

Rivista di

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Year XXXX

January-June 2012

Number 71

Editorial	<i>In Memory of Pier Luigi Pagani</i> by Gian Giacomo Rovera	3
S. Fassino M. Panero	<i>From Adler's Language of Organs to the New Psychosomatic Medicine</i> <i>per Se</i>	5
A. Ferrero	<i>Borderline Pathology Specificity in Adolescence: Consequences on</i> <i>Communication and Relationship Strategies According to Sequential</i> <i>Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP)</i>	35
G. Ferrigno E. Borgna	<i>Communication is Nothing Less Than Relation: a Comparison Between</i> <i>Individual Psychology and Phenomenological Psychiatry</i>	59
A. Mascetti	<i>Characteristics and Peculiarities of the Analytical Relationship in</i> <i>Individual Psychology</i>	79
G. G. Rovera A. Gatti	<i>Language and Explicative Comprehension</i>	87
Editorial News	129
Announcements	131



Editoriale

In memoria di Pier Luigi Pagani

L'ultima volta che vidi Pier Luigi Pagani fu durante il XXV Congresso I.A.I.P. a Vienna nel luglio 2011, in occasione del Centenario della Fondazione della Psicologia Individuale. Nella fotografia di gruppo sediamo in seconda fila, l'uno accanto all'Altro.

Quando gli telefonai dopo l'estate era già malato e sarebbe poi peggiorato sino alla Sua scomparsa il 3 aprile del 2012 scorso.

Il XXIII Congresso della S.I.P.I. che si è svolto a Milano era programmato nella speranza che Egli potesse partecipare. Si è invece data commemorazione del decesso, anche attraverso le lettere di cordoglio del Presidente della I.A.I.P. Wilfred Dattler, del Segretario Gian Secondo Mazzoli e della Presidente dell'ICASSI Eva Dreikurs Ferguson.

I molti ricordi che mi legano a Lui dagli anni 1970 s'intrecciano con la Storia della Psicologia Individuale Italiana, della Rivista, dei Direttivi, dei Congressi. Lo Studio medico psicologico del Professor Francesco Parenti e poi il Suo erano i luoghi privilegiati, in cui si tenevano le riunioni e ci si confrontava sulle linee guida della nostra S.I.P.I.

Da qui nascevano spunti e progetti che rivelavano in Lui eccezionali doti di competenza e di continuità.

I Suoi contributi scientifici, dapprima con Francesco Parenti, ed in seguito con altri collaboratori adleriani, o a firma soltanto Sua, sono stati molteplici ed importanti. La capacità che aveva nell'elaborare temi ed argomenti

dell'Adlerismo classico, fra tradizione e cambiamento, era lucida e penetrante. È sufficiente consultare i numeri della Rivista e di altre Pubblicazioni per far emergere quanto i suoi apporti fossero anticipatori ed originali.

Nell'attività di Direttore della Scuola di Psicoterapia, Didatta e Formatore, Egli amava raffigurarsi come uno sherpa: nel senso di colui che, attraverso l'incoraggiamento, porta il peso delle vicissitudini altrui e che si pone, anche come guida, lungo i sentieri esistenziali.

La Rivista di Psicologia Individuale era costantemente nel Suo cuore ed al centro dei Suoi interessi, come importante espressione delle iniziative adleriane. Era per Pagani la Voce che permetteva di trasmettere il Suo pensiero.

A tale proposito, nel 2011, esattamente un anno prima della Sua dipartita, Gli era stata conferita una Targa Celebrativa che così recita:

Nel Centenario della Fondazione
dell'Associazione Internazionale Adleriana
(Vienna 1911-2011)

la SIPI
Società Italiana di Psicologia Individuale

ringrazia con stima, riconoscenza ed affetto
Pier Luigi Pagani
Co-Fondatore, Presidente Onorario
e Direttore Responsabile della *Rivista di Psicologia Individuale*
Milano, 3 aprile 2011

In un prossimo ed adeguato contesto, ci proponiamo di esporre in modo esteso ed approfondito la Sua opera scientifica, culturale e di magistero.

Ora, attraverso questa breve memoria, Lo ricordiamo col desiderio di proseguirne il lavoro e di portarne avanti il messaggio: sia per chi Gli ha voluto bene e pure per coloro che non Lo hanno conosciuto.

Gian Giacomo Rovera

Dal linguaggio degli organi di Adler alla nuova medicina di per sé psicosomatica

SECONDO FASSINO, MATTEO PANERO

Summary – FROM ADLER'S LANGUAGE OF ORGANS TO THE NEW PSYCHOSOMATIC MEDICINE *PER SE*. Adler's theorizations foresaw the recent development of psychosomatic medicine: organ inferiority, psychic compensation, organs' language are essentially psychosomatic concepts and predict the rise of the biopsychosocial (BPS) model in clinical and basic research. The BPS model showed that, together with biological factors, psychosocial ones can be evidenced as causes, co-factors or consequences of many illnesses. The allostatic load, defense mechanisms and personality profile predict the response to different stressors. Neural processes, underlying these mechanisms, interact with the biological substrate of somatic illnesses. Recent advancements in brain imaging on neurobiological and behavioral interactions of empathy and alexithymia support the crucial role of the (psycho) therapeutic relationship in the medical practice as a whole. Because all these aspects influence the duration of illness and the quality of life – both for the person/patient and their family – the economic consequences of this psychosomatic approach are important in general and speciality medicine. To keep up its ethics and to be appropriate, current medicine will growingly become an integrated science. It's therefore necessary to reconsider the doctor-patient relationship as a psychotherapeutic process.

Keywords: BIOPSYCHOSOCIAL (BPS) MODEL, ORGANS LANGUAGE, PSYCHOSOMATIC

I. Premessa

Gli assunti principali della *Psicologia Individuale Comparata* (IP) dopo cent'anni dalla sua costituzione mantengono pregnante validità clinica e le scoperte delle neuroscienze negli ultimi quindici anni ne hanno ulteriormente aumentato la fruibilità terapeutica e formativa.

La forte caratterizzazione che Adler e i suoi allievi diedero alla *psicoterapia come intervento focalizzato sullo Stile di vita dell'individuo*, più che sullo specifico disturbo psicopatologico, è stata la base su cui Cloninger [25] e i suoi collaboratori del Laboratorio di Psicobiologia della Personalità della *Washington University* di

Saint Louis a partire dal 1993 hanno costruito e validato la teoria psicobiologica della personalità promuovendo la diffusione, anche nell'accezione etica di stili di cura fondati sulla progettazione *ad personam* degli interventi biopsicosociali.

Il carattere regola i fattori biologico-genetici del temperamento per il benessere *socialmente utile* dell'individuo ed è orientato dalle dimensioni della cooperatività e autodirettività da Cloninger riferite chiaramente agli studi di Adler. I contributi di Adler sull'empatia come "tardiva assunzione della funzione materna", "cuore della relazione psicoterapeutica", sono stati confermati nel 1978 da Kohut [75] come nucleo del percorso analitico, *introspezione empatica vicariante*. Gli studi di *brain imaging* sul sistema dei *mirror neurons* di Rizzolatti e coll. [99], Gallese e coll. [56] in questi ultimi anni hanno assegnato alla comunicazione empatica un ruolo fondamentale nell'attivazione dei processi di cambiamento e in quelli formativi. A proposito di *cosa fa funzionare la psicoterapia*, 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 dell'imitazione e contagio emotivo sono riferiti alla memoria implicita.

L'imitazione conferma un fondamentale valore etico. Nella formazione del terapeuta – come nell'incontro del terapeuta con il suo paziente – «l'identificazione formativa come identificazione imitativa appare [...] lontana dalla mera ripetizione [...] intesa invece nel senso di "fare come" durante tutto l'arco del percorso, che è tecnico, analitico, ed esistenziale» (103, p. 35). Tale processo di identificazione imitativa ha la caratteristica della reciprocità: Adler nel 1912 sosteneva che la relazione terapeutica modifica entrambi, paziente e terapeuta. La relazione è co-creata: questo assunto è confermato dalla neurobiologia e ancor prima dagli studi sui processi di attaccamento.

II. Il gergo degli organi

L'ipotesi di partenza della IP riguardante *l'inferiorità d'organo* [2] è psicosomatica nel senso che assegna ai vari stati di sofferenza somatica la funzione di stimolo psicologico per uno stato di disagio che a sua volta suscita successive compensazioni, *positive* o *negative*, orientate dal bisogno d'integrare l'istanza del sentimento sociale con quella dell'autoaffermazione. Il dinamismo psichico "della malattia psicosomatica" in senso stretto fa supporre che sia la *psiche* ad influenzare il *soma*, producendo o richiamando una condizione morbosa con un determinato scopo di sicurezza, persino di controllo dominante sull'ambiente. In questa prima monografia era l'inferiorità d'organo che attraverso la sovrastruttura psichica determinava conseguenze psichiche e fisiche: ad essa era riconducibile ogni tipo di nevrosi. Successivamente l'organo inferiore venne inteso come *locus*

minoris resistentiae e mezzo espressivo privilegiato per la psiche; molto più tardi l'inferiorità d'organo assunse nuove funzioni come fattore di sviluppo per l'individuo [5].

Il termine *gergo degli organi* [3] fu dapprima inteso in senso lato come *comunicazione non verbale*, negli Scritti posteriori fu riferito alle funzioni del corpo, come comportamento espressivo delle funzioni organiche, come meccanismo del linguaggio degli organi, sia per quanto riguarda la scelta dell'organo che nell'accezione di sviluppo fisico come forma d'espressione [5, 6]. Negli sviluppi successivi [92] in IP *gergo degli organi* si riferisce all'insieme delle modalità con cui le funzioni del corpo esprimono le finalità della psiche e tendono verso la loro realizzazione. Il *gergo degli organi* comporta peculiari situazioni di fronte all'angoscia, sottese da vari moduli esistenziali. Tre angolature sono particolarmente pregnanti: tattica relazionale molto evidente nelle cosiddette conversioni d'organo; ideologia del corpo specie nelle cosiddette nevrosi d'organo, specie nevrotiche; una semantica esistenziale evidente nelle forme psicosomatiche *sensu strictu*, dove l'organo malato sostituisce il linguaggio etologico a quello verbale [102]. Oggigiorno gli studi sono orientati da un lato agli aspetti culturali e da un altro lato ai sistemi complessi (neuroendocrino, immunitario, ecc.) [104].

La IP – nelle ricostruzioni teoriche di Ansbacher [12] – assegna all'inferiorità d'organo la posizione di primo fattore nei meccanismi patogenetici che sono alla base dei *disturbi psicosomatici*; il secondo fattore deriva dall'esperienza passata o dall'apprendimento e dalla memoria, essendo il terzo fattore derivato dall'area della percezione nella forma dell'ipersensibilità.

Le concezioni di Adler [2] su *inferiorità d'organo*, *compensazione psichica* e *linguaggio degli organi* sono, quindi, principi essenzialmente psicosomatici ed hanno anticipato lo sviluppo attuale della medicina in senso psicosomatico, *preannunciando la vasta area degli studi sull'effetto biologico degli interventi relazionali*, fino alle ricerche del premio Nobel Eric Kandel [71]. Dai suoi studi sugli effetti cerebrali della relazione interpersonale e dal concetto per cui la psicoterapia agisce come fattore di trasformazione biologica del cervello è nato il suo *New intellectual framework of psychiatry*, che sta cambiando la pratica clinica in psichiatria e psicoterapia in senso biopsicosociale.

La specifica formazione professionale di Adler, giunto alla psicologia del profondo e alla psichiatria attraverso la pratica quotidiana come medico generalista nei sobborghi di Vienna, caratterizza scientificamente tutto il suo pensiero. Il tema psicosomatico fu affrontato da Adler con visione, per il suo tempo, da precursore. Troviamo negli scritti adleriani anticipate le correlazioni, aperte o segrete, alla cui individuazione la medicina psicosomatica è giunta solo nell'epoca attuale [92]. Nel 1934 Adler si diceva convinto che in futuro si sarebbe dimostra-

to che «ogni inferiorità d'organo risponde a influenze psicologiche e parla il linguaggio dell'organo, cioè il linguaggio che esprime l'atteggiamento dell'individuo verso i problemi che ha di fronte» (7, p. 3) anticipando il concetto che “non vi è salute senza salute mentale” [96].

Rovera fin dal 1984 in occasione del *IX Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica* da lui promosso poneva la domanda – dopo venticinque anni attualissima – se intendere la medicina psicosomatica come area specialistica della medicina o invece più specificamente come prassi: «sotto il profilo qualitativo il concetto di approccio psicosomatico dovrebbe identificarsi come una messa in cura globale del paziente [...] il che significa porre al centro dell'intervento medico non la malattia ma l'individuo sofferente, quale nodo significativo lungo i cui collegamenti possono essere identificate e privilegiate le varie dimensioni clinico-biologiche, psicologiche e sociali» (107, p. 281).

Scopo di questo contributo, che comprende in parte le osservazioni contenute nella *Main Lecture* “The psychosomatic approach is the new medicine tailored for patient personality with a focus on ethics, economy and quality”, tenuta da Secondo Fassino al *20th World Congress on Psychosomatic Medicine*, svoltosi a Torino nel settembre 2009, è di presentare e argomentare – attraverso un'ampia rassegna critica della letteratura più recente – come l'applicazione clinica del modello biopsicosociale conduca la pratica della medicina verso un approccio, una prassi [107] fortemente innovativa *di per sé psicosomatica* nell'accezione IP: sarà questa la nuova futura medicina conformata alla struttura unica e irripetibile della personalità del soggetto [6] con importanti effetti etici, qualitativi ed economici.

III. *Modello biopsicosociale*

La diffusione del modello biopsicosociale (BPS) nella ricerca clinica e di base ha reso manifesta la presenza di fattori o co-fattori psicosociali (e psicobiologici, psico-comportamentali, sociobiologici e socio-comportamentali) come causativi o come *sequele* di gran parte delle malattie organiche. Il modello ha consolidato il suo fondamento scientifico nell'era delle neuroscienze, a partire dal 1977 quando è nato il modello biopsicosociale di Engel [33] per la medicina, che diventato poi modello per la psichiatria [55, 108] rappresenta oggi il vero nucleo della medicina psicosomatica.

Nel 1993 il modello psicobiologico di Cloninger et alii [25] ha classificato, nella formazione della personalità, gli aspetti *genetici ereditari* come *temperamento* e quelli di *apprendimento relazionale* come *carattere* in una concettualizzazione tipicamente BPS. Ulteriori supporti sono giunti da altre aree di ricerca quali attaccamento [85] ed empatia [30] nella reattività allo *stress*.

A più di dieci anni dalla pubblicazione del premio Nobel per la Medicina E. Kandel [71], psicoanalista e neurobiologo, i cinque punti del memorabile *New intellectual framework of psychiatry* rimangono fondamentali: 1) tutti i processi mentali, anche quelli psicologici più complessi, derivano da operazioni-funzioni del cervello; 2) i geni e le proteine da questi regolate sono importanti determinanti dei *pattern* delle interazioni neuronali; 3) i geni non spiegano da soli tutte le varianti delle patologie mentali ma un contributo molto importante è quello dei fattori sociali e dello sviluppo; 4) le alterazioni dell'espressione genica indotte dal comportamento appreso inducono a loro volta cambiamenti nei *pattern* delle connessioni neuronali; 5) psicoterapia e *counseling* producono cambiamenti nel comportamento: questo presumibilmente avviene attraverso l'apprendimento, con modificazioni nell'espressione genica e nella forza delle connessioni sinaptiche.

Il modello BPS è una prospettiva diagnostica ma anche terapeutica fondata sulla relazione tra paziente e clinico [19]. Da un punto di vista clinico il modello BPS include l'esperienza soggettiva del paziente accanto ai dati biomedici oggettivi: diventa essenziale l'approccio alla *persona* e non soltanto alla *malattia*. La ricerca psicosomatica ha fornito un modello integrato, mostrando che paura, rabbia, demoralizzazione, Alessitimia (AX) e attaccamento hanno effetti fisiologici e di sviluppo su tutto l'organismo. Il modello BPS individua due processi nei fenomeni clinici: il primo è la causalità circolare, una serie di circoli di *feedback* sostengono uno specifico *pattern* comportamentale nel tempo; il secondo è la causalità strutturale, una gerarchia di relazioni causa-effetto unidirezionali, cause necessarie, precipitanti, forze di mantenimento e combinazioni di eventi.

L'applicazione del modello BPS sottolinea il crescente coinvolgimento della famiglia nella cura del paziente. Più di 30 *trials* clinici randomizzati hanno dimostrato che interventi basati sulla famiglia riducono i tassi di ricaduta e migliorano la qualità di vita per i pazienti con psicosi, depressione maggiore, disturbi di personalità, alcolismo e per i pazienti psicosomatici. La terapia della famiglia ha effetti sugli esiti di malattia in medicina e pediatria e risulta determinante per l'esito delle cure [66], i costi ed il *drop out* [44].

IV. *Stress e carico allostatico*

Secondo il modello del carico allostatico sono agenti stressanti non solo gli *stressors* esogeni ma anche quelli endogeni psicologici e qualsiasi fattore – genetico o esperienziale – che possa alterare i sistemi di risposta allo *stress*. *Stress* psicologici sono i cambiamenti di vita, ma soprattutto gli *stress* cronici e della vita quotidiana che possono essere soggettivamente valutati come gravosi ed eccessivi rispetto alle strategie di *coping*.

Il maladattamento allo *stress*, attraverso una stretta connessione tra cervello e corpo, altera varie funzioni tra cui la fisiologia periferica e può promuovere un'ampia gamma di disturbi psicologici (depressione, ansia, dolore e *burnout*) e somatici (disturbi cardiovascolari, metabolici, riproduttivi, immunologici, gastrointestinali, sensitivomotori). Oltre a ciò, il rischio di disturbi o malattie dello sviluppo legati allo *stress* è determinato da una grande complessità di fattori genetici ed ambientali molto variabile tra individui.

La relazione tra *stress* e processi che conducono alla malattia (allostasi) è regolata dall'abilità dell'organismo nel conseguire stabilità attraverso il cambiamento. Attraverso l'allostasi, il sistema nervoso autonomo, l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e i sistemi cardiovascolare, metabolico ed immune proteggono il corpo rispondendo a *stress* interni ed esterni.

Il carico allostatico rappresenta il costo dell'esposizione cronica alla risposta neuronale o neuroendocrina fluttuante ed elevata risultante dalla ripetuta e cronica sfida ambientale alla quale un individuo reagisce, vivendola in modo particolarmente stressante. Ciò enfatizza il costo nascosto e lo *stress* cronico sul corpo per lunghi periodi, rendendoli fattori predisponenti agli effetti dei cambiamenti della vita.

Sono state proposte delle misurazioni biologiche del carico allostatico, rappresentate essenzialmente da proteine glicosilate, *markers* della coagulazione/fibrinolisi e *markers* ormonali; tali fattori sono stati collegati a funzionalità fisiche e cognitive più povere, mortalità e situazioni di vita stressanti. La *dynamic stress theory* [100] assume che i comportamenti, i tratti di personalità, l'umore e le malattie psichiatriche, come tutte le malattie, siano proprietà emergenti di modelli di *stress* maladattativo verso cui si dovrebbero indirizzare strategie di prevenzione e terapie.

V. *Gli aspetti psicologici possono essere causa e/o conseguenza di malattia*

Gli aspetti psicologici della malattia appartengono a tre principali aree [48]: a) fattori psicosociali: possono influenzare la variabilità individuale (eventi di vita, *stress*, supporto sociale, benessere psicologico, credenze legate alla salute e comportamenti); b) correlati psicologici della malattia medica: disturbi psichiatrici, sintomi psicologici, comportamento anormale di malattia e qualità di vita; c) applicazione di terapie psicologiche alla malattia medica: modificazioni dello stile di vita, trattamento della comorbilità psichiatrica, comportamento anormale di malattia.

Da diversi anni sono note le relazioni tra ansia/rabbia e secrezione gastrica oppure tra *stress* e malattie cardiovascolari. Lo *stress*, infatti, è in grado di condizio-

nare le risposte fisiche, attraverso l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, dal momento che questo regola numerosi sistemi ormonali (ormone della crescita, prolattina, ormoni sessuali e tiroidei). Durante la risposta allo *stress*, gli individui reagiscono in modo diverso non solo a livello psicologico, ma anche a livello biologico [51].

Bisogna, inoltre, considerare come la risposta allo *stress* e alla malattia condizionali i circuiti neurobiologici temperamentali e i meccanismi caratteriali dell'apprendimento e della memoria. Sono stati proposti i *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCPR) per ridefinire i "fattori psicologici che influenzano una condizione medica" [47]. Secondo tale classificazione, una sezione specifica del DSM V potrebbe includere le sei sindromi derivanti dai DCPR: 1) nosofobia; 2) somatizzazione persistente; 3) sintomi da conversione; 4) negazione di malattia; 5) demoralizzazione; 6) umore irritabile. Inoltre, potrebbe anche comprendere il concetto di comportamento anormale di malattia e una diagnosi tipo ipocondria (disturbo somatoforme).

Una *review* di 30 anni di indagini sui fattori cronici psicosociali e risposte fisiologiche acute a *stress* indotto in laboratorio nella popolazione sana [22] ha riportato che lo *stress* e l'ansia della vita, il neuroticismo o i sentimenti negativi sono associati con una peggiore ripresa cardiovascolare. Questi risultati riflettono largamente un *pattern* di risposta allo *stress* integrato di ipo- o iperattività che dipende dalla natura specifica del *background* psicosociale.

Per quanto riguarda le malattie oncologiche, il ruolo dei fattori psicosociali nello sviluppo delle neoplasie non appare inequivocabile, nonostante anni di ricerche. La correlazione potrebbe essere mediata: specifici tratti di personalità e specifici eventi di vita sono associati a comportamenti legati alla salute e allo stile di vita, come il fumo o l'alimentazione non equilibrata. Gli studi effettuati finora non danno risultati concordanti [114]. L'applicazione dei DCPR ha evidenziato come ansia, demoralizzazione ed Alessitimia sono molto frequenti in pazienti con patologia tumorale [59]. Il *distress* psicologico era un predittore di mortalità da cancro, specialmente nei tumori polmonari. La presenza di partecipanti con storia di tumore in coorti di popolazione potrebbe sovrastimare l'associazione tra il *distress* psicologico e la conseguente mortalità da cancro [62]. L'adattamento psicologico è importante nelle neoplasie gastrointestinali, correlato soprattutto al senso di autoefficacia. Influiscono anche qualità di vita, ansia, depressione, sintomi da *stress* post-traumatico. Risulta dunque fondamentale l'intervento psicologico differenziato che incrementi il senso di autoefficacia.

VI. *Stress e personalità*

Il profilo di personalità sembra essere in grado di predire la risposta a differenti agenti stressanti. Le risposte allo stress – precedente o conseguente la malattia – sono chiaramente correlate, da un punto di vista psicobiologico, ai diversi tratti di personalità che a loro volta correlano con specifici meccanismi di difesa [51]. I processi neurali, sottesi a questi meccanismi, interagiscono con i substrati biologici delle malattie somatiche.

Dal momento che quasi tutti i disturbi mentali sono stati valutati nel mondo attraverso il modello psicobiologico della personalità (*Temperament and Character Inventory* (TCI) [25]) è stato possibile rilevare che un elevato Evitamento del Danno (HA) e una bassa Autodirettività (SD) rappresentano un “nucleo di personalità” che predispone alla malattia mentale, senza distinzione tra le diagnosi [41]. Studi di coorte sulla depressione dimostrano che questi tratti sono fattori di rischio e non conseguenze del disturbo [26]. I tratti di personalità sono, inoltre, correlati alle ricadute, indicano una remissione incompleta o un decorso cronico dei disturbi mentali e influenzano in modo importante il funzionamento dei pazienti [74, 84].

VII. *Relazione fra i tratti di personalità e l'aumentata incidenza di disturbi specifici*

The Mayo Clinic Cohort Study of Personality and Aging [60] ha rilevato che i tratti di personalità pessimista, ansioso e depressivo erano predittori di mortalità per tutte le cause. La ricerca sui determinanti del benessere soggettivo indica che la felicità non è correlata linearmente a reddito, istruzione, eventi di vita e salute degli individui, ma è predetta dai tratti di personalità. Questi risultati suggeriscono che i tratti di personalità correlati al neuroticismo sono associati con un rischio aumentato di mortalità per tutte le cause anche quando misurati precocemente nella vita.

Alcuni tipi di personalità sono stati associati a specifiche patologie organiche. La personalità di tipo A è stato il primo tipo di personalità correlato ad una specifica patologia e cioè alle malattie cardiache. Gli individui sono caratterizzati da un atteggiamento ostile, aggressivo, irritabile e dalla tendenza alla competitività [13] e presentano un rischio doppio di malattie cardiache.

La personalità di tipo B mostra una tendenza a sentimenti negativi, preoccupazione, irritabilità, tristezza e a inibire l'espressione di sé. Risulta collegata alle patologie cardiache, con maggiore mortalità, soprattutto tardiva, in caso di scompenso cronico [110]. Questo tipo di personalità è stata riscontrata in soggetti con

sindrome coronarica acuta, compromissione prolungata dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, morbilità cardiaca successiva [87] e nei soggetti con defibrillatore impiantabile che hanno peggiore qualità di vita [94].

La personalità di tipo C manifesta negazione, soppressione delle emozioni – soprattutto della rabbia – evitamento del conflitto, eccessiva desiderabilità sociale, ipercompiacenza, elevata razionalità e rigido controllo delle emozioni [13]. L'associazione definitiva tra questo tipo di personalità e le malattie neoplastiche è tuttavia ancora controversa [114].

La personalità di Tipo D mostra la tendenza ad esperire emozioni negative e ad inibire l'espressione del sé, è predittiva di prognosi negativa in pazienti con danno coronarico [32]. La ricerca ha mostrato che differenze individuali nei tratti di personalità riflettono differenze strutturali in specifiche regioni cerebrali [57] e come la personalità possa essere modificata con strategie BPS: farmacologiche, psicoterapeutiche e riabilitative [1, 29].

Il *Turin Group Biopsychological Personality Research* (TGBPR) [38] ha studiato il ruolo della personalità – secondo il modello biopsicologico di Cloninger – in diverse patologie psichiatriche, quali il Disturbo Borderline di Personalità, il Disturbo da Dismorfismo Corporeo, Psicosi o disturbi di personalità gravi, emicrania, abuso di sostanze, morbo di Parkinson, HIV, infertilità, epatite cronica, etc. Nel caso dei Disturbi Alimentari si è mostrato come la personalità abbia un ruolo alla base delle dinamiche familiari e rappresenti un fattore prodromico e di rischio, un tratto distintivo nella tipizzazione dei disturbi, un correlato psicopatologico, un fattore prognostico dell'esito delle terapie multimodali, una correlazione alla risposta alla psicofarmacoterapia e al *drop out*, un indicatore di processo e *target* della psicoterapia [42].

VIII. Fattori psicologici e risposta ai trattamenti

Anche in medicina psicosomatica come in psichiatria occorre considerare un problema nucleare: l'ambivalenza di per sé [105] costitutiva dei sintomi psicopatologici. Essi, come ansia, depressione, alessitimia, demoralizzazione, etc, esprimono una prima valenza, come segnale di conflitto tra istanze o di *deficit* e al contempo una seconda valenza, di reazione allo stesso, vissuta dal paziente con sofferenza e quindi come troppo svantaggiosa.

Il progresso nelle neuroscienze cognitive offre la possibilità di capire i meccanismi con cui la mente inconsciamente crea soluzioni di compromesso [93, 122] quando un'ansia proviene da conflitti profondi. Il metodo delle neuroscienze *in prima persona* di Northoff et alii [90] rende possibile descrivere come i processi

psicodinamici associati ai meccanismi di difesa siano collegati all'attività neuronale. I diversi costrutti di meccanismi di difesa (secondo l'ipotesi psicoanalitica) potrebbero corrispondere ai meccanismi specifici funzionali attraverso cui l'attività neuronale è coordinata e poi integrata in differenti regioni cerebrali. L'approccio psicodinamico e studi di *brain imaging* suggeriscono per esempio che regressione sensomotora e conversione isterica possono essere associate ad una disfunzione nel *neural network* che include corteccia orbitofrontale prefrontale media e premotoria. Una migliore comprensione di questi processi neuronali favorirà la conoscenza della neurofisiologia sottostante la transizione da meccanismi di difesa immaturi ad altri più maturi in psicoterapia.

Il fatto che i sintomi psicopatologici e psicosomatici siano anche difese e tentativi di soluzione di angosce profonde dà cruciale importanza alla relazione medico-paziente come parte integrante dei trattamenti: se il sintomo è anche un rimedio, seppur controproducente, il paziente dovrà essere incoraggiato [106] – al fine di eliminare il sintomo – a cercare un rimedio complessivamente più favorevole. Se i fattori – biologici e psicologici – della personalità condizionano le malattie mentali e somatiche le cure mediche devono includere gli interventi terapeutici sulla (con la) personalità del paziente, tenendo in conto anche le ambivalenze e la resistenza al trattamento [105, 121].

Il trattamento delle resistenze, di diverso tipo, rappresenta un'area delle più importanti dell'attività clinica del medico con formazione psicosomatica. Infatti, la paura di cambiare stili di vita patologici (alcool, fumo, *binge eating*, impulsività, rabbia, demoralizzazione) o comportamenti correlati a patologie organiche o dimensioni patologiche di personalità favorenti il disturbo, può condizionare l'adesione alle cure e indurre opposizione specie inconsapevole ai trattamenti.

IX. *Relazione terapeutica e cambiamento*

All'interno della relazione terapeutica vi sarebbero *momenti* significativi per il cambiamento (*now moments, moments of meeting, moments of meanings*); essi sono il risultato dell'interazione della personalità del paziente e di quella del terapeuta e producono nuovi *set* di memoria implicita, non simbolica, non verbale e non riflessiva [72, 117, 118]. La relazione assume chiaramente funzioni ed effetti neurobiologici configurandosi come fattore di cura.

I processi psicodinamici – quali empatia, transfert, resistenze, alleanza terapeutica ed attaccamento – sono stati attualmente considerati dalle neuroscienze come *moments of meeting* [117] della memoria procedurale [72]. Tali processi sono inoltre importanti nella relazione con i pazienti nell'assistenza primaria: sono, infatti, utili per un approccio etico, per capire il senso della malattia [15] come

per i MUPS (*medically unexplained physical symptoms*) e influenzano anche i risultati dei progetti di cura.

Le dinamiche dell'attaccamento in particolare contribuiscono alla salute mediante il loro impatto sui comportamenti adattivi. Al riguardo sono state formulate tre principali ipotesi [85]. La prima vede il sistema comportamentale di attaccamento come profondamente legato alla biologia della risposta allo *stress*, sulla base di un'adeguata risposta di attivazione della reazione allo *stress* e della sua ri-modulazione quando l'evento stressante è passato; la seconda ipotesi sostiene una significativa continuità evolutiva fra lo stile d'attaccamento infantile e lo stile d'attaccamento adulto [50], mentre la terza considera che le relazioni di attaccamento nell'adulto sono legate alla biologia delle risposte di *stress*.

All'interno dei diversi trattamenti medici, i fattori psicologici hanno quindi molta rilevanza: ansia e depressione, tratti di personalità e qualità di vita possono influenzare non solo l'insorgenza delle malattie fisiche ma condizionare anche la risposta ai trattamenti. La letteratura ha mostrato, per esempio, come in pazienti con diabete, che presentano uno stile di attaccamento distaccato, il controllo glicemico sia inferiore e il rifiuto delle terapie maggiore. Lo stile di attaccamento, nel rapporto medico diabetologo-paziente, è un fattore importante nella valutazione della percezione dei sintomi e dell'utilizzo dell'assistenza sanitaria [23, 73]. È emersa la necessità di un supporto diverso ed una terapia mirata per i pazienti con diabete in base alle caratteristiche di personalità [126]. Il *cluster 1*, caratterizzato da ossessività, trarrebbe beneficio dalla CBT per migliorare responsabilizzazione e indipendenza. Il *cluster 2*, caratterizzato da tendenza alla socializzazione, trarrebbe beneficio da una terapia di gruppo orientata alla riduzione delle paure dell'insicurezza.

Dimensioni del carattere come Autodirettività ed Auto-Trascendenza emergono come predittori a sei mesi di esiti clinici e psicologici di gastroplastica verticale in pazienti obesi [80]. Tratti di personalità, depressione ed aderenza alla medicazione giornaliera con analoghi delle prostaglandine in glaucoma condizionano la risposta ai trattamenti [69]. Anche nel caso degli *Eating Disorders* (ED) il *drop out* è collegato alla personalità ed alle caratteristiche psicopatologiche ed entrambi questi fattori possono ridurre le capacità relazionali del soggetto. Vi è infatti un concreto rischio di indebolimento dell'alleanza terapeutica [40].

X. *La relazione medico-paziente è un processo psicoterapeutico?*

Le recenti acquisizioni e le tecniche di *brain imaging* sulle interazioni neurobiologiche e comportamentali di empatia ed Alessitimia confermano il ruolo cruciale della relazione (psico)terapeutica in tutta la pratica medica. Le psicoterapie

agiscono come fattori biologici su mente, cervello e corpo [81, 82]. Occorre pertanto riconsiderare la relazione medico-paziente alla stregua di un processo psicoterapeutico [112].

Al centro della relazione terapeutica c'è la relazione empatica. L'empatia è l'abilità di esperire e comprendere ciò che gli altri provano senza confusione tra se stessi e gli altri. Sapere che cosa un altro prova gioca un ruolo fondamentale nelle interazioni interpersonali [4, 75, 116].

Rizzolatti et alii [98, 99] hanno scoperto che i *mirror neurons* (MN) mostrano la sorprendente caratteristica di attivarsi sia quando noi compiamo una data azione in prima persona sia quando vediamo che altri la compiono. Il sistema MN coinvolge la parte rostrale del lobulo parietale inferiore, il settore caudale (*pars opercularis*) del giro frontale inferiore ed alcune parti della corteccia premotoria. Tale meccanismo di percezione-azione automatica ha una valenza adattativa per la sopravvivenza degli individui. I *mirror neurons* costituiscono quindi una base neurobiologica dell'intersoggettività della partecipazione empatica [30, 56, 70]. Dalle ricerche sulla neurobiologia dell'empatia è stato osservato che una imitazione implicita inconscia reciproca (*embodied simulation*) tra medico e paziente è responsabile del processo di cambiamento [56].

Il sistema MN è stato studiato anche nell'alessitimia, intesa come ridotta consapevolezza affettiva e pensiero funzionale. Inizialmente associata alle cosiddette "malattie psicosomatiche" è ora considerata, in accordo con i costrutti di mentalizzazione, un disturbo della regolazione affettiva [95]. L'AX è collegata a diverse attività nelle aree del sistema MN [89]. Per quanto riguarda le dinamiche dell'attaccamento, le alterazioni neurobiologiche nelle aree prefrontali e le dinamiche dell'empatia, l'alessitimia, è largamente sovrapponibile ai Disturbi di Personalità, *Cluster B* e *C* [18, 111]. Gli individui alessitimici possono fermarsi ad un livello di mentalizzazione primitivo; tale patologia è connessa ad uno *status* immaturo nell'interpretazione degli altri senza una differenziazione sufficiente tra sé e gli altri. Questo può portare gli individui con AX ad essere esageratamente influenzati dal giudizio degli altri, con *deficit* nella regolazione emotiva [89].

XI. *Curare in modo appropriato conviene anche economicamente*

Dal momento che gli aspetti psicologici e psicopatologici condizionano la durata della malattia e la qualità della vita – per la persona e per la famiglia – le conseguenze economiche di questo approccio psicosomatico e biopsicosociale sono importanti nella medicina di base ed in quella specialistica.

Secondo la teoria del capitale umano [16, 113]: a) individui più istruiti sono più produttivi; b) individui con un migliore stato di salute hanno più incentivi ad investire in istruzione e formazione; c) una popolazione che ha una maggiore aspettativa di vita è presumibilmente più propensa al risparmio e all'investimento in capitale fisico ed intellettuale.

Spendere in salute, dunque, non solo non è improduttivo, ma è utile per la crescita economica. Rispondere alle esigenze morali più profonde della persona ha tra l'altro importanti e benefiche ricadute sul piano economico; i costi umani sono anche sempre costi economici; l'economia, infatti, ha bisogno dell'etica per il suo corretto funzionamento; non di un'etica qualsiasi, bensì di un'"etica amica della persona" [17].

In Psicosomatica gli interventi psicoterapeutici durante il ricovero fanno crescere i costi: questi inoltre sono spesso sottostimati nelle procedure di *Diagnosis Related Group* (DRG), (come è noto prevede la definizione di pazienti in caratteristiche cliniche analoghe e richiedenti per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere), con una grande perdita (circa 57.971 euro/anno) per paziente [63, 64]. Se i sintomi psicopatologici concomitanti ad una malattia internistica non sono diagnosticati non è possibile giustificare l'aumento dei costi. La mancata considerazione della comorbidità psichiatrica non consente quindi di giustificare la maggior durata di degenza, come pure la riduzione dei rimborsi per l'ospedale di circa 170.000 euro [21]. Tuttavia la psichiatria di *liaison* contribuisce a ridurre i costi attraverso la riduzione dei giorni di degenza [77].

Il sistema DRG non prevede un rimborso adeguato poiché non considera la variabilità individuale di intervento e i costi del *follow-up* ambulatoriale *post* ricovero [78]. In clinica psicosomatica un intervento ambulatoriale dopo il ricovero è necessario ma dispendioso [11, 68]; tuttavia la riabilitazione psicologica riduce i sintomi e il consumo di farmaci [128] e quindi riduce i costi complessivi. Questo è un dato particolarmente significativo in pazienti psicosomatici i quali utilizzano ampiamente l'intervento sanitario [67].

Per molte patologie mediche le strategie psicoterapeutiche hanno prodotto un sostanziale miglioramento per quanto riguarda qualità di vita, *coping* e corso di malattia [49]. In pazienti con depressione e diabete il programma collaborativo di assistenza psicologica alla depressione ha migliorato gli esiti della depressione; se si fa il paragone con l'assistenza usuale non ci sono maggiori costi a lungo termine, anzi c'è tendenza a costi ridotti tra i pazienti con patologia diabetica più grave [73].

XII. Ambivalenza e resistenza influenzano i costi

Anche ambivalenza, resistenza e terapie parziali hanno il loro ruolo nell'influenzare i costi. Sintomi psichici e psicosomatici spesso esprimono come si è detto una doppia valenza; la paura del cambiamento degli stili di vita patologici radicati da tempo possono alimentare una più o meno opposizione ai trattamenti e quindi aumento dei costi [39, 55, 121].

In un'area emblematica della psicosomatica come la terapia degli *Eating Disorders*, si verifica uno spreco di risorse in trattamenti non adeguati a causa di un'incompleta applicazione del modello BPS. L'aumentare il risparmio attraverso politiche (pseudo) economiche riduce la degenza in caso di basso peso corporeo, con una maggiore probabilità di un secondo ricovero, con la conseguente crescita dei costi [120]. Cure adeguate con pazienti ED risultano essere vantaggiose per costo/efficacia se si considera la precoce età di insorgenza e l'elevato rischio di mortalità [28, 78].

Gli interventi sulla resistenza coinvolgono la consapevolezza del medico – anche nell'assistenza primaria – degli aspetti emotivi e transferali e controtransferali e di una costante ricalibrazione del progetto terapeutico e delle strategie d'intervento.

Il rapporto costi-benefici del trattamento della depressione potrebbe essere migliorato incorporando le terapie psicologiche in modelli assistenziali avanzati, improntati sulle esigenze dei singoli pazienti e/o fornendo loro infermieri formati invece di psicologi o psicoterapeuti, anche se la psicoterapia sembra avere maggiori effetti clinici rispetto al *counselling* [20].

Campagne di *screening* a livello della popolazione hanno un tasso di costi-benefici negativo, mentre a un livello di cura individuale l'abilità dei medici dell'assistenza primaria a distinguere se la depressione è lieve, moderata o severa dei pazienti aiuta a sviluppare una gestione appropriata e strategie terapeutiche [14].

I disturbi mentali sono stati considerati il più grande problema sociale della Gran Bretagna. A fronte di 2 milioni e 500 mila pazienti affetti da disturbi d'ansia o depressivi solo un quarto ricevono una qualche forma di terapia e solo il 4% (100 mila) usufruiscono di una psicoterapia. Curare i pazienti con stili psicoterapeutici consentirebbe un vantaggio economico notevole sia come qualità di vita sia come maggior capacità lavorativa [43, 79].

XIII. *I costi in Sanità risultano da una complessa interazione psicologica fra clinico e paziente*

Per il futuro prossimo è urgente implementare la qualità professionale del medico [37] considerando la complessità e l'appropriatezza dei trattamenti BPS e coinvolgendo le istituzioni politiche e sanitarie. Questo porterebbe a una definizione di trattamenti aggiornati e a progetti riabilitativi che permettano periodi adeguati e di intervenire sul carico della famiglia.

Per quanto riguarda il rapporto tra qualità e risorse è stata proposta da Saraceno [109] la formula: R (*resource*) + T (*technologies*) \neq Q (*quality*). Sono presenti delle variabili ancora poco conosciute che influenzano tale equazione. Spesso tali variabili dipendono dall'adozione di paradigmi relativamente indipendenti dalle risorse e dalla tecnologia: il più favorevole è senz'altro il paradigma BPS. La qualità dei trattamenti è un sintomo di "progetto biopsicosociale disegnato sulla persona ed efficace nel tempo" anche nell'assistenza primaria. In conclusione, la medicina integrata in senso psicosomatico risulta vantaggiosa in termini di costi-benefici rispetto alla medicina convenzionale [64].

Ulteriori studi sono necessari sugli aspetti economici della gestione psicoterapica in psicosomatica e psichiatria. Rimangono attuali al proposito le osservazioni che emergevano dieci anni fa dalla indagine sistematica della letteratura di Frasci et alii [53]. Questi autori hanno evidenziato che la qualità della rappresentazione dei risultati clinici (media 8.6) era migliore di quella dei risultati economici (media 6.1). È, quindi, possibile valutare correttamente gli interventi psicoterapeutici con attenzione agli aspetti economici, anche se negli studi che allora gli autori esaminavano il tipo di valutazione dell'analisi di utilità dei costi – l'unica che considera gli aspetti della qualità della vita e la più adeguata per le psicoterapie – era spesso ignorata.

