportato ai limiti dei miei sentimenti di alleanza e cooperazione, inglobandomi talora in una spirale perversa di manipolazione, attivando in me tutta una gamma di emozioni (identificazioni proiettive/contro identificazioni proiettive), ansia per le sue sorti, aggressività e tenerezza, ma anche desiderio di “farla finita” (nel senso di liberarmi di lei) e di liberarmi dal giogo di dipendenza regressiva, talora maligna in cui lei tendeva e inconsapevolmente, forse, voleva portarmi (“non voglio morire da sola”). Con lei ho sperimentato il dubbio nelle sue manifestazioni più profonde e quasi persecutorie (Ho capito bene? Mi ha davvero detto così? Sarà vero? Lo crede davvero o vuole farlo credere a me?), insegnandomi cioè cos’è la confusione vera, quella che c’è dietro alle difese antiambivalenti e portandomi in uno spaventoso mondo di ombre in movimento, dove limiti e confini non erano neppure concepibili.

Grazie a lei ho compreso cosa vuol dire davvero “perversione”, ho compreso il significato profondo dei termini e dei ruoli di “vittima” e “carnefice”.

La richiesta/pretesa non verbalizzata della paziente era quella di “salvarle la vita”: richiesta onnipotente, idealizzata e grandiosa. Mi sono trovata in bilico: non potevo scoraggiare queste pretese per il rischio reale di un passaggio all’atto anticonservativo, né potevo incoraggiarle, non avendo il potere magico che lei mi attribuiva. Rimaneva un sentiero davvero stretto sul quale poter camminare!

Credo che nella vita di ogni psichiatra psicodinamico ci sia il paziente, quel paziente, che segna un confine, un prima e dopo. Per me è stata Carla. Ho nutrito per lei sentimenti ambivalenti: dalla simpatia e tenerezza all'irritazione e alla rabbia. L'ho amata e detestata, ma mai completamente, per fortuna. Una continua battaglia contro il suo reale desiderio di morte e le sue spinte, anche impulsive, autolesionistiche ed anticonservative. Ma anche contro la sua morte simbolica: una parte della sua vita psichica era come morta. L'essere vittima di abusi era l'unico modo che conosceva per sentire che esisteva e, se pur al contrario, contava qualcosa.

Poi una diagnosi cattiva: sclerosi laterale amiotrofica. La morte è di nuovo reale, anche se non più cercata né voluta. Tante fasi, ed io sempre con lei, in qualche modo. Ho imparato molto con Carla. E qualcosa ho perduto.

Ricordo bene il primo incontro: una ragazza timida, di poche parole, coartata e distante, come se fosse avvolta da una bolla impenetrabile. Attribuii la sensazione che provavo alla sintomatologia depressiva importante che esprimeva e raccontava.

Una ragazza graziosa al penultimo anno di una facoltà universitaria impegnativa: quasi alla fine del suo percorso aveva problemi a dare gli ultimi esami, forse in seguito ad una depressione successiva a una recente diagnosi di epilessia che faticava ad accettare. Lasciava trasparire poco di sé. Quasi fredda. Non sapevo allora, né potevo immaginare che con lei avrei vissuto tutta una serie di sottrazioni d'innocenza che mi avrebbero portato a sperimentare una gamma intensa di emozioni, un'altalena di sensazioni. Grazie a lei oggi so cosa vuol dire davvero la parola perversione. So cosa significa confusione.

Carla - Sono arrivata da lei casualmente. Qualche mese prima avevo avuto la mia prima crisi convulsiva, alla quale è seguito un iter diagnostico piuttosto complicato alla fine del quale mi è stata assegnata una diagnosi non facile da accettare (epilessia mioclonica generalizzata).

In seguito a tutto ciò sono piombata in uno stato depressivo dal quale non riuscivo più a uscire e mia mamma, molto preoccupata per il fatto che non riuscivo più a dare esami all'università, ha insistito molto affinché iniziassi un percorso psicoterapeutico.

Io ero molto scettica al riguardo, anche perché arrivavo da un'esperienza simile del tutto negativa. Comunque, per non sentire più mia madre ripetere all'infinito che dovevo farlo, ho accettato.

Il primo incontro è stato disastroso, più che una persona, di fronte a me ho trovato un insieme di regole. Ho provato un senso di freddo intenso in quella stanza e non mi sono sentita accolta, come speravo che accadesse. Dopo il primo

incontro mi ha dato quindici giorni per pensare se volevo iniziare questo percorso con lei. Avrei voluto subito dirle di no, che non sarei più tornata, ma non ho trovato il coraggio di farlo. Non potevo nemmeno dire a mia mamma che non sarei più andata dopo solo un incontro, perché si sarebbe arrabbiata molto, così ho deciso che sarei andata ancora per un paio di volte e poi avrei trovato una scusa per non andarci più.

Anche il secondo incontro è stato disastroso: non sono riuscita a stabilire alcun contatto con la persona che avevo davanti a me. La trovavo una persona estremamente formale, che voleva penetrare nella mia vita con domande fredde, vuote. Uscendo ho pensato: ancora un incontro e poi basta! La notte dopo il secondo incontro ho fatto un sogno. Ho sognato di essere in un bosco, era buio, correvo disperatamente, stavo scappando da delle figure mostruose con il corpo metà da uomini e metà da bestie. In lontananza vedevo una casa, sapevo che dovevo raggiungerla per salvarmi dai quei mostri, ma non sapevo come fare, non avevo più forze per correre. Ad un certo punto è comparsa una macchina, alla guida c'era lei, che mi ha detto di salire sulla macchina. Sono salita e ha iniziato a guidare verso la casa. Sono andata al terzo incontro continuando a pensare a quel sogno, non ne ho parlato con lei, ma da quell'incontro qualcosa è cambiato.

Terapeuta: Così è iniziata questa alleanza che ha richiesto un lavoro continuo di elaborazione controtransferale che mi ha permesso di comprendere cosa stava accadendo nel “qui ed ora” e di difendermi dai pesanti movimenti di identificazioni e controidentificazioni proiettive, salvaguardando contemporaneamente lei dalle mie risposte difensive aggressive e distanzianti.

Le sue richieste erano davvero eccessive: voleva portarmi con sé nel suo mondo, quasi a condividere simbioticamente la sua interiorità regressiva. Mi sono opposta con forza a questa modalità cercando uno spazio di condivisione più reale (*self-disclosure*).

Oggi la terapia con Carla è conclusa (dopo circa 8 anni a cadenza settimanale): ha maturato uno stile relazionale con il mondo, e anche con me, più evoluto e meno dipendente. Il distacco e la conclusione hanno richiesto molto tempo e fatica, ma è avvenuto, infine, serenamente e senza “agiti”. E' stato un percorso terapeutico che ha mobilitato moltissimo le mie risorse creative: incoraggiamento, spiegazioni, silenzi, confronti, sfide continue quasi nascoste dal ruolo profondo, dall'identità di vittima, che la paziente presentava (*embodied simulations, enactments, now-moments, self-disclosures*) [81].

Le mie difficoltà erano collegate alla grave psicopatologia della personalità di Carla che sin dalla più tenera età aveva subito pesantissimi traumi e abusi: doveva condividere con lei spazi/tempi molto primitivi e disgregati, dissociati, confu-

si e incerti. Mille volte mi ritrovavo incredula...ma “dovevo credere o lei sarebbe morta” e forse non solo simbolicamente (a questo proposito rimandiamo all’evoluzione del pensiero Individual Psicologico a proposito dei sistemi finzionali) [19, 39, 46, 49, 83, 91].

Carla

Questa è la storia di una persona che non sarebbe mai dovuta nascere, ed è stata raccontata attraverso un percorso terapeutico che dura da diversi anni, grazie al quale la storia è potuta uscire dalla mente di chi l’ha vissuta e prendere forma.

Prima di intraprendere un viaggio bisogna decidere il punto di partenza. Il punto dal quale è partita la protagonista della storia era un luogo buio, pieno di fumo e di macerie. Ciò che si augurava di trovare, attraverso questo viaggio, era un bel edificio, bello all’esterno, ma soprattutto all’interno, solido, capace di resistere ad ogni tempesta, indistruttibile. Un edificio situato in un luogo limpido, non più avvolto da fitta nebbia e, soprattutto, un luogo sgombero da ogni maceria.

La strada che doveva prendere, che doveva percorrere per raggiungere questo luogo ancora non la conosceva. Tutto ciò che sapeva era che la sua vita, tutto ciò attorno a cui si era costruita la sua personalità, tutto ciò che la circondava sostenendola, tutti i suoi affetti, tutta se stessa era crollato e lei era stata sommersa dal buio della notte. Non era rimasto nulla, se non tantissime macerie sparse ovunque.

In quel luogo dove era rimasta sepolta si sentiva soffocare, non riusciva a respirare, non c’era un filo d’aria, era immobile, pietrificata. Era impossibile anche solo il pensiero del fare, dell’agire. Si chiedeva come poteva rimuovere le macerie se non riusciva neppure a vederle. Le arrivavano dei rumori dall’esterno, a fatica li percepiva, suoni che si perdevano lungo il loro percorso e arrivavano a lei come esili echi.

Ha provato a urlare il suo bisogno d’aiuto molte volte, ma nessuno la sentiva; i suoi tentativi erano vani, cercava di farsi sentire da persone sorde. Quando ha iniziato questo viaggio non aveva più parole, non aveva più voce, non aveva più forze. Era solo stanca, molto stanca, con una gran voglia di cadere in un sonno profondo.

Carla/Luna

Luna non sta bene, ha la febbre, è rimasta a casa da scuola. Distesa nel suo letto, sotto le coperte, sembra ancora più piccola di quello che è in realtà. Si sente molto debole, preferisce rimanere a letto. E’ da sola, le fa paura rimanere sola in quella casa, avrebbe voluto che la madre rimanesse a casa con lei. La casa è troppo grande per lei, le fa paura, tutto è troppo grande per Luna. Luna sente dei rumori, qualcuno sta entrando in casa, si nasconde sotto le coperte, vorrebbe scomparire tra

esse. Luna chiude gli occhi e cerca di volare lontano con la fantasia, immagina di essere in un mondo magico, pieno di luce, dove le case hanno tutte le pareti trasparenti perché non c'è nulla da nascondere, dove le famiglie sono composte da persone che si vogliono bene, dove i papà e le mamme si prendono cura dei loro figli e giocano con loro in mezzo a verdi prati, attraversati da limpidi ruscelli...

Ma improvvisamente Luna viene riportata nella sua realtà, due mani l'accarezzano con avidità, esplorano il suo piccolo corpo da bambina e arrivano dove mai dovrebbero arrivare le mani di un uomo sul corpo di una bambina. L'uomo le prende le mani e le appoggia sul suo membro già duro. Sente l'uomo ansimante che le dice di muovere le sue manine, ma lei non riesce, è paralizzata. Luna viene penetrata con violenza, il dolore è irresistibile, il tempo si dilata e diventa un tempo infinito. L'uomo le dice che ha dovuto farlo perché lei non è stata buona la sera prima, non ha voluto cenare. Luna ascolta le sue parole, sì, non si è comportata bene, è stata cattiva. Luna sa di essere una bambina cattiva e di meritare le punizioni. Cerca di alzarsi, ma le gambe non riescono a reggerla e le gira la testa. Vede le lenzuola del suo letto, ci sono disegnati degli orsacchiotti, ma anche loro sono stati cattivi, perché sono sporchi di sangue, come le sue gambe.

III. Trauma

Che tipo di psicoterapia può essere indicata per pazienti come Carla? Come possiamo, noi psicoterapeuti, costruire una relazione autentica con pazienti che hanno subito traumi sessuali precoci e ripetuti?

Con questi pazienti la relazione si svolge attorno ad aree traumatiche inaccessibili; ogni mutamento della distanza causa ferite: depersonalizzazione, dissociazione, svuotamento.

In questo lavoro ci interessa evidenziare il collegamento fra traumi precoci e sviluppo della personalità, traumi precoci e alterazione delle funzioni neurobiologiche, traumi precoci e difficoltà relazionali. Lo stress precoce produce effetti sui sistemi neurobiologici: nell'asse ipotalamo-pituitario-adrenalinico, nei sistemi dopaminergico, noradrenergico e serotoninergico e sui meccanismi di attaccamento [76].

E' sorprendente quanto le intuizioni di Adler abbiano ricevuto conferma dalle attuali ricerche in ambito neurobiologico [41, 45].

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 [123]. Lo sviluppo delle conoscenze sugli effetti evolutivi del trauma si devono soprattutto a due tradizioni di ricerca: la teoria dell'attaccamento e l'*infant research*. Queste tradizioni hanno tradotto in costrutti scientifici le intuizioni analitiche sul ruolo fondamentale, per lo sviluppo della personalità, delle motivazioni alla protezione, alla ricerca di sicurezza affettiva, alla vicinanza ed alla condivisione emotiva con l'adulto di riferimento.

