

# PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Anno LII

Gennaio-Giugno 2024

Numero 95

|  |   |     |
|--|---|-----|
| Editoriale<br>di G. Mazzoli                | <i>La teoria adleriana guarda le complessità attuali</i> .....  | 3   |
| A. Bianconi<br>A. Rambaudi<br>P. Viglianco | <i>Psicoterapia psicodinamica adleriana con i genitori di pazienti<br/>con Disturbi del Comportamento Alimentare</i> .....                                  | 9   |
| L. Bosco                                   | <i>L'influenza della posizione di nascita sulla strutturazione<br/>dello stile di vita</i> .....  | 39  |
| F. Casolari                                | <i>Case Study: "Aspirazione alla superiorità-perfezione" come componente<br/>del "Sentimento sociale": un caso clinico dalla diagnosi al trattamento ..</i> | 61  |
| Arte e Cultura                             | <i>Bruna Bianco: una poco nota vicenda sentimentale tra amore e parafilia<br/>di G. Tadolini</i> .....  | 79  |
|  | <i>Commento all'articolo di Gianni Tadolini. I finalismi dell'amore:<br/>una rilettura secondo il pensiero individualpsicologico<br/>di S. Rondi</i> .....  | 85  |
| Recensioni                                 | .....   | 91  |
| Notiziario                                 | .....   | 103 |



# RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Fondata da Francesco Parenti e Pier Luigi Pagani

## Norme redazionali

1. La *Rivista di Psicologia Individuale* è l'organo ufficiale della SIPI e pubblica articoli originali. Le ricerche, oggetto degli articoli, devono attenersi alle disposizioni di legge vigenti in materia. 2. Gli articoli devono essere inviati per e-mail in doppio formato (Word e PDF) esclusivamente alla Segreteria di Redazione, all'indirizzo: [rivistasipi@libero.it](mailto:rivistasipi@libero.it); non devono essere accettati né in corso di accettazione presso altre Riviste italiane o estere.

Articoli proposti con altre modalità non possono essere presi in considerazione. Il Direttore o, in sua vece, il Vice Direttore può riservarsi di pubblicare articoli invitati o tradotti, motivando le ragioni della propria scelta.

3. L'accettazione dei lavori è di competenza della Direzione che ne darà tempestiva comunicazione agli Autori. In nessun caso sarà restituito il materiale inviato. Gli Autori non possono ritirare per nessun motivo, né offrire ad altri Editori l'articolo già accolto per la pubblicazione sulla Rivista.

4. Gli autori degli articoli pubblicati nella Rivista hanno diritto a 5 copie gratuite; gli Autori di testi di vario genere (recensioni, etc.) hanno diritto a 2 copie gratuite.

5. Il testo deve essere così redatto: titolo; nome e cognome degli Autori; riassunto in italiano e in inglese, contenuto in 150-200 parole, con il titolo tradotto all'inizio; testo completo in lingua italiana; 3-5 keywords.

In allegato indicare: la qualifica professionale degli Autori, il recapito postale e telefonico, il numero di codice fiscale.

6. Gli articoli pubblicati sono di proprietà letteraria dell'Editore, che può autorizzarne la riproduzione parziale o totale.

7. La bibliografia a fine articolo deve essere redatta secondo norme standard, di cui indichiamo alcuni esempi:

7. 1. Riviste:

ADLER, A. (1908), *Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose*, *Fortschr. Med.*, 26: 577-584.

7. 2. Comunicazioni a Congressi:

PAGANI, P. L. (1988), "Finalità palesi e occulte dell'aggressività xenofoba", *IV Congr. Naz. SIPI*, Abano Terme.

7. 3. Libri citati in edizione originale:

PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.

7. 4. Libri tradotti (dell'edizione originale indicare sempre l'anno e il titolo):

ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1976

7. 5. Capitolo di un libro (specificare sempre le date se diverse tra la prima pubblicazione del capitolo-articolo e la prima pubblicazione del libro):

ROSENHAN, D. L. (1973), *Essere sani in posti insani*, in WATZLAWICK, P. (a cura di, 1981), *Die erfundene Wirklichkeit*, tr. it. *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano 1988: 105-127.

7. 6. La bibliografia va numerata, messa in ordine alfabetico per Autore e in ordine cronologico in caso di più pubblicazioni dello stesso Autore. Nel testo i riferimenti bibliografici "generici" vanno indicati in parentesi quadra con il numero di bibliografia, mentre le citazioni specifiche vanno indicate in parentesi tonda con il numero di bibliografia e la pagina.

8. La Redazione si riserva di apportare al testo tutte le modifiche ritenute necessarie.

Copyright © 2014 by SIPI

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

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

## Direttore Onorario

GIAN GIACOMO ROVERA

## Direttore Responsabile

GIANSECONDO MAZZOLI

## Vice Direttore

ANDREA BOVERO

## Caporedattore

CHIARA BERSELLI

## Segreteria

SABRINA GAROLFI

## Redattori

CLAUDIA CORBELLI

LAURA RIGHETTI

SILVIA RONDI

FRANCESCA ROSSI

## Direzione

Via Assalini 35 - 42123 Reggio Emilia

Tel. 347 2483044

E-mail: [giansecondo.mazzoli@gmail.com](mailto:giansecondo.mazzoli@gmail.com)

## Sede legale

c/o Società Italiana di Psicologia Individuale

Via Assalini, 35

42123 Reggio Emilia

## Casella Postale

[rivistasipi@libero.it](mailto:rivistasipi@libero.it)

Impaginazione: [adrianochiappa@gmail.com](mailto:adrianochiappa@gmail.com)

Stampa: [ale.for62@gmail.com](mailto:ale.for62@gmail.com)

# PSICOLOGIA INDIVIDUALE

---

Year LII

January-June 2024

Number 95

|  |   |     |
|--|---|-----|
| Editorial by<br>G. Mazzoli                 | <i>Adlerian Theory Explorer Contemporary Complexities</i> .....   | 3   |
| A. Bianconi<br>A. Rambaudi<br>P. Viglianco | <i>Adlerian Psychodynamic Psychotherapy with Parents of<br/>Eating Disorders' Patients</i> .....  | 9   |
| L. Bosco                                   | <i>The Influence of the Position of Birth on the Structuring of<br/>the Style of Life</i> .....   | 39  |
| F. Casolari                                | <i>Repression of the "Aspiration for Superiority-Perfection",<br/>along with a Deficit in the Development of "Social Feeling".<br/>A Case Study from Diagnosis to Treatment</i> ..... | 61  |
| Art and Culture                            | <i>Bruna Bianco: an almost Unknown Sentimental Story<br/>between Love and Paraphilia</i><br>by G. Tadolini .....  | 79  |
|  | <i>Comment on the Article by Gianni Tadolini.<br/>The Finalisms of Love: a Re-reading According to Individual Thought</i><br>by S. Rondi .....  | 85  |
| Reviews                                    | .....   | 91  |
| Announcements                              | .....   | 103 |



## **Editoriale**

### **La teoria adleriana guarda le complessità attuali**

GIANSECONDO MAZZOLI

Il presente numero della Rivista esce in contemporanea con il Congresso Internazionale degli adleriani organizzato dall'Associazione Internazionale IAIP e dalla Società Tedesca di Psicologia Individuale. Il Congresso si svolgerà a Colonia dal 4 al 7 Luglio e riunirà più di 300 colleghi provenienti da Società e Istituti adleriani attivi in non meno di 30 Paesi sparsi nei vari continenti. Sebbene il fascicolo attuale non possa, ovviamente, riportare alcun contributo che verrà presentato in sede di Congresso, il richiamo all'evento, in questo editoriale, è motivo per segnalare la crescente vivacità culturale che attraversa il mondo internazionale adleriano.

I principi teorici formulati da Adler molti decenni fa sono oggi, più che mai, un'utile lente che consente di guardare, interpretare e trovare percorsi per interventi preventivi o curativi a fronte di difficoltà psicologiche che spesso si presentano con fisionomie inedite. I cambiamenti che avanzano e modificano il tessuto sociale vanno spesso ad incidere sui funzionamenti psichici e relazionali degli individui, dei sistemi familiari e delle organizzazioni; possedere strumenti che ne interpretino il senso, è di grande aiuto per comprendere e progettare interventi adeguati.

Uno sguardo al programma del Congresso rende ben evidente la vastità degli interessi che i colleghi adleriani affrontano: questi spaziano da riflessioni sulle evoluzioni culturali, tecnologiche e di costume a progetti di intervento in zone del mondo che vivono momenti di grande tensione e complessità. Hanno poi spazio i "tradizionali" temi clinici, le connesse ricadute psicopatologiche su cui i principi metodologici adleriani possono operare e fare ricerca.

Nello specifico i colleghi affronteranno temi riguardanti i traumi derivati da situazioni di guerra, con specifici focus sui conflitti attuali; presenteranno ricerche sulle ricadute dei cambiamenti climatici su fasce di popolazione a rischio nonché gli impatti dell'intelligenza artificiale che, pur aprendo nuovi scenari interessanti fa anche avanzare diverse problematiche. Saranno inoltre portati all'attenzione temi della pratica

terapeutica, delle questioni educative e di formazione degli operatori che si occupano della salute mentale secondo i principi della Psicologia Individuale. Tanti aspetti, decisamente interessanti, anche perché declinati alla luce delle culture dei diversi paesi del mondo.

L'attuale numero 95 della nostra Rivista, pur negli spazi ridotti consentiti da un fascicolo, è certo una esemplificazione di tono ben minore della succitata varietà di interessi ma è comunque segno della dinamicità che anima la Psicologia Individuale italiana. Gli articoli qui presentati sono una limitata porzione degli interessi che si dipanano nella Società Nazionale; spaziano dalle dinamiche di cura di una grave patologia che si sviluppa nel sistema familiare, all'indagine sulle influenze che l'interazione dei ruoli nella costellazione familiare ha sulla formazione della personalità dei figli.

A seguire una interessante presentazione, ben illustrata in un percorso psicoterapeutico, della rivitalizzazione delle spinte alla superiorità in una giovane donna e il conseguente sviluppo di una sana autostima. Nella sezione "Arte e Cultura" è presentato uno scorcio dell'esperienza di vita del poeta Ungaretti: la storia di un innamoramento iniziato e sviluppato in tarda età. Chiudono il presente numero diverse recensioni che invitano a letture di diversi ambiti di interesse.

Il primo articolo, proposto da Bianconi, Rambaudi, Viglianco, tratta del complesso tema della presa in carico di genitori di giovani pazienti in trattamento psicoterapeutico. Si tratta di un lavoro che affronta un tema, divenuto cruciale negli ultimi anni, della necessaria cooperazione tra genitori e psicoterapeuti che seguono pazienti adolescenti. Gli autori affrontano il tema con un taglio ad ampio respiro e hanno dato al loro contributo il titolo: *Psicoterapia psicodinamica adleriana con i genitori di pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare*.

Il nucleo della psicoterapia è introdotto da dettagliate descrizioni sulle trasformazioni avvenute nel tessuto sociale che, nelle famiglie, hanno modificato gli atteggiamenti educativi e il modo di interpretare i ruoli genitoriali. Da questi scenari sono descritte le ricadute sulla salute psichica dei giovani, con un focus particolare al disturbo del comportamento alimentare, che colpisce prevalentemente il sesso femminile, ben descritto nelle dinamiche intrapsichiche, relazionali e nelle ricerche neurobiologiche.

La parte del trattamento psicoterapeutico dei genitori è preceduta dai profili psicologici delle madri, dei padri e delle tipiche costellazioni familiari delle ragazze che sviluppano i disturbi del comportamento alimentare. A esemplificazione delle dinamiche descritte, sono riportati stralci di discorsi registrati nelle sedute che esplicitano i vissuti di ragazze affette dal disturbo. Segue la parte riguardante i possibili metodi di intervento con i relativi obiettivi sia del counselling adleriano individuale e di gruppo sia la psicoterapia psicodinamica.

Quest'ultima è presentata nelle finalità, nelle dinamiche che attiva nella relazione terapeutica e nello sviluppo della consapevolezza dei genitori che sono portati a comprendere le ragioni profonde del disturbo delle loro figlie, dei loro orientamenti psicologici. Queste conoscenze, esplorate e discusse, possono attivare dinamiche educative più congruenti con i cambiamenti attesi.

Il secondo articolo, a cura di Luca Bosco, propone una serie di riflessioni che attualizzano una parte degli studi pionieristici di Adler sulle caratteristiche psicologiche dei bambini in relazione all'ordine di nascita. A questa parte del suo lavoro, Adler aveva dato particolare importanza distinguendosi da tutti gli autori di matrice psicodinamica a lui contemporanei. Tuttavia, nel corso dei decenni successivi, a causa delle trasformazioni sociali che avevano modificato gli assetti della costellazione familiare, l'insieme di queste indicazioni avevano perso di importanza sia nelle formulazioni teoriche che nella pratica clinica.

Con il titolo *L'influenza della posizione di nascita sulla strutturazione dello stile di vita* Luca Bosco riporta l'attenzione sul tema proponendo una rivisitazione che aggiorna, alle caratteristiche del tempo presente, le posizioni originarie di Adler. Ne è risultato un lavoro che, in contrasto con l'abituale sottovalutazione, richiama l'importanza della succitata concettualizzazione per il procedere clinico.

L'articolo introduce i temi centrali con una interessante rivisitazione delle dinamiche psicologiche attuali che si sviluppano tra i membri della costellazione familiare e fa emergere con precisione le ricadute che i rapporti orizzontali, quelli tra la fratria, hanno sullo sviluppo dello stile di vita dei bambini. Sono ben descritte le dinamiche e gli orientamenti del primogenito, del secondogenito, del figlio di mezzo e dell'ultimogenito che, nelle interazioni con la coppia genitoriale, finiscono per ricalcare alcune tipizzazioni, pur nell'ottica dell'unicità di ogni singolo stile di vita. Tre casi clinici, esaurientemente spiegati, illustrano quanto l'indagine sulle dinamiche relazionali nella costellazione familiare sia importante per cogliere i fondamenti dello stile di vita che condizionano, in negativo nei casi presentati, i piani di vita lungo tutto l'arco dell'esistenza.

Il terzo contributo è un case study proposto da Flavio Casolari. Riguarda la situazione di una paziente avviata al trattamento per risolvere un cronico stato di malessere dovuto a una scarsa stima di sé, con disturbi di dipendenza affettiva, costantemente volta alla ricerca di conferme e di approvazione per sostenere momentanei stati di benessere. La fisionomia di uno stile di vita così strutturato ha portato a ipotizzare una rimozione dell'aspirazione alla superiorità, radicata in una debole conoscenza di Sé e in un inconsapevole blocco delle spinte al miglioramento della condizione personale. Un insufficiente sviluppo del sentimento sociale completava il quadro dei dinamismi della personalità.

Il titolo del contributo *“Aspirazione alla superiorità-perfezione” come componente del “Sentimento sociale”: un caso clinico dalla diagnosi al trattamento* introduce, con la terminologia adleriana, i temi del percorso terapeutico a cui la giovane paziente si era affidata. Il taglio psicodinamico della psicoterapia ha permesso la rielaborazione dei vissuti infantili come origine delle tendenze attuali e dei blocchi emotivi che avevano congelato l’aspirazione alla superiorità. Nel corso del trattamento le finzioni comportamentali, ispirate alle logiche della sottomissione, hanno progressivamente lasciato spazio a iniziali rivendicazioni del valore del proprio Sé che, progressivamente, hanno consentito di sperimentare nuove modalità di relazione.

Il lavoro di recupero dell’aspirazione alla superiorità è stato veicolo per poter consentire letture della realtà che hanno lasciato spazio all’evoluzione dei propri desideri e alla maturazione di modalità di relazione con accresciute sicurezze personali. Il trattamento ha aperto la strada allo sviluppo di un adeguato sentimento sociale, base di nuove e più soddisfacenti relazioni paritarie.

La sezione “Arte e Cultura” ospita un articolo di Gianni Tadolini che presenta una vicenda sentimentale vissuta con grande intensità emotiva dal poeta Giuseppe Ungaretti. Il titolo del contributo è: *Bruna Bianco: una poco nota vicenda sentimentale tra amore e parafilia*. È un articolo breve ma intenso che testimonia la vicenda sentimentale tra la giovane poetessa, Bruna Bianco di 26 anni e Ungaretti più grande di lei di 52 anni. L’autore inquadra l’origine della relazione in un incontro avvenuto in Brasile, dà conto dello sviluppo del reciproco sentimento amoroso per poi soffermarsi sui significati sintonici o distonici della gerontofilia.

Da questo utile inquadramento introduce il cuore della vicenda, il grande amore passionale a noi noto per le numerosissime lettere che i due amanti scambiarono per un lungo periodo. Una vicenda per certi aspetti poco comprensibile se parametrata al senso comune e che facilmente può evocare spiegazioni poggiate su categorizzazioni da manuale. Invece, come nota Tadolini nelle sue conclusioni, *«avvenne qualcosa di fronte a cui la scienza dovrebbe avere l’umiltà di tacere e che meglio sarebbe non etichettare... l’amore è spesso un mistero della vibrazione, non è quasi mai una patologia...»*.

Silvia Rondi scrive un commento all’articolo sulla vicenda amorosa del Poeta che ha per titolo *I finalismi dell’amore: una rilettura secondo il pensiero individualpsicologico*. Vi si trova la sottolineatura che l’irrazionalità delle spinte amorose si collegano al nucleo della creatività e che, appartenendo ai registri emotivi che liberano le energie vitali, non vanno ascritte al dominio della patologia. È quindi opportuno guardare le spinte amorose con la considerazione che si deve a cose profonde, anche se nella realtà assumono tratti lontani dal senso comune.

L'autrice propone poi riflessioni ispirate al nucleo teorico adleriano delle linee finalistiche inconse, attivate dalla ricerca compensatoria di ciò che sentiamo mancante. Il proposito di collegare l'esperienza dei due amanti a reciproche linee finalistiche inconse è declinato nella logica della ricerca della completezza che solo il sentimento di amore può fare sperimentare. Per dirlo con le parole dello stesso Ungaretti riportate al termine del commento: «*Amare può essere assurdità, ma è luce*».

Le recensioni di alcuni volumi recenti sono proposte nell'ultima sezione della Rivista. Sara Golinelli propone riflessioni sul libro del 2023 di Vittorio Lingiardi dal titolo *L'ombelico del sogno. Un viaggio Onirico*, Einaudi ed., Torino. Il testo è un interessante percorso che sottolinea come il sogno sia un esclusivo prodotto dell'individuo, inviolabile baluardo della soggettività.

Riccardo Valli propone le recensioni di tre libri con diversi nuclei di interesse:

- Il primo, *Pieni di rabbia - Comportamenti trasgressivi e bisogni evolutivi degli adolescenti* scritto da Alfio Maggiolini, edito da Franco Angeli, Milano 2023, è una esaustiva dinamica dell'adolescenza attuale, con particolare riguardo alla fascia dei giovani devianti. Il testo propone le linee direttrici di possibili percorsi volti alla prevenzione o ai percorsi di cura.
- Il secondo volume è *L'architetto e l'oracolo: forme digitali del sapere da Wikipedia a ChatGPT* di Gino Roncaglia del 2023, edito da Laterza, Bari. Si tratta di una stimolante riflessione sull'evoluzione delle fonti e delle forme della conoscenza con interessanti focus sull'evoluzione e sugli orizzonti che vanno aprendosi con l'Intelligenza Artificiale.
- Il terzo volume recensito, *Divertirsi da morire* di Neil Postman, LUISS University Press, Roma, è una interessante riedizione di un testo scritto poco meno di quarant'anni fa che contiene una descrizione "profetica" intorno alle caratteristiche che si sono sviluppate nelle società contemporanee; per riprendere un'affermazione un po' estrema ma degna di riflessione riporto l'espressione di società che rischia di vivere «*felice di essere oppressa e innamorata della tecnologia, che "libera dalla fatica di pensare"*».

Infine Gabriella Genovese propone la recensione del libro *Il desiderio di essere capiti - Rotture, mentalizzazione, intersoggettività* di Antonello Colli, pubblicato quest'anno da Raffaello Cortina, Milano. Si tratta di un'opera teorico-pratica sulla rilevanza della mentalizzazione e dell'intersoggettività nel processo terapeutico. Ricco di spunti pratici e strategie specifiche il testo si rivela guida utile allo sviluppo di una maggiore consapevolezza e competenza del lavoro terapeutico.



## **Psicoterapia psicodinamica adleriana con i genitori di pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare**

ALESSANDRA BIANCONI, ANDREA RAMBAUDI, PAOLA VIGLIANCO

*Summary* – ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY WITH PARENTS OF EATING DISORDERS' PATIENTS. In the context of eating disorders and of psychological disorders in adolescence, it is particularly useful to take care not only of the individual patient, but of the whole family. It is important that parents are not blamed as the cause of the disorder by therapists but see themselves involved in the treatment and change process of their children, allowing them to acquire awareness of the relational dynamics underlying the disorder. The psychoeducational component is configured as a solid basis of awareness relating to the patients' disorder, on which it becomes possible to build a path to access the emotional dynamics, which makes a profound reset achievable in the parent-child relationship. Clinical research are placing great attention on the role that the family environment plays in the genesis of personality and identity pathologies. Parental influences seem to have a fundamental importance also in shaping early psychological constructs (beliefs, visions of the self and the world), which in turn are the basis of personality development (temperament/character) and specific behavioral drifts. The psychodynamic approach can represent an effective tool, suited to the need to take care of the family, considered as a fundamental ally in the healing process of the member concerned.

*Keywords:* COUNSELING PARENTALE, PSICOTERAPIA PSICODINAMICA, GENITORI, DCA

### *Introduzione*

Negli ultimi anni, si è assistito a un aumento significativo dei disturbi psichici tra gli adolescenti, sia in Italia che a livello globale. In particolare, i disturbi alimentari sono triplicati, mentre i tassi di ansia e depressione in adolescenza sono raddoppiati in tutto il mondo. Un elemento particolarmente preoccupante è l'aumento dei pensieri suicidari e dei comportamenti autolesivi tra gli adolescenti, con un incremento del 300% a Torino tra il 2018 e il 2021 [94].

Questa tendenza, già evidente prima della pandemia, è stata ulteriormente esacerbata dalla crisi da COVID-19 e conseguenti lock-down. Uno dei compiti evolutivi più importanti da raggiungere per un adolescente è investire sulla dimensione relazionale e sociale extrafamiliare. Per alcuni ragazzi, però, non si realizza il passaggio da soggetto filiale, che vive la relazionalità soprattutto in seno alla famiglia di origine, a soggetto sociale, in grado di investire sull'altro, acquisendo visibilità e riconoscimento all'interno del gruppo dei pari [76].

Il ritirarsi dalla scena sociale chiudendosi in una forma di volontaria autoreclusione è un fenomeno in ascesa tra i giovani. Il grande assente nel ritiro sociale è il corpo. Un compito evolutivo centrale per l'adolescente è quello della mentalizzazione del sé corporeo, della simbolizzazione del nuovo corpo sessuato e potenzialmente generativo; l'adolescente si trova a dover elaborare il lutto di un corpo infantile, conosciuto e dunque rassicurante, per approdare ad una nuova dimensione corporea, spesso disarmonica e sgradevole nel passaggio.

Questo nuovo corpo anela all'altro non bastandosi più, come invece accadeva per il corpo infantile; è un corpo in tensione verso l'altro, ma un "altro" temuto, un "altro" potenzialmente giudicante e in grado di suscitare vergogna e imbarazzo. Il ritiro sociale estromette dalla scena, ripara, evita frustrazioni e ferite [61]. Caratteristiche comuni ai disturbi alimentari e ai disagi che si esprimono attraverso il corpo sono la propensione all'agito ed il predominio del vissuto sul pensato, legato alla difficoltà, di costruire una rappresentazione psichica di contenuti emotivi ed affettivi troppo difficili da elaborare.

Il disagio delle civiltà impone un arduo lavoro ad ogni individuo, ad ogni generazione e ad ogni società, così i nodi critici dell'ambiente socio-culturale in cui viviamo, le sue verità nascoste, danno forme nuove alla psicopatologia che si producono nella continua negoziazione tra la sofferenza psichica dei singoli e le modalità con cui la civiltà dà vita alle credenze e ai sistemi simbolici che regolano le identificazioni e le proibizioni fondamentali.