XIV. *Le nuove prospettive della ricerca in Medicina Psicosomatica*

Nei decenni scorsi l'approccio psicosomatico era considerato cruciale nel trattare pazienti con sintomi somatici inspiegabili e per identificare il disagio psicologico nelle malattie del corpo che non può essere diagnosticato dalle categorie psichiatriche. La medicina oggi sta diventando, e diventerà ancor più, una scienza integrata; salute e malattia possono essere capite solo se tutte le discipline mediche vengono considerate globalmente. Una sfida particolare è proposta dai sintomi medicalmente non spiegabili (*medically unexplained physical symptoms*, MUPS), ritenuti essere un quinto delle visite dell'assistenza primaria e una causa di frequente accesso alle cure nel 2.5% della popolazione [123].

Spesso il modello BPS è considerato astratto e impraticabile in un contesto di assistenza primaria per carenza di tempo, differenti tipologie di studi medici o definizioni restrittive di malattia, nonostante il 25-50% dei pazienti dell'assistenza primaria sia affetto da ansia e depressione, anche se spesso non diagnosticate.

La medicina psicosomatica continua a gestire pazienti in *setting* medici che si situano in un *continuum* che va dall'assistenza primaria ai centri medici e chirurgici complessi. I problemi clinici che contengono un'interfaccia medico-psichiatrica offrono una sfida clinica ma anche un'area per nuove conoscenze e interventi migliori [124]. Nella pratica medica e nella ricerca scientifica sta assumendo sempre maggiore importanza la triade metodologica di base che Engel proponeva fin dal 1977 [33]: osservazione, ossia vedere fuori; introspezione, ossia vedere dentro e dialogo, ossia vedere tra. Questo è confermato da tutti gli studi sul modello BPS, non solo in psichiatria ma anche in psicosomatica.

Le ricerche più recenti riguardano i sistemi di regolazione neuroendocrina tra mente e corpo, la psiconeuroimmunologia e più in generale la comunicazione tra sistemi, psicofisiologia e patologia [91]. Sono stati proposti i *neuropatterns* in riferimento alla medicina neurocomportamentale e disturbi collegati allo *Stress* [65]. Nuovi metodi per la valutazione clinica nelle scienze del comportamento consentono di studiare fattori psico-comportamentali, come per es. abitudini di vita poco sane o stili di risposta allo *stress* inappropriati [76]; l'*ecological momentary assessment* (EMA) è stata proposta come metodo affidabile per valutare e registrare eventi e sintomi soggettivi così come variabili fisiologiche e comportamentali in un *setting* naturale [127]. Sono disponibili avanzate metodiche epidemiologiche, socioculturali e psicologiche, e sono in crescita gli studi che comprovano l'associazione tra geni e fattori psicosociali nell'esordio delle malattie [31, 97]. Nella ricerca in medicina psicosomatica è necessario stabilire misure affidabili per una valutazione della "tensione psicosociale" ovvero degli effetti degli *stressors* psicosociali sulla mente e sul corpo [76], molto utili in ricerche sulla interazione gene-ambiente e la reattività allo *stress*, come gli studi di Williams et alii del 2008 [123] sugli aspetti genetici della reattività cardiovascolare allo *stress* mentale nei bambini in relazione allo *status* socioeconomico.

È da poco utilizzata una tecnica unica chiamata "fMRI in tempo reale" (RtfMRI). Si tratta di una specie di "*neurofeedback*" utile per imparare a controllare direttamente l'attivazione di determinate regioni cerebrali autonomamente [101]. Sono state evidenziate differenze individuali nei tratti di personalità correlate a differenze strutturali in specifiche regioni cerebrali [27, 57]. Particolare sviluppo hanno conseguito le tecniche diagnostiche sulla personalità (TCI; SWAP-200), il Manuale Diagnostico Psicodinamico, che cominciano ad essere usate [90] come pure le tecniche di *brain imaging* nell'alessitimia [89] in neuroscienze e psicoterapia [34, 72, 125] e la ricerca genetica sugli endofenotipi negli *Eating Disorders* [88].

Attraverso l'esperienza clinica e mediante questi e altri strumenti d'indagine scientifica la medicina psicosomatica sarà in grado di promuovere una pratica medica basata su un concetto completo di persona [76].

XV. *L'approccio alla persona*

Gli studi clinici nelle malattie somatiche e psichiche che collegano le reazioni agli *stress* ad aspetti psicobiologici nella patogenesi come pure nelle risposte e difese del soggetto, enfatizzano il ruolo dell'approccio alla *persona*, non solo quindi alla malattia o al *paziente* [24, 47, 51]. Le caratteristiche decisive della persona sono quelle che nel 1935 Guardini descriveva come autoappartenenza, singolarità e irripetibilità, interiorità e dignità [61].

La medicina basata sulla persona sta diventando un'esigenza irrinunciabile, come confermato dal programma istituzionale della *World Psychiatric Association* sulla «psichiatria per la persona: dall'iniziale gestione clinica alla salute pubblica» (*Institutional Program on Psychiatry for the Person: IPPP*). Questo programma considera il paziente nella sua personalità e nella pienezza esistenziale e nel suo contesto come nucleo ed obiettivo dell'assistenza clinica e del miglioramento della salute, sia come individuo sia come comunità [24, 86].

Per ottimizzare l'attenzione agli aspetti positivi e patologici della salute della persona è necessaria un'unione di scienza ed umanitarismo. In casi somatici l'attenzione è incentrata solo sui sintomi e sui tentativi di sradicarli con un farmaco: è spesso scarsa l'attenzione agli aspetti positivi di salute (funzionamento adattativo, capacità di recupero, supporti, qualità della vita) e alla loro globalità, ignorando così le basi per la promozione della salute.

Attualmente, quando parliamo di medicina centrata sull'individuo (*tailored*: "su misura" della personalità), si immaginano solo le informazioni genetiche. La psicosomatica tuttavia dovrebbe basarsi sull'individuo, sulla valutazione della personalità, della famiglia, dei fattori socio-ambientali e genetici e delle interazioni gene-ambiente. I trattamenti della medicina basata sulla persona dovranno attivare *per effectum* le risorse della personalità del paziente: cambiare comportamenti dannosi e motivare, tramite una maggior capacità di *coping*, la persona alla realizzazione di sé [47]. Senza questa medicina psicologica i medici potranno curare solo i sintomi e non le cause delle malattie [24].

XVI. *Il trattamento biopsicosociale come riferimento per la nuova medicina*

Il modello psicosomatico è la base per la nuova medicina e per la psichiatria. L'approccio BPS – vero nucleo della psicosomatica – prende forma oltre che come procedimento diagnostico complessivo, ancor di più soprattutto come progetto terapeutico disegnato sulla personalità del paziente. Esso riduce le resistenze ai trattamenti e i fattori di cronicizzazione e può condizionare la qualità dei trattamenti anche rispetto agli aspetti etici ed economici.

Sono segnalate diverse difficoltà all'applicazione pratica del modello PBS [49, 55, 91]. Recentemente [58] il ruolo del modello BPS è stato messo in discussione, poiché è stato definito come mero ecletticismo. Il modello biopsicosociale non è un *mix* eclettico, ma deve essere considerato da un punto di vista epistemologico come *Modello di Rete* [107]. Questo è uno strumento interattivo, concettuale ed operativo, tra diversi paradigmi, che ha lo scopo di evitare sia il riduzionismo sia gli approcci sincretici di diversi linguaggi. È in grado di evitare una giustapposizione acritica tra farmaci, trattamenti psicologici ed educazionali ed il caos funzionale che viene a crearsi in caso di differenti trattamenti. L'appropriatezza e l'efficacia completa sono raggiungibili attraverso un *progetto terapeutico* disegnato *ad personam* sulla storia evolutiva dell'individuo oltre che sulla storia della malattia, sugli aspetti biologico-genetici, psicologici e relazionali della personalità del paziente e della sua famiglia. Questo è un progetto strategico perché considera da subito le resistenze che presumibilmente si attiveranno nel paziente quando sarà necessario cambiare stili di vita e cattive abitudini, che stanno alla base di reazioni maladattative, *distress*, abitudini alimentari, fumo, alcol, tendenze depressive, impulsive, etc. [39].

Il modello biopsicosociale si conferma come lo *status quo* concettuale della psichiatria contemporanea come pure della medicina. L'impatto del modello BPS sulla ricerca, sulla formazione medica e sull'applicazione nella pratica della medicina è ancora rilevante [9]. Nella Scuola di Medicina dell'Università di Berna, un programma della scuola di specializzazione di medicina interna integrato al BPS è stato attuato con successo. Un *follow-up* 5 e 28 anni ha dimostrato che i medici che hanno ricevuto specifica formazione BPS e che ora lavorano come medici generali e internisti praticano ancora l'approccio integrato e dimostrano maggiori competenze nella diagnosi psicofisiologica e a costi inferiori rispetto ai medici a cui manca questo tipo di formazione [10].

XVII. *Occorre quindi per il medico una formazione di per sé psicosomatica?*

La *Medicina Psicosomatica* è dunque una scienza costitutivamente integrativa: forse è per questo che viene scarsamente considerata nell'attuale formazione

medica. L'enfasi sulla biologia molecolare e sulla genetica facilita un approccio troppo riduttivo per la pratica clinica se paragonato al funzionamento umano, dal momento che salute e malattia sono comprese in un unico contesto. Il fondamento scientifico che la Psicosomatica può dare alla medicina nel suo complesso è la visione globale delle interazioni di tutte le discipline.

È dunque necessaria una specifica *formazione in Medicina Psicosomatica* per cui il *focus* sui problemi del paziente promuova un'analisi multilivello. La ricerca psicosomatica investiga le interazioni multilivello che contribuiscono ai differenti aspetti di salute e malattia: agenti genetici, patogeni (agenti carcinogenici e microorganismi), esperienze della prima infanzia, *status* socioeconomico, personalità, agenti stressanti acuti e cronici, comportamenti, stile di vita, connessioni sociali e i loro effetti combinati sul funzionamento psicologico. Come possono gli studenti in medicina comprendere la miriade di interconnessioni tra l'ambiente sociale, il comportamento, le emozioni, fisiologia e genetica nella genesi delle malattie?

La formazione degli studenti di medicina a pensare alla malattia e ai disturbi da una prospettiva multilivello deve iniziare precocemente negli anni di studi in medicina. All'interno di questo contesto complessivo, etica e neuroscienze accrescono la responsabilità relazionale del medico. L'enfasi della medicina psicosomatica sulle interconnessioni tra sistemi e discipline offre un contributo vitale al futuro dell'educazione medica favorendo un approccio interdisciplinare sia nei *curricula* di base sia nella clinica. La metodologia della medicina psicosomatica aiuta gli studenti a comprendere perché devono indagare *background* del paziente, vita attuale, abitudini, agenti stressanti, umore, speranze e paure e perché devono inoltre considerare la personalità per favorire l'adesione alle cure e maggiori capacità di *coping*.

L'approccio etico aumenta l'impegno del medico verso un'autonomia maggiore del paziente: l'interazione tra la personalità del medico e quella del paziente (confermata dalle recenti acquisizioni neurobiologiche di empatia, *intentional attunement*, attaccamento e memoria implicita) [56] sollecita ulteriormente alla responsabilità etica del medico.

Medici formati con il modello BPS offrono ai pazienti spiegazioni di come agenti stressanti ed esperienze di vita possano essere correlati ai loro sintomi somatici. Pazienti che comprendono meglio la psicofisiologia dei loro organi si sentiranno meno colpevoli per avere tali disturbi e più motivati ad un autentico cambiamento.

XVIII. *È auspicabile anche nel medico di base capacità psicoterapeutica e progettuale*

Il “nuovo medico” dovrebbe dunque essere preparato a considerare gli aspetti psico(pato)logici, precedenti e/o conseguenti la malattia, per creare un progetto articolando i diversi tipi di intervento – farmacologico, psicologico, familiare e riabilitativo – sulla base della personalità del paziente. Il bisogno di senso (direzione e significato) [8, 52] è centrale nello sviluppo della personalità: i sintomi psicosomatici – linguaggio d’organo – sono un segno del disturbo e allo stesso tempo un tentativo di ripararlo.

Si stanno studiando procedure diagnostiche che tengano in considerazione la personalità – temperamento e carattere – per la scelta del trattamento psicofarmacologico [119], i sentimenti del paziente sulla propria malattia e che diano *sensò* alla diagnosi [15, 123], ad esempio la “Formulazione esplicativa” [39, 83].

Il senso della diagnosi può essere sintetizzato grazie alla formula didattica dei tre “chi” e tre “cosa” (Tabella 1) [35, 39] utilizzata per gli specializzandi di psichiatria come chiave del processo esplorativo-esplicativo e terapeutico.

Chi era il paziente? Chi è ora il paziente? Chi vorrebbe essere il paziente? Cosa gli è successo? Cosa si aspetta il paziente da me? Cosa il paziente può fare per sé e io per lui?
--

Tabella 1
Tre chi e tre cosa

La formulazione psicodinamica anche in Psicosomatica è un processo più complesso e diverso dalla diagnosi. Infatti, la diagnosi multiassiale utilizza termini riconducibili a un vocabolario standardizzato limitato (DSM-IV), si basa su un esame strutturato dello stato mentale e sulla raccolta dei dati anamnestici e prevede una terminologia che per lo più evita connotazioni teoriche, limitandosi alla descrizione dei sintomi. La formulazione psicodinamica, invece, si propone di dare senso – significato e direzione – e spiegare ciò che è unico e distintivo negli individui a *causare* le malattie; considera ulteriori elementi e informazioni, che vengono raccolti con un’intervista interattiva; fa riferimento ad una teoria [39, 54, 83] che fa ipotesi sulle cause e per quanto possibile, anche, sulla eziopatogenesi dei sintomi.

Personalità con tratti ossessivi al TCI [26]: Evitamento del Danno molto alto, tendenza a rispondere alle stimolazioni ambientali in modo impulsivo, Cooperatività medio-bassa e Autodirettività e Autotrascendenza molto basse esprimono maturità in evoluzione, con difficoltà di *coping* e nel perseguire le mete prefissate. Grave complesso d'inferiorità e volontà di potenza distorta e autodistruttiva, scarso sentimento sociale, recenti ferite narcisistiche, insuccessi lavorativi e sentimentali che la paziente non è stata in grado di affrontare, interiorizzazione di una costellazione familiare disturbante distruttiva.

I sintomi quali digiuno, condotte di eliminazione, perfezionismo, emaciazione corporea sembrano rappresentare: a) segnali di profonda angoscia di non valere nulla; b) al contempo risposta (pseudo)riparativa tramite controllo onnipotente sulla fame vorace, di cibo, ma specialmente di affetti e autostima; c) una difficoltà ad integrare vari aspetti della vita interiore e stimoli ambientali esterni; d) alterato processo di attaccamento con *deficit* strutturali connessi a trauma remoto (nascita del fratello in famiglia in nucleo familiare disturbato); e) padre fragile con HA e P SD anomala, madre con immaturità SD; f) il sentimento di inferiorità e le modalità scissionali ed ossessive del pensiero ostacolano le relazioni con gli altri e le capacità decisionali, alimentando rabbia e solitudine; g) recenti ferite narcisistiche che la paziente non è stata in grado di affrontare hanno accresciuto la regressione funzionale.

Il Progetto BPS è stato prospettato con queste fasi sequenziali e/o concomitanti durante il decorso di malattia, caratterizzato da remissioni e ricadute con esito finale in miglioramento: a) olanzapina e serotoninergici in riferimento a tendenze scissionali, anomalo HA e demoralizzazione dissimulata, ma grave; b) *counselling* con madre; c) psicoterapia motivazionale breve per preparare ricovero; d) ricovero in reparto ospedaliero per 60 giorni per grave calo ponderale e sintomi cardiaci e renali; e) dopo parziale recupero ponderale psicoterapia duale prima supportiva poi dinamica; f) riabilitazione relazionale e consolidamento stile nutrizionale in *Day Hospital* per 90 giorni; g) psicoterapia con madre e padre; h) rientro in famiglia con mantenimento psicoterapia e controlli nutrizionali; i) in seguito a ricaduta in restrizioni alimentari e per dare sollievo alla famiglia nuovo ricovero in reparto ospedaliero per 40 giorni; l) ricovero in comunità terapeutica *ad hoc* per 180 giorni; m) proseguimento terapia ambulatoriale con farmaci e controlli nutrizionali, psicoterapia dinamica e familiare.

Tabella 2

Formulazione esplicativa e progetto di cura BPS per Laura X, anni 24, BMI 13 con Anoressia Restricta

Una formazione psicoterapeutica è utile nell'aiutare il medico a progettare un intervento di cura BPS disegnato sul paziente che consideri le resistenze e promuova l'attitudine a conoscersi ed a utilizzare i propri sentimenti: una formazione alla relazione terapeutica come incoraggiamento e motivazione al cambiamento. L'incoraggiamento o processo trans-motivazionale [5, 106] induce più fiducia, autostima e creatività: questo aiuta lo sviluppo della personalità e nuovi modelli di *coping* diversi dalle reazioni patologiche allo *stress*. Inoltre, configura il modo di pensare, sentire, fare ed essere del terapeuta nel trasmettere empaticamente fiducia; in questo modo il paziente può diventare coinvolto nel cambiamento.

Al fine di attuare trattamenti sulle cause oltre che dei sintomi [24] è importante considerare le dimensioni spirituali del paziente e del terapeuta che supportano spesso l'empatia, la fiducia reciproca e, di conseguenza, l'alleanza terapeutica.

Una *review* sul ruolo della spiritualità in psichiatria [44] evidenzia come questa sia poco considerata nel rapporto col paziente, ma la maggioranza degli studi esaminati sottolinea l'importanza della spiritualità nello sviluppo della capacità di *coping*, contribuendo alla riduzione di rischio suicidario e ad una maggiore volontà di seguire i trattamenti e di guardare al senso della malattia. L'inclinazione alla spiritualità ed alla trascendenza è considerata come una dimensione del carattere nell'organizzazione della personalità.

Joanna Shapiro [115] propone un modello per la formazione all'empatia nei giovani medici "per imparare a camminare almeno un miglio con le scarpe dei pazienti". Sottolinea la necessità di un paradigma epistemologico che aiuti lo studente a sviluppare tolleranza per l'imperfezione in se stessi e negli altri e ad accettare la vulnerabilità emotiva condivisa e il soffrire: questo per fornire un fondamento psicologicamente solido per lo sviluppo della vera empatia. Viene rimarcata la relazione tra empatia e etica dell'imperfezione al fine di considerare la paura della vulnerabilità propria e altrui utile a conseguire il desiderato obiettivo di aiutare chi è malato.

XIX. *Una nuova Medicina, di per sé psicosomatica*

Ci sono sempre maggiori evidenze non solo in psichiatria ma in tutti i campi medici che la cura di mente e persona è essenziale per la cura del corpo, poiché non c'è salute senza salute mentale [96]. È necessario, quindi, un nuovo modello di formazione verso una medicina che consideri non solo *mens sana in corpore sano*, ma anche *corpus sanus in mente sana*. Ritrovare la mente per curare sia il cervello che il corpo [35]. È in corso un nuovo ruolo della psicoterapia in psichiatria, come pure alla luce delle precedenti osservazioni e riflessioni anche nella medicina di base e specialistica di per sé psicosomatica.

Ulteriore impulso per la Medicina psicosomatica o Medicina Psicologica [46] è fornito dalle evidenze scientifiche che confermano come i processi patologici siano intrinsecamente BPS e anche le diagnosi e i trattamenti debbano allora esserlo. Economizzare sulla qualità dei trattamenti (solo farmaci, solo chirurgia, solo trattamenti somatici) risulta in effetti opposto all'etica, con scarsi risultati clinici e perdita economica. La Medicina Psicologica [46] – definita come l'applicazione clinica dell'approccio psicosomatico – sta rimpiazzando non solo la Psichiatria Farmaceutica ma anche l'attuale tendenza a trattamenti biomedici riduttivi nell'assistenza primaria, con la creazione di una vera e propria Medicina Biopsicosociale. È ancora quindi il caso di ricordare, insieme a Fava e Sonino [49] e a Adler R. H. [10], quanto Engel [33] 36 anni fa affermava con convinzione: «Nothing will change unless or until those who control resources have the wisdom to venture off the beaten path of exclusive reliance on biomedicine as the only approach to health care».

Si rende pertanto urgente una formazione, maggiormente psicologica, in campo medico. Gli interventi psicologici nella pratica medica sono sempre più necessari tanto che U. Schnyder [112], Presidente della *International Federation for Psychotherapy*, nella sua relazione al 20° *World Congress on Psychosomatic Medicine, Turin 2009*, interroga: “Al fine di comprendere i pazienti e alleviarne le sofferenze, fenomeno per eccellenza bio-psico-sociale, tutti i medici sono, o devono diventare, psicoterapeuti?”. L'esperienza del medico, il saper fare, e l'abilità relazionale, il saper essere, rappresentano i più importanti aspetti etici della persona, della personalità del medico cui è richiesta questa nuova prassi più che mai sostenuta dalle nuove acquisizioni scientifiche.

Bibliografia

1. ABBATE DAGA, G., GRAMAGLIA, C., PREDI, S., COMBA, E., BRUSTOLIN, A., FASSINO, S. (2009), Day Hospital Programmes for Eating Disorders: a Review of the Similarities, Differences and Goals, *Eat Weight Disord*, 14: 31-41.
2. ADLER, A. (1907), *Studie über Minderwertigkeit von Organen*, tr. fr. *La compensation psychique de l'état d'infériorité des organes*, Payot, Paris.
3. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
4. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1995.

5. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
6. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
7. ADLER, A. (1934), Physical Manifestations of Psychic Disturbances, *Indiv. Bull.*, 4: 3-8.
8. ADLER, A. (1935), The Fundamental View of Individual Psychology, *Int. J. Ind. Psych.*, 1: 5-8.
9. ADLER, R. H. (2008), Five-to Twenty-Eight- Year Follow-up of 99 Residents Trained in Biopsychosocial Internal Medicine, *Psychother. Psychosom.*, 77: 126-127.
10. ADLER, R. H. (2009), Engel's Biopsychosocial Model is Still Relevant Today, *J. Psychosom. Res.*, 67: 607-611.
11. ALBRECHT, M., KRAUTH, C., RIEGER, J., LAMPRECHT, F., KERSTING, A., SCHWARTZ, F. W. (2000), Concept for a Health Care Economic Evaluation of Short- and Long-Term Costs and Effectiveness Parameters of an Expanded Ambulatory Psychosomatic Rehabilitation Program, *Gesundheitswesen*, 62: 156-160.
12. ANSBACHER, H., ANSBACHER, R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli & C, Firenze 1977.
13. BALTRUSCH, H. J., GEHDE, E., TITZE, I., HEINZE, H. J. (1992), Early Socialization and Development of Cancer in Later Life. Biopsychosocial and Psychoneuroimmunologic Aspects, *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 650: 355-362.
14. BARBUI, C., TANSELLA, M. (2006), Identification and Management of Depression in Primary Care Settings. A Meta-Review of Evidence, *Epidemiol. Psychiatr. Soc.*, 15: 276-283.
15. BARRON, J. (1998), *Making Diagnosis Meaningful*, American Psychological Association Washington, DC.
16. BECKER, G. (1962), Investment in Human Capital: a Theoretical Analysis, *J. Polit. Econ.*, 70: 9-49.
17. BENEDETTO, X. (2009), *Caritas in veritate*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano.
18. BERMOND, B., VORST, H. C., MOORMANN, P. P. (2006), Cognitive Neuropsychology of Alexithymia: Implications for Personality Typology, *Cogn. Neuropsychiatry*, 11: 332-360.
19. BORRELL-CARRIO, F., SUCHMAN, A. L., EPSTEIN, R. M. (2004), The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice and Scientific Inquiry, *Ann. Fam. Med.*, 2: 576-582.
20. BOSMANS, J. E., VAN SCHAİK, D. J., DE BRUIJNE, M. C., VAN HOUT, H. P., VAN MARWIJK, H. W., VAN TULDER, M. W., STALMAN, W. A. (2008), Are Psychological Treatments for Depression in Primary Care Cost-Effective?, *J. Ment. Health Policy Econ.*, 11: 3-15.
21. BURGMER, M., FIORI, W., BUNZEMEIER, H., ROEDER, N., HEUFT, G. (2004), Comorbidity of Mental Disorders in the German G-DRG System Effect on Length of Stay and Revenue at a University Hospital, *Z. Psychosom. Med. Psychother.*, 50: 306-316.
22. CHIDA, Y., HAMER, M. (2008), Chronic Psychosocial Factors and Acute Physiological Responses to Laboratory-Induced Stress in Healthy Populations: a Quantitative Review of 30 Years of Investigations, *Psychol. Bull.*, 134: 829-885.
23. CIECHANOWSKI, P. S., KATON, W. J., RUSSO, J. E., WALKER, E. A. (2001), The

Patient-Provider Relationship: Attachment Theory and Adherence to Treatment in Diabetes, *Am. J. Psychiatry*, 158: 29-35.

24. CLONINGER, C. R. (2010), The Positive Health Domain in Person-Centered Integrative Diagnosis, *Int. J. Integr. Care*, 10 Suppl: e026.

25. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRZYBECK, T. R. (1993), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-990.

26. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRZYBECK, T. R. (2006), Can Personality Assessment Predict Future Depression? A Twelve-Month Follow-Up of 631 Subjects, *J. Affect. Disord.*, 92: 35-44.

27. COHEN, M. X., SCHOENE-BAKE, J. C., ELGER, C. E., WEBER, B. (2009), Connectivity-Based Segregation of the Human Striatum Predicts Personality Characteristics, *Nat. Neurosc.*, 12: 32-34.

28. CROW, S. J., PETERSON, C. B., SWANSON, S. A., RAYMOND, N. C., SPECKER, S., ECKERT, E. D., MITCHELL, J. E. (2009), Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders, *Am. J. Psychiatry*, 166: 1342-1346.

29. DALLE GRAVE, R., CALUGI, S., BRAMBILLA, F., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S., MARCHESINI, G. (2007), The Effect of Inpatient Cognitive-Behavioral Therapy for Eating Disorders on Temperament and Character, *Behav. Res. Ther.*, 45: 1335-1344.

30. DECETY, J., LAMM, C. (2006), Human Empathy Through the Lens of Social Neuroscience, *Scientific World Journal*, 6: 1146-1163.

31. DEMPfle, A., SCHERAG, A., HEIN, R., BECKMANN, L., CHANG-CLAUDE, J., SCHAFER, H. (2008), Gene-environment Interactions for Complex Traits: Definitions, Methodological Requirements and Challenges, *Eur. J. Hum. Genet.*, 16: 1164-1172.

32. DENOLLET, J., PEDERSEN, S. S., VRINTS, C. J., CONRAADS, V. M. (2006), Usefulness of Type D Personality in Predicting Five-Year Cardiac Events above and beyond Concurrent Symptoms of Stress in Patients with Coronary Heart Disease, *Am. J. Cardiol.*, 97: 970-973.

33. ENGEL, G. L. (1977), The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine, *Science*, 196: 129-136.

34. ETKIN, A., PITTINGER, C., POLAN, H. J., KANDEL, E. R. (2005), Toward a Neurobiology of Psychotherapy: Basic Science and Clinical Applications, *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosc.*, 17: 145-158.

35. FASSINO, S. (2010), Ritrovare la mente per curare il cervello?, *Didatticamente*: 2/10:5-7.

36. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G. (2009), Percorso formativo psicodinamico per lo psichiatra nell'era delle neuroscienze, *Minerva Psichiatrica*, 47: 103-112.

37. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G. (2011), Più psichiatria per la formazione del futuro medico, *Didatticamente*, 2: 3-6.

38. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F. (2011), Turin Group Biopsychological Personality Research (TGBPR), 7, *National Institutes of Health* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>.

39. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di Psichiatria Biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.

40. FASSINO, S., AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G. (2009), The Dynamic Relationship of Parental Personality Traits with the Personality and Psychopathology Traits of

- Anorectic and Bulimic Daughters, *Compr. Psychiatry*, 50: 232-239.
41. FASSINO, S., AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G. (2012), Does it Exist a Personality Core of Mental Illness?, *BMC Psychiatry*.
42. FASSINO, S., AMIANTO, F., GRAMAGLIA, C., FACCHINI, F., ABBATE DAGA, G. (2004), Temperament and Character in Eating Disorders: Ten Years of Studies, *Eat. Weight. Disord.*, 9: 81-90.
43. FASSINO, S., FACCHINI, F., ABBATE DAGA, G. (*in press* 2012). La psicoterapia è efficace: i costi sono convenienti?, in LABARBERA, D. (a cura di), *Gli scenari attuali della psicoterapia: efficacia, costi economici, contesti culturali*, Editrice Alpes, Roma.
44. FASSINO, S., PIERÒ, A., TOMBA, E., ABBATE DAGA, G. (2009), Factors Associated with Dropout from Treatment for Eating Disorders: a Comprehensive Literature Review, *BMC Psychiatry*, 9: 67.
45. FASSINO, S., SOBRERO, C., LEOMBRUNI, P., GIOVANNONE, C., ABBATE DAGA, G. (2008), Spiritualità e relazione terapeutica in psichiatria. Una review, *Psichiatria e Psicoterapia*, 27: 235-267.
46. FAVA, G. A. (2009), The Decline of Pharmaceutical Psychiatry and the Increasing Role of Psychological Medicine, *Psychother. Psychosom.*, 78: 220-227.
47. FAVA, G. A., FABBRI, S., SIRRI, L., WISE, T. N. (2007), Psychological Factors Affecting Medical Condition: a New Proposal for DSM-V, *Psychosomatics*, 48: 103-111.
48. FAVA, G. A., SONINO, N. (2005), The Clinical Domains of Psychosomatic Medicine, *J. Clin. Psychiatry*, 66: 849-858.
49. FAVA, G. A., SONINO, N. (2008), The Biopsychosocial Model Thirty Years Later, *Psychother. Psychosom.*, 77: 1-2.
50. FELITTI, V. J., ANDA, R. F., NORDENBERG, D., WILLIAMSON, D. F., SPITZ, A. M., EDWARDS, V., KOSS, M. P., MARKS, J. S. (1998), Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of The Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, *Am. J. Prev. Med.*, 14: 245-258.
51. FLAA, A., EKEBERG, O., KJELDSSEN, S. E., ROSTRUP, M. (2007), Personality May Influence Reactivity to Stress, *Biopsychosoc. Med.*, 1: 5.
52. FRANKL, V. (1977), *Psicoterapia nella Pratica Medica*, Giunti e Barbera, Firenze.
53. FRASCH, K., NEUMANN, N. U. (1999), Economic Aspects of Psychotherapy Management in Psychosomatics and Psychiatry. A Systematic Survey of the Literature, *Nervenarzt*, 70: 387-390.
54. GABBARD, G. O. (2005), *Psychodynamic Psychiatry and Clinical Practice*, Am. Psychiatric. Press Inc., Washington, DC
55. GABBARD, G. O., KAY, J. (2001), The Fate of Integrated Treatment: Whatever Happened to the Biopsychosocial Psychiatrist?, *Am. J. Psychiatry*, 158: 1956-1963.
56. GALLESE, V., EAGLE, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 131-176.
57. GARDINI, S., CLONINGER, C. R., VENNARI, A. (2009), Individual Differences in Personality Traits Reflect Structural Variance in Specific Brain Regions, *Brain Res. Bull.*, 79: 265-270.
58. GHAEMI, S. N. (2009), The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model, *Br. J. Psychiatry*, 195: 3-4.
59. GRASSI, L., BIANCOSINO, B., MARMAI, L., ROSSI, E., SABATO, S. (2007),

- Psychological Factors Affecting Oncology Conditions, *Adv. Psychosom. Med.*, 28: 57-71.
60. GROSSARDT, B. R., BOWER, J. H., GEDA, Y. E., COLLIGAN, R. C., ROCCA, W. A. (2009), Pessimistic, Anxious and Depressive Personality Traits Predict All-Cause Mortality: the Mayo Clinic Cohort Study of Personality and Aging, *Psychosom. Med.*, 71: 491-500.
61. GUARDINI, R. (1935), *Persona e Personalità*, Morcelliana, Brescia.
62. HAMER, M., CHIDA, Y., MOLLOY, G. J. (2009), Psychological Distress and Cancer Mortality, *J. Psychosom. Res.*, 66: 255-258.
63. HAUSER, W., ZIMMER, C., KLAR, Y., KRAUSE WICHMANN, D. (2004), Cost Effectiveness of Integrated Internal Medicine, *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 54: 34-38.
64. HAUSER, W., ZIMMER, C., WILHELM, R., KLEIN, W., KRAUSE-WICHMANN, D. (2004), Internal Psychosomatic Medicine within the German Diagnosis Related Groups System, *Psychosoc. Med.*, 1: Doc02.
65. HELLHAMMER D. H. (2008), Stress. The Brain-Body Connection. Key Issues in Mental Health., *Basel, Karger*, 174: 11-20.
66. HERU, A. M. (2006), Family Psychiatry: from Research to Practice, *Am. J. Psychiatry*, 163: 962-968.
67. HESSEL, A., GEYER, M., HINZ, A., BRAHLER, E. (2005), Utilization of the Health Care System Due to Somatoform Complaints - Results of a Representative Survey, *Z. Psychosom. Med. Psychother.*, 51: 38-56.
68. HOCHLEHNERT, A., NIEHOFF, D., HERZOG, W., LOWE, B. (2007), Elevated Costs of Treatment in Medical Inpatients with Psychiatric Comorbidity are not Reflected in the German DRG-system, *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 57: 70-75.
69. HOLLO, G., KOTHY, P., GECZY, A., VARGHA, P. (2009), Personality Traits, Depression, and Objectively Measured Adherence to Once-Daily Prostaglandin Analog Medication in Glaucoma, *J. Glaucoma*, 18: 288-292.
70. IACOBONI, M. (2008), *Mirroring People. The New Science of How We Connect with Other*, Farrar, Straus & Giroux, NY.
71. KANDEL, E. R. (1999), Biology and the Future of Psychoanalysis: a New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited, *Am. J. Psychiatry*, 156: 505-524.
72. KANDEL, E. R. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*, American Psychiatric Publishing Inc, Washington, DC.
73. KATON, W. J., RUSSO, J. E., VON KORFF, M., LIN, E. H., LUDMAN, E., CIECHANOWSKI, P. S. (2008), Long-Term Effects on Medical Costs of Improving Depression Outcomes in Patients with Depression and Diabetes, *Diabetes Care*, 31: 1155-1159.
74. KLUMP, K. L. ET ALII (2004), Personality Characteristics of Women before and after Recovery from an Eating Disorder, *Psychol. Med.*, 34: 1407-1418.
75. KOHUT, H. (1978), *The Search for the Self*, tr. it. *La ricerca del Sé*, Boringhieri, Torino 1982.
76. KOMAKI, G., MORIGUCHI, Y., ANDO, T., YOSHIUCHI, K., NAKAO, M. (2009), Prospects of Psychosomatic Medicine, *Biopsychosoc. Med.*, 3: 1.
77. KORNFIELD, D. S. (2002), Consultation-Liaison Psychiatry: Contributions to Medical Practice, *Am. J. Psychiatry*, 159: 1964-1972.
78. KRAUTH, C., HESSEL, F., HANSMEIER, T., WASEM, J., SEITZ, R., SCHWEIK-

- ERT, B. (2005), Empirical Standard Costs for Health Economic Evaluation in Germany, a Proposal by the Working Group Methods in Health Economic Evaluation, *Gesundheitswesen*, 67: 736-746.
79. LAYARD, R. (2006), The Case for Psychological Treatment Centres, *Bmj*, 332: 1030-1032.
80. LEOMBRUNI, P., PIERÓ, A., DOSIO, D., NOVELLI, A., ABBATE DAGA, G., MORINO, M., TOPPINO, M., FASSINO, S. (2007), Psychological Predictors of Outcome in Vertical Banded Gastroplasty: a 6 Months Prospective Pilot Study, *Obes. Surg.*, 17: 941-948.
81. LINDEN, D. E. (2006), How Psychotherapy Changes the Brain. The Contribution of Functional Neuroimaging, *Mol. Psychiatry*, 11: 528-538.
82. LINDEN, D. E. (2008), Brain Imaging and Psychotherapy: Methodological Considerations and Practical Implications, *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc.*, 258 Suppl 5: 71-75.
83. MACE, C., BINYON, S. (2006), *Teaching Psychodynamic Formulation to Psychiatric Trainees. Part 2: Teaching methods.*, Adv. Psychiatr. Treat.
84. MARCHESI, C., DE PANFILIS, C., CANTONI, A., GIANNELLI, M. R., MAGGINI, C. (2008), Effect of Pharmacological Treatment on Temperament and Character in Panic Disorder, *Psychiatry Res.*, 158: 147-154.
85. MAUNDER, R. G., HUNTER, J. J. (2008), Attachment Relationships as Determinants of Physical Health, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 36: 11-32.
86. MEZZICH, J. E. (2007), Psychiatry for the Person: Articulating Medicine's Science and Humanism, *World Psychiatry*, 6: 65-67.
87. MOLLOY, G. J., PERKINS PORRAS, L., BHATTACHARYYA, M. R., STRIKE, P. C., STEPTOE, A. (2008), Practical Support Predicts Medication Adherence and Attendance at Cardiac Rehabilitation Following Acute Coronary Syndrome, *J. Psychosom. Res.*, 65: 581-586.
88. MONTELEONE, P., MAJ, M. (2008), Genetic Susceptibility to Eating Disorders: Associated Polymorphisms and Pharmacogenetic Suggestions, *Pharmacogenomics*, 9: 1487-1520.
89. MORIGUCHI, Y., OHNISHI, T., DECETY, J., HIRAKATA, M., MAEDA, M., MATSUDA, H., KOMAKI, G. (2009), The Human Mirror Neuron System in a Population with Deficient Self-Awareness: an fMRI Study in Alexithymia, *Hum. Brain Mapp.*, 30: 2063-2076.
90. NORTHOFF, G., BERMPOHL, F., SCHOENEICH, F., BOEKER, H. (2007), How Does our Brain Constitute Defense Mechanisms? First-Person Neuroscience and Psychoanalysis, *Psychother. Psychosom.*, 76: 141-153.
91. NOVACK, D. H., CAMERON, O., EPEL, E., ADER, R., WALDSTEIN, S. R., LEVENSTEIN, S., ANTONI, M. H., WAINER, A. R. (2007), Psychosomatic Medicine: the Scientific Foundation of the Biopsychosocial Model, *Acad. Psychiatry*, 31: 388-401.
92. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
93. PDMTaskForce (2006), *Psychodynamic Diagnostic Manual*, Silver Spring.
94. PEDERSEN, S. S., VAN DEN BROEK, K. C., SEARS, S. F. Jr. (2007), Psychological Intervention Following Implantation of an Implantable Defibrillator: a Review and Future Recommendations, *Pacing Clin. Electrophysiol.*, 30: 1546-1554.
95. PORCELLI, P., MCGRATH, R. E. (2007), Introduction to the Special Issue on

- Personality Assessment in Medical Settings, *J. Pers. Assess.*, 89: 211-215.
96. PRINCE, M., PATEL, V., SAXENA, S., MAJ, M., MASELKO, J., PHILLIPS, M. R., RAHMAN, A. (2007), No Health without Mental Health, *Lancet*, 370: 859-877.
97. REDEI, E. E. (2008), Molecular Genetics of the Stress-Responsive Adrenocortical Axis, *Ann. Med.*, 40: 139-148.
98. RIZZOLATTI, G., FABBRI DESTRO, M., CATTANEO, L. (2009), Mirror Neurons and Their Clinical Relevance, *Nat. Clin. Pract. Neurol.*, 5: 24-34.
99. RIZZOLATTI, G., FOGASSI, L., GALLESE, V. (2006), Mirrors of the Mind, *Sci. Am.*, 295: 54-61.
100. ROCCA, G. (2009), Emotions, Survival, Diseases and Wellbeing, *Pan. Med.*: 93
101. ROTA, G., SITARAM, R., VEIT, R., ERB, M., WEISKOPF, N., DOGIL, G., BIRBAUMER, N. (2009), SELF-REGULATION of Regional Cortical Activity Using Real-Time fMRI: the Right Inferior Frontal Gyrus and Linguistic Processing, *Hum. Brain Mapp*, 30: 1605-1614.
102. ROVERA, G. G. (1978), *Die individual psychologie: ein offens modell*, Basel, München.
103. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Indiv. Psychol. Dossier, I*: SAIGA, Torino.
104. ROVERA, G. G. (1999), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P. C., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
105. ROVERA, G. G. (2001), *La resistenza in psicoterapia*, Enciclopedia Treccani, Torino.
106. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-169.
107. ROVERA, G. G., BIGNAMINI, E., GATTI, A. (1984), I modelli formativi per il medico di base in psicosomatica, in TORRE, M. (a cura di), *Terapia in psicosomatica*, M. S, Torino.
108. ROVERA, G. G., FASSINO, S., ANGELINI, G. (1978), Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia, *Min. Psichiatr.*, 18: 167-174.
109. SARACENO, B. (2004), Mental Health: Scarce Resources Need New Paradigms, *World Psychiatry*, 3: 3-5.
110. SCHIFFER, A. A., SMITH, O. R., PEDERSEN, S. S., WIDDERSHOVEN, J. W., DENOLLET, J. (2009), Type D Personality and Cardiac Mortality in Patients with Chronic Heart Failure, *Int. J. Cardiol.*, 142: 230-235.
111. SCHMAHL, C., BREMNER, J. D. (2006), Neuroimaging in Borderline Personality Disorder, *J. Psychiatr. Res.*, 40: 419-427.
112. SCHNYDER, U. (2009), Psychological Interventions in Medical Practice: Are All Physicians Psychotherapists?, *Pan. Med.*, 5 (supp 1 to n 3): 96.
113. SCHULTZ, T. (1961), *Investment in Human Capital*, Am. Econ. Rev.
114. SCHWARZ, S., MESSERSCHMIDT, H., DOREN, M. (2007), Psychosocial Risk Factors for Cancer Development, *Med. Klin. (Munich)*, 102: 967-979.
115. SHAPIRO, J. (2008), Walking a Mile in Their Patients' Shoes: Empathy and Othering in Medical Students' Education, *Philos. Ethics Humanit. Med.*, 3: 10.
116. STEIN, E. (1917), *Zum Problem der Einfühlung*, tr. it. *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 1998.
117. STERN, D. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday*, Norton &

Company, NY London.