Il concetto di attaccamento disorganizzato [11] evidenzia che il reale significato traumatico di molte esperienze (maltrattamenti fisici/psichici, abusi sessuali), consta nell'inconciliabilità fra le esperienze che la figura d'attaccamento propone al bambino, e la funzione di protezione, assicurazione e sostegno che le è propria. 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 [22, 28] nell'attivare la sua principale fonte di assicurazione da cui, anzi, deve proteggersi.

Karlen Lyons-Ruth e Coll. [33, 79, 80] evidenziano che è soprattutto il trauma precoce delle relazioni di attaccamento, cioè la distorsione del dialogo affettivo e verbale tra il bambino e le sue figure di riferimento, a costituire la vera matrice traumatica dei disturbi dissociativi, interferendo sui processi di regolazione emozionale a livello psicofisiologico.

Il trauma psichico è un tipo di "danno", una "ferita", che in alcuni casi viene subita dalla psiche a seguito di un'esperienza critica (separazione/perdita/abuso/stress), vissuta dall'individuo (può essere un'esperienza singola o una situazione ripetuta e protratta nel tempo), le cui implicazioni soggettive, cioè le idee, cognizioni ed emozioni ad essa collegata, sono nel complesso superiori alle capacità del soggetto, in quel momento, di gestirle o di adeguarsi ad esse, cioè di integrarle nella psiche [75, 77].

Secondo l'approccio janetiano* [66] e numerosi studi e ricerche sul trauma [116,

* Pierre Janet (1859-1947) fu uno dei più importanti ed influenti psicologi francesi tra la fine del XIX secolo e l'inizio del XX secolo. I suoi studi sulla dissociazione ed il trauma psicologico sono considerati fondamentali per la comprensione clinica di tali tematiche, ed hanno profondamente influenzato la nascita della psicologia dinamica. Fu uno dei primi ricercatori a evidenziare una connessione diretta tra gli eventi nella vita passata di un soggetto e la sintomatologia traumatica da essi derivante; coniò i concetti e i termini di dissociazione e subconscio, e sviluppò un'importante teoria della mente basata sul concetto di livelli funzionali, destinata a risultare di grande importanza nella psicopatologia del XX secolo.

117], che hanno influenzato ampiamente la teorizzazione in quest'ambito, il trauma psicologico è un evento che, per le sue caratteristiche, risulta "non integrabile" nel sistema psichico pregresso della persona, e quindi rimane dissociato dal resto della sua esperienza psichica, causando diverse sintomatologie ed espressioni psicopatologiche.

Secondo l'ottica Individual Psicologica [2, 3, 15], 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 l'istanza del sentimento sociale e dell'aspirazione alla supremazia. Cioè è un'esperienza che altera lo schema appercettivo [3, 15, 46] dell'individuo, cioè l'opinione che egli ha del mondo e di sé stesso, opinione solo in parte conscia. Lo schema appercettivo è, infatti, costituito dall'insieme delle immagini simboliche ricorrenti e degli schemi cognitivi caratteristici che il soggetto utilizza nella vita e nelle relazioni.

Il trauma è un'esperienza che forgia lo stile di vita e la personalità del soggetto e può influire fortemente sul suo piano di vita. La decodificazione dello schema appercettivo del paziente costituisce un aspetto tecnico specifico della comprensione empatica del terapeuta [48, 89, 90].

Sul piano fenomenologico si è evidenziato che i sintomi conseguenti a traumi precoci e/o ad abusi sessuali sono imprevedibili e aspecifici: l'incidenza e gli effetti mutano in ragione di molte variabili, a partire dallo stesso ambiente culturale. Spesso i sintomi appaiono a distanza dai fatti. I bambini oggetto di incesto e abuso, come in altre situazioni di stress post-traumatiche, pagano il prezzo del trauma anche molto tempo dopo che l'evento è terminato.

Alcuni Autori [63, 64, 73, 114, 115] sostengono l'irreversibilità delle ferite, particolarmente a carico di una insufficiente integrazione identitaria, correlandola con la precocità dell'evento traumatico; altri autori attribuiscono all'abuso un valore patogeno mediato da alcune particolari variabili: l'età del bambino, il livello di gravità dell'abuso, il livello di partecipazione della vittima all'attività dell'abusante, il grado di parentela e la relazione con l'abusante, l'atteggiamento di sostegno o meno del genitore non abusante, gli antecedenti e gli indici di vulnerabilità psichica reperibili nell'anamnesi del bambino [27].

L'abuso sessuale precoce può essere considerato un "trauma assoluto" [9], cioè un evento concreto significativamente grave che travolge le strutture psichiche della persona, producendo un loro crollo temporaneo o una distruzione permanente. Il trauma assoluto è un evento che, qualunque sia la condizione o stadio di sviluppo o anche di aiuto esterno disponibile, ha sempre effetti devastanti. Kijak e Funtowicz [69], Lenore Terr [114], Harvey e Hermann [64] hanno

descritto una scissione dell'Io, cioè l'esistenza simultanea di due aspetti dell'Io in equilibrio instabile: l'Io attuale viene continuamente invaso dall'Io fissato alla situazione traumatica.

L'esperienza clinica e di laboratorio ha dimostrato che esistono due tipi di effetti del trauma sulla memoria. Un effetto comune è proprio la ipermnesia intrusiva del trauma in forma di flashback, ovvero brevi episodi dissociativi durante i quali il trauma è risperimentato sul piano sensomotorio o come ricordi cognitivi intrusivi [15, 64, 114,].

Un altro effetto comune sono le interruzioni nella memoria, o una completa amnesia post-traumatica non-organica nella quale, per un periodo di tempo, tutto o parte dell'evento traumatico è indisponibile al ricordo o è richiamato in modo frammentario o vago.

Il trauma, quando non sia stato completamente dissociato o rimosso torna uguale a se stesso, inalterato, nei sogni, nei ricordi, nei flashback.

Il fattore silenzio, il dover tacitare il dolore, è un elemento comune molto importante tanto nella genesi del disturbo, quanto poi nel trattamento psicoterapico della vittima. L'impatto del trauma può generare una sovversione dei confini temporali e geografici della persona: avviene uno scambio "paradossale" tra passato e presente, tra mondo interno ed esterno e una sovversione dei ruoli tra genitore e figlio [114]. Questa caratteristica aberrazione dello spazio e del tempo è effetto della "fissazione al trauma".

Il bambino abusato, preso nella trappola della patologia familiare, si "adatta" alla difficile situazione attraverso complessi "rimaneggiamenti psichici": la dissociazione, la scissione, la trasformazione nel contrario, con la quale l'aggressore viene riconosciuto come "buono", sono tra le manifestazioni psichiche più insidiose. La vittima non fa che purificare l'aggressore attraverso l'idealizzazione, facendo propria l'immagine distorta, malvagia, proveniente da un "ambiente-specchio deformante" [10].

Non potendo pensare l'ambiente familiare come colpevole delle sue carenze, il bambino assume sé stesso come artefice del traumatismo. Come lo possiamo notare anche in Carla.

La sostituzione del reale alle fantasie, del corpo concreto a quello immaginato, aprono la strada alle patologie della mentalizzazione, che sostituiscono con l'atto l'espressione verbale ed affettiva.

Come sappiamo le esperienze traumatiche influiscono sullo sviluppo del cervello e alterano i principali sistemi ormonali [111, 112].

Le neuroscienze hanno fornito un contributo fondamentale all'ampliamento della conoscenza sul trauma in una prospettiva scientifica, in cui il trauma viene studiato alla luce dei processi dell'organizzazione delle funzioni cerebrali [67]. Le varie ricerche convergono nel sottolineare il ruolo del sistema psicobiologico di risposta allo stress [123].

Quando gli individui si trovano in condizioni di stress molto forte, specie se esteso e prolungato, secernono gli ormoni endogeni dello stress (glucocorticoidi, ormoni steroidei e cortisolo), che vanno ad incidere sulla modalità in cui i loro ricordi vengono formati [32, 117, 118].

Le aree del sistema limbico, particolarmente implicate nell'elaborazione dei ricordi con forte carica emotiva sono due: l'amigdala (significato emotivo degli stimoli afferenti) e l'ippocampo (dimensione spaziale e temporale dell'esperienza). L'azione neurotossica degli ormoni endogeni dello stress influisce tanto sull'ippocampo, che viene messo fuori gioco, quanto sull'amigdala, la quale al contrario viene attivata. Per questo – considerato, in sintesi, che l'ippocampo media la funzione della memoria esplicita, dichiarativa e l'amigdala quella implicita, emozionale – molti dettagli e circostanze del trauma (riguardando la memoria esplicita) sono dimenticati, mentre la paura e l'ansia associate possono essere innescate con relativa facilità da ogni segnale "evocativo". Quindi assistiamo ad un potenziamento, a lungo termine, dei ricordi traumatici mediati dalla stimolazione noradrenergica dell'amigdala, che attivano complesse risposte neurovegetative.

Il sistema di difesa, quando attivato da una grave minaccia che abbiamo vissuto o a cui abbiamo assistito, implica una memorizzazione forzata e ripetitiva dell'evento: nei soggetti traumatizzati c'è la tendenza ad accedere alle tracce di memoria del trauma a spese di altri ricordi.

E' questa la base per le memorizzazioni intrusive, vivide, legate per esempio al Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD), o al contrario per l'oblio non rimosso [85].

L'evento traumatico può essere di vario tipo; esso tuttavia implica l'esperienza di un senso di impotenza e vulnerabilità a fronte di una minaccia, soggettiva o oggettiva, che può riguardare l'integrità e la condizione fisica della persona, il contatto con la morte oppure elementi della realtà da cui dipende il proprio senso di sicurezza psicologica (maltrattamenti e/o abusi sessuali). Il nucleo di un trauma psichico è l'ammissione della propria impotenza di fronte a esso, il vissuto

drammatico della propria totale inadeguatezza [3, 15]. Sono esperienze che lacerano il senso di continuità dell'esistenza e possono lacerare il senso di continuità della personalità: separazioni e perdite irreparabili, violenze e abusi, alienazioni, il venir meno del senso di appartenenza alla propria comunità, caduta di senso del proprio progetto di vita, crollo dei propri ideali, minacce all'integrità biologica e alla sopravvivenza.

La relazione intrapsichica, ma anche con gli altri e con il mondo, si svolge attorno ad aree traumatiche inaccessibili.

IV. *Relazione terapeutica*

Nel "normale" funzionamento mentale, una persona è in grado di avere accesso, simultaneamente, a tutta una serie di stati del sé che, nonostante i loro contrasti e divergenze, dialogano tra loro. Questo consente ad aspetti antitetici del sé di coesistere nella coscienza, sotto forma di conflitto intrapsichico, potenzialmente risolvibile [82]. Tuttavia l'esperienza traumatica comporta una minaccia alla possibilità di sviluppare un *Sé coeso*: se la coesione del sé è troppo pericolosa per poter essere mantenuta, viene negato l'accesso alla consapevolezza dell'esperienza incompatibile con lo stato del sé prevalente in quel momento [123].

Durante il percorso terapeutico, il paziente diventa mentalmente più capace di gestire e di opporsi creativamente all'esperienza che prima poteva essere agita solo sul piano interpersonale: diventa più capace di parlarci di sé, in un processo di riconnessione psiche-soma. Il paziente si pone in relazione con l'analista in un modo che è gradualmente più consapevole della propria soggettività [29, 30].

Numerose ricerche anche in ambito Individual Psicologico, hanno evidenziato l'importanza della piena partecipazione dell'analista alla *co-creazione* e alla *co-costruzione* della relazione terapeutica [20, 40, 42, 43, 54, 55, 92, 93, 94].

Sotto il profilo relazionale, il transfert corrisponde all'utilizzo attuale di modalità privilegiate apprese: il modo di interagire col terapeuta fornisce informazioni sulla personalità, gli stili di attaccamento e il funzionamento interpersonale del paziente [2, 21, 41, 45, 86].

Come adleriani, consideriamo il transfert e il controtransfert come espressioni dello Stile di Vita e delle emozioni sia del paziente che del terapeuta [48].

Il contro-atteggiamento, che nell'accezione Individual Psicologica attuale, indica la complessità dei movimenti transferali e controtransferali del terapeuta

verso il paziente [20]: sta diventando sempre più uno strumento necessario per la comprensione e la terapia di pazienti con gravi disordini della personalità e traumi precoci, [52, 53, 65, 107, 109]. L'analista è oggi meno neutrale e più partecipante e può in certi casi 'agire' all'interno del setting (*enactment*), fino a rivelare e mettere in gioco parti di sé (*self-disclosure*), in accordo con una visione dell'essere umano come soggetto esperienziale e organizzatore di esperienze [19, 24, 38, 39, 101].