Che senso dare alle nuove sintomatologie adolescenziali, per esempio? Cosa significhi essere un adolescente e un giovane adulto nella società postnarcisistica e iperconnessa, nella società della procreazione assistita e dell'intelligenza artificiale, delle guerre e della deprivazione delle risorse atmosferiche e terrestri? Crediamo importante proporre ed individuare nuove prospettive e nuovi orizzonti per aiutare giovani pazienti, figli, studenti, ma anche genitori ed insegnanti a diventare ed essere più autenticamente se stessi, ora e nel futuro.

La civiltà contemporanea ci confronta con i profondi mutamenti che hanno investito la natura stessa del legame sociale, con tali effetti da imporre una interrogazione su ciò che tiene ancora insieme i soggetti in una dimensione comune.

L'attuale crisi dei sistemi simbolici coinvolge le funzioni paterna e materna, gli ideali e le istituzioni, mettendo in scacco la capacità di pensarsi nella propria differenza e di fare esperienza dell'altro. Tutto questo contribuisce a condurci in una solitudine profonda di fronte a ciò che è fuori e dentro di noi.

La velocità e la complessità dei cambiamenti che hanno accompagnato lo sviluppo tecnologico degli ultimi anni hanno aperto numerose riflessioni [83]. L'utilizzo della rete è divenuto ancora più esponenziale dalla pandemia e conseguenti lock down. Il tentativo di costruire dei confini che orientino il rapporto delle persone con il web diviene particolarmente complesso quando si tratta di adolescenti. Ed in questa accezione è assai significativo il ruolo della rete ed il suo utilizzo all'interno del nucleo familiare.

Di fronte all'aumento del disagio giovanile è fondamentale che gli adulti forniscano risposte tempestive ed efficaci, intervenendo precocemente per evitare che il disagio possa diventare un disturbo psichiatrico grave. È importante offrire approcci innovativi ed integrati per coinvolgere i genitori e per formare gli insegnanti a riconoscere il disagio: si tratta di fornire loro le competenze essenziali per riconoscerne i segnali nei ragazzi e promuovere le cosiddette "soft skills" come empatia, comunicazione, collaborazione tra pari, fiducia in se stessi e capacità di problem-solving, strumenti essenziali per gestire i rapporti con gli adolescenti.

Il disagio ed i disturbi psichici a cui stiamo assistendo [70] possono esprimersi con una varietà sintomatologica, ad esempio: disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità [17, 37] [58] utilizzo di smart drugs, tossicodipendenza e alcolismo, agiti autolesionistici e anticonservativi [34, 86]. Come dicevamo poc'anzi tali disagi possono essere messi in relazione ai rapidi cambiamenti socioculturali, ma anche alle dinamiche familiari. Fassino e coll. evidenziano specifiche costellazioni familiari, che sembrano facilitare l'insorgenza dei disturbi stessi [37].

Un numero sempre maggiore di studi sta sottolineando l'importanza dei fattori neuro evolutivi come elemento comune predisponente lo sviluppo di disturbi psichici differenti, che potrebbero essere rivalutati come espressività diverse di un medesimo substrato di neuroatipia cerebrale: il fenotipo varierebbe a seconda della gravità dell'alterazione genetica e della modulazione operata dai fattori ambientali. Siamo di fronte a nuove e difficili sfide cliniche in una inedita complessità psicopatologica che si presenta un po' in tutti gli ambiti e in diverse fasce d'età. La psichiatria psicodinamica ci pone a confronto con l'impatto di tali trasformazioni sul funzionamento psichico, con i segni che lo testimoniano, con le soluzioni sintomatiche che i soggetti singolarmente, e non solo, costruiscono per farvi fronte [13].

Di recente viene proposto, per la patogenesi dell'Anoressia, un modello psiconeurobiologico di alterazione del Sé [12] alla luce di nuove prove riguardanti il ruolo

lo dell'attaccamento insicuro. In particolare, come risulta da evidenze sperimentali, in soggetti con AN, il Sé presenterebbe alterazioni nello stato di riposo del cervello (resting state), specificamente associate al funzionamento spaziale correlato all'esperienza del proprio corpo come aspetto integrato del Sé, e al funzionamento temporale correlato all'integrazione del Sé in una narrazione coerente nel tempo.

Nello sviluppo del Sé ci sono aspetti sincronici (sperimentati nel momento) e diacronici (esperiti come continui nel tempo): entrambi sarebbero alterati e suggeriscono, nell'AN, un legame neurobiologico tra la teoria del Sé e il funzionamento spazio-temporale del cervello. Inoltre, la maturazione del Sé è intrecciata con lo sviluppo degli stili di attaccamento dell'infanzia e dell'adolescenza. L'interazione tra processi evolutivi del Sé e l'attaccamento appare cruciale nella comprensione della patogenesi e quindi per una terapia più efficace dell'AN ad essa correlata, terapia che, oltre a coinvolgere il paziente stesso, possa integrarsi con una terapia della coppia genitoriale e /o della famiglia.

Secondo la concezione dell'anoressia nervosa come disturbo del Sé [12] e quindi dello Stile di vita-personalità, che è la struttura integrativa tra funzioni cognitive, emotive, relazionali, corporee e somatosensoriali dell'individuo il miglioramento sarebbe correlato ai cambiamenti nell'evitamento del danno, nella ricerca della novità, e nell'autodirettività<sup>1</sup> che supportano la rilevanza di queste caratteristiche fondamentali della personalità per l'evoluzione del percorso di guarigione: infatti il miglioramento di questi tratti di personalità può rappresentare l'espressione di una migliore integrazione del Sé.

Tuttavia, la debole correlazione tra tratti di personalità e caratteristiche cliniche suggerisce che le dinamiche che collegano i cambiamenti di personalità e l'esito clinico sono complesse e verosimilmente mediate da molteplici fattori. Tra questi è possibile che durante il trattamento multimodale le problematiche personologiche e la difettualità nell'integrazione del Sé siano vicariate dagli atteggiamenti dei terapeuti [82] che supportano attivamente i pazienti all'alleanza terapeutica.

Le psicoterapie Adleriane hanno radici solide e profonde i [70, 4, 9, 6, 79, 77] che hanno subito ulteriori sviluppi e conferme con l'evoluzione delle neuroscienze e degli studi sull'intersoggettività. [17].

<sup>1</sup> Il TCI, **Temperament and Character Inventory**; (Cloninger e coll., 1993) è un questionario autosomministrato ed è un valido strumento di studio della personalità. Il modello psicobiologico della personalità comprende quattro dimensioni del temperamento e tre dimensioni del carattere. In base a questo modello circa il 50% della personalità può essere attribuito al temperamento, fortemente influenzato da variabili genetiche, e il restante 50% al carattere, ampiamente determinato da variabili ambientali. Dimensioni del temperamento: NOVELTY SEEKING (ricerca delle sensazioni) • HARM AVOIDANCE (evitamento del danno) • REWARD DEPENDANCE (dipendenza della ricompensa) • PERSISTENCE (persistenza). Dimensioni del Carattere: SELF DIRECTEDNESS (autodeterminazione) COOPERATIVENESS (cooperatività) SELF-TRASCENDENCES (autotrascendenza): il carattere segue un criterio temporale (tanto più precocemente avviene l'esperienza tanto più l'apprendimento esperienziale è determinante) e, sebbene stabile, è modificabile o modulabile da nuove esperienze interiorizzate.

Fondate sui paradigmi fondamentali della Psicologia Individuale Comprata, le APPs si caratterizzano come tecniche di psicoterapia, semi-manualizzate, strutturate con setting sia open-ended che time-limited, con specifiche indicazioni tecnico-metodologiche e chiare regole di definizione del setting [10, 11, 13, 14, 15, 44, 39, 42, 43].

Ecco alcuni principi comuni alle Adlerian Psychodynamic Psychotherapies (APPs): [87, 70] si considerano imprescindibili sia l'osservazione delle caratteristiche biologiche e psicosociali in quanto fattori di vulnerabilità, sia la valutazione soggettiva delle esperienze di vita accadute al soggetto, che potrebbero aver influito nella comparsa della sintomatologia presentata (Modello VEP-PM: Vulnerability, Events, Personality - Psychopathological Model) [39, 41, 42].

Il trattamento viene orientato considerando i 3 assi tecnici [11, 13, 15]:

1. continuum mutativo - conservativo, in ordine agli obiettivi terapeutici;
2. continuum intensivo - supportivo, in ordine alla posizione relazionale del terapeuta;
3. continuum esplorativo - validante, in ordine agli strumenti tecnici utilizzati dal terapeuta nel corso delle sedute;

Tali strategie e tecniche di trattamento necessitano di essere adattate al setting specifico previsto.

Lavorare su questi livelli permette di orientare la psicoterapia verso cambiamenti maturativi sul piano dell'identità profonda, della relazionalità, della comprensione/mentalizzazione, della realizzazione di sé nei compiti vitali, e del Sé-Stile di Vita nel suo complesso.

In ogni caso la psicoterapia secondo la Psicologia Individuale adleriana dal momento che si basa da una parte sull'approccio al Sé-Stile di Vita come primario ambito patogenetico dei disturbi psichici [4, 7, 51] e dall'altra sul processo di incoraggiamento/transmotivazione. come principale strategia di cura, potrebbe giocare un ruolo specifico nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione, specialmente l'AN [81, 82, 54, 40]. Questa, infatti, secondo la IP sarebbe caratterizzata da una profonda demoralizzazione e da specifici dismaturazioni di alcuni aspetti del Sé/Stile di vita-personalità [12].

Si presuppone che il miglior adattamento prodotto dal cambiamento mostrato al TCI dell'autodirettività (SD) rappresenta anche nel gruppo delle AN-R un elemento di destabilizzazione del core sintomatologico del disturbo [29]. Infatti un deficit di autodirettività rappresenta una misura della fragilità nella struttura della personalità e rappresenta una caratteristica fondamentale del profilo di personalità nell'anorexia nervosa [35, 36].

La riduzione dell'evitamento del danno (HA) rappresenta un risultato rilevante per la comprensione dei meccanismi attraverso cui una terapia del profondo agisce sullo sviluppo del Sé dei pazienti irrobustendoli fino al superamento della necessità di espres-

sione sintomatologica [12]. HA è considerato un fattore essenziale nel “core psicopatologico” dell’anoressia nervosa, come di altri disturbi psichici in quanto esprime una rappresentazione fallimentare di Sé profondamente strutturata nelle esperienze infantili precoci e nei deficit dell’attaccamento.

Il fatto che, anche se in modo non significativo, le App e le B-APP riescano a produrre un cambiamento riferito a questo tratto sottolinea come l’interazione terapeutica basata sull’attenzione al profondo e alle dinamiche transferali dei pazienti possa innescare quei meccanismi di regolazione epigenetica del temperamento che sono in grado di modificarlo anche nella vita adulta influenzando significativamente la traiettoria evolutiva della personalità della paziente [13].

### *I. Genitorialità e DCA*

#### ***Maternità***

Oggi la donna può fare della maternità una scelta che avviene all’interno della cultura narcisistica in cui è immersa, ed è quindi subordinata alla capacità di non rinunciare a parti di sé (femmina, lavoratrice, amica, figlia). Questi compiti, tuttavia sembrano andare nella direzione opposta rispetto al bisogno di vicinanza con il proprio cucciolo. Oggi internet permette di ricorrere ad una vicinanza simbolica che rende la madre presente anche quando fisicamente lontana.

Alcuni autori descrivono infatti una “*Mamma Avatar*” [90] ad indicare questo processo mentale per cui viene scelto un sostituto virtuale portatore di alcune caratteristiche di sé e veicolo di una connessione continua ed una presenza ubiquitaria, un vero e proprio cordone ombelicale virtuale. È la madre, molto prima del figlio, che scopre e sfrutta l’utilità della virtualità, così da mitigare le angosce materne, ma con il rischio di diventare poi una presenza invadente.

Adler riconosce un’aspirazione alla superiorità in ogni fenomeno psicologico, ma anche nella modalità in cui troviamo soluzioni ai problemi della vita. Potremmo quindi leggere in questi termini la soluzione che la madre odierna ha trovato per risolvere il conflitto tra le richieste della cultura narcisistica di appartenenza e i compiti necessari al suo ruolo di madre: dinnanzi al senso di inadeguatezza che sorge di fronte agli inevitabili movimenti di allontanamento dal proprio figlio a scopo auto affermativo, attraverso una disponibilità alla connessione illimitata, la madre fornisce simbolicamente un’altrettanta illimitata disponibilità di presenza e sguardo attento.

Il rischio è quello della supercompensazione, ovvero di una presenza orientata narcisisticamente e quindi volta a rispondere ai propri bisogni e a mitigare le proprie angosce, fino ad assicurare un risultato fittizio di presenza materna che si esprime prevalentemente su un piano virtuale.

### **Paternità**

Charmet [74] identifica i padri di oggi “*pallidi*”: sottolineando che sono figure poco significative per i figli, sono padri che disertano il loro ruolo, lasciando al proprio posto un profondo vuoto, oppure “*padri affettivi*” in grado di assicurare una presenza empatica, orientata da valori femminili di tenerezza, ma fin troppo presente, sostenuta da meccanismi di identificazione narcisistica con il figlio, che non favoriscono la separazione, nemmeno quella rappresentata da un “no”.

Sono padri che non si riconoscono più nel ruolo normativo appreso dalle generazioni precedenti, ma che sembrano non aver trovato una soluzione alternativa. È in questo contesto che nascono quelli che Lancini [60] chiama “adolescenti navigati”: cresciuti all’interno di uno stile educativo orientato alla riduzione delle frustrazioni e all’incoraggiamento allo sviluppo delle proprie potenzialità e talenti, i ragazzi tendono ad essere particolarmente sensibili alle delusioni e alle privazioni, e quindi al tema della vergogna rispetto che a quello della colpa, più caratteristico delle generazioni precedenti. Lancini [60] sottolinea il ruolo della rete come “terza famiglia”, oltre a quella naturale e sociale, luogo di incontri e relazioni, luogo in cui possono essere fisicamente distanti, ma mai soli perché costantemente connessi in relazioni nonostante l’assenza del corpo. La rete, quindi, diviene una vera e propria “*protesi identitaria*”.

Il contesto educativo sopra descritto mette dunque al centro l’ideale dell’Io, anche a scapito del riconoscimento dell’altro. I modelli offerti dall’ambiente di vita sono del resto considerati, dalla Psicologia Individuale, tra gli elementi fondamentali nella strutturazione dello stile di vita, che si articola attorno alle dinamiche tra la volontà di potenza e il sentimento sociale [73].

Parenti [73] cita tra i fattori che possono essere alla base dello sviluppo del complesso di inferiorità, confronti negativi e ambivalenze all’interno della costellazione familiare. In particolare, all’interno delle famiglie troviamo uno stile educativo “*vizian-te*”, inteso come eccessivamente protettivo o valorizzante. Se il messaggio genitoriale di fondo è quello dell’importanza della valorizzazione di sé e dei propri talenti, da un lato ci troviamo di fronte ad una modalità di relazione incoraggiante che può sostenere lo sviluppo del bambino, dall’altro il rischio è che il confronto con l’ambiente esterno smentisca il messaggio genitoriale, ma anche il valore della propria esperienza di sé e generi quindi un vissuto di inferiorità.

La rete, dunque si intreccia nello sviluppo intrapsichico e relazionale dell’individuo; essa interagisce con la costruzione della percezione di spazio e di tempo: lo spazio virtuale non si colloca in un luogo fisico, ma esiste e modifica il concetto di distanza; il tempo diventa multiforme; la fitta e costante stimolazione, che richiede di essere filtrata, sviluppa la capacità di mantenere l’attenzione su più piani, a svantaggio del livello attentivo posto su un singolo stimolo. Ciò porta ad una maggiore sollecitazione di processi cognitivi basati sull’immediatezza e differenti modalità di apprendimento [89].

Il periodo dell'adolescenza costituisce una fase delicata nello sviluppo dello stile di vita ed è quindi un momento in cui la dinamica tra le spinte autoaffermative e cooperative assume una valenza particolarmente rilevante. Adler sottolinea l'importanza della relazione madre-bambino nello sviluppo del sentimento sociale, in tal senso gioca un ruolo fondamentale la capacità della madre di rispondere al bisogno di tenerezza primaria e quindi la possibilità di una relazione fondata su un senso di compartecipazione emotiva [6, 10].

La crisi in adolescenza non può essere inquadrata ricorrendo esclusivamente a quanto accaduto nelle fasi di vita precedenti: il disagio e la sofferenza dipendono molto da quanto sta accadendo, o non accadendo, ora, nel processo trasformativo in atto e dalla visione di un futuro incerto che in alcuni casi può diventare perdita della speranza in un possibile futuro. Fondamentalmente i compiti evolutivi adolescenziali sono: il processo di separazione ed individuazione, la mentalizzazione del Sé corporeo, la nascita sociale [61]. Il processo di separazione individuazione è assai complesso e spesso vissuto in modo ambivalente dall'adolescente che può sperimentare vissuti di perdita e depressivi.

Le difficoltà nel processo di separazione non devono essere attribuite esclusivamente agli atteggiamenti genitoriali materni e/o paterni: spesso dipendono anche dalla tendenza dei figli di "richiamare" la presenza dei genitori attraverso comportamenti e agiti che richiamano il legame originario.

Ecco le parole di una paziente di 17 anni:

***"i miei genitori sono sempre molto composti. Alle medie mi tagliavo e avevo un disturbo alimentare e loro non se ne sono accorti! Niente! Solo al liceo, quando ho iniziato a tagliare la scuola e ad avere un calo del rendimento scolastico si sono resi conto che forse qualcosa non andava!"***

Perché gli interventi sulla famiglia? Perché la famiglia rappresenta un'unità sociale ed emotiva che, oltre a formare alla relazione, favorisce lo sviluppo dell'identità ed assicura l'integrità fisica, personale e psichica dei figli.

I genitori trasmettono ai figli gli strumenti e i codici di significato necessari per adattarsi alle esigenze del gruppo familiare e sociale [38].

La nostra personalità, il nostro particolare modo di essere-nel-mondo, fa parte di un sistema intrinsecamente attivo, suscettibile di modificazioni a causa dell'azione di eventi interni od esterni, ambientali e relazionali, che agisce non secondo un meccanismo comportamentale di stimolo-risposta, bensì secondo un dinamismo in cui siamo possessori di una personale possibilità di significazione degli eventi (schemi appercettivi/potere creativo del sé). La struttura del carattere individuale, la struttura della famiglia e la struttura della società sono in collegamento interattivo mediante fattori causativi tri-direzionali.



L'atteggiamento della famiglia è ritenuto uno dei più importanti fattori del perpetuarsi e della cronicizzazione del disturbo.

I genitori di pazienti con DCA non sarebbero in grado di fornire alle figlie una calda, non viziante ed empatica relazione, che favorisca la maturazione della personalità e la formazione dell'identità, attraverso l'integrazione armonica degli elementi del Sé in formazione [1, 37]. Spesso si evidenzia un'incapacità delle famiglie (*fig. 1*) a riconoscere e affrontare i conflitti: diniego ed evitamento delle problematiche per preservare un'immagine ideale di perfezionismo («famiglia del Mulino Bianco»).

### Caratteristiche delle famiglie con DCA

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1) Disconoscimento dei bisogni        | 12) Propositi di separazione                      |
| 2) Presenze distratte                 | 13) Assenza di dialogo di coppia                  |
| 3) Iper-indulgenza                    | 14) Assenza di dialogo con la figlia malata       |
| 4) Rifiuto                            | 15) Gravi problemi economici                      |
| 5) Ostile indifferenza                | 16) Problemi di salute fisica di familiari        |
| 6) Sentimenti di colpa                | 17) Problemi di salute psichica di familiari      |
| 7) Evitamento del conflitto           | 18) Invischiamento tra familiari                  |
| 8) Elevata conflittualità             | 19) Mancanza di empatia materna                   |
| 9) Periferizzazione del marito/moglie | 20) Mancanza di empatia paterna                   |
| 10) Vittimizzazione del marito/moglie | 21) Ruolo genitoriale (paterno/materno) invertito |
| 11) Tradimento coniugale              |   |

Fig. 1

La confusione dei ruoli e delle responsabilità mascherano un profondo senso di inadeguatezza. I genitori di pazienti con DCA vivono spesso i figli come possibili realizzatori delle proprie ambizioni, proteggendoli e viziandoli, ma anche controllandoli.

### Esempio clinico

L'esempio che segue evidenzia in modo chiaro alcune dinamiche familiari tipiche dei pazienti con un disturbo alimentare. Si tratta di due gemelle entrambe affette da Anoressia Restricta (AR).

Le gemelle erano seguite da 2 terapeuti diversi che hanno collaborato e comunicato tra loro (rete) per omogenizzare l'intervento terapeutico, anche in considerazione del legame "simbiotico" esistente tra le 2 sorelle.

Ecco cosa raccontava una gemella (23aa):

*“Mi sono sempre sentita fuori posto ovunque! Al paese eravamo quelle diverse, cittadine. Al liceo eravamo le campagnole. All'università eravamo le donne. Mamma, anche con nostro fratello (maggiore di 10 anni) ...gli ha sempre proposto cose un po' fuori dalla sua portata: per es. lui è stato il primo del paese a fare l'università. Noi eravamo, siamo sempre quelle diverse. È stato difficile farci accettare al Liceo”.*

E ancora:

*“i nostri genitori non hanno mai preso una posizione, a loro faceva comodo che noi 2 facessimo tutto insieme”.*

I genitori lavorano da sempre in campo alimentare.

*“Mi sono sempre sentita sbagliata, anche con mia sorella (lei ha preso 30 all’esame ed io...bocciata!), come se fossi sempre la seconda gemella, quella che arriva dopo. Mi sento in competizione...ed è come se io perdessi la competizione! ...è come se mi trascinasse...per esempio ieri sera Alberta ha proposto di andare in torteria...parte sempre da lei! Non sono mai io! La sento assolutamente più forte! Ed io inferiore e sottomessa. Non riesco mai a dirle di no!”*

*“mio fratello ha un legame particolare con mia sorella”*

Terapeuta: Ne è un po’ dispiaciuta?

*Sì. Io sono più pacata e tranquilla. Loro sono molto più simili. Io cerco di farmi vedere, di mettermi in mezzo...ma è come se loro non mi calcolassero! Loro dicono che non è così, ma io lo percepisco così. A mio fratello non piaceva il mio ex e non lo ha mai invitato a cena! Mentre ha subito invitato mia sorella ed il suo ragazzo!”*

Inoltre:

*La mia tata: Rita. La ricordo con tanto affetto! Mi sono sempre sentita amata da lei. Compravo sempre un regalino per mamma ed uno per Rita.*

*Rita era deliziosa: cucinava con tantissimo amore! Lei era contenta e felice di averci a casa sua! Ricordo ogni cibo che ci cucinava...e nessuno di mia madre.*

*«Mamma era sempre stata molto dura con me, con noi. L’ho vissuta sempre un po’ male, mamma. Ci controllava tantissimo: con chi eravamo, cosa facevamo ecc., però a casa non era così presente!*

*Noi eravamo molto indipendenti, ma nella nostra vita di ragazze mamma era troppo presente!*

*E faceva bene! Mamma mi ha indirizzata bene anche se le modalità non mi sono piaciute. Pensavo: mamma non si fida di me. Lei era molto concentrata su mia sorella e non si soffermava tanto su di me... che ero più tranquilla. Io mi sento sempre in un angolo rispetto a lei».*

Ed infine:

*Quando avevo 4/5 aa papà era andato con la migliore amica di mamma. Ci avevano tenuto fuori dalla storia...*

*Un paio di anni fa mamma ha di nuovo ribeccato papà a scambiare sms con la stessa signora, rimasta vedova.*

*È stata una cosa molto brutta. Mamma l'avrebbe perdonato in ogni caso per noi. Noi abbiamo chiesto a papà di stare a casa!*

*Dopo la nostra malattia loro si sono molto uniti, la famiglia si è molto unita.*

*Loro sono molto presenti nella nostra vita...non fisicamente! Ci facciamo anche 8 telefonate al giorno!*

*Mamma è veramente rompiscatole e io sono stata l'unica veramente dalla parte di mamma. Ero molto arrabbiata! Vedere mia mamma piangere...è come se avesse tradito tutta la famiglia!*

*Papà piangeva come un bambino e a noi 2 disse: «Se voi mi dite di andare via, vado...altrimenti resto!»*

*Li avevo sempre visti come esempio...e ho visto tutto distrutto in un attimo!*

*Mamma si è sposata a 19 anni e non è mai riuscita a separarsi da sua madre! Quindi non riesce a separarsi da noi.*

*Mamma è molto capa! Pretende senza chiedertelo. Papà credo si senta inferiore a lei, che è un vulcano!*

*Papà è sempre lì che le corre dietro!*

*Mi sono ammalata come richiamo d'aiuto. Ci siamo ammalate dopo tutte queste cose! Come se non mi fidassi più...neanche di papà».*

*Ha iniziato mia sorella, io mi ci sono calata per imitazione e poi sono caduta più in basso di lei!”*

Nelle famiglie dei pazienti DCA i padri sono frequentemente distratti e talora ostili, insicuri e legati ai valori del successo e dell'apparenza; lasciano le madri «sole», disorientate, incerte della propria identità e iperinvestite di responsabilità, attivando dinamiche intrusive e sostitutive nel rapporto con le figlie su base spesso ansiosa.