118. 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-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy. The "Something More" Than Interpretation. The Process of Change Study Group, *Int. J. Psychoanal.*, 79 (Pt 5): 903-921.
119. SVRAKIC, D. M., CLONINGER, R., STANIC, S., FASSINO, S. (2003). Classification of Personality Disorders: Implications for Treatment and Research, in MARCEL DEKKER, I. (a cura di), *Handbook of Medical Psychiatry*: 117-148.
120. VANDEREYCKEN, W. (2003), The Place of Inpatient Care in the Treatment of Anorexia Nervosa: Questions to be Answered, *Int. J. Eat. Disord.*, 34: 409-422.
121. VITOUSEK, K., WATSON, S., WILSON, G. T. (1998), Enhancing Motivation for Change in Treatment-Resistant Eating Disorders, *Clin. Psychol. Rev.*, 18: 391-420.
122. WESTEN, D., GABBARD, G. O. (2002), Developments in Cognitive Neuroscience: I. Conflict, Compromise and Connectionism, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 50: 53-98.
123. WILLIAMS, N., WILKINSON, C., STOTT, N., MENKES, D. B. (2008), Functional Illness in Primary Care: Dysfunction Versus Disease, *BMC Fam. Pract.*, 9: 30.
124. WISE, T. N. (2008), Update on Consultation-Liaison Psychiatry (Psychosomatic Medicine), *Curr. Opin. Psychiatry*, 21: 196-200.
125. WYKES, T., BRAMMER, M., MELLERS, J., BRAY, P., REEDER, C., WILLIAMS, C., CORNER, J. (2002), Effects on the Brain of a Psychological Treatment: Cognitive Remediation Therapy: Functional Magnetic Resonance Imaging in Schizophrenia, *Br. J. Psychiatry*, 181: 144-152.
126. YODA, N., YAMASHITA, T., WADA, Y., FUKUI, M., HASEGAWA, G., NAKAMURA, N., FUKUI, K. (2008), Classification of Adult Patients with Type 2 Diabetes Using the Temperament and Character Inventory, *Psychiatry Clin. Neurosc.*, 62: 279-285.
127. YOSHIUCHI, K., YAMAMOTO, Y., AKABAYASHI, A. (2008), Application of Ecological Momentary Assessment in Stress-Related Diseases, *Biopsychosoc. Med.*, 2: 13.
128. ZIELKE, M. (1999), Cost-Benefit Aspects in Psychosomatic Rehabilitation, *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 49: 361-367.

Secondo Fassino

Sezione di Psichiatria Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino

Via Cherasco, 11

I-10126 Torino

E-mail: secondo.fassino@unito.it

Matteo Panero

Sezione di Psichiatria Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino

Via Cherasco, 11

I-10126 Torino

E-mail: matteopanero@gmail.com

Specificità della patologia borderline in adolescenza e possibili riflessi sulle strategie di comunicazione-relazione nel trattamento con la *Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP)*

ANDREA FERRERO

Summary – BORDERLINE PATHOLOGY SPECIFICITY IN ADOLESCENCE: CONSEQUENCES ON COMMUNICATION AND RELATIONSHIP STRATEGIES ACCORDING TO SEQUENTIAL BRIEF-ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY (SB-APP). Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP) is a time-limited psychotherapy (modules of 40 weekly sessions), tailored on patients' Personality Functioning Levels (PFL). SB-APP technical issues are specifically discussed in order to treat adolescents and young adults subjects with Borderline Personality Disorder (BPD-A). Some considerations on diagnosis and psychopathological assessment are preliminarily discussed, considering vulnerability, traumas and life events, personality organization and functioning. Specific differences between adolescents and adults are stressed and implications for therapy are consequently highlighted. More into detail, SB-APP therapists have to consider the relevance of brain maturation during adolescence, specific life tasks and cultural references, body language and acting out, projection and idealization as not pathological *per se*, and the role of the family.

Keywords: BORDERLINE PERSONALITY DISORDER, ADOLESCENCE, SEQUENTIAL BRIEF-ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY

I. Premessa

Il presente lavoro intende esaminare le possibili specificità della patologia borderline in adolescenza sotto il profilo nosografico, clinico e psicopatologico, per valutare l'ipotesi di eventuali varianti da apportare alla *Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP)* rispetto alla tecnica descritta [29, 34] e validata [8, 31] per i soggetti adulti.

Il modello psicoterapeutico della SB-APP prevede l'articolazione del trattamento in moduli a tempo limitato di 40 sedute ognuno con frequenza settimanale, ripetibili in sequenza, ma con un terapeuta differente da un modulo all'altro. Le sedute vengono a far parte di un progetto clinico definito in precedenza, che prevede, se è il caso, una presa in carico complessa e pluridisciplinare del paziente, con il coinvolgimento di più terapeuti o più servizi [55]. Gli elementi tecnici della SB-APP, che la differenziano da altre psicoterapie che usano altre impostazioni, hanno la funzione di fornire parametri specifici di riferimento al terapeuta per orientare le sue scelte durante il trattamento [66, 73], tenendo conto, in primo luogo, che i sintomi non descrivono solo le sofferenze e le difficoltà dei pazienti, ma delineano già quali soluzioni essi sono stati capaci di elaborare rispetto al proprio disagio.

Peraltro, la formalizzazione della tecnica non va confusa con la ricerca di una stretta aderenza a manuali che dovrebbero descrivere come va condotto il trattamento e potrebbero risultare, invece, fuorvianti, riducendo paradossalmente le capacità di relazione empatica da parte del terapeuta.

II. Introduzione: la questione della personalità in adolescenza

Per identificare le patologie dell'area borderline in adolescenza è necessario affrontare in via preliminare la questione generale di cosa si debba intendere per personalità in età evolutiva, per poterne poi descrivere eventuali tratti patologici o disturbi conclamati. Un primo importante aspetto della questione riguarda la possibilità stessa di fare riferimento alla personalità in adolescenza come ad un insieme relativamente stabile di modalità di funzionamento psichico del soggetto, in funzione della strutturazione e della regolazione del Sé-stile di vita, delle relazioni e dei comportamenti [5, 69, 87], dal momento che gli adolescenti si mostrano spesso in cambiamento rapido e tumultuoso, incoerenti e in crisi nell'auto-percepirsi e nel progettarsi.

Il dibattito è stato ed è ancora, per certi versi, acceso e complesso; tuttavia, i risultati degli studi più accreditati sull'argomento sostengono attualmente, più che mettere in dubbio, l'importanza di fare riferimento alla personalità per comprendere il malessere o il benessere degli adolescenti e per discriminare le crisi fisiologiche di un'età di passaggio dall'esordio di patologie specifiche che meritano di essere trattate tempestivamente. A questo proposito, i dati della letteratura scientifica indicano, in primo luogo, che la personalità mostra una sostanziale continuità a partire dai tre anni fino all'adolescenza [18].

La continuità della personalità tra infanzia e adolescenza si riscontra e trova conferme anche se si considerano fattori eterogenei tra loro: di ordine intrapsi-

chico, come aspetti dell'aggressività e del controllo degli impulsi [14, 19]; di ordine relazionale e familiare, come le modalità di attaccamento [44, 81]; di ordine psicopatologico e clinico, come la sintomatologia sui diversi assi del DSM [12].

Inoltre, una continuità analoga si riscontra anche tra l'adolescenza e l'età adulta [18]: per esempio, secondo un accreditato modello di valutazione dimensionale della personalità, il *Five Factor Model* (FFM), le dimensioni che discriminano molti aspetti della personalità adulta sono le stesse che avevano già rilievo durante l'adolescenza [56]. Un secondo aspetto della discussione riguarda, invece, il fatto se esistano tematiche prevalenti, bisogni o prospettive specifiche rispetto a cui la personalità si organizza durante il periodo dell'adolescenza [9, 24, 45, 89]. A questo riguardo, si riscontra oggi un rinnovato interesse per comprendere l'evoluzione dei compiti vitali di fronte ai quali si trova l'individuo nelle varie età della propria esistenza, un tema che è stato da sempre indagato in modo specifico dalla Psicologia Individuale [4].

Su questo tema, vi è un sostanziale consenso riguardo all'importanza specifica di due tematiche fondamentali: la socializzazione e l'identità. Rispetto alla socializzazione, l'adolescente deve acquisire autonomia e indipendenza emotiva dai genitori e da altri adulti, definire in generale il proprio ruolo sociale in quanto maschio o femmina, giungere ad un comportamento socialmente responsabile, prepararsi ad un futuro ruolo professionale, in vista dell'indipendenza economica. In questi processi sono rilevanti i mutamenti attuali della famiglia e dei modelli sociali [74]. Per quanto riguarda invece i processi identitari, l'adolescente affronta un conflitto evolutivo fase-specifico tra regressione e progressione, nel senso che l'elaborazione di questo conflitto serve a ridefinire l'identità, costruisce una nuova immagine mentale del proprio corpo dopo la pubertà, ricerca una definizione dei valori d'identità di genere e sessuale [74].

In sintesi, senza poter qui riferire in modo esaustivo tutti i termini del dibattito, si può forse sostenere che la tendenza attuale è quella di passare dal cosiddetto "modello del disturbo" [64] basato sulle osservazioni cliniche e secondo cui in adolescenza la presenza di problematiche emotive, familiari, relazionali e sociali devono essere considerate "la norma", al cosiddetto "modello della continuità" [63] basato su dati epidemiologici, secondo cui un 20% circa degli adolescenti presenta patologie conclamate della personalità ed un altro 20% va considerato a rischio. Da questi dati emerge la rilevante necessità di investire risorse e competenze nella prevenzione secondaria e terziaria dei disturbi di personalità dell'adolescenza: diagnosi precoce, disinnescamento di potenziali fattori patogeni nella popolazione a rischio, terapie specifiche quando è necessario.

III. *Alcune considerazioni sulla diagnosi dei Disturbi di Personalità in adolescenza*

Secondo le indicazioni provenienti dalla *DSM-V Task Force* [79], per Disturbo di Personalità si devono intendere quadri clinici caratterizzati da due aspetti: 1) specifiche “difficoltà adattive” rispetto allo sviluppo del sentimento dell’identità e di un efficace funzionamento interpersonale; 2) presenza di tratti patologici di personalità in sei ambiti: emozionalità negativa, inibizione, antagonismo, disinibizione, compulsività, schizotimia.

Peraltro, alcuni disturbi del funzionamento della personalità degli adolescenti sono da valutare in modo diverso rispetto ai soggetti adulti. In particolare, bisogna considerare come una parte di essi possa essere reversibile o di breve durata, in ragione della variabilità e transitorietà di alcune concause che contribuiscono alla patologia sotto il profilo biologico, psico-sociale e culturale. Infatti, usando l’approccio tuttora in uso del DSM-IV [7], i criteri per diagnosticare tra i 14 e i 18 anni un Disturbo di Personalità non sono diversi da quelli usati per gli adulti, ma devono essere già presenti da almeno un anno [91]. All’interno di questo quadro più generale, i disturbi del cluster B avrebbero un’elevata prevalenza nei soggetti più giovani [88].

In ogni caso, la diagnosi categoriale dei Disturbi di Personalità ha molti limiti, come è già stato più volte segnalato in letteratura: sembra, infatti, più utile per l’epidemiologia [9] che per la clinica, non discrimina sufficientemente i comportamenti e i funzionamenti psicopatologici e non serve a comprendere le dinamiche evolutive dei soggetti. Queste considerazioni sono tanto più pertinenti se consideriamo gli adolescenti. Un altro problema è la mancanza di un criterio definito di *soglia (cut-off)*: in che modo i tratti di personalità (ovvero modalità coerenti di comportamenti, emozioni e componenti cognitive) differiscono dai disturbi, che ne rappresenterebbero le amplificazioni patologiche?

In relazione a queste considerazioni, un approccio che integri i tradizionali aspetti categoriali della diagnosi con aspetti dimensionali, secondo la duplice possibilità di valutare una serie di variabili di tratto oppure di confrontare quanto le manifestazioni del soggetto corrispondano a prototipi definiti di patologia, sembra particolarmente necessario in adolescenza. Un’utile integrazione per la valutazione della personalità [90], tra approccio nomotetico ed approccio idiografico, è costituito dalla *Shedler-Westen Assessment Procedure 200 (SWAP-200)*, anche nella versione per gli adolescenti (*SWAP-200 A*). La *SWAP-200* si basa sulla metodologia *Q-sort*, che permette di combinare descrizioni di soggetti o di fenomeni da parte di osservatori diversi (“descrizioni composte”), le cui somiglianze o divergenze possono essere valutate in base al coefficiente di correlazione di Cronbach (*coefficiente di coerenza interna dei test*).

In pratica, la *SWAP-200 A* propone un insieme di affermazioni che descrivono aspetti differenti del funzionamento psicologico di un soggetto: ogni affermazione può descriverlo molto bene, in parte o per nulla. Le affermazioni degli osservatori sono espresse con un vocabolario *standard* per cui possono essere quantificate e paragonate con quelle di altri osservatori e analizzate statisticamente. Si può così ricavare un profilo psicologico di ogni soggetto scegliendo le affermazioni che lo descrivono meglio rispetto a quelle che non sono pertinenti. In questo modo, per utilizzare i termini della Psicologia Individuale [2], si arriva a descrivere la presenza o meno di tratti disfunzionali dello *stile di vita* del soggetto, che potrà poi essere confrontato con un certo numero di “prototipi” (ricavati in base ad analisi statistiche fattoriali) che descrivono differenti Stili di Personalità o Disturbi di Personalità.

Più in dettaglio, i dati della letteratura indicano che, pur nell’ambito dei limiti sopra esposti, il *Disturbo Borderline di Personalità (BPD)* può essere effettivamente diagnosticato in adolescenza e presenta soltanto differenze di lieve entità rispetto ai criteri diagnostici utilizzati per i soggetti adulti [89]. Utilizzando la *SWAP-200* i quadri clinici diagnosticabili al DSM IV-TR come *Disturbo Borderline di Personalità* in adolescenza (BPD-A) vengono prevalentemente diagnosticati come *Disturbi da Disregolazione Emozionale*, caratterizzati da emozioni intense e poco modulate, con possibile perdita di controllo e disperati tentativi di regolarle.

Analogo è l’inquadramento diagnostico proposto dal *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)-Asse Personality Childhood and Adolescence (PCA)*: i soggetti che soddisfano i criteri per il BPD-A secondo il DSM IV-TR vengono diagnosticati come *Disturbi di Personalità su base Disregolatoria*. Questi soggetti possono essere molto impulsivi, ma anche depressi o possono mostrare tendenze paranoide e instabilità nelle relazioni interpersonali, nell’immagine di sé e negli affetti, specie per quanto riguarda la rabbia [50]. La *SWAP-200 A* colloca, inoltre, nell’area dei disturbi borderline in adolescenza anche il *Disturbo Istrionico*, in quanto possiede caratteristiche affini allo stile di personalità isterico con organizzazione borderline di personalità [89]; d’altronde, se si utilizzano i criteri del DSM IV-TR, si riscontra un’elevata comorbilità tra BPD, *Disturbo Istrionico di Personalità (HPD)* e *Disturbo Dipendente di Personalità (DPD)* [91]. In realtà, può essere utile considerare la patologia borderline in termini di spettro piuttosto che considerare ogni singolo quadro clinico come determinato da un intreccio di condizioni di comorbilità.

IV. La patologia borderline in adolescenza: riflessioni sotto il profilo psicopatologico e considerazioni sui meccanismi di difesa

Al fine dei trattamenti, le diagnosi non devono limitarsi, però, agli aspetti descrittivi dell’espressività sintomatologica, ma devono essere integrate da un

assessment rivolto agli aspetti psicopatologici, alle risorse del soggetto e al contesto ambientale. Tanto più durante l'adolescenza, la gravità della condizione patologica non è solo correlabile ai sintomi: manifestazioni eclatanti non sempre sono sottese da disturbi importanti e viceversa [33]. Inoltre, sintomi analoghi possono sottendere disturbi con eziopatogenesi differente, di ordine biologico (l'evento puberale-adolescenziale rispetto alla vulnerabilità genetica), psicologico (lo stadio evolutivo della formazione della personalità rispetto ai precursori dell'infanzia e di fronte ai compiti vitali dell'adolescente), sociale (eventi esistenziali e/o modelli socio-culturali come concause o fattori patoplastici).

Un'analisi psicopatologica più dettagliata del *BPD-A* può forse rendere meglio conto dell'utilità di un approccio comprensivo che possa coniugare aspetti categoriali e dimensionali. A questo proposito, in questo lavoro si fa riferimento al *Modello Psicopatologico Vulnerabilità-Eventi-Personalità (VEP-PM)*, già utilizzato dalla *SB-APP* per impostare il trattamento dei Disturbi di Personalità in base allo specifico funzionamento psichico di ogni paziente [8, 29]. Le basi teorico-cliniche del *VEP-PM* sono preconizzate già nei primi lavori di Alfred Adler sulla compensazione psichica dell'inferiorità d'organo [1] e sul temperamento nervoso [2] e si fondano su una serie di contributi successivi di studiosi adleriani [15, 26, 29, 47, 69, 75, 76, 87], sui risultati della ricerca in psicopatologia clinica e dinamica, su acquisizioni specifiche delle neuroscienze. In sintesi, il *VEP-PM* considera che la genesi dei disturbi psichici è legata a tre variabili indipendenti variamente interagenti, ognuna delle quali è necessaria e nessuna sufficiente: la vulnerabilità (*VEP 1*), gli eventi vitali (*VEP 2*) e l'organizzazione dinamica della personalità (*VEP 3*). Vi sono, infatti, convincenti evidenze scientifiche della rilevanza autonoma di ciascuno di questi fattori nell'eziopatogenesi dei disturbi psichiatrici, compresi i Disturbi di Personalità.

Per gli aspetti del *temperamento* che definiscono la vulnerabilità biologica (*VEP 1.1*) s'intendono alterazioni delle funzioni cerebrali che determinano risposte istintive antecedentemente all'interpretazione che viene fatta degli eventi da parte del soggetto [20]. Queste alterazioni in regioni di cruciale importanza per la regolazione del processamento dei processi psichici vanno ad influenzare il modo in cui sono internalizzate le rappresentazioni di sé e degli altri [78]. Per gli aspetti del *carattere* che correlano con la vulnerabilità psico-sociale (*VEP 1.2*), si considerano le esperienze difettuali, per cui il futuro paziente non ha potuto sperimentare adeguate capacità di cura, *holding* o *rêverie* da parte delle figure parentali, e la mancata risoluzione di conflitti, secondo cui la predisposizione ai sintomi viene fatta risalire a regolazioni difficoltose o problematiche di alcuni bisogni o tendenze dell'individuo, specie istintuali [29].

La vulnerabilità individuale complessiva può, dunque, essere definita come un difetto/distorsione dell'esperienza che contribuisce alla definizione di alcune

caratteristiche della personalità [90]. Per eventi vitali s'intendono le dinamiche socio-relazionali ed i contesti culturali che risultano rilevanti nella genesi e nel mantenimento della patologia [69]. All'interno degli eventi vitali si distinguono gli accadimenti traumatici (*VEP 2.1*), ovvero la condizione di vivere, assistere o confrontarsi con eventi, che minacciano gravemente l'integrità fisica e psichica fino alla morte [7], e altri eventi scatenanti (*VEP 2.2*), la cui gravità non è solo legata all'oggettivo impatto esistenziale, ma al loro significato simbolico [29].

L'organizzazione dinamica della personalità è intesa, invece, come l'insieme specifico dei meccanismi di compensazione dell'individuo, con cui il paziente fronteggia e si adatta alle *noxae* patogene e, più in generale, all'esperienza di sé e del mondo circostante. Nascono dall'esperienza passata, vengono attivati al presente e sono contemporaneamente orientati al futuro e alla progettazione dell'esistenza. All'interno di queste dimensioni generali, si distinguono [29], come strumenti finzionali dell'individuo [3]: (*VEP 3.1*) *i meccanismi di difesa (simbolici ed inconsci)*; (*VEP 3.2*) *gli schemi di adattamento (segnici e consci)*; (*VEP 3.3*) *le possibilità creative (simboliche e segniche, consce ed inconscie)*.

Per quanto concerne in modo specifico il *BPD-A*, prima di considerare le caratteristiche della *vulnerabilità biologica (VEP 1.1)* bisogna tener conto di come si svolgono i processi di maturazione cerebrale durante l'adolescenza. Sintetizzando molto, durante l'adolescenza si assiste [11] ad una riduzione della materia grigia (*pruning* sinaptico selettivo, riduzione delle cellule gliali e della mielina intracorticale) e a un aumento della materia bianca, come risulta dalle tecniche di *Diffusion Tensor Imaging* (aumento della frazione anisotropa e riduzione della diffusività media, che corrispondono a un incremento complessivo di organizzazione e densità).

In questi processi di maturazione cerebrale durante l'adolescenza si riscontrano, inoltre, importanti differenze di genere. Per quanto riguarda la cognizione [10, 68], nei maschi la maturazione delle regioni prefrontali è ritardata rispetto alle regioni limbiche per cui, di fronte a uno stimolo incongruo, i processi cognitivi preparatori stabili (controllo proattivo) risultano ridotti e, per contro, i processi transitori legati a condizioni situazionali (controllo reattivo) sono aumentati. Questa condizione comporta soprattutto per i maschi un complessivo ampliamento della finestra di vulnerabilità a un certo numero di perturbanti ambientali e al rischio conseguente di un'eccessiva reattività, con aumento dei comportamenti a rischio e ricerca di stimoli nuovi ed eccitanti. Inoltre, sia nei maschi che nelle femmine, sono carenti la funzione esecutiva e la *working memory*.

Per quanto riguarda, invece, i processi socio-emotivi [11], un più accentuato aumento del funzionamento delle regioni orbitofrontali, del *gyrus cinguli* e dell'amigdala comporta un eccesso di influenza dei fattori emotivi nelle femmine.

Confrontando i fisiologici processi di maturazione cerebrale con i fattori specifici di vulnerabilità biologica per il *BPD-A* si registrano significative consonanze per quanto riguarda due aspetti: l'instabilità affettiva e l'eccessiva impulsività. Infatti, dal momento che l'instabilità affettiva è mediata da una eccessiva reattività a livello limbico, è evidente che i cambiamenti del cervello durante l'adolescenza possono costituire un transitorio fattore specifico di rischio per il *BPD* [94].

Il riscontro, invece, di una bassa soglia per l'aggressività impulsiva, può dipendere [43] sia da una riduzione del controllo e dell'inibizione da parte della corteccia prefrontale, con conseguente maggiore vulnerabilità biologica al *BPD* durante l'adolescenza per i maschi, sia da un'eccessiva reattività dell'amigdala, con maggiori rischi, da questo punto di vista, per le adolescenti femmine.

Per quanto riguarda un altro fattore biologico di vulnerabilità al *BPD*, che predispone a una ridotta capacità empatica sia a livello cognitivo che a livello emotivo, si è invocato uno squilibrio funzionale tra solco temporale superiore (STS) – che è coinvolto nella percezione delle intenzioni altrui – giro temporale superiore (STG) – che è coinvolto nella percezione uditiva e nella parola – e l'*insula*, con importanti conseguenze sulle tendenze intrusive dei pazienti, sui loro elevati livelli di allarme ansioso, sulle difficoltà di cogliere il funzionamento mentale e di essere, quindi, in sintonia con gli altri [23]. Queste alterazioni funzionali non sono, però, specificatamente correlabili alle fasi di cambiamento del funzionamento del cervello durante l'adolescenza.

Per quanto riguarda la *vulnerabilità psicosociale (VEP 1.2)* al *BPD*, la letteratura scientifica, ivi compresi i contributi della Psicologia Individuale, segnala l'importanza nucleare di una persistente instabilità dell'immagine di sé e, corrispondentemente, dell'immagine degli altri [13, 25, 28, 46, 70]. In altre parole, questi pazienti sono coinvolti in una disfunzione primaria della struttura identitaria [87] e non solamente nella difficoltà di regolare nodi conflittuali irrisolti.

A questo proposito, nell'ambito della Psicologia Individuale, si è ipotizzato che in questi soggetti non ci sia stata la possibilità di uno sviluppo sufficientemente positivo del sentimento sociale, come conseguenza di una qualità carente delle relazioni precoci di "amore o tenerezza primaria" [15]. Queste ipotesi sono state poi confermate dalle successive ricerche sui processi dell'attaccamento. La capacità di rispecchiamento del mondo interno del bambino (*mirroring*) da parte dei genitori rappresenterebbe, infatti, il cuore della capacità di regolare gli affetti; nell'infanzia questa capacità si sviluppa in base all'atteggiamento delle figure di attaccamento e alla loro capacità di pensare al bambino come ad un'entità individuata sotto il profilo psicologico [37].

Un attaccamento disorganizzato nell'infanzia predispone, dunque, all'intolleranza di viversi come soggetto separato nel resto della vita; questo aspetto rappresenta una delle caratteristiche fondamentali delle patologie dei soggetti borderline [42, 54] ed è un fattore predittivo importante per differenziare le tecniche dei trattamenti psicoterapeutici [82].

Queste condizioni infantili trovano poi rispondenza nella ridefinizione bio-psico-sociale dell'identità durante l'adolescenza. Nel caso del *BPD-A*, i soggetti non sono chiamati a fronteggiare solamente una fisiologica crisi evolutiva dell'immagine di sé, ma si trovano alle prese con un vero e proprio rischio di diffusione dell'identità [35, 46], caratterizzata da instabilità e/o incoerenza della rappresentazione di Sé, instabilità e/o incoerenza della rappresentazione degli altri, sovra-identificazione al gruppo e ai ruoli, difficoltà a progettare e a coinvolgersi. La specifica complessiva vulnerabilità del soggetto al *BPD-A* può slatentizzarsi, poi, in adolescenza in base a particolari situazioni esistenziali, condizioni socio-relazionali ed elementi di contesto.

Il ruolo del trauma (*VEP 2.1*) nello sviluppo della personalità borderline è, tuttora, poco chiaro. Alcuni studi recenti sostengono che il *Disturbo Borderline di Personalità* non è un disturbo dello spettro traumatico ed è anche biologicamente diverso dal *Disturbo Post-Traumatico da Stress*, però, si riscontrano alti tassi di negligenza ed abusi nella storia di soggetti con patologie della personalità.

In particolare, alcune ricerche segnalano correlazioni significative tra abusi e insorgenza del *BPD*: le femmine sono più a rischio di essere abusate e di porre in atto tentativi di suicidio dopo abusi fisici o sessuali [16], mentre nei maschi la violenza sociale induce maggiormente comportamenti disadattivi in adolescenza, ma solo quando c'era già un'alta conflittualità familiare [57]. In realtà, più che specifiche tipologie di abuso potrebbero essere rilevanti traumatizzazioni protratte nell'ambito delle relazioni interpersonali e familiari e dei contesti ambientali [36, 40]. I soggetti traumatizzati, se non riescono ad affrontare convenientemente l'accaduto sotto l'aspetto psicologico, possono essere a lungo nella condizione di distinguere con maggiore difficoltà stimoli neutri o positivi da informazioni su accadimenti potenzialmente lesivi. Conseguentemente, si può verificare un reclutamento anomalo della *working memory*, con riduzione conseguente delle capacità di affrontare eventi complessi [53, 59, 85].

In sintesi, gli eventi traumatici impongono spazio all'interno di strutture mentali preesistenti, turbandone realmente e/o simbolicamente la continuità e la coerenza, e possono, quindi, costituire un rilevante co-fattore di rischio di diffusione dell'identità durante l'adolescenza. L'importanza, invece, di eventi vitali avversi (*VEP 2.2*), ma non traumatici, non è facilmente riconoscibile dal momento che la

loro rilevanza più spesso si collega al loro significato simbolico che al loro impatto reale [2].

In ogni caso, in un momento di così grandi cambiamenti delle prospettive di vita, la qualità delle dinamiche familiari, delle esperienze scolastiche e delle relazioni con i pari si confermano di primaria importanza: ad esempio, positive relazioni familiari aumentano le competenze socio-emozionali degli adolescenti, mentre condizioni scolastiche e sociali di sicurezza riducono i comportamenti esternalizzanti [95]. Possono inoltre essere significative condizioni specifiche di tipo sociale o culturale (si pensi ad es., alla cosiddetta “cultura del narcisismo”), anche in riferimento alle modalità di rassicurazione gregaria di cui gli adolescenti più fragili mostrano di avere particolarmente bisogno [48].

In una prospettiva interculturale [72], il ruolo potenziale delle avversità della vita nella genesi della patologia borderline dipende da come queste vanno a interfacciarsi con il sistema di valori dell'individuo e con le potenzialità adattive che possiede [51, 71]: è importante comprendere quali sono le modalità soggettive attraverso cui l'adolescente elabora il passato e progetta il futuro [27] rispetto agli specifici compiti vitali della sua età [4, 61].

Decisiva per lo sviluppo del BPD-A è, comunque, l'organizzazione dinamica della personalità in senso patologico, intesa come l'insieme di strumenti finzionali [3] del soggetto adolescente per far fronte alle vulnerabilità specifiche che sono state delineate, alle esperienze esistenziali significative nel *qui ed ora* e a una rinnovata progettualità. In questo senso il BPD-A, come peraltro anche gli altri *Disturbi di Personalità*, deve essere sostanzialmente considerato come un disturbo dell'adattamento e della compensazione, dal momento che qualunque tratto di personalità, seppure estremo, non è di per sé disfunzionale *ipso facto* [86]. In particolare va attentamente considerata la qualità dei meccanismi di difesa (*VEP 3.1*), che riconoscono il loro substrato fisiologico in collegamenti funzionali che integrano l'attività neuronale attraverso diverse regioni cerebrali [62], sono tendenzialmente stabili e si attivano, peraltro, in relazione con gli altri, come si sottolinea in modo specifico in Psicologia Individuale [29, 60].

I meccanismi di difesa (simbolici ed inconsci) si collocano in una gerarchia di funzionamenti più o meno adattivi [22]. Il paziente, in ogni momento, utilizza inconsciamente o in modo consapevole le risorse più collaudate per mantenere inalterato lo *status quo* del proprio assetto psichico [38], anche se si rivelano disadattive o inefficaci. Nei soggetti con *Organizzazione di Personalità Borderline (BPO)*, la distinzione tra l'immagine di sé e quella dell'oggetto esterno viene preservata da rigide difese tese a salvaguardare l'individuo dalla percezione dell'ambivalenza [28] e, a questo scopo, le difese borderline sono caratteristiche [46]: *scissione, diniego, idealizzazione e svalutazione; identificazione*

proiettiva; controllo onnipotente, acting-out. Ne conseguono modelli di comportamento maladattativi, caratterizzati da sistematica incoerenza ed evocativi di drammatiche tonalità emotive, che sono peraltro riconducibili anche a specifici schemi di adattamento segnici e consci (*VEP 3.2*) e si interfacciano con le possibilità creative dell'individuo (*VEP 3.3*) [29].

Tutte queste componenti non devono essere, quindi, considerate separatamente, ma acquistano specificità all'interno di una costellazione complessiva, che è tipica dello *stile di vita* [2] dell'adolescente. La *BPO* in adolescenza non differisce in modo sostanziale da quella mostrata successivamente dai soggetti adulti [89], però, diversamente da questi ultimi, un certo numero di soggetti di entrambi i sessi con *BPD-A* ipermentalizzano in modo compensatorio rispetto alla disregolazione emozionale [77], mentre, in risposta allo *stress*, femmine adolescenti sviluppano maggiormente affetti negativi che correlano con difese immature [83].

Inoltre, all'interno della *BPO*, la *SB-APP* distingue più in dettaglio tre diversi Livelli di Funzionamento della Personalità (*PFL*) [8, 21, 31, 34, 50]. Al livello di funzionamento meno integrato (*PFL 1*), la personalità è organizzata in funzione di preservare di volta in volta il nucleo della propria identità, *qui e ora* in situazioni concrete; il funzionamento nucleare si riconosce dal fatto che i pensieri, le emozioni e i comportamenti del soggetto sono caratterizzati da motivazioni alterne che negano quelle manifestate in altri momenti allo stesso proposito.

Il soggetto ha, inoltre, difficoltà permanenti a comprendere i comportamenti propri e altrui in termini di pensieri, desideri e aspettative. Questa carenza si riconosce dal fatto che il soggetto fatica a mentalizzare e non sa esprimere i propri intensi stati emotivi, confondendoli con alterati stati fisici, oppure esprimendoli attraverso gli agiti. Questi aspetti vanno peraltro confrontati con la fisiologica tendenza degli adolescenti ad avere grande attenzione al proprio corpo, che è in rapido mutamento, e con una propensione ad agire, appropriata per l'età, che è frutto di maggiore impulsività e non necessariamente di una lacunosa funzione riflessiva [37].

In presenza di questo tipo di funzionamento, le difficoltà di comprensione emotiva attivano, inoltre, tendenze sostitutive a vedere le proprie motivazioni come se fossero presenti negli altri. Nondimeno, prospettive proiettive e idealizzate non necessariamente sono da considerare patologiche se servono provvisoriamente all'adolescente per auto-definirsi [33].

A *PFL 2*, la personalità è organizzata per preservare il senso soggettivo di sé attraverso l'evitamento della percezione contemporanea delle qualità positive e negative proprie e altrui; il funzionamento scisso si riconosce dal fatto che il soggetto mostra continuità di pensieri, emozioni e comportamenti del soggetto, ma ogni

aspetto parziale di una situazione contraddittoria la rappresenta temporaneamente per intero. Il soggetto riesce a comprendere i comportamenti propri e altrui in termini di pensieri, desideri e aspettative solo se non mettono in crisi l'immagine che ha di sé; questa carente capacità di comprensione si riconosce dal fatto che il soggetto è capace di comprendere alcuni comportamenti degli altri, ma non di sentirsi compreso.

Queste difficoltà non vanno scambiate negli adolescenti con prospettive radicali e polarizzate del giudizio, che sono consuete nel momento in cui si sviluppa in modo più definito il pensiero astratto, le emozioni sono esasperate e l'utilizzo degli altri e, in particolare del gruppo dei coetanei, serve come supporto a tollerare la perdita dell'identità infantile e come dispensatore temporaneo di nuovi modelli identitari [33]. A *PFL 3*, la personalità è organizzata, invece, in funzione di evitare al soggetto le conseguenze della conoscenza di qualità contraddittorie di sé o delle persone con cui si relaziona (ambivalenza), sfuggendo al confronto con gli altri e dentro di sé e negando che il riscontro di eventuali contraddizioni debba avere importanza.

In realtà, il soggetto è normalmente in grado di capire i comportamenti propri e altrui, ma solo razionalmente: le emozioni divergenti che possono nascere dal confronto non vengono integrate. Questa situazione è caratterizzata dalla persistenza di posizioni emotive invariante nei confronti degli altri, anche quando si colgono motivazioni e modalità differenti, e dalla tendenza a indirizzare il pensiero su aspetti concreti.

Rispetto a questo livello di funzionamento, bisogna valutare che negli adolescenti eventuali limiti della capacità narrativa non implicano necessariamente un'incapacità di riconoscere e integrare rappresentazioni e affetti e che la progettualità può essere temporaneamente indeterminata o contraddittoria, senza che questo rappresenti sicuramente un segno di patologia della personalità [33].

V. Varianti delle strategie del trattamento con la SB-APP in funzione della psicopatologia del BPD-A: la comunicazione-relazione terapeutica

L'importanza di cogliere nel modo più approfondito possibile la genesi e l'espressività della patologia consegue direttamente dall'obiettivo di fornire un aiuto [32] al paziente per cambiare la sua condizione clinica (dai sintomi alla salute) e/o esistenziale (dal malessere al benessere).

Questa situazione corrisponde all'aspettativa sia da parte del paziente sia da parte del terapeuta che si possa strutturare un'*esperienza emotiva correttiva* [6] della sofferenza: in particolare, entrambi si propongono variamente di confermare o

disconfermare le modalità relazionali che il paziente ha già sperimentato. Questa nuova esperienza produce, contestualmente, una *trasformazione della memoria implicita, legata all'attaccamento primario, in una comunicazione congrua e ristrutturata almeno in parte, a livello intrapsichico, i circuiti associativi consci ed inconsci* [39].

L'aiuto al cambiamento passa, quindi, attraverso la ri-codificazione del materiale relativo all'organizzazione mentale del paziente ad un livello *affettivo e cognitivo compatibile col livello della comunicazione in seduta*. Nello specifico, il paziente con *BPD-A* tenta di fronteggiare in modo irrigidito e patologico i rischi della diffusione della propria identità durante i rapidi cambiamenti fisici e psicologici dell'adolescenza rispetto a rapporti intimi, prospettive di formazione al lavoro, competitività, ruolo nella società.

Sotto il profilo cognitivo, in questo periodo una quota aggiuntiva di disorientamento può essere ricondotta allo sviluppo ancora precario delle capacità di pensiero astratto; questa condizione può anche favorire temporaneamente un ripiegamento regressivo su modalità concrete di espressione, per fronteggiare vissuti di complessità crescente senza che una nuova capacità di comprensione si sia già consolidata. Per questi aspetti il paziente con *BPD-A* *può essere aiutato maggiormente dall'interesse del terapeuta per la sua mente* ("insightfulness") [84], che dall'attenzione ad un particolare tema o ad un particolare conflitto.

L'obiettivo è quello di aiutare il paziente a raggiungere o recuperare il livello simbolico in tutte le funzioni mentali [84], con la conseguente possibilità di strutturare un'immagine di sé più stabile e coerente. Nondimeno, alcuni importanti risvolti sociologici vanno tenuti in conto a questo proposito [74], che riguardano gli odierni mutamenti della famiglia (nuovi modelli di genere, famiglie ridotte, compresenza di tre generazioni nel nucleo familiare, instabilità coniugale, famiglie omosessuali) e dei modelli sociali (incremento delle dinamiche del piacere e dell'immagine, diminuzione della responsabilità e del lavoro).

Per quanto riguarda gli stati affettivi, l'obiettivo della *SB-APP* è quello di favorire l'evoluzione degli schemi emozionali [17] ma, come abbiamo visto, questo processo tende ad avvenire in modo tumultuoso e incoerente nei soggetti con *BPD-A*. Un aspetto particolarmente importante riguarda la possibilità di integrare alcuni aspetti scissi a livello simbolico e sub-simbolico, cercando di promuovere un collegamento tra schemi emozionali e processi linguistici.

Se si considerano, invece, le *modalità relazionali*, il re-incontro durante il trattamento con le esperienze più significative che il paziente ha già vissuto può trasformarlo dall'essere prigioniero del proprio passato in una persona che se ne può liberare [52]. Durante le sedute, per via transferale, il terapeuta può diventare le

diverse figure della storia del paziente ed entrambi gradualmente possono riscrivere il racconto [58], trasformando quei personaggi in una direzione che possa consentire all'adolescente di sperimentarsi, senza il timore di non sapere più chi è o di cosa debba diventare. Tra passato e futuro gli adolescenti, specie nella cultura odierna, tendono invece a “vivere solo nel presente” [74], oppure in una prospettiva di progetti ideali e quindi validi “senza tempo”.

Questa modalità caratteristica di percepire l'orizzonte temporale non aiuta i pazienti con *BPD-A* nel compito psicologico di risolvere la contraddizione tra il bisogno di recuperare una dimensione sicura di attaccamento nell'ambito di relazioni significative ed il bisogno di differenziazione, ricerca della novità e autonomia.

Sulla base di queste considerazioni, il *setting* a tempo limitato della *SB-APP* si è mostrato efficace nel promuovere e preservare l'alleanza terapeutica nei soggetti con *BPD-A*, prospettando una continuità sufficiente ma anche limiti chiaramente identificabili, evitando di “andare troppo in là” nel programmare il trattamento, anche in considerazione dei rapidissimi mutamenti bio-psico-sociali a cui il paziente è destinato ad andare incontro in un breve lasso di tempo.

Infatti, un primo dato di una ricerca naturalistica in aperto, tuttora in corso, che riguarda 42 adolescenti e giovani adulti con *BPD-A* trattati con la *SB-APP* presso il *Centro per i Disturbi di Personalità dell'Adolescenza (Centro DPA) del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL TO4 (Settimo T.se, Torino)* ha evidenziato solo 4 interruzioni precoci del trattamento, confermando i dati di letteratura sul ridotto tasso di *drop-out* nei soggetti adulti utilizzando trattamenti a tempo limitato specificatamente rivolti alla patologia borderline [8, 80].

Inoltre, i pazienti con *BPD* sono estremamente sensibili al rifiuto, sia esso reale o immaginario, e questa condizione sembra tanto più acuita dall'instabilità dell'adolescenza tra idealizzazioni e insicurezze; in questa direzione, la possibilità di sapere sin dall'inizio che la relazione terapeutica ha un limite prestabilito, come accade per i moduli della *SB-APP*, può gradualmente permettere di “abituarsi” all'idea della perdita, che può eventualmente essere vissuta come un abbandono programmato, e quindi potenzialmente meno devastante [34, 49]. Tuttavia, potranno emergere ugualmente, o essere ipotizzate come latenti a livello inconscio, angosce abbandoniche; la lontananza può evocare proiezioni paranoide o sentimenti di svalutazione e grande attenzione merita l'elaborazione delle rabbie distruttive ed evacuative e dei sentimenti di vendetta. È importante quindi, in ogni caso, elaborare sempre in modo precoce e approfondito il termine del trattamento [30].

Tuttavia, in un solo gravissimo caso (*PFL I*) tra i pazienti trattati presso il *Centro DPA di Settimo T.se*, la risoluzione del modulo ha comportato difficoltà cliniche in relazione al distacco del terapeuta, nonostante un'accurata attenzione ed ela-

borazione dei vissuti connessi e la prospettiva annunciata che il paziente avrebbe beneficiato di un secondo modulo di trattamento con un altro terapeuta. Solamente altri 4 casi, infine, hanno ricevuto un'indicazione per un modulo ulteriore di 40 sedute in ragione del bisogno della necessità di ampliare e consolidare i risultati raggiunti con il primo ciclo, incontrando peraltro il consenso dei pazienti a continuare il lavoro.

Un *setting* definito in modo molto rigoroso, non solo per quanto riguarda la durata del modulo terapeutico, ma anche caratterizzato da regole dichiarate, chiare e facili da interpretare per quanto riguarda tutti gli aspetti del *management* clinico, si prospetta come maggiormente funzionale al lavoro intensivo con pazienti adolescenti con disfunzione della struttura primaria del sé [87] e organizzazione borderline di personalità, poco capaci di mentalizzare e di riconoscere i significati simbolici della relazione terapeutica rispetto alle valenze reali e concrete del rapporto umano con il terapeuta [36].