Abbiamo visto come le varie ricerche [27, 73] mostrino l'importanza del processo di attaccamento nella genesi del PTSD e comunque nella metabolizzazione dell'evento traumatico stesso. Traumi, detachment dissociativo, rappresentazioni di sé non integrabili, conflittualità motivazionali tra attaccamento e difesa, ostacolano le relazioni interpersonali e le rappresentazioni di sé con l'altro [78].

La funzione essenziale dell'attaccamento, analogamente alla tenerezza primaria, è il bisogno di cercare ed ottenere protezione e cure in determinate fasi della vita. Nel 1908, 4 anni dopo "*Über den Nervösen Charakter*", Alfred Adler scrisse un testo a proposito del bisogno di tenerezza del bambino [1, 3, 4, 5, 6, 7]. In questo scritto Adler anticipa molte delle teorie psicologiche che sono state successivamente proposte: ha sostenuto che la tenerezza è una manifestazione precoce di un innato senso sociale del bambino, una caratteristica costituzionale (temperamento) della personalità, correlata ai dinamismi intrapsichici e relazionali nello sviluppo della personalità.

Brunner, Bolterauer e altri studiosi [23, 88, 89] hanno suggerito, rispettivamente, che la tenerezza primaria e l'amore primario sono bisogni vitali; a partire da questi bisogni ogni individuo è in grado di sviluppare l'autostima, la possibilità di sentirsi degno di essere amato e riconosciuto nel proprio bisogno di esistere. 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'uso della figura d'attaccamento come una base d'esplorazione del mondo, è stato chiamato il fenomeno della *base sicura* da Mary Ainsworth [11], una delle più strette collaboratrici di Bowlby. L'amore primario e la relazione d'attaccamento regolano direttamente o indirettamente:

- un sentimento di fiducia verso il mondo [34], cioè un sentimento sociale, di cooperazione ed appartenenza, ben sviluppato [38, 44];
- la valutazione degli altri e del mondo;
- lo sviluppo sociale ed emozionale.

La capacità del bambino di esplorare il mondo con fiducia, ha effetti diretti ed indiretti sulla capacità di sentirsi adeguati e competenti nel mondo [15, 106, 121], cioè è in diretta connessione con la costruzione di una buona autostima [89].

Nella specie umana l'attaccamento del bambino nei confronti della madre (o di altra figura primaria che se ne prende cura) è un prerequisito per la sua sopravvivenza ed un banco di prova per tutte le successive forme di relazione [5, 6, 24].

V. Mentalizzazione

La funzione biologica del processo di attaccamento [52] sarebbe quella di creare un particolare ambiente intersoggettivo, legato alla comprensione degli stati mentali. La facoltà di mentalizzare riguarda la capacità di vedere se stessi e le altre persone in termini di stati mentali (sentimenti, convinzioni, intenzioni e desideri) e di ragionare e compiere riflessioni sul proprio e sull'altrui comportamento [105]. Mentalizzare, quindi, significa comprendere e dare un senso alle azioni proprie ed altrui [13]. Sin dalle prime formulazioni cliniche del concetto, carenze nelle capacità riflessive e di mentalizzazione, sono state messe in relazione all'evoluzione della personalità borderline, fino ad essere considerate il 'core' di questa psicopatologia [50]; inoltre, sin dall'inizio è stato postulato che specifiche difficoltà genitoriali nel riconoscere, tollerare o esprimere gli stati mentali, è una delle condizioni che favoriscono o inducono l'emergere di deficit nelle abilità di mentalizzazione dei figli. Secondo Fonagy [52] il sé psicologico si sviluppa attraverso la percezione di sé, come persona che pensa e prova sentimenti, nella mente di un'altra persona. Il fattore determinante è la capacità della madre di contenere mentalmente il bambino e di rispondergli, in termini di cure fisiche, in un modo che mostri la sua consapevolezza dello stato mentale del piccolo e al tempo stesso, la capacità di farvi fronte.

L'attività di mentalizzazione è radicata nella "funzione riflessiva", ossia la capacità di astrazione e di consapevolezza che è strettamente connessa alla capacità del bambino di etichettare e dare significato alla propria esperienza [104]. Nella prima infanzia ci sono due modalità:

- il bambino pensa che il mondo interno corrisponda alla realtà esterna (modalità dell'equivalenza psichica);
- Il bambino quando gioca, sa che l'esperienza interna può non riflettere la realtà esterna (modalità del far finta).

Intorno ai 4 anni il bambino integra queste due modalità per arrivare alla mentalizzazione, dove gli stati mentali vengono vissuti come rappresentazioni.

In bambini traumatizzati l'integrazione tra le due modalità è compromessa, e aspetti del "far finta" diventano parte di un'"equivalenza psichica".

La percezione degli stati mentali propri e altrui, dipende dall'osservazione del mondo mentale del caregiver: la buona disponibilità del genitore aumenta la pro-

bilità che nel bambino si sviluppi un attaccamento sicuro, il quale, a sua volta, facilita lo sviluppo della capacità di spiegarsi il comportamento degli altri, e quindi anche di se stessi, in termini di pensieri, sentimenti, fantasie (funzione riflessiva del Sé/“teoria della mente”). Il maltrattamento interagisce a due livelli:

- spinge il bambino a non assumere la prospettiva dell’altro, che è minacciante;
- il bambino è privo della resilienza, facilitata dalla capacità di capire situazioni interpersonali.

L’attaccamento, la mentalizzazione [50] e la funzione riflessiva sono chiavi fondamentali per lo sviluppo dell’organizzazione del Sé e della regolazione affettiva. Esse hanno una componente autoriflessiva e una interpersonale, che insieme forniscono la capacità di distinguere realtà esterna e realtà interna. Alla base della mentalizzazione vi è la capacità di modulare gli stati affettivi, che poi evolve nella capacità di scoprire i significati soggettivi dei sentimenti: questa capacità rappresenta un possibile obiettivo dei trattamenti psicoterapeutici (comprensione esperienziale dei sentimenti).

Per essere capaci di accedere all’esperienza non verbale dei nostri pazienti e rinforzare così la loro capacità di riflettere e di mettersi in uno stato di pienezza della consapevolezza mentale, dobbiamo reclutare risorse fuori del campo dell’attaccamento [119].

VI. *Mindfulness*

Abbiamo visto che le aree cerebrali principalmente coinvolte dal processo integrativo sono aree del sistema limbico di destra e, in particolare, la corteccia prefrontale orbito-frontale.

Alla *mindfulness* [104] è stata riconosciuta la capacità di promuovere le funzioni integrative della corteccia prefrontale. Queste funzioni sono implicate in processi di regolazione corporea, di sintonia interpersonale, di stabilità emotiva, di conoscenza di sé.

Negli ultimi 20 anni le capacità e le attitudini *mindfulness* hanno portato alla nascita di trattamenti psicoterapeutici specifici e, frequentemente, sono state integrate o associate a svariate tecniche psicoterapeutiche.

La capacità “*mindfulness*” è la deliberata e non giudicante attenzione al *momento presente*, senza uno sguardo indietro, ai ricordi del passato o in avanti, nell’anticipare il futuro, e senza cercare di risolvere problemi. In questo stato si è altamente consapevoli e focalizzati sulla realtà del momento presente, e quindi disinseriti da modalità automatiche di reazione e risposta. La capacità *mindful-*

ness consente di interrompere i circuiti automatici di azioni e rappresentazioni del Sé [98, 102]. Questo stato della mente può essere allenato con l'esercizio: è uno stato non concettuale, non discorsivo e non linguistico che apre all'*insight* e alla comprensione profonda [98, 104].

E' importante portare l'attenzione della mente a entrare in rapporto con il corpo: risorsa potente per rafforzare la capacità dei pazienti di regolare gli affetti e il Sé [118]. Questa attenzione introcettiva è una forma di pienezza della consapevolezza mentale, che aiuta i pazienti ad ancorarsi al momento presente. Insegnare a dare un nome a ciò che percepiscono nei loro corpi significa chiamare a raccolta le loro capacità corticali di elaborare esperienze dolorose sub-corticali, cioè somatico-affettive e aiuta a integrare l'esperienza prima scissa.

La regolazione delle emozioni può essere effettivamente rafforzata quando le risorse corticali del cervello sinistro (linguaggio e interpretazione), vengono chiamate a far parte dell'elaborazione dell'esperienza subcorticale del cervello destro (sensazioni a base corporea).

Dal punto di vista Individual Psicologico [104], la *mindfulness* può essere considerata una funzione specifica del Sentimento Sociale che ci permette:

- 1) di tollerare ed accettare sentimenti di inadeguatezza ed inferiorità: deficit, vulnerabilità e limiti;
- 2) di modificare il nostro schema appercettivo e apprendere nuovi modi di percepire noi stessi, gli altri e il mondo (Stile di Vita);
- 3) di migliorare l'aggregazione delle varie istanze del Sé (funzione intrapsichica del Sentimento Sociale);
- 4) di diventare più autentici e coincidenti con noi stessi.

I concetti teorici e clinici della *Mindfulness* sono coerenti con i tre paradigmi teorici adleriani* su cui si basa la *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy* (APP) [41, 45, 47, 88].

* "Il primo paradigma [88], si riferisce all'unità psicosomatica dell'individuo, secondo il quale vengono descritte le interazioni tra il corpo e la mente. Il secondo paradigma è quello della regolazione del Sé [113], che enfatizza la necessità preliminare dell'individuo di raggiungere una immagine coerente di sé. La costruzione di una coerente immagine di sé e di una identità stabile è legata al soddisfacimento dei bisogni di tenerezza primaria, che costituisce la base per lo sviluppo dell'autostima. Il terzo paradigma fa invece riferimento al concetto di moduli di legame [38, 41, 88], secondo cui il senso psicologico delle manifestazioni umane non può prescindere dalle interazioni che ogni individuo ha con i suoi simili. Le modalità, con cui si svolgono queste relazioni significative, vengono registrate all'interno dell'individuo, anche nell'inconscio, e diventano come immagini guida per orientarsi nella vita".

Le esperienze traumatiche inibiscono lo sviluppo delle capacità di mentalizzazione e di mindfulness [103]. Quando risuoniamo con i nostri stati intenzionali ed affettivi e combiniamo questa risonanza con le capacità riflessive di auto-osservazione e di etichettamento, noi creiamo una capacità di accrescere il nostro senso di connessione con noi stessi e con le altre persone [102].

Le capacità mindfulness possono accrescere e rafforzare contemporaneamente il nostro circuito della risonanza (maggiore compassione ed empatia) e i nostri circuiti pre-frontali di auto-regolazione (per la regolazione affettiva). L'empatia per le altre persone implica la capacità di modulare i propri stati risonanti in modo da non diventare l'altro, pur sentendo le sue esperienze soggettive.

Per i soggetti con un grave disturbo di personalità [51] non ci si può basare su un processo terapeutico di cambiamento legato al recupero, per via interpretativa, di idee e sentimenti minacciosi. Il coinvolgimento dei processi mentali inibiti nel qui ed ora dell'incontro analitico, diventa allora il focus della terapia, un aiuto evolutivo offerto al paziente.

La scarsa capacità di mentalizzare può avere, come effetti, una scarsa capacità di metarappresentazione (intenzionalità del pensiero proprio e altrui), una ridotta capacità di valutazione della personalità e delle situazioni relazionali, una difficoltà nella comprensione degli altri, associata a un povera qualità descrittiva ed un elevato rischio di alessitimia e/o self-harming.

Adler anticipa con grande lungimiranza, ciò che verrà riproposto dalle teorie dell'attaccamento e più tardi dalla teoria della mente: la mente adleriana non è una mente isolata, ma racchiude in sé una potentissima vocazione di natura relazionale fra il sé e l'altro da sé, ma anche tra le varie componenti del Sé. Una mente in cui componenti biologiche e temperamentali partecipano, tanto quanto l'ambiente esterno e la cultura, alla formazione del carattere dell'individuo e dunque della personalità e dello Stile di Vita.

Adler [4, 5] dà una grande importanza all'ambiente relazionale per la strutturazione del mondo, sia interno che esterno; tuttavia è importante anche riconoscere l'esistenza di un sistema motivazionale interno. Le implicazioni, anche a livello terapeutico (teoria e teoria della tecnica), sono considerevoli.