**La terapia familiare**, si basa sul concetto fondamentale di “sistema familiare” [18, 19, 91, 92, 52, 67, 19].

La famiglia non è semplicemente la somma degli individui che la compongono, ma è un “sistema interattivo aperto” costituito dai componenti della famiglia, dalle loro caratteristiche personali, dalle caratteristiche delle loro relazioni. Il comportamento di ogni singolo individuo influenza il comportamento di tutti gli altri membri e ne è, a sua volta, influenzato.

Quindi il sintomo o il problema di uno dei membri ha sempre anche a che vedere con le dinamiche relazionali dell'intero nucleo familiare ed esprime un disagio dell'intero nucleo. Qualsiasi mutamento si verifichi in uno dei componenti retroagirà sull'intero sistema e, quindi, sugli altri membri [29].

Quindi la famiglia è sì un fattore che esacerba la patologia, ma può rappresentare una risorsa terapeutica [63] che può contribuire alla riduzione dei sintomi e alla prevenzione delle ricadute [65] nonché al miglioramento della qualità di vita [53].

La terapia della coppia genitoriale è un processo che vede protagonisti la coppia e talora anche altri membri (conviventi) della famiglia ed il terapeuta, che è autenticamente presente come persona, cioè con il suo sapere, saper fare e saper essere [78].

Tra i principi significativi della Terapia Familiare c'è quello della circolarità: la sofferenza di un membro si rifletterà sull'intero sistema familiare e viceversa l'intero nucleo familiare influenzerà l'individuo e così via.... Gli **obiettivi della terapia familiare** sono, dunque, quello di aiutare le persone a trovare una soluzione ai disagi o di uno solo dei suoi componenti o dell'intero nucleo familiare con l'aiuto di un terapeuta, che potrà “osservare da una prospettiva esterna” le dinamiche in azione di quel contesto per poi intervenire.

Esistono diversi modelli di terapia familiare [29]. In base al problema, alle possibilità e alle necessità, è possibile scegliere la tipologia più idonea.

Interventi possibili che coinvolgono la famiglia:

1. **Counseling parentale Adleriano di gruppo** [11, 28]: tale modello viene proposto con l'obiettivo generale di promuovere all'interno del nucleo familiare un “atteggiamento coraggioso”, che afferisca ad uno Stile di Vita orientato verso scopi adattivi. Il Gruppo di Counseling (è un gruppo etero-centrato, focalizzato sulle difficoltà genitoriali nella relazione con i figli affetti da DCA.

Gli interventi non sono indirizzati al cambiamento, ma alla chiarificazione e alla schematizzazione di quanto i genitori vivono nella relazione con i figli con DCA e ad una maggiore comprensione cognitiva.

Si articola attraverso un percorso di incontri di un'ora e mezza a cadenza settimanale, in cui viene dato particolare rilievo allo sviluppo delle capacità empatiche dei genitori, intese come abilità di accoglimento e comprensione delle emozioni delle

figlie, in particolare della rabbia, e di focalizzazione dell'attenzione sugli aspetti psicologici-emotivi. Tutto questo si realizza attraverso l'esperienza di condivisione ed accoglimento delle proprie difficoltà di cui i genitori possono fruire nel gruppo, con la guida e il supporto dei conduttori. Oltre a ciò, tra le finalità del gruppo, è contemplata l'esigenza dei genitori di avere informazioni relative alla patologia, di apprendere o potenziare strategie di comunicazione efficace, recuperando fiducia nelle loro competenze genitoriali rimodellate da acquisite consapevolezze cognitive.

**2. Counseling parentale Adleriano individuale** (di un genitore o della coppia genitoriale). Nel Counseling parentale individuale si lavora per spostare l'attenzione dei genitori dal cibo e dal corpo, dai sintomi dei figli ai problemi psicologico-emotivi e relazionali, di cui sono l'espressione, anche per rendere meno pressante lo stile familiare fondato sul controllo, sulla scarsa fiducia e sul mantenimento della dipendenza emotiva della figlia/o.

Il counseling è un intervento supportivo e conservativo, che si pone l'obiettivo di fornire un aiuto nella gestione di problemi di adattamento all'ambiente circostante, nei rapporti familiari, nel contesto lavorativo, relazionale, senza aspettarsi che il paziente modifichi le proprie caratteristiche di personalità e i meccanismi di difesa personali. La tecnica di counseling si propone di rielaborare i problemi espressi da diversi punti di vista. Si fornisce una consulenza tecnica sulla soluzione di problemi di vita reale in cui il "paziente" si trovi coinvolto, in modo tale che possa affrontarli nel modo più consapevole ed efficace.

**3. Psicoterapia psicodinamica parentale individuale o di gruppo:** l'obiettivo principale è quello di incrementare la consapevolezza relativa alle dinamiche interne della famiglia, favorendo il cambiamento delle relazioni patologiche esistenti all'interno di questa. Un altro obiettivo è quello di ottenere una riduzione dei livelli di Emotività Espressa nei familiari dei pazienti [22, 20, 25, 32] dato che è in relazione, come confermato da studi randomizzati e controllati, con una significativa diminuzione delle ricadute [62] e dei tassi di recidiva [49].

Alcune caratteristiche del nucleo familiare e delle dinamiche di interazione tra genitori e pazienti nonché tra i membri della coppia genitoriale possono favorire o inibire il processo di guarigione (insieme a fattori psicologici, biologici e socioculturali).

Nella progettazione dell'intervento clinico viene tenuto in grande considerazione il ruolo fondamentale che i genitori detengono nella direzione del supporto e della comprensione delle dinamiche emotive alla base del comportamento dei figli.

La terapia della coppia genitoriale mira a restituire al sistema in difficoltà la capacità di affrontare i propri problemi, utilizzando le risorse e le energie positive della famiglia stessa, spesso sopite ed inattive, affinché essa stessa possa diventare artefice del suo cambiamento. La terapia genitoriale consente la ridefinizione e la giusta designa-

zione dei ruoli, con una riappropriazione della propria identità e del ruolo da parte di ciascun membro all'interno del sistema; essa inoltre può favorire o ristabilire l'alleanza e la complicità della coppia genitoriale, necessarie non solo al benessere della coppia stessa, ma anche ad un adeguato esercizio del ruolo genitoriale.

L'approccio psicodinamico, anche in forma breve, può rappresentare uno strumento economico ed efficace, adeguato alla necessità di prendersi cura della famiglia, intesa come alleato fondamentale nel processo di guarigione del membro interessato.

*“Nella famiglia odierna spesso i genitori sono più impegnati per i propri bisogni che per quelli emotivi dei figli. Genitori assenti, permissivi ma esigenti, che viziano e amano male, oppure presenti e distratti, che usano il bambino per i propri bisogni inducono ‘genitori interni’ disarmonici e confusivi disturbanti i processi maturativi dell’identità del sé del figlio. Su tale disturbo strutturale di maturazione potrebbero successivamente agire quei fattori bio-psicologici che attivano il rischio di tossicodipendenze, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità narcisistici e borderline, così diffusi negli ultimi anni tra i giovani delle società avanzate” [72].*

A questo proposito oggi, la genitorialità si complica proprio per l'accelerazione dei cambiamenti sociali e culturali, inclusi quelli indotti dallo sviluppo tecnologico, e dalle modificazioni sociali delle forme familiari [38], rispetto ai quali spesso gli adulti appaiono non sincronizzati con la tipologia di percezione del mondo dei figli adolescenti.

Di particolare rilevanza appaiono gli studi condotti sui genitori dei pazienti con DCA e/o disturbi di personalità, che hanno evidenziato l'interazione dinamica tra gli aspetti genetici temperamentali, quelli ambientali e caratteriali nella patogenesi del disturbo. Le frequenti alterazioni della personalità dei padri e delle madri dei pazienti sono indicatrici della necessità di un intervento terapeutico specifico per i genitori, compatibile ed armonico con gli interventi terapeutici rivolti ai figli, ponendo molta attenzione al rischio di favorire una responsabilizzazione colpevolizzante dei genitori, che può incrementare iatrogenicamente le resistenze al trattamento [36].

In tal senso, vari ambiti di studio e di ricerca considerano la famiglia stessa: a) un fattore protettivo rispetto agli stressors esterni, b) un agente di formazione e potenziamento delle capacità di resistenza psicologica del figlio, c) una potenziale risorsa ed un potenziale co-agente del cambiamento nel trattamento dei disturbi gravi della personalità in adolescenza. Il trattamento della coppia genitoriale (o, in determinati casi di almeno un genitore) può contribuire al miglioramento dei sintomi, alla prevenzione delle ricadute ed al miglioramento complessivo della qualità della vita [38, 53, 63, 65].

Rispetto a questo tema, sin dalle prime formulazioni del suo pensiero, Adler [5, 6, 8, 9, 10] sottolinea l'importanza delle relazioni infantili, non solo rispetto alle figure genitoriali, ma anche all'interno della costellazione familiare, intesa come una **“unità dinamica”** “tendente ad una unità funzionale complessa” [79].

Adler stesso considerò la relazionalità una qualità primaria della psiche: l'individuo è visto alla luce delle sue azioni e delle reazioni del suo ambiente sociale, e non più come situazione isolata e statica. L'individuo è visto, cioè, come un "sistema aperto" [80] in equilibrio dinamico, in continua interazione con il mondo e in continua ridefinizione di se stesso.

Adler ha colto l'importanza di quelle attitudini genitoriali all'attenzione emotiva, quella "tenerezza" verso il figlio, che costituiscono significativi fattori di protezione per lo sviluppo sano della personalità, e ha descritto alcuni tratti clinici salienti che oggi riconosciamo nei DCA e nei disturbi di personalità. Sottolinea l'importanza, per il genitore, di essere attento al "*progresso della vita sociale*" [3] ovvero alle modificazioni che avvengono nel contesto sociale e culturale, scolastico ed esterno alla famiglia, in cui il ragazzo cresce, evidenziando la possibilità che egli si debba confrontare con messaggi educativi contrastanti intra ed extra-familiari.

Gli sviluppi contemporanei delle teorizzazioni delle psicologie del profondo ed anche i più recenti orientamenti delle psicologie del Sé, sistemiche ed intersoggettive sono accomunati dal presupposto fondamentale che la struttura della personalità sia costituita dall'interazione dinamica tra fattori genetici e temperamentali, conflitti intrapsichici consci ed inconsci e modalità relazionali specifiche.

Gli approcci adleriani contemporanei, ed in particolare gli sviluppi nordamericani, hanno sviluppato con particolare attenzione il tema dei trattamenti per le famiglie [26, 51, 69, 31, 68], anche attraverso contributi di ricerca [16] sottolineando l'importanza del coinvolgimento dei familiari nei percorsi di cura, al fine di promuovere l'attivazione di una **posizione incoraggiante** di fronte alle patologie dei figli adolescenti [30], attraverso l'integrazione delle istanze cooperative ed autoafferme, in una relazione stimolante nella quale vi sia un adeguato spazio di individuazione di Sé, anche attraverso consigli pratici [28].

Come già anticipato, i maggiori orientamenti<sup>2</sup> attuali relativi al trattamento dei pazienti DCA includono trattamenti per i genitori [24], in considerazione del fatto che molte delle caratteristiche personologiche, psicopatologiche e sintomatologico-cliniche dei pazienti innescano, e/o sono innescate da dinamiche relazionali all'interno del contesto familiare in cui sono inserite.

<sup>2</sup> Le N.I.C.E. Guidelines on Treatment and Management inglesi (National Institute for Health & Clinical Excellence) per il Disturbo Borderline di Personalità (British Psychological Society & Royal College of Psychiatrists 2009) sottolineano l'importanza di una presa in carico familiare del paziente borderline, in particolare se adolescente. Fonagy e collaboratori hanno ideato la MBFT - Mentalization-Based Family Therapy (Allen et al. 2008) a sua volta evoluzione della SMART - Short-Term Mentalization and Relational Therapy (Allen et al. 2006), un intervento specificatamente rivolto agli interi nuclei familiari o alle singole coppie genitoriali, in integrazione con il programma MBT per giovani pazienti con BPD.

L'intervento psicoterapeutico ad orientamento psicodinamico adleriano per genitori di adolescenti con DCA si pone, in un'ottica di integrazione, nella presa in carico complessa [66] ed in accordo con il modello epistemologico bio-psico-sociale adleriano [38, 66, 78], come intervento di cura di alcuni aspetti patologici e/o patologizzanti interni alle dinamiche familiari, di compensazione delle fratture nella rete familiare del paziente e di prevenzione rispetto al verificarsi di situazioni di crisi e di urgenza clinica.

L'intervento è articolato nell'ambito di una proposta di intervento multidisciplinare a rete [77] concepito all'interno di una cornice teorica e metodologica del trattamento intesa come sistema aperto [80] e che include, nello specifico, la presa in carico psicoterapeutica e/o farmacologica dell'adolescente, in accordo con un progetto clinico coordinato.

Nella progettazione dell'intervento clinico viene tenuto in grande considerazione il ruolo fondamentale che i genitori detengono nella direzione del supporto e della comprensione delle dinamiche emotive alla base del comportamento dei figli [28].

Il modello di intervento psicoterapeutico applicato alle coppie genitoriali, coerentemente con l'impostazione concettuale dell'Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP) [43], è orientato in senso psicodinamico, in quanto prende in considerazione la correlazione tra la sintomatologia o le difficoltà attuali familiari, le capacità e strategie di coping disadattive, l'organizzazione di personalità nei suoi differenti livelli di funzionamento (PFL), al fine di garantire interventi mirati per varie patologie e per differenti tipi di pazienti, e le dinamiche inconsce (anche quando il significato simbolico delle comunicazioni del paziente non costituisca l'obiettivo principale degli interventi del terapeuta).

I livelli di funzionamento (PLF) sono valutati dal terapeuta sulla base di:

- 1) sintomatologia espressa
- 2) qualità delle relazioni interpersonali,
- 3) comportamenti sociali complessivi,
- 4) modelli cognitivi ed emotivi e i meccanismi di difesa.

I livelli di funzionamento guidano le scelte terapeutiche. È evidenziato in letteratura l'importanza del fatto che il terapeuta focalizzi i propri interventi sull'affettività dei pazienti, sui pattern relazionali e sul "qui ed ora" delle relazioni prima di andare ad agire sul significato simbolico del contenuto delle sedute [41].

I DCA sono meglio compresi come **disturbi dell'identità corporea** in connessione a un **deficit dello sviluppo del Sé**: è possibile che le sollecitazioni mentalizzanti che vengono proposte durante gli incontri possano promuovere cambiamenti anche significativi nel modo di percepirsi, di percepire sé stessi nella relazione con il figlio/a ed in rapporto alla patologia [2, 33].



La concettualizzazione degli interventi psicoterapeutici per la coppia genitoriale è ancorata agli aspetti più profondamente psicodinamici della metapsicologia Individual Psicologica, e si articolano in essi elementi che afferiscono ad altri modelli psicoeducativi psicodinamici: in particolare i modelli basati sulla mentalizzazione e sulla mindfulness [88, 56].

Particolare rilevanza ha assunto, nella concettualizzazione teorica e metodologica, la riflessione sul contributo della terapia dialettico-comportamentale<sup>3</sup>, con particolare riferimento all'attenzione che essa pone rispetto all'acquisizione di competenze, prevalentemente inerenti all'autoregolazione emotiva [64].

## II. *Caratteristiche della psicoterapia psicodinamica con i genitori di pazienti DCA*

Nella presa in carico dei genitori di pazienti affetti da DCA è indispensabile tenere presente alcune dinamiche caratterizzanti l'attualità della relazione genitori-figli adolescenti, nonché altre specificità del rapporto genitori figli con DCA. Per quanto riguarda le prime bisogna prendere in considerazione la trasformazione progressiva della famiglia da normativa ad affettiva.

Gli affetti sono i principali regolatori delle dinamiche familiari ed educative, le promesse di realizzazione e la condivisione di ideali e traguardi di altissimo livello rappresentano il patto familiare condiviso tra genitori e figli e la cornice entro cui ne avviene la stipula è di natura prettamente affettiva e narcisistica. È l'amore che spinge a ricercare il successo [74].

Si delinea così una concezione del figlio come oggetto-sé [59] funzionale a soddisfare i bisogni di specularità, idealizzazione e gemellarità, che sembrano abitare la mente di genitori alla ricerca di conforto e convalida rispetto al proprio sé personale e genitoriale, attraverso il buon funzionamento dei figli e le loro esperienze di vita [61].

Con la comparsa dell'adolescenza i figli si trovano a dover riconoscere ciò che autenticamente appartiene a loro, da ciò che consiste in aspettative genitoriali interiorizzate e non più riconosciute come tali, che diventano linee guida orientanti conflittualizzanti, in un contesto di eterocentratura focalizzata sulle aspettative esterne, che è tipico delle pazienti anoressiche.

<sup>3</sup> In ambito nordamericano, Marsha Linehan e collaboratori hanno sviluppato uno specifico programma per pazienti adolescenti con BPD, il Dialectical Behavior Therapy for Adolescents Program (DBT-A) (Callahan 2008), (Hoffman et al. 1999). Una delle caratteristiche principali di questa variazione della DBT prevede un gruppo per genitori orientato all'apprendimento delle abilità nucleari di mindfulness, ad una migliore tolleranza degli stimoli stressanti, all'efficacia interpersonale, alla regolazione emotiva, all'apprendimento di modalità specifiche di comprensione e risposta a specifici comportamenti dei figli adolescenti [64].

In considerazione del fatto che l'anoressia consiste in una sorta di "autocura" delle pazienti contro il falso sé costituito dal ruolo di "brave bambine", la psicoterapia dei genitori si deve configurare come aiuto a riconoscere l'adulterità e l'alterità delle figlie, che si è perduta nella consuetudine di un rapporto significativamente e costantemente improntato ad un divario relazionale tra genitori adulti e figlia, vissuta come bambina [1, 12].

In considerazione della tendenza delle madri di pazienti DCA ad assumere una posizione intrusiva, direttiva e orientante rispetto alle decisioni della figlia, è utile evidenziare l'importanza di una sua "risoggettivazione", attraverso un riconoscimento di sé come giovane adulta, in grado di operare le scelte in piena autonomia, tuttalpiù con una richiesta di confronto genitoriale, a sua discrezione in caso di necessità.

In considerazione del fatto che è individuabile una coppia genitoriale delle pazienti con DCA abbastanza caratteristica, costituita da una madre con tendenze educative sostitutive e non autonomizzanti e da un padre emotivamente poco comunicativo e poco incline alla relazione empatica, l'intervento nei confronti dei genitori si deve strutturare in una dimensione di stimolo al processo di individuazione e separazione delle pazienti e nel contempo di stimolo ad una partecipazione emotiva, in forma di ascolto empatico nei confronti del figlio/a, da parte dei padri.

Si dimostrano particolarmente utili percorsi psicoeducativi, che consentano ai genitori di comprendere la logica inconscia e apparentemente incomprensibile della restrizione alimentare, in termini di modalità affermativa nonché di definizione di identità, realizzata in modo patologico dai figli, in assenza di una opportunità di affermazione fisiologica in ambito relazionale intra ed extra familiare.

In affiancamento a questa tipologia di intervento è utile realizzare approfondimenti sul significato attribuito alla genitorialità da parte dei genitori, nonché il riconoscimento di caratteristiche di conflittualità e/o abbandoniche appartenenti alle dinamiche di coppia. Non raramente, infatti l'adesività che caratterizza il rapporto madre-figlia: "siamo come due sorelle", "mia madre è la mia confidente", "non ho bisogno di amiche, parlo di tutto con mia mamma", è conseguenza di vissuti di solitudine della madre rispetto al partner, che si traducono in una intimità compensatoria ma inappropriata rivolta alla figlia. Non è infrequente che siano i genitori stessi a chiedere un aiuto alla genitorialità, aiuto che va erogato da un altro terapeuta rispetto a quello che segue la paziente.

Abbiamo riscontrato che è frequente un'autentica disponibilità da parte dei genitori a mettere in atto modalità relazionali diverse a seguito dell'acquisizione di consapevolezza psicodinamiche relative all'interazione fin qui con loro realizzata.

Questo conferma la matrice del tutto inconscia di alcune caratteristiche relazionali ed educative disturbanti, di solito agite nei confronti delle pazienti. In virtù di tutto questo si conferma come interventi specifici rivolti ai genitori possano non soltanto disattivare loop relazionali disturbanti e perpetranti la patologia delle pazienti, ma far sì che la loro presenza si trasformi in una funzione co-terapeutica insieme ai curanti, nel percorso di mutamento profondo, che è all'origine del miglioramento psicopatologico e sintomatologico delle pazienti, anche in virtù dell'acquisizione di una sana capacità auto-affermativa, declinata nel mondo relazionale esterno alla famiglia e sostenuta da una acquisita capacità di mentalizzazione.

A questo proposito, “fil rouge” dei percorsi terapeutici con i genitori è proprio l'attivazione di una capacità di mentalizzazione, sia all'interno dei membri della coppia, sia rispetto alla figlia, in considerazione che queste coppie genitoriali difettano classicamente di una dimensione di consapevolezza emotiva di sé fino a sfociare, a volte, nella configurazione di vere e proprie famiglie psicosomatiche [46, 47, 67].

In sintesi:

### **1) obiettivi generali**

- *informare* sulle caratteristiche specifiche del disturbo del figlio;
- *formare alla prevenzione*, al riconoscimento ed alla gestione delle situazioni di crisi (nel caso non abbiano partecipato ai gruppi psico-educazionali previsti);
- *formare alla percezione* emotiva e comprensione dei bisogni e dei significati che la patologia esprime e comprensione delle difficoltà individuali e di coppia dei genitori;
- accettazione delle dinamiche relazionali cognitivo-emotive e comportamentali dei figli;
- *formare alla mentalizzazione* sia a livello esplicito (verbale) sia a livello implicito (intuitivo), nella direzione dell'aumento della consapevolezza dei pensieri, delle paure, dei bisogni, degli affetti e degli stati mentali propri e dei figli anche nei termini dei comportamenti sottesi;
- aiutare ogni coppia genitoriale a definire e raggiungere obiettivi personali inerenti il rapporto con il proprio figlio;
- aiutare i genitori a definire e raggiungere obiettivi personali che coinvolgano la coppia stessa;
- far acquisire un nuovo stile comunicativo intra-familiare, incoraggiante ed aperto.

## 2) strategie terapeutiche

Due le strategie terapeutiche che accompagnano l'intero percorso: incoraggiamento e mentalizzazione.

### 1. *Incoraggiamento*

In senso generale una strategia dell'incoraggiamento in psicoterapia, si declina attraverso la relazione empatica che costituisce la matrice di un modello identificatorio per accogliere il deficit, il sentimento di inferiorità [40] e per modulare la sintonizzazione con la risposta più adatta al paziente in quel momento [45]; su questa base si inscrivono le scelte tecniche dell'intervento tese ad implementare la possibilità di attivare o riattivare le funzioni creative dell'individuo [22, 71].