In particolare, durante il trattamento con la *SB-APP* di pazienti con *BPD-A* presso il *Centro DPA*, lo psicoterapeuta non si è mai occupato delle emergenze cliniche che erano competenza preventivamente assegnata ad altri operatori [8]; inoltre, l'intimità del rapporto tra il paziente e il terapeuta è sempre stata rispettata anche nei confronti dei minorenni e si sono indirizzati i genitori ad un secondo terapeuta per le dovute informazioni e i loro personali bisogni, secondo un coerente progetto di rete tra terapeuti [55]. Gli interventi psico-educativi e di sostegno ai genitori sono risultati proficui, confermando le indicazioni della letteratura [35].

All'interno di un *setting* così strutturato, la *SB-APP* utilizza due diversi ordini di strategie terapeutiche che possano consentire di modulare gli interventi in modo flessibile per diversi tipi di pazienti. Secondo un primo asse strategico, si considerano interventi intensivi o supportivi [35], che si caratterizzano, lungo un *continuum* (*Intensive-Supportive Axis, IS-AX*), per la qualità prevalente della relazione [27, 29, 34].

La strategia intensiva è caratterizzata dall'*alleanza di lavoro dialogica*, dove il terapeuta favorisce la rielaborazione dei vissuti da parte del paziente, piuttosto che fornire contributi personali. L'obiettivo è quello di favorire nel paziente un atteggiamento di attenzione, confidenza e comprensione delle proprie difficoltà come presupposto del cambiamento. Secondo Adler, il terapeuta non è capace di insegnare nulla di meglio di quanto il paziente non possa comprendere attraverso il riconoscimento della linea della propria vita [3].

La strategia supportiva è caratterizzata, invece, dall'*alleanza di lavoro supportiva*, dove prevale l'integrazione dei contributi da parte del terapeuta. L'obiettivo è

quello di fornire soluzioni positive alternative in risposta alle difficoltà del paziente. Secondo Adler [4], la psicoterapia è un esercizio ed una prova di cooperazione e può concludersi positivamente solo se c'è un sincero interesse per gli altri. A questo proposito, quando il terapeuta ha in trattamento un paziente con *BPD-A*, dovrà tenere conto, rispetto ai soggetti in età adulta, che l'utilizzo degli altri come supporto a tollerare la perdita dell'identità infantile, può costituire un dispensatore temporaneo di nuovi modelli identitari. Al contrario, un atteggiamento eccessivamente "adultizzante" può paradossalmente ostacolare un armonico sviluppo e la progressione fase-specifica dell'identità del soggetto.

Nella *SB-APP*, sia all'interno delle terapie supportive che delle terapie intensive, le strategie del terapeuta si differenziano inoltre, lungo un asse ulteriore, in funzione delle prevalenti modalità di funzionamento psicopatologico del paziente e della sua condizione relazionale e sociale (*Mutative-Conservative Axis, MC-AX*).

La strategia conservativa è volta a rispettare e rinforzare i meccanismi di compensazione del paziente ed in particolare preserva le difese a più evoluto funzionamento, più sane e adattative per il soggetto e per le altre persone.

La strategia mutativa si propone, invece, di provocare un cambiamento dello stile di vita e dell'organizzazione di personalità attraverso il cambiamento di almeno alcuni dei meccanismi di difesa che sono connessi in modo significativo con la patologia.

Sotto quest'ultimo profilo, la *SB-APP* prevede che le scelte del terapeuta siano differenziate in base ai *PFL* [8, 29, 31, 34]. Il trattamento in adolescenza non differisce in modo sostanziale rispetto a quello per gli adulti, ma alcune strategie specifiche sono da evidenziare maggiormente e da utilizzare in modo tendenzialmente più intensivo. Il primo ordine di considerazioni riguarda l'interazione tra paziente e terapeuta.

Per quanto riguarda i pazienti a *PFL I*, la *modalità relazionale* prevalente è di tipo scissionale. Pertanto, il terapeuta cerca di costruire e di consolidare un'alleanza contrattuale-comportamentale e, contestualmente, affettivo-empatica col paziente. In questo modo, scelto in quanto consono all'organizzazione difensiva del paziente, il terapeuta può promuovere un efficace "contenimento psicologico" [93], proponendo un nuovo modello esperienziale sul tema delle "regole" e dei "limiti", laddove il rapporto di un adolescente evitante o provocatorio con altre figure di autorità (ad esempio, genitori o insegnanti), può essere disfunzionale o confusivo. Molto importante è l'attenzione a cogliere le *nuances* degli stati mentali e la capacità di restituirle al paziente, perché questo processo di rispecchiamento ne rafforza l'identità. Soprattutto con gli adolescenti, è necessario talvolta che il terapeuta si sveli e si renda percepibile come persona concreta, per raffor-

zare l'esame di realtà e come testimonianza che percepirsi ed individuarsi non è pericoloso [67].

Il terapeuta aiuta il paziente a filtrare gli stimoli intrapsichici che risultino intollerabili e a sostenere gli avvenimenti gravemente stressanti o quelli destrutturanti sotto il profilo simbolico; il lavoro si avvale prevalentemente degli atteggiamenti di conferma dei vissuti, della validazione empatica degli stati soggettivi, delle espressioni di stima appropriate; rispetto al mondo socio-relazionale, invece, il terapeuta utilizza l'esame di realtà, le spiegazioni delle conseguenze del comportamento, la ricognizione dei vissuti che accompagnano gli eventi; durante la seconda parte del trattamento, trova anche spazio l'elaborazione dello stile interpersonale, con riferimento specifico sull'*hic et nunc*, dal momento che temi più generali distolgono tendenzialmente il paziente dall'urgenza emotiva.

A *PFL II e III*, il paziente tende generalmente ad instaurare una relazione dipendente oppure impregnata di fantasie idealizzate e onnipotenti, specie in età adolescenziale. Il terapeuta cerca di lavorare in modo da renderla fruibile per lo sviluppo di un Sé sufficientemente capace di auto-accoglienza. L'imitazione del modello del terapeuta in questa fase può essere un fattore di promozione di cambiamenti intrapsichici coerentemente con quanto accade in modo più moderato e integrato negli adolescenti non patologici. Un atteggiamento abbastanza attivo da parte del terapeuta può promuovere cooperazione e sentimento sociale e contrastare eventuali tendenze all'oppositività distruttiva, oppure al ritiro e alla chiusura.

Rispetto al mondo interno del paziente a *PFL II*, gli interventi di validazione empatica degli stati soggettivi risultano fondamentali come per i moduli del primo livello; analogamente, rispetto al mondo socio-relazionale, il trattamento privilegia le spiegazioni delle cause del comportamento, la ricognizione dei vissuti che accompagnano gli eventi e l'elaborazione dello stile interpersonale nell'*hic et nunc*; caratterizzano le sedute, inoltre, interventi di *problem-solving* e confronti per inversione dei ruoli.

Rispetto al mondo interno del paziente a *PFL III*, invece, si possono indagare le difese mediante chiarificazioni, confronti, interpretazioni: questi interventi affiancano gli interventi validanti caratteristici dei livelli precedenti, quando il terapeuta riconosce nel paziente una relativa capacità di tollerare l'ambivalenza; rispetto al mondo socio-relazionale, s'incoraggia la costruzione di relazioni realistiche e si fornisce sostegno ad impegni socio-relazionali complessi, anche formulando previsioni sul senso, significato e direzione, della crisi del soggetto.

Per quanto riguarda, infine, il *transfert*, non è di regola oggetto di elaborazione con pazienti a *PFL I, II e III*, ad eccezione di quando è strettamente necessario,

per riconoscere e scoraggiare le valenze negative che inficiano l'alleanza terapeutica [35]. Sotto l'aspetto *contro-transferale*, è molto importante invece tener conto di come le immagini scisse che il paziente ha di sé e degli altri possano coinvolgere emotivamente pensieri e disposizioni del terapeuta [65], e di come i riferimenti socio-culturali dell'adolescente possano divergere ampiamente da quelli del terapeuta.

VI. *Alcune brevi considerazioni conclusive*

In sintesi, la *SB-APP* si propone come approccio specifico e flessibile anche nel trattamento del *BPD-A*. Non è necessario, infatti, variare l'approccio psicoterapeutico in modo sostanziale rispetto ai soggetti adulti con *BPD* [41], anche se vanno tenute in conto le differenze che caratterizzano questa patologia durante l'adolescenza.

In generale, le psicoterapie psicodinamiche a breve termine si sono mostrate efficaci nel trattare i disordini comportamentali degli adolescenti [92]; più in particolare, il terapeuta che utilizza la *SB-APP* deve tener conto, rispetto agli adulti, che alcuni fattori rivestono un'importanza specifica maggiore di altri: 1) i processi di maturazione cerebrale in adolescenza; 2) la specificità dei compiti vitali che il soggetto è chiamato ad affrontare [4]; 3) le necessità di identificazione culturale [71] con gli adolescenti (non è tutta devianza ciò che è difforme dalla cultura degli adulti); 4) l'attenzione specifica agli aspetti del linguaggio corporeo e del comportamento agito; 5) il significato non sempre patologico dei meccanismi di difesa di proiezione e idealizzazione e 6) la necessità complessiva di aggiornare il progetto, le tecniche e le strategie su diversi livelli di funzionamento in ragione dei rapidi cambiamenti del soggetto.

L'obiettivo sostanziale del trattamento, in accordo con altre fonti di letteratura [35], è quello di rimuovere i fattori che bloccano lo sviluppo di una normale integrazione della personalità e non di forzarne, in qualche modo, la maturazione.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1907), *Studie über Mindwertigkeit von Organen*, Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1913), Individualpsychologische Behandlung der Neurosen, in SARASON, D. (a cura di), *Jahreskurse für ärztliche Fortbildung*, Lehmann, München.
4. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton, Roma 1994.
5. ADLER, A. (1935), The Fundamental Views of Individual Psychology, *Int. J. Individ. Psychol.*, 1: 5-8.
6. ALEXANDER, F., FRENCH, T. (1946), *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*, Ronald Press, New York.
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4a ed., American Psychiatric Association, Washington, DC.
8. AMIANTO, F., FERRERO, A., PIERÒ, A., CAIRO, E., ROCCA, G., SIMONELLI, B., FASSINA, S., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2011), Supervised Team Management, with or without Structured Psychotherapy, in Heavy Users of a Mental Health Service with Borderline Personality Disorder: a Two-Year Follow-up Preliminary Randomized Study, *BMC Psychiatry*, 11: 181-195.
9. AMMANITI, M., SERGI, G. (2002), Diagnosi e valutazione clinica in adolescenza, in AMMANITI, M. (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Raffaello Cortina, Milano.
10. ANDREWS-HANNA, J. R., MACKIEWICZ SEGETE, K., CLAUS, E. D., BURGESS, G., RUZIC, L., BANICH, M. T. (2011), Cognitive Control in Adolescence: Neural Underpinnings and Relation to Self-Report Behaviors, *PLoS ONE* 6: e21598.
11. BAVA, S., TAPERT, S. F. (2010), Adolescent Brain and the Risk for Alcohol and Other Drug Problems, *Neuropsychol. Rev.*, 20: 398-413.
12. BERNSTEIN, D. P., COHEN, P., SKODOL, A., BEZIRGANIAN, S., BROOK, J. S. (1996), Childhood Antecedents of Adolescent Personality Disorders, *Am. J. Psychiatry*, 153: 907-913.
13. BLATT, S. J., LUYTEN, P. (2009), A Structural-Developmental Psychodynamic Approach to Psychopathology: Two Polarities of Experience Across the Life Span, *Dev. Psychopathol.*, 21: 793-814.
14. BLOCK, J., GJERDE, P., BLOCK, J. (1991), Personality Antecedents of Depressive Tendencies in 18-Years Olds: a Prospective Study, *J. Person. Soc. Psychol.*, 6: 726-738.
15. BOLTERAUER, L. (1982), Die narzisstisch gestörte Persönlichkeit im psychoanalytischen Aspekt von H. Kohut und im individualpsychologischen Aspekt von F. Künkel, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 7: 76- 84.
16. BREZO, J., BARKER, E. D., PARIS, J., HÉBEWRT, M., VITARO, F., TREMBLAY, R. E., TURECKI, G. (2008), Childhood Trajectories of Anxiousness and Disruptiveness as Predictors of Suicide Attempts, *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 162 (11): 1015-1021.
17. BUCCI, W. (1997), *Psychoanalysis and Cognitive Science*, The Guilford Press, New York.

18. CASPI, A. (1998), Personality Development Across the Lifespan, in DAMON, W. (a cura di), *Handbook of Child Psychology*, 5° ed., vol. 3, in EISENBERG, N. (a cura di), *Social, Emotional, and Personality Development*, Wiley, New York: 311-388.
19. CASPI, A., ELDER, G. E., HERBENER, E. (1990), Childhood Personality and the Prediction of Life-Course Patterns, in ROBINS, L. N., RUTTER, M. (a cura di), *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood*, Cambridge University Press, New York: 13-35.
20. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRYZBECK, T. R. (1993), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-990.
21. DE CORO, A. (a cura di, 2002), *Diagnosi psicodinamica operazionalizzata. Presupposti teorici e applicazioni cliniche*. Masson, Milano.
22. DEFIFE, J. A., HILSENROTH, M. J. (2005), Clinical Utility of Defensive Functioning Scale in the Assessment of Depression, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 193: 176-182.
23. DZIOBEK, I., PRESSLER, S., GROZDANOVIC, Z., HEUSER, I., HEEKEREN, H. R., ROEPKE, S. (2011), Neuronal Correlates of Altered Empathy and Social Cognition in Borderline Personality Disorder, *Neuroimage*, 57: 539-548.
24. ERIKSON, E. H. (1968), *Youth and Crisis*, tr. it. *Gioventù e crisi di identità*, Armando, Roma 1974.
25. FASSINO, S. (1988), Sentimento sociale e Sé creativo: il gruppo e l'individuo, *Indiv. Psychol. Dossier I*: 62-93.
26. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di psichiatria biopsicosociale*, CSE, Torino.
27. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Pan. Min. Med.*, 50: 1-11.
28. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria dinamica*, CSE, Torino.
29. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, CSRPE Edizioni, Torino.
30. FERRERO, A. (2011), "Dealing with Separation. Theoretical and Technical Issues of Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP)", Main lecture, 25th Congress of International Association of Individual Psychology, Wien.
31. FERRERO, A., CAIRO, E., FASSINA, S., SIMONELLI, B. (2009), Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): Technical Issues for the Treatment of Aggressiveness in Patients with Borderline Personality Organization (BPO), *Pan. Min. Med.*, 51 (3, suppl.1): 39.
32. FERRERO, A., FASSINA, S. (2003), Aiutare i pazienti in analisi. Un contributo critico tra il pensiero di Alfred Adler e Sandor Ferenczi, in BOSCHIROLI, A., ALBASI, C. GRANIERI, A., *Incontrando Sándor Ferenczi. Temi ferencziani nella pratica clinica contemporanea*, *Radure*, VII: 243-255.
33. FERRERO, A., PELOSO, A. (2010), *L'utilizzo della psicoterapia nei disturbi psichici in adolescenza*, Documento non pubblicato.
34. 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.
35. FOELSCH, P., ODOM, A. E., KERNBERG, O. F. (2008), Treatment of Adolescents with Identity Diffusion: a Modification of Transference Focused Psychotherapy, *Sant.*

Ment. Au Que, 33: 37- 60.

36. FONAGY, P., LUYTEN, P., BATENIAN, A., GERGELY, G., STRATHEARN, L., TARGET, M., ALLISON, E. (2010), Attachment and Personality Pathology, in CLARKIN, J. F., FONAGY, P., GABBARD, G. O. (a cura di), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders, A Clinical Handbook*, American Psychiatric Publishing, Arlington, VA: 33-88.

37. 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.

38. GABBARD, G. O. (2000), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, American Psychiatric Press, Washington, DC.

39. GABBARD, G. O., WESTEN, D. (2003), Rethinking Therapeutic Action, *Int. J. Psychoanal.*, 84: 823-841.

40. GOODMAN, M., NEW, A., SIEVER, L. (2004), Trauma, Genes and the Neurobiology of Personality Disorders, *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1032:104-116.

41. GREENBERG, J. P. (2004), Gli ingredienti essenziali per una psicoterapia efficace: l'effetto dei fattori comuni, in GABBARD, G. O. (a cura di), *The Art and Science of Brief Psychotherapies. A Practitioner's Guide*, American Psychiatric publishing, Washington D. C.; Edizione italiana CSE, Torino 2006.

42. GUNDERSON, J. G. (1996), The Borderline Patient Intolerance of Aloneness: Insecure Attachment and Therapist Availability, *Am. J. Psychiatry*, 153: 752-758.

43. HERPERTZ, S. C. (2011), Contribution of Neurobiology to our Knowledge of Borderline Personality Disorder, *Nervenarzt.*, 82: 9-15.

44. JACOBSEN, T., HOFMANN, V. (1997), Children's Attachment Representations: Longitudinal Relations to School Behavior and Academic Competency in Middle Childhood and Adolescence, *Develop. Psychol.*, 33: 703-710.

45. JEAMMET, P. (2008), *Pour nos ados, soyons adultes*, tr. it. *Adulti senza riserva*, Raffaello Cortina, Milano 2009.

46. KERNBERG, P. F., WEINER, A. S., BARDENSTEIN K. K. (2000), *Personality Disorders in Children and Adolescents*, Basic Books, New York.

47. KRUTTKE RÜPING, M. (1986), Transfert, controtransfert e resistenza, *Indiv. Psychol. Doss. II*, SAIGA, Torino 1990.

48. LASCH, C. (1979), *The Culture of Narcissism*, tr. it. *La cultura del narcisismo*, Bompiani, Milano 1981.

49. LEIBOVICH, M. A. (1983), Why Short-Term Psychotherapy for Borderlines?, *Psychother. Psychosom.*, 39: 1-9.

50. LINGIARDI, V., DEL CORNO, F. (a cura di, 2008), *PDM Manuale Diagnostico Psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano.

51. LIVESLEY, J. (2008), Toward a Genetically-Informed Model of Borderline Personality Disorder, *J. Pers. Disord.*, 22: 42-71.

52. LOUIS HOFFMANN, L. (1990), L'incontro del terapeuta con se stesso, in AA.VV., *Aspetti generali del processo analitico*, *Indiv. Psychol. Dossier 2*: 145-156.

53. LUETHI, M., MEIER, B., SANDI, C. (2009), Stress Effects on Working Memory, Explicit Memory and Implicit Memory for Neutral and Emotional Stimuli in Healthy Men, *Front. Behav. Neurosci.*, 2: 5.

54. LYONS-RUTH, K., JACOBVITZ, D. (1999), Attachment Disorganization: Genetic Factors, Parenting Context and Developmental Transformation from Infancy to

Adulthood, in CASSIDY, J., SHAVER, P. R., *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, Guilford, New York.

55. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1995), Crisi individuale e gruppo curante. Riproduzioni e metafore della costellazione familiare, in MASCETTI, A., ZIGHETTI, M. (a cura di), *La costellazione familiare*, Tipografia Stampa, Brunello.

56. McCRAE, R., COSTA, P. (1997), Personality Trait Structure as a Human Universal, *Am. Psychologist*, 52: 509-516.

57. Mc KELVEY, L. M., WHITESIDE-MANSELL, L., BRADLEY, R. H., CASEY, P. H., CONNERS-BURROW, N. A., BARRETT, K. W. (2011), Growing up in Violent Communities: do Family Conflicts and Gender Moderate Impacts on Adolescents' Psychosocial Development?, *J. Abnorm. Child Psychol.*, 39: 95-107.

58. MITCHELL, S. A., BLACK, M. J. (1995), *Freud and Beyond. A History of Modern Psychoanalysis*, Basic Books, New York.

59. MOORES, K. A., CLARK, C. R., Mc FARLANE, A. C., BROWN, G. G., PUCE, A., TAYLOR D. J. (2008), Abnormal Recruitment of Working Memory Updating Networks During Maintenance of Trauma-Neutral Information in Post-Traumatic Stress Disorder, *Psychiatry Res.*, 163: 156-170.

60. MORBACH, W. (2007), Die geteilte Wirklichkeit-Zur interaktionellen Dynamik der Abwehrmechanismen, *Z. f. Individualpsychol.*, 32: 107-126.

61. MOSAK, H. H., LEFEVRE, R. (1976), The Resolution of Intrapsychic Conflict, *J. Indiv. Psychol.*, 32: 19-26.

62. NORTHOFF, G., BERMPOHL, F., SCHOENEICH, F., BOEKER, H. (2007), How Does Our Brain Constitute Defense Mechanisms? First-Person Neuroscience and Psychoanalysis, *Psychother. Psychosom.*, 76: 141-153.

63. OFFER, D., KAIZ, M., HOWARD, K. I., BENNETT, E. S. (1998), Emotional Variables in Adolescence and Their Stability and Contribution to the Mental Health of Adult Men; Implications for Early Intervention Strategies, *J. Youth Adol.*, 27: 675-685.

64. OLBRICH, E. (1990), Coping and Development, in *Coping and Self Concept in Adolescence*, Springer-Verlag, Heidelberg.

65. PRESSLICH-TITSCHER, E. (1997), Borderline-Störungen: Wenn Gefühle abgespalten werden müssen, *Z. f. Individualpsychol.*, 22: 32-37.

66. PRESSLICH-TITSCHER, E. (2004), Welche Regeln bestimmen unser Handeln als Analytiker? *Z. f. Individualpsychol.*, 29: 294-305.

67. RACAMIER, P. C., CARRETIER, L. (1973), Organisation dynamique d'un foyer de cure, *Rev. Prat. de Psychol. de Vie Sociale et d'Hyg. Ment.*, 4: 411-428.

68. RAZNAHAN, A., LEE, Y., STIDD, R., LONG, R., GREENSTEIN, D., CLASEN, L., ADDINGTON, A., GOGTAY, N., RAPOPORT, J. L., GIEDD, J. N. (2010), Longitudinally Mapping the Influence of Sex and Androgen Signaling on the Dynamics of Human Cortical Maturation in Adolescence, *Proct. Natl. Acad. Sci. U.S.A.*, 107: 16988-16993.

69. ROVERA, G. G. (1992), La Psicologia Individuale, in PACHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.

70. ROVERA, G. G. (1994), Formazione del sé e patologia borderline, *Atque*, 9: 127-140.

71. ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino.

72. ROVERA, G. G., FASSINA, S., FASSINO, S. (2009), Aspects with Psychosomatics Relevance in Recent Migrations, *Pan. Min. Med.*, 51 (3, suppl.1).

73. 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*, M.S., Torino.
74. SARACENO, C. (2003), *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
75. SCHMIDT, R. (1985), Neuere Entwicklungen der Individualpsychologie im deutschsprachigen Raum, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 10: 226-236.
76. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologische Therapie, *Beitr. z. Individualpsychol.*, 6: 90-99.
77. SHARP, C., PANE, H., HA, C., VENTA, C., PATEL, A. B., STUREK, J., FONAGY, P. (2011), Theory of Mind and Emotion Regulation Difficulties in Adolescents with Borderline Traits, *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 50: 563-573.
78. SIEVER, L. J., WEINSTEIN, L. N. (2009), The Neurobiology of Personality Disorders: Implications for Psychoanalysis, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 57: 361-398.
79. SKODOL, A. E., BENDER, D. S. (2009), The Future old Personality Disorders, in DSM-V, *Am. J. Psychiatry*, 166: 388-391.
80. SLEDGE, W. H., MORAS, K., HARTLEY, D., LEVINE, M. (1990), Effect of Time-limited Psychotherapy on Patient Dropout Rates, *Am. J. Psychiatry*, 147: 1341-1347.
81. SROUFE, L. A., CARLSON, E., SHULMAN, S. (1993), Individuals in Relationships: Development from Infancy Through Adolescence, in FUNDER, D. C., PARKE, R., TOMLINSON-KEESEY, C., WIDAMAN, K. (a cura di), *Studying Live through Time: Approaches to Personality and Development*, Am. Psychol., Washington, DC.: 315-342.
82. STEFINI, A., GEISER-ELZE, A., HARTMANN, M., HORN, H., WINKELMANN, K., KRONMÜLLER, K. T. (2009), Attachment Style and Outcome in Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adolescents, *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 59: 68-74.
83. STEINER, H., ERICKSON, S. J., Mc LEAN, P., MEDIC, S., PLATTNER, B., KOOPMAN, C. (2009), Relationship between Defences, Personality and Affect During a Stress Task in Normal Adolescence, *Child. Psychiatry Hum. Dev.*, 30: 107-119.
84. SUGARMAN, A. (2006), Mentalization, Insightfulness and Therapeutic Action. The Importance of Mental Organization, *Int. J. Psychoanal.*, 87: 965-987.
85. SUTHERLAND, K., BRYANT, R. A. (2008), Autobiographical Memory and Self-Memory System in Posttraumatic Stress Disorder, *J. Anxiety Disord.*, 22: 555-560.
86. SVRAKIC, D. M., LECIC-TOSEVSKY, D., DIVAC-JOVANOVIC, M. (2009), DSM Axis II: Personality Disorders or Adaptation Disorders, *Curr. Opin. Psychiatry*, 22: 111-117.
87. TENBRINK, D. (1998), Betrachtungen zum Spannungsfeld zwischen individualpsychologischer Identität und psychoanalytischen Selbstverständnis in der Individualpsychologie, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 23: 95-115.
88. TORGERSEN, S. (2005), Behavioral Genetics of Personality, *Curr. Psychiatry Rep.*, 7: 51-56.
89. WESTEN, D., CHANG, C. M. (1998), La patologia della personalità in adolescenza, in WESTEN, D., SHEDLER, J. (1998), *Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200)*, tr. it. WESTEN, D., SHEDLER, J., LINGIARDI, V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*, Raffaello Cortina, Milano.
90. WESTEN, D., SHEDLER, J. (1998), *Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200)*, tr. it. WESTEN, D., SHEDLER, J., LINGIARDI, V. (2003), *La valutazione*

della personalità con la SWAP-200, Raffaello Cortina, Milano.

91. WESTEN, D., SHEDLER, J., DURRETT, C., GLASS, S., MARTENS, A. (2003), Personality Diagnoses in Adolescence: DSM-IV Axis II Diagnoses and Empirically Derived Alternative, *Am. J. Psychiatry*, 160: 952-966.

92. WINKELMANN, K., STEFINI, A., HARTMANN, M. A., KRONMÜLLER, A., SCHENKENBACH, C., HILDEGARD, H., KRONMÜLLER, K. T. (2005), Efficacy of Psychodynamic Short-Term Psychotherapy for Children and Adolescents with Behavioral Disorders, *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.*, 54: 598-614.

93. WINNICOTT, D. (1971), *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma 1974.

94. WOLF, R. C., SAMBATARO, F., VASIC, N., SCHMID, M., THOMANN, P. A., BIENENTREU, S. D., WOLF, N. D. (2011), Aberrant Connectivity of Resting-State Networks in Borderline Personality Disorder, *J. Psychiatry Neurosc.*, 1, 36: 100-150.

95. YOUNGBLADE, L. M., CURRY, L. A. (2006), The People they Know: Links between Interpersonal Contexts and Adolescent Risky and Health-Promoting Behaviour, *Appl. Dev. Sci.*, 10: 96-106.

Andrea Ferrero
Via Sommacampagna, 6
I-10131 Torino
E-mail: andfer52@hotmail.com

La comunicazione non è se non relazione: confronto fra Psicologia Individuale e Psichiatria Fenomenologica

GIUSEPPE FERRIGNO, EUGENIO BORGNA

Summary – COMMUNICATION IS NOTHING LESS THAN RELATION: A COMPARISON BETWEEN INDIVIDUAL PSYCHOLOGY AND PHENOMENOLOGICAL PSYCHIATRY. Individual Psychology and Phenomenological Psychiatry face each other in this article, exchanging insights on the communication-relation theme; they get closer, they move away, they sometimes interweave, but they always behave in such ways with enthusiasm and participation. We decided to articulate our dialogue dividing our works into two identical paragraphs, followed by our initials in brackets: G. F.= Giuseppe Ferrigno; E. B.= Eugenio Borgna; this way each author analyses and describes the topic both in a theoretical and clinical dimension.

Keywords: COMMUNICATION/RELATION, INDIVIDUALPSYCHOLOGY, PHENOMENOLOGICAL PSYCHIATRY

Introduzione

Psicologia Individuale e Psichiatria Fenomenologica si confrontano in questo articolo con uno scambio di vedute sul tema della comunicazione-relazione, a volte avvicinandosi, a volte distanziandosi, a volte intrecciandosi, sempre e comunque con entusiasmo e partecipazione.

Abbiamo pensato di articolare il nostro dialogo suddividendo il lavoro in paragrafi identici, seguiti fra parentesi dalle iniziali G. F.= Giuseppe Ferrigno; E. B.= Eugenio Borgna, in cui ciascun autore analizza e descrive l'argomento in una dimensione teorica e clinica.

La cifra che alimenta la volontà di scrivere a due mani codesto articolo è il concetto di "amicizie a priori" che, «invisibili, legano tra loro persone che non si conoscono e che si riscoprono nelle loro attività profonde quando il destino le fa conoscere» (11, p. XI).

I. 1. *Premesse (G. F.)*

Ai primi del '900 l'*establishment* accademica viennese era impregnata della fisica causalistica newtoniana e del *determinismo rigido freudiano*. In questo clima culturale Alfred Adler propone, in maniera pionieristica e anticipatoria, come base di partenza del proprio modello teorico il principio unitario formulato in seguito dalla fisica di Einstein: Adler parla ereticamente di *sentimento d'inferiorità*, di *soggettivismo fenomenologico delle finzioni*, di *immaginazione*, di *finalismo causale*, di *intenzionalità*, di *Sé creativo*, di *coppia creativa*, di *processo d'incoraggiamento empatico come prezioso strumento terapeutico*.

Alfred Adler può essere considerato il capostipite del filone socioculturale della *psicologia del profondo*: oggetto costante dei suoi studi sono la *relazione/comunicazione* e gli *stati emozionali* che s'intrecciano al *sentimento d'inferiorità*, da lui concepito non come *base statica*, ma come *forza propulsiva e dinamica* e come *principio motivazionale* della vita psichica.

L'essere umano non è un'individualità isolata, ma *relazione*. L'*individuus*, indivisibile per sua essenza strutturale, è una rete di *relazioni*, di *dialoghi*, di *rapporti*, di *scambi interpersonali* con gli altri. In *Psicologia del bambino difficile* Adler scrive: «Non esiste un intelletto privato. Un intelletto dell'individuo. "L'intelletto ha un valore generale". Esso si è sviluppato comprendendo gli altri, avvicinandosi ai propri simili, immedesimandosi con loro, vedendo con i loro occhi, udeno con i loro orecchi, sentendo con i loro cuori» (3, p. 35).

La mente adleriana, quindi, non è una *mente isolata*, qualificandosi per una *vitale inclinazione relazionale* fra il *Sé* e l'*Altro da Sé*, in disaccordo con l'assetto epistemologico pulsionale in cui la *scoperta dell'altro* non include il piacere d'assaporare l'*alterità*, in quanto la *relazione* ha una funzione esclusivamente strumentale: l'*oggetto esterno*, in una visione incentrata sul *riduzionismo biologistico assoluto*, ha il compito di agevolare la scarica energetica, per il semplice fatto che può inibirlo, facilitarla fungendo da bersaglio all'investimento della *primaria pulsione libidica*. L'*Altro da Sé*, in questo modo, è privato della *complementarietà relazionale* in contrasto con la visione olisticamente teleologica adleriana di una *mente intersoggettiva, interindividuale, intenzionale, prospetticamente orientata verso il superamento dei propri limiti*.

Adler abbandona definitivamente l'assunto razionalistico e riduzionistico cartesiano di un *Sé* che esiste in quanto capace di *pensare il proprio pensiero* ("Cogito, ergo sum", "Penso, dunque sono"). Già ai primi del '900, egli elabora il modello di una vita psichica *relazionale, ermeneutica, cognitiva*, ma anche *affettiva*, costruita non solo sulla capacità del soggetto di *concepire e pensare i propri pensieri*, di conseguenza *sull'intrapsichico*, ma anche *sull'intersoggettivo*.

vo, sull'*interindividuale*, «cioè sull'attitudine, parallela dinamica e vitale, a osservare e a sentire intuitivamente, "come se" fossero i propri, gli stati mentali altrui [...] in virtù di un'intima natura intersoggettiva della mente. Al "Cogito, ergo sum" Adler sostituisce, quindi, [...] il "Cogitor, ergo cogito" ("Sono pensato, quindi penso"), [...] a cui affianca, parallelamente, l'"Amor, ergo amo", ("Mi sento amato, quindi so amare"), in quanto nella Psicologia Individuale il *bisogno (bedürfnis)*, provato dal bambino, fin dal primo vagito, di ricevere delicatezza (*zärt*), affetto, coccole, se è coltivato con sufficienti attenzioni e scambi, consente lo sviluppo processuale del *linguaggio della tenerezza, della reciprocità, del sentimento sociale: se mi sento amato posso imparare ad amare*. Adler esce, così, dal pericolo di un *idealismo* e di un *soggettivismo assoluto* e si dirige verso un *idealismo positivista bipersonale*, verso un *pragmatismo* critico della quotidianità relazionale, verso una psicologia del "senso comune"» (28, p. 8).

Per Adler è innegabile l'essenza *dialogica* della natura umana, in quanto l'entrare-in-rapporto-con l'*Altro da Sé* non rappresenta uno tra i possibili aspetti del vivere, ma la sua struttura portante. Se così non fosse, l'*individuo/soggetto ermeneutico* cadrebbe vittima dei propri soliloqui, della propria *logica privata* e delle proprie *finzioni rafforzate*.

I. 2. Premesse (E. B.)

Una premessa: ci sono due modi radicalmente diversi nel comunicare: il comunicare come fare conoscere, diffondere, mettere qualcosa in comune: il comunicare come verbo transitivo; e il comunicare come essere in comunicazione, essere in relazione con qualcuno: il comunicare come verbo intransitivo, e cioè il comunicare come parte-cipare: come con-dividere. Nella struttura linguistica del comunicare, del partecipare, del prendere parte e del condividere, riemerge sempre, come dice Heidegger, il radicale della *parte*: in tedesco *Mit-teilung e Mit-teilen*. Questa *parte* è la parola tematica di ogni comunicazione: noi siamo solo la parte di un tutto: siamo una soggettività amputata nella relazione con gli altri: siamo una soggettività che non si realizza fino in fondo se non nella intersoggettività: nel recupero della soggettività altrui.

Una seconda premessa: la comunicazione intesa come relazione, e come partecipazione, è riscoperta della alterità e rifiuto della alienità. L'*alter* non è l'*alienus*; e questo non solo in psicopatologia ma anche nel contesto delle comuni relazioni interpersonali. L'*alienus* è chi è, o meglio chi viene considerato, diverso da noi: chi è, o sembra essere, al di fuori della nostra comunità di vita. La comunicazione autentica si realizza fino in fondo solo quando diviene relazione fra una soggettività e l'altra, fra una parte e l'altra, e questo nel contesto della clinica e della cura ma anche in quello della famiglia e della società.

II. 1. *I disturbi della comunicazione (G. F.)*

L'incontro con l'Altro da Sé implica una sintonizzazione, un contatto, una risonanza emozionale nell'intuizione che si sviluppa nel presente del presente agostiniano, nell'*hic et nunc*. Il sentire l'altro, il mettersi in una relazione interindividuale con l'Altro da Sé richiede un ponte di collegamento, un aggancio non solo attraverso il corpo, ma soprattutto attraverso emozioni e sentimenti condivisi. Soltanto a queste condizioni è possibile vivere l'esperienza magica, unica e irripetibile di uno scambio reciproco di esperienze private, come l'amicizia, il rispetto, la fiducia, l'amore, la cura, la stima: è questo in fondo il *sentimento sociale*.

Le esperienze nevrotiche e psicotiche esprimono, sempre e in ogni caso, le umane possibilità di affrontare sul "lato inutile della vita" il pavesiano "mestiere di vivere" ricorrendo alla "difesa fittizia" di un graduale rafforzamento della "distanza" fra il Sé e l'Altro da Sé. Il "malato" soccombe di fronte al peso della vita, rifugiandosi nelle fittizie costruzioni nevrotiche o precipitando negli abissi sterminati degli sconvolgenti vissuti psicotici. Nelle esperienze nevrotiche e psicotiche ritroviamo gli eterni temi esistenziali insoluti e il laceramento del *tessuto dialogico dell'individuo verso il mondo e verso gli altri con un prosciugamento della comunicazione e del sentimento sociale*.

Nei tormenti, nelle insicurezze dell'esistenza, nelle angosce dei pazienti, nevrotici e psicotici, che non vanno "esaminati" come una *categoria* a parte, riconosciamo i grandi temi della *fatica di vivere*.

Chiunque non riesca a immaginare, direbbe Alfred Adler, orizzonti finzionali di speranza, chiunque perda il significato prospettico della vita, chiunque retroceda davanti al peso della condizione umana, chiunque non intraveda neanche una "possibilità", imboccherà il sentiero che conduce inesorabilmente verso la fatale *desertificazione* del proprio mondo interno, emozionale e dialogico, nevrotico e psicotico, con vari gradi di "distanza" dal senso comune.

L'agente terapeutico in una psicoterapia adleriana si colloca, in ogni caso, in una posizione intermedia fra "interpretazione" ed "esperienza emotiva correttiva" del deficit affettivo di base. Il terapeuta non si limita a osservare il paziente in modo distaccato, silenzioso, neutrale e ad elargire onnipotenti interpretazioni con lo scopo di smantellare le *finzioni rafforzate*: egli offre al paziente la possibilità di potersi emancipare dai vecchi schemi relazionali rivolti verso il lato *inutile della vita* dandogli l'opportunità di sperimentarne di nuovi all'interno del *setting*. L'incontro terapeutico, infatti, rappresenta un *evento* unico, irripetibile che, creativamente e finalisticamente orientato, sviluppa nel *tempo* la costruzione di una *storia a due*, quella della *coppia creativa*.

L'analisi adleriana *smantella le finzioni rafforzate* su cui il paziente ha costruito il personale piano di vita *fittizio*. La persona "sana" «prende principi guida e mèta in modo metaforico con il senso del "come se": per essa sono *figure retoriche, costrutti euristici, espedienti teleologici pratici dell'anima alla ricerca di un orientamento*. Il nevrotico, invece, si aggrappa al filo di paglia della finzione, la *ipostatizza*, attribuendole un *valore reale* mentre, nelle psicosi, il tutto è elevato a *dogma*. È il *letteralismo*, e quindi la "distanza dal senso comune", dalla relazione/comunicazione, dall'altro da Sé, che fa la pazzia [...]. Se il passaggio dalla *salute alla malattia mentale* si distingue per i gradi di *letteralismo* e di "distanza" dal "senso comune", con tutti i disturbi che si manifestano nell'ambito della comunicazione-relazione, ciò significa che la strada terapeutica, per tornare dalla psicosi alla salute mentale, consiste nel percorrere all'indietro lo stesso tragitto ermeneutico: la *deletteralizzazione*. Per essere sani mentalmente, occorre riconoscere come *finzioni* le nostre convinzioni e guardare in trasparenza come *fantasie* le nostre *ipotesi*» (30, p. 99), incrementando il *sentimento sociale*.

Il *disturbo della comunicazione* dell'era postmoderna, che stiamo attualmente vivendo, è caratterizzato secondo vari livelli dalla "distanza nevrotica o psicotica" dal *senso comune*. Essa può essere metaforizzata, a mio avviso, dalla cosiddetta "Sindrome della bella Angelica": nel poema di Ludovico Ariosto la "bella Angelica" «*fugge tra selve spaventose e scure per lochi inabitati, ermi e selvaggi*», dal paladino Rinaldo, odiato in quanto ella ha bevuto alla fontana del *disamore*, diversamente da Rinaldo che l'insegue, follemente innamorato, poiché ha bevuto alla fontana dell'*amore*. Nell'"Orlando furioso" *tutti* inseguono *tutti*, trascinati dai furori dell'amore e del disamore, secondo lo schema imprevedibile delle "due fontane" che attraggono, mai simultaneamente, i vari personaggi che, perciò, non s'incontrano mai, ritrovandosi sempre a una "certa distanza comunicativa" dall'*Altro*.

Anche nelle espressioni nevrotiche e psicotiche, secondo vari gradi, gli individui, *distanziandosi* dal "senso comune", finiscono per "dialogare" esclusivamente con se stessi in un rovinoso monologo "distante" dal "senso comune".

L'individuo nella cosiddetta "malattia mentale" finisce per ritrovarsi perennemente *solo*, chiuso e murato, leibnizianamente, nella propria monade psico-fisica priva di finestre aperte sul mondo arrivando a "scoprire" l'altro "o troppo tardi o troppo presto": l'*altro da Sé* è percepito "come se" fosse tarato su una lunghezza d'onda temporale-soggettiva perennemente sfasata e asincrona.

II. 2. I disturbi della comunicazione (E. B.)

Le esperienze neurotiche e psicotiche, le loro diverse forme di espressione, non sono se non disturbi della comunicazione: questa è la tesi di Ludwig Binswanger, uno dei

grandi psichiatri del secolo scorso, al quale si deve la rifondazione fenomenologica della psichiatria: ricondotta al suo statuto di scienza radicalmente umana.

Vorrei dire che comunicazione, relazione, colloquio e dialogo, sono sfere semantiche che sconfinano le une nelle altre, e che rientrano nelle esperienze più complesse e più difficili, più ambigue e più inafferrabili, della vita. Ci si inoltra in una comunicazione autentica con se stessi e con gli altri lungo il sentiero della interiorità (della introspezione) e della immedesimazione; ma le cose cambiano nella misura in cui si abbia a che fare con la comunicazione razionale, o con quella emozionale. La comunicazione razionale è quella che ci mette in contatto, e in relazione, con i nostri pensieri e i nostri calcoli, e con i pensieri e i calcoli degli altri: con la dimensione de-emozionalizzata della realtà.

La comunicazione razionale è quella che nelle scuole porta chi insegna a trasmettere cognizioni geometriche, e astratte, senza risonanze esistenziali profonde e indelebili.

Non c'è comunicazione creatrice di conoscenza e di trasformazione se non quando la ragione, la ragione calcolante, si converte in passione: nella leopardiana passione della speranza. La sola comunicazione razionale dei fatti, ma non ci sono fatti, come diceva Nietzsche, e solo la loro interpretazione non riesce ad essere strumento di cambiamento e di rinascita interiore, di crescita e di maturazione, possibili solo quando la comunicazione sia anche, e radicalmente, comunicazione emozionale.