La forte caratterizzazione che Adler e suoi allievi diedero alla psicoterapia come intervento focalizzato sullo Stile di Vita dell'individuo, piuttosto che sullo specifico disturbo psicopatologico, è stata la base su cui Cloninger e i suoi collaboratori [31] hanno costruito e validato la teoria psicobiologica della personalità: è il carattere che promuove l'utilizzo dei fattori biologico-genetici del temperamento per il benessere *socialmente utile* dell'individuo. Il carattere è orientato

dalle dimensioni della cooperatività e appartenenza, da Cloninger riferite chiaramente agli studi di Alfred Adler [110].

A proposito di cosa fa funzionare la psicoterapia, i contributi di Adler sull'empatia come "tardiva assunzione della funzione materna" e "cuore della relazione psicoterapeutica" sono stati confermati nel 1977 da Kohut [70] come nucleo del percorso analitico e recentemente dagli studi di *brain imaging* sul sistema dei *mirror neurons* di Rizzolatti e collaboratori [14, 57, 58, 87].

Questi contributi hanno spostato l'attenzione dall'interpretazione (memoria esplicita) alla sperimentazione *in vivo* nell'ambito del setting analitico di un *autentico sentimento di appartenenza*, dove i processi della imitazione e contagio emotivo sono riferiti alla memoria implicita. Tale processo di identificazione imitativa, ha la caratteristica della reciprocità come Adler nel 1912 [2] rifletteva affermando che la relazione terapeutica modifica entrambi, paziente e terapeuta. *La relazione è co-creata*: questo assunto è stato confermato dalla neurobiologia e ancor prima dagli studi sui processi di attaccamento.

L'aspetto più importante del lavoro clinico è lo scambio di due soggettività, da cui nasce "materiale non prevedibile cocreato" [109]. I momenti di incontro (*now moments*) sono i prodotti per eccellenza del dialogo intersoggettivo paziente-terapeuta: sono momenti spontanei, autentici, quando l'analista fuoriesce dai confini della tecnica, del rituale analitico, momenti chiave che determinano il cambiamento [108].

Le esperienze traumatiche 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.

VII. *Relazione terapeutica*

Una delle conseguenze del deficit della mentalizzazione 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: le formazioni reattive servono ad espellere e a non elaborare. Somatizzano e /o "agiscono" anziché pensare.

Kruttke Ruping [71] sottolinea il modo particolare con cui questi pazienti utilizzano la scissione a livello relazionale, caratterizzato dallo “sfruttamento”: da una parte mostrano la loro “debolezza” nel tentativo di attaccarsi anacliticamente all’altro idealizzato per poterne diventare l’oggetto d’amore prediletto, dall’altra parte mostrano la loro “forza” nei continui e ripetuti tentativi di svalutazione dell’altro e del mondo.

Nella relazione con questi pazienti si vivono sentimenti molto contrastanti [47, 52, 62]; frequentemente ci si sente invasi o espulsi, oppure sfiniti dalle continue richieste di trattamenti “speciali”, di disponibilità assoluta, di contatto fisico e talvolta sessuale. Il terapeuta deve porre continua attenzione per prevenire gesti autolesionistici o anticonservativi.

La letteratura scientifica pone grande attenzione alle vicende transferali e controtransferali nel trattamento di pazienti con traumi precoci e disturbi di personalità [60, 99].

In Psicologia Individuale il transfert è inteso come fenomeno spontaneo ed ubiquitario delle relazioni umane. Sotto il profilo relazionale corrisponde all’utilizzo attuale di modalità privilegiate apprese: il modo di interagire col terapeuta fornisce informazioni sulla personalità, gli stili di attaccamento ed il funzionamento interpersonale del paziente, dal momento che, fin dalla nascita, tutto l’essere del bambino si sviluppa nel contesto delle esperienze con gli altri [37, 42].

Sotto il profilo intrapsichico, il transfert esprime precoci “moduli di legame” [16, 18, 43, 45, 93, 94, 95, 96] interiorizzati, ovvero permette di comprendere in che modo queste relazioni significative sono state inconsciamente registrate all’interno dell’individuo e strutturano la psiche. Analogamente, il controatteggiamento include “tutta la reazione emozionale del terapeuta nei confronti del paziente durante il trattamento” [68] e quindi comprende “le emozioni e lo stile di vita del terapeuta” [48]: cioè i movimenti relazionali tra paziente e terapeuta sono riferibili oltre agli aspetti transferali e controtransferali, anche a quanto accade realmente tra entrambi.

E’ importante che il terapeuta riconosca se le emozioni e gli affetti che sta sperimentando vengono dal paziente (controatteggiamento), come per esempio nel caso dell’identificazione proiettiva, oppure se provengono dalla sua esperienza interna, dal suo proprio transfert, come un bisogno, per esempio, di espellere il paziente o, al contrario, un bisogno di renderlo dipendente da lui.

Un terapeuta che sia a disposizione autentica del paziente è in grado di riconoscere questi sentimenti e di usarli a vantaggio del paziente [38].

La letteratura sottolinea le funzioni protettive del *setting time-limited* contro il rischio di una relazione terapeutica dipendente e fortemente regressiva. In ogni caso l'utilizzo di un setting rigoroso, una continua supervisione degli aspetti teorici e delle dinamiche emotive, un serio training personale, rappresentano strumenti importanti per proteggersi dai rischi di agiti aggressivi ed espulsivi o dall'instaurare relazioni dipendenti [37, 39].

La scelta degli strumenti tecnici da utilizzare non dipende solo dal progetto terapeutico, ma anche dalla qualità profonda dell'alleanza terapeutica [43, 93, 96].

Assume particolare importanza, in questo processo, l'attitudine del terapeuta a non perdersi nel labirinto delle identificazioni e proiezioni reciproche. Le *identificazioni* e le *controidentificazioni* del paziente potranno favorire lo sviluppo del suo sé oltre gli schemi della dipendenza regressiva, proprio quando si incontrano con il sé creativo dell'analista [88]. In tale contesto, l'empatia dell'analista e l'estrinsecazione, verbale o no, di questa, è legata al riconoscimento delle autentiche potenzialità progettuali del paziente [36, 39].

La comprensione empatica interiorizza a livello procedurale, implicito e inconscio, gli aspetti non verbali del comportamento, i microagiti e le espressioni emotive l'uno dell'altro che fanno quindi riferimento alla *memoria implicita, inconscia e pre-simbolica* [38].

Questi momenti sono "reali", ricchi di esperienza affettiva, di scambio intersoggettivo e di riconoscimento reciproco; sono questi momenti quelli che, con tutta probabilità, inducono cambiamenti nella "memoria procedurale" del paziente: aprono il paziente a esperienze e vissuti nuovi, lo conducono verso strade che aprono nuove possibilità comportamentali ed affettive.

La psicoterapia rappresenta una nuova relazione di attaccamento che è in grado di ristrutturare la memoria procedurale implicita, attaccamento-correlata. Questo modello richiede un terapeuta emotivamente coinvolto, poiché l'apprendimento affettivo implicito dipende da una vivida esperienza affettiva del terapeuta, adatta alla crescita del Sé del paziente [19, 38, 39]: il paziente si sente "sentito", cioè sente che nella nostra mente vi è un'immagine chiara della sua mente [57, 58].

L'essenza del processo terapeutico [92, 93] consiste, infatti, nel passaggio dallo svolgimento di "funzioni" da parte del terapeuta alla "formazione di strutture" psichiche stabilmente acquisite dal paziente, attraverso un tragitto che parte dall'"uso" che il paziente fa del terapeuta (prendere in prestito la personalità del terapeuta), passa attraverso l'"identificazione" del paziente col terapeuta, e termina con l'introyezione delle funzioni del terapeuta, che vengono modificate, trasmutate in maniera assimilabile, e infine fatte proprie, a integrare le strutture del Sé [37, 41].

Quando i pazienti avvertono la nostra autentica preoccupazione e la nostra capacità di *portarceli dentro* grazie alla percezione del loro stato interno e nel corso del tempo per mezzo dei nostri ricordi di loro, i pazienti si sentono sentiti da noi e sintonizzati con noi.

La sintonizzazione interiore stimola l'attivazione e la crescita del cervello: *“Dove va l'attenzione, lì si attivano i neuroni...e si possono riconnettere”* [102].

La *relazione implicita condivisa* sarebbe il fulcro del cambiamento.

Questi percorsi intrapsichici e relazionali, resi evidenti dalle neuroscienze sono le basi delle strategie procedurali di incoraggiamento, come aspetti centrali nel processo di cambiamento [38, 39].

Per accedere a ciò che i nostri pazienti non possono tradurre in parole, dobbiamo sintonizzarci con la nostra esperienza soggettiva: gli agiti, le evocazioni, i messaggi non verbali sono i principali mezzi con i quali i pazienti – e i terapeuti ! - comunicano ciò che hanno conosciuto ma non pensato, e di cui, pertanto, non sanno parlare o di cui parlano per interposta finzione.

Spostando l'attenzione dal contenuto esplicito all'esperienza implicita, gli obiettivi della terapia si orienteranno più sull'approfondimento e l'arricchimento dell'esperienza, che sulla comprensione del suo significato: questo richiede al terapeuta una particolare consapevolezza del proprio mondo interno e finzionale, oltre che di quello del paziente.

VIII. *Conclusioni*

Carla

Sono andata al terzo incontro continuando a pensare a quel sogno, non ne ho parlato con lei, ma da quell' incontro qualcosa è cambiato. Ho visto la persona che avevo di fronte con occhi diversi e ho pensato che valesse la pena provare ad iniziare un percorso con lei.

E così è iniziato un percorso faticoso, duro, che ha cambiato la mia vita. Un percorso che in alcuni momenti mi ha dato delle gioie infinite e che in altri mi ha fatto sprofondare nella disperazione più profonda. Un percorso che, nonostante tutto, mi ha salvato la vita.

All'inizio non sapevo assolutamente dove mi avrebbe portato questo viaggio, non potevo nemmeno immaginare lontanamente tutto ciò che sarebbe accaduto. Conoscevo solo il punto di partenza di questo viaggio, un luogo buio, pieno di

fumo e di macerie. Un luogo dove non c'era un filo d'aria, dove la luce non era in grado di penetrare, dove mi sentivo paralizzata, pietrificata, imprigionata dalla mia stessa vita. Dove era impossibile anche solo il pensiero del fare, dell'agire.

Il mio stato depressivo non era dovuto alla diagnosi che mi avevano fatto, c'era molto di più dietro e io lo sapevo.

C'è voluto molto tempo prima che riuscissi a fidarmi di questa persona. E' stata una fiducia che si è costruita seduta dopo seduta, molto lentamente ma che è arrivata ad essere una fiducia piena, incondizionata, verso l'altra persona. Questa fiducia ha iniziato a prendere forma quando in lei non ho più visto un terapeuta disposto ad ascoltarmi per quarantacinque minuti alla settimana e basta, ma una persona che si prendeva cura di me, una persona che soffriva con me, che aveva paura come me, che c'era quando avevo bisogno. Ci sono stati anche momenti difficili in questo rapporto, momenti di lunghi silenzi, per me dolorosissimi, momenti in cui mi sono sentita "tradita", abbandonata, ma siamo sempre riuscite a superarli, abbiamo chiarito e siamo andate avanti.

All'inizio attraverso i sogni, poi con i ricordi, è riuscita a penetrare nel mio mondo, sempre con molta discrezione.

Insieme abbiamo cercato di ricostruire il mio passato. Abbiamo percorso strade che avevo completamente dimenticato, siamo tornate in luoghi del passato mostruosi, siamo entrate nel mondo degli orrori insieme. Lei mi è sempre stata accanto, non si è mai tirata indietro, ha avuto il coraggio di entrare nel mio dolore e di immergersi nel mio vuoto. In alcuni momenti è riuscita a spezzare il cerchio della solitudine che mi ha sempre circondata.

Mi ha insegnato molto questa persona, mi ha insegnato a cercare vie alternative, mi ha insegnato il valore di un sorriso, di un abbraccio, facendomi provare sentimenti a me sconosciuti. Mi ha insegnato a volermi bene e soprattutto l'importanza e la bellezza della vita.

Un forte vento ha spazzato via la mia nebbia. Ora riesco a vedere, per la prima volta, la luce del sole. E' bellissima, è calda, avvolgente. E' la speranza.

Vedo tutto ciò che c'è attorno a me, vedo tutto ciò che la vita mi ha donato. Nonostante tutto ho ricevuto tanto da questa vita. Ora vorrei essere io a poter dare qualcosa agli altri.

La diagnosi è sempre spietata e il tempo che mi rimane sta finendo, ma io non ho più paura. Se mi fermo e guardo indietro sono soddisfatta di ciò che ho fatto.

Certo vorrei avere più tempo per poter realizzare i miei ultimi desideri, per poter restituire il bene che ho ricevuto e per poter trasformare la mia esperienza in un aiuto per gli altri, ma sono comunque felice e serena.