L'incoraggiamento si esplica attraverso indicazioni pratico-operative tese a sottolineare le risorse disponibili ed i progressi conseguiti, anche minimi, attraverso la dimostrazione di fiducia, l'accoglimento degli errori come opportunità di apprendimento e miglioramento, la stimolazione coerente alle possibilità del soggetto ed ai suoi interessi [2, 30, 51].

Nello specifico dell'intervento psicoterapeutico rivolto ai genitori di pazienti con DCA questa impostazione implica:

- 1) **fornire informazioni** chiare sulla patologia dei figli e sul trattamento ad essi rivolto (psicoterapico/farmacoterapico/dietologico ecc...);
- 2) **assumere una posizione non giudicante**, che favorisca la compliance e che sostenga la "risorsa famiglia", depotenziando l'emotività negativa innescata dalla auto-colpevolizzazione o dalla colpevolizzazione reciproca dei genitori;
- 3) **accogliere** il disagio e le difficoltà dei genitori;
- 4) **fornire strumenti tesi a riconoscere e comprendere gli stati emotivi propri e dei propri figli**, attraverso l'uso di interventi tecnici di convalidazione empatica, di chiarificazione e di confronto, e, quando è possibile ed utile, attraverso il ricorso ad interpretazioni;
- 5) stimolare la **mentalizzazione**;
- 6) fornire o **implementare strumenti di comunicazione** efficace, anche attraverso le esemplificazioni portate dai genitori stessi.

In questo senso, il processo di incoraggiamento che viene attivato, è teso a favorire la costruzione di un'alleanza di lavoro; essa implica l'accordo e la cooperazione con una focalizzazione sul compito e sugli obiettivi; vengono quindi lasciati sullo sfondo,

ma ben presenti nella mente del terapeuta, quegli aspetti di fiducia profonda e di attivazione dei processi identificatori, che sono propri della relazione terapeutica [21]. Attraverso la sperimentazione ed il collaudo di tale alleanza cooperante, divengono possibili modificazioni nelle dinamiche relazionali con i figli, i quali, proprio per la specificità della patologia, devono riguadagnare gradualmente terreno verso la possibilità di una relazionalità con i genitori che possa favorire i processi identificatori ed individuativi del Sé.

## 2. Mentalizzazione

Mentalizzare significa, nella definizione di Fonagy e Coll. [48], comprendere e dare un senso alle azioni proprie ed altrui sulla base degli stati mentali intenzionali sottostanti, come desideri, sentimenti, pensieri e credenze [15]. Sin dalle prime formulazioni cliniche del concetto, carenze nelle capacità riflessive e di mentalizzazione sono state messe in relazione all'evoluzione della personalità borderline, fino ad essere considerate il 'core' di questa psicopatologia [46]; sin dall'inizio è stato postulato che specifiche difficoltà genitoriali nel riconoscere, tollerare o esprimere gli stati mentali è una delle condizioni che favoriscono o inducono l'emergere di deficit nelle abilità di mentalizzazione dei figli.

Spesso è possibile riconoscere nelle famiglie di soggetti con un DCA un deficit specifico di questa funzione, cioè della "*capacità di concepire gli stati mentali propri e altrui, consci ed inconsci*" [47]. La mentalizzazione è indebolita dall'assenza di una contingente e rimarcata funzione d'attaccamento e di rispecchiamento durante lo sviluppo [18]. È l'abilità di interrogarsi costantemente su quali stati mentali interni, propri o del paziente, possano spiegare ciò che accade nell' "*hic et nunc*".

Consente al paziente e al terapeuta di sviluppare un linguaggio che esprima, senza alterare, e dia forma alla complessità delle relazioni, delle motivazioni e degli stati interni. Consente inoltre di identificare lo stato affettivo dominante per cogliere il conflitto interiore, od il deficit, esplorando gli stati emotivi del momento.

Le acquisizioni sulle interazioni tra processi neurofisiologici e relazioni interpersonali [57] hanno aperto la strada alla possibilità di comprendere le modalità attraverso le quali i fattori relazionali, le influenze ambientali e in particolare la qualità del legame con persone significative, e dunque anche della relazione terapeutica, possono esercitare un'influenza diretta sullo sviluppo delle strutture e delle funzioni del cervello e della mente, nonché della personalità<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Esperienza emotivo-correctiva. L'espressione "*esperienza emozionale correctiva*" è stata introdotta dallo psicanalista F. Alexander (1946) per indicare il principio terapeutico secondo cui il paziente, per essere aiutato, deve fare esperienze emotive concrete che gli permettano di "riparare" l'influenza traumatica di esperienze negative precedenti.

Lo sviluppo della mente è il risultato delle interazioni tra processi neurofisiologici e relazioni interpersonali [84]. I rapporti con genitori influenzano direttamente lo sviluppo delle strutture del cervello e della mente. Questa neurobiologia interpersonale è fondata sui processi di attaccamento [14]: le prime comunicazioni interpersonali favoriscono attaccamenti sicuri [23] e quindi modelli operativi interni sani, quando il genitore è in grado di percepire gli stati mentali del bambino e di rispondere santonicamente. La base sicura crea un trampolino per la curiosità e l'esplorazione, un'apertura fiduciosa al mondo. Fornire una base sicura è uno dei compiti fondamentali della genitorialità.

Durante la APP, anche in forma breve (B-APP o S-BAPP) particolare attenzione viene posta ad interventi tesi a far cogliere ai genitori le differenti percezioni ed interpretazioni dello stesso stimolo/gesto/evento, e le modalità distorcenti e paradossali di alcuni scambi relazionali e comunicativi.

Cambiamenti nella capacità di mentalizzare possono costituire occasioni, anche relative ad aspetti profondi della persona e della relazione, per modifiche nei pattern cognitivo-emotivi dell'attaccamento, riconoscendo nei pazienti DCA una vulnerabilità rispetto al sistema relazionale dell'attaccamento [50, 85, 90].

Nell'incontro psicoterapeutico psicodinamico teniamo ben presenti le caratteristiche di personalità della coppia genitoriale e gli stili difensivi di ciascuno, lavorando quando è possibile in senso mutativo oppure conservativo in modo da rinforzare le difese più efficaci. L'identificazione e la mentalizzazione rappresentano non solo delle modalità relazionali ma anche un modo di conoscersi e conoscere l'altro. Durante l'intervento psicoterapeutico vengono apertamente, ma gradualmente, affrontate le cause profonde, sottostanti la patologia del familiare.

Per riuscire ad ottenere il cambiamento dello stile di vita individuale e familiare è necessario passare dalla comprensione del sintomo alla comprensione delle persone coinvolte. Le proposte di un percorso psicoterapeutico pur nel rigore metodologico, comportano già dagli inizi non solo una consapevolezza analitica profonda da parte del terapeuta, ma anche la possibilità di utilizzare strategie operative individualizzate a seconda dei progetti terapeutici e che possono variare dagli interventi psicoeducazionali e cognitivi alla psicoterapia supportiva fino agli interventi francamente espressivi (*Fig. 2*).

#### **Cosa osserviamo:**

- la domanda "consapevole" della coppia genitoriale
- i bisogni "inconsapevoli"
- le motivazioni al cambiamento
- le resistenze
- le dinamiche intrapsichiche
- i meccanismi di salvaguardia e di difesa

Fig. 2

Ci attendiamo che le capacità di tollerare le emozioni negative, l'allargamento personale della finestra di tolleranza e l'acquisizione di una consapevolezza mentalizzata dei pensieri, delle paure e dei bisogni sottesi alle emozioni, alle parole ed ai comportamenti propri e dei figli, possano permettere di riconoscere e riorientare gli scambi relazionali patologizzanti e possano al contempo favorire l'emergere di elementi relazionali impliciti ed espliciti in grado di promuovere il cambiamento.

Spesso i familiari sono poco motivati, talora sono essi stessi portatori di tratti di personalità patologici o di una propria psicopatologia; spesso sono colmi di aggressività, attiva o passiva, di frustrazione, di scoraggiamento. Meccanismi proiettivi e atteggiamenti iperdifensivi possono esitare in agiti nei confronti dei figli compromettendo il percorso terapeutico. Spesso il percorso da intraprendere con la famiglia deve fare i conti con un tentativo più o meno inconscio di rifiutare la patogenesi mentale della patologia nelle figlie, minimizzando o negando la "malattia".

È importante lavorare per rendere i genitori consapevoli che il processo di cambiamento e superamento del disagio familiare richiede pazienza, impegno, apertura nei confronti del partner e della figlia/o e che inevitabilmente ci saranno momenti di frustrazione, di crisi, di sensazione di fallimento. È importante ricordare che i conflitti possono essere sia la causa che la conseguenza delle difficoltà di interazione familiare in famiglie in cui si manifestano psicopatologie gravi come un DCA. La terapia che coinvolge i genitori può interrompere l'instaurarsi del circolo vizioso.

### III. *Conclusioni*

L'osservazione che sia il temperamento che il carattere dei genitori abbiano un ruolo importante nella patogenesi del DCA ha importanti conseguenze per il trattamento [35]. Le conoscenze circa le dinamiche relazionali che coinvolgono i membri della famiglia con una paziente DCA evidenziano dinamiche di dipendenza regressiva tra madre e figlia, in un contesto relazionale caratterizzato da infantilizzazione della figlia, con uno scarso riconoscimento delle istanze autoafferme adolescenziali.

Di non secondaria importanza è il ruolo paterno, caratterizzato da una apparente "assenza" emotiva dalla vita familiare. I genitori delle pazienti DCA mostrano una significativa vulnerabilità personologica, che può riflettere la presenza di disturbi di personalità o perlomeno uno scarso sviluppo delle capacità autodirettive.

La famiglia ha bisogno di una presa in carico che consideri le sue dinamiche come possibili determinanti, ma anche come conseguenza della malattia stessa [40]. Le responsabilità dei familiari devono essere riconosciute e definite, ma come possibilità di cambiamento e acquisizione di libertà, come incoraggiamento ed apertura alla speranza. È fondamentale per la cura un'attenzione analitica orientata alle dinamiche relazionali e personali che sono all'origine dei disturbi dei pazienti DCA.

Le finzioni per quanto appaiano concrete e legate ad una parte reale di avvenimenti e fatti interiori, devono tuttavia essere considerate come dotate di senso simbolico. Riteniamo che al successo del trattamento contribuiscano alcune caratteristiche proprie della Psicologia Individuale: l'uso intenzionale del contro-atteggiamento nonché la disponibilità ad un'autentica condivisione empatica di aspetti emotivi.

La presa in carico dei genitori, orientata sia in senso psicoeducativo che psicodinamico, può disattivare i circoli viziosi relazionali tra i membri della famiglia che inevitabilmente tendono a perpetrare il disturbo alimentare dei pazienti, proponendo nuove modalità di convivenza più adeguatamente allineate alle dinamiche di individuazione e separazione dei figli.

Il terapeuta può offrire inoltre la sua capacità di percepire emozioni differenziate, di mentalizzarle ed integrarle, restituendole ai pazienti pre-elaborate, con la finalità di promuovere una maggior tolleranza dell'ambivalenza e delle frustrazioni, attivando di conseguenza meccanismi difensivi più avanzati ed efficaci, e adeguati a dinamiche relazionali meno disturbanti.



### Bibliografia e Sitografia

1. ABBATE-DAGA, G., MARZOLA, E., AMIANTO, F., FASSINO, S. (2016), A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders, *Eat Weight Disord.* Dec; 21(4):553-580. doi: 10.1007/s40519-016-0265-9. Epub 2016 Mar 15. PMID: 26980319.
2. ACCOMAZZO, R. (1986), Il coraggio nella Psicologia Individuale al di là delle tecniche psicoterapeutiche di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 84-92.
3. ADLER, A. (1912) (a), Zur Erziehung der Eltern, tr. it. Per l'educazione dei genitori, *Psyche*, III: 362-382, 1914 e *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 5-16, 1994.
4. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
5. ADLER, A. (1929), *Individualpsychologie in der Schule*, tr. it. *La Psicologia Individuale nella scuola*, Newton Compton, Roma 1973.
6. ADLER, A. (1930), *Die Seele des schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
7. ADLER, A. (1930), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1973.
8. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1976.
9. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
10. ADLER, A. (1935), Über das Wesen und die Entstehung, tr. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.
11. AMIANTO, F., BERTORELLO, A., SPALATRO, A., CAZZANIGA, G., BIANCONI, A., CAVARERO, S., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2013), Counseling Parentale Adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 73.
12. AMIANTO, F., NORTHOFF, G., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S., TASCA, G. A. (2016), Is Anorexia Nervosa a Disorder of the Self? A Psychological Approach, *Front. Psychol.* 7:849. doi: .3389/fpsyg.2016.00849.
13. AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G., BAROSIO, M., RAMBAUDI, A., FASSINO, S. (2021), La Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy nell'anoressia nervosa: i tratti di personalità predicono i cambiamenti di peso? Uno studio preliminare, *Riv. Psicol. Indiv.*, 90: 91-114.
14. AINSWORTH, M. D. S. (1978), *Pattern of Attachment*, tr. it. *I modelli dell'attaccamento*, (raccolta di articoli a cura di N. Dazzi), Raffaello Cortina, Milano 2007.
15. ALLEN, J. G., FONAGY, P., BATEMAN, A.W. (2008), *Mentalizing in Clinical Practice*, tr. it. *La mentalizzazione nella pratica clinica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2010.
16. ALTMAYER, E., MALONEY, R. (2007), An initial evaluation of a mindful parenting program, *J. Clin. Psych.*, 63 (12): 1231-1238.
17. AMMANITI, V., GALLESE, V. (2014), *La nascita dell'intersoggettività. Lo sviluppo del Sé tra psicodinamica e neurobiologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

18. 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 Editore, Milano 2006.
19. VON BERTALANFFY, L. (1968), *General System Theory. Development, Applications*, tr. it. *Teoria Generale dei Sistemi*, Mondadori, Milano 2004.
20. BERTRANDO, P. (1997), *Misurare la famiglia: il metodo dell'emotività espressa*, Bollati Boringhieri, Torino.
21. BIANCONI, A., CAIRO, E., FASSINA, S., VIGLIANCO, P. (2004), "La realizzazione di un intervento individual-psicologico a rete nel trattamento dei disturbi borderline di personalità: presentazione di un caso clinico gestito in ambito privato", *XVIII Congresso Nazionale S.I.P.I.: Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto*, Bocca di Magra (SP).
22. BIANCONI, A., FASSINA, S. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento nella psicoterapia con i disturbi borderline e narcisistici di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67: 5-20.
23. BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss*, vol. 1, tr. it. *Attaccamento e perdita*, Vol. 1, L'Attaccamento alla madre, Bollati. Boringhieri, Torino 1999.
24. BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY & ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, (2009), *Borderline Personality Disorder. The N.I.C.E. guideline on treatment and management*, Leicester / London. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/43045/43045.pdf>
25. BROWN, G. W., CARSTAIRS, G. M., TOPPING, G. (1962), Influence of family life on the course of schizophrenic illness, *Br. J. Prev. Soc. Med.*, 16 (2): 55-68.
26. BURNETT, P. C. (1988), Evaluation of Adlerian parenting programs, *J. Indiv. Psychol.*, 44: 63.
27. CAIRO, E., FASSINA, S., GUASTAFIERRO, E., SCALDAFERRO, M. (2008), Considerazioni teorico cliniche sui comportamenti etero distruttivi e sul rischio suicidario nel disturbo narcisistico di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 15-26.
28. CAZZANIGA, G., VIGLIANCO, P., SIGNA, C., ZUCCOLIN, M. (2010), Efficacia del counseling adleriano individuale e di gruppo con genitori di pazienti affetti da DCA, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67 (suppl. su cd): 83-100.
29. Cherry, K (2021). What Is Family Therapy? Very Well Mind. <https://www.verywellmind.com/family-therapy-definition-types-techniques-and-efficacy-5190233>
30. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti Barbera, Firenze 1974.
31. DREIKURS, R., CASSEL, P. (1972), *Discipline without Tears*, tr. it. *Disciplina senza lacrime*, Ferio, Milano 1976.
32. FALLOON, I. R. H. (1993), *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*, Centro Studi Erickson, Trento.
33. FASSINO, S., AMIANTO, F. (2018), Psychoanalysis and Treatment of Body Image Disturbances in Eating and Weight Disorders, in CUZZOLARO, M., FASSINO, S., *Body Image, Eating, and Weight A Guide to Assessment, Treatment, and Prevention*, Springer.

34. FASSINA, S., SIMONELLI, B., CAIRO, E., FERRERO, A. (2011), Adolescenti e suicidio: le finzioni che corteggiano la morte, *Riv. Psicol. Indiv.*, 69 (suppl. su cd): 144-160.
35. FASSINO, S. (2002), Anorectic family dynamics: Temperament and character data, *Compr. Psychiatry*, 2002b; 43:114-12.
36. 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.*, Jun; 9(2):81-90.
37. FASSINO, S., AMIANTO, F., BRUSTOLIN, A., BERGESE, S., BOLGIANI, M. (2004), Psicopatologia e famiglia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 51-72.
38. FASSINO, S., DELSEDIME, N. (2007), *La famiglia è malata? Interazioni persona, famiglia, società*, Centro Scientifico Editore, Torino.
39. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Pan. Min. Med.*, 50 (2): 165-175.
40. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-64.
41. FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006), "Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy" (SB-APP): "psicoterapia a tempo limitato" per pazienti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 13-37.
42. FERRERO, A., CAIRO, E., FASSINA, S., PIERÒ, A., SIMONELLI, B. (2009), Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): technical issues for the treatment of aggressiveness in patients with Borderline Personality Organisation (BPO), *Pan Min. Med.*, 51 (suppl. 3): 39-50.
43. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria Ed., Torino.
44. FERRERO, A. (2018), Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP). A Psychopathology-Based Treatment, *Adlerian Society UK Institute for Individual Psychology*, Croydon, London.
45. FERRIGNO, G. (2009), La risonanza emozionale e il "ritmo" dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 81-92.
46. FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., LEIGH, T., KENNEDY, R., MATTON, C., TARGET, M. (1995), Attachment, the reflective self and borderline states, tr. it. Attaccamento, Sé Riflessivo e disturbi borderline, in FONAGY, P., TARGET, M. (a cura di LINGIARDI, V., AMMANNITI, M.), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano: 57-100. 2001
47. FONAGY, P., TARGET, M. (1997), *Attachment and reflective function: their role in self-organizations*, tr. it. *Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé*, in FONAGY, P., TARGET, M. (a cura di LINGIARDI, V., AMMANNITI, M.), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano: 101-136. 2001.

48. 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 (2), 411-456.
49. GABBARD, G.O., LAZAR, S.G., HORNBERGER, J. et.al. (1997), The economic impact of psychotherapy: review, *Am. J. Psychiatry*, 154 (2): 147-155.
50. 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.
51. GFROERER, K.P., KERN, R.M., CURLETTE, W.L., WHITE, J., JONYNIENE, J. (2011), Parenting Style and Personality: Perceptions of Mothers, Fathers, and Adolescents, *J. Indiv. Psychol.*, 67(1).
52. HALEY, J. (1980), *Leaving home*, McGraw Hill, New York.
53. HERU, A. M. (2006), Family psychiatry: from research to practise, *Am. J. Psychiatry*, 163: 962-9.
54. HOFFMAN, P. D., FRUZETTI, A. E., SWENSON, C. R. (1999), DBT - Family Skills Training, *Family Process*, 38(4): 399-414.
55. JAFFA, T., McDERMOTT, B. (2007), *Eating Disorder in Children and Adolescent*, tr. it. *I disturbi alimentari nei bambini e negli adolescenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2009.
56. KABAT-ZINN, J. (2004), *Full Catastrophe Living*, tr. it. *Vivere momento per momento*, TEA, Milano 2010.
57. KANDEL, E. R. (1999), Biology and the Future of Psychoanalysis: a New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited, *Am. J. Psychiat.*, 156, 505-24.
58. KERNBERG, P. F., WEINER, A. S., BARDENSIETIN, K. K. (2000), *Personality Disorders in Children and Adolescents*, tr. it. *I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*, Fioriti, Roma 2001.
59. KOHUT, H. (1977), *The Restoration of the Self*, tr. it. *La guarigione del sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1980.
60. LANCINI, M., (2015), Adolescenti navigati. Come sostenere la crescita dei nativi digitali, Erickson, Trento, in LAING, R. D. (1969), *The politics of the family*, Pelikan Books.
61. LANCINI, M., CIRILLO, L., SCODEGGIO, T., ZANELLA, T. (2020), *L'adolescente. Psicopatologia e psicoterapia evolutiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
62. LEFF, J. (1989), Controversial issues and growing points in research on relatives' expressed emotions, *Int. Soc. Psychiatry*, 3: 133-145.
63. LE GRANGE, D. (2005), The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa, *World Psychiatry*, 4-3:142-146.
64. LINEHAN, M. M. (1993), *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, tr. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2001.
65. MANASSIS, K. (2006), Family Involvement in Psychotherapy: What's the Evidence?, in HUDSON, J. L., RAPEE, M., *Psychopathology and the Family*, Elsevier, Oxford: 283-300.

66. MAZZONE, M. (1996), Gruppo curante e patologia borderline, in ROVERA, G.G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, Centro Scientifico Editore, Torino: 437-446.
67. MINUCHIN S., ROSMAN B. L., BAKER L. (1978), *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, tr. it. *Famiglie Psicomatiche*, Astrolabio, Roma 1980.
68. McVITTIE, J., BEST, A. M. (2009), The Impact of Adlerian-Based Parenting Classes on Self-Reported Parental Behavior, *J. Individ. Psychol.*, 65(3).
69. MOSAK, H., MANIACCI, M. (1998), *Tactics in Counseling and Psychotherapy*, Wadsworth Publishing Co Inc.
70. MUSI, E., SIMONELLI, B., FASSINA, S., RUTTO, F., LERDA, S., FERRERO, A. (2022), La storia di Sara: osservazioni cliniche e di ricerca sul processo di cambiamento in un percorso di psicoterapia time-limited, *Riv. Psicol. Indiv.*, 92: 27-50.
71. PAGANI, P. L. (1998), I principi dell'incoraggiamento, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari adleriani*, Franco Angeli, Milano.
72. PALESTRO, G., FASSINO, S. (2007), Famiglia malata, società malata?, in FASSINO, S., DELSEDEME, N. (2007), *La famiglia è malata? Interazioni persona, famiglia, società*, Centro Scientifico Editore, Torino: 72-78.
73. PARENTI, F. (1983), *La psicologia individuale dopo Adler. Teoria generale adleriana. Lineamenti di psichiatria dinamica. Metodologia e tecniche di analisi*, Astrolabio, Roma.
74. PIETROPOLLI CHARMET, G. (2000), *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida*, Raffaello Cortina, Milano.
75. PIETROPOLLI CHARMET, G., PIOTTI, A. (2009), *Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
76. RIGHETTI, L., ROSSI, F. (2021), Adolescents-entis, "in via di crescita" al tempo del Covid-19. Ritiro sociale individuale e collettivo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 89: 115-130.
77. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rass. di Ipnosi*, Min. Med, 74: 1-7.
78. ROVERA, G. G. (1992), La costellazione familiare tra individuo e società, in MASCETTI, A., ZIGHETTI, M. (a cura di), *La Costellazione familiare*, *Atti del V Congresso Nazionale S.I.P.I.*, Stresa (NO), 1992.
79. ROVERA, G. G. (1992), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. P. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
80. ROVERA, G. G. (1979), Il sistema aperto della Individual-Psicologia, *Quad. Riv. Psic. Indiv.*, n° 4.
81. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
82. ROVERA, G. G., (2015), Lo stile terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.
83. SALA, C. E., BIGNAMINI, E. (2018), Dinamiche intrapsichiche e relazionali nel web: rotte di navigazione per adolescenti e adulti nel cyberspazio, *Riv. Psicol. Indiv.*, 83: 73-82.
84. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who we Are*, tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2001.