III. 1. *La comunicazione non è se non relazione (G. F.)*

Alfred Adler, cantore della *relazione* scrive: «Chiunque abbia sperimentato l'ingiuria dell'ebbrezza del potere, sia che si tratti di individui che di popoli, "afferri in alto le stelle eterne" e si rammenta dell'onnipotenza dei sentimenti umanitari. A essi, che costituiscono nella loro *verità eterna* [...] l'istanza più alta, si rivolge l'appello più forte» (2, p. 12).

Anche il *setting* adleriano va considerato come una *psicologia di due persone*. Il *setting* comprende una stanza che accoglie *due* esseri viventi *totali*, sintesi di mente e di corpo, di *finzioni* e di *emozioni*, uno di fronte all'altro: *due animali in una stanza che comunicano e che entrano in relazione*.

Nel *qui e ora* si sviluppa un accadimento tra i due, si crea una *reciprocità* inscindibile che si ipostatizza nell'esser uno di fronte all'altro, una *mente* di fronte a un'altra *mente*, un *corpo* di fronte a un altro *corpo*, uno *sguardo* di fronte a un altro *sguardo*, un *cuore* di fronte a un altro *cuore*. Non è possibile che il terapeuta investa nella relazione terapeutica solo sul piano finzionale, interpretativo, razionale: con la *mente*, mai col *cuore*. La terapia è una sintesi fra *interpretazio-*

ne delle finzioni rafforzate e *nuova esperienza emotiva correttiva* del deficit di base, maieutica di *nuove* emozioni: la speranza, la fiducia, il rispetto di sé e dell'altro, la gioia di vivere.

«La scoperta dell'altro, la possibilità di raggiungerlo, di coglierne l'essenza vitale, di ascoltarlo facendosi ascoltare, di capirlo facendosi capire (dal latino *capere*=*prendere, comprendere, contenere*) costituiscono il centro nodale della visione adleriana dell'uomo, che lotta nel tentativo di uscire dal chiuso del proprio mondo "privato", soggettivo» (27, p. 5), per entrare, attraverso la *falce leggera dell'immedesimazione* nella soggettività, nell'interiorità, nell'intenzionalità dell'altra *monade*, tendenzialmente chiusa, che è l'*altro da Sé*: non è possibile analizzare un essere umano isolato dal suo contesto sociale.

III. 2. *La comunicazione non è se non relazione (E. B.)*

Comunicare è allora entrare in relazione con se stessi e con gli altri; comunicare è trasmettere esperienze e conoscenze personali; comunicare è uscire da se stessi e immedesimarsi nella vita interiore di un altro-da-noi: nei suoi pensieri e nelle sue emozioni. Noi entriamo in comunicazione, e cioè in relazione con gli altri, in modo tanto più intenso e terapeutico quanta più passione è in noi, quante più emozioni noi siamo in grado di rivivere, e di vivere, con chi chiede il nostro aiuto.

Se vogliamo creare una comunicazione autentica con una persona, se vogliamo ascoltarla (anche l'ascoltare può essere freddamente razionale, o invece animato dal pensiero emozionale) fino in fondo, questo non avviene se non seguendo il cammino delle nostre emozioni. Quale abisso l'uomo medesimo, dice Agostino, e come è difficile conoscere se stessi, i nostri pensieri e le nostre emozioni, e nondimeno senza una dolorosa introspezione nulla possiamo conoscere degli altri.

In ogni forma di comunicazione, e soprattutto in quella terapeutica, l'io si confronta con il tu nell'orizzonte di un noi che fonde, e trascende, l'io e il tu in una nuova dimensione dalla quale si esce cambiati, e non si è più quelli di prima quando la relazione sia reciprocamente articolata. Ogni volta, allora, non c'è solo qualcuno che parla, comunicando qualcosa, e qualcuno che ascolta, e riceve, qualcosa, ma c'è contemporaneamente, anche nel silenzio (si può comunicare con il silenzio e nel silenzio), un parlare e un ascoltare in una continua circolarità di esperienze.

IV. 1. *Come si comunica? (G. F.)*

Nell'era postmoderna le segreterie telefoniche, i cellulari, internet, le nuove tecnologie e le nuove tendenze aprono la comunicazione verso orizzonti onnipoten-

ti in quanto offrono l'illusione di annullare le leggi dello spazio e del tempo, mentre paradossalmente finiscono per imprigionare l'individuo in un mondo sempre più anonimamente artificiale a scapito della condivisione. «Occorre fare una necessaria riflessione [...] sui rischi di un pensare e di un relazionarsi sempre più diffuso negli ultimi anni che, da certi punti di vista, sembrano richiamare la “giostrea senza fine” della “bella Angelica”, inseguita a vuoto dai suoi spasimanti» (*Ibid.*, p. 6) e sulle influenze che le nuove tecnologie stanno producendo nei giovani, nell'essere umano.

«Fingiamo di comunicare simultaneamente e contemporaneamente attraverso le nostre *mail* giornaliera, che saranno lette, “in fretta”, dai destinatari in tempi e contesti completamente sfasati e differenti e a cui seguiranno *risposte* cronologicamente e emozionalmente asincrone» (*Ivi*). Le nuove forme di comunicazione tendono progressivamente a inaridire la vitale trepidazione emozionale, fatta d'incanto, di stupore e di meraviglia, che si sviluppa in ogni *nuovo* incontro, in ogni *nuovo* dialogo, in ogni conversazione, rarefacendo la magica sacralità unica e irripetibile dell'intreccio di anime e di corpi nell'*hic et nunc*, nel *presente del presente* in cui l'*intuizione*, nel senso adleriano del termine, è incontrastata sovrana.

Gli esseri umani dell'era postmoderna rischiano, in questo modo, di ammalarsi cronicamente di “asincronia temporale”, per cui è necessario riscoprire il *gusto del gioco*, la *gioia della scoperta dell'altro*, della *simultaneità temporale*, del *contatto*, dell'*empatia adleriana*, come capacità di *vedere con gli occhi*, *udire con gli orecchi*, *vibrare con il cuore dell'altro*, *attraverso la falce leggera dell'immedesimazione*: occorre trovare al più presto il sentiero che conduca verso il negozio in cui un esperto “riparatore di orologi” possa “accordare” l'orologio *interno* ormai tarato su ritmi “fuori fase” rispetto al “senso comune”, al “sentimento sociale”: l'ora segnata risulta spesso “troppo presto o troppo tardi”.

IV. 2. *Come si comunica? (E. B.)*

Si comunica con il linguaggio delle parole, con quello del corpo vivente, e con quello del silenzio. Le parole sono creature viventi, e solo se nascono dal cuore riescono a creare relazioni significative, e a comunicare cose dolorose e problematiche. Se vogliamo che siano portatrici di cura, non possono se non essere parole leggere e profonde, interiorizzate e calde di emozione, sincere e palpitanti di vita. Ma gli orizzonti di senso delle parole cambiano nel contesto dei diversi linguaggi del corpo vivente, e cioè della voce, degli sguardi, dei volti e dei gesti. Il linguaggio del corpo può confermare, o smentire, il linguaggio delle parole; e anche di questo è necessario avere una piena coscienza.

Queste sono solo alcune connotazioni di quella che dovrebbe essere una comunicazione, una relazione, terapeutica; nella quale non può non essere di radicale importanza l'attenzione alle cose che diciamo, e che destano le più diverse risonanze emozionali in noi, e in chi ci ascolta, e in chi si attende di essere curato.

Come ha scritto una volta Marina Cvetaeva, la grande scrittrice russa, che non ha potuto sfuggire al richiamo fatale della morte volontaria, scegliere le parole, che aiutano e curano, esige un vero e proprio lavoro di ricerca e di selezione: come drammaticamente accade del resto in ogni seduta psicoterapeutica. E allora ci sono parole, parole emozionali (le sole che contano), che sono capaci di creare ponti di comunicazione fra noi e gli altri, fra chi cura e chi è curato, e ci sono parole che sono incapaci di fare questo, e creano muraglie kafkiane fra noi e gli altri. Sono cose, queste, che la fenomenologia ha messo in particolare evidenza contestando gli schemi linguistici aridi e convenzionali di matrice naturalistica dei quali si serve abitualmente la psichiatria clinica.

V. 1. *Non c'è conoscenza senza sofferenza (G. F.)*

Chirone, il centauro, mezzo uomo e mezzo cavallo, era stato ferito inesorabilmente dalla freccia avvelenata di Eracle. Chirone, ogni giorno, prima di prendersi cura in qualità di maestro dei propri allievi (Asclepio, il Dio della medicina, Achille, Eracle), medicava le proprie ferite, per essere in grado di assolvere al proprio ruolo di maestro e di guaritore; il mito del “guaritore-ferito” ci fa comprendere come sia indispensabile saper monitorare costantemente sia il *transfert* che il *controtransfert* sia *l'intrapsichico* che *l'intersoggettivo*, attraverso un'*accurata analisi personale e attraverso la supervisione* [28].

In una relazione d'aiuto colui che dovrebbe essere il guaritore può a sua volta essere stato *ferito* dalla vita, in quanto essere “finito e mortale”, la cui *debolezza* può trasformarsi in *forza*. Un “guaritore ferito”, se consapevole delle proprie ferite, potrà *comprendere meglio e quindi curare* anche le ferite altrui. Il mito paradossale di Chirone ci suggerisce di attivare il “guaritore interiore” che sopravvive in ognuno di noi terapeuti sfuggendo da ogni forma di radicale dogmatismo: il *terapeuta* da una parte e il *paziente* dall'altra, la *normalità* da una parte e la *folia* dall'altra, il *dovere* da una parte il *gioco* dall'altra.

Non è possibile imboccare alcuna strategia terapeutica senza un costante flusso biunivoco di risonanze cognitive ed emozionali fra chi cura e chi è curato, il *transfert* appunto e il *controtransfert*, che non possono, se non per motivi didattici o descrittivi, essere disgiunti [25]. Il nucleo centrale intorno al quale ruota una psicoterapia adleriana è la “coppia creativa” che presuppone che due persone attraverso il corpo e la mente cercano di costruire un “nuovo” *incontro dialo-*

gico, una reciprocità *interumana*, *interindividuale*, fondata sulla fiducia e sulla creatività.

V. 2. *Non c'è conoscenza senza sofferenza (E. B.)*

L'impostazione fenomenologica in psichiatria giunge anche a fare proprie tesi inconciliabili con il pensiero positivistico: quella ad esempio che, sulla scia di Eschilo e di Simone Weil, sostiene come non ci sia conoscenza senza sofferenza, e come la sofferenza, l'aver conosciute le ombre della sofferenza, consente di articolare relazioni interpersonali e terapeutiche in qualche modo più intense, e più credibili agli occhi di chi stando male, e precipitando negli abissi della solitudine, ha bisogno di una comunità di cura, e di una comunità di destino. Sono cose che Emily Dickinson ha scritto in una delle sue bellissime poesie.

Questa tesi così radicalmente antinaturalistica non intende se non sottolineare il significato maieutico che il dolore, e la fragilità come metafora della vita, assumono nella relazione di cura. Questo significa il rifiuto di ogni onnipotenza e la esigenza di una relazione psicoterapeutica che tenda ad essere il più possibile simmetrica, o che tenda almeno a diminuire l'asimmetria fra chi cura e chi è curato. Non potrei così non considerare la fragilità (san Paolo la definiva la nostra forza) come una sorgente di apertura e di comunione: una comunicazione, questa, recuperata nella sua dimensione intersoggettiva. Un incontro, un incontro psicoterapeutico, che sia senz'anima, non comunica nulla, e l'oblio ne divora fulmineamente il contenuto.

VI. 1. *Il dialogo (G. F.)*

Il principio d'indeterminazione di Heisenberg, premio Nobel nel 1933, asserisce che *quanto più un osservatore perfeziona i dispositivi per identificare la posizione di un elettrone, tanto più i dispositivi stessi alterano l'esattezza delle misure*. Di fatto, nella relazione terapeutica c'è un continuo *scambio* tra le menti e i cuori dei due soggetti e proprio da questo scambio biunivoco e ricorsivo nasce il senso della cura.

«L'incontro psicoterapeutico è, del resto e non di rado, il primo autentico incontro che sia dato al paziente di vivere nella storia della sua vita. [...] C'è, infatti, un'altra persona che prende su di sé il rischio e il peso della "mia vita" [...] e, così, rinasce una "nuova" forma di comunicazione, e di speranza. La psicoterapia comunicativa tende (dunque) a far sì che il malato, trascinato dentro una "ritrovata" intenzionalità, torni a dispiegarsi in relazione comunitaria con un "tu"» (14, pp. 350-351).

Nella prassi quotidiana, il terapeuta “neutralmente impassibile” è un “mito”. La “neutralità analitica” è soltanto un principio teorico artificioso. *Senso sociale, sentimento sociale, bisogno di tenerezza, empatia*: termini specificatamente adleriani che, ancora una volta innovativi ed eretici per l’epoca in cui sono stati da lui meditati, ruotano intorno all’intima natura intersoggettiva, interindividuale, dell’uomo.

La nostra esistenza si espande, in realtà, nel suo valore, solo se è data in donazione ad un “tu” che ci sta dinanzi, essendo inseparabile dall’esistenza degli altri, senza i quali essa si svuoterebbe di ogni significato. Esistere (*existere*) in latino «significa uscire da se stessi, dal nostro mondo interiore chiuso in sé, per vivere con gli altri e per gli altri» (*Ibid.*, p. 78).

Non c’è alcuna psicoterapia se non nel segno della speranza. Essa costituisce, forse, l’ultima possibilità che il paziente si concede di ricomporre la base lacerata della comunicazione interindividuale attraverso un nuovo “legame d’attacco” sicuro con l’analista.

Il terapeuta, per questi motivi, non può “sottrarsi” all’avventura a volte rischiosa di entrare, attraverso la *falce leggera dell’immedesimazione*, nella soggettività, nell’interiorità, nell’intenzionalità della monade, ormai imprigionata nella desertificazione delle emozioni, che è l’*altro da Sé*, il paziente.

VI. 2. *Il dialogo (E. B.)*

Come posso conoscere, o meglio come posso intuire, cosa le mie parole destano nel cuore di chi mi ascolta, o di chi vorrei aiutare a risalire dalla tristezza o dall’angoscia, dalla inquietudine o dalla disperazione?

Avvicinarsi agli orizzonti di senso della comunicazione, della relazione, che abbiamo con gli altri, non è facile; ma in ogni caso dovremmo sempre pensare che in ogni incontro, e in ogni incontro psicoterapeutico in particolare, non hanno solo importanza le cose che diciamo, i loro contenuti, ma anche, e ancora di più forse, il modo (il diapason emozionale) con cui le cose sono espresse.

Come scrive Nietzsche bisogna essere capaci di ammirazioni impetuose, e accogliere dentro di sé molte cose con amore, perché altrimenti non si è adatti né a comunicare né a comprendere quello che ci viene comunicato. Forma e contenuto non possono non essere dialetticamente intrecciati l’una all’altro.

O siamo in dialogo senza fine con gli altri-da-noi nella vita quotidiana, e nella vita di cura, o non riusciamo nemmeno a ottenere che chi stia male, e sia senza

speranza, possa dare parole al proprio dolore: solo così, lo diceva Shakespeare nel *Macbeth*, si evita che il nostro cuore si abbia a spezzare.

VII. 1. *Il mistero della comunicazione (G. F.)*

Uno dei più enigmatici misteri è quello della comunicazione e l'uomo di scienza prova uno «stupore ammirato che non si arrende al mistero, anzi, è tentato, attraverso lo sforzo conoscitivo, di svelarlo» (18, p. 134).

Evidenze empiriche sulla “comunicazione intenzionale implicita” avvalorano l'esistenza di un continuo flusso biunivoco di risonanze emozionali fra il terapeuta e il paziente: gli studi sull'effetto placebo di Pancheri e Brugnoli [41], quelli di Kandel sulla lumaca di mare *Aplysia* [21, 22], le ricerche sui “neuroni mirror” [32], così come il nuovo e stimolante filone di ricerche che fa capo alla “Teoria della mente” [35] evidenziano come nella comunicazione *interindividuale* si crei inconsciamente un *legame*, un *contatto*, uno *spazio mentale noi-centrico condiviso*: gli altri entrano incessantemente in noi con il loro agire e viceversa.

«All'interno della relazione terapeutica – scrivono Fassino e Panero – vi sarebbero *momenti* significativi per il cambiamento (*now moments, moments of meeting, moments of meanings*); essi sono il risultato dell'interazione della personalità del paziente e di quella del terapeuta e producono nuovi *set* di memoria implicita, non simbolica, non verbale e non riflessiva. La relazione assume chiaramente funzioni ed effetti neurobiologici configurandosi come fattore di cura. [...] Le recenti acquisizioni e le tecniche di *brain imaging* sulle interazioni neurobiologiche e comportamentali di empatia ed Alessitimia confermano il ruolo cruciale della relazione (psico)terapeutica in tutta la pratica medica. Le psicoterapie agiscono come fattori biologici su mente, cervello e corpo. [...] Dalle ricerche sulla neurobiologia dell'empatia è stato osservato che un'imitazione implicita inconscia reciproca (*embodied simulation*) tra medico e paziente è responsabile del processo di cambiamento» (22, pp. 14-16).

Il processo d'incoraggiamento empatico adleriano si fonda sulla naturale attitudine del terapeuta a *vedere con gli occhi, a udire con gli orecchi e a vibrare con il cuore del paziente, attraverso la falce leggera dell'immedesimazione*: il concetto di “ritmo”, a mio avviso, riesce a esprimere la dimensione temporale del processo d'incoraggiamento.

Se partiamo dalla fisica, in particolare dalla *legge dell'isocronismo del pendolo* di Galileo Galilei, constatiamo che “le oscillazioni in un pendolo si svolgono nello stesso tempo a prescindere dalla sua ampiezza” [29]. Se ci colleghiamo, inoltre, al fenomeno *misterioso* al quale è stato dato il nome di “Risonanza di Huygens”,

osserviamo che, dopo aver disposto a fianco e nella stessa parete due o più pendoli, si riscontra che i pendoli danno inizio a un'oscillazione in sincronia l'uno con l'altro quasi "vogliono" prendere lo stesso "ritmo" [48]: un pendolo induce l'altro a *risuonare* alla propria frequenza.

Se ci addentriamo nei labirinti misteriosi della scienza della *sincronia* in un'ottica interdisciplinare, possiamo accedere ai dinamismi invisibili che *trasformano il caos temporale in armonia e coordinazione*: «ogni notte, lungo i fiumi della Malesia, migliaia di lucciole si riuniscono nelle paludi e lampeggiano all'unisono, senza alcun *leader* o suggerimenti dall'ambiente, e lo fanno a "ritmo", seguendo un tempo, come enormi orchestre in grado di eseguire alla perfezione brani complessi pur senza la guida di un direttore. Questi e altri sistemi naturali sembrano avere la facoltà magica di *armonizzarsi* da sé. Questo fenomeno di *accoppiamento/collegamento/mescolanza* si riscontra nei corpi inanimati, ma anche negli organismi viventi: lampeggio simultaneo delle lucciole, ritmo armonico del frinio dei grilli e delle cicale, sincronizzazione del ciclo mestruale nelle donne che coabitano insieme da molto tempo, coordinazione sincronica della tosse che ritmicamente si rincorre a eco durante gli spettacoli teatrali. Lo stesso principio si può applicare a un *diapason* che produce onde sonore: a una frequenza fissa, se lo si avvicina a un secondo diapason "silenzioso", dopo un breve intervallo quest'ultimo, anch'esso, comincia a vibrare, a *risuonare*. Un altro esempio è costituito da un ragazzo seduto su un'altalena che entra in *risonanza sincronica* dopo un breve intervallo di tempo con colui che lo spinge. Seguendo gli stessi principi logici, è possibile considerare anche i nostri corpi-menti come *sinfonie di ritmo*, come un'enorme orchestra di oscillatori viventi» (29, pp. 85-86): il *sentire l'altro*, il *sentirsi* oggetto di attenzione, di contenimento, di comprensione, di ascolto, di amore, porta ad un forte *entrainment*, *trascinamento* [49]. Tra l'operatore e il paziente si viene a creare un "legame di risonanza, di trascinamento" che trasmette "informazioni benefiche": il paziente da *caso clinico*, quindi, *si trasforma in persona con cui prendere contatto, con cui dialogare, incontrarsi nell'hic et nunc, nel presente del presente in cui l'intuizione*, intesa in senso adleriano, regna incontrastata.

Due pendoli "distanti" o due persone "distanti" o un terapeuta "distante" emotivamente dal proprio paziente, all'interno del *setting*, non possono raggiungere la risonanza se l'*interazione è debole*.

VII. 2. Il mistero della comunicazione (E. B.)

Al di là di ogni programmazione razionale, e anche emozionale, ogni comunicazione, ogni relazione, ha in sé orizzonti di senso immersi nel lago oscuro e indecifrabile del mistero e dell'indicibile, come diceva Schopenhauer. Il mistero della

comunicazione è in fondo il mistero della comprensione e della decifrazione del dolore: il mistero della speranza che scintilla improvvisamente nel buio della disperazione, o della indifferenza: il mistero del sorriso e delle lacrime che si costituiscono come cifra della condizione umana: malata, o non malata.

Se ci confrontiamo con il mistero della comunicazione, della relazione, o del dialogo, non possiamo non chiederci cosa avviene in noi quando prendiamo parte alla fatica di vivere di un altro, quando cerchiamo di entrare in una relazione di cura, e avremmo bisogno di parole leggere e profonde, delicate e sincere; e la risposta non può se non essere quella di seguire ostinatamente il cammino verso l'interno della nostra interiorità: della nostra anima con le sue accensioni di speranza e con le sue notti oscure: quelle che san Giovanni della Croce ha così mirabilmente descritto.

VIII. 1. *Quali conseguenze in psicoterapia? Elogio del "fanciullino" (G. F.)*

La psicoterapia adleriana e il processo di cura oscillano continuamente fra la dimensione *paterna* dell'*interpretazione* e la dimensione *materna* dell'*esperienza emotiva correttiva* del deficit di base.

Nell'animo dello scienziato ci deve essere sempre qualcosa del *bambino* [20]: il lasciarsi stupire spinti dalla curiosità "parlando alle nuvole e alle stelle", come dice Pascoli [43]. Numerose sono le testimonianze sul senso di *meraviglia* che accompagna la ricerca scientifica. "Artisti, scienziati, inventori sono gli adulti ai quali socialmente è permesso di continuare a giocare" [50]. Si tratta di un gioco che si fonda sullo stesso senso di meraviglia che caratterizza "quel" fanciullo che ognuno di noi ospita in sé. Secondo Maria Curie: «Uno scienziato in laboratorio non è solo un tecnico: si trova di fronte alle leggi della natura come un bambino di fronte al mondo delle fiabe» (31, p. 270).

Anche all'interno del *setting*, è indispensabile molto spesso attivare il senso del *gioco*, del *Sé creativo* adlerianamente inteso sia della *coppia terapeutica* sia del *terapeuta* sia del *paziente*: «poeta e scienziato, se sono accomunati dallo *stupore* di fronte alle cose della natura, si mettono nella disponibilità di diventare *poietès*, cioè "creatori" del nuovo» (20, p. 6).

Spesso avverto che, all'interno del *setting*, il processo d'incoraggiamento empatico e, quindi, il "contatto emozionale" con molti pazienti si schiude proprio dopo il recupero delle mie parti infantili che, capaci ancora di stupirsi, di meravigliarsi e di giocare, riescono a creare un dialogo sottile e profondo con i trasalimenti, il candore, le paure *infantili* ed ancestrali del paziente.

Nel cuore di ognuno di noi c'è, come dice Pascoli [43], un "fanciullino" che in alcuni forse tace perché è soffocato dal fervore delle faccende quotidiane. «Ascoltando il proprio fanciullino, l'uomo di scienza conserva intatta la curiosità nell'esplorazione di nuovi orizzonti di ricerca. [...] Saper giocare è un'arte che il bambino non deve dimenticare [...]: un percorso mentale che accomuna le prime esperienze del bambino e la ricerca scientifica» (20, p. 8) del terapeuta nella sua attività professionale.

Il rischio sempre incombente è che anche lo psicoterapeuta giunga a non provare più emozioni: il *setting* si trasforma, così, in una stanza vuota, fredda e senz'anima nell'indifferenza della *routine*, nell'incapacità di stupirsi pirandellianamente come Ciàula di fronte alle stelle e alla luna. Ciàula «estatico, cadde a sedere sul suo carico, davanti alla buca. Eccola, eccola là, eccola là, la Luna... C'era la Luna! la Luna! E Ciàula si mise a piangere, senza saperlo, senza volerlo, dal gran conforto, dalla grande dolcezza che sentiva, nell'averla scoperta, là, mentr'ella saliva pel cielo, la Luna, col suo ampio velo di luce, ignara dei monti, dei piani, delle valli che rischiarava, ignara di lui, che pure per lei non aveva più paura, né si sentiva più stanco, nella notte ora piena del suo stupore» (44).

Il pericolo più insidioso che corre ogni psicoterapeuta è di perdere di vista il "fanciullino" che alberga in sé attraverso l'*abitudine* e la *routine* che logorano ogni contatto umano, originando distacco emotivo e, quindi, una *psicoterapia senz'anima*. Occorre, al contrario, ridare ascolto al linguaggio del gioco, del cuore, delle emozioni.

VIII. 2. *Quali conseguenze in psichiatria? (E. B.)*

Gli orizzonti di senso del mio discorso sono stati contrassegnati da alcune tesi: la tesi che il comunicare come trasmissione di qualcosa, di una notizia, verbo transitivo, e il comunicare come essere in relazione, essere in contatto e in comunione, verbo intransitivo, non siano la stessa cosa; e la tesi che non ci sia comunicazione autentica se non nel contesto di una reciproca partecipazione emozionale fra chi parla e chi ascolta, fra chi cura e chi è curato, fra chi è ammonito e chi ammonisce. Comunicare è trasmettere conoscenze ed esperienze razionali, ed emozionali; e comunicare (la cosa essenziale in psichiatria e in psicoterapia) è immedesimarsi nella vita interiore di un'altra persona; e contestualmente comunicare non è possibile se non conosciamo prima, e se non riconosciamo senza fine, cosa avviene in noi: negli abissi senza fondo della nostra interiorità.

Nella vita non è possibile non desiderare di comunicare, e anzi non è possibile non comunicare; ed è, questo, il solo modo che ci consente di sfuggire alla ango-

scia e alla disperazione della solitudine: della solitudine che ci rinchiude nella prigione invalicabile del nostro io: quando non sia, certo, solitudine creatrice.

Da queste riflessioni sulla categoria fenomenologica e sociale della comunicazione, intesa come premessa ad ogni relazione e ad ogni dialogo, non possono non rinascere conseguenze pratiche e teoriche in ordine ai modi, al linguaggio (al linguaggio delle parole, del corpo vivente e del silenzio), con cui si entra in comunicazione con il mondo interiore dei pazienti, e ci si avvia alla comprensione della loro vita interiore. Sono aree tematiche comuni agli indirizzi metodologici ed epistemologici psicodinamici e fenomenologici che radicalmente si distinguono da quelli clinici e descrittivi ai quali sono estranee le aree della soggettività e della intersoggettività.

IX. 1. *Conclusioni (G. F.)*

Queste riflessioni sono il frutto delle mie esperienze di psicoterapeuta adleriano il quale, essendo principalmente un “riparatore di orologi sfasati”, incoraggia, sempre in bilico fra *interpretazione* ed *esperienza emotiva correttiva*, se all’interno del *setting*, attraverso un flusso biunivoco di risonanze cognitivo-emozionali, riesce ad accompagnare il paziente verso il recupero in senso prospettico e creativo del “ritmo” smarrito della vita.

Lo psicoterapeuta adleriano, in questo senso, ha una grande responsabilità etica nei confronti dei pazienti: egli deve saper monitorare incessantemente l’*intrap-sichico* e l’*intersoggettivo* attraverso l’autosservazione di sé, dei propri stati d’animo, della propria soggettività, delle proprie ferite, per poter poi riconoscere le emozioni, i sentimenti e le ferite del paziente, nell’*hic et nunc* del *setting*. Il terapeuta che abbia vissuto l’esperienza di un approfondito *training* personale e didattico può arrivare con più possibilità e competenza a leggere, attraverso un *controllo clinico diretto*, le dinamiche *transferali* e *controtransferali* che si sviluppano nell’area d’incontro. In secondo luogo, un controllo clinico *extrasetting* è possibile attraverso la *supervisione*; in terzo luogo, la *formazione permanente dei terapeuti* in genere e la *formazione permanente dei formatori* possono potenziare l’attitudine a *interrogarsi sui risvolti etici del proprio fare ed essere terapeuti*, per cui la ricerca e l’aggiornamento permanente costituiscono un obiettivo primario.

La Psicologia Individuale è una psicologia del profondo in cui la dimensione temporale è fondamentale: una storia di emozioni, sentimenti, fatti di ricordi, di sogni, di riflessioni, consci e inconsci, ma anche di progetti futuri, consci e inconsci, distillati attraverso il presente incalzante della relazione terapeutica, vissuta sul piano transferale e controtransferale nell’*hic et nunc* del *setting*.

Il costante sguardo rivolto alle dinamiche conscie e inconscie non solo del *presente*, ma anche del *passato* e del *futuro*, distingue la *Psicologia Individuale adleriana* dalla *Fenomenologia*, benché, a comune fondazione metodologica dell'indirizzo fenomenologico e di quello individualpsicologico, ci sia la cifra ermeneutica, interpretativa e l'importanza attribuita alla relazione, al dialogo, al colloquio, al processo d'incoraggiamento empatico. La *Psicologia Individuale*, in ogni caso, ha continuamente bisogno di *confronto* e *dialogo*, sempre nel *rispetto della tradizione* [45, 46], in quanto il modello individualpsicologico è più adattabile, rispetto ad altri modelli psicoterapeutici più rigidi, a proiettarsi creativamente verso prospettive future.

IX. 2. Conclusioni (E. B.)

Non posso non dire come queste riflessioni scaturiscano dalle mie esperienze in una psichiatria, quella fenomenologica, incentrata essenzialmente sulla conoscenza e sulla cura delle esperienze psicotiche, depressive e maniacali, schizofreniche e anancastiche, nelle quali, lo vorrei sottolineare, la comunicazione, e la conseguente relazione, seguono sentieri conoscitivi ancorati alla intuizione eidetica che guarda al presente, e non al passato. Questo distingue la *Fenomenologia* dalla *Psicologia Individuale adleriana* come dalla *Psicoanalisi freudiana*, e dalla *Psicologia Analitica junghiana*, che non possono fare a meno, ovviamente, delle regioni sconfinite dell'inconscio; benché a comune fondazione metodologica dell'indirizzo fenomenologico e di quelli psicodinamici non possa non esserci la cifra ermeneutica: l'interpretazione.

La *Fenomenologia*, in ogni caso, ha bisogno di una continua confrontazione con quelli che sono i punti di vista teorici e pratici della *Psicoanalisi freudiana*, della *Psicologia Individuale* e della *Psicologia Analitica*.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1918), Bolscevismo e psicologia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 47: 7-14.
3. ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwereziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
4. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe signifi-*

care per voi, Newton Compton, Roma 1994.

5. ADLER, A. (1933), Fondamenti e progressi della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 37: 11-24.
6. ADLER, A. (1935), I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.
7. AGOSTINO (397 d. C.), *Confessionum Libri XIII*, tr. it. *Le confessioni*, Einaudi, Torino 1966.
8. BIANCONI, A. (2010), Finzione e contro-atteggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 7-27.
9. BIANCONI, A., FASSINA, S. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento nella psicoterapia con i disturbi borderline e narcisistici di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 5-19.
10. BINSWANGER, L. (1957), *Der Mensch in der Psychiatrie*, Neske, Pfullingen.
11. BONOMI, A., BORGNA, E. (2011), *Elogio della depressione*, Einaudi, Torino.
12. BORGNA, E. (2001), *L'arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli, Milano.
13. BORGNA, E. (2007), *Come in uno specchio oscuramente*, Feltrinelli, Milano.
14. BORGNA, E. (2008), *Nei luoghi perduti della follia*, Feltrinelli, Milano.
15. BORGNA, E. (2011), *La solitudine dell'anima*, Feltrinelli, Milano.
16. BRENTANO, F. (1970), *Psychology from an Empirical Standpoint*, Routledge nd Kegan Paul, London.
17. BUBER, M. (1936), *Das Dialogische Prinzip*, tr. it. *Il principio dialogico*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo (Mi).
18. CAROTENUTO, A. (2001), *La strategia di Peter Pan*, Bompiani, Milano.
19. DENNETT, D. (1987), *The Intentional Stance*, tr. it. *L'atteggiamento intenzionale*, Il Mulino, Bologna 1993.
20. DOMENICHELLI, B. (2006), Il medico e lo stupore. La "meraviglia" come gratificazione e senso dell'attività del medico, *Cardiology Science*, 4: 5-11.
21. FASSINO, S. ET ALII (2005), Psicoterapia e neuroscienze: crescenti evidenze etiche. Implicanze per la Psicoterapia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 57: 13-29.
22. FASSINO, S., PANERO, M. (2012), Dal linguaggio degli organi di Adler alla nuova medicina di per sé psicosomatica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 71: 5-34.
23. FERRERO, A. (2001), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
24. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia psicodinamica adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale*, Centro studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
25. FERRIGNO, G. (1998), Controtransfert fra impotenza e onnipotenza, *Atti «Il complesso d'inferiorità della psicoterapia»*, 7° Congr. Naz. SIPI, Torino 23-24 ottobre 1998.
26. FERRIGNO, G. (2005), Il "piano di vita", i processi selettivi dello "stile di vita" e la comunicazione intenzionale implicita della "coppia terapeutica creativa": dalla "teoria" alla "clinica", *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 59-97.
27. FERRIGNO, G. (2007), La sindrome della "bella Angelica", ovvero la giostra della vita, *Riv. Psicol. Indiv.*, 61: 3-7.
28. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
29. FERRIGNO, G. (2009), La risonanza emozionale e il "ritmo" dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 81-91.
30. FERRIGNO, G. (2010), La rete delle finzioni nella relazione terapeutica attraverso il tempo passato-presente-futuro, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 95-110.

31. FISCHER, E. P. (1977), *Aristotele, Einstein e gli altri*, Raffaello Cortina, Milano.
32. GALLESE, V. (2005), Embodied Simulation: from Neurons to Phenomenal Experiences, *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4: 23-48.
33. GEBSATTEL, V. E. von (1964), *Imago Hominis*, Neues Forum, Schweinfurt.
34. LECCARDI, G. (2007), La cura del tempo: Psicologia Individuale e psicopatologia contemporanea, *Riv. Psicol. Indiv.*, 62: 31-68.
35. LIVERTA SEMPIO, O., MARCHETTI, A. (a cura di, 2001), *Teoria della mente e relazioni affettive*, Utet, Torino.
36. MEZZENA, G. (1999), Momenti magici di percorsi analitici, *Riv. Psicol. Indiv.*, Suppl. al n. 44.
37. MINKOWSKI, E. (1936), *Vers une cosmologie. Fragments philosophiques*, tr. it. *Verso una cosmologia. Frammenti filosofici*, Einaudi, Torino 2005.
38. MOSELLI, P. (a cura di, 2008), *Il guaritore ferito. La vulnerabilità del terapeuta*, Angeli, Milano.
39. PAGANI, P. L. (2003), Dal bisogno primordiale alle istanze differenziate: dal “senso sociale” al “sentimento sociale”, *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 25-29.
40. PAGANI, P. L. (2006), Dalla pulsione aggressiva al sentimento sociale: sulle tracce del pensiero di Adler, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 5-36.
41. PANCHERI, L., BRUGNOLI, R. (1999), L'effetto placebo e i fattori terapeutici comuni, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato italiano di psichiatria*, 2° edizione, vol. 3, Masson, Milano: 3167-3200.
42. PANCHERI, L., PAPARO, F. (2003), Fattori terapeutici specifici e comuni in psicoanalisi: il self-righting, *Rivista di psichiatria*, 38: 105-116.
43. PASCOLI, G. (1903), *Miei pensieri di varia umanità*, Muglia, Messina.
44. PIRANDELLO, L. (1907), *Novelle per un anno*, Mondadori, Milano 1952.
45. ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *To Preserve and to Change*, tr. it. *Tradizione e Cambiamento, Prospettive in Psicologia Individuale*, CSE, Torino 1999.
46. ROVERA, G. G. (2002), Das Netzwerkmodell in der Individualpsychologie aus erkenntnistheoretischer Sicht, in ZAPOTOCZKY, H. G., FISCHHOF, P. K., *Psychiatrie der Lebensabschnitte, Ein Kompendium*, Springer, Wien-New York: 77-96.
47. SCHNEIDER, K. (1962), *Klinische Psychopathologie*, Thieme, Stuttgart.
48. STROGATZ, S. (2003), *Sync: The Emerging Science of Spontaneous Order*, tr. it. *Sincronia. I ritmi della natura, i nostri ritmi*, Rizzoli, Milano 2003.
49. TILLE, W. A., McCARTY, R., ATKINSON, M. (1996), Cardiac Coherence. A New, non Invasive Measure of Autonomic Nervous System Order, *Alternative Therapies*, 2: 52-65.
50. VALERI, V. (1979), *Gioco*, in *Enciclopedia*, vol. 6, Einaudi, Torino.

Giuseppe Ferrigno
Via Copernico, 39
I-20125 Milano
E- mail: ferrigno.giuseppe@fastwebnet.it

Eugenio Borgna
Via Pietra Scritta, 12
I-28021 Borgomanero (No)

Aspetti e peculiarità del rapporto analitico nella Psicologia Individuale

ALBERTO MASCETTI

Summary – CHARACTERISTICS AND PECULIARITIES OF THE ANALYTICAL RELATIONSHIP IN INDIVIDUAL PSYCHOLOGY. Each psychotherapy school carries a cultural and practical background with itself, which is connected to its view of the world. The activated procedures as the aim of psychotherapy, which are strictly connected to each school of thought, unfold according to common lines and objectives, regardless their characterising lexical differences. As far as Individual psychology is concerned, the best way to identify the Individual's relational ways and habits is through the analysis of their *lifestyle*. In Adler's point of view, the relation consists of the comparisons and contrasts between the doctor's and the patient's lifestyles. The different shapes and peculiarities of this relationship will be the central subject matter of the following report.

Keywords: RELATIONS, COMPENSATIONS, LIFE-STYLE

I. Introduzione

Ogni scuola di psicoterapia possiede un bagaglio pratico peculiare della propria visione del mondo, e la visione del mondo è strettamente legata alla singolare organizzazione della personalità. Il fine di ogni psicoterapia, al di là dei procedimenti e dei meccanismi specifici di ogni scuola messi in atto per raggiungerlo, si manifesta secondo prospettive e obiettivi comuni, sebbene muti la terminologia che lo caratterizza e lo rappresenta.

La "fase genitale" del processo evolutivo della *libido* è il traguardo finale dell' articolata figurazione freudiana, nel segno del superamento della fase *orale* e *anale* e della problematica *edipica*. L'*individuazione*, termine squisitamente junghiano, che designa il fine ultimo dell' oneroso processo di elaborazione e di presa di distanza dal pregnante mondo archetipale consente al soggetto di divenire ciò che vuol divenire ed essere.

Equilibrio e sicurezza sono le mete del soggetto adleriano che, attraverso una nuova modalità relazionale, lo stile rivisitato e riorganizzato, sperimenta così una condizione senza angoscia, degna di essere vissuta. Poiché fin dalla nascita siamo immersi in un mondo di relazioni attraverso i rapporti maggiormente significativi, con i genitori, i fratelli, ed altri parenti, noi organizziamo modalità individuali e speciali che Adler chiama *stile, stile di vita*.

Tale finzione produttiva e creativa non rappresenta altro che la nostra personalità organizzata attraverso molteplici verifiche, prove, aggiustamenti, derivati dall'incontro problematico con ogni persona di riferimento significativo. Lo *stile*, dunque, non è soltanto una modalità relazionale, ma una *modalità finalizzata*, volta ad uno scopo, quello di ottenere il migliore risultato, di raggiungere cioè le proprie mete tenendo lontano il più possibile ogni motivo di sofferenza e di smacco.

II. *Stile di vita e compensazioni*

Lo *stile* è come un'arma che ci consente di cogliere nel segno con una certa precisione e certezza, dentro un disegno personologico economico per il soggetto, messo in campo per giungere al risultato con il minor sforzo possibile. È la finzione organizzata che serve a superare i sentimenti di insicurezza, d'inferiorità, d'inadeguatezza che ognuno di noi porta con sé reali o presunti. Processo in larga parte inconscio che si avvale di organismi operazionali caratteristici della visione individualpsicologica: le compensazioni. L'attività compensatoria, dunque, è in stretta relazione con lo *stile di vita* di cui è un continuo arrangiamento. Potremmo dire che *lo stile è il frutto delle compensazioni che dirigono verso una meta*. Naturalmente le *compensazioni sono modalità, in senso adleriano, fittive* che vengono usate dal soggetto per la designazione di uno *stile*, per la costruzione della personalità, che deve essere sempre considerata in maniera dinamica e volta verso una meta.

Lo *stile*, frutto di continui collaudi, è largamente *inconscio*, conseguenza di una ricerca e di un'attività sotterranea profonda che si manifesta in superficie attraverso modi, tratti, segni, strategie che lo rappresentano come una forza unificante e prospettica di grande significato pragmatico. Lo *stile* allora è quel luogo mobile e cangiante che noi affrontiamo nell'analisi di ogni soggetto e che noi stessi mostriamo inconsapevoli alla lettura dell'altro che a noi si *affida* e con noi si *confida*.

III. *La relazione terapeutica fra conflittualità, empatia, desiderio e fiducia*

Si evidenzia allora tra analista e analizzato una fase di approccio e di studio che mostra i segni della conflittualità, poiché *ogni incontro nasconde dentro di sé uno*

scontro, una carica *polemica*, nell'accezione eraclitea di *pólemos* a cui non ci si può sottrarre.

Ad attenuare, tuttavia, tale evenienza conflittuale, da una parte vi è l'accoglimento empatico dell'analista e dall'altra il desiderio e la fiducia dell'analizzato di superare i propri sintomi, generatori di sofferenza. Vediamo la qualità e la specificità del rapporto analitico adleriano, fin dalle prime battute, evidenziate dall'incontro paritario e solidale che non si presta ad assecondare né a manipolare derive patologiche, come, invece, accade per ragioni tecniche proprie, nell'esperienza analitica freudiana.