In questa attesa non sono sola. Durante quest'ultimo viaggio che ho affrontato è stata lei a darmi la forza per resistere, per non mollare. Era come se fosse accanto a me. Lei ha questa grande capacità di fare sentire la sua presenza e di trasmettere la sua forza anche quando non c'è.

Lei mi ha chiesto di scrivere una fiaba per bambini, ma non ci riesco proprio. Ho incominciato invece a rileggere il nostro "libro". Quante emozioni mi provoca. La mia emozione era già grande prima di incominciare a scriverlo, perché pensavo a quanto dolore, quanta fatica, rabbia, umiliazioni, aspettative disattese, abbandono, dovevano esserci dietro il "coraggio" di raccontarsi. Leggendolo l'emozione si è trasformata in commozione, ed è aumentata al pensiero che qualcuno l'avrebbe letto, che mi avrebbe in qualche modo ascoltata, rispettata e che non avrebbe invece provato pietà...

Un ringraziamento particolare a Carla,
anche per l'autorizzazione ad utilizzare i suoi scritti.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1908), *Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes*, in ADLER, A., FURTHMÜLLER, C. (a cura di, 1914), *Heilen und Bilden*, Riv. Psicol. Indiv., 59: 7-15 (2006).
2. ADLER, A. (1912), *Über der nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
4. ADLER, A. (1924), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, 2° ed. tr.it. *Prassi e teoria della psicologia individuale*, Astrolabio, Roma 1967.
5. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1975.
6. ADLER, A. (1930a), *Die Seele des Schwereziehbaren Schulkindes*, tr. it. *La psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1993.
7. ADLER, A. (1930b), *The education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1993.
8. ADLER A. (1935), I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, Riv. Psicol. Indiv., 33: 5-9 (1993).
9. ADLER, H. (1995), Recall and repetition of a severe childhood trauma. *Int., J. Psycho-Anal.* 76: 927.
10. AGOSTINI, D. (1992), *La complexité des "metiers impossibles"*. in GABEL, M. (a cura di), *Les enfants victimes d'abus sexuels*, Puf, Paris.
11. AINSWORTH, M. D. S. (2007), *I modelli dell'attaccamento*, (raccolta di articoli a cura di N. Dazzi), Raffaello Cortina, Milano.
12. AINSWORTH, M. D. S., BLEHAR, M. C., WATERS, E., WALL, S. (1978), *Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
13. ALLEN, J. G., FONAGY, P. (2002), *The Development of Mentalizing and its Role in Psychopathology and Psychotherapy*, tr. it. *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*, Il Mulino, Bologna 2008,
14. 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.
15. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
16. BENDER, D. S. (2005), The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders., *J.Psychiatr. Pract.*, 11:73-87.
17. BENEDETTI, G. (1989), Modelli interpretativi e conoscitivi della personalità in psicoanalisi. Lettura magistrale. *Atti del Congresso: Personalità e psicopatologia*, ETS, Pisa 1990.
18. BERETTA, V., DESPLAND, J. N., DRAPEAU, M., MICHEL, L., KRAMER, U., STIGLER, M., DE ROTEN, Y. (2007), Are relationship patterns with significant others reenacted with the therapist? A study of early transference reactions, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 195: 443-450.
19. BIANCONI, A. (2010), Finzione e contro-atteggimento, Riv. Psicol. Indiv., 68: 7-27.
20. BIANCONI, A., CAIRO, E., CHIODO MARTINETTO, R. (2006), "Dissocialità e controatteggimento nella psicoterapia dei disturbi di personalità: riflessioni su alcuni casi

clinici". *XX Congr. Naz. SIPI*, Milano.

21. BIANCONI, A., FERRERO, A. (2004), L'apprendimento di una corretta metodologia clinica come etica nella formazione in psicoterapia, in *Quaderni dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte*, vol. 2: "Etica e formazione alla psicoterapia", L'Artistica Editrice, Torino.

22. BIFULCO, A., MORAN, P. (2007), *Il bambino maltrattato: le radici della depressione nel trauma e nell'abuso infantile*, Astrolabio-Ubaldini, Roma.

23. BOLTERAUER, L. (1982), Die narzisstisch gestorte Persönlichkeit in Psychoanalytischen Aspekt von Kohut in Individualpsychologischen Aspekt. *Z. f. Individualpsych.*, 6:76-84.

24. BOWLBY, J.(1969), *Attachment and Loss*, vol. 1, tr. it. *Attaccamento e perdita. Vol. I: L'attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.

25. BOWLBY, J.(1973), *Attachment and Loss*, vol.2, tr. it. *Attaccamento e perdita. Vol. II: La separazione dalla madre*, Bollati Boringhieri, Torino 2000.

26. BOWLBY, J. (1980), *Attachment and Loss*, vol.3, tr. it. *Attaccamento e perdita. Vol. III: La perdita della madre*, Bollati Boringhieri, Torino 1983.

27. BREWIN, C. (2003), *Post Traumatic Stress Disorder – Malady or Myth?*, Yale University Press, London.

28. 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, *Journ Traumatic Stress*, 13, 3: 499-509.

29. BROMBERG, P. M. (1994), 'Parla che riesco a vederti!' *Alcune riflessioni su dissociazione, realtà e ascolto psicoanalitico*. tr. it. *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the Spaces*, Raffaello Cortina, Milano 2007.

30. BROMBERG, P. M. (2009), E' stato il gorilla. Alcune considerazioni sullo stato dissociativo, il reale ed il realtente reale, in WILLIAMS, R. (a cura di, 2009), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina, Milano.

31. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRYZBECK, T. R., (1993), A psychobiological model of temperament and character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-990.

32. DE BELLIS, M. D. (2001), Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment and policy, *Development and Psychopathology*, 13: 539-564.

33. DUTRA, L., BIANCHI, B., SIEGEL, D. J., LYONS-RUTH, K. (2009). The relational context of dissociative phenomena. in DELL, P. F., O'NEIL, J. (a cura di), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Routledge, New York (pp. 83-92).

34. ERIKSON, H. E. (1950), *Childhood and Society*, tr. it. *Infanzia e società*, Armando, Roma 1963.

35. FASSINO, S. (1984), Per una teoria individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.

36. FASSINO, S., (1990), Le due istanze fondamentali nel processo analitico, *Ind. Psychol. Doss.*, II. S.A.I.G.A., Torino.

37. FASSINO, S., (1995), Psicoterapia breve a orientamento individualpsicologico: riflessioni sull'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 38: 43-52.

38. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 15-19.

39. FASSINO, S. (2010), Finzioni e processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 59-79.

40. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di psichiatria*

biopsicosociale, C.S.E., Torino.

41. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian psychodynamic psychotherapy: theoretical issues and process indicators, *Panminerva Med.*, 50:165-175.
42. FASSINO, S., FERRERO, A. (1982), A proposito dell'identificazione transindividuale al servizio dell'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 9-10: 159-167.
43. 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*. C.S.E., Torino.
44. FERRERO, A. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento nelle psicoterapie time-limited. *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 15-19..
45. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale*, Ed. Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
46. FERRERO, A. (2010), Il lavoro sulle finzioni in psicoterapia: il significato del setting, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 81-93.
47. FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006), Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): psicoterapia time-limited per pazienti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 13-38.
48. 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.
49. FERRIGNO, G. (2010), La rete delle finzioni nella relazione terapeutica attraverso il tempo passato-presente-futuro. *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 95-110.
50. FONAGY, P., (1991), Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient, tr. it. Pensare sul pensiero: osservazioni cliniche e teoriche sul trattamento di un paziente borderline, in LINGIARDI, V., AMMANNITI, M. (a cura di, 2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano.
51. FONAGY, P., MORAN, G., TARGET, M., (1993), Aggression and the psychological self, tr. it. L'aggressività e il Sé, in LINGIARDI, V., AMMANNITI, M. (a cura di, 2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano.
52. FONAGY, P., TARGET, M. (1997), *Attachment and Reflective Function: Their Role in Self Organization*, tr. it. *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
53. FONAGY, P., TARGET, M. (2007), The rooting of the mind in the body: new links between attachment theory and psychoanalytic thought. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 411-456.
54. FOSSHAGE, J. (2004), La dimensione esplicita e quella implicita nel cambiamento in psicoanalisi, *Quaderni de Gli Argonauti*, 8: 53-76.
55. FOSSHAGE, J. (2004), *The role of empathy and interpretation in the therapeutic process: Commentary on discussions of Salee Jenkins's Clinical Case* (Progress in Self Psychology, Vol.18), in *Transformations in Self Psychology*, Progress in Self Psychology, Vol. 20, ed. W. Coburn. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. pp. 325-334.
56. GABBARD, G. O., WESTEN, D. (2003), Rethinking therapeutic action., *Int. J. Psychoanal.*, 84: 823-841.
57. GALLESE, V. (2003), The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity, *Psychopathology.*, 36: 171-180.
58. GALLESE, V., EAGLE, MORRIS, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional

Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 131-176.

59. GOLEMAN, D. (2002), Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36: 9-30,

60. GREENE, L. R., ROSENKRANTZ, J., MUTH, D. Y. (1986), Borderline defenses and countertransference: research findings and implications. *Psychiatry*, 49: 253-264.

61. GUNDERSON, J. G. (2001), *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, tr.it. *La personalità borderline. Una guida clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2003.

62. GUNDERSON, J. G., SABO, A. N. (1993), Il trattamento del disturbo borderline di personalità: una rassegna critica, in PARIS, J. (a cura di, 1994), *Borderline Personality Disorder: A Multidimensional Approach*, tr. it. *Il Disturbo Borderline di personalità. Etiologia e trattamento*, Raffaello Cortina, Milano 1995.

63. GUNDERSON, J. G., SABO, A. N. (1993), The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD, *Am. J. Psychiatry*, 150: 19-27.

64. HARVEY, M. R., HERMAN, J. L. (1992), The Trauma of Sexual Victimization: Feminist Contributions to Theory, Research, and Practice, in *The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder PTSD Research Quarterly*, Volume 3, n. 3, Summer 1992.

65. HOFFMAN, I. (1998), *Ritualità e spontaneità nella situazione psicoanalitica*, Astrolabio, Roma 2000.

66. JANET, P. (1889), *L'automatisme psychologiques*, Alcan, Paris.

67. KANDEL, E. R. (1999), Biology and the Future of Psychoanalysis: a New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited, *Am. J. Psychiatry*, 156: 505-524.

68. KERNBERG, O. F. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri Torino 1978.

69. KIJAK, M., FUNTOWICZ, S. (1980), El síndrome del sobreviviente de situación extrema, *Revista de Psicoanalisis*, Tomo XXXVII, n.6.

70. KOHUT, H. (1977), *The Restoration of the Self.*, tr. it. *La guarigione del Sé*, Boringhieri, Torino 1980.

71. KRUTTKE RÜPING, M. (1986), Transfert, controtransfert e resistenza. *Indiv. Psychol. Doss. II*, S.A.I.G.A., Torino 1990.

72. LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B. (1967), *The Language of Psycho-Analysis*, tr. it. *Enciclopedia della Psicoanalisi*, Laterza, Roma-Bari 1993.

73. LAUTERBACH, D., BAK, C., REILAND, S., MASON, S., LUTE, M. R., EARLS, L. (2007), Quality of parental relationships among persons with a lifetime history of post-traumatic stress disorder, *Journal of Traumatic Stress*, 20: 161-172.

74. LEDOUX, J. (1996), *The Emotional Brain*, tr. it. *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*, Baldini e Castoldi, Milano 2003.

75. LIOTTI, G. (1992), La disorganizzazione dell'attaccamento come modello per comprendere la patologia dissociativa, in SOLOMON, J., GEORGE, C. (a cura di), *L'attaccamento disorganizzato*, Il Mulino, Bologna 2007.

76. LIOTTI, G. (2004), Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid, *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41: 472-486.

77. LIOTTI, G. (2006), A model of dissociation based on attachment theory and research, *J. Trauma Dissociation*, 7: 55-73.