85. SIEGEL, D. J. (2007), *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*, tr. it. *Mindfulness e cervello*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2009.
86. SIMONELLI, B., FASSINA, S., SCALDAFERRO, M., GUASTAFIERRO, E. (2007), Dis-socialità e autolesionismo nel Disturbo Borderline di Personalità: due casi clinici, *Riv. Psicol. Indiv.*, 62: 69-86.
87. SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO E., FERRERO A. (2011), Identità e personalità in adolescenza. Finzioni guida e rischio psicopatologico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 69 (suppl. su cd): 259-269.
88. SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO, E., BIANCONI A. (2011), "Mindfulness interventions in the treatment of patients with Borderline Personality Organization", *25<sup>th</sup> International Congress of Individual Psychology: Separation, Trauma, Development*, Vienna.
89. TONIONI, F. (2013), *Psicopatologia web-mediata. Dipendenza da internet e nuovi fenomeni dissociativi*, Springer-Verlag, Milano.
90. TURUANI, L., COMAZZI, D. (2015), *Mamme avatar. Come le mamme di oggi possono usare collaboratori, tecnologia e presenza simbolica per accompagnare i figli nella crescita, anche quando sono lontane*, Bur Parenting, Milano.
91. WALLIN, D. J. (2007), *Attachment in psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*, Il Mulino, Bologna 2009.
92. WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H., JACKSON, D. D. (1967), *Pragmatics of Human Communication*, tr. it. *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 1971.
93. WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. H. (1978), *The Interactional View*, tr. it. *La prospettiva relazionale*, Astrolabio Roma 1979.
94. UniTO News, 6 novembre 2023.

Alessandra Bianconi  
Strada Valle Sauglio 78  
I- 10020 Pecetto (Torino)  
E-mail: [alessandrabianconi@inwind.it](mailto:alessandrabianconi@inwind.it)

Andrea Rambaudi  
Via Assarotti 1  
I- 10128 Torino  
E-mail: [andrearambaudi@gmail.it](mailto:andrearambaudi@gmail.it)

Paola Viglianco  
Via Assarotti 1  
I- 10128 Torino  
E-mail: [p.viglianco@alice.it](mailto:p.viglianco@alice.it)

## L'influenza della posizione di nascita sulla strutturazione dello stile di vita

LUCA BOSCO

*Summary* – THE INFLUENCE OF THE POSITION OF BIRTH ON THE STRUCTURING OF THE STYLE OF LIFE. The article summarizes the thought of Adler and his students, about the influence of the birth position in the structuring of lifestyle, through the analysis of the family constellation. More than the order itself, it is necessary to keep in mind the psychological position occupied by the subject within the phratry. Therefore, the roles of only child, firstborn, secondborn, middle brother, lastborn, will not be an absolute determinant, but a trend. In fact, various factors will have a considerable influence, including the sex of the child, the age difference between the brothers, the physical and cognitive characteristics, the family climate in which the child is born, any roles assumed by the child (“benjamin”, “black sheep”, etc.). A short section describes position inferiority complexes. Some clinical cases illustrate these aspects, in order to integrate the theoretical contributions with clinical practice.

*Keywords:* POSIZIONE DI NASCITA, COSTELLAZIONE FAMILIARE, FRATRIA

### I. La costellazione familiare

La famiglia è il contesto originario di ogni processo identitario, sociale ed educativo, poiché al suo interno troviamo la matrice di ogni relazione. I fratelli e le sorelle costituiscono i “primi altri” che aprono all’alterità e alla diversità, e che aiutano a definirsi in quanto individui. In questo contesto si impara a convivere con le principali polarità dell’esistenza: maschio/femmina, piccolo/grande, forte/debole, distanza/prossimità, ecc. [26<sup>1</sup>].

<sup>1</sup> L’interessante articolo di Rosa Grazia Romano, pur avendo una nutrita bibliografia, e citando i maggiori autori che si sono occupati dello studio sulla fratria e dell’ordine di nascita (Sulloway, König, Toman, Dunn, Mitchell), conferma ancora una volta quanto Adler e la sua opera siano misconosciute. Quest’ultimo, infatti, non viene menzionato, benché molti dei concetti espressi sembrano derivare da un testo di psicologia adleriana. Il lavoro di Toman (1969) è citato anche nel *Manuale per l’analisi dello stile di vita* di Shulman e Mosak (1990, p. 53). In esso vengono stilati dei profili di personalità per ogni posizione di nascita, con la descrizione dei principali tratti psicologici e comportamentali.

La fratria dà vita all'*imprinting* della forma che ha il nostro essere-nel-mondo e il nostro con-esserci (*Mit-Dasein*) [14, 26].

La psicologia individuale ha denominato *costellazione familiare* il primo contesto relazionale del bambino, un sociogramma del gruppo familiare durante gli anni formativi. In questo campo di esperienze precoci si sviluppano i pregiudizi, le convinzioni, gli atteggiamenti e l'approccio alla vita, che sono alla base della personalità [13].

L'orientamento ambientalista e l'interesse per il sentimento comunitario richiedono allo psicologo adleriano di studiare con attenzione la famiglia di origine del soggetto [19], proprio in considerazione del fatto che i primi quattro o cinque anni di vita e l'immersione in un determinato ambiente familiare, hanno una notevole influenza sulla costruzione dello stile di vita [3].

Gli elementi principali della costellazione familiare sono: la fratria, i valori familiari, l'atmosfera della famiglia, il comportamento dei genitori e il ruolo che vi ricopre ogni bambino. L'analisi della costellazione familiare, insieme alla raccolta dei primi ricordi, è il metodo più attendibile per determinare lo stile di vita di una persona, giacché in essa rileveremo le linee direttrici create durante l'infanzia, nonché numerose informazioni sui genitori e sui fratelli, e sulle risposte caratteristiche del bambino alle dinamiche familiari [27].

Lo studio del rapporto tra fratelli e sorelle (*sibling*) è stato tendenzialmente trascurato, dando maggiore rilievo al rapporto genitori-figli e, secondo un'ottica adultocentrica e verticale, occupandosi dei bambini soltanto in quanto figli [26]. Analizzare la fratria anche in un'ottica orizzontale può ampliare la prospettiva, e consente di osservare i bambini da un'angolazione interna e trasversale [20].

In ambito adleriano notevole importanza viene assegnata ai rapporti interpersonali nella fratria [3], all'interno dei quali vi sono «confronti e competizioni, privilegi e gelosie, dimostrazioni di ruolo da assumersi come modelli o invece da respingere» (24, p. 56).

I fratelli possono competere per ottenere l'attenzione dei genitori, per conquistare determinati vantaggi, affinché venga riconosciuto un certo status o posizione all'interno della famiglia. Ognuno di essi, infatti coltiva quelle caratteristiche con le quali spera di acquisire significato nell'ambito della struttura familiare [12].

La competizione tra fratelli è vista come una lotta per garantirsi un posto all'interno del gruppo, in contrapposizione con gli altri membri, percepiti come antagonisti<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Le stesse guerre possono essere intese come una lotta di potere fra pari, in cui si esercita una violenza "laterale" e "orizzontale" [24].



La competizione non è necessariamente espressa in modo diretto ed esplicito attraverso una “lotta”, ma indirettamente ad esempio conformandosi allo stereotipo del ruolo, o attraverso l’obbedienza ai genitori, o eccellendo in un particolare ambito o per una determinata caratteristica. I membri della fratria selezionano darwinianamente quella che sembra essere la variante più utile per ottenere un posto all’interno della famiglia [27, 28].

Nella competizione tra i fratelli, di solito, ottiene una posizione di vantaggio chi ha il maggior sostegno da parte dei genitori. Il bambino, in questo caso, tende ad acquisire le caratteristiche del genitore che si è mostrato suo alleato, per raggiungere una meta di superiorità. Sempre allo scopo di ottenere maggiore importanza all’interno della costellazione familiare, un bambino può assumere le caratteristiche del genitore più severo con lui, giacché ai suoi occhi rappresenta l’immagine del potere.

Il successo di uno dei fratelli in un determinato ambito, può comportare lo scoraggiamento e la rinuncia a proseguire in tale ambito da parte degli altri fratelli. In ogni caso, è il modo in cui i genitori si rapportano ai figli che determina o l’acuirsi della rivalità fraterna, o il suo fisiologico superamento [27, 11].

Oltre a sottolineare l’aspetto della competizione, occorre tenere presente che i bambini non crescono a livello esistenziale e valoriale solo attraverso l’esempio e gli insegnamenti dei genitori, ma anche attraverso il rapporto che si instaura all’interno della fratria. Ciò evidenzia il *valore strutturante e co-educativo dell’orizzontalità fraterna* nella costruzione identitaria, affettiva e relazionale dell’individuo [26].

Tuttavia, non basta nascere dagli stessi genitori, per sentirsi “fratelli-fraternali”; occorre mediare, lottare e condividere, scontrarsi e perdonarsi, aprirsi al riconoscimento e all’accettazione dell’altro. Tutto ciò che avviene nella costellazione familiare ha un’importanza fondamentale per la strutturazione dell’Io sociale: «solo un “sufficientemente buono” sviluppo dell’Io in famiglia e nelle relazioni fraterne e sorerne può porre le basi per un solido *Io sociale*» (26, p. 80).

I fattori culturali e di costume esercitano un forte condizionamento rispetto a come vengono interpretati i ruoli all’interno della famiglia [25]. La psicologia adleriana è attenta alle variazioni della cultura e alle trasformazioni della società, per cui si rileva che le “figure tipo” delineate da Adler all’inizio del secolo scorso non trovano in parte più riscontro nell’ambiente di oggi, in particolare per quello che riguarda il declino dei diritti del primogenito e i vantaggi acquisiti dal secondogenito.

Attualmente non si rileva, nella nostra cultura, un “diritto di primogenitura”, come speciale privilegio ad una maggiore affermazione rispetto agli altri fratelli; non vi è più nei genitori la tradizione di dirigere la preferenza verso il primogenito.

Anzi, attualmente, il maggiore privilegio sembrano averlo gli ultimogeniti, laddove i genitori operano «una revisione gratificante dei concetti educativi applicati in precedenza» (22, p. 93). In alcuni casi, quando nasce un fratellino, i primogeniti possono sperimentare una ferita narcisistica, un vissuto di ingiustizia, che li può portare ad ingaggiare delle competizioni a volte regressive con i fratelli, come ad esempio la ricomparsa dell'enuresi o la richiesta di dormire nel letto con i genitori. Tale situazione si accentua qualora i genitori pretendano che il primogenito “faccia il grande”, non sintonizzandosi con i suoi bisogni, e non riconoscendo il suo malessere.

Non c'è una posizione migliore e una peggiore in assoluto, giacché molto dipende da come esse sono concretamente sperimentate nella vita dei singoli soggetti. Ogni posizione comporta dei compiti o delle sfide caratteristiche, a cui il bambino risponde in un modo suo proprio. I tratti adulti rifletteranno le modalità con cui nell'infanzia si è risposto a tali compiti [15, 27, 28, 29].

Alla luce di tutto ciò, i rapporti tra i fratelli vanno sempre indagati, in sede di consultazione, anche come possibile matrice di un complesso di inferiorità, ma occorre tenere presente, oltre all'ordine di nascita, tutta una serie di fattori concomitanti, tra i quali: le caratteristiche fisiche e cognitive comparate, lo stato di salute e le doti estetiche, il costume generale e specifico della famiglia, il possibile ruolo di bambino “desiderato” o “rifiutato”, il modo in cui la famiglia e la cultura di appartenenza interpretano i ruoli maschile e femminile, nonché i contatti con i coetanei [22, 23].

Altri fattori possono essere: la differenza di età tra i fratelli, la dimensione della famiglia, la competizione extra-familiare, le differenze di sesso, l'eventuale presenza di fratelli “speciali”, o ancora i favoritismi verso uno dei fratelli da parte di uno e di entrambi i genitori [27]. Particolare rilievo potrebbero avere i “ruoli speciali” occupati nel sistema ecologico familiare (ad esempio, la “pecora nera”), o quelli assegnati ai bambini all'interno del mito familiare: il bambino nato dopo numerosi aborti, il bambino chiamato con il nome di un parente defunto, il bambino nato fuori dal matrimonio, ecc. [27].

## II. *La posizione di nascita*

Come – forse tra i primi – giustamente Adler sottolinea ne *Il senso della vita* [9], occorre sfatare il mito che all'interno della famiglia i fratelli vengano trattati tutti nello stesso modo, usufruendo del medesimo ambiente e delle identiche condizioni di partenza, andando ad occupare una posizione uguale a quella degli altri fratelli.

Obiettivamente, nonostante le migliori intenzioni, non è sempre semplice per i genitori distribuire il loro amore e le loro attenzioni equamente a tutti i figli [2]. Dunque, in realtà, ogni bambino usufruisce dell'educazione e dell'ambiente che trova in quel momento, che possono essere anche diversi da quelli che hanno caratterizzato l'in-

fanzia dei fratelli maggiori, a partire dalla propria opinione sul mondo e dalla propria creatività. Dunque, la situazione psicologica di ciascun bambino è individuale, e si differenzia da quella dei fratelli in relazione all'ordine di nascita o, più precisamente, al modo in cui egli interpreta tale realtà [4]. Ciò che conta, dunque, è la *posizione psicologica*, più che l'ordine in sé [27]. Quest'ultimo, infatti, non è una determinante assoluta, ma solo una tendenza [4].

Di conseguenza, per quanto l'ordine di nascita possa incidere sulla formazione dei tratti personologici e caratteriali di ogni individuo [15, 28, 29], sarebbe riduttivo legare deterministicamente le caratteristiche della personalità all'ordine di nascita in maniera assoluta e duratura, poiché in gioco subentrano molteplici e complessi elementi, come i fattori storico-sociali, economico-culturali, affettivo-relazionali, psicologici, educativi [26, 28].

La posizione psicologica è la *collocazione di ruolo* del bambino, il modo in cui egli si colloca all'interno della famiglia. Ogni ruolo, per essere sancito come tale, comporta un insieme di aspettative di comportamento e di richieste. Tanto meglio il bambino agisce il suo ruolo ("abilità di ruolo") e quanto più ne riceve soddisfazione ("congruenza di ruolo"), tanto più questo aspetto potrebbe influenzare la relazione tra ordine di nascita e tratti adulti [27].

Per Adler, la posizione nell'ordine di nascita era uno dei cinque fattori che permettono al clinico di comprendere lo stile di vita del paziente<sup>3</sup> [9]. Ma occorre ribadire che l'influenza di questi fattori non deve essere intesa in senso deterministico, quanto piuttosto nella prospettiva globale dell'orientamento di Adler, che riconosce nei fattori oggettivi solo delle "tentazioni e lusinghe" a cui l'individuo risponde in maniera creativa.

Anche se certi fattori intervengono in maniera significativa nella vita di una persona, si tratta pur sempre di probabilità e non di cause [10]. Detto ciò, Adler [6] insisteva sull'impronta indelebile che la posizione nella famiglia può lasciare sullo stile di vita dell'individuo, e riteneva che i problemi dello sviluppo potessero essere causati da rivalità, competizione, tensione verso il dominio e mancanza di cooperazione tra i membri della famiglia. Ma sottolineava altresì come l'educazione alla cooperazione in famiglia e lo sviluppo del sentimento sociale potessero evitare queste distorsioni [3, 6].

Durante la prima infanzia, quindi, può accadere che la posizione predominante di uno dei fratelli danneggi la posizione di un altro. Così come possiamo trovare situazioni dove la chiara predilezione dei genitori per uno dei figli può danneggiarne un altro, favorendo così in lui un forte senso di inferiorità, che in taluni casi può sfociare in un complesso di inferiorità.

<sup>3</sup> Gli altri quattro fattori sono: i ricordi infantili, i difetti e le imperfezioni presenti nell'infanzia, i sogni diurni e notturni, gli eventuali fattori esogeni che hanno scatenato la sintomatologia.

Anche il sesso del nascituro non è del tutto indifferente per alcuni genitori (come vedremo in uno dei casi presentati), e ciò chiaramente comporta uno svantaggio iniziale, un *minus* a partire dal quale il bambino o la bambina costruiranno il proprio stile di vita e articoleranno la propria dinamica fra inferiorità e superiorità, cosa che a sua volta influenzerà la modalità di stare nel mondo e con gli altri.

Di seguito descriviamo le caratteristiche più frequenti delle varie posizioni di nascita.

Il **figlio unico** cresce in un mondo di adulti, spesso iperprotettivi e in ansia per lui, con una educazione tendenzialmente viziante, cosa che determina la sensazione di essere al centro del mondo, di valere in modo particolare, e lo legittima a comportarsi di conseguenza. La madre ha paura di perderne l'affetto, e dunque è portata a tenerlo sotto controllo.

Ciò determina un “complesso materno” [3, 6]: il bambino può attaccarsi eccessivamente alla mamma, finanche al punto da escludere il padre, e può essere terrorizzato dall'idea di avere fratelli e sorelle. Considera una grossa ingiustizia il fatto di poter perdere la propria posizione di privilegio. Nella vita potrebbe avere difficoltà a gestire quelle situazioni nelle quali non è al centro dell'attenzione.

Come finzione guida cercherà di avere sempre una posizione centrale di massimo prestigio [1]. Il figlio unico è particolarmente esposto agli “attacchi pedagogici” del suo ambiente. Potrebbe sviluppare poca autonomia, cercare sempre un appoggio, e attendere sempre che gli altri gli mostrino la strada. Spesso viziato dai genitori, che tentano di riservargli solo le cose piacevoli della vita, limitandogli al massimo quelle spiacevoli, egli potrebbe non sviluppare le risorse per affrontare le difficoltà e la complessità della vita [3].

Il figlio unico non percepisce gli altri come rivali, anche se può rivolgere i suoi sentimenti di competizione verso il padre [6]; gli altri destano in lui più curiosità, che competizione. Egli, infatti, ha un comportamento sociale teso più a compiacere che a contrapporsi [27]. Il figlio unico può provare una predilezione per le persone più grandi, dal momento che è tra i grandi che si è sempre svolta la sua vita [5].

Quando i figli sono più di uno, il **primogenito** sperimenta una situazione che invece i fratelli non vivranno. Per un certo periodo vive da figlio unico, e come tale beneficerà delle attenzioni destinate al figlio unico. Egli vorrebbe continuare ad essere il primo, si sente autorizzato ad avere la precedenza, ed è spesso orientato all'affermazione [27].

Quando poi nasce un fratello o una sorella, il primogenito perde la sua posizione di privilegio, e viene “detronezzato”, termine usato da Adler [9] per sottolineare come il piccolo imperatore di casa sia ora costretto a farsi da parte per la presenza di un nuovo predestinato, e a condividere con un rivale l'attenzione dei genitori [6]. Si pensi, dunque, a tutto il lavoro che occorre fare per passare dall'essere *l'unico a essere unico* [28].

Circa gli effetti della detronizzazione, naturalmente vi saranno significative differenze individuali, a seconda dell'ambiente, degli anni intercorsi fino all'arrivo del secondogenito, e della riduzione dello spazio vitale che quest'ultimo determinerà nella vita del primo. Di solito, rileva Adler, più l'educazione è stata viziante, e maggiori saranno per il primogenito le sofferenze insite nella detronizzazione. Egli, infatti, ha come scolpita nel suo animo l'opinione: «All'improvviso viene qualcuno e mi porta via tutto» (5, p. 303).

La protesta del primogenito, allora, verterà principalmente sul fatto che sia giustificato il suo diritto al potere. Il timore di essere detronizzato, spesso fa sì che il primogenito sviluppi un'ottima comprensione dei rapporti di potere, con il risultato, però, che il potere – e la lotta per conseguirlo – diventano il faro che guida la sua vita [5]. La finzione guida del primogenito, infatti, consiste in una richiesta di indiscusso riconoscimento di quella grandezza e di quel potere che aveva prima della nascita dei fratelli [1]. Se l'educazione è stata particolarmente viziante, inoltre, il primogenito risulterà carente di sentimento sociale, e non è raro che ciò da adulto possa sfociare in una nevrosi [9]. In questo caso, l'auspicio di morte che il primogenito rivolge al secondo quando sono bambini, può esitare in sentimenti di rabbia e odio verso l'altro da sé, vissuto sempre come avversario.

Anche gli altri fratelli possono essere estromessi dalla loro posizione, in seguito all'arrivo di un nuovo fratello ma, secondo Adler [6], avendo già sperimentato la cooperazione e non avendo mai ricevuto attenzioni esclusive, non ne risentono come il primogenito. Nei casi favorevoli, tra i primogeniti potremo trovare una tendenza ad aiutare e proteggere gli altri, ma questa posizione nel tempo potrebbe avere un risvolto di appesantimento e iperresponsabilizzazione, dovendo essere sempre il più grande, il più forte, quello che ha meno bisogni rispetto ai piccoli, e che deve fungere sempre da esempio.

Questa tendenza, se esasperata e distorta, può dunque trasformarsi in desiderio di dominare e controllare gli altri, di mantenerli in uno stato di dipendenza [6]. Di conseguenza, a seconda delle circostanze, potremo rilevare una spinta affermativa verso la volontà di potenza, verso la conquista di una superiorità; oppure una grossa difficoltà a reggere il peso di questo ruolo, con conseguente sentimento di inferiorità che mina fortemente l'autostima del primogenito [22].

Il **secondogenito** non è mai stato solo, non ha mai avuto l'attenzione esclusiva [5]; egli nasce con già un fratello maggiore che, oltre a precederlo nello sviluppo, tenta di far valere la propria superiorità. Egli, dunque, “parte in ritardo” e deve cercare di mettersi alla pari. L'altro è un antagonista con il quale deve misurarsi<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Doris Lessing nel suo racconto *Victoria e gli Stanevey*, descrive in modo efficace uno dei personaggi in rapporto al proprio fratello maggiore: «Tutte le sue scelte dipendevano dal fatto di essere fratello minore di una pietra di paragone» (2003; p. 108).

Egli è alla ricerca di un'area in cui avere successo; si spinge avanti come in una corsa, e non può sopportare che qualcuno gli passi avanti [5]. Una delle modalità che il secondogenito può provare per detronizzare il fratello maggiore è quello di stabilire un contatto più stretto con i genitori; per fare ciò, può utilizzare qualsiasi mezzo, anche quelli privi di utilità. Rispetto alle posizioni tendenzialmente elitarie e conservatrici del primogenito [3], il secondo può avere spinte rivoluzionarie, ed essere disposto a seguire la guida altrui [27]. La finzione guida del secondogenito è quella di liberarsi dal potere degli altri [1].

Il secondogenito ha un intermediario nel rapporto con i genitori e impara il mondo con la traduzione simultanea del primogenito [28]. Egli ha un "battistrada" che, per certi versi, può facilitargli la vita [5, 6]. Nel secondogenito Adler riscontra quasi sempre «un estremo desiderio di primeggiare, che si palesa ora in una maggiore energia, ora in un temperamento brioso, ora sul versante della socialità, ora in un insuccesso.

È necessario accertare che egli non si trovi prevalentemente impegnato in una gara cui partecipa anche il fratello, considerandosi costantemente sottoposto a pressione.» (9, p. 129). Di solito, quando fra i due fratelli passano molti anni, le influenze di questa dinamica sono minori; al contrario, queste possono diventare molto intense quando vi è poca differenza di età tra i due [6]

Quando uno dei due figli delude o ha delle caratteristiche giudicate negativamente dai genitori, è possibile che l'altro fratello venga sovrastimato. D'altra parte, in linea di principio, il secondogenito è più vicino alla cooperazione, rispetto al primogenito, perché ha condiviso le attenzioni e le cure dei genitori con l'altro fratello [4, 6].

Anche i sogni possono avere queste caratteristiche: tipico è l'affannarsi del secondogenito, o correre dietro a qualcosa o qualcuno; mentre il primogenito può fare sogni di superiorità, dove sta in alto, ma al contempo anche sogni di caduta [4, 6]. Il figlio minore può sviluppare un vissuto di essere messo in secondo piano, un *sentimento di essere posposto* [*Zurückgesetzt fühlen*] [2] e uno spiccato sentimento di inferiorità rispetto ai fratelli più grandi, che può comportare carenze a livello sociale e scarsa coscienza dell'importanza della comunità, in favore di una superiorità personale. Egli può manifestare un ardente desiderio di affermarsi, possedere e potere.

Non è scontato che egli fallisca automaticamente nella sfera sociale: se il secondogenito si mantiene nei limiti dell'ambizione accettata dalla nostra cultura, e se riesce a raggiungere il primogenito in modo da non perdere la speranza di essere uguale a lui, si svilupperà senza ostacoli. Se, invece, perde questa speranza e il coraggio, e se esagera a dismisura tratti come invidia, avarizia, diffidenza e brutalità, potrà diventare un "bambino difficile", e tenderà a considerarsi un "avversario degli altri" [5, 2].