Questo non significa che nell'approccio individualpsicologico debbano scomparire le problematiche segnalate e messe in luce dalla psicanalisi, ma una volta conosciute non vengono gestite secondo una concezione ben definita dal *transfert* freudiano che Franco Fornari così definiva: «un affetto presente che si riferisce ad un affetto passato». Le vicissitudini del *transfert* freudiano sono colte anche qui dagli analisti adleriani nel significato più ampio che non sia quello delle mascherature dell'*eros*, ma per l'appunto come vere e proprie maschere dell'amore.

Gioca, piuttosto, nel teatro adleriano un ruolo precipuo e fondamentale ciò che definiamo "protesta virile", una figurazione finzionale, luogo speciale e funzionale ad un finalizzato progetto di seduzione e di attrazione, che è desiderio di catturare l'analista, di legarlo a sé, nel gioco perverso della dipendenza pseudoerotica e pseudosentimentale.

IV. *Transfert e protesta virile*

L'analista freudiano riconosce la psicologia del *transfert*, la manipola e la dirige verso finalità terapeutiche, quello adleriano la individua e la indirizza, riconoscendola nel gioco della protesta, che spesso caratterizza l'approccio seduttivo del soggetto assai lontano dalla prospettiva autentica dell'amicizia e dell'amore, motivi così cari agli esistenzialisti quali Binswanger, Cargnello, ecc.

La *protesta virile*, ai giorni nostri, ha, per così dire, perso la valenza del virile essendo i ruoli di genere nella società assai modificati e per certi versi ridefiniti e ridisegnati. La donna ha acquisito sempre più potere non solo nella società, ma soprattutto nella relazione con l'altro che si mostra sempre più intimidito e insicuro. Non è più l'uomo l'elemento dominante, colui che decide all'interno del rapporto con la donna, ma spesso è la donna che dirige il gioco relazionale, promuovendo suo malgrado nuove problematiche nel rapporto fra i sessi.

La caratteristica del rapporto, al di là delle diverse motivazioni che lo sottendono e lo qualificano, almeno all'inizio rimane sostanzialmente conflittuale. Dalla parte dell'analista vi è l'impegno profuso nel tentativo di aiutare il soggetto a chiarire le dinamiche insorte che lo mantengono invischiato in uno stile che produce disagio e sofferenza esistenziale.

Dalla parte dell'analizzato, se da un canto vi è il desiderio di superare le proprie dolorose contraddizioni, dall'altro vi è la tendenza ad utilizzare meccanismi dilatatori e mascheranti, le resistenze appunto. Resistenze che sussistono nel soggetto analizzato finché non è in grado di raggiungere una nuova sicurezza e una nuova prospettiva incoraggiante.

V. *Il processo d'incoraggiamento*

L'azione dell'analista è quella di cercare di arginare il conflitto, di risolverlo, mostrando un atteggiamento disponibile, amicale, empatico, rassicurante, volto alla ricerca di un'intesa incoraggiante che produca nuovo coraggio che, secondo Adler, conduce al sentimento sociale. Sappiamo che il coraggio, motivo e attitudine squisitamente adleriani, nascono nel contesto dell'incontro solidale, paritario e perciò rassicurante.

Abbiamo imparato, inoltre, a riconoscere la dimensione del coraggio e a promuoverlo attraverso una operazione cognitivo-relazionale, quella indicata da Adler come una rete di finzioni, pensieri, suggestioni, a dimensione operativa squisitamente personale. D'altro canto, alla base del costruito adleriano sta la concezione della finzione necessaria alla lettura della realtà e alla costruzione della personalità, con il correlato strettamente legato della compensazione, utile per raggiungere gli obiettivi, superando i sentimenti di insicurezza e di inferiorità.

L'organizzazione degli *stili di vita* è la sintetica espressione dei continui collaudi operati dalle *finzioni compensatorie*, volte a superare difficoltà di varia natura, ma soprattutto personologiche tendenti verso una meta. Anche l'analista, come l'analizzato, si presenta nel gioco relazionale con uno stile anch'esso espressione di compensazioni di vario tipo e natura. Tali modalità, secondo l'assunto adleriano, devono presentare i caratteri della positività, devono cioè cogliere nel segno di un obiettivo equilibrato e sereno. Non a caso l'analista, impegnato nella cura dell'altro, si è sottoposto ad analogo trattamento; la sua analisi è servita a riconoscere il senso e la modalità delle sue compensazioni, allo scopo di utilizzare una metodica atto al riconoscimento delle problematiche dell'altro e alla loro risoluzione.

L'analista, poi, una volta superata l'analisi, che ha il duplice scopo di renderlo cosciente delle proprie problematiche e quello di fornirgli una metodica capace di gestire il rapporto analitico con l'altro, si sottopone nel tempo alla *supervisione* di casi clinici particolarmente complessi per un confronto necessario, per una condivisione e, nel contempo, per una registrazione del proprio *stile di vita*. L'incontro dei due stili, quello dell'analista e quello dell'analizzato costruisce un racconto, una *storia che diventa comune nel contesto di una relazione unica e irripetibile*.

Tale tipo di comunicazione, nel tempo, quando l'analisi produce buoni frutti, tende a superare la problematica nevrotica e a indurre nel soggetto in analisi l'utilità, ma anche la necessità di un mutato stile di vita all'interno dei rapporti conflittuali messi in atto fuori dal contesto analitico. L'avventura della superata nevrosi non si risolve tuttavia solo nel contesto analitico che agisce come *primum movens* del rinnovamento dello stile, ma si conclude quando i rapporti esterni vengono dipanati in modo nuovo, soddisfacente e rassicurante, non più nevrotico.

I rapporti esterni nevrotici vengono superati, quando il risolto stile di vita costringe l'altro soggetto della relazione nevrotica a modificare il proprio stile con segno positivo oppure a rinforzare le proprie difese patologiche. I rapporti, le relazioni all'esterno del contesto analitico, assumono allora una valenza fondamentale e ineludibile per ciò che riguarda la risoluzione definitiva della problematica nevrotica.

I collaudi fuori dal contesto analitico devono essere considerati, secondo la visione individualpsicologica, essenziali per la modificazione finale dello stile con il loro risolto necessario e pratico. Uno stile risanato è uno stile capace di fruttuose relazioni fuori dal rapporto analitico, raggiunte dopo una rete di collaudi esperiti non senza una sorta di difficoltà, di sforzo, in grado di promuovere soprattutto il coraggio necessario ad affrontare le nuove relazioni impostate in maniera corretta e solidale.

Appare allora evidente che la relazione analitica corretta rappresenta il prototipo, il ponte, il mezzo, che promuove la relazione esterna la quale assume la maggiore e principale importanza per il soggetto, quando è capace di realizzare il proprio *stile di vita* in accordo con il *sentimento sociale*. *Sentimento sociale* che deve essere considerato *movimento finzionale*, protagonista di nuovi ed efficaci collaudi sia nel segno di una sicurezza nuova, che nasce da una riappropriata affettività, che in quello di una riscoperta del proprio valore e destino. Destino abbracciato dal soggetto che così assume la consapevolezza del proprio ruolo adulto nel mondo, non più ostile, ma aperto a nuove promesse. Un destino così aspramente combattuto dal nevrotico alla ricerca di un alibi, di una commiserazione, di finzioni negative di rapporti ansiosi, privi di realtà positiva e di libertà.

Tale prospettiva affettivo-cognitiva è necessaria al soggetto per “capire dentro” il nuovo modo di porsi, per riconoscere nel rapporto nevrotico le modalità negative che lo producono e lo sostengono. La ricognizione relazionale esterna è necessaria e ineludibile per riconoscere e modificare il modo-stile relazionale interno al rapporto nevrotico significativo.

VI. *Amore del proprio destino*

Il processo fondante il nuovo benessere, la guarigione, sta non solo nell'accettazione di un proprio ruolo adulto, ma nell'“amore del proprio destino” non più contrastato e rinnegato, ma recuperato in un nuovo stile e amato nella sua unicità non riproponibile e non eludibile. Soltanto nell'“amor fati”, nell'*amore per il proprio destino*, così come suggerito dall'illuminante proposizione nietzschiana, noi ritroviamo, il nevrotico ritrova la propria perduta libertà, la forza per diventare o ritornare ad essere padrone di se stesso e del proprio destino.

D'altro canto come potremmo nominare la condizione dell'uomo che risolve la sua analisi, la sua nevrosi in stile adleriano se non come quella di una trovata o ritrovata libertà!

Il gioco della dipendenza, a cui il nevrotico era obbligatoriamente affezionato per evitare i rischi e le frustrazioni legate all'*incontro*, viene risolto attraverso i nuovi collaudi rivolti alle relazioni esterne che vengono finalmente vissute con coraggio in un clima di libertà. Ritornando al discorso dell'*amor fati*, al *destino da amare*, destino non soltanto da accettare, l'equilibrio fra le istanze della *volontà di potenza* e del *sentimento sociale*, indicate da Adler come punto di arrivo della psicoterapia nella dimensione dell'acquisita e sperimentata libertà, si ritrovano e si identificano.

Chi sperimenta la libertà e la accoglie, vive la vera e autentica condizione di uomo o di donna adulti, capaci di rischiare il rapporto, perché dotati di un rinnovato coraggio.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1930), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
3. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
4. ELLEMBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Inconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino 1976.
5. FASSINO, S. (a cura di, 2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra, interazione cervello mente persona*, CSE, Torino.
6. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale, spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
7. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
8. GABBARD, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano 1995.
9. GALLESE, V. (2009), *Neuroscienze e fenomenologia*, Treccani, Roma XXI sec.: 171-181.
10. GIAMETTA, S. (2009), *Il volo di Icaro. Elzeviri filosofici*, Il Prato, Saonara (Padova).
11. HALEY, J. (1963), *Strategies of Psychotherapy*, tr. it. *Le strategie della psicoterapia*, Sansoni, Firenze 1974.
12. MAIULLARI, F. (2011), Per un'analisi empatica tra finzioni e incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 70: 35-76.
13. MASCETTI, A. (1976), "Psicologia Individuale e Antropoanalisi: analogie e corrispondenze", *XIII Congr. Inter. SIPI*, Monaco di Baviera.
14. MASCETTI, A. (1985), "L'uomo e la donna nella psicologia individuale, un quadro ridisegnato", *XVI Congr. Intern. SIPI*, Montreal.
15. MASCETTI, A. (1989), "Vecchia e nuova isteria: la donna, la società, le strategie di dominio nel segno dell'approccio individualpsicologico", *XXIII Congr. SIPI*, Torino.
16. MASCETTI, A. (2010), Finzioni e stili di vita, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 117-122.
17. NIETZSCHE, F. (1888), *Ecce homo*, tr. it. *Ecce homo*, Oscar Mondadori, Milano 1981.
18. PARENTI, F. (1984), Analisi dei rapporti tra Fenomenologia, Psicoanalisi e Psicologia Individuale Comparata Adleriana, in CAZZULLO, C. L., SINI, C. (a cura di), *Fenomenologia, filosofia e psichiatria*, Masson, Milano: 141-149.
19. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1987), *Lo stile di vita*, De Agostini, Novara.
20. PONZIANI, U. (1984), Lo stile di vita: nuove prospettive epistemologiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 53-61.
21. ROVERA, G. G. (a cura di, 1981), *L'approccio transculturale in Psichiatria*, Acta, I Congr. Psych. Transc., MSL, Torino 1984.
22. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.
23. SAFRANSCKI, R. (2000), *Nietzsche. Biografie seines Denkens*, tr. it. *Nietzsche. Biografia di un pensiero*, Longanesi, Torino 2001.
24. 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 1998.
25. STEIN, E. (1917), *On the Problem of Empathy*, tr. it. *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 2003.

26. VAIHINGER, H. (1911), *Die Philosophie des "Als Ob"* tr. it. *La filosofia del "come se"*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1967.

Alberto Mascetti
Via Griffi, 6
I - 21100 Varese
E-mail: albertomascetti@libero.it

Linguaggio e Comprensione Esplicativa

GIAN GIACOMO ROVERA, ANTONIO GATTI

Summary – LANGUAGE AND EXPLICATIVE COMPREHENSION. Shared, Explicative Comprehension may find its most suitable collocation in the Dynamic Psychology of Adler, with reference to some of its parameters. The most prominent among these is the *Ontogenesis of Language*, in its reference to pre-verbal phases of the age of development. The theoretical-methodological and clinical ambit is that of a model which consists of an *interdisciplinary network*, attentive to the relational aspects, and to interpersonal and intercultural perspectives. This orientation, utilizable in the psychotherapeutic interaction, emphasizes, in particular, the attitude of the therapist, through the medium of a (*counter-*)*transference that is both conscious and intentional* (enactment, disclosure, and so on). With reference to this we may draw attention to some techniques which would encourage an emotive meeting up with the *transitional, pre-verbal area* (earliest memories, the family constellation, dreams etc). The approach, both comprehending and explicative, encourages an empathic participation and an adequate sharing, tending towards the fostering of a therapeutic alliance within the contexts of a culturally-appropriate psychotherapy.

Keywords: DYNAMIC CULTURAL PSYCHOLOGY, EXPLICATIVE SHARED COMPREHENSION, ONTOGENESIS OF LANGUAGE

Premessa

Le questioni riguardanti il *linguaggio* e la *comunicazione* nella Teoria e nella Prassi della Psicologia Individuale Comparata (P. I. C.), vengono qui affrontati nell'ambito di una *Comprensione Esplicativa Condivisa*.

Al riguardo, assumono particolare rilievo argomenti quali:

- il modello di rete e la rete di modelli;
- le teorie della mente e la filosofia del linguaggio;
- la matrice relazionale dell'interindividualità e l'*ontogenesi del linguaggio*;
- gli apporti delle neuroscienze;
- le strategie terapeutiche legate alla specificità dei contesti e delle pluralità culturali;
- l'"*atteggiamento controtransferale*" nelle attuali declinazioni psicoterapeutiche.

Considerata la complessità di questi temi, si ritiene utile proporre una *Sinopsi orientativa* (con i principali punti di riferimento) nella *Tabella 1*.

SINOPSI
<p><i>Premessa</i></p> <p>I) <i>Configurazioni concettuali</i>. A) Comprensione Esplicativa Condivisa; B) Il modello di rete e la rete dei modelli; C) Stili di relazione cooperativa.</p> <p>II) Il binomio di <i>Comunicazione/Linguaggio</i>. A) Ricoprimenti tematici; B) Definizioni; C) “Teoria della mente” e filosofia del linguaggio.</p> <p>III) <i>Schema relazionale</i>. A) Caratteristiche della comunicazione/linguaggio; B) Il Preverbale; C) Il cervello socio-culturale.</p> <p>IV) <i>Contesti linguistici</i>. A) Ontogenesi del linguaggio. Rapporto tra pensiero e linguaggio; B) L’approccio interindividuale; C) Forme di condivisione.</p> <p>V) <i>Linguaggi e Culture</i>. A) Filogenesi ed ontogenesi; B) Intenzionalità condivisa; C) La rete della comunicazione/linguaggio.</p> <p>VI) <i>Appunti Psico-Biologici</i>. A) Cervello e comunicazione/linguaggio: innato ed acquisito; B) Neurobiologia e cervello sociale; C) Neuroni specchio ed esperienza condivisa?</p> <p>VII) <i>Argomenti clinici</i>. A) Valutazione diagnostica ed effetto rete; B) La comunicazione/linguaggio in Psicoterapia Dinamica Culturale; C) Controtransfert empatico con “focus” sui primi ricordi, costellazione familiare, sogni ed Orientamento di Valori (O. V.).</p> <p><i>Riflessioni critiche</i></p>

Tabella 1

I. *Configurazioni concettuali*

A) *Comprensione Esplicativa Condivisa*

1. Nell’ambito di una Teoria Generale dei Modelli trova la sua collocazione il *Sistema Aperto della Psicologia Individuale Comparata* (P. I. C.) [110, 186, 201, 202, 242] e pure il *modello di rete e la rete dei modelli*. Ciò permette di affrontare numerose ricerche teoriche, pratiche, cliniche e culturali: attraverso una pluralità di approcci e di linguaggi. Rientra in quest’area la configurazione di una *Comprensione-Esplicativa-Condivisa*, attraverso una *linea direttrice dinamica* che permette un’interazione sia verso un *comprendere*, per la visione intuitiva (*verstehen*), sia verso uno *spiegare*, per conoscere i nessi causali obiettivi scientifici (*erklären*), sia infine per un “superamento” di *dualismi* verso un *intendere*, un *capire*, un *cogliere* complessivo (*begreifen*) [94, 125, 185, 202].

Il “momento del capire” (*begreifen*) non resta, quindi, solo un evento interno dei modelli, quasi fosse una sorta di *idioletto* o di linguaggio privato. Il *capire*, infatti, non dovrebbe, inoltre, emergere da eclettismi teorici o da fenomeni di sincretismo, che sul piano linguistico potrebbero essere intesi come forme di *pidgin* o di creolizzazioni, dialetti con utilizzo “pratico” senza “un’adeguata grammatica”: ma dovrebbe essere un *cogliere*, che sia una comprensione e spiegazione, la quale interagisce dinamicamente realizzando una sintesi [125, 166, 167, 168]. Il coinvolgimento empatico, la mente relazionale, la mentalizzazione, sino alle ricerche delle neuroscienze, come il *mirroring*, possono fare capo a questo modello senza creare antinomie epistemologiche.

2. L’adleriano movimento verso una meta, o *finalismo morbido*, è intrinseco allo sviluppo *ontogenetico del linguaggio*, favorendo un’area di ricerche all’interno della stessa *comprensione esplicativa condivisa* [125, 185, 244, 245]. Ciò permette, in una *relazione significativa con l’Altro* di tipo psicoterapeutico, di sviluppare il *sentimento sociale*, quale *social sentiment* [166, 200, 201], in modo autentico e non meramente fittizio.

B) *Il modello di rete e la rete dei modelli*

1. Nell’ambito di un’*apertura interteorica*, un processo di negoziazione dovrebbe essere critico e costante, al di fuori di pregiudizi anche scientifici, nel senso Jaspersiano [125, 127, 193]. Dovrebbe proporsi come interessante modello che rinvia alla teoria dell’*action network* [140].

2. In questa prospettiva, alla luce di uno schema relazionale, diventano centrali tre punti:

a) Il primo punto riguarda il *linguaggio* che nei suoi aspetti verbali e non verbali della *comunicazione umana*, e quindi *dell’interazione psicoterapeutica*, è da valutare nelle sue *implicazioni convenzionali e conversazionali* [143], importanti per una *comprensione e regolazione diadica non finzionale del transfert e del controtransfert*. Parimenti *comunicazione e linguaggio* sono pregnanti sia nella loro *assenza*, come *grado zero*, sia come *grado pieno* dal punto di vista *comunicativo/strutturale* [2, 3, 4, 5, 9, 12, 13, 25, 28, 29, 112, 218, 213, 214].

b) Il secondo punto attiene al *significato*, quale elemento nucleare di una *filosofia del linguaggio*, nonché di una *teoria della comunicazione*. Esso è stato declinato *dalla tradizione analitica anglosassone* di stampo neo-positivista in modo diverso dalla *tradizione continentale*, di matrice ermeneutica, fenomenologica ed esistenzialistica [62, 63, 89, 92, 115, 116, 119, 221].

c) Il terzo punto si riferisce alle *Teorie e Prassi Psicoterapeutiche*, le cui implicazioni comportano una riflessione su tematiche come la comprensione, l'interpretazione, la traduzione, la spiegazione [24, 40, 41, 42, 100, 146, 172, 188, 189, 220].

Questi approcci, differenti tra loro, devono essere tenuti in considerazione in una *rete multidisciplinare di modelli*. Giacché i vari *nodi* sono collegati da *canali*, venendo a costituire una *rete* teorico-prassico del *fare* e del *saper fare*. In una prospettiva di *aperture interdisciplinari a rete*, vi è inoltre una rilettura tra psicologia dinamica e neurobiologia, tra neuroscienze e filosofia, tra psicologia dinamica e cultura, tra fenomenologia e psichiatria, eccetera [50, 53, 79, 94, 95, 96, 97, 127, 149, 188, 189, 190, 193, 194, 199, 202, 211, 213, 214].

C) *Stili di relazione cooperativa*

1. In questa prospettiva assumono rilevanza specifica gli studi sull'*ontogenesi del linguaggio*, in quanto è nelle fasi precoci dello sviluppo individuale che si definiscono gli elementi fondamentali dell'*implicito* rispetto sia alla formazione della personalità sia agli *stili di relazione cooperativa* sia a una *comunicazione condizionalizzata*.

2. Analogamente, nella *relazione psicoterapeutica* si definiscono gli aspetti legati ai *fattori aspecifici* (correttivi, stabilizzanti, di sostegno), ai *fattori specifici* (confrontazione, interpretazione, transfert, controtransfert), nonché gli aspetti correlati al *coinvolgimento empatico*, ai *modelli di attaccamento sicuro*, all'*autoregolazione delle emozioni*, alla *sintonizzazione affettiva*, alla *mentalizzazione*, alla *Mindfulness* e al *Mindsight*, nonché alle ricerche delle *Neuroscienze* [31, 78, 83, 96, 102, 150, 162, 201, 202, 228, 229, 234, 236].

II. *Il binomio di Comunicazione/Linguaggio (C. L.)*

A) *Ricoprimenti tematici*

1. Comunicazione e linguaggio sono termini che talora sono disgiunti, ma che spesso sono riuniti in un binomio, dovuto non solo alla polisemia dei termini ma anche all'intreccio delle significazioni. La *comunicazione/linguaggio* rappresenta una rete il cui *ricoprimento tematico* non può avvenire se non in una *prospettiva di complessità* [37, 244, 245, 253].

2. Il binomio *comunicazione/linguaggio* deve essere considerato, in tutte le forme, un fattore determinante degli scambi reciproci tra gli individui. L'uomo comunica verbalmente attraverso apparati biologici esclusivi della sua specie (corde vocali, aree cerebrali del linguaggio eccetera). È vero, inoltre, che l'estre-

ma articolazione di comunicazione/linguaggio deriva da acquisizioni culturali che vanno oltre la trasmissione genetica e che sono iscritte nella biografia del singolo e nella storia della comunità culturale di appartenenza.

B) Definizioni

1. I termini di *comunicazione e linguaggio* (C. L.), come si è detto, possono venire trattati in modo *disgiunto* o *riuniti* in un *binomio*. In genere si giunge convenzionalmente a circoscriverne i limiti che vengono utilizzati come sinonimi, in una ibridazione, che spesso è solo una sovrapposizione di alcune aree comuni. La sintesi delle accezioni di *comunicazione/linguaggio* fa riferimento alle *seguenti definizioni di base*.

2. La *Comunicazione umana* si profila come un processo interattivo in relazione a situazioni, interessi, attese, circostanze. All'interno di un atto comunicativo non ci sono solo un emittente ed un ricevente. Una situazione comunicativa è, infatti, caratterizzata: dal *messaggio*; che viene trasmesso e dal *codice* mediante cui è iscritto tale messaggio, dal *canale* strumento fisico della trasmissione; dal *contesto* e dal *contatto* tra emittente e ricevente. La comunicazione può, quindi, essere intesa come il processo che consiste nel trasmettere o nel far circolare delle informazioni; quale un insieme di dati che sono sconosciuti al ricevente, prima dell'atto comunicativo [124].

3. Il *Linguaggio nel suo aspetto specifico* è quello di essere un *sistema di comunicazione* inserito in una situazione sociale, quale strumento di legittimazione della realtà esistente. Il *linguaggio, specie simbolico/verbale* è una peculiarità tipicamente umana, per cui la vita quotidiana è soprattutto vita *con e per mezzo* del linguaggio, che viene condivisa culturalmente con altri individui. Come linguaggio si definiscono, inoltre, *fenomeni non sempre consci* di espressioni e comunicazioni a basso grado di codifica o ancora d'invenzioni di codici.

La *stessa corporeità*, con le sue proiezioni spazio-temporali, tra interno ed esterno, contenente e contenuto, diventa non solo un *frame* costitutivo dell'organizzazione semantica del linguaggio, ma anche un *nodo centrale della rete* del rapporto tra *natura e cultura* [36, 47, 108, 126, 186, 251]. Basti pensare ai modelli di categorizzazione di un ambiente *ampiamente culturalizzato e antropizzato*, secondo moduli cognitivi-emotivi, già rilevabili nella prima infanzia e le cui dimensioni spaziali e temporali si riflettono sul linguaggio e, attraverso esso, sulle modalità di interfacciarsi con il mondo [47, 113, 184, 251].

Acquisendo il linguaggio, i bambini si impadroniscono di un *sistema di segni, correlato al pensiero*, che interagisce con gli aspetti emotivi, affettivi, cognitivi, sociali e culturali della loro vita [118] (*Tabella 2, 3*).

C) “Teoria della mente” e filosofia del linguaggio

1. Le linee direttrici concettuali e linguistiche delle psicologie del profondo, o del nucleo, permettono un dialogo interdisciplinare. Basti pensare agli studi sull’*Organizzazione dei Disturbi di Personalità*, vero *topos* problematico, che coniuga variamente gli approcci categoriali, dimensionali, dinamico-strutturali e socio-culturali [90, 191, 192, 194, 206].

2. Grazie al concetto di *Organizzazione*, si può giungere ad una *Teoria della Teoria della Mente*, con la quale si indica un’area particolare, interagente sia con gli aspetti di metodologia interdisciplinare sia con gli studi neuro-biologici sia con gli approcci clinico-terapeutici [14, 31, 54, 61, 79, 83, 130, 162, 176, 188, 189].

3. Nell’ambito di una *filosofia del linguaggio*, le numerose ricerche di *outcome* e di *processo*, tuttora in fase di affinamento e di verifica, devono tenere conto:
a) degli *aspetti meta-linguistici*, inerenti a problematiche epistemiche generali;
b) dei *momenti teorico-prassici* del *saper fare* in psicoterapia, ma anche del *saper dire* quello che si sta facendo [151, 156].

I *diversi contesti di analisi* sono correlati all’importanza di non creare commistioni tra di essi [15, 124, 253]. Interessante è pure il riconoscere che questi aspetti possano essere *traslati* in ambito *psicologico, dinamico e culturale*, e anche nei *contesti psicoterapici* [83, 131, 193, 214].

4. Un *approccio a rete* trova collocazione in un *olismo non vitalistico*, ma *semantico*, e soprattutto *epistemologico* [60, 106, 188, 178, 231]. Mediante le concezioni di *intensione* ed *estensione* si giunge alla definizione del significato e della sua traducibilità e si possono far dialogare i numerosi nodi delle reti sociali e culturali [49, 65].

5. Una lettura in chiave linguistica di una *Psicologia Dinamica, orientata adlerianamente*, presuppone un uso attento della terminologia e degli inquadramenti psicopatologici e clinici [28, 44, 203, 211, 212, 214]. L’osservazione e la sistematizzazione dei *costrutti linguistici* implica un’elaborazione della valutazione diagnostica e del processo psicoterapeutico. Inoltre, l’organizzazione e la differenziazione tra linguaggio teorico e quello osservativo, nonché la riflessione sugli aspetti *semantici* e su quelli *pragmatici*, portano ad una riflessione circa l’*ontogenesi del linguaggio*. Tali ricerche stanno producendo interessanti risultati, anche rispetto ai modelli psicologico-dinamici [35, 79, 83, 170, 186, 189, 190, 193, 201, 202, 210, 212, 214].

6. La Psicologia Individuale Comparata (P.I.C.) ha inserito al riguardo originali *approcci cognitivi* [45, 164, 187, 213]. Essi costituiscono un territorio di studio

che, partendo da differenti radici epistemologiche, danno importanza sia alla ricerca e alle *evidenze quantitative (spiegazione)* sia all'operare qualitativo (*comprensione*) in un "campo" *individuale ed interindividuale* [51, 77, 107, 109, 188, 189, 196, 197, 198, 214].

7. Ad oggi v'è ancora una grande differenza tra le numerose teorie sull'apprendimento linguistico e soprattutto circa i rapporti tra *linguaggio e pensiero* nelle *varie fasi dello sviluppo* (Tabella 2). Se è ipotizzabile una *componente innata filogeneticamente orientata* alla base dell'apprendimento linguistico, ciò non risolve il problema. Infatti, il *modello procedurale* di Chomsky è entrato in crisi per *due ordini di motivi* [52]: a) *da un lato*, per lo sviluppo di una concezione globale dell'apprendimento del linguaggio, che confluisce nella semantica e linguistica cognitiva; b) *da un altro lato*, per gli studi delle neuroscienze, che hanno fatto ritenere a molti *linguisti* che fosse necessario cercare di implementare l'ipotetico "organo del linguaggio" su "reali" strutture cerebrali [121, 122, 173]. È in questo senso che si stanno muovendo il *connessionismo* e il *neocconnessionismo* nonché le ricerche sui *neuroni specchio*.

III. *Lo schema relazionale*

A) *Caratteristiche della comunicazione/linguaggio*

1. Ogni *relazione interindividuale psicoterapeutica* implica una teoria della comunicazione in quanto la stessa, *in rapporto con il linguaggio*, ne è una dimensione psicologica costitutiva. In uno *schema relazionale* l'individuo non sceglie se essere comunicante o meno: lo è sempre, anche quando rifiuta di comunicare [196, 197, 198, 200, 201, 202]. Al massimo può scegliere se e in che modo egli possa comunicare [15, 16, 17].

2. Cambiano naturalmente le *caratteristiche della comunicazione* in base agli scopi che si vogliono conseguire. Le regole generali della *comunicazione* "corretta", come elaborate inizialmente dalla scuola di Oxford, rappresentano delle *modalità ideali* di comunicazione, che tuttavia vengono regolarmente trasgredite e violate anche attraverso *distorsioni paradossali* [23, 112, 143, 187, 224, 233]. Anzi gli *aspetti trasgressivi della comunicazione* rappresentano quasi la norma in un'attività che è eminentemente sociale e culturale. In particolare, una competenza specifica sugli *aspetti meta-comunicativi e contestuali*, vale a dire la condizione o la violazione di un comune codice comunicativo, appare fondamentale per una *corretta comprensione*. Analogamente ciò dovrebbe costituirsi in un rapporto psicoterapeutico.

3. La *matrice relazionale*, di cui Adler è stato un precursore, ha avuto negli ultimi decenni una grande rivalutazione anche in campo psicoanalitico, con uno spostamento dell'attenzione [6, 7, 8, 11]: da una priorità conferita allo *schema pulsionale* ed ai *fenomeni intrapsichici* ad una nuova priorità riferita alla *matrice relazionale* ed ai *fenomeni intersoggettivi* sino alla *interindividualità* [21, 111, 145, 158, 198, 202, 208, 213, 239].

In tal modo il *campo di ricerca* ha seguito *due principali filoni*:

- a) il *primo*, che fa capo ai *modelli plurisistemici* complessi, riguardanti l'apprendimento e la memoria, i quali, utilizzando il corollario dei *processi impliciti ed espliciti*, giungono sino all'identificazione ed alla visualizzazione dei *substrati neurofunzionali* [72, 96, 127, 149, 150, 182, 183];
- b) il *secondo*, che attraverso le ricerche sullo *sviluppo e l'ontogenesi, cognitivo ed emotivo ed affettivo* ha rinnovato l'interesse per le età più precoci dello *sviluppo*, facendole confluire anche nell'*Infant Observation* e nell'*Infant Research* [59, 142, 179, 222].

B) Il Preverbale

1. Secondo Beebe e Lachmann la psicoanalisi ha affrontato il tema dell'*intersoggettività* principalmente in *ambito verbale ed esplicito* [32]. L'*Infant Research* ha invece studiato lo stesso problema nel contesto delle sequenze *non verbali/implicite*, cioè della *conoscenza procedurale*. Si ritiene che per *capire meglio* nell'azione terapeutica sia essenziale intrecciare le teorie *linguistiche/esplicite* con quelle *implicite/non verbali* [30, 32, 48, 255].

2. Il termine "non verbale", pertanto, può essere oggetto di fraintendimenti, in quanto esiste una ricca comunicazione non-verbale che spesso accompagna, come un *sussidio paralinguistico*, la comunicazione verbale: basti pensare al riguardo al *linguaggio dei segni o iconico dei sordomuti* [217].

Si preferisce utilizzare il termine *pre-verbale* focalizzandolo a quelle *fasi precoci dei cicli della vita* di intensa gravidanza comunicativa, che precedono e creano i presupposti per l'apprendimento del linguaggio. In queste fasi avvengono, soprattutto nell'*interazione tra bambino e la madre o il caregiver*, dei mutamenti fondamentali e durevoli per il resto dell'esistenza [200] (*Tabella 3*). Ciò si realizza attraverso una *serie di sottosistemi* che possono essere utilizzati grazie alle *psicoterapie dinamiche culturali* [191, 192, 203, 211, 213, 214]:

- al *substrato biologico*;
- al livello *cognitivo-esperienziale*;
- allo *sviluppo e autoregolazione emozionale*;
- alla *formazione del Sé*;
- alle *modalità di relazionarsi con gli altri*;

- al progressivo strutturarsi dello *stile di vita individuale*.
3. È importante sottolineare come, secondo la teoria psicoanalitica classica, il bambino piccolo era in balia delle pressioni pulsionali in uno stato di *simbiosi* o di onnipotenza narcisistica. Mentre Adler, grazie all'assunto dei *legami teneri*, già allora, aveva collocato nell'infanzia, la strutturazione di *istanze fondamentali* della personalità dell'individuo. Tra queste egli poneva la formazione dello stile di vita, il sentimento sociale e il movimento verso delle mete esistenziali che tendevano verso l'alto, attraverso un'*aspirazione compensatoria all'inferiorità* [10, 18, 19, 225, 235, 236, 237, 238].
4. Il dibattito non è ancora concluso tra *componenti innate e componenti culturali precocemente acquisite*, mentre le *neuroscienze* hanno dimostrato una precoce plasticità neurale del bambino, fin dai primissimi cicli di sviluppo [33, 153, 191, 222, 252]. In analogia a questo periodo possono situarsi le *psicoterapie dinamiche culturali*, quando intenzionalmente focalizzano i loro interventi controtrasferali a livello dell'area preverbale [203, 211, 213, 214] (Par VII).

C) *Il cervello socio-culturale*

1. Nel contesto di una matrice relazionale più che non la *quantità* delle *interazioni madre-bambino* è importante la loro *qualità*. Particolarmente significativa sarebbe una corretta *sintonizzazione affettiva*. Circa il ruolo da ascrivere alle *situazioni esperienziali*, queste avrebbero un *peso notevole* in Damasio, mentre le componenti biologiche *sarebbero più importanti* in LeDoux [58, 59, 142, 236].

Lo studio del *cervello socio-culturale* si colloca tra neuroscienze e matrice socio-culturale e rappresenta un *nodo significativo di una rete* che definisce e articola la comunicazione e la meta-comunicazione tra istanze intrapsichiche e tra mondo interno ed esterno, nonché tra fatti scientifici e mondo tecnologico [55, 140, 227].

2. Gli affetti, e in particolare la loro modulazione, rivestono una grande importanza per spiegare l'interazione di un corretto sviluppo psico-affettivo del bambino in relazione alla *madre* rapportandolo [39, 78, 191, 192, 236]:

- ad una *sintonizzazione empatica*;
- ad uno *sviluppo del Sé*;
- ad un *attaccamento sicuro*.

Questi aspetti precoci della *socialità* del bambino, immerso nella *cultura di appartenenza*, avranno importanti ripercussioni nell'età adulta favorendo la capacità [87]:

- di stabilire dei *legami affettivi validi*;
- di essere consapevoli dei *propri stati mentali*;

- di aumentare le funzioni riflesive e di *mentalizzare*;
- di realizzare dei *rapporti empatici*, affettivamente adeguati e soddisfacenti.

3. Tali aspetti hanno una notevole importanza sulle caratteristiche del *rapporto psicoterapeutico*, in particolare sull'atteggiamento di *controtransfert*, specie se il terapeuta mette in gioco la propria affettività, attraverso *enactment affettivi*, intenzionalmente *situati* [35, 79, 141, 148, 200, 214, 237]. Il *controatteggiamento* assume un'importanza fondamentale in un contesto *cross-culturale*, qualora sia utile instaurare un'apertura di scambio, dove gli approcci affettivi definiscono il *clima* dell'interazione, cogliendo specie quella fase del *linguaggio preverbale* che viene a costituire una sorta di *area transizionale terapeutica* [39, 257] (Par. VII).

4. Molti studiosi vedono nell'interazione tra il bambino e la madre e nell'ontogenesi del linguaggio non solo una modalità di *regolazione dell'affettività*, ma pure lo sviluppo di altre funzioni: a cominciare dall'importanza della *comunicazione sia non verbale che verbale* [211, 249].

La sintonizzazione affettiva tra bambino e *caregiver* deve essere non solo *congruente*, ma anche *marcata*. Essa è una *modalità comunicativa* che si esplica attraverso uno *spazio transizionale* dove si possono “giocare” le emozioni e gli stili comunicativi anche in modo *finzionale*. Questi peraltro non dovrebbero giungere ad una *distorsione paratassica* [88, 187, 201, 202, 257].

Un'espressione che è congruente con lo stato affettivo del bambino, *ma non è marcata*, non permetterà l'acquisizione della modalità del *far finta*, finendo così per creare una confusione comunicativa in cui il bambino, non regolando le sue reazioni emotive, avrà una riduzione delle capacità di un contenimento. Nel tempo, tale modalità comunicativa può comportare problemi rispetto a un *adeguato rispecchiamento empatico genitoriale*, favorendo stili disfunzionali di attaccamento, ed interferendo con un normale sviluppo del Sé [191].

Si parla di un *Sé alieno*, di *falso Sé* [257], che rappresenta il processo d'interiorizzazione *emotiva madre-bambino*. Questo *Sé alieno*, sebbene all'inizio possa essere gestito dalla mentalizzazione e, in parte, costituisce un momento di crescita normale, alla lunga, ed in rapporto a situazioni particolarmente dolorose e traumatiche, può diventare un elemento stabile del Sé, dando origine a quelle difese patologiche, come la scissione o l'identificazione proiettiva, che sono caratteristiche di seri disturbi di personalità [14, 191, 196, 197, 198, 257].

5. Anche nel *modello diadico-sistemico* si attiverebbero diversi *modelli di interazione* i cui oggetti sarebbero i rispettivi stati mentali ed i modi in cui madre e bambino si influenzano reciprocamente. Si sarebbe constatato che la situazione ottimale, che porta ad un *attaccamento sicuro*, si colloca in uno stato di equilibrio

flessibile tra autoregolazione e regolazione dell'interazione: non sarebbe tanto necessario una madre perfetta quanto sufficientemente buona. Una madre distanziante o troppo preoccupata e intrusiva, *al contrario*, potrebbe realizzare facilmente stili di *attaccamento insicuro*.

6. Sicchè la comunicazione più efficace non utilizzerebbe le stesse modalità del bambino, ma interagirebbe con *caratteristiche asimmetriche transmodali*, cioè con canali comunicativi sintonici ma differenti, che sarebbero quelle più efficaci per una sintonizzazione empatica adeguata. Le *interazioni simmetriche, intramodali* sarebbero, invece, molto meno adeguate e indurrebbero dei comportamenti d'evitamento da parte del bambino. Le corrispondenze transmodali (cioè *quasi come me* ma non proprio), rispetto alle corrispondenze intramodali (cioè *come me*), permettono meglio di cogliere la qualità dello stato emotivo interno dell'altro, e di conseguenza anche il proprio [32, 236].

7. Queste modalità sono importanti come base di una *differenziazione del Sé*, che si realizzerebbe, intorno ai nove mesi, sia con la graduale scoperta da parte del bambino di possedere una *mente propria* sia con l'iniziale consapevolezza che anche gli altri possiedono menti *loro proprie*.

A questo punto diventa possibile una *progressione della relazione interindividuale* la quale viene veicolata dal linguaggio preverbale [214, 236] (*Tabella 2*).

IV. Contesti linguistici

A) *Ontogenesi del linguaggio. Rapporto tra pensiero e linguaggio*

1. La valutazione degli apporti biologici, relazionali e culturali costituiscono una rete nel collegare le *modalità quantitative e qualitative di apprendimento del linguaggio*. L'*ontogenesi del linguaggio* va, inoltre, di pari passo con gli stessi processi di inculturazione e quanto più questi sono positivi, tanto più si realizza una corretta ontogenesi.

La maggior parte delle *teorie sul linguaggio infantile* si occupa del modo in cui il linguaggio, il pensiero e l'interazione socio-culturale interagiscono nella vita del bambino. A seconda della particolare focalizzazione privilegiata da ciascuna teoria, diversi aspetti dello sviluppo possono essere definiti e collegati in modo differente (*Tabella 2*).

- a) *Alcuni indirizzi* di linea prevalentemente *cognitivistica* pongono in primo piano gli studi di Piaget e dei neo-piagetiani. Questi si focalizzano essenzialmente sullo sviluppo cognitivo [43, 71].

b) *Altri indirizzi* sono ad orientamento prevalentemente socio-culturale. Per le teorizzazioni di Vygotskij il linguaggio è appreso nell'interazione sociale. Lo sviluppo del linguaggio agirebbe a sua volta sulla struttura del pensiero e degli schemi cognitivi, i quali non potrebbero essere compresi indipendentemente dai processi socio-interattivi che li modellano e da cui essi emergono [254].

c) Su questa linea sono situabili i contributi di Bruner e della *psicologia culturale*, i quali ritengono che il linguaggio ed il pensiero facciano parte di una *interazione dinamica di sociolinguistica e dell'etnolinguistica* [40,41,47,105,120] (Tabella 2).

2. Per i bambini il linguaggio sarebbe solo uno fra i molti usi che derivano dai principi di organizzazione e dai meccanismi dello sviluppo complessivo. L'interazione con l'ambiente esterno avviene attraverso un processo di assimilazione e di accomodamento che configura i *vari stadi di sviluppo*. Gli organismi sono influenzati anche da eventi imprevedibili o comunque indeterminati. In questa prospettiva il ruolo delle strutture cognitive è quello di permettere agli individui di adattarsi ad una realtà mutevole più che di ancorarli in modo rigido a certe particolari caratteristiche e tali modelli devono essere implementati dagli sviluppi delle *neuroscienze* [71, 100, 117, 119, 141, 222].

3. La *filogenesi e l'ontogenesi* del linguaggio presentano ancora molteplici sfaccettature e zone d'ombra difficilmente eliminabili [152, 241].