78. LIOTTI, G., FARINA, B. (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.
79. LYONS-RUTH, K. (1998), The Process of Change Study Group. Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment, *Infant Mental Health J.*, 19: 282-289.
80. LYONS-RUTH, K., JACOBVITZ, D. (1999), *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Implications*, Guilford Press, New York.
81. MANCIA, M. (2007), *Psicoanalisi e neuroscienze*, Springer-Verlag, Milano.
82. MITCHELL, S. A. (1995), Response to Charles Brenner, nov. 1995: testo presentato alla *Columbia Association for Psychoanalytic Medicine*.
83. PAGANI, P. L. (2010), Le finzioni e le antitesi, Editoriale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 3-6.
84. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-41.
85. PUTNAM, F. W. (1997), *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti: una prospettiva evolutiva*, Astrolabio, Roma 2005.
86. RACKER, H. (1982), *Transference and Countertransference*, Karnac Books, London.
87. RIZZOLATTI, G., SINIGAGLIA, C., (2006), *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina, Milano.
88. ROVERA, G. G. (1988), La psicologia Individuale: concetti fondamentali. *Indiv. Psychol. Doss.*, I, S.A.I.G.A., Torino.
89. ROVERA, G. G. (1992), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. P., (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
90. ROVERA, G. G. (1998), La Psicologia Individuale come modello di rete e rete di modelli, *Seminario S.A.I.G.A.*, Torino.
91. ROVERA, G. G. (2010), Peripezie della finzione. *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 129-171.
92. ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*. C.S.E., Torino.
93. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-47.
94. ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di, 2004), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*. C.S.E., Torino.
95. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984) Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari, *Rass. di Ipnosi, Min. Med.*, 75: 1-15.
96. ROVERA, G. G., FERRERO, A. (1983), A proposito di interpretazione e comunicazione in psicoterapia, in ROSSI, R. (a cura di), *Linguaggio e comunicazione in psicoterapia*, Massaza & Sinchetto, Torino.
97. SCHORE, A. N. (2010), Relational Trauma and the Developing Right Brain: The Neurobiology of Broken Attachment Bonds, in BARADON, T. (a cura di), *Relational trauma in infancy*, Routledge, London.
98. SEGAL, Z., WILLIAMS, J. M., TEASDALE, J. (2001), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*, Guilford Press, New York.
99. SELZER, M. A., KOENIGSBERG, H. W., KERNBERG, O. F. (1987), The initial contract in the treatment of borderline patients. *Am. J. Psychiatry*, 144: 927-930.

100. SIEGEL, D. J. (2006), An Interpersonal Neurobiology Approach to Psychotherapy, *Psychiatric Annals*, 36: 4.
101. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*, tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
102. SIEGEL, D. J. (2007), *The mindful brain*, tr. it. *Mindfulness e cervello*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
103. SIEGEL, D. J. (2010), *Mindsight*, tr. it. *Mindsight- La nuova scienza della trasformazione personale*, Raffaello Cortina, Milano 2011.
104. SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO, E., BIANCONI, A. (2011), "Mindfulness interventions in the treatment of patients with Borderline Personality Organization". 25° *International Congress of Individual Psychology*, Vienna (Acta).
105. SIMONELLI, B., CAIRO, E., FASSINA, S., FERRERO, A. (2011), G-APP. Group-Adlerian Psychodynamic Psychoeducation per genitori di adolescenti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 70: 77-101.
106. SROUFE, L. A. (2005), Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood, *Attachment & Human Development*, 7: 349-367.
107. STERN, D. (1985), *The Interpersonal World of the Infant*, tr. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
108. STERN, D. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, tr. it. *Il momento presente*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
109. STERN, D. N., SANDER, L. W., NAHUM, J. P., HARRISON, A. M., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A. C., BRUSCHWEILER-STERN, N., TRONICK, E. Z. (1998), Non-interpretative mechanisms in Psychoanalytic therapy. The "something more" than interpretation. The Process of Change Study Group, *Int. J. Psychoanal.*, 79: 903-921.
110. SVRAKIC, D. M., CLONINGER, R., STANIC, S., FASSINO, S. (2003), Classification of personality disorders: Implications for treatment and research, in SOARES, J. C., GERSHON, S., *Handbook of Medical Psychiatry*, Marcel Dekker, New York: 117-148.
111. TEICHER, M. H., GLOD, C. A., SURVEY, J., SWETT, C. (1993), Early childhood abuse and limbic system rating in adult psychiatric out patients, *Journ. of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 5: 301-306.
112. 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 821:160-175.
113. TENBRINK, D. (1997), Zur Theorie und Praxis der psychodynamischen Kurzpsychotherapie, *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 1: 3-31.
114. TERR, L. (1994), I traumi infantili. Una rassegna ed una visione d'insieme delle caratteristiche principali, in WILLIAMS, R. (a cura di, 2009), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina, Milano.
115. VAN DER KOLK, B. A., MCFARLANE, A. C., WEISAETH, L. (2005), *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Edizioni Magi, Roma.
116. VAN DER KOLK, B. A. (1989), Compulsion to Repeat the Trauma: reenactment, revictimization and masochism, *Psychiatric Clinic of North America*, 12: 389-411.

117. VAN DER KOLK, B. A. (1996), Il corpo tiene il conto. Introduzione alla psicobiologia del disturbo post-traumatico da stress, in WILLIAMS, R. (a cura di, 2009), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina, Milano.
118. VAN DER KOLK, B. A. (2006), Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 1071, Issue 1, July 2006, pp. 277–293. *Article first published online*: 26 JUL 2006, DOI: 10.1196/annals.1364.022
119. WALLIN, D. J. (2007), *Attachment in Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*, Il Mulino, Bologna 2009.
120. WEIL, S., *Quaderni*, Adelphi, Milano 1982, Vol. I, p.258.
121. WEIL, S., *Quaderni*, Adelphi, Milano 1988, Vol. III, p.363
122. WEINFELD, N. S., SROUFE, L. A., EGELAND, B., CARLSON, E. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment, in CASSIDY, J., SHAVER, P. R. (a cura di, 1999), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, tr. it. *Manuale dell'attaccamento*, Giovanni Fioriti, Roma 2002.
123. WILLIAMS R. (a cura di, 2009), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina, Milano.

Alessandra Bianconi
Via Principe Amedeo, 16
I-10123 Torino
E-mail: abianconi@saiga.it

Maria Sole Del Noce
Via San Secondo, 73
I-10128 Torino
E-mail: makikka@inwind.it

Recensione

A CURA DI CAROLINA GASPARINI

Report

CONVEGNO: “I GIOVANI E LE NUOVE PATOLOGIE PSICHICHE”

Balmuccia (VC), 12 ottobre 2012

Nel Teatro di Balmuccia, piccolo gioiello valsesiano del tardo ‘800, si è svolto il Convegno su “I giovani e le nuove patologie psichiche” in occasione della Giornata Mondiale della Salute Mentale, organizzato dalla S.A.I.G.A. e con il patrocinio della Società Italiana di Psicoterapia Medica.

La realizzazione è stata resa possibile grazie alla collaborazione delle Istituzioni Psichiatriche di Vercelli e Borgosesia, del Centro Studi e Documentazione Scout “Giovanni Turcotti”, del Comune di Balmuccia e della Società Valsesiana di Cultura e grazie alla capacità organizzativa di Marinella Mazzone*. Il Presidente del Convegno è stato Gian Giacomo Rovera**.

Il Convegno ha affrontato gli aspetti inerenti i disturbi psichici degli adolescenti, tossicodipendenze e alcolismo, disturbi del comportamento alimentare, di personalità, “nuove dipendenze”, bullismo. Lo scopo è stato quello di proporre linee di orientamento, di intervento precoce e di prevenzione.

I quesiti posti circa le nuove patologie psichiche hanno sottolineato la possibilità o meno di riferire le stesse: a) ad una diversa patogenesi (come risposte di una struttura patoplastica adolescenziale in relazione a diverse stimolazioni e modelli di emulazione perseguiti a scopo autoprotettivo e auto generativo); b) a rinnovati studi tassonomici e nosografici (scompaiono i termini di alcune nevrosi come l’isteria o forse queste rimangono sotto forme diverse? Oppure si delineano nuove entità tassonomiche formulate in base a diverse osservazioni dei fenomeni da

*Marinella Mazzone, Psichiatra, già Direttore DSM ASL Vercelli, Presidente Centro Studi e Documentazione Scout “G. Turcotti”, Analista Didatta S.I.P.I.

** Gian Giacomo Rovera: “Introduzione” e “Conclusioni”. Professore Onorario di Psichiatria Università di Torino, Presidente Onorario I.A.I.P., Presidente S.I.P.I.

punti di vista bio-psico-sociali?); c) a nuove espressività psichiche e comportamentali (le nuove sindromi, le nuove patologie e le nuove dinamiche relazionali e comportamentali si riferiscono alla lettura e all'interpretazione dell'adolescente immerso nel coacervo concettuale -culturale, sociale, familiare- che risponde con nuove espressività psichiche e comportamentali?).

Queste considerazioni probabilmente possono integrarsi e collegarsi in una visione "olistica" che tenga conto delle credenze e dei valori, degli stili di vita personali e collettivi, dell'ereditarietà e delle pressioni biologiche.

Le domande che ne derivano devono, quindi, essere correlate, oltreché alle Ricerche Neuroscientifiche anche a quelle di Psichiatria Culturale: società, orientamento di valori, fenomeni migratori, multiethnicità, etc. sono tutti fattori che possono influire sugli stili di attaccamento, sulla vulnerabilità, sull'espressività sintomatologica, sulla sessualità/aggressività, sulle nuove disoressie, sulla cosiddetta "normalità patologica" in situazioni (quali ad es. il bullismo) in cui le identità adolescenziali/giovanili sono ancora "imperfette" e quindi possono evolversi in modo non necessariamente patologico.

Le psicoterapie cambiano orientandosi in trattamenti integrati e variamente articolati, che per essere efficaci devono poter essere diagnosticati precocemente. Si ricorda qui che il tema trattato da Cesare Maffei* attiene alla validità della diagnosi di Disturbo di Personalità in adolescenza e dell'identificazione di precise radici evolutive soprattutto per quanto riguarda il Disturbo Borderline e il Disturbo Antisociale. I concetti di Borderline e di Antisociale hanno variato negli ultimi decenni la nosografia ufficiale; ritenute un tempo forme psicopatologiche di confine fra nevrosi e psicosi vengono ora identificate come specifica entità nosografica su tre caratteristiche: caoticità nelle relazioni interpersonali, instabilità affettivo-emotiva, comportamento impulsivo; ne deriva una qualità della vita bassa e sofferta, analoga a quella del malato cronico.

La disfunzione nella regolazione interna ed esterna, tipica del Borderline spesso si manifesta già in età infantile in una sintomatologia Oppositiva Provocatoria o nel Disturbo ADHD, con disadattamento comportamentale e patologie dell'attaccamento. Una diagnosi precoce e interventi tempestivi in età infantile possono, quindi, prevenire l'aggravarsi del quadro patologico, caratterizzato da ulteriore incompletezza valutativa.

La difficoltà diagnostica in adolescenza, infatti, dipende anche dal rischio di con-

* Cesare Maffei: "I Disturbi di Personalità nell'adolescenza". Professore Ordinario di Psicologia Clinica Università San Raffaele di Milano, Direttore del Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia - Ospedale San Raffaele Turro.

fondere aspetti problematici connessi ad una fase dello sviluppo della personalità con caratteristiche disfunzionali stabili tipiche di un disturbo di personalità. Questa distinzione è fondamentale in fase diagnostica anche rispetto all'opportunità o meno di una presa in carico terapeutica.

Nel corso delle esposizioni e delle riflessioni circa le varie tematiche congressuali, arricchite e documentate da esperienze cliniche sul campo, sono emersi altri importanti elementi di riflessione. Tra questi il fatto che non si assiste solo ad un'evoluzione di società e culture favorenti nuove patologie, ad un importante aumento dei disturbi psichici degli adolescenti e ad una sempre più precoce insorgenza in età adolescenziale delle malattie mentali severe, come è attualmente condiviso dalla letteratura scientifica: ma anche al fatto che le stesse non trovano molte volte, risposte di prevenzione e di cura adeguate. Ciò in parte sarebbe dovuto alla complessità dei quadri psicopatologici/clinici, ma in parte sarebbe anche imputabile alle difficoltà in cui oggi si trovano ad operare i Servizi di Salute Mentale. Come illustra Arcadio Erlicher* il primo approccio dell'adolescente viene non di rado effettuato presso un'Équipe di Neuropsichiatria Infantile che ha competenza fino ai 18 anni compiuti, poi l'individuo viene affidato ad un Servizio di Psichiatria di Salute Mentale per adulti, con inevitabili ripercussioni psicologiche: in questo complesso periodo della vita non è facile, infatti, operare il passaggio della presa in carico sia per motivi clinici (p. es. stigmatizzazione diagnostica), sia metodologici (p. es. particolari tecniche psicoterapeutiche), sia amministrativi e legali. Contestualizzare le nuove patologie giovanili significa quindi: a) affrontare un problema psicologico clinico; b) rivolgere un'attenzione particolare ai Servizi di Salute mentale; c) stimolare l'attività di prevenzione nell'ambito di altre istituzioni (famiglia, scuola, lavoro).