Nella Bibbia la primogenitura comportava diversi diritti, tra i quali una specie di principato su tutti gli altri fratelli e su tutta la famiglia. Il primogenito riceveva dal padre morente una speciale benedizione, e alla morte del padre riceveva il doppio di quanto andava agli fratelli. Nella Genesi troviamo la storia di Esaù e Giacobbe, in cui il primo vendette la sua primogenitura al secondo, il quale, come sottolinea Adler si pose nella posizione del «secondogenito che dà la scalata al cielo» (9, p. 129). Egli desidera essere il primo, superare Esaù, ed eccellere su di lui [4].

Il **figlio di mezzo** ha un antagonista davanti a lui e un inseguitore dietro di lui; è accerchiato, si sente con le spalle al muro, ed è alla ricerca di un significato. È particolarmente sensibile alle ingiustizie, e teme di perdere ciò che gli spetta [26] ma, tendenzialmente cresce al sicuro dalle ansie genitoriali [28]. I naturali vantaggi del fratello maggiore e le attenzioni rivolte al fratello minore, possono diventare un fardello che costringono alcuni bambini ad adottare esagerate “misure protettive” per ristabilire il sentimento di essere ancora alla stessa altezza.

Il bambino posposto può chiudersi in se stesso, sentirsi ferito anche per cose di poco conto, reagire con ipersensibilità, suscettibilità, irritabilità. Se si scoraggia e perde fiducia, può vivere costantemente preoccupato di non essere capace di fare nulla, di doversi vergognare e di essere punito; ciò lo convince ad accettare e giustificare il fatto di essere stato trascurato rispetto ai fratelli [2].

L'**ultimogenito** non è mai solo, ma non è seguito da altri fratelli, dunque è l'unico che non può essere detronizzato. Egli non sperimenta la minaccia di un successore; non vive la tragedia di vedere il proprio posto preso da un altro [5]. In qualche caso, paga il prezzo di questa unicità con un intenso vissuto di solitudine [28]. D'altra parte, egli ha più strada da percorrere per riguadagnare terreno, e perciò potrebbe essere molto ambizioso; ma se smette di lottare, accetta un ruolo dipendente [27].

In molti casi riceve un trattamento particolare e cresce in un'atmosfera più calda [3]. È spesso viziato dai genitori, e vi è il rischio che venga considerato sempre bisognoso, piccolo e debole. Ciò aumenta ogni giorno «la sua aspirazione a superare tutti coloro che lo hanno preceduto» (9, p. 131).

Se l'ultimogenito tende ad essere considerato sempre come il più piccolo, colui di cui non ci si può fidare e a cui non si possono lasciare iniziative, potrebbe rafforzarsi in lui la propria tensione alla potenza, ed egli potrebbe tentare di dimostrare che invece può tutto. In questo caso, sarà un individuo soddisfatto solo se posto nella migliore situazione e sarà sempre portato a superare gli altri [3].

Alcuni ultimogeniti non sopportano di avere qualcuno dinnanzi a sé e diverranno molto competitivi, incarnando quello che Adler [3] definisce lo “spirito del campione”.

Tuttavia, se compaiono delle difficoltà, potrebbero tentare di aggirarle, trovando comunque una strada che assicuri loro il dominio sugli altri [5], evitando di ingaggiare una lotta diretta per la supremazia (atteggiamento tipico dei soggetti viziati). Se, infatti, l'ultimogenito dovesse incontrare un ostacolo che non si sente di superare, potrebbe scoraggiarsi, sentirsi debole, trovare scappatoie, evitare i rischi, passare il tempo nell'inerzia, trovare scuse per i propri insuccessi, rafforzare la propria "diserzione dalla vita" [3, 6].

In altri casi, si osservano negli ultimogeniti «manifestazioni più nobili» (3, p. 142), al fine di raggiungere la meta su un altro piano, ad esempio superando i fratelli nel campo del sentimento sociale (vedi il richiamo biblico di Adler [3] a Giuseppe, il figlio di Giacobbe, "salvatore della famiglia") o attraverso l'astuzia e l'intelligenza (vedi le numerose fiabe in cui il protagonista ultimogenito risolve la crisi in atto e trionfa).

D'altro canto, come è vero che spesso l'ultimogenito può sperimentare un profondo sentimento di inferiorità che può esitare in un complesso, per il fatto di essere surclassato da tutti i componenti del proprio ambiente; è vero anche il fatto che il solo nascere in un ambiente già ricco di stimoli e di confronto e competizione con gli altri, può consentire all'ultimogenito di avere un rapido sviluppo delle sue qualità, tanto – in qualche caso – da portarlo a superare gli altri [6].

### III. *Inferiorità di posizione*

Da quanto abbiamo detto, risulta chiaro quanto per Adler fosse decisiva l'influenza dell'ambiente ai fini dell'insorgenza del complesso di inferiorità e del carattere nevrotico. Lo stile di vita di un individuo e la sua struttura psichica sono influenzati dal ruolo che si interpreta nella costellazione familiare. Il bambino, dunque, sottomette le sue eventuali facoltà ereditarie, al ruolo e alla posizione occupata all'interno della fratria, e questi diventano la legge che guiderà la sua esistenza [5].

Per illustrare i *complessi di inferiorità di posizione* seguiremo la sintesi del lavoro adleriano proposta da Cargnello. Tali complessi sono sempre ingenerati da errori o carenze pedagogiche di un'educazione che, anziché accompagnare il bambino ad affrontare con coraggio le difficoltà della vita, modula ogni intervento esclusivamente in funzione della posizione occupata nella costellazione familiare e nella fratria.

Tali errori pedagogici possono consistere nello spronare eccessivamente un bambino alla lotta per la supremazia, esigendo troppo da lui, e perciò mettendolo in ansia rispetto alla conquista di primati e successi. Allo stesso modo, il relegare un bambino in una posizione di sudditanza, facendolo dipendere da ordini perentori, lodi o biasimi, non gli permette di conquistare l'autonomia e di sviluppare un sentimento comunitario.



Egli, dunque, cresce sempre bisognoso di consensi e approvazioni. Altri errori pedagogici riguardano gli interventi genitoriali contraddittori e ondivaghi, le punizioni immotivate o esagerate, il mettere in competizione fra loro i bambini, suscitando rivalità e non collaborazione.

Anche avere delle evidenti preferenze per taluni e un'eccessiva severità con altri, è un errore; così come impedire al bambino di soddisfare il suo bisogno di azione e lo sviluppo delle sue attitudini. Lo stesso dicasi per il soddisfare ogni capriccio del bambino, dopo essersi spazientiti in seguito alle sue insistenti lamentele, evidenziando una incoerente linea di condotta [18].

Per quanto riguarda il **figlio unico**, il fatto che su di lui si concentrino tutte le attenzioni dei genitori, e che questi spesso gli si sostituiscano nella risoluzione dei problemi, può alimentare nel bambino la convinzione che ogni suo desiderio debba essere esaudito.

Ciò può comportare un ostacolo allo sviluppo delle sue attitudini e del suo sentimento di comunità, che avrebbero potuto rivelarsi utili nella società. Adler parla di *Complesso del principino*, nel maschio, e di *Turandot*, nella femmina, per descrivere quella condizione per cui il bambino, uscendo dall'atmosfera ovattata e iperprotettiva della famiglia, vada incontro ad umiliazioni, a scuola o in società, vissute come grandi ingiustizie, che lo faranno sentire inferiore rispetto agli altri [Ivi].

Il figlio **primogenito** può sviluppare un sentimento di inadeguatezza rispetto al ruolo che la società gli impone. La famiglia e la società gli attribuiscono un ruolo e dei compiti superiori a quelli dei fratelli, per cui egli deve dimostrare di essere "il più grande", e dunque anche "il più bravo", dovendo "stare al di sopra" dei fratelli [3]. Questo indirizzo educativo familiare può comportare che il primogenito tenda a considerare tutto in base a schemi antitetici del tipo Alto/Basso, vittoria/sconfitta, ecc.

Egli, solitamente, accetta il ruolo, perché sembra poterlo favorire e permettere di godere di alcuni benefici; ma quando il compito diventa troppo gravoso, possono insorgere delle difficoltà a mantenere il ruolo e il suo primato. Tutto ciò potrebbe fissarsi in un complesso, riguardante il sentimento di non essere all'altezza e il vissuto di inadeguatezza rispetto al ruolo assegnatogli.

Il **secondogenito** può sentirsi confinato in una posizione di secondo piano rispetto al primogenito, finendo col viverci come effettivamente inferiore rispetto al fratello maggiore. Nella competizione che ingaggia con il fratello maggiore, qualora quest'ultimo non venga eclissato, il secondogenito potrebbe subire uno scacco e battere in ritirata. La sua meta può essere stata messa troppo in alto, tanto da determinare nevroticamente il suo approccio alla vita e alle cose, in nome di un ideale, di una finzione, di una apparenza senza valore [3].

Il figlio **ultimogenito** può correre il rischio di rimanere anche da adulto “il più piccolo”, e dunque oggetto e/o bisognoso di particolari attenzioni e premure da parte dei genitori e dei fratelli maggiori. In qualche caso, invece, vi è la tendenza a considerare meno l’ultimo nato, a dare meno importanza alla sua personalità e al suo modo di pensare; e mentre il tempo passa, non ci si accorge che egli cresce. In taluni casi, il sentimento di restare piccolo, è per questi soggetti un sentimento di inferiorità che può fissarsi in un complesso.

Adler [3] sottolinea come in qualche caso l’ultimogenito sembra sia venuto al mondo con organi deboli, non in senso reale, ma per quello che prova e sente; e che qualora incontri ostacoli nella sua vita, e si scoraggi, potrebbe tendere alla rinuncia, all’evitamento, agendo sempre sotto l’impressione della propria inferiorità e dell’inconciliabilità con l’esistenza.

Altre situazioni che potrebbero favorire un *complesso di inferiorità di posizione* sono:

- a) essere l’unico maschio in una fratria di femmine [6], a causa dell’influenza e del condizionamento dei comportamenti infantili;
- b) essere il figlio adottivo o illegittimo, a causa del vissuto di umiliazione derivante da vere o presunte preferenze dei genitori per i figli naturali e legittimi;
- c) essere (il migliore) amico di un bambino considerato superiore, perché considerato più forte, intelligente, abile, ricco, ecc.
- d) trovarsi nella condizione per cui un fratello deceduto venga insistentemente ricordato e rimpianto [19], o addirittura esaltato, mentre chi rimane viene svalutato o ignorato.

#### IV. *Abel: scalzato dall’ultimogenita*

Il paziente, che attualmente ha 42 anni, è il secondo di tre fratelli. Dopo il primo maschio, i genitori desideravano ardentemente una femmina, ma è nato lui e la madre ha avuto un rifiuto nei suoi confronti, tanto da non volerlo attaccare al seno. Dopo qualche anno è nata la tanto attesa figlia femmina. Egli, dunque, ha sperimentato il vissuto di essere stato “sorpasato” dalla sorella e relegato forzatamente nel ruolo di ultimogenito, del quale però ha preso soltanto gli aspetti negativi.

Nato in un contesto familiare chiuso in un settarismo religioso che imponeva dall’alto uno stile di vita, non permettendo di alimentare e seguire la creatività del proprio Sé [9], Abel cresce cercando di accondiscendere i genitori e la comunità di appartenenza, mostrandosi docile, arrendevole, e diventando anch’egli a sua volta da adulto un fervente credente e animatore delle stesse dinamiche nei confronti dei propri tre figli.

Il nome stesso, sembrava predestinarlo ad una visione di sé ammantata da debolezza, sentimento di inferiorità, conflitto con i fratelli, sensazione di pericolo per la propria vita.

Egli sostiene di non essere mai stato legittimato a dire la sua, ma soltanto ad obbedire. Per ogni sua azione veniva invitato a mettersi sempre dinnanzi a Dio, cosa che creava molti sensi di colpa e la continua sensazione di essere sbagliato. Il fratello e la sorella lo hanno sempre attaccato, prendendo le parti dei genitori, cosa che avvalorava il vissuto di essere stato tradito e di non potersi fidare dei propri pari.

I genitori, e in particolare il padre, non erano in grado di esprimere affettività e coinvolgimento nella relazione, ma soltanto precetti morali e continui richiami a Dio, come guida per ogni pensiero, azione e vissuto. Solo una volta, quando aveva circa 20 anni, Abel è riuscito ad esprimere un po' di rabbia nei confronti del padre, col quale condivideva il lavoro.

Ciò ha determinato sensi di colpa e un ulteriore distacco del e dal padre. Per tutta la vita ha bramato l'amore dei genitori, ed ogni cosa che faceva aveva l'obiettivo di ricevere una loro approvazione, di ricevere finalmente quell'agognato posto d'onore all'interno della fratria e della famiglia, dalla quale si sentiva in un certo senso estromesso.

Diversi anni dopo, in seguito ad una forte crisi coniugale che lo ha portato alle soglie della separazione e in seguito alla profonda crisi esistenziale (con ideazioni suicide) di uno dei figli, ha cominciato una profonda riflessione su se stesso, che ha determinato una fuoriuscita dalla setta religiosa. Ciò, da un lato, ha favorito la riconciliazione con la moglie e il riavvicinamento ai figli; ma, dall'altro, ha fatto sì che la famiglia di origine lo estromettesse concretamente e brutalmente dalla propria cerchia.

Egli è ora un "invisibile" per loro; non può essere ammesso in casa e hanno interrotto ogni contatto con lui. Per lo meno fino a quando lui non si ravveda e rientri all'interno dei canoni che erano previsti per lui. Alcuni mesi prima del nostro primo incontro, aveva deciso di compiere un viaggio, insieme ad uno dei figli, nel paese di origine della famiglia, per andare a trovare i parenti. Una volta giunto a destinazione, gli è stata sbarrata la porta, e gli si è impedito di entrare.

Al momento in cui è arrivato in consultazione era fortemente prostrato per questa situazione di rifiuto da parte della famiglia ma, al contempo, rimaneva fermamente convinto della sua scelta di fuoriuscire dalla setta, tanto da divenire, nel tempo, un punto di riferimento sui social, per coloro che vivono la stessa situazione e hanno subito i danni di una visione distorta della fede in ambito familiare.

In ambito lavorativo sembravano ripetersi le stesse dinamiche che Abel aveva vissuto con il padre. Il capoufficio, che ha una età più prossima a quella paterna che a quella di Abel, generava un clima di terrore in ufficio, attraverso le sue sfuriate e la sua lunaticità, ma soprattutto brandendo lo spettro del trasferimento/licenziamento come arma di ricatto.

Mentre altri suoi colleghi avevano imparato a non dare troppo peso al suo modo di fare, adattandosi o prendendo delle contromisure, Abel viveva questa relazione con estrema sensibilità, con senso di frustrazione e rabbia impotente, che lo portavano a chiudersi e isolarsi, fino a sperimentare stati simil-depressivi.

Il suo stile di vita [9] era perfettamente aderente a quello costruito durante l'infanzia. Si è lavorato, allora, sul far comprendere come il prototipo originario [7] di relazioni stesse influenzando erroneamente la sua vita attuale, sul riconoscere nelle dinamiche in ambito lavorativo, una ripetizione di quelle vissute in famiglia quando era piccolo e giovane. Essere alla mercé di un dio imprevedibile, sia esso il padre o il capoufficio, che può decretare la vita e la morte a suo insindacabile giudizio, che usa l'arma del ricatto, della richiesta dell'obbedienza cieca, per sedare ogni minimo istinto di ribellione o di espressione libera e creativa di sé.

Con i colleghi tendeva a riproporre le dinamiche vissute con i fratelli, ovvero li percepiva come rivali, sempre migliori di lui, e maggiormente approvati dal capoufficio. Ciò era accompagnato da una tendenza paranoide a ritenere che gli giocassero dei brutti scherzi alle spalle, che tramassero segretamente contro di lui, che avessero degli strumenti per farsi ben volere dal capoufficio, strumenti che lui sentiva di non possedere, e che peraltro giudicava come squalificanti e abietti.

Qui rileviamo un certo affanno a raggiungere la meta e a superare chi sta davanti o è in posizione di superiorità, ma i frequenti insuccessi, insieme al tentativo di non smuovere troppo le acque, per la paura del confronto diretto, hanno fatto sì che egli si ritirasse per molto tempo dalle scene, situazione che poi è esitata in una nevrosi [3]. D'altra parte, covava in lui un altro aspetto abbastanza tipico dei secondogeniti, ovvero la difficoltà ad accettare l'idea di "leggi eterne", nonché la leadership degli altri. Per il secondogenito, con mire rivoluzionarie più o meno palesate, non esiste potere che non possa essere rovesciato [4]: così è avvenuto infatti per Abel.

In seguito ad un lavoro effettuato su questo tema, è riuscito, nel tempo, a sperimentare maggiore fiducia e collaborazione con i colleghi, a viverli come *uno tra pari*, più che come inferiore tra competitori più forti e smaliziati di lui, e percepiti come complottisti e traditori. I vissuti paranoidei e i momenti di chiusura e isolamento si sono notevolmente ridotti, fino a scomparire, e a permettere di sperimentare un buon sentimento comunitario e l'estensione della propria capacità di cooperare [8].

Attualmente si immerge in maniera attiva nelle esperienze sociali, ed organizza momenti ricreativi con i colleghi; in queste occasioni ha scoperto che anche i colleghi sperimentano vissuti simili nei confronti del capoufficio e questa condivisione sembra dare maggiore forza al gruppo per ricontrattare il sistema di potere in ufficio o, per lo meno, per vivere con maggiore serenità sul posto di lavoro, grazie ad un maggiore senso di complicità ed una maggiore empatia.

Rispetto ai genitori e ai fratelli, e vista la loro inamovibile *fatwa* emanata nei suoi confronti, si è lavorato su una sorta di elaborazione del lutto, che gli permettesse di “piangere questa perdita”, ma che al contempo gli permettesse di liberarsi e impegnarsi attivamente nel contesto di vita attuale che ha creato, sentendosi finalmente allineato con il proprio Sé, e non continuamente scisso fra ciò che prova e ciò che accondiscende a fare per ottenere l’approvazione, l’amore, il riconoscimento.

Man mano che si svincolava dalla sovrapposizione tra il sé e il ruolo di “ultimo”, di figlio reietto, acquisiva maggiore sicurezza in se stesso, nelle proprie scelte, che prendeva senza sentirsi sbagliato e giudicato, senza sentirsi in colpa. Coraggiosamente libero.

#### *V. Filippo: la competizione con il gemello*

Filippo ha 20 anni ed ha un fratello gemello. Ha inoltre un fratello maggiore e un fratello minore. La madre è piuttosto ansiosa e preoccupata, ma anche l’unica in famiglia a provare a tenere uniti tutti i membri, e a dare senso ad un’idea di famiglia. Il padre, impegnato esclusivamente su più fronti lavorativi, in ambito familiare risulta assente e comunque poco disponibile alla parola e all’affetto.

Il fratello maggiore ha 26 anni, ha da sempre sofferto di balbuzie e risulta insicuro e sfuggente. Il fratello minore ha 18 anni, frequenta l’ultimo anno presso un istituto tecnico, è il ribelle della famiglia, ha capacità pratiche e di *problem solving* che lo rendono il preferito dal padre, col quale sembra l’unico ad essere in grado di entrare in comunicazione.

Da bambino ha avuto problemi di salute, e ha subito varie ospedalizzazioni e complicati interventi, anche invasivi, che ha affrontato sempre con spirito battagliero. Nonostante, i segni degli interventi siano visibili e potenzialmente avrebbero potuto creare delle difficoltà nel rapporto con sé stesso e con gli altri, egli cresce ottimista, sicuro di sé, estroverso e con molti amici. È l’unico fra i quattro fratelli ad avere la fidanzata.

Il gemello di Filippo è misurato e composto, e lavora con il padre nell’azienda di famiglia. Filippo vorrebbe mantenere una grossa complicità con il gemello, ma quest’ultimo prova a svincolarsi, crearsi spazi propri, sostenere idee diverse dalle sue. Inoltre, Filippo vorrebbe anche lui fare la sua parte nell’azienda, ma il padre gli dà sempre contro, a causa delle sue proposte grandiose, poco sintonizzate con le disponibilità e i desideri del resto della famiglia. Questa situazione, crea molta gelosia nei confronti del gemello, che è apprezzato dal padre, mentre lui è svalutato, criticato, preso poco sul serio.

Dunque, mentre il fratello maggiore, forse anch’egli per sfuggire alla competizione con il secondogenito e allo sguardo giudicante del padre, si è posto fuori da queste

dinamiche, trovandosi un lavoro fuori dalla famiglia, e apprestandosi ad andare ad abitare da solo; il gemello di Filippo, invece, scala la posizione di primogenitura agli occhi paterni, il quale gli sta trasmettendo il sapere necessario a portare avanti l'azienda, e a succedergli nella direzione della stessa. Infine, il fratello minore, pur non avendo ancora un ruolo attivo all'interno dell'azienda, si rispecchia molto nel padre, hanno molte cose in comune, e si ammirano a vicenda.

Nonostante una esuberanza ancora adolescenziale, che spesso lo porta ad uscire dal seminato e a combinare guai, la sua simpatia e il suo coraggio lo rendono comunque benvenuto, e gli si abbuonano molte cose. Filippo lamenta che vi siano preferenze tra i fratelli, e che i genitori non abbiano con lui lo stesso sguardo che hanno con gli altri.

In questo quadro, perciò, Filippo alterna momenti in cui ha bisogno di difendersi, isolarsi, criticare tutto e tutti, ad altri in cui propone un Sé grandioso, che tenta di dominare gli altri, e di farli sentire incapaci, perché non hanno la sua stessa visione lungimirante sulle cose e il suo senso per gli affari.

In sostanza, sembra emergere un complesso di inferiorità compensato da momenti di superiorità fittizia [9], attraverso i quali prova a rivendicare il proprio spazio in famiglia e nel mondo, e al contempo prova a mettersi in mostra nei confronti del padre, dal quale richiede ammirazione, amore e fiducia. La madre, in questo sistema prevalentemente maschile, svolge un ruolo da mediatrice, tra Filippo, il padre e i fratelli, nonché fra quest'ultimo e i figli, data la loro scarsa propensione a comunicare, a fare squadra e cooperare.

Da bambino Filippo è stato viziato, perché tra i fratelli era quello che aveva maggior bisogno di aiuto da parte della madre. Difficoltà scolastiche e comportamentali hanno accentuato la protezione materna e il rifiuto paterno. Questo ha comportato un incistarsi del sentimento di inferiorità, che tenta di compensare con posizioni grandiose e di superiorità. Queste si riflettono ora nella scarsa capacità di cooperare, e nella ricerca di una posizione di privilegio, anche a costo che questa sia frutto di una deriva nevrotica.

Attualmente non ha amici, non riesce a mantenere una relazione sentimentale con una ragazza per più di poche settimane, non sembra amare troppo il proprio lavoro, litiga con tutti, ha una eccessiva attenzione per il proprio corpo, su cui riversa aspettative ideali di realizzazione di sé e di ammirazione, andando tutti i giorni in palestra e sottoponendosi ad una dieta molto ferrea. Come sostiene Adler [9], in effetti, questo tipo di complessato ha pretese esagerate nei confronti di sé stesso e degli altri, manifesta vanità legata all'apparenza esterna, tendenza alla critica e alla svalutazione.

Filippo ha bisogno di individuarsi, di trovare la propria strada, anche al di fuori della famiglia, e non necessariamente cercando di imitare le orme del gemello, in seno all'azienda, o del fratello più piccolo nelle grazie del padre.

Al momento attuale, ha trovato un lavoro fuori dall'azienda di famiglia. Ciò, da una parte sembra quietarlo, perché non è costretto ogni giorno a sostenere una competizione diretta con il gemello, né a sostenere il giudizio impietoso del padre; d'altra parte, mancandogli questo sguardo di riconoscimento e d'amore, ritorna sempre a gravitare attorno agli affari di famiglia, offrendo consulenze o manodopera, non sempre accettate, quando non apertamente svalutate e rifiutate.