La Tabella 2 propone *tre modelli*: a) il *primo* di Piaget, in cui lo sviluppo del pensiero precede il linguaggio; b) il *secondo* di Vygotskij, in cui lo sviluppo del linguaggio precede il pensiero; c) ed il *terzo* di Bruner, in cui linguaggio e pensiero sono interattivi.

La Psicologia Individuale Comparata (P.I.C.) è maggiormente correlabile al modello di Bruner

PIAGET	VYGOTSKIJ	BRUNER
<p>Lo SVILUPPO DEL PENSIERO</p> <p>precede</p>  <p>IL LINGUAGGIO</p>	<p>Lo SVILUPPO DEL LINGUAGGIO</p> <p>precede</p>  <p>IL PENSIERO</p>	<p>II PENSIERO (LINGUAGGIO)</p> <p>interagisce dinamicamente</p>  <p>con il LINGUAGGIO (PENSIERO)</p>

Tabella 2

B) *L'approccio interindividuale*

1. Secondo il modello adleriano si può parlare di *diverse forme di interindividualità* riferibili non solo alla mente, ma alla totalità, unicità e originalità dell'individuo: anche se si riconosce una *matrice comune*, la precoce *formazione del Sé* e quindi la *proto-identità* [48, 84, 85, 191, 192, 201, 202].

2. Nella teoria della *Pertinenza linguistica* si osserva come l'individuo sia capace di elaborare informazioni in modo efficace, con i migliori risultati e al più basso costo possibile. Molte informazioni sono già disponibili in base all'esperienza passata, immagazzinate nella *memoria (implicita ed esplicita)*. Inoltre, ogni comunicazione avviene sempre e soltanto in un determinato *contesto*. La *Pertinenza Ottimale* è data dalla capacità degli interlocutori di seguire l'ipotesi comunicativa che ottimizza gli effetti contestuali e che minimizza l'impegno cognitivo [233].

3. Nell'ambito di un approccio *interattivo-costruzionista* (compatibile con la P. I. C.) ed accettato a *livello di ontogenesi del linguaggio* [15], il neonato ha, come pertinenza comunicativa, una considerevole *dotazione innata* sia percettiva che emozionale. Tale dotazione lo renderebbe già in grado di interagire con il mondo esterno fin dalla nascita, se non già dalla vita intrauterina. Il che permetterebbe gli interscambi madre-bambino osservabili dai primi giorni di vita e che si affinano e progrediscono nelle settimane successive [15].

Al di là delle discussioni tra teorie diverse, riguardo al modo di *accedere alle menti altrui* e, quindi, di definire i primi contesti comunicativi, è indiscusso che l'*ambiente semantico e pragmatico* in cui il bambino è immerso fin dalla nascita giochi un ruolo essenziale per il suo sviluppo emotivo e cognitivo, venendo a costituire un *universo culturale pre-interpretato* [179, 188, 189, 222, 236].

Durante i primi mesi di vita le capacità visuomotorie sono date dai sistemi motori e percettivi, i quali insieme al succhiare e all'odorare funzionano secondo *meccanismi di attivazione-disattivazione*. Essi forniscono al neonato un controllo nell'interazione, nonché un'adeguata sintonizzazione affettiva tra madre e bambino [235]. L'approccio interindividuale fa progressivamente emergere nuove competenze e più strutturate forme di *socializzazione*, di *interazione*, e perciò di *culturalizzazione*. Si avrà, così, una progressiva *organizzazione del Sé*: dal *Sé emergente* si svilupperanno *sensi nucleari del Sé*: il *Sé soggettivo*, il *Sé verbale* [236]. Cambia anche il *campo di relazione che da ristretto si estende al campo delle relazioni interindividuali* [85, 196, 197, 198, 240].

4. Inoltre da una *relazionalità simbiotica* dei *sensi del Sé*, delle prime fasi di sviluppo, si passa a forme, tra madre e bambino, di *sintonizzazione empatica*

più complesse, più articolate, in cui l'interazione si avvale di *scambi modalizzati differenziati*, caratterizzati da una prosodica, vocalizzazioni, lallazioni, e da un uso, sempre più frequente, da parte della madre di un linguaggio particolare, il cosiddetto *maternese* o *baby talk* o CDS (*Children Directed Speech*) [236, 237].

L'*ontogenesi del linguaggio*, pur nelle *differenze culturali*, ha *caratteristiche analoghe*: con toni più elevati, frasi brevi ripetitive, con accentuazione delle componenti vocaliche e sillabiche, forte referenzialità [76, 232]. Quello che viene trasmesso sarebbe la *tipologia fonologica del lessico*, l'intonazione più che la sintassi, e quindi, accettando l'*ipotesi filogenetica* di Chomsky sull'apprendimento del linguaggio, si sarebbe di fronte ad una *fase importante di inculturazione* [52].

La prosodica, la melodia, il timbro, l'articolazione lessicale, sarebbero, infatti, parti integranti del linguaggio, ciò per il bambino costituirà l'apprendimento della *lingua madre*, anche in considerazione del fatto che *i codici linguistici e quelli culturali* in larga parte coincidono [103].

C) *Forme di condivisione. Fase preverbale*

1. Il *contesto comunicativo linguistico madre/bambino*, orienterebbe in modo selettivo le disposizioni innate, accentuando o meno certe abilità in modo conforme alla propria *comunità culturale*. Le caratteristiche di questo linguaggio preverbale "materno", la *lingua madre*, rimarranno marcate come *imprinting* nelle strutture cervello/mente, nelle componenti cognitive, emotivo/affettive/culturali: anche quando verranno apprese altre lingue [22]. Nei paesi di *cultura occidentale*, si tende a parlare molto ai bambini, mentre in altre culture, specie africane o orientali, si privilegiano la fisicità del contatto corporeo o l'ausilio del "gruppo" [15, 232, 243].

Per quanto attiene ad una *Psicoterapia Dinamica Culturale*, tali aspetti linguistici sarebbero di importanza prioritaria per un approccio tra terapeuti e pazienti anche di culture differenti. E ciò specie quando intenzionalmente si focalizzano nell'immedesimazione controtransferale sulla *fase preverbale dell'ontogenesi linguistica, dalla nascita sino ai 20 mesi circa* [214]. Ciò è riferibile anche in modo specifico a talune modalità del *coinvolgimento empatico* [199, 202] (Par. 3).

2. La strutturazione di un Sé autonomo, cioè di una differenziazione tra *bambino e madre* o altri *caregiver*, viene collocata tra il nono e il quindicesimo mese di vita. Ma tra il 15° ed il 18° mese si avrebbe una vera e propria *rivoluzione cognitiva-esperienziale*. Al termine di questo *ciclo di vita* o stadio di sviluppo inizia, in senso stretto, l'apprendimento del linguaggio, che avrà una vera e pro-

pria “esplosione” dopo il diciottesimo mese di vita, con una velocità di apprendimento tumultuoso. Infatti intorno ai 2 anni il bambino è in grado di padroneggiare alcune centinaia di vocaboli, preferibilmente riferiti a oggetti.

Peraltro, già alla fine del primo anno di vita gli *aspetti comunicativi non verbali* diventano complessi e articolati. Secondo Tomasello in questa fase si strutturerebbe una *rudimentale differenziazione della mente* sulla base dell’attribuzione di un’*intenzionalità condivisa* [245]. Il bambino comincerebbe a riconoscersi come agente intenzionale e attribuirebbe tale proprietà anche ad altri individui.

Alla base dell’apprendimento vi sarebbe una fase iniziale sia di *comunicazione gestuale deittica* (che si riferisce all’indicare) sia *iconica* (che si riferisce all’immagine). Esse sorgerebbero intorno ai nove, dodici mesi e avrebbero una funzione tanto di richiesta rispetto a un referente esterno, quanto di condivisione emotiva rispetto a questo: nell’aspettativa di un *terreno comune da condividere*, da un punto di vista anche *emozionale*.

Su questo terreno si svilupperebbe il *comportamento cooperativo* e quindi la *base* di un’*interindividualità*, istanza, peraltro, già al centro delle concezioni di Adler fin dai suoi primi scritti. Da notare che un *principio di cooperazione, equivalente ad una forma di condivisione* è una delle “regole” della *pragmatica linguistica* di Grice [6, 7, 10, 11, 12, 32, 88, 179, 222, 247, 248].

3. L’importanza dell’indicare e del riferire per immagini, come padronanza linguistica del proprio ambiente ecologico immediato e con risvolti sociali e culturali, è stato anche sottolineato dalla *linguistica e semantica cognitiva*, che tende ad integrare l’uso e l’apprendimento del linguaggio attraverso *Frames, Script* e *Mental Spaces* articolabili in un medesimo contesto: senza una particolare distinzione tra sintassi, semantica e pragmatica [20, 56, 81, 86, 93, 104].

Questi studi si sono rivelati utili per comprendere l’uso e l’acquisizione [98, 139, 181, 182, 184, 251]:

- del *linguaggio metaforico*;
- dei *processi di categorizzazione*;
- della *simulazione incarnata (Embodied Simulation)*;
- dei *Neuroni Specchio*.

La *Tabella 3* propone un’evoluzione complessiva dei primi cicli della vita attraverso l’abbinamento di due parametri: a) lo *sviluppo cronologico*; b) l’*Ontogenesi del linguaggio*.

PRIMI CICLI DELLA VITA SECONDO I PARAMETRI DELL'ONTOGENESI DEL LINGUAGGIO E DELLO SVILUPPO CRONOLOGICO	
A	B
1. DALLA NASCITA AI PRIMI MESI	SINTONIZZAZIONE e REGOLAZIONE AFFETTIVA
2. 3 MESI	LE PRIME VOCALIZZAZIONI
3. 5-6 MESI	PRONUNCIA e IMITAZIONE SUONI COMPOSTI
4. 8-10 MESI	LALLAZIONE CANONICA e PRIMA COMPRESIONE DI PAROLE
5. 10-12 MESI	GESTI DEITTICI
6. 12-15 MESI	GESTI SIMBOLICI (ICONICI) PRODUZIONE DELLE PRIME PAROLE INTENZIONALITA CONDIVISA
7. 18-20 MESI	VOCABOLARIO DI 50 PAROLE
8. 20-24 MESI	COMBINAZIONE DI PAROLE
9. 24-30 MESI	“ESPLOSIONE GRAMMATICALE” COMPARSА DELLE PRIME FRASI
10. 30-36 MESI	PROGRESSIVA EFFICIENZA SUL PIANO LESSICALE, GRAMMATICALE, SINTATTICO

Tabella 3. da Luigi Camaioni, 2001, modificato

V. Linguaggi e Culture

A) *Filogenesi ed ontogenesi*

Gli argomenti che riguardano il *binomio comunicazione/linguaggio* in rapporto alle culture, come in precedenza accennato, comportano approcci sia sul *piano filogenetico* che *ontogenetico*. Si procede, infatti, a livello preverbale da una gestualità mimica ed indicativa (*deittica*) ad una comunicazione/linguaggio gestuale convenzionale e per immagini (*iconica*) sino a giungere ad un linguaggio verbale più formalizzato [244, 245] (*Tabella 3*).

Nelle varie culture, su una *base filogenetica comune*, dopo i primi cicli di sviluppo, le capacità di comunicazione/linguaggio interindividuale si manifestano in modi diversi, come risultato della comparsa di un linguaggio verbale strutturato. L'uso dei gesti viene ad essere così un supplemento di comunicazione/linguaggio anche se molto diverso tra gruppi e culture.

Da un punto di vista *evoluzionistico e culturale*, si tratta di fatti importanti, i quali suggeriscono, tra l'altro, che quando gli individui cominciano ad usare le convenzioni verbali, non le sostituiscono all'attività deittica ma a quella mimica e iconica. L'uso *quotidiano del linguaggio* si basa pertanto sull'infrastruttura dell'*intenzionalità condivisa* [44, 47, 216, 217, 218, 241].

B) *Intenzionalità condivisa*

1. L'acquisizione delle competenze riferibili al binomio comunicazione/linguaggio (C.L.), che fa capo ad una progressiva strutturazione dell'*intenzionalità condivisa*, stimola nei bambini una capacità d'imparare parole nuove in interazioni cooperative di vario genere. A riguardo di un ontogenesi comunicativa/linguistica (C.L.) si possono ipotizzare *differenti cornici*.

a) *Prima cornice*. L'uso infantile iniziale della C.L., come l'additare, mostra che l'infrastruttura cooperativa è di fatto disponibile prima che l'acquisizione della C.L. si sia avviata decisamente: ciò è dimostrato dalla gestualità deittica nei bambini di 12 mesi. Come si è più volte sottolineato, i soggetti sono immersi in una *comunicazione/linguaggio* fin dalla nascita, che favorisce il loro *universo preinterpretato culturalmente orientato* [188, 189].

b) *Seconda cornice*. Anche se l'additare e altri gesti appaiono di solito prima del linguaggio verbale, essi emergono chiaramente solo dopo l'instaurarsi delle abilità fondative dell'*intenzionalità individuale cooperativa*.

- c) *Terza cornice*. L'acquisizione e l'uso iniziale di specifiche convenzioni linguistiche da parte dei bambini forniscono prove empiriche al modello intenzionale cooperativo e condiviso e poi ad una *comprensione esplicita*.

L'inculturazione di un gruppo e la *condivisione* di atteggiamenti affrontano il modo in cui *i bambini* entrano in un modo di vita "dentro al gruppo/fuori dal gruppo", imitando chi li circonda e conformandosi ad essi, così da essere come loro, con gli stessi accenti regionali delle lingue.

Ma oltre a voler essere come gli altri, gli individui vogliono anche essere apprezzati e confermati. Un modo di coltivare l'*affiliazione* ed il gradimento del gruppo è quello di condividere emozioni ed atteggiamenti sul mondo dei vari tipi di *gossip*, narrazioni ed atti linguistici interni al gruppo culturale di appartenenza.

Le disconferme o i fallimenti provocano emozioni e sentimenti negativi quali: *vergogna, inferiorità o colpa*. Se l'individuo si comporta in modo "deviante" da una norma sociale consolidata, se si ritira in solitudine o isolamento, se nessuno lo accetta, ciò presumibilmente è da porsi in relazione all'altrui conformità alle norme socio-culturali della comunità; se invece si è accolti e confermati positivamente dal *caregiver* nello sviluppo, si viene a costituire un aiuto/reciprocità di un atteggiamento di conformità/solidarietà/affiliazione [67, 108, 195].

2. Attraverso la *comunicazione/linguaggio* si stimolano le dimensioni di *imitazione/conformità/solidarietà/affiliazione* che avranno importanti conseguenze per l'evoluzione della *cooperazione comunicativa umana*. Ciò riguarda aspetti differenti dello sviluppo individuale: a) *il desiderio di coltivare l'affiliazione con gli altri* costituisce la base di uno dei motivi fondamentali del modello cooperativo della comunicazione umana; b) *il bisogno d'imitazione/conformità/solidarietà* riguarda l'istituzione di norme; c) la pressione del gruppo diventa normativa, con eventuali sanzioni: dallo stigma all'ostracismo, sino all'espulsione fisica dell'individuo dal gruppo.

C) *La rete della Comunicazione/Linguaggio: livelli psicosomatico, etologico, corporeo*

1. La diade *comunicazione/linguaggio* diventa una *rete*, qualora trovi livelli di espressività psicologico clinico differenti (C.L.). Gli aspetti *pre-verbali* e *non-verbali* si esprimono spesso con un *linguaggio corporeo*, ribadendo l'attualità delle concezioni adleriane, in correlazione [2, 3, 22, 23, 99, 120, 154, 177, 188, 189, 190, 192, 204, 205, 213, 214, 250]:

- a recenti acquisizioni delle *neuroscienze*;
- a recuperi teorici del *valore dell'implicito* come manifestazione dell'inesprimibile;
- all'importanza delle organizzazioni psicopatologiche: *patogenesi, patoplastica, patoreazione e patoselezione*;
- alle implicazioni con la psichiatria e la psicoterapia culturale.

L'apprendimento complessivo della C.L., verbale e non verbale, amplificano queste potenzialità mentre il *contesto culturale* ne dirige l'orientamento.

2. La teoria adleriana dell'*inferiorità organica e della rete delle compensazioni* non solo è un apporto che sottolinea una predisposizione biologica di vulnerabilità, ma costituisce un approccio originale alla *modalità bio-psico-socio-culturale* dell'individuo, che può manifestarsi nei sogni, nelle scelte professionali, nelle attitudini, nelle predisposizioni artistiche eccetera [2, 3]. Si possono distinguere, articolate variamente tra loro, *tre aree*:

a. L'*area psicosomatica*. Il termine *gergo* indica qui una lingua criptica, uno specifico lessico spesso allusivo, utilizzato da individui di una particolare sub-cultura che, in una determinata condizione, avvertono il bisogno o di non essere capiti o, viceversa, di distinguersi da altri, per comunicare con una determinata categoria di persone.

Ma il *gergo degli organi* può derivare anche da un'*inferiorità biologica*, ad esempio dell'apparato cardiovascolare, gastroenterico eccetera, la quale, mediante una comunicazione/linguaggio, si può esprimere finalisticamente

- o *attraverso dei sintomi*; esempio una gastralgia in rapporto ad uno stress;
- o in una sorta di *ipercompensazione d'organo*; esempio un'ipertrofia vicariante di un arto;
- o in una *compensazione psichica*; esempio un balbuziente che diventa retore (questo riferimento è classicamente riportato da Adler in riferimento a Demostene).

b. L'*area etologica umana*. Un percorso di *etologia ed antropologia umana* è segnato dallo studio di modalità comportamentali, attraverso le quali l'individuo interagisce con l'ambiente. In *etologia umana*, grazie alla scoperta del fenomeno dell'*imprinting*, si è dimostrato che il nostro comportamento sociale ubbidisce ad una sorta di *grammatica universale*, la quale struttura allo stesso modo le interazioni verbali e quelle non verbali [67, 108, 144].

Analogamente anche gli *psicologi e gli psichiatri* hanno studiato le interazioni psicosociali tra individui e la *rete comunicazione/linguaggio sia non verbali che verbali* [215, 216, 217].

c. *L'area di comunicazione/linguaggio del corpo*. Il cosiddetto linguaggio del corpo fa parte di una *comunicazione non verbale*. In quest'ambito si considerano, ai fini dell'interazione sociale, postura, gesti, movimenti, espressioni e mimica, che accompagnano o meno la parola, rendendo la comunicazione umana più marcata. Attraverso il linguaggio del corpo si riesce a conoscere l'individuo, sia che si usino o meno alcuni *gesti* o che si compiano determinati *movimenti*. La *mimica* in generale, spesso, rivela i pensieri e le intuizioni altrui più delle parole. Si registrano movimenti, gesti, posture che sono *comprese e condivise* da tutti ed *esplicitate* indipendentemente dalla sub-cultura a cui si appartiene, altri invece, che cambiano a seconda della cultura di appartenenza.

La comunicazione non verbale nell'accezione specifica differisce da una *cultura ad un'altra* e cambia con l'evolversi dell'*età della vita* [215, 216, 217].

Un esempio fra questi è la *gestualità nell'ambito di uno specifico contesto socio-culturale*, quando un individuo dice *una menzogna* [202]:

- posta in atto da un *bambino*, questi tende a coprirsi la bocca con le mani;
- posta in atto da un *adolescente* il gesto cambia: la mano sfiora con le dita la bocca;
- posta in atto da un *adulto* il gesto diventa più evoluto e mascherato: la mano tende a sfiorare il naso.

A parte la complessità della *fenomenologia del corpo*, il *linguaggio del corpo*, che si è detto avere una propria *grammatica*, va altresì interpretato rispetto ad una *sintassi* composta da parole, frasi e punteggiature [154]. Ogni movimento è *come se, quasi funzionalmente*, fosse una parola, con tutte le sfumature e tonalità espressive, il che assume un significato diverso a seconda dell'uso che ne fa l'individuo a cui ci si rivolge o del contesto in cui si esplica ed anche del tipo di *prossemica* o *zona* di un *cuscinetto virtuale*, che ci separa e ci distanzia dall'Altro [194].

Ed ancora lo *sfregare le mani* può avere un duplice significato. Agito in una giornata rigida significa che quella persona ha freddo; lo stesso gesto, quando si esprime un desiderio piacevole, risulta analogo ad un sentimento di gioia. In alcuni contesti socio culturali e in alcune comunità, in cui gli spazi sono ristretti, le distanze sono più ravvicinate e viceversa.

Tali argomenti assumono maggior pregnanza in certi tipi di disturbi psicopatologici, ad esempio in un *gioco claustro-agorafobico*, nella *fobia degli spazi chiusi o aperti*, il soggetto può collassare la zona cuscinetto o invece aumentarla attraverso una condotta di evitamento [194, 202, 215, 216, 217].

VI. Appunti Psico-Biologici

A) Cervello e comunicazione/linguaggio: innato ed acquisito

1. Nel *cammino dell'uomo* si delineano punti di correlazione tra i modelli proposti e l'evoluzione darwiniana. Si può ipotizzare che l'informazione genetica di una data specie possa essere considerata la rappresentazione di una traccia dell'ambiente: *traccia* che è l'immagine della sua *storia filogenetica*. D'altra parte *l'epigenesi*, o sviluppo biologico embrionale, parte da un programma genetico, che prescrive al sistema nervoso alcune regole di fluttuazione. Questo seleziona, interagendo con l'ambiente, una proprietà associativa stabile che è orientata *teleonomicamente* cioè partendo da un programma generico di invarianza [186, 241].

2. Anche la rete comunicazione/linguaggio è in parte dovuta a proprietà innate ed in parte acquisite. La modulazione di tale sistema è la base delle proprietà essenziali del nostro apprendimento e di *combinazione tra proprietà diverse*.

I postulati biologici che sembrano pertinenti per una descrizione delle caratteristiche fondamentali dell'apprendimento, della memoria e del linguaggio/comunicazione, vengono, infatti, considerati come proprietà innate, su cui si innescano attitudini acquisite, associate alla variabilità dell'organizzazione del sistema.

3. Ciò che è innato è dunque il *vincolo genetico*, mentre ciò che viene acquisito è una *proprietà associativa stabile*. L'apprendimento, e quindi la rete comunicazione/linguaggio, si attiene ai processi attraverso i quali una certa classe di interazioni con l'ambiente permette la messa a punto di tale proprietà associativa. Quest'ultima si troverebbe inscritta nella struttura (e nel funzionamento) del sistema nervoso, in una particolare forma di *organizzazione della rete*. Anche i circuiti nervosi sono paragonabili ad una complessa *rete a tre dimensioni* i cui *nodi, attraverso canali*, sono connessi gli uni agli altri in una enorme quantità di *giunzioni* che rimane scolpita nella rete.

4. L'apprendimento del linguaggio può riferirsi analogicamente ad una messa a punto di uno schema particolare di *organizzazione di una rete*, distribuita su un gran numero di sinapsi. Sicchè, *la memoria, o le memorie* verrebbero ad essere costituite dall'introduzione di un messaggio all'entrata dell'organizzazione funzionale della rete acquisita nel corso dell'apprendimento [21, 46, 53, 55, 71, 58, 59, 95, 118, 121, 122, 127].

B) *Neurobiologia e cervello sociale*

1. La *mente relazionale* si riferisce allo studio dell'*interindividualità* [227, 228, 229]. L'individuo umano non può essere considerato isolato, rispetto alle dinamiche socio-culturali nelle quali è inserito. Il concetto di *sinapsi socio-culturale* che definirebbe la complessità, la struttura e le dinamiche di queste relazioni, si propone come *analogia* tra i meccanismi che operano a livello delle reti neurali. Il modo in cui le persone interagiscono sarebbe *interindividuale* fin dalle origini e sarebbe continuamente plasmato e rimodellato dalla varietà delle relazioni di cui facciamo esperienza. I meccanismi neurobiologici sarebbero responsabili non solo del loro funzionamento ordinario, ma afferirebbero in parte anche ad alcune *patologie dell'interindividualità* come la fobia sociale, il disturbo di personalità borderline eccetera [55].

Superata la staticità del vetusto dibattito che oppone *natura e cultura* [55, 140], si avanza, oggi, l'ipotesi che le funzioni psicologiche e quindi le *memorie* vengano plasmate costantemente dall'interazione tra processi neurofisiologici interni e relazioni interpersonali ed ambiente esterno. Il cervello sarebbe dunque caratterizzato da un'ampia plasticità che gli permetterebbe di strutturare le attività mentali sulla base dell'apprendimento.

2. Va da sé l'importanza che assume la rete *comunicazione/linguaggio/memorie* circa l'*interindividualità specie nel periodo preverbale*. Il cervello socio-culturale può essere interessato da *noxe patogene* già durante l'infanzia ed è anche su talune eventuali disfunzioni, che potrebbe focalizzarsi un *approccio psicoterapeutico efficace*. Il dialogo instaurato con il terapeuta avrebbe, infatti, la possibilità di riattivare i processi neuroplastici relativi all'attaccamento, facilitando meccanismi biochimici che permetterebbero di modificare le strutture neurali. In altri termini, come in ogni relazione interindividuale, la *psicoterapia* agirebbe direttamente a livello del *cervello sociale/culturale*, promuovendo nuovi modelli di relazione, che, a loro volta, influirebbero sulla *memoria* e aumenterebbero la regolazione delle funzioni mentali.

3. Al di là del fatto che le memorie, anche quelle collettive, sono specificamente individuali, vi può essere la prospettiva di giungere ad una base di *comunicazione/linguaggio comune e condivisibile* nel mondo delle relazioni umane. Ciò propone nuovi obiettivi per la *ricerca filosofica*, sebbene non esista a tutt'oggi il corrispettivo di un approccio neurobiologico che possa illustrare in modo esaustivo la struttura dell'esperienza umana. Vi è infatti una differenza precisa fra un *resoconto dell'esperienza soggettiva* ed un *resoconto soggettivo dell'esperienza* ed è proprio la presenza di questa *distinzione* a rendere indispensabile sia la ricerca filosofica sia quella neurobiologica. Ciò presuppone un rinvio costante e reciproco ad una *comprensione ed esplicazione nonché ad una cooperazione condivisa anche nella ricerca* [53, 140].

C) *Neuroni specchio ed esperienza condivisa?*

1. I *sistemi dei neuroni specchio* e le sue *attivazioni*, è *come se* fossero incastonati in un contesto psico-somato più ampio dell'interazione cervello/mente [78, 79, 90, 96, 97, 98, 99, 181, 182, 183, 189]. Anche per questo motivo gli studi sui neuroni specchio possono essere articolati con gli argomenti in precedenza trattati. È interessante notare come tali ricerche siano criticamente elaborate all'interno dei modelli psicologico-dinamici, specie per intendere le modalità esperienziali di processi interindividuali non verbali [25].

2. In genere vengono considerati *tre assunti*, che al momento non sono stati né confermati né disconfermati da dati scientifici disponibili:

a) Il *primo assunto* è quello della *corrispondenza*. Noi dovremmo sapere ciò che la mente sta facendo, nel momento in cui conoscessimo ciò che il cervello sta facendo. In questo caso viene considerata un'eventuale corrispondenza diretta tra attività cerebrale ed attività mentale.

b) Il *secondo assunto* è quello dell'*accesso dell'esperienza condivisa*. Un'attività cerebrale, simile nell'osservatore e in colui che è osservato indicherebbe un'esperienza interna analoga nei due individui.

c) Il *terzo assunto* è quello dell'*accesso diretto*. L'attività cerebrale dell'osservatore fornirebbe un accesso diretto alla mente dell'altro: vale a dire che il meccanismo della presunta condivisione sarebbe esperienziale, automatico e non mediato dalla cognizione, dal linguaggio o da altri processi mentali consci o inconsci.

3. Queste osservazioni sarebbero *contrarie* all'ipotesi che neuroni specchio ed esperienza condivisa costituiscano una base sicura per *una diade stabile*. Semberebbero, invece, *coerenti* con la prospettiva secondo cui le esperienze condivise inerirebbero alle *emozioni primarie* come la rabbia e la paura, non specificamente caratterizzate da costellazioni uniche, tra manifestazioni comportamentali e correlati neurofisiologici [53].

Nell'insieme, i risultati suggeriscono che il *sistema dei neuroni specchio*, da solo, sia insufficiente tanto a supportare un'accurata risonanza con l'emozione osservata in un altro individuo, quanto a differenziare una emozione empatica da un'esperienza di *stress* emotivo, provocato dall'osservazione di emozioni in un'altra persona.

4. Gli studi sui *neuroni specchio* non forniscono ancora prove scientifiche di un meccanismo diretto, automatico, non-inferenziale per un'accurata risonanza con l'esperienza interna di un'altra persona. In assenza di ulteriori dati, si potrebbe accogliere totalmente l'ipotesi dell'attività dei neuroni specchio, solo se assumessimo che vi sia una corrispondenza diretta tra l'attività cerebrale osservata e

l'attività mentale. Patterns simili di attivazione cerebrale tra gli individui dovrebbero, inoltre, indicare esperienze interindividuali condivise e queste dovrebbero essere *esperienziali e non inferenziali*.

5. Le *ricerche neuroscientifiche* sui neuroni specchio sembrano, tuttavia, offrire un indubbio indicatore di talune attività mentali ed hanno il vantaggio di stimolare l'elaborazione di nuove teorie e nuovi modelli, grazie ai quali auspicare degli avanzamenti nel *lavoro psicoterapeutico*. A tale proposito non si può non tener conto delle riflessioni sul tema della *coscienza di ordine superiore*. Alcuni studiosi pongono l'accento su ciò che viene chiamato la *penombra dei correlati neurali*. Se nei processi della coscienza sono a ogni istante coinvolte numerose coalizioni di cellule, ne intervengono però anche molte altre, che sono operative, ma non contribuiscono alla coscienza, tra le quali potrebbero esservi i gruppi di cellule che controllano le associazioni, derivanti dal passato, tra cui le *intenzioni*. Il concetto di *penombra* ha qualcosa in comune con il *contesto* descritto da Baars e anche, forse, con l'*impronta mentale*, cioè le attitudini cognitive ed emozionali soggettive che derivano dalle passate esperienze.

Secondo Edelman, benché il nucleo dinamico interagisca principalmente nell'ambito di se stesso, non è però totalmente escluso dalle attività non coscienti del resto del cervello [71, 125, 127]. Al di là dei *qualia*, problema complesso che tocca la soggettività intrinseca all'esperienza soggettiva, l'enigma concreto della coscienza, nel senso di Jaspers, potrebbe attenersi al modo in cui si origina l'esperienza soggettiva di un'emozione. Potrebbe esserci, nella sensazione cosciente vissuta, una specificità ben definita, che a sua volta potrebbe determinare il tipo di comportamento adottato. In questa direzione potrebbe essere anche collocata la comunicazione/linguaggio/preverbale [95, 125, 127, 149, 199, 206].

6. Tali considerazioni sono importanti per l'*interazione transferale/controtransferale* [220], perché il meccanismo dei neuroni specchio, attraverso il quale il cervello del paziente potrebbe simulare ed alla fine allearsi con il cervello dell'analista (e viceversa) potrebbe (o meno) contribuire ad una *profonda rete* di articolazione dei livelli esperienziali sia inconsci che consci [252]. Tutto ciò costituisce una sfida ed una motivazione ad ulteriori verifiche.

VII. Argomenti clinici

A) Valutazione diagnostica ed effetto rete

1. Nell'ottica di un'*Ontogenesi del Linguaggio* e di una *Comprensione Esplicativa Condivisa* è rilevante che il clinico, nella *formulazione diagnostica*, sia consapevole del criterio che sta utilizzando e che sappia fornire spiegazioni a

quegli *adattamenti di conformità*, reputati opportuni ai fini di una valutazione complessiva. Questa dovrebbe poi venire *restituata* in modo appropriato al paziente [137, 155, 250].

2. Le procedure diagnostiche si basano su due presupposti: a) che esistano entità patologiche caratterizzate da particolari *cluster di manifestazioni cliniche*; b) che vi sia una *valutazione dinamica e culturalmente appropriata*.

3. Ciò implica numerosi approcci, che possono essere sintetizzati in cinque punti [155, 189, 191, 192, 193, 194, 195, 204]:

- categoriale (codice utilizzato);
- dimensionale (entità del disturbo);
- dinamico-strutturale (nuclei personologici);
- socio-culturale (influenze ambientali, sociali, religiose eccetera);
- relazionale (coinvolgimento terapeuta/paziente).

4. L'*effetto rete* nella diagnosi/valutazione clinica è significativo *per un orientamento comprensivo/esplicativo*. Esso, oltre tener conto delle molteplici *presentazioni del sintomo* e degli *aspetti etici* (generali) ed "*emici*" (specifici) delle culture, esprime la complessità della questione giungendo a quello che può essere definito un *effetto rete* [250, 252].

5. Nella pratica clinica, la metafora della "rete da pesca" del clinico è costituita dalle competenze professionali, dall'esperienza, dagli strumenti di laboratorio e dalla tipologia diagnostica. Sulla base di questi criteri, si possono utilizzare diverse modalità, o *reti*, per acquisire, organizzare e interpretare le informazioni [194, 251, 252].

Nelle situazioni in cui il paziente ed il terapeuta appartengono a due *contesti culturali diversi*, il clinico dovrebbe essere consapevole del fatto che la propria valutazione può essere influenzata dal proprio *effetto rete*, nonché dalle metodiche utilizzate, sia per analizzare e categorizzare i dati ottenuti, sia per comunicare la propria valutazione al paziente. È in tal senso che una *comprensione esplicativa condivisa* trova una appropriata applicabilità [208, 209, 210, 212].

B) La Comunicazione/Linguaggio in Psicoterapia Dinamica Culturale

1. Nell'ambito delle *Helping Professions*, ogni forma di psicoterapia è un incontro con l'"Altro" e la sua *alterità culturale*. In un processo comunicativo entrano in gioco questi fattori [1, 13, 34, 198, 200, 201, 202, 213, 218]:

- il *linguaggio figurato* (metafore, metonimie, sineddoche, iperboli, ecc.);
- gli aspetti *impliciti ed espliciti*, presenti in ogni forma di comunicazione/linguaggio, specie *preverbale*;

- l'uso contemporaneo di una *sfera comunicativa/linguistica non verbale* (gestuale, iconica) che ha codici suoi propri e che è pure cultural-dipendente.

Le differenze culturali sono un elemento di primaria importanza per stabilire se un *atto linguistico si sia concluso felicemente o meno* [23].

2. Il “*valore terapeutico*” della *psicoterapia* deriverebbe dall'applicazione corretta di tali codici: a) sia dal “*fare come*” (o *techne*) o *didattica/tecnica/metodologia*; b) sia da un *come fare (o arte) o tirocinio formativo* [194]. Ciò dovrebbe avvenire all'interno di una determinata concezione del disagio psichico, in un particolare momento storico, quindi nel contesto di una *Filosofia della Storia*, nonché di un' *Antropologia e di una Psicologia Dinamica storicamente orientate*. Inoltre, ci si deve immedesimare in determinati *Orientamenti di Valori*, compatibili con particolari *ambienti culturali* [22, 27, 67, 103, 108, 133, 134, 175, 180, 214]. La teoria e la prassi di ogni approccio psicologico-dinamico sono, infatti, il risultato di una *formatività* storico-sociale e culturale [188, 189].

3. Se una *Psicopatologia Generale* ed una *Psicologico-Dinamica* tendono a condividere uno stesso dominio di base, ogni *comprensione esplicativa condivisa* con il paziente presuppone una *valutazione nosografica appropriata (l'abito su misura)*, che dal *nomotetico* giunga, attraverso la *cerniera tassonomica, all'idiografico* ed al mondo *fattuale e culturale* [90, 91, 125, 137, 155, 188, 189].

Non è, infatti, possibile una *comprensione nel vuoto*, senza schemi di riferimento. I nostri modelli nosografici riflettono un' *ipotetica realtà oggettiva*, che è pure *cultural-dipendente*. Questo varrebbe anche per il PDM, anche se il suo *approccio dimensionale* lo rende più flessibile di fronte alla variabilità e alla multidimensionalità del *dato*. Molti Autori sono impegnati nell'ampliare le striminzite aperture cross-culturali del DSM-IV-TR, elaborando *linee guida* più consone e articolate. In questa direzione sta procedendo la “*revisione*” del DSM-V e pure altri *schemi esplicativi*, che sono dipendenti dai modelli *etnopsichiatrici* ed *etnopsicodinamici*, tutt'altro che universali ed esportabili, senza un'adeguata consapevolezza dei loro limiti [68, 74, 132, 133, 134, 136, 137, 155, 165, 174, 176, 177].

4. Circa i fenomeni normali, analoghi all'uso psicopatologico della simbolizzazione e del linguaggio del processo analitico (i sogni, i fenomeni ipnagogici, i primi ricordi, l'analisi della costellazione familiare eccetera) ci si rivolge in modo prevalente verso “*forme linguistiche*” le quali fanno ritenere che i processi di formazione dei simboli e il momento genetico della *coordinazione dei pensieri* o del linguaggio *preverbale* potranno essere meglio capiti se si condurrà un più appro-

fondito esame verso la formazione delle espressioni simboliche del linguaggio verbale [129].

5. Agire nell'interazione terapeutica con una "sensibilità" psicologico-dinamica significa collocarsi in una *prospettiva interindividuale* ed anche (*inter*)*culturale*, ponendo quindi le basi perché si realizzi un *dispositivo terapeutico*. Come questo possa avvenire in contesti *socio-culturali* diversi rispetto a quelli del terapeuta (e con individui che hanno altri sistemi di credenze, di valori, di aspettative, di socialità, e così via) rappresenta al contempo un'occasione, una sfida e un'opportunità [27, 207, 211, 219, 250].

Assumere una *prospettiva relazionale ed interindividuale* nel cui ambito si elabora una *dinamica (inter)culturale*, significa non trascurare il contenuto sia della nostra cultura sia quella dell'Altro. Anche se gli elementi di una cultura data sono utilizzati come *significanti* delle distinzioni sociali o della differenziazione etnica o come sfondo ineliminabile per l'interpretazione del disagio psichico, è pur sempre vero che sono legati gli uni agli altri per mezzo di una *stessa struttura simbolica*. Essa esige un'analisi molto accurata e quindi una *conoscenza* dei codici relazionali, linguistici, valoriali di una determinata cultura.

6. Ciò non significa, specialmente in una interazione psicoterapeutica, che non ci si debba *costruire* dei criteri orientativi, cioè delle *ipotesi esplicative* sui sistemi di credenze e sui quadri di valori che vengono veicolati vicendevolmente [74, 132, 155]. Per una *profonda immedesimazione* è indispensabile tendere intenzionalmente a conoscere del paziente gli aspetti autobiografici e quelli inerenti alla struttura sociale, familiare e amicale in cui vive, nonché le esperienze rispetto al disagio psichico e/o fisico eccetera [26, 75, 191, 192, 196, 197, 198, 201, 202].

Ciò porta a stabilire nell'ambito di un coinvolgimento empatico ad un' *identificazione culturale empatica* che, già nella fase *esplorativa nel processo psicoterapeutico*, permette di capire fino a che punto sia possibile costruire una *valida relazione terapeutica* [29, 38, 78, 83, 200, 234].

7. La cultura ha significato per coloro che si riconoscono in essa. I *significati*, come i *significanti*, devono quindi essere esaminati con attenzione, sebbene di una particolare cultura, compresa la nostra, quella in cui ci identifichiamo, non si riescano a coglierne che aspetti parcellari (*emici*), facenti parte degli aspetti globali della cultura generale (*etici*) [57, 138, 250].

Tradurre i significati da una cultura ad un'altra è impresa ardua. Qualcosa va sempre perso nella *traduzione*, (come la *bava* e i *destriti*) che lasciano dietro di sé *processi semiotici* [69, 70]. Il rischio è quello di avere a che fare con *significanti liberi*, che non corrispondono a un significato preciso e che quindi possono

lasciar intendere cose diverse. L'elusione, il travestimento, l'ambivalenza, le *finzioni* che già sono elementi *consustanziali* al nostro modo di relazionarci con l'altro diventano amplificati in una prospettiva *inter-culturale* [188, 189, 202, 213, 214, 218].

8. Come *pratiche regolative*, nella relazione psicoterapeutica, questi concetti hanno una loro validità. Giacché si ha sempre a che fare con *sottoculture* e con identità complesse o con *identità plurali* [225]. Si dovrebbe, perciò, generalmente attuare un'*apertura controtransferale*, anticipatoria e originaria e quindi non secondaria e reattiva al transfert dell'Altro. Si può interloquire, come prossemica flessibile e consapevolmente appropriata, come intenzionalità cooperativa, come spiritualità accogliente e, in definitiva, *per principio di umanità o di Simpatia alla Adam Smith, come Corpus alla Jean-Luc Nancy (1992), come Communitas: in una prospettiva ecologica ed ecosistemica di complessità come cooperazione* o grazie ad un adleriano *Sentimento sociale* [6, 7, 8, 11, 69, 73, 112, 160, 163, 178, 211, 230].

9. Una certa componente di etnocentrismo veicolata dai nostri modelli esplicativi e operativi è un *presupposto* pressoché ineliminabile, che peraltro non deve diventare un *pregiudizio culturale*. Avere consapevolezza di questo limite può essere il primo passo per un miglior *coinvolgimento empatico* del nostro *modo di operare* [27, 196, 197, 198, 201, 202].

C) *Controtransfert empatico con "focus" sui primi ricordi, costellazione familiare, sogni ed Orientamento di Valori (O.V.)*

1. Il termine di *transfert* è solo occasionalmente utilizzato da Alfred Adler. Inoltre, egli non ha mai esplicitato quello di *controtransfert* e, pur avendo affrontato l'argomento a più riprese, non ci ha trasmesso una teorizzazione sistematica sull'argomento [9, 12, 13, 19, 84, 85, 123, 166, 167, 168].

All'interno della Psicologia Individuale Comparata (P.I.C.) si utilizza un modello teorico-pratico significativo, che privilegia una concettualizzazione *dell'asse transferale/controtransferale* inteso all'interno di uno *schema relazionale*. Tale approccio prende spunto da alcuni nuclei teorici adleriani, circa il *sentimento sociale dell'analista* e, quindi, un utilizzo di *controtransfert incoraggiante*. Ciò implica lo smascheramento di alcune *finzioni utilizzate come espedienti di salvaguardia*, in un'atmosfera di *comprensione esplicativa condivisa*, all'interno del *setting* [158, 200, 257].

2. Per la P.I.C. si definisce come *processo di incoraggiamento empatico* un "capire e farsi capire": esso si costituisce quale *offerta controtransferale primaria*, la quale consentirebbe al paziente di poter meglio esprimere il proprio stile di vita.