Ad esempio Secondo Fassino** evidenzia come Anoressia, Bulimia, Obesità, patologie sempre più frequenti anche in età evolutiva, abbiano alla base disturbi dello stile di vita e della personalità e richiedano pertanto, per la diagnosi e la terapia, il concorso di specialisti diversi nell'ottica di una strategia multidimensionale.

Il Disturbo del Comportamento Alimentare segnala e al tempo stesso compensa in modo controproducente conflitti tipici dell'adolescenza (dipendenza-indipen-

* Arcadio Erlicher: "Domanda di salute mentale nella popolazione giovanile di area metropolitana". Psichiatra, Direttore DSM A.O. Ospedale Niguarda di Milano, Presidente Associazione Qualità e Accreditamento in Salute Mentale (QuASM), Sez. Speciale Società Italiana Psichiatria.

** Secondo Fassino: "I Disturbi del comportamento alimentare: i quadri clinici più rilevanti". Psichiatra, Professore Ordinario Psichiatria, Università degli Studi di Torino, Direttore Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare - Ospedale San Giovanni Battista Torino, Analista Didatta S.I.P.I.

denza, identificazione di genere, creatività-vergogna, etc): la mèta inconscia è il controllo onnipotente sulla fame come collaudo dell'onnipotenza.

La resistenza alle cure in questi pazienti è costante: la fame rappresenta la percezione corporea del controllo sull'insicurezza, precarietà e voracità del vivere oggi, sul mondo dell'apparire, sull'angoscia di non valere nulla; il trattamento pertanto deve essere di tipo bio-psico-sociale, con particolare considerazione alla famiglia come risorsa di cura.

Analogo orientamento è quello del Centro DPA di Settimo Torinese (TO) presentato da Andrea Ferrero* dove viene dapprima descritta l'attività di progettazione clinica dei soggetti utilizzando le competenze complementari di servizi diversi, non solo a valenza sanitaria (p. es. servizi sociali, scuola); viene presentato in seguito il processo di assessment diagnostico in favore degli utenti al fine di distinguere quanto le manifestazioni comportamentali di soggetti siano da considerare funzionali in rapporto all'età o invece disfunzionali e bisognose di trattamento anche per prevenire ulteriori e più gravi sviluppi psicopatologici. Importanti, infine, l'attività di un gruppo psico-educativo per i genitori di ragazzi con gravi disturbi di personalità e le collaborazioni del Centro DPA ad attività di prevenzione primaria nelle scuole, con obiettivi incentrati sulle condotte, l'attività fisica e l'alimentazione.

Donato Munno** ha riportato uno studio effettuato dal Servizio per le Dipendenze Comportamentali di Torino che ha coinvolto studenti di diverse scuole medie superiori; in particolare ha sviluppato il tema delle cosiddette "nuove dipendenze", condotte additive in cui non c'è implicazione di una sostanza, ma di comportamenti leciti e socialmente riconosciuti, per questo ancora più subdole e difficilmente diagnosticabili.

Dipendenze da gioco, internet, lavoro, sport, shopping, sesso, etc. "alleviano" il disagio che l'adolescente non sa affrontare in modo più costruttivo e il ritiro, l'isolamento come rifugio della mente, diventano perdita del contatto con la realtà, coazione a ripetere che può trasformarsi in disturbo psicotico.

Oggi l'accelerazione dei cambiamenti sociali e culturali, compresi quelli indotti dallo sviluppo tecnologico e dalle modificazioni sociali delle forme familiari,

* Andrea Ferrero: "L'attività di un Centro per i Disturbi di Personalità in adolescenza". Psichiatra, Resp. Unità di Psicoterapia e Centro Disturbi Personalità in Adolescenza, Docente di Psicoterapia Università degli Studi di Torino, Analista Didatta S.I.P.I., Vice Presidente I.A.I.P.

** Donato Munno: "Le nuove dipendenze: aspetti psicologici e psichiatrici". Psichiatra, Professore Associato di Psicologia Clinica Dip. di Neuroscienze Università degli Studi di Torino, Analista Didatta S.I.P.I.

rispetto ai quali molto spesso gli adulti non hanno la stessa percezione del mondo degli adolescenti, complica ulteriormente il rapporto genitori-figli. La concezione adleriana di Stile di Vita “coraggioso” contempla la possibilità di contatto creativo con il proprio sentimento d’inferiorità e di insicurezza: una strategia dell’incoraggiamento in psicoterapia come negli interventi di counseling e psicoeducativi individuali e di gruppo si declina attraverso la relazione empatica e prevede la possibilità di attivare o ri-attivare le funzioni creative dell’individuo (Bianconi*).

Una corretta valutazione diagnostica e un approccio terapeutico di tipo “comprensivo/esplicativo/condiviso” (Rovera), è facilitato dall’utilizzo di un “linguaggio comune” da parte degli operatori, venendo a costituire la base per un dialogo autentico atto a meglio fronteggiare e prevenire le nuove patologie giovanili.

Il Convegno di Balmuccia è stato arricchito da molti altri Contributi Scientifici e da un dibattito aperto, rivolto all’utilità degli interventi sul singolo e sulla Comunità. Questi sono favoriti dalla prospettiva adleriana grazie al suo modello teorico/pratico.

I segnali del disagio giovanile, che potrebbero anche sfociare in patologie psichiche, dovrebbero essere precocemente recepiti attraverso “sintomi/segnale” e/o comportamenti inadeguati: dai genitori, dagli educatori, dagli insegnanti e dai vari specialisti che operano nel campo della Salute Mentale.

Chiara Berselli

*Alessandra Bianconi: “Considerazioni di uno psicoterapeuta”. Psichiatra, Presidente S.A.I.G.A., Analista Didatta S.I.P.I. Sezione di Psichiatria Dipartimento di Neuroscienze dell’Università di Torino.

Novità Editoriali

A CURA DI ANTONIO GATTI

BERTOLETTI, L. (2012), *Lunero, Lo Psicologo Scalzo, SaggioMatto*, Campanotto Editore Poesia, Pasian di Prato (UD).

E' possibile parlare di Poesia adleriana? Leggendo il collega Luca Bertoletti è possibile. Nel poema in verso libero *Lunero* (2005) e nelle raccolte di poesie *Lo Psicologo Scalzo* (2010) e l'ultima *SaggioMatto* (2012), proposti nella Trilogia edita da Campanotto, si respirano concetti quali sentimento sociale, compartecipazione emotiva, finzione, mente relazionale e si viene coinvolti dalla memoria personale dell'Autore, in una suggestione di narrazioni/esperienze in cui immergersi e da condividere: il suo verso autobiografico, infatti, traccia anche la storia di molti di noi che hanno avuto Pier Luigi Pagani come maestro: ... "A Giason del Maino n. 19 / avrei portato fiori / -una serra di petali- / rugiade mattutine / Avrei pianto / alla stessa ora / ogni settimana"... Il sentimento sociale di Adler nella lirica di Bertoletti si esprime in amore per la vita, amore per l'amore, amore per l'uomo. «L'altro di fronte alla poltrona di Bertoletti non è paziente, non è psiche malata, ma intimità a cui partecipare, da abbracciare e scaldare», scrive con acume Francesca Basile nell'Introduzione allo *Psicologo Scalzo*. Questo il potente lascito di quegli incontri nella "grotta 19" dove "lo strucco del viso / -sotto pelle altra pelle-" tra "dubbie parole" e "finzioni bruciate" ha generato il coraggio di esprimere in versi che "Se non avessi l'altro / con i suoi respiri / sarei solo una bugia / raffinata saputa / una specie di riflesso / L'altro sulla poltrona gialla / soffia il graffio della vita".

(Chiara Berselli)

KANDEL, E., R. (2012), *The Age of Insight*, tr. it. *L'età dell'inconscio. Arte, mente e cervello dalla grande Vienna ai nostri giorni*, Raffaello Cortina, Milano 2012.

Un bel libro che è anche una piacevole sorpresa. Con uno stile scorrevole e agile, anche quando affronta argomenti non certo immediati, quali sono gli sviluppi

più recenti nell'ambito delle neuroscienze, Eric Kandel ci propone un suggestivo affresco transdisciplinare. Partendo da Freud, ma inserito nel pensiero e nelle suggestioni della Grande Vienna di inizio secolo, Kandel mette sulla scena vari protagonisti di quel periodo magico: dalla pittura della secessione viennese, con Klimt in primo piano, all'espressionismo austriaco di Kokoschka e Schiele, al modernismo della musica dodecafonica, alla letteratura, in particolare attraverso l'opera di Arthur Schnitzler: grande indagatore dell'animo umano, e in questo, in un certo senso contemporaneo di Freud, ma anche capace, e questo Kandel lo mette bene in evidenza, di comprendere molto meglio del padre della psicoanalisi, la sessualità femminile, con i suoi turbamenti emotivi e le incomprensioni socio-culturali. L'arte figurativa e la letteratura quindi meglio della psicoanalisi sotto molti aspetti, per comprendere l'animo umano. Vengono anche messi in evidenza gli sviluppi contemporanei nell'ambito della medicina e in particolare nella neurologia, soprattutto mettendo l'accento sulle innovazioni metodologiche che avvenivano al *Wiener Allgemeines Krankenhaus*, dove la ricerca e la clinica assunsero a solide procedure scientifiche. In questo contesto va inserita la nascita della psicoanalisi e soprattutto l'ideale biologistico di Freud, che ha permeato tutta la sua ricerca. Ma ciò che per Freud non fu possibile attuare, ci sembra dire Kandel, oggi, forse, lo si può fare con le neuroscienze cognitive. I primi capitoli hanno così il taglio quasi di una ricostruzione storica, ma anche artistica ed epistemologica dei fermenti che contraddistinsero, come un *leitmotiv* unico e irripetibile, le varie istanze, sotto molti aspetti rivoluzionarie, della Vienna di inizio secolo. Naturalmente il trucco c'è. Mano a mano che si procede nella lettura, le interazioni tra arte, letteratura, psicologia, vengono ricondotte a ipotesi interpretative riconducibili agli attuali sviluppi delle neuroscienze, in un'alternanza di capitoli che ci portano sempre di più a considerare gli aspetti più elevati, ma proprio per questo più controversi, del funzionamento della mente: la percezione visiva, rapportata con l'espressività artistica, i fondamenti cerebrali delle emozioni, dell'empatia, della creatività. Certo, una sintesi non è (ancora) possibile, ci dice Kandel alla fine, ma una collaborazione transdisciplinare tra espressione artistica e ricerca neuroscientifica è possibile, anzi è auspicabile. L'arte si può comprendere meglio attraverso i meccanismi cerebrali della percezione e della cognizione, e può a sua volta fornire il materiale su cui le neuroscienze si possono verificare: «Come la moderna scienza della mente è emersa dalle discussioni tra psicologi cognitivi e scienziati del cervello, così oggi i moderni studiosi della scienza della mente possono impegnarsi in un dialogo con artisti e storici dell'arte».

Kandel ci porta quindi alla fine su un terreno ancora molto controverso. Ma lo fa in modo molto elegante: il che si traduce in un libro di lettura agevole, stimolante e suggestiva. Da leggere, valutare e discutere insomma, il che non è poco.

(Antonio Gatti)

MECACCI, L. (2012), *Dizionario delle Scienze psicologiche*, Zanichelli, Bologna.

Opera di consultazione, con oltre 18.000 voci, che nella sua obbligata sintesi, si propone come sufficientemente esaustivo e, soprattutto, molto aggiornato rispetto alle più recenti ricerche e scoperte in ambito psicologico, psicopatologico, clinico, psicodiagnostico, senza trascurare i più recenti avanzamenti nell'ambito delle scienze cognitive classiche e nelle neuroscienze. Come opera di consultazione svolge appieno la funzione di chiarificazione e di indirizzo verso ulteriori approfondimenti. Un aspetto veramente pregevole dell'opera consiste nella traduzione in inglese di ogni voce riportata e di un glossario in calce al volume, con la traduzione in inglese, francese, russo, spagnolo e tedesco dei termini o delle glosse più utilizzate nel campo specifico. Un apporto estremamente utile, per la facilità con cui si può incorrere in fraintendimenti o in traduzioni maldestre, cosa che oggi, come ben sappiamo, non ci si può più permettere, sia nella ricerca che nella clinica.

(Antonio Gatti)

THE BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2010), *Change in Psychotherapy. A Unifying Paradigm*, tr. it. *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2012.