Egli, dunque, in certi momenti sembra incaponirsi a dettare una linea d'azione per l'azienda, come se volesse ancora essere partecipe, far parte del gruppo, o meglio porsi al di sopra del gruppo, per essere ammirato dal padre, trovando lui la strada per risollevare le sorti dell'azienda in crisi. In questi casi, si pone nell'inconcludente ruolo di *leader* che non è riconosciuto e ascoltato da nessuno. Ciò causa molta frustrazione, rabbia e scoraggiamento.

In effetti, l'aspirazione alla superiorità porta l'individuo privo di coraggio ad arretrare dinnanzi ad una possibile sconfitta, in modo da mantenere la propria posizione, anche a costo di eludere, aggirare o allontanarsi dal problema sociale che dovrebbe affrontare [9]. Ovvero, Filippo rinuncia (a tratti) alla competizione col gemello e all'amore del padre, allontanandosi dal problema relazionale tra di loro, fingendo di sistemarsi in un altro ambito lavorativo. Quest'ultimo, però, non lo appaga, e ciò lo spinge a rientrare nella dinamica familiare con una volontà di potenza ogni volta sempre più accentuata, al fine di raggiungere la propria agognata meta.

Si vede bene, in questo caso, come Filippo, in quanto figlio di mezzo, rimanga schiacciato tra il gemello e il fratello che segue. Egli è accerchiato e alla ricerca di un significato [27], ma fatica a riconoscere questo bisogno, perché ancora proietta all'esterno le sue difficoltà: sono gli altri che gli creano problemi. La mancanza di fiducia nei confronti degli altri e del mondo, lo porta ad essere solo, a poter contare solo su sé stesso. Su insistente invito della mamma, giunge in consultazione, non proprio motivato e convinto, ma superando uno scoglio arduo per lui, che riguarda il potersi fidare e affidare agli altri. Forse perché, in un mondo di alta competizione maschile, ci si può ancora fidare delle parole della mamma, e del suo sguardo ci si può ancora nutrire.

#### VI. Michele: da beniamino a pecora nera

Michele è ultimo di quattro fratelli: un primogenito maschio, nato quindici anni prima, due sorelle e poi lui, il piccolo di casa. Benché non fosse stato cercato e benché fosse arrivato dopo diversi anni dalla terza figlia, con i genitori di età abbastanza avanzata, tutto sommato, almeno nei primi anni cresce vezzeggiato e viziato, soprattutto dalla madre e dalle sorelle, mentre, con la componente maschile della famiglia, condivide poi la passione per lo stesso sport, il basket.

Michele inizia molto presto a giocare nella squadra del paese; sembra particolarmente dotato e perciò è ammirato e lusingato da tutti.

Dopo alcuni anni, sembrerebbe già pronto a fare il passaggio ad una squadra di città, così come aveva fatto, molti anni prima, il primogenito, che a quel tempo giocava in una squadra competitiva a livello nazionale. L'obiettivo del padre è di fargli fare il salto di qualità, organizzandogli dei provini per squadre di categorie superiori a quella attuale. L'ammirazione paterna e la possibilità di seguire le orme del venerato fratello maggiore, riempiono di orgoglio il piccolo Michele, che si sentiva forte, amato, in cima al mondo.

Tutto sembra procedere senza troppi scossoni fino alle soglie della preadolescenza, quando la madre si ammala gravemente, e viene ospedalizzata a lungo perché a rischio di vita. Michele vive malissimo questo periodo e lo ricorda come un trauma. Vive una forte angoscia per la possibilità che la madre – a cui era molto attaccato e da cui dipendeva – muoia. In questo stesso periodo avviene l'ingresso nelle scuole medie e l'avvio della pubertà.

Il suo corpo inizia a cambiare, ma anziché alzarsi in statura (cosa da tutti auspicata, per favorire ulteriormente le sue prestazioni sportive), inizia a prendere peso, fino ad arrivare alle soglie dell'obesità. Proprio in un periodo in cui l'immagine corporea e il confronto con i pari sono determinanti per la costruzione dell'identità sociale [17], Michele si trova a vivere una trasformazione che non vuole, che non gli piace, che lo fa essere vittima di prese in giro, che gli fa perdere colpi nello sport.

Quando la mamma torna a casa, lentamente si rimette in salute, ma è molto provata, e dunque attira su di sé le cure e le attenzioni di tutta la famiglia. Dunque, Michele a casa si vede scippato il ruolo di bambino piccolo al centro delle attenzioni, proprio nel momento in cui fuori casa non riusciva più a trovare sguardi di ammirazione, perché il suo corpo ingrassava, non riusciva più a competere con i più forti nello sport, faticava ad entrare in un gruppo di pari da frequentare fuori dalla scuola.

Inizia perciò a scoraggiarsi e ritirarsi sempre di più, a provare vergogna, ma anche rabbia e risentimento verso tutto e tutti. Inoltre, non solo i provini per le squadre di basket non hanno ottenuto successo, ma per rincarare la dose, Michele ha visto due dei suoi compagni che riteneva meno forti di lui, passargli avanti ed essere selezionati da squadre di prestigio.

Questo caso sembra illustrare bene il meccanismo per cui «Le elevatissime aspettative di realizzazione coltivate fin dall'infanzia alimentano una rappresentazione ideale di sé grandiosa e onnipotente, che collassa nell'incontro con un Sé reale vissuto come inadeguato e mai all'altezza.» (16, p. 253-4). Questo crollo dell'ideale infantile, di fronte alle trasformazioni corporee, psichiche e relazionali dell'adolescenza, diventa per Michele un “fattore precipitante” che lo porta verso l'uso di sostanze che alterino la percezione di quello che prova.



Dopo poco lascia il basket: le sue prestazioni ormai non sono più all'altezza, il corpo appesantito e la profonda demotivazione, lo portano a prendere questa decisione. Lo sguardo di delusione del padre e del fratello che accompagna questi anni, l'arretramento della madre e delle sorelle, la rabbia e l'invidia verso i compagni che ce l'hanno fatta, il vissuto di fallimento di qualcosa su cui tutti avevano investito così tanto, lo portano a trovarsi dinanzi ad un vuoto di senso, che andrà a colmare sempre di più con le sostanze.

Frequenta un istituto tecnico, senza nessuno slancio. Inizia a frequentare compagnie con cui condivide la ricerca, talora, di un effetto anestetizzante e stordente, per non sentire il dolore, il vuoto, la paura di aver deluso tutti e di non sapere che direzione dare alla propria vita, altre volte, di un effetto eccitante e disinibente, per sentirsi più a suo agio nelle relazioni con le persone, soprattutto con le ragazze.

Da giovane adulto risulta inquieto e tormentato. Esce presto di casa e fa viaggi all'estero, in vari Paesi, in cui tenta di farsi una vita. Ma fallisce ogni volta, ed è costretto a tornare, senza soldi a casa con i genitori. Nel corso del tempo, fino ad arrivare ad oggi, alle soglie dei 30 anni, cambia molti lavori (operaio, cameriere, commesso), ma fatica a mantenere a lungo l'impegno, anche perché ad un certo punto inizia a soffrire di attacchi di panico e agorafobia.

Questi disturbi lo portano ogni volta a lasciare il lavoro e tornare a casa. I genitori e i fratelli (che nel frattempo hanno formato le proprie famiglie, stanno avendo dei figli e si stanno realizzando nel lavoro) lo accolgono ogni volta, lo sostengono economicamente, anche se sempre più di controvoglia, perché accusano Michele di essere pigro, debole, fallito, drogato, dipendente, approfittatore.

Questo è il quadro con cui Michele arriva in consultazione, su invio dello psichiatra a cui si era rivolto e che ne segue la terapia farmacologica. Aveva avuto una sorta di scompenso in seguito alla notizia del suicidio di un suo amico. Ha iniziato ad avere pensieri suicidari e al contempo ad essere profondamente angosciato e spaventato dalla morte. Probabilmente, questo primo contatto ravvicinato con l'esperienza della morte, soprattutto così inaspettata e traumatica, lo ha portato a riattivare le angosce per la possibile perdita della madre di quando era bambino.

Emerge una situazione critica dal punto di vista strutturale; Michele alterna fasi depressive, in seguito alle quali si chiude e interrompe lavoro e relazioni, a momenti di grandiosità e eccitazione, in cui litiga con tutti, si pone su un piedistallo da cui può svalutare gli altri, per vivere fittiziamente quel prestigio che aveva e ha perso prima dell'adolescenza.

È come se si fosse bloccato a quel periodo della malattia della madre e della trasformazione del suo corpo. Egli in effetti si sente talora bambino bisognoso d'amore e

dipendente, e altre volte adolescente ribelle e rifiutante l'aiuto dei genitori, un ragazzo che vuole farcela da solo, anche per dimostrare a chi non crede più in lui, che si sbaglia. E stando così le cose, non sorprende che fatichi ad accollarsi le responsabilità della vita adulta e ad adempiere ai "compiti di vita" [9]: trovare e mantenere un lavoro, costruire una relazione stabile con una persona, creare legami di amicizia solidi e duraturi. La sua tendenza è verso il ritiro dalla società e dal lato utile della vita [1].

Se, infatti, i fratelli (o gli altri, in generale) non possono essere superati, l'ultimogenito potrebbe rinunciare ai suoi doveri, tentando di coltivare la propria ambizione lontano dagli obblighi della vita per evitare il pericolo di dover dare prove del proprio potere [3].

In Michele permane una profonda invidia (non sempre riconosciuta) nei confronti del fratello, che si è realizzato a livello lavorativo, ha guadagnato molti soldi, e continua con lo sport a livello amatoriale. Il primogenito è tuttora il figlio prediletto del padre, il suo legittimo successore, tanto da averne acquisito la casa paterna, oggetti d'epoca, oltre che profonda ammirazione e stima. Michele rimane in disperata e infruttuosa competizione con lui, ma l'unico modo in cui può scavalcarlo è attraverso la svalutazione e la critica, che gli permettono di decretare fittiziamente la propria superiorità.

Naturalmente, a sua volta, il fratello ribadisce la propria superiorità, e non perde occasione per svilire Michele, per criticarlo aspramente per come gestisce la sua vita, e per il fatto che – a differenza sua – non ha combinato niente nella vita. Michele si sente rifiutato e non amato dal padre, perché gli preferisce il primogenito, e perché non sente di aver ricevuto quanto il padre ha dato all'altro.

Nei confronti delle sorelle c'è meno astio, forse perché – seguendo lo stile materno – sono più accudenti e vizianti, gli "fanno più sconti" e tollerano di più, rispetto al fratello e al padre, il suo essere inconcludente e dipendente. D'altra parte, forse per il polo femminile della famiglia, Michele è ancora il "piccolo di casa", e come tale va trattato. Michele riveste tale ruolo, che ha dei vantaggi per certi ambiti, ma non in altri, come in quello della competizione col primogenito.

Il suo *sentimento di restare piccolo* [*Kleinbleibengefühl*] [5, 18] si è fissato in un complesso, e il ruolo è stato accettato dalla famiglia. Per cui, se in varie occasioni vi sono stati dei moti espulsivi della famiglia, come estremo atto per segnalare a Michele la fine dell'epoca della dipendenza (sia dalle sostanze, che dai familiari), e per intimargli di "mettere la testa a posto" e di crescere, alla fine viene sempre riaccolto in casa come "figliol prodigo".

Il lavoro psicoterapeutico con Michele, procede da alcuni mesi, e gli consente di prendere maggiore consapevolezza circa: il ruolo rivestito all'interno della costellazione familiare; il ruolo del crollo dell'ideale di sé infantile su tutto ciò che ne è seguito;

l'angoscia di morte; il ruolo della dipendenza dalle sostanze e dalla famiglia; la competizione con il primogenito. Al momento, è uscito dalla casa paterna e condivide un appartamento con una amica. Ha trovato un lavoro saltuario, ma che lo gratifica molto; coltiva alcuni interessi come hobby; ha ristabilito rapporti cordiali con il fratello.

### Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den Nervösen Charakter*, tr. it. *Il carattere dei nevrotici*, Newton Compton, Roma 2008.
2. ADLER, A. (1904-1913), *Schriften*, in ADLER, A., FÜR TMULLER, K. (a cura di, 1914), *Heilen und Bilden*, tr. it. *Guarire ed educare*, Newton Compton, Roma 2007.
3. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo*, Mondadori, Milano 1954.
4. ADLER, A. (1929), *Problems of Neurosis: A Book of Case-Histories*, Kegan Paul, Trench, Treubner & Co., London.
5. ADLER, A. (1930), *Die Technik der Individualpsychologie 2, Die Seele des Schwerverzichbaren Schulkindes*, tr. it. "Psicologia del bambino difficile", in *La tecnica della psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 2005.
6. ADLER, A. (1931a), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
7. ADLER, A. (1931b), *Individualpsychologie und Psychoanalyse. II. Die Unterschiede zwischen Individualpsychologie und Psychoanalyse*, *Schweiz. Erziehungs-Rundsch.*, 4 (5), 89-93, tr. it. Le differenze tra la psicologia individuale e la psicoanalisi, in ADLER, A., *Aspirazione alla superiorità e sentimento comunitario*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2008, pp. 225-236.
8. ADLER, A. (1932), *Technik der Behandlung*, tr. it. *Tecnica del trattamento*, in ADLER, A., *Aspirazione alla superiorità e sentimento comunitario*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2008, pp. 213-222.
9. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
10. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
11. D'AMBROSIO, S. (2021), *Costellazione familiare. Meccanismi di comunicazione e giochi di potere*, *Education & Learning Style. Rivista di psicopedagogia e organizzazione scolastica*, n. 2, pp. 95-112.
12. DREIKURS, R. (1953), *Fundamentals of Adlerian psychology*, Alfred Adler Institute, Chicago.
13. DREIKURS, R. (1967), *Psychodynamics, psychotherapy and counseling*, Alfred Adler Institute, Chicago.
14. HEIDEGGER M. (1927), *Sein und Zeit*, tr. it. *Essere e tempo*, Mondadori, Milano 2020.

15. KÖNIG, K. (1958), *Brothers and Sisters. The Order of Birth in the Family*, tr. it. *Fratelli e sorelle. L'ordine di nascita nella famiglia*, Arcobaleno, Milano 2014.
16. LANCINI, M., (2019), *Il ritiro sociale negli adolescenti. La solitudine di una generazione iperconnessa*, Raffaello Cortina, Milano.
17. LANCINI, M., CIRILLO, L., SCODEGGIO, T. E., ZANELLA, T. (2020), *L'adolescente. Psicopatologia e psicoterapia evolutiva*, Raffaello Cortina, Milano.
18. MARASCO, E. E., MARASCO, L. (2018), *Psicologia Individuale. Sinossi per la clinica di Danilo Cargnello*, Mimesis Edizioni, Milano-Udine.
19. MARASCO, E. E., PARISOTTO, L. (1992), *Le stelle senza luce della costellazione familiare*, V Congresso della Società Italiana di Psicologia Individuale, Stresa, 8-9 maggio, Stampa spa, Brunello.
20. MITCHELL, J. (2003), *Siblings: Sex and Violence*, Cambridge, UK; Malden, Massachusetts: Polity Press, tr. it. *Fratelli e sorelle. Psicoanalisi delle relazioni laterali*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 2003.
21. PAGANI, P. L. (2001), *L'utilità diagnostica delle notizie raccolte nel corso del "primo colloquio" e nelle sedute dedicate alla "costellazione familiare" e ai "primi ricordi d'infanzia"*, *Riv. Psicol. Indiv.*, 50: 5-26.
22. PARENTI, F. (1975), *Dizionario ragionato di Psicologia Individuale*, Edizioni Libreria Cortina, Milano.
23. PARENTI, F. (1983), *La psicologia individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
24. PARENTI, F. (1987), *Alfred Adler*, Editori Laterza, Roma-Bari.
25. ROHER, J. M., EGLOFF, B., SCHMUKL, S. C. (2015), *Examining the effects of birth order on personality*, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 46, 2015, pp. 14224-14229.
26. ROMANO, R. G. (2022), *La custodia dell'orizzontalità della famiglia. La fratria come ermeneutica delle relazioni e topos co-educativo*, *Ricerche Pedagogiche*, Anno LVI, n. 222, gennaio-marzo 2022, pp. 73-88.
27. SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1990), *Manual for Life Style Assessment*, tr. it. *Manuale per l'analisi dello stile di vita*, Franco Angeli, Milano 2008.
28. SULLOWAY, F. J. (1996), *Born to rebel: Birth order, family dynamics, and creative lives*, New York, Pantheon Books, tr. it. *Fratelli maggiori, fratelli minori. Come la competizione tra fratelli determina la personalità*, Mondadori, Milano 1999.
29. TOMAN, W. (1969), *Family Constellation: Its effects on personality and behavior*, New York, Springer, tr. it. *Costellazione familiare. Dalla posizione di nascita, la personalità e i comportamenti sociali dell'individuo*, Red, Milano 1995.

Luca Bosco  
Via Molise, 19  
61037 Marotta (PU)  
E-mail: lucabosco@yahoo.it

## **“Aspirazione alla superiorità - perfezione” come componente del “Sentimento sociale”: un caso clinico dalla diagnosi al trattamento**

FLAVIO CASOLARI

*Summary* – REPRESSION OF THE ASPIRATION FOR SUPERIORITY-PERFECTION, ALONG WITH A DEFICIT IN THE DEVELOPMENT OF SOCIAL FEELING. A CASE STUDY FROM DIAGNOSIS TO TREATMENT. The hypothesis of this paper, based on clinical observation, is that the repression of the aspiration for superiority – perfection, facilitated by compensatory mechanisms aimed at avoiding it, may be correlated with a deficit in the development of social feeling. In that sense the concept of aspiration for superiority – perfection could be identified as a component of social feeling, serving as an important motivation for emotional involvement in interpersonal relationships. Claudia’s lifestyle, as described in the paper, exemplifies these dynamics very well. I have chosen to present this case study, from diagnosis to treatment, to highlight how the psychotherapeutic work of recovery and re - elaborating the aspiration for superiority – perfection is, in certain cases, preparatory for enhancing social feeling, the ultimate goal of all Adlerian psychotherapies.

*Keywords:* ASPIRAZIONE ALLA SUPERIORITÀ-PERFEZIONE, SENTIMENTO SOCIALE, AGGRESSIVITÀ, RELAZIONE TERAPEUTICA

### *I. L’aspirazione alla superiorità - perfezione come componente del sentimento sociale*

Nella mia pratica clinica come psicoterapeuta mi sono spesso trovato ad avere a che fare con pazienti che presentano una rimozione dell’aspirazione alla superiorità – perfezione [8,11], concetto che, come evidenziano autori come Pier Luigi Pagani e Secondo Fassino [17, 27], può essere considerato l’evoluzione di quello di “pulsione aggressiva” del primo Adler [3]. Questa rimozione appare favorita da meccanismi compensatori [4, 5, 28] finalizzati all’evitamento della stessa [7, 8]. Le dinamiche descritte sono tendenzialmente accompagnate da un’inibizione della componente aggressiva, un’inclinazione verso l’isolamento sociale o l’individualismo e una difficoltà nelle capacità collaborative con gli altri individui.

Le persone con queste caratteristiche, come evidenzia lo stesso Adler, appaiono più “preoccupate di evitare una sconfitta che di darsi da fare per avere successo”, restringendo il proprio campo d’azione a quella che il padre della psicologia individuale, con una sua celebre metafora, descrive come la “catapecchia angusta del nevrotico” (7, pp. 42-43).

Mi sono quindi interrogato sui possibili legami psicodinamici tra i concetti di aspirazione alla superiorità - perfezione e sentimento sociale [8, 11], pilastri della teorizzazione adleriana. Questo tema, come individua Andrea Ferrero in un suo recente articolo (22, p. 39), risulta molto attuale, in quanto fonte di dibattito e aggiornamento nel panorama della psicologia individuale contemporanea a livello internazionale.

Come si può riscontrare in ambito clinico, la connessione tra questi due concetti appare piuttosto stretta, tanto che la rimozione dell’aspirazione alla superiorità - perfezione mediante meccanismi compensatori volti all’evitamento della stessa, accompagnata da un’inibizione della componente aggressiva, può portare ad un arresto nello sviluppo del sentimento sociale.

Adler individua questo dinamismo già in un articolo del 1908, “Il Bisogno di tenerezza del bambino”: “La tendenza aggressiva può subire un’inibizione che all’inizio si mette in moto decisamente in direzione e sotto la pressione della cultura, ma successivamente quest’inibizione si estende e annulla la stessa aggressività culturale, cioè l’attività, gli studi, le aspirazioni culturali, sostituendola con il “pallore del dubbio”. In quest’anomalia dello sviluppo troviamo anche, al posto della soddisfazione istintuale o dell’aggressività culturale, l’umore negativo, la mancanza di fiducia in se stessi e la paura come espressioni di una presa di posizione mal riuscita, per esempio, di fronte alle domande dell’insegnante, segni di un sentimento sociale insufficiente” (2, p. 10).

In questo senso, come anche altri autori hanno evidenziato [14, 16], all’interno dell’impianto teorico individualpsicologico l’aspirazione alla superiorità - perfezione può essere intesa come una componente del sentimento sociale: un’ “energia propulsiva necessaria allo sviluppo” (17, p. 46), molto importante per indirizzare l’individuo verso un coinvolgimento nelle relazioni interpersonali che, se rimossa, pone il soggetto nell’impossibilità di acquisire quelle competenze sociali fondamentali per relazionarsi con gli altri in senso collaborativo, aspetto centrale del benessere psicologico nella prospettiva adleriana [7, 8].

Questo indissolubile legame tra le due istanze psichiche individuate da Adler viene ben evidenziato in un’interessante scritto di Pier Luigi Pagani del 2003, “Dal bisogno primordiale alle istanze differenziate: dal “senso sociale” al “sentimento sociale”: “La volontà di potenza oltre a essere “l’energia che indirizza l’uomo, a livello conscio e inconscio, verso finalità di elevazione, di affermazione personale, di competizione” al servizio dell’aspirazione alla superiorità” è, anche e soprattutto, impulso all’autopro-

tezione per fini conservativi. Inoltre, sul piano dello sviluppo, la volontà di potenza è indubbiamente uno dei fattori specifici dell'esistenza umana, in quanto favorisce l'adattamento attivo dell'individuo all'ambiente. Nel neonato tale bisogno elementare mostra, in fieri, gli elementi di un dinamismo compensatorio atto a porre rimedio al senso d'inferiorità, ma, sin dai primi tempi, già intimamente legato alla vita di relazione” (26, pp. 26-27).

Come evidenzierò esponendo un caso clinico, un recupero ed una rielaborazione [32] dell'aspirazione alla superiorità - perfezione nel corso della psicoterapia, favorente una riattivazione della componente aggressiva, risultano spesso necessari e propedeutici ad un implemento del sentimento sociale e ad un possibile cambiamento di direzione della meta del soggetto [7, 17, 23, 28] verso un maggiore coinvolgimento nelle relazioni interpersonali, fondamentale per lo sviluppo delle capacità collaborative.

## II. *Il Caso di Claudia*

Claudia è una ragazza di 30 anni che segue in psicoterapia da circa 5 anni. Quando l'ho conosciuta presentava un'importante sintomatologia ansioso-depressiva che in certi periodi la portava a rimanere a letto per giorni, con crisi di pianto improvvise e forte agitazione, insonnia e malesseri psicosomatici, prevalentemente riguardanti l'apparato gastrointestinale.

Inoltre lamentava una forte tendenza alla dipendenza affettiva, in particolare verso un ragazzo con cui intratteneva una relazione da qualche anno. Da un punto di vista categoriale, oltre ai sintomi ansioso-depressivi e psicosomatici, mostrava alcuni tratti tipici del Disturbo dipendente di personalità secondo il DSM - 5, in particolare una “difficoltà ad esprimere disaccordo per timore della perdita di approvazione e sostegno”, “sentimenti di disagio e impotenza quando sola” e “difficoltà ad intraprendere progetti” [10].

Lo Stile di Vita [8, 23, 31] di Claudia, che andrò a descrivere, esemplifica molto bene l'utilizzo di modalità compensatorie volte ad evitare l'aspirazione alla superiorità - perfezione, con conseguente inibizione dell'aggressività interpersonale e della motivazione ad interagire con gli altri in senso collaborativo.