Il transfert ed il controtransfert quali espressioni dello stile di vita di entrambi i membri della coppia analitica si rifanno pertanto ad una specie di *sovracodice comunicativo-interattivo, verbale e non verbale* e, soprattutto *preverbale*, reciprocamente *condiviso* all'interno di un'area di incontro [84, 85, 166, 167, 168, 200].

3. La partecipazione della *personalità dell'analista* diventerebbe in questo caso un *contributo implicito* al processo analitico sia nella presenza del carattere originario sia nel contesto di un particolare stato d'animo già prima della seduta sia durante la sequenza degli incontri [169, 194, 195, 196, 197, 198].

La personalità del terapeuta in interazione con quella del paziente rimanda sia alla *memoria implicita* (memorie emotive/senza ricordi, percettive e forse corporee) sia alla *memoria esplicita* (il ricordare) sia alla sensazione di uno *sto richiamando qualche cosa alla mente* [35, 96, 97, 98, 99, 227, 228, 229].

Ciò verrebbe favorito dai *momenti di incontro (now moments)* fra analista e paziente che rappresenterebbero una sorta di *conoscenza relazionale implicita*, in cui si possono utilizzare *supporti empatici intenzionali* a scopo terapeutico. Al proposito si ricordano i *micro agiti* all'interno del *setting (enactment)* ed i disvelamenti di certi aspetti della propria vita (*self-disclosure*) [35, 80, 128, 135].

4. Inoltre la relazione terapeutica sarebbe caratterizzata da continue e reciproche simulazioni tra paziente e terapeuta. La *simulazione incorporata o embodied simulation* parrebbe essere ascrivibile al processo di cambiamento e permetterebbe un tipo di *comprensione diretta* e non inferenziale tale da generare una forma specifica di *sintonizzazione intenzionale* [35, 46].

5. In una psicoterapia dinamica adleriana culturalmente orientata, i fattori di *empatia* e di *incoraggiamento* giocherebbero un ruolo importante declinando in modi appropriati (*l'abito su misura*) la *comprensione*, la *spiegazione* e la *condizione*.

Il paziente può *essere incoraggiato* nel corso della terapia ad affrontare nuove modalità di comprendere se stesso (*insight*), anche attraverso delle *spiegazioni*, e di avvicinarsi ai propri bisogni di sicurezza nelle relazioni interindividuali con spirito di cooperazione e di condivisione.

6. Attraverso l'*analisi terapeutica*, in analogia con i *legami affettivi primari*, possono essere utilizzati alcuni percorsi significativi, rispetto alla *comunicazione/linguaggio preverbale*.

Tra le altre, alcune aree, già in precedenza ricordate, possono veicolare un *controtransfert empatico incoraggiante*. Si sottolineano i principali focus analitici [18, 19, 77, 78, 83, 168, 199, 200, 201, 203, 226]:

- i *primi ricordi*, che possono evocare talune memorie emotive;
- la *costellazione familiare*, che può far emergere dinamiche relazionali;
- i *sogni* che, grazie alla traduzione dai contenuti manifesti a quelli latenti, possono rivelare in filigrana traumi e conflitti irrisolti;
- l'*orientamento dei valori* che, in relazione al sistema di credenze, agli approcci spirituali ed a talune linee guida, permette di prendere in considerazione il *Sé Stile di Vita* ed alcune linee direttrici;
- gli ulteriori punti di incontro, che emergono di volta in volta nell'interazione, debbono essere *compresi* con la componente di ascolto terapeutico.

7. Il terapeuta dovrebbe, infine, essere *consapevole dei propri limiti*, riconoscendo di poter sbagliare e di imparare dal paziente. Per questa ragione l'analista, liberato dal *complesso di Mosè*, sarà in grado di costruire un clima terapeutico più efficace, maturato attraverso una *fornitura di presenza*, una *base sicura* ed un *patto di non abbandono* [135, 147, 200, 202].

Riflessioni critiche

La *comunicazione/linguaggio* si muove all'interno di una *rete di significati*. Oltrepastata questa soglia, la comunicazione/linguaggio è sussunta nel valore implicito della *traccia*, del *non detto*, ed anche dell'*indicibile*, dove dai limiti di un'impossibilità logica del linguaggio nell'esprimere la totalità del mondo, tra *essere e linguaggio*, si giunge a un'impossibilità di sciogliere l'intricata matassa dei *giochi linguistici* [66, 116, 258, 259].

La comunicazione/linguaggio trova una sua particolare pregnanza, per la sua esegesi e per i suoi limiti nell'*interazione psicoterapeutica*. L'importanza dell'*implicito* è come un *consustanziale lato oscuro*, rispetto all'*apparente trasparenza del linguaggio verbale*, in una sorta di complementarità, dove tutti i *livelli comunicativi* hanno una loro densità. L'ineffabile ed il non quantificabile trovano così un senso profondo attraverso il *lavoro psicoterapeutico* [82, 101, 138, 246].

Nelle *Helping Profession*, molti degli aspetti che qualificano una relazione adeguata sotto il profilo *empatico* si definiscono a partire dalle *pieghe ontogenetiche del linguaggio*, spesso *ironiche* o *metaforiche*: oppure inerenti sono gli agiti controtransferali intenzionali, come gli *enactment* e le *disclosure*, importanti per la *qualità* e l'*intensità* della *relazione* terapeutica [196, 197, 198, 201, 202, 223, 237].

La *comunicazione/linguaggio* costituisce una *rete* per una *Comprensione-Esplicativa-Condivisa* volta ad un *autentico incivilimento* [28, 140, 160, 161, 203, 212, 214].

Bibliografia

1. AA. VV. (1990), Aspetti generali del processo analitico, *Ind. Psych.Dossier II*, SAIGA, Torino.
2. ADLER, A. (1907), *Studie über Minderwertigkeit von Organen*, Urban & Schwarzenberg, Vienna
3. ADLER, A. (1908), Die Theorie der Organminderwertigkeit und ihre Bedeutung für Philosophie und Psychologie, in *Vortrag in der Philosophischen Gesellschaft*, A.D. Universität, Vienna.
4. ADLER, A. (1908), Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose, *Fortschr. Med.*, 26: 577-584.
5. ADLER, A. (1910), Der Psychische Hermaphroditismus im Leben und in der Neurose, *Fortschr. Med.*, 28: 486-493.
6. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
7. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma 1967.
8. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1975.
9. ADLER, A. (1928), *Die Technik der Individual Psychologie*, tr. fr. *Le "journal" de Claire Macht. Technique de la psychologie individuelle comparée*, Pierre Belfond, Paris 1981.
10. ADLER, A. (1930), *Die Seele des schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
11. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
12. ADLER, A. (1935), The Fundamental Views of Individual Psychology, tr. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 1995, 33: 5-9.
13. ADLER, K. (1967), La Psicologia Individuale di Adler, in WOLMAN, B. B. (a cura di), *Psychoanalytic Techniques*, tr. it. *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma 1974: 319-360.
14. ALBASI, C. (2009), *Psicopatologia e ragionamento clinico*, Raffaello Cortina, Milano.
15. ANOLLI, L. (2000), *Psicologia della comunicazione*, Il Mulino, Bologna.
16. ANOLLI, L., CICERI, R. (a cura di, 1995), *La sfida della mente multiculturale. Nuove forme di convivenza*, Raffaello Cortina, Milano.
17. ANOLLI, L., CICERI, R. (a cura di, 1995), *Elementi di psicologia della comunicazione. Processi cognitivi e aspetti strategici*, CEA, Milano.

18. ANSBACHER, H., L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
19. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1964), *Superiority and Social Interest*, Northwestern University, Evanston.
20. ARDUINI, S., FABBRI, R. (2008), *Che cos'è la linguistica cognitiva*, Carocci, Roma.
21. ARON, L. (1996), *A Meeting of Mind: Mutuality in Psychoanalysis*, tr. it. *Menti che si incontrano*, Raffaello Cortina, Milano 2004.
22. AUGÉ, M. (1989), *Domaines et châteaux*, tr. it. *Ville e tenute. Etnologia delle case di campagna*, Elèuthera, Milano 1994.
23. AUSTIN, J. A. (1962), *How do Do Things with Words*, tr. it. *Come fare cose con le parole*, Marietti, Genova-Milano 1987.
24. BARABÁSI, A. L. (2002), *Linked. The New Science of Networks*, tr. it. *Link. La scienza delle reti*, Einaudi, Torino 2004.
25. BARTHES, R. (1953), *Le degré zéro de l'écriture*, tr. it. *Il grado zero della scrittura*, Einaudi, Torino 2003.
26. BARTOCCI, G. (a cura di, 1994), *Psicopatologia, cultura e dimensione del Sacro*, Liguori, Napoli.
27. BARTOCCI, G. (2003), Introduzione all'edizione italiana, in TSENG, W. S., *Handbook of Cultural Psychiatry* (2001), tr. it. *Manuale di Psichiatria Culturale*, C.I.C., Roma.
28. 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).
29. BASSETTI, A., INGHILLERI, P. (2011), Indizi di tecnica terapeutica transculturale: Therese e Rashid, *Gli Argonauti*, 130: 239-254.
30. BATEMAN, A., HOLMES, J. (1995), *Introduction to Psychoanalysis. Contemporary Theory and Practice*, tr. it. *La psicoanalisi contemporanea. Teoria, pratica e ricerca*, Raffaello Cortina, Milano 1998.
31. BATEMAN, A., FONAGY, P. (2004), *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-Based Treatment*, tr. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente Borderline*, Raffaello Cortina, Milano 2006.
32. 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.
33. BENINI, A. (2012), *La coscienza imperfetta*, Garzanti, Milano.
34. BIANCHI, C. (2009), *Pragmatica cognitiva*, Laterza, Roma-Bari.
35. BIANCONI, A. (2010), Fintione e contro-atteggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 7-27.
36. BION, W., R. (1963), *Elements of Psychoanalysis*, tr. it. *Gli elementi della psicoanalisi*, Armando, Roma 1973.
37. BOCCHI, G., CERUTI, M. (a cura di, 1985), *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano.
38. BOELLA, L. (2006), *Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia*, Raffaello Cortina, Milano.
39. BOWLBY, J. (1969-1980), *Attachment and Loss (Vols I, II and III)*, Hogarth Press, London.
40. BRUNER, J. S. (1983), *Child's Talk. Learning to Use Language*, tr. it. *Il linguaggio del bambino*, Armando, Roma 1987.

41. BRUNER, J. S. (1990), *Acts of Meaning*, tr. it. *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri, Torino 1992.
42. BRUSCHI, A. (1971), *La teoria dei modelli nelle scienze sociali*, Il Mulino, Bologna.
43. CACCIARI, C. (2001), *Psicologia del linguaggio*, Il Mulino, Bologna.
44. CAMAIONI, I. (2001), *Psicologia dello sviluppo del linguaggio*, Il Mulino, Bologna.
45. 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.
46. CAPPUCCIO, M. (a cura di, 2006), *Neurofenomenologia*, Mondadori, Milano.
47. CARDONA, G. R. (1985), *I sei lati del mondo. Linguaggio ed esperienza*, Laterza, Roma-Bari.
48. CARLI, L., RODINI, C. (a cura di, 2008), *Le forme di intersoggettività. L'implicito e l'esplicito nelle relazioni interpersonali*, Raffaello Cortina, Milano.
49. CARNAP, R. (1947), *Meaning and Necessity*, University of Chicago Press, Chicago.
50. CAZZULLO, C. L., SINI, C. (a cura di, 1984), *Fenomenologia: filosofia e psichiatria*, Masson, Milano.
51. CERUTI, M., LO VERSO, G. (a cura di, 1998), *Epistemologia e psicoterapia. Complessità e frontiere contemporanee*, Raffaello Cortina, Milano.
52. CHOMSKY, N. (2006), *Language and Mind. Third Edition*, tr. it. *Il linguaggio e la mente*, Bollati Boringhieri, Torino 2010.
53. CHURCHLAND, P. S. (2008), The Impact of Neuroscience on Philosophy, *J. Neuron.*, 60: 409-411.
54. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRYBECK, T. R. (1993), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-990.
55. 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.
56. CROFT, W., CRUSE, D. A. (2004), *Cognitive Linguistics*, tr. it. *Linguistica Cognitiva*, Carocci, Roma 2010.
57. CUCHE, D. (2004), *La notion de culture dans les sciences sociales*, tr. it. *La nozione di cultura nelle scienze sociali*, Il Mulino, Bologna 2006.
58. 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.
59. DAMASIO, A. R. (1999), *The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness*, tr. it. *Emozione e coscienza*, Adelphi, Milano 2000.
60. DAVIDSON, D. (1980), *Essays on Actions and Events*, tr. it. *Azioni ed eventi*, Il Mulino, Bologna 1992.
61. DAZZI, N., LINGIARDI, V., CAZZILLO, F. (a cura di, 2009), *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*, Raffaello Cortina, Milano.
62. D'AGOSTINI, F. (1997), *Analitici e continentali. Guida alla filosofia degli ultimi anni*, Raffaello Cortina, Milano.
63. D'AGOSTINI, F., VASSALLO, N. (a cura di, 2002), *Storia della filosofia analitica*, Einaudi, Torino.
64. DELEUZE, G. (1988), *Le pli. Leibniz et le Baroque*, tr. it. *La piega. Leibniz e il Barocco*, Einaudi, Torino 1990.
65. DELL'UTRI, M. (a cura di, 2002), *Olismo*, Quodlibet, Macerata.

66. DERRIDA, J. (1972), *Marges-de la philosophie*, tr. it. *Margini della filosofia*, Einaudi, Torino 1997.
67. DIAMOND, J. (2005), *Guns, Germs, and Steel. The Fates of Human Society*, tr. it. *Armi, Acciaio e Malattie. Breve storia del mondo negli ultimi tredicimila anni*, Einaudi, Torino 2006.
68. DSM-IV-TR (2000), *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 2001.
69. ECO, U. (1984), *Semiotica e filosofia del linguaggio*, Einaudi, Torino.
70. ECO, U. (2003), *Dire quasi la stessa cosa*, Bompiani, Milano.
71. EDELMAN, G. (1992), *Bright Air, Brilliant Fire*, tr. it. *Sulla materia della mente*, Adelphi, Milano 1993.
72. ENGEL, G. L. (1980), The Clinical Application of the Biopsychosocial Model, *American Journal of Psychiatry*, 137: 535-543.
73. ESPOSITO, R. (2006), *Communitas*, Einaudi, Torino.
74. FABREGA, H. (1987), Psychiatric Diagnosis: a Cultural Perspective, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175: 383-394.
75. FABRIS, A. (a cura di, 2002), *Comunicazione e mediazione interculturale. Prospettive a confronto*, ETS, Pisa.
76. FALK, D. (2009), *Finding Our Tongues. Mothers, Infants & the Origins of Language*, tr. it. *Lingua madre. Cure materne e origini del linguaggio*, Bollati Boringhieri, Torino 2011.
77. 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
78. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-63.
79. FASSINO, S. (2010), Finzioni e processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 59-79.
80. FASSINO, S., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (a cura di, 2000), *La Qualità della Vita. Percorsi biologici, biomedici e transculturali*, C.S.E., Torino.
81. FAUCONNIER, G. (1984), *Mental Spaces*, Cambridge University Press, Cambridge 1985.
82. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara*, C.S.E., Torino.
83. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia psicodinamica adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale*, Ed. Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
84. FERRIGNO, G. (2004), L'intersoggettività fra "Adlerismo" e "Teoria della Mente", *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 4-8.
85. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
86. FILLMORE, C. J. (1985), Frames and Semantics Understanding, *Quaderni di Semantica*, 6: 222-254.
87. FONAGY, P., TARGET, M. (1997), *Attachment and Reflective Function: Their Role in Self-Organization*, tr. it. *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
88. 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.

89. FRANKL, V. E. (1985), *Psychotherapy and existentialism*, Pocket Books, New York.
90. GABBARD, G. O. (a cura di, 2009), *Textbook of Psychotherapeutic Treatments*, tr. it. *Le psicoterapie. Teorie e modelli d'intervento*, Raffaello Cortina, Milano 2010.
91. GABBARD, G. O., WESTEN, D. (2003), Rethinking Therapeutic Action, *Int. J. Psychoanal.*, 84: 823-841.
92. GADAMER, H. G. (1960), *Wahrheit und Methode*, tr. it. *Verità e metodo*, Bompiani, Milano 1983.
93. GAETA, L., LURAGHI, S. (a cura di, 2003), *Introduzione alla linguistica cognitiva*, Carocci, Roma.
94. GALIMBERTI, U. (2008), *La casa di psiche*, Feltrinelli, Milano.
95. GALLAGHER, S., ZAHAVI, D. (2008), *The Phenomenological Mind*, tr. it. *La mente fenomenologica. Filodofia della mente e scienze cognitive*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
96. GALLESE, V. (2003), La molteplice natura delle relazioni interpersonali: la ricerca di un comune meccanismo neurofisiologico, *Networks*, 1: 24-47.
97. GALLESE, V. (2006), Corpo vivo, simulazione incarnata e intersoggettività. Una prospettiva neuro-fenomenologica, in CAPPUCCIO, M. (a cura di), *Neurofenomenologia*, Mondadori, Milano.
98. GALLESE, V., LAKOFF, G. (2005), The Brain Concepts. The Role of the Sensory-motor System in Conceptual Knowledge, *Cognitive Neuropsychology*, 22: 455-479.
99. GALLESE, V., MIGONE, P., EAGLE, M. N. (2006), La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi, *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL, 3: 543-580.
100. GARGANI, D. (2004), *La nascita del significato, Linguaggio ed esperienza nell'ontogenesi del significato verbale*, Guerra, Perugia.
101. GATTI, A. (2000), Gli indicatori di qualità tra aspetti nomotetici e idiografici. Limiti e prospettive, in FASSINO, S., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (a cura di), *La Qualità della Vita. Percorsi psicologici, biomedici e transculturali*, C.S.E., Torino, I: 7-14
102. GAZZANIGA, M. S. (2008), *Human. The Science behind What Makes us Unique*, tr. it. *Quel che ci rende unici*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
103. GEERTZ, C. (1973), *The Interpretation of Culture*, tr. it. *Interpretazione di culture*, Il Mulino, Bologna 1998.
104. GIBSON, J., J. (1966), *The Senses Considered as Perceptual Systems*, Houghton-Mifflin, Boston, Mass.
105. GIGLIOLI, P. (a cura di, 1973), *Linguaggio e società*, Il Mulino, Bologna.
106. GILLIES, D., GIORELLO, G. (1993-1995), *Philosophy of Science in the Twentieth Century. Four Central Themes*, tr. it. *La filosofia della scienza nel XX secolo*, Laterza, Roma-Bari 1995.
107. GIUSTI, E. (1997), *Psicoterapie: denominatori comuni. Epistemologia della clinica qualitativa*, Angeli, Milano.
108. 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.
109. GOODMAN, N. (1978), *Ways of Worldmaking*, tr. it. *Vedere e costruire il mondo*, Laterza, Roma-Bari 2008.
110. GRANGER, G. G. (1980), in "Enciclopedia" voce *Metodo*, Einaudi, Torino, 9: 237-253

111. GREENBERG, J. R., MITCHELL, S. A. (1983), *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, tr. it. *Le relazioni oggettuali nella pratica psicoanalitica*, Il Mulino, Bologna 1986.
112. 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.
113. GUASTI, M. T. (2007), *L'acquisizione del linguaggio*, Raffaello Cortina, Milano.
114. GUNDERSON, J. G. (2001), *Borderline Personality Disorder: a Clinical Guide*, tr. it. *La personalità borderline. Una guida clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2003.
115. HEIDEGGER, M. (1927), *Sein und Zeit*, tr. it. *Essere e tempo*, Longanesi, Milano 1976.
116. HEIDEGGER, M. (1950), *Unterwegs zur Sprache*, tr. it. *In cammino verso il linguaggio*, Mursia, Milano 1973.
117. HEISENBERG, W. (1958), *Physics and Philosophy*, tr. it. *Fisica e filosofia*, Il Saggiatore, Milano 1961.
118. HICKMANN, M. (1986), *Aspetti psicosociali dell'acquisizione del linguaggio*, in FLETCHER, P. E., GARMAN, M. (a cura di, 1986), *Language Acquisition*, tr. it. *L'acquisizione del linguaggio. Studi sullo sviluppo della lingua materna*, Raffaello Cortina, Milano 1991.
119. HUSSERL, E. (1913), *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Erstes Buch: Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie*, tr. it. *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica. Libro primo. Introduzione generale alla fenomenologia pura*, Einaudi, Torino 2002.
120. INGHELLERI, P. (a cura di, 2009), *Psicologia culturale*, Raffaello Cortina, Milano.
121. JACKENDOFF, R. (2002), *Foundations of Language*, Oxford University Press, Oxford.
122. 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.
123. JACOBS, T. J. (2003), *Review of "Rethinking therapeutic action" by Gabbard and Western*, tr. it. *Recensione di "Ripensare l'azione terapeutica" di Gabbard e Western*, *Gli Argonauti*, 2005, 104: 3-12.
124. JAKOBSON, R. (1963), *Essais de linguistique générale*, tr. it. *Saggi di linguistica generale*, Feltrinelli, Milano 1966.
125. JASPERS, K. (1913-1959), *Allgemeine Psychopathologie*, tr. it. *Psicopatologia Generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1964.
126. JOHNSON, M. (1987), *The Body in the Mind*, University of Chicago Press, Chicago.
127. KANDEL, E. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind*, tr. it. *Psichiatria, Psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Raffaello Cortina, Milano 2007.
128. KANTROVIWITZ, J. L. (2009), *Privacy and Disclosure in Psychoanalysis*, *J. Amm. Psychoanal. Ass.*, 57, 4: 787-806.
129. KAPLAN, B. (1959-1966), *Lo studio del linguaggio in Psichiatria*, in ARIETI, S. (a cura di), *American Handbook of Psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria*, Boringhieri, Torino, 1970, vol. III: 2148-2177.
130. KERNBERG, O. F. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino 1978.

131. KERNBERG, O. F. (2011), La formazione in psicoanalisi e psicoterapia dinamica oggi: conflitti e sfide, *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV, 4: 457-471.
132. KIRMAYER, L. J. (1989), Cultural Variations in the Response to Psychiatric Disorders and Emotional Distress, *Social Science and Medicine*, 29: 327-339.
133. KLEINMAN, A. (1995), *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*, University of California Press, Berkeley, CA.
134. KLEINMAN, A., EISENBERG, L., GOOD, B. (1978), Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research, *Annals of Internal Medicine*, 88: 251-258.
135. KRUTTKE RÜPING, M. (1990), Transference, Controtransference and Resistance of the Analytic Process. General Aspects, in AA. VV. (1990), Aspetti generali del processo analitico, *Ind. Psychol. Dossier-II*, SAIGA, Torino: 79-100.
136. KUHN, T. S. (1962 e 1970), *The Structure of Scientific Revolutions*, tr. it. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 1978.
137. KUPFER, D. J., FIRST, M. B., DARREL, A. R. (2012), *A Research Agenda for DSM-V*, Published by the American Psychiatric Association, Washington, DC.
138. LACAN, J. (1966), *Écrits*, tr. it. *Scritti*, Einaudi, Torino 2002.
139. LAKOFF, G. (1987), *Women, Fire and Dangerous Things: What Categories Reveal about the Mind*, University of Chicago Press, Chicago.
140. LATOUR, B. (1987), *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society*, tr. it. *La scienza in azione. Introduzione alla sociologia della scienza*, Ivrea 1998.
141. LEOVICI, S. (1995), Empathie et «enactment» dans le travail de contre-transfert, *Revue française de psychanalyse*, LVIII: 1553-1563.
142. LEDOUX, J. E. (1996), *The Emotional Brain*, tr. it. *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*, Baldini e Castoldi, Milano 2003.
143. LEVINSON, S. C. (2000), *Presumptive Meanings. The Theory of Generalized Conversational Implicature*, The MIT Press, Cambridge, Mass.
144. LÉVI-STRAUSS, C. (1958), *Anthropologie Structurale*, tr. it. *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Milano 1966.
145. LINGIARDI, V., AMADEI, G., CAVIGLIA, G., DE BELI, F. (a cura di 2011), *La svolta relazionale. Itinerari italiani*, Raffaello Cortina, Milano.
146. LOMBARDO, G. P., MALAGODI TOGLIATTI, M. (a cura di, 1995), *Epistemologia in psicologia clinica*, Bollati Boringhieri, Torino.
147. MADDOX, C. (1998), Transference, Parataxic Distortion and Adlerian Therapy, tr. it. Transfert, distorsione paratattica e terapia adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 1999, 46: 43-56.
148. MAIULLARI, F. (2011), Per un'analisi empatica. Tra finzione e incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 70: 35-76.
149. MANCIA, M. (2004), *Sentire le parole. Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert*, Bollati Boringhieri, Torino.
150. MANCIA, M. (2007), *Psicoanalisi e neuroscienze*, Springer-Verlag, Milano.
151. MARCONI, D. (1999), *La filosofia del linguaggio. Da Frege ai giorni nostri*, UTET, Torino.
152. MARCONI, D. (2009), Linguaggio e scienza cognitiva, *Agg. XXI Secolo: Norme e Idee, Enc. It. Treccani*, Roma, 491-496.
153. MARRAFFA, M. (2008), *La mente in bilico. Le basi filosofiche della scienza cognitiva*, Carocci, Roma.

154. MERLEAU-PONTY, M. (1945), *Phénoménologie de la perception*, tr. it. *Fenomenologia della percezione*, Il Saggiatore, Milano 1972.
155. MEZZICH, J. E., CARACCI, G., FABREGA, JR. H., KIRMAYER, J. L. (2009), Cultural Formulation Guidelines, *Transcultural Psychiatry*, 46: 383-405.
156. MIGONE, P. (1995), *Terapia psicoanalitica*, Angeli, Milano.
157. MINKOWSKI, E. (1966), *Traité de Psychopathologie*, PUF, Paris.
158. MITCHELL, S. A. (2000), *Relationality: From Attachment to Intersubjectivity*, tr. it. *Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano 2002.
159. MONOD, J. (1970), *Le hasard et la nécessité*, tr. it. *Il caso e la necessità*, Mondadori, Milano 1970.
160. MORIN, E. (1994), *La complexité humaine*, Flammarion, Paris.
161. MORIN, E. (2011), *La voie. Pour l'avenir de l'humanité*, Fayard, Paris.
162. MUNDO, P. (2009), *Neuroscienze per la psicologia clinica*, Raffaello Cortina, Milano.
163. NANCY, J-L. (1992), *Corpus*, tr. it. *Corpus*, Cronopio, Napoli 1995.
164. OBERST, U., STEWART, A. E. (2005), Social Interest: Adlerian Psychology in the Context of Constructivist and Humanistic Theories, *Il Sagittario*, 18: 81-104.
165. OKPAKU, S. O. (a cura di, 1998), *Clinical Method in Transcultural Psychiatry*, Am. Press, Washington, DC., 16: 321-335.
166. PAGANI, P. L. (2003), Dal bisogno primordiale alle istanze differenziate: dal "senso sociale" al "sentimento sociale", *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 25-30.
167. PAGANI, P. L. (2011), Eclettismo ad oltranza, *Riv. Psic. Indiv.*, 69: 9-20.
168. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-42.
169. PANIZZA, S. (2011), La personalità dell'analista, *Gli Argonauti*, 29: 105-116.
170. PERSON, E. S., COOPER, A. M., GABBARD, G. O. (a cura di, 2005), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis*, tr. it. *Psicoanalisi. Teoria-Clinica-Ricerca*, Raffaello Cortina, Milano 2006.
171. PIAGET, J. (1964), *Six études de Psychologie*, tr. it. *Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia*, Einaudi, Torino 1967.
172. PICARDI, E. (1999), *Le teorie del significato*, Laterza, Roma-Bari.
173. PINKER, S. (1994), *The Language Instinct*, tr. it. *L'istinto del linguaggio*, Mondadori, Milano 1997.
174. PIZZA, G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
175. 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.
176. PSYCHODYNAMIC DIAGNOSTIC MANUAL (PDM) (2006), tr. it. *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (a cura di V. Lingiardi e F. Del Corno), Raffaello Cortina, Milano 2008.
177. QUARANTA, I. (a cura di, 2006), *Antropologia medica*, Raffaello Cortina, Milano.
178. QUINE, W. V. (1961), *From a Logical Point of View*, tr. it. *Il problema del significato*, Ubaldini, Roma 1966.
179. 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.

180. RICOEUR, P. (1994), *Philosophies critiques de l'histoire*, tr. it. *Filosofie critiche della storia*, CLUEB, Bologna 2010.
181. RIZZOLATTI, G., ARBIB, M. A. (1998), Language within our Grasp, *Trends in Neuroscience*, 21: 188-194.
182. RIZZOLATTI, G., SINIGAGLIA, C. (2006), *So quel che fai*, Raffaello Cortina, Milano.
183. ROCCA, P., BOGETTO, F. (2010), *Fotografare il cervello. Neuroimaging e malattie mentali*, Bollati Boringhieri, Torino.
184. ROSCH, E. (1978), Principles of Categorization, in ROSCH, E., LLOYD, B. (a cura di), *Cognition and Categorization*, Erlbaum, Hillsdale, N.J.
185. ROSSI, P. (2007), *Max Weber. Una idea di Occidente*, Donzelli, Roma.
186. ROVERA, G. G. (a cura di, 1979), Il sistema aperto dell'Individual Psicologia, *Quad. Riv. Psicol. Indiv.*, 4, Cortina, Torino.
187. ROVERA, G. G. (1982), Paradoxe and Double Blind, *Beitrag zur I. P.*, 1984, 3: 66-69.
188. ROVERA, G. G. (1984), Psicoterapia e cultura: prospettive su base adleriana, in AA.VV., *Psicoterapie e Cultura*, Il Pensiero Scientifico, Roma: 76-84.
189. ROVERA, G. G. (1984), Introduzione epistemologica ed operativa in psichiatria transculturale, in ROVERA, G. G. (a cura di), *L'approccio transculturale in psichiatria*, M.S.L. Ed., Torino, I: 9-28.
190. ROVERA, G. G. (1990), Problemi transculturali in psicopatologia, in BARTOCCI, G. (a cura di), *Psicopatologia, cultura e pensiero magico*, Liguori, Napoli.
191. ROVERA, G. G. (1994), Formazione del Sé e patologia borderline, *ATQUE*, Moretti e Vitali, Bergamo, 9: 127-140.
192. ROVERA, G. G. (1994), Spunti metodologici per uno studio sulla dimensione del Sacro, in BARTOCCI, G. (a cura di, 1994), *Psicopatologia, cultura e dimensione del Sacro*, Liguori, Napoli, I: 3-16.
193. ROVERA, G. G. (a cura di, 1999), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, C.S.E., Torino.
194. ROVERA, G. G. (2002), Das netzwerkmodel in der Individualpsychologie aus Erkenntnis theoretischer Sicht, in ZAPOTOCZKY, H. G., FISCHOF, R. K. (Eds), *Psychiatrie der Lebensaschnitte ein Kompendium*, Springer, Wien-New York, 77-96.
195. ROVERA, G. G. (2002), L'espressione del malessere fisico e psichico nelle diverse Religioni e Culture, in AA.VV., *Etica e Cultura*, La Grafica, Torino: 57-63.
196. ROVERA, G. G. (2004), I significati dei valori nella "psychotherapy-cult", *Psichiatria Oggi*, VI: 11-14.
197. ROVERA, G. G. (2004), Iatrogenia e Malpratica in Psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 7-50.
198. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.
199. ROVERA, G. G. (2008), Il sogno tra neuroscienze e psicoterapie: un dibattito post-moderno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 127-146.
200. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
201. ROVERA, G. G. (2010), Religiosità e Cultura in Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67: 23-66.

202. ROVERA, G. G. (2010), Peripezie della Finzione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 129-171.
203. ROVERA, G. G. (2011), Cultures and Religions in the Crisis of Post-Modernity, *World Cultural Psychiatry Research Review*, 6: 21-34.
204. ROVERA, G. G., BOGETTO, F. (1979), Il concetto di persona in Merleau-Ponty, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il Sistema Aperto della Individual-Psicologia*, *Quad. Riv. Psicol. Indiv.*, 4: 23-80.
205. ROVERA, G. G., FASSINO, S. (1978), Contributo clinico in tema di isteria, *Min. Psych.*, 18: 113-130
206. ROVERA, G. G., FASSINO, S., ANGELINI, G. (1977), Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia, *Min. Psych.*, 18: 167-174.
207. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A. (1988) L'esperienza analitica: Collettività ed Individuo, *Ind. Psych.Dossier- I*, SAIGA, Torino.
208. 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.
209. ROVERA, G. G., FASSINO, S., GATTI, A., MUNNO, D., NAVAZZOTTI, R., SCARSO, G., TORRE, E. (1984), In tema di Sindromi Schizoaffettive, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, Suppl. Fasc. V, CVIII: 1809-1946.
210. 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.
211. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1985), Individual Psicologia e ricerca transculturale in psichiatria, *Riv. Psicol. Indiv.*, 14: 15-37.
212. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1989), *Miti e modelli in Igiene Mentale*, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Ecologia ed Igiene Mentale*, C.S.E., Torino.
213. 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).
214. ROVERA, G. G. ET ALII (2012), Cultural Dynamic Psychotherapy, *3° World Congress of Cultural Psychiatry*, London (Acta)
215. 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.
216. RUESCH, J. (1961), *Therapeutic Communication*, Norton Co., New York
217. RUESCH, J., KEES, W. (1956), *Nonverbal Communication*, Univ. California Press, Berkeley.
218. RUSSO CARDONA, T. (2009), *Le peripezie dell'ironia*, Meltemi, Roma.
219. SANFILIPPO, B. (a cura di, 1998), *Itinerari adleriani. La psicologia del profondo incontra la vita sociale*, Angeli, Milano.
220. SANICOLA, L. (a cura di, 1994), *L'intervento di rete*, Liguori, Napoli.
221. SARTRE, J. P. (1943), *L'être et le neant*, tr. it. *L'essere e il nulla*, Il Saggiatore.
222. SCHAFFER, H. R. (2004), *Child Psychology*, tr. it. *Psicologia dello sviluppo*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
223. SCHELER, M. (1973), *Wesen und Formen der Sympathie*, tr. it. *Essenza e forme della simpatia*, Città Nuova, Roma 1980.
224. SEARLE, J. R. (1969), *Speech Acts*, tr. it. *Atti linguistici*, Boringhieri, Torino 1976.
225. SEN, A. (2006), *Identity and Violence. The Illusion of Destiny*, tr. it. *Identità e violenza*, Laterza, Roma-Bari 2008.

226. 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.
227. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind*, tr. it. *La mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
228. SIEGEL, D. J. (2007), *The Mindful Brain*, tr. it. *Mindfulness e cervello*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
229. SIEGEL, D. J. (2010), *Mindsight*, tr. it. *Mindsight. La nuova scienza della trasformazione personale*, Raffaello Cortina, Milano 2011.
230. SMITH, A. (1759-1767), *The Theory of Moral Sentiment*, tr. it. *Teoria dei Sentimenti Sociali* (a cura di COZZO, C.), Ist. Enc. It., Roma 1991.
231. SMUTS, J. (1926), *Holism and Evolution*, McMilliam, London.
232. 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.
233. SPERBER, D., WILSON, D. (1986), *Relevance. Communication and Cognition*, tr. it. *Pertinenza*, Anabasi, Milano 1999.
234. STEIN, E. (1917), *On the Problem of Empathy*, tr. it. *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 2003.
235. 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.
236. STERN, D. N. (1985), *The Interpersonal World of the Infant*, tr. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
237. STERN, D. N. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, tr. it. *Il momento presente*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
238. 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.
239. STOLOROW, R. D., ATWOOD, G. E. (1992), *Contexts of Being. The Intersubjective Foundation of Psychological Life*, tr. it. *I contesti dell'essere. Le basi intersoggettive della vita psichica*, Bollati Boringhieri, Torino 1995.
240. SULLIVAN, H. S. (1953), *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, tr. it. *Teoria interpersonale della psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1977.
241. TATTERSALL, I. (1998), *Becoming Human*, tr. it. *Il cammino dell'uomo*, Bollati Boringhieri, Torino 2011.
242. THOM, R. (1972), *Structural Stability and Morphogenesis*, tr. it. *Stabilità strutturale e morfogenesi: saggio di una teoria generale dei modelli*, Einaudi, Torino 1985.
243. 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.
244. TOMASELLO, M. (1999), *The Cultural Origins of Human Cognition*, tr. it. *Le origini culturali della cognizione umana*, Il Mulino, Bologna 2005.
245. TOMASELLO, M. (2008), *Origins of Human Communication*, tr. it. *Le origini della comunicazione umana*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
246. TORRE, E. (1982) *Esistenza e Progetto. Fondamenti per una Psicodinamica*, Ed. Medico- Scientifiche, Torino.

247. TREVARTHEN, C. (1993), The Function of Emotions in Early Infant Communication and Development, in NADEL, J., CAMAIONI, V. (a cura di), *New Perspectives in Early Communicative Development*, Routledge, London.
248. TREVARTHEN, C. (scritti vari, 1997), *Empathy and Biology*, tr. it. *Empatia e biologia. Psicologia, cultura e neuroscienze*, Raffaello Cortina, Milano 1998.
249. TRONICK, E. Z. (1989), Emotions and Emotional Communications in Infants, *Am. Psych.*, 44, 2: 112-119.
250. TSENG, W-S. (2001), *Handbook of Cultural Psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria Culturale*, CIC, Roma 2003.
251. VIOLI, P. (1997), *Significato ed esperienza*, Bompiani, Milano.
252. VIVONA, J. M. (2009), Leaping from Brain to Mind: a Critique of Mirror Neuron Explanations of Contertransference, tr. it. Un salto dal cervello alla mente: un'analisi del controtransfert alla luce delle conoscenze sui neuroni, specchio, *Gli Argonauti*, 2011, 131: 293-318.
253. VOLLI, U. (2007), *Il nuovo libro della comunicazione*, Il Saggiatore, Milano.
254. VYGOTSKIJ, L. S. (1934), *Myslenie i rec Psichologiceskie issledovanija*, tr. it. *Pensiero e Linguaggio*, Laterza, Roma-Bari 1990.
255. WALLIN, D. J. (2007), *Attachment in Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia e teorie dell'attaccamento*, Il Mulino, Bologna 2009.
256. WEBER, M. (1921), *Wirtschaft und Gesellschaft*, tr. it. *Economia e società*, Comunità, Milano 1980.
257. WINNICOTT, D. W. (1971), *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma 1988.
258. WITTGENSTEIN, L. (1922), *Tractatus Logico-philosophicus*, tr. it. *Trattato logico-filosofico e Quaderni 1914-1916*, Einaudi, Torino 1964.
259. WITTGENSTEIN, L. (1953), *Philosophische Untersuchungen*, tr. it. *Ricerche filosofiche*, Einaudi, Torino 1974.

Gian Giacomo Rovera
Corso Einaudi, 28
I- 10129 Torino
E-mail: ggrovera@hotmail.com

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

Novità Editoriali

ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 2012

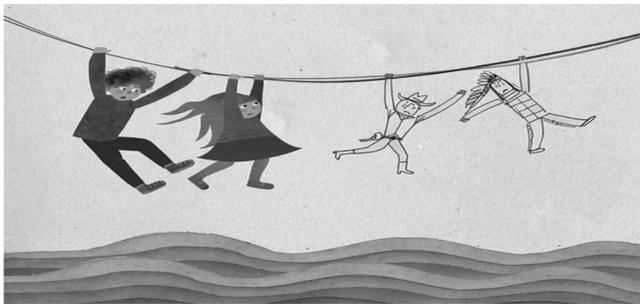
Quest'opera – a cura di Egidio Ernesto Marasco – è un compendio di tutta la teoria individualpsicologica di Alfred Adler: indispensabile supporto, dunque, per chi già la conosce e accattivante “invito” per chi non l'ha ancora scoperta. Emerge da queste pagine il grande merito della riflessione adleriana: l'aver colto che il dramma perenne dell'essere umano è nel contrasto inevitabile tra l'ideale dello spirito – e dunque l'aspirazione alla superiorità, alla perfezione – e la consapevolezza della fragilità del proprio corpo. Ma Adler non si limita a esporre i fenomeni, a spiegarne le cause e a delinearne le finalità: egli propone anche una serie di criteri che aiutano a comprenderne i processi intuitivi e interpretativi. «*La Psicologia Individuale si situa alla base dell'evoluzione e alla luce della stessa considera l'aspirazione dell'uomo un'aspirazione alla perfezione*». Alfred Adler nacque a Vienna nel 1870 in una famiglia ebrea ungherese. Divenuto medico studiò la base caratteriale delle nevrosi e collaborò con Freud dal 1902 al 1911, quando le sue divergenze teoriche provocarono la prima divisione del gruppo psicoanalitico. La sua *Psicologia Individuale* si diffuse rapidamente in Europa e in America, dove Adler visse e insegnò dal 1926. Morì ad Aberdeen nel 1937, durante un ciclo di conferenze.

Notiziario

**Regione Piemonte ASL Vercelli - SC di Psichiatria di Borgosesia
Società Adleriana Italiana Gruppi e Analisi (SAIGA)
Centro Studi e Documentazione Scout "Giovanni Turcott"**

**in collaborazione con:
Comune di Balmuccia
Comunità Montana Valsesia
SOROPTIMIST CLUB VALSESIA**

**in occasione della Giornata Mondiale della Salute Mentale
organizzano il convegno**



“I giovani e le nuove patologie psichiche”

Teatro di BALMUCCIA (VC)

12 ottobre 2012 – ore 9,30

interventi di :

Alessandra Bianconi, Federico Botto Micca, Niccolò Cattich, Arcadio Erlicher, Secondo Fassino, Silvia Ferraris, Andrea Ferrero, Andrea Fossati, Giovanni Geda, Cesare Maffei, Piera Mainini, Marinella Mazzone, Donato Munno, Andrea Rambaudi, Giuseppe Saglio, GianGiacomo Rovera.

Alcune patologie sono nuove, altre non lo sono ma diverso e nuovo è il modo di esprimerle.

La giornata di studio si propone di approfondire questi aspetti e di riflettere sulle caratteristiche dei nostri territori operativi per cercare di proporre linee di orientamento e di precoce intervento e, talora, anche di prevenzione, con lo scopo di sensibilizzare le istituzioni locali.

Il convegno è rivolto a operatori sanitari, educatori, insegnanti, genitori e a chiunque ne sia interessato.