Il *Boston Change Process Study Group* (BCPSG), nato nel 1994 è attualmente composto da otto persone, di cui cinque analisti (Alexander Morgan, Jeremy Nahum, Louis Sander, Daniel Stern e, inizialmente, Alexandra Harrison), Karlen Lyons-Ruth e, inizialmente Edward Tronick, ricercatori nell'ambito dell'età evolutiva, Nadia Bruschiweiler-Stern, pediatra dello sviluppo e psichiatra infantile, che sono accomunati da interessi comuni, nell'ambito delle prime fasi dello sviluppo, ritenendo queste fondamentali per comprendere il processo clinico psicodinamico e, di conseguenza, cosa determini *il cambiamento* in psicoterapia. Il libro è una raccolta di contributi che il gruppo ha elaborato in questi anni. Le linee di indagine sono tante, facendo riferimento anche al pensiero della scuola relazionale, così come si è sviluppata negli ultimi anni, alla teoria dei sistemi dinamici non lineari, agli aspetti intenzionali dello scambio interattivo, agli aspetti impliciti presenti nella comunicazione. Concetto centrale del paradigma unificato del "gruppo" è il concetto di "conoscenza relazionale implicita", che definisce il campo procedurale relazionale, pre-verbale, distinto da quello semiotico, verbale. Questa conoscenza relazionale implicita è importante per comprendere sia le prime interazioni madre-bambino, ma anche i momenti intersoggettivi che si verificano tra paziente e analista. Quel "qualcosa in più" dell'interpretazione, che

è comunque fondamentale perché si verifichi un avanzamento nell'interazione terapeutica e una ridefinizione del campo relazionale intersoggettivo. In questo contesto, particolare importanza vengono ad assumere momenti di particolare intensità relazionale, i *momenti ora*, che diventando *momenti di incontro*, contribuiscono all'avanzamento della relazione, pur in una situazione di *sloppiness*, cioè di relativa casualità, indeterminatezza, rumore, attraverso il riconoscimento dell'altro e una ri-definizione della relazione stessa, che viene co-creata nell'incontro psicoterapeutico. Del resto, l'importanza della conoscenza implicita, procedurale, è stata recentemente sottolineata a più livelli, a cominciare dalle ricerche nell'ambito delle neuroscienze. La conoscenza implicita cambia anche il modo di vedere l'inconscio: e su questo aspetto si sono accentrate molte delle critiche mosse a questo modello. Lungi dal rappresentare un aspetto superficiale della relazione, mentre l'inconscio dinamico ne rappresenterebbe la parte più profonda, la situazione appare invertita, in quanto è l'implicito a costituire la parte più profonda e a essere fondamentale nel definire le interazioni più basilari della relazione, mentre su di essa si costruirebbero gli aspetti dinamici, verbalizzabili, transferali e controtransferali, nonché i momenti interpretativi. L'implicito non è interpretabile, in quanto definisce le modalità transazionali del campo relazionale. Ma in questo senso, gli aspetti impliciti della relazione assumerebbero anche valore terapeutico. Gli autori ci tengono a sottolineare che questo modello ha le caratteristiche di un *work in progress*, che necessita di ulteriori approfondimenti. Ma, a nostro avviso gli stimoli che questo libro contiene, giustifica ampiamente una riflessione su ciò che accade nell'interazione psicoterapeutica, e questo di là di modelli specificatamente orientati.

(Antonio Gatti)

VAN DER HORST F. C. P. (2011), *John Bowlby. From Psychoanalysis to Ethology*, tr. it. *John Bowlby. Dalla psicoanalisi all'etologia*, Raffaello Cortina, Milano 2012.

Una biografia esaustiva della vita e dell'opera di John Bowlby, uno studioso di cui non da molto è stata riconosciuta la grande importanza. Van der Horst ripercorre le varie fasi della vita personale e professionale di Bowlby: dall'infanzia difficile, con una madre "distante", situazione tipica dell'alta borghesia britannica dell'epoca, agli studi interrotti di medicina, alla "scoperta" della psicoanalisi; ma anche l'esperienza complessivamente negativa del suo training "ortodosso", all'interno della *British Psycho-Analytical Society*, prima con l'analisi settimanale con Joan Riviere, e poi con la deludente esperienza di supervisione con la stessa Melanie Klein. Questa esperienza condusse Bowlby ad aderire al gruppo "eclettico", afferente alla *Tavistock Clinic*. Il suo lavoro lo portò a lavorare soprattutto in Ospedali pediatrici, dove vigevano ferree regole riguardo alla presenza

delle madri al capezzale dei figli (regole subito criticate da Bowlby), o in strutture “alternative”, come la *Child Guidance Clinics*, o asili residenziali, dove cominciò a elaborare la sua teoria sull’effetto traumatizzante di rapporti “incrinati” tra madre e bambino nei primi anni di vita. Uno studio su minorenni con condotte delinquenti gli valse un incarico dell’OMS. Quest’incarico lo portò a confrontarsi con altri psicologi e psichiatri e soprattutto ad acquisire esperienza sul campo, orientandosi sempre più sui problemi duraturi derivanti dalla separazione e istituzionalizzazione nei primi anni di vita. La progressiva marginalizzazione dal movimento psicoanalitico e l’esigenza di fondare i dati che raccoglieva, su basi scientifiche più solide, portò Bowlby, a partire dagli anni ’50, a intessere rapporti sempre più stretti con la nascente scienza etologica. Questa è forse la parte meno conosciuta del lavoro di Bowlby, e il merito di Van der Horst è quella di averla particolarmente approfondita. Dettagliati i suoi rapporti con Niko Tinbergen, Konrad Lorenz, Julian Huxley e, in particolare, con Robert Hinde, da cui trasse modelli di comportamento che fece confluire nel suo lavoro e con Harry Harlow uno dei più importanti primatologi, con cui condivise amicizia e ipotesi di lavoro. I noti esperimenti di Harlow sull’attaccamento e la separazione nei primati si debbono in buona parte alle ipotesi di Bowlby; e da questi esperimenti Bowlby stesso ricavò prove sperimentali per le sue tesi. Ma i suoi primi lavori vennero accolti molto freddamente dall’ambiente psicoanalitico. A dare maggiore consistenza alle sue tesi, Van der Horst dedica particolare attenzione ai contributi di una sua collaboratrice, Mary Ainsworth, che con studi anche transculturali, e la definizione di modelli sperimentali (come la *Strange Situation*), contribuì a dare una definizione concettuale più precisa a molte tesi di Bowlby (come quello di “base sicura”). Se la Teoria dell’Attaccamento è oggi ormai un caposaldo non solo della teoria psicoanalitica (con l’incremento di interesse intorno a certi modelli “relazionali”), ma della psicologia e psicopatologia dello sviluppo, lo si deve al lavoro congiunto del sodalizio tra Bowlby e Ainsworth. Inoltre, è da sottolineare, come il modello relazionale di Bowlby, possa avere ampie ricadute nella teoria e nella prassi della Psicologia Individuale, da sempre sensibile, fin dai lavori di Alfred Adler, alle problematiche psicopedagogiche.

(Antonio Gatti)

MAIULLARI, F., BERSELLI, C., MARASCO, E. E., MATTIONI, M. (2012), Psicoterapia e filosofia. Un progetto di ricerca adleriano su inferiorità e compensazione, *Rivista di filosofia online Nöema*, n. 3, Anno 2012 – Ricerche

Si tratta di un articolo scritto da alcuni componenti del “Gruppo adleriano di ricerca e formazione Francesco Parenti” di Milano, diretto da Franco Maiullari. L’articolo sviluppa e approfondisce alcuni punti già accennati in un Poster presentato all’ultimo Congresso SIPI, Milano, 20-22 aprile 2012. Due tematiche dell’articolo sono particolarmente significative. La prima concerne l’importanza della riflessione filosofica nel pensare e nel fare psicoterapia, la seconda concerne per così dire una visione cosmica dell’inferiorità e della compensazione. Questi due concetti, che come si sa sono a fondamento della metapsicologia adleriana, vengono analizzati in un’ottica evolucionistica e interdisciplinare, ricca sul piano teorico e pragmatico. Gli Autori concludono che la dinamica inferiorità-compensazione è alla base stessa della vita e la declinano in nove enunciati, definiti “Leggi fondamentali dell’inferiorità e della compensazione”. L’articolo è stato pubblicato sulla Rivista di filosofia online *Nöema*, diretta da Carlo Sini, e ha appena inaugurato il suo nuovo numero interamente dedicato a “Ricerche” organizzate in Sezioni tematiche; l’articolo compare nella Sezione Filosofia e Scienze – Psicologia e Psichiatria all’indirizzo: <http://riviste.unimi.it/index.php/noema>.

Il numero resterà aperto e in progress fino al mese di settembre 2013.

(Chiara Berselli)

Notiziario

A CURA DI CHIARA BERSELLI

FORUM ON SOPHOCLE'S *OEDIPUS REX*

Siamo lieti di annunciare che è stato inaugurato da parte di Oddone Longo* e Franco Maiullari un Forum internazionale sull'Edipo Re di Sofocle. Il Forum intende discutere varie questioni ancora aperte di questa tragedia, oltre alla possibilità di una sua nuova interpretazione. Si tratta di questioni importanti perché hanno condizionato la nostra cultura, compresa la cultura psicoanalitica, a partire da Freud che si è servito surrettiziamente di quest'opera sofoclea per la teorizzazione del suo complesso edipico. Il Forum, destinato a filologi, critici letterari, filosofi, psicologi, antropologi e altri specialisti interessati a queste tematiche, potrebbe anche contribuire ad alimentare il dibattito per un nuovo umanesimo. In tale dibattito riteniamo che la teoria adleriana, con la sua analisi della relazione interpersonale basata sulle dinamiche legate al desiderare e al potere, possa svolgere un ruolo di grande attualità, pertinenza e profondità.

Website: www.forumoedipusrex.com

* Oddone Longo, già Direttore del Dipartimento di Scienze dell'antichità dell'Università di Padova e già Rettore dell'Università di Padova.

TRENTENNALE DELLA FONDAZIONE dell'ISTITUTO ALFRED ADLER DI MILANO

Sabato 24 novembre 2012, in occasione del trentennale della fondazione dell'Istituto Alfred Adler di Milano, presieduto dal Prof. A. Mascetti, si è tenuto un simposio dal titolo "La Psicologia del profondo incontra la vita sociale". I relatori Ferdano Pierucci, Umberto Ponziani, Ugo Sodini, Cosimo Varriale hanno trattato argomenti interessanti concernenti soprattutto la pedagogia adleriana e alcuni aspetti della biografia di Alfred Adler. Hanno gentilmente partecipato al Simposio anche le Signore Parenti e Pagani.

ALFRED ADLER CENTER INTERNATIONAL

Vienna, 10 - 11 maggio 2013

FONDAZIONE - INAUGURAZIONE - FESTA

Margot Matschiner-Zollner, Presidentessa ÖVIP, a nome dell'Associazione Austriaca di Psicologia Individuale invita all'inaugurazione solenne del Centro Internazionale Alfred Adler. Il Centro diventerà la sede della IAIP (International Association of Individual Psychology) e dell'ÖVIP (Associazione Austriaca per la Psicologia Individuale).

I compiti del Centro Internazionale Alfred Adler sono:

- Presentazione delle attività IAIP su scala mondiale attraverso una sezione mostre
- Centro di informazione con una biblioteca e un museo dedicato alla vita e all'opera di Alfred Adler
- Luogo di ricerca e di formazione
- Punto d'incontro per ricercatori singoli e gruppi a Vienna

Nell'ambito del programma festivo si terrà un Simposio.

CENTRO DE ESTUDIOS ADLERIANOS DI MONTEVIDEO (URUGUAY)

La figura indimenticabile del Dott. Pier Luigi Pagani, è stata ricordata dal Dott. Yair Hazán, Presidente del Centro de Estudios Adlerianos di Montevideo, Uruguay. Grazie alla Dott.ssa Chiara Cairo, il Dott Hazán ha porto le sue condoglianze, e, nel contempo, ha richiesto una lettera di "solidarietà" per i dottorandi uruguaiani in psicoterapia. Tale augurio, stilato da Gian Giacomo Rovera e da Chiara Cairo è stato prontamente inviato anche a nome di tutti gli psicoterapeuti adleriani italiani. Crediamo che, proprio in questi momenti, vi debba essere la consapevolezza di far parte, in modo autentico, di una più ampia "comunità", dove si fondono identità di pensiero ma anche di amicizia. Anche dalle pagine di questa Rivista mandiamo un sincero saluto e ringraziamento agli amici adleriani dell'Uruguay.

S. I. P. I.

SOCIETA' ITALIANA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Member-Group of the

**INTERNATIONAL ASSOCIATION OF
INDIVIDUAL PSYCHOLOGY**

XXIV CONGRESSO NAZIONALE

«I Setting in Psicologia Individuale»

TORINO

19-20 APRILE 2013

OSPEDALE "SAN GIOVANNI BATTISTA"

CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA

AULA MAGNA "A. M. DOGLIOTTI"

CORSO BRAMANTE 88/90

PRESIDENTI DEL CONGRESSO

G. G. ROVERA e S. FASSINO