Per questo il lavoro sulla mentalizzazione [9] di emozioni come la rabbia e quindi il graduale recupero di una componente aggressiva, molto inibita nelle prime fasi della psicoterapia, è risultato un aspetto importante del trattamento di questa ragazza. Ciò, nel tempo, ha favorito il procedere della psicoterapia con un evidente potenziamento del suo sentimento sociale.

Nell' esporre il caso partirò con l'analizzare le dinamiche dello Stile di vita di Claudia, relative alla rimozione e all'evitamento dell'aspirazione alla superiorità - perfezione, per poi passare a descrivere alcuni aspetti del lavoro psicoterapeutico fatto con lei.

### III. *Il movimento di Claudia nei suoi compiti vitali*

Partendo dall'ambito relazionale, Claudia sembrava utilizzare una compensazione improntata alla compiacenza per assicurarsi il benvolere delle altre persone, in particolare del partner. Nel primo periodo di terapia aveva una relazione con un ragazzo suo coetaneo, molto svalutante nei suoi confronti, verso il quale appariva per molti aspetti succube.

Ad esempio, durante i loro incontri, commentava il suo look facendola spesso sentire brutta o vestita in modo inadeguato, nonostante Claudia fosse una ragazza molto piacevole, alta, mora con gli occhi azzurri e lineamenti piuttosto fini, anche se il suo aspetto lasciava trasparire una tendenza alla malinconia e il suo fisico gracile dava un'idea di scarso vigore e passività. Un altro esempio era legato all'organizzazione delle loro uscite.

I giorni nei quali si vedevano, infatti, non erano decisi tra loro in modo concorde, ma il ragazzo decideva le sere che voleva dedicare a queste e lei si teneva libera di conseguenza, adattando altri eventuali impegni all'agenda di lui. Tale modalità, oltre a mantenerla in uno stato di perenne attesa e ansia, in quanto il ragazzo le comunicava quasi sempre con scarsissimo anticipo quando sarebbe stato libero per vederla, l'aveva anche portata a discutere con le sue amiche perché non poteva mai prendere impegni con loro, se non all'ultimo momento.

Inoltre il partner aveva un figlio di 4 anni, avuto molto giovane da una breve frequentazione, di cui fin dalla nascita si era occupato, privilegiando quasi sempre l'incontro con il figlio al sentire e vedere la paziente. Per questo Claudia si sentiva spesso trascurata, seppur vivendo ciò soltanto come un suo "difetto", ovvero quello che lei definiva un "bisogno eccessivo di attenzioni". Il suo Stile di vita appariva improntato all'evitamento di qualsiasi conflitto con il partner, che effettivamente le rare volte in cui Claudia "osava" mettere in discussione qualche aspetto dell'organizzazione dei loro incontri si arrabbiava molto, non facendosi vedere e sentire per giorni.

Queste dinamiche causavano alla paziente forti sofferenze emotive, connotate da un intenso timore di essere lasciata perché "sbagliata" e "infantile" se avesse espresso il malessere che durante i colloqui emergeva sotto forma di pianto e pensieri depressivi. Tuttavia quando passavano del tempo insieme Claudia si sentiva molto bene, valorizzata dall'affettuosità del ragazzo, piuttosto intraprendente soprattutto da un punto di vista sessuale rispetto a lei, più passiva e inesperta. Emergeva un forte bisogno della paziente di sentirsi coccolata, quasi contenuta da un punto di vista fisico, aspetto del loro rapporto che sembrava darle particolare gratificazione.

Nel periodo dei primi colloqui, tuttavia, le cose tra loro non andavano bene: lui era sempre meno presente e lei aveva il sospetto che frequentasse altre ragazze a sua insa-



puta, soggiornando per lunghi periodi all'estero per il suo lavoro e, in certe occasioni, non facendosi sentire per giorni.

Anche nell'ambito delle amicizie si evidenziavano dinamiche simili, con una tendenza alla compiacenza nei confronti delle amiche, finalizzata all'evitamento di possibili conflitti e le emozioni conseguenti. Claudia aveva moltissime amiche con cui, tuttavia, non sembrava avere instaurato rapporti particolarmente profondi o reciproci.

Quando uscivano lei si mostrava sempre molto disponibile ad ascoltare i problemi di tutte, tanto che queste volevano quasi sempre frequentarla individualmente, per sfogarsi rispetto alle loro difficoltà. La paziente, invece, tendeva a non parlare di sé per timore di appesantire gli incontri con i suoi problemi e di essere criticata rispetto al suo agire.

Ciò che appariva molto evidente era come, a dispetto delle frequentazioni quasi quotidiane, tanto che Claudia faticava a incontrare le amiche quanto avrebbe voluto e loro avrebbero desiderato, lei non si sentisse in relazione quasi con nessuno, lamentando un forte sentimento di solitudine e un'intensa ansia legata alla preoccupazione di soddisfare le esigenze dell'una o dell'altra.

Anche i rapporti familiari coi genitori e il fratello, che riprenderò parlando della sua infanzia, erano molto freddi, tanto che Claudia non parlava mai con loro dei suoi problemi mostrandosi, anche nei momenti di crisi, sempre distaccata e apparentemente tranquilla. La paziente viveva l'interessamento dei genitori nei suoi confronti come fastidioso e inopportuno.

Così se questi le chiedevano qualcosa rispetto alla sua vita tagliava corto, senza rivelare niente di sé. Un fatto a mio parere molto caratteristico rispetto al suo Stile di Vita era che nonostante il fratello, di 5 anni più piccolo di lei, fosse seguito da anni da un collega psicoterapeuta privatamente (a spese dei genitori) per importanti problematiche depressive, lei si fosse rivolta a me autonomamente, non dicendo nulla ai genitori per non farli preoccupare e per non mostrare debolezza.

Per quanto riguarda l'ambito lavorativo, Claudia dopo la laurea triennale in economia aveva trovato un'occupazione come impiegata amministrativa in un'azienda del territorio. Sul lavoro si dimostrava sempre molto diligente e attenta, lavorando spesso oltre il suo orario o portandosi il lavoro a casa nel weekend.

Per questo aveva conquistato il benvolere della responsabile del suo ufficio che in alcune occasioni aveva avanzato l'ipotesi di affidarle un ruolo di maggiore responsabilità. Tuttavia la paziente, per timore di suscitare le invidie delle colleghe, non voleva assolutamente assumere un ruolo di questo tipo, tendendo a evitare la sua responsabile verso cui sperimentava una forte ansia, sentendosi spesso inadeguata.

Analizzando il movimento di Claudia nel contesto dei suoi compiti vitali emergeva questa tendenza alla compiacenza, finalizzata all'evitamento dell'ambizione alla superiorità-perfezione, fonte di potenziali conflitti in ambito interpersonale. Questo dinamismo la portava ad essere poco coinvolta emotivamente dalle relazioni, aspetto fondamentale per lo sviluppo del sentimento sociale [26].

In conseguenza di ciò la paziente lamentava forti sintomi di inadeguatezza e insoddisfazione, così come intensi vissuti di solitudine, apatia e importanti malesseri psicosomatici, collegati a momenti di ansia e tristezza molto intensa che sfociavano spesso in pianti incontrollabili. Claudia si vedeva come una bambina, timorosa e incapace di reagire alla vita.

La cosa che più mi aveva colpito nelle prime fasi della terapia era la sua freddezza, in contrasto con i momenti di pianto, che mi apparivano come l'unico modo in cui riusciva ad esprimere la sua forte emotività.

#### IV. *L'infanzia di Claudia*

Ora riporterò alcune ricostruzioni basate sui ricordi di Claudia relativi alla sua infanzia, caratteristiche rispetto alla strutturazione del suo Stile di vita. Citerò anche alcune memorie episodiche che credo permettano di entrare maggiormente a contatto con i vissuti infantili della paziente che si può ipotizzare ne abbiano influenzato la "memoria procedurale implicita attaccamento correlata" (18, p. 50) e quindi lo stile di attaccamento [12].

Claudia ricorda un clima familiare molto influenzato dalla personalità della madre, descritta come donna piuttosto decisa ed esigente nei confronti dei figli e del marito. La madre era, e non mancava mai di mostrarsi, molto stressata e ansiosa, sia per il suo lavoro di impiegata part - time, che per le incombenze familiari.

Quando era a casa risultava sempre particolarmente impegnata nelle pulizie domestiche, aspetto a cui teneva enormemente e che porta ad ipotizzare una sua tendenza ossessiva. Claudia ricorda di come, fin da molto piccola, fosse obbligata a pulire casa, soprattutto durante i weekend, e di come la madre fosse anche particolarmente pretenziosa verso il padre che tendeva ad assecondare sempre le sue richieste. Se i familiari non la assecondavano se la prendeva, arrivando spesso a colpevolizzare la figlia per il malessere che le procurava.

Claudia non ricorda particolari manifestazioni di affetto da parte sua, sempre molto fredda ed orientata al fare più che al fornire calore e sostegno ai familiari. Da questi racconti si configura un clima domestico di forte tensione e ansia in cui tutti dovevano stare attenti a come rispondevano o agivano, citando la paziente "Per paura di fare arrabbiare la mamma" e che lei subiva particolarmente.

Mi sembra che due ricordi risalenti al periodo delle scuole elementari esemplifichino molto bene questa dinamica:

- “Una volta avevo dimenticato di scrivere i compiti sul diario e per timore che mia madre lo scoprisse lo avevo nascosto. Poi lei l’ha scoperto e ricordo di come fosse diventata furiosa nei miei confronti non parlandomi per tutta la giornata.”
- “Una volta, non ricordo per quale motivo, avevo risposto a mia madre dicendole “fanculo”, parola che probabilmente avevo sentito a scuola, ma di cui non sapevo il significato. Ricordo di come lei si fosse molto arrabbiata venendomi a due centimetri dalla faccia con fare minaccioso e urlando “Non ti permettere mai più!”

Anche il padre viene descritto come piuttosto freddo e poco supportivo nei confronti della paziente, preoccupato più di soddisfare le richieste materne che di occuparsi dei figli. Dai racconti di Claudia si configura l’immagine di un uomo molto impegnato sul lavoro di impiegato che nei momenti in famiglia cerca in tutti i modi di evitare i conflitti per mantenere un clima di apparente calma e tranquillità. Credo che un ricordo risalente al periodo delle scuole medie permetta di comprendere lo stile paterno rispetto alla gestione di eventuali conflitti familiari:

- “Eravamo in macchina e non ricordo quale fosse l’argomento preciso, ma mi ero trovata a contraddire mia madre su alcune sue convinzioni; in quel momento mio padre, che stava guidando, dal seggiolino anteriore ha allungato una mano dandomi un forte pizzicotto sulla coscia. Ricordo il forte dolore, ma ancora di più la tristezza di quel momento. Anche in quel caso mi sono dovuta zittire per non fare arrabbiare la mamma”

Durante la sua infanzia Claudia, spesso colpevolizzata se esprimeva le sue esigenze, ha interiorizzato due figure genitoriali trascuranti, molto orientate su di sé e poco disponibili nel cercare di comprendere i suoi bisogni, sviluppando quello che la teoria dell’attaccamento identifica come attaccamento insicuro - ansioso [12]. Quando lei aveva 5 anni, poi, è nato suo fratello, Marco.

Nel contesto familiare descritto precedentemente la nascita del fratellino sembra avere aumentato le inquietudini della paziente aggiungendo allo scarso calore e supporto emotivo una forte invidia nei confronti di questo.

Infatti la paziente ricorda di come sua madre fosse tanto affettuosa col fratellino appena nato quanto fredda con lei, cosa che porta ad ipotizzare la rimozione di un’affettività e attenzione materna sperimentata nella prima infanzia, ma che poi le è stata “tolta” crescendo. Questa dinamica è descritta magistralmente da Adler nella sua opera “Psicologia del bambino difficile” nel passaggio relativo al “primogenito detronizzato” (6, p. 144).

La madre, inoltre, descritta come molto pudica, manifestava un particolare disagio rispetto al femminile. Fin da quando Claudia era piccola quasi si vergognava a toccarla nel momento in cui doveva darle una mano a cambiarsi e durante la sua adolescenza era sempre molto preoccupata che non si comportasse o vestisse da “sgualdrina”.

Un ricordo che caratterizza molto bene il rapporto della paziente con la madre rispetto alla femminilità riguarda la comparsa del menarca e di come per vergogna Claudia avesse cercato di nascondere in qualche modo, fino ad essere poi stata scoperta soltanto a causa delle macchie sui vestiti. Tornando al periodo della nascita di Marco la paziente ricorda anche di come la madre tendesse a colpevolizzarla se il fratello neonato piangeva, anche in occasioni in cui lei non c'entrava niente.

Marco, poi, come accennato precedentemente, in adolescenza ha sviluppato un disturbo depressivo, con minacce di agiti autolesionistici che l'hanno condotto anche ad un breve ricovero e ad essere seguito per anni da un collega psicoterapeuta privatamente. Il fatto che i genitori, comprensibilmente preoccupati per questo figlio, gli abbiano dato maggiori attenzioni nel corso della sua adolescenza, non ha fatto che aumentare l'invidia della paziente, così come la sua tendenza all'evitamento delle emozioni, dovendo mostrarsi come “quella forte”, per non fare preoccupare i genitori, già molto provati dalla gestione della situazione del fratello.

#### *V. Lo stile di vita di Claudia*

Dai ricordi di Claudia si possono ricostruire alcune dinamiche del suo Stile di vita, rispetto ai concetti di aspirazione alla superiorità - perfezione e sentimento sociale. A causa di questo clima familiare di freddezza e rimprovero costante durante l'infanzia la meta inconscia [17, 23] di Claudia appariva indirizzata a evitare le componenti emotive viste come infantili, eccessive e sbagliate. Questo per non mostrare i suoi bisogni ai genitori e “Non fare arrabbiare la mamma”, frase che si ritroverà quasi come un mantra nel corso della psicoterapia.

È ipotizzabile che l'aspirazione alla superiorità - perfezione, potenziale fonte di conflitto coi genitori nel momento in cui contrastava il loro volere, sia stata rimossa dalla paziente nei primi anni di vita, favorendo la strutturazione di quello che Winnicott identifica come Falso sé [34] e che in termini adleriani si può definire una compensazione dal lato inutile della vita [4, 5, 7].

La compiacenza di Claudia, “brava bambina” che ubbidiva ai genitori, puliva la casa senza fare storie e prendeva bei voti a scuola, appariva quindi finalizzata a evitare e reprimere la sua aspirazione alla superiorità - perfezione ed insieme ad essa i suoi desideri e bisogni più profondi, come quelli di vicinanza, affetto e reciprocità con le altre persone, fornendole allo stesso tempo un'apparenza di superiorità fittizia rispetto a questi [7].

Da qui apparivano molto più comprensibili le sintomatologie ansioso – depressive, i malesseri psicosomatici e i vissuti di solitudine, apatia e insoddisfazione della paziente in età adulta, determinati dallo scarso sviluppo del sentimento sociale, inibito a causa della rimozione dell’aspirazione alla superiorità - perfezione e delle componenti aggressive, fonti di intense angosce e paure, come quella di essere giudicata ed abbandonata dalle persone amate, radicate nella storia infantile di Claudia.

Questo ritiro emotivo dalle relazioni aveva, infatti, condannato la paziente a reprimere i propri bisogni relazionali non permettendo lo sviluppo di quelle capacità collaborative fondamentali per il benessere psicologico e un sentimento di pienezza e soddisfazione per la propria esistenza [5, 8].

#### *VI. La terapia di Claudia*

Per descrivere il lavoro psicoterapeutico fatto nel corso degli anni insieme a Claudia lo suddividerò in 3 fasi – che coincidono con le 3 fasi, iniziale, intermedia e finale in cui, secondo un criterio di suddivisione temporale, si può suddividere il percorso analitico (17, pp. 5-6) –: una prima di conoscenza e strutturazione dell’alleanza terapeutica, una seconda di rielaborazione della sua meta inconscia e una terza di collaudo e ampliamento del suo sentimento sociale.

Anche questa descrizione sarà incentrata sui concetti di aspirazione alla superiorità - perfezione e sentimento sociale, evidenziandone l’evoluzione nel corso della psicoterapia. Inoltre per ogni fase cercherò di focalizzarmi sulla relazione e su come cambiamenti nella paziente abbiano prodotto mutamenti nella relazione e nel mio Stile terapeutico [21, 31] nel corso del tempo e viceversa.

#### *VII. Prima fase della psicoterapia*

Come ho descritto precedentemente, Claudia si era rivolta a me in un momento di crisi, in cui le sue modalità compensatorie e il suo Stile di vita erano stati messi a dura prova. Questo per le problematiche col suo ragazzo dell’epoca che la facevano soffrire enormemente.

Nel momento in cui questo non la considerava Claudia, infatti, sperimentava un forte senso di colpa e frustrazione per il fatto di non essere abbastanza per lui, così come un’intensa paura di essere lasciata o tradita. In quel periodo nei fine settimana rimaneva spesso a letto a rimuginare, sperimentando forti sintomatologie psicosomatiche quali nausea o disturbi gastrointestinali, così come un umore molto depresso e pensieri fortemente autosvalutativi.

Durante i primi colloqui l’atteggiamento della paziente era di porsi come sbagliata e bisognosa di essere supportata, ma anche in un certo senso cambiata dallo psicotera-

peuta. La sua domanda manifesta era, infatti, di arrivare a non avere bisogno degli altri, dato che la sua emotività, difficilmente controllabile e esprimibile se non con pianti disperati, era vissuta da lei soltanto come infantile e inadeguata.

Nella fase iniziale della psicoterapia il mio atteggiamento è stato di sostegno, in accordo con le indicazioni di Gian Giacomo Rovera contenute nel suo articolo sullo “Stile terapeutico” relative alle prime fasi della psicoterapia: “Da un punto di vista operativo almeno nelle fasi iniziali l’utilizzo dell’atteggiamento di apertura del terapeuta (meeting), di fronte alla sofferenza dell’altro, si intreccia a quello di una terapia supportiva piuttosto che quella di una terapia intensiva, volta a smascherare le finzioni (masking), gli autoinganni ed ad interpretare le resistenze ed il transfert” (31, p. 50) e ho cercato di mettere in campo quello che lo stesso Rovera descrive come “atteggiamento incoraggiante” (29, p. 145), supportandola in questo momento di crisi.

Allora buona parte del mio agire come terapeuta era determinato, infatti, da quello che percepivo come un bisogno della paziente di allentare questo sentimento di essere sbagliata, portandola a riflettere sulle dinamiche col suo ragazzo e su come questo, più o meno consapevolmente, mettesse in atto una serie di modalità comportamentali e atteggiamenti con lo scopo di farla sentire in quel modo e farle fare ciò che lui voleva, svalutandola e non evidenziando particolare affetto e attenzione nei suoi confronti.

In questo modo ho cercato di utilizzare quella che Giuseppe Ferrigno identifica come una “strategia” o “ritmo dell’incoraggiamento” [24] adatta allo stile di vita di Claudia e alle sue evidenti fragilità, esacerbate da quel periodo stressante della sua vita.

Accanto a questi momenti di comprensione empatica [1, 20, 31], fornita quando Claudia esprimeva le sue emozioni col pianto ed emergevano i suoi pensieri depressivi e molto pessimistici rispetto al futuro - focalizzati sulla convinzione che non avrebbe mai trovato qualcuno che le volesse bene o l’amasse -, in cui riuscivo a sintonizzarmi con lei, processo che, come evidenzia Fassino parlando di “Sintonizzazione intenzionale” (18, pp. 55-57) è uno dei fattori fondamentali per il cambiamento psicoterapeutico, si manifestavano anche dei periodi più “freddi”, cioè meno ricchi di espressioni emotivamente pregnanti.

Allora Claudia mi parlava di sogni, ricordi della sua infanzia e ricostruzioni interpretative circa i suoi malesseri. Tuttavia quei momenti, apparentemente proficui da un punto di vista psicoterapeutico, in realtà mi apparivano vuoti.

Credo che tale sensazione, insieme a miei vissuti di noia e insoddisfazione durante i colloqui, molto frequenti nella relazione terapeutica con pazienti affetti da disturbi psicosomatici, – come evidenziato dal Prof. Franco Baldoni, esperto di medicina psicosomatica: “Il paziente stimola negli altri reazioni controtransferali di noia, monotonia, vuoto, mancanza di idee e frustrazione” (13, p. 311) –, fosse in gran parte de-

terminata dalle difese di Claudia, che anche con me faceva la “brava paziente”, come faceva la “brava bambina” con i genitori, mettendo in atto una finzione compensatoria [25] particolarmente caratteristica rispetto al suo Stile di vita.

Questo atteggiamento [31] appariva finalizzato ad evitare e reprimere le componenti emotive più profonde che avevano a che fare con l’aspirazione alla superiorità - perfezione, mantenendo la rimozione di queste. Col procedere dei nostri incontri queste componenti emotive hanno iniziato ad emergere nel contesto della relazione terapeutica sotto forma di resistenze [15, 19].

Infatti, dopo circa un anno di terapia, vi è stato un periodo in cui Claudia appariva sempre più insofferente nei miei confronti, esprimendo il suo malcontento per il fatto che non proponessi particolari spunti di riflessione rispetto ai contenuti da lei portati.

Questa insoddisfazione era presumibilmente dovuta al fatto che non fossi “catturato” dalle sue narrazioni, che mi apparivano come un lavoro prettamente cognitivo di natura difensiva. Inoltre non “l’avevo cambiata” come lei avrebbe voluto. Infatti, anche se avevamo lavorato molto sui suoi vissuti relativi alla relazione col ragazzo e lei era meno angosciata, continuava a stare male e soffrire, a sentirsi sola e insoddisfatta della propria vita, così come delle relazioni sociali in cui era coinvolta.

Nei momenti in cui si lamentava di me, nonostante l’ansia che provavo perché non riuscivo a darle ciò che voleva e il timore che per questo abbandonasse la terapia, la percepivo come meno costruita, più in sintonia con i suoi bisogni emotivi e più autentica: l’importanza dell’autenticità per il processo terapeutico è descritta molto bene da Giovanni Abbate Daga come una “meta a cui tendere” (1, p. 114) nel corso della psicoterapia ed è un aspetto fondamentale per l’integrazione e il benessere psicosomatico [13].

In effetti da un punto di vista psicoterapeutico già il fatto che Claudia si permettesse di esprimere questa insoddisfazione e questa rabbia nei miei confronti, culminata in un’effettiva minaccia di abbandonare le sedute adducendo motivazioni economiche, era un primo obiettivo psicoterapeutico che stavamo raggiungendo, in quanto questi “conflitti” con me e con la terapia esprimevano una graduale riattivazione di quell’aspirazione alla superiorità- perfezione rimossa e inibita dalla paziente nel primo periodo in cui ci siamo visti.

Ricordo, infatti, questo momento come molto intenso da un punto di vista emotivo sia per me che per lei, quando prima i nostri colloqui erano caratterizzati da un’estrema piattezza, determinata dalla sua abilità nell’utilizzare le sue doti cognitive e di ragionamento in maniera difensiva, alternata a momenti di pianto e pensieri depressivi quando emergeva la sua emotività.

Queste incomprensioni si sono poi risolte nel momento in cui ho espresso i miei dubbi circa l'interruzione della terapia, motivati dalla preoccupazione per il suo benessere perché, nonostante apparentemente stesse meglio rispetto ai mesi precedenti in quanto le crisi di pianto, i pensieri depressivi e le sintomatologie psicosomatiche erano diminuite, sapevo che in realtà lei non stava bene e che il suo bisogno di sistemare alcune cose dentro di sé era più profondo di quello che appariva o di come lei, per come era fatta, riusciva ad esprimere. In quel momento, dopo qualche istante di forte commozione di Claudia, evidentemente scossa dalle mie parole, erano emerse reminiscenze infantili di natura traumatica, legate alla trascuratezza genitoriale e all'impossibilità di esprimere emozioni nell'ambiente domestico.

Avendo in mente la gravidanza emotiva di quel colloquio ne riconosco l'importanza terapeutica, individuando per molti aspetti una vicinanza con quelli che Daniel Stern identifica come "Momenti ora" e "Momenti di incontro" [33] e il cui risultato viene descritto da Fassino come "un cambiamento nella relazione implicita di entrambi i membri...l'atto che cambia il contesto intersoggettivo della memoria relazionale implicita del paziente" (18, p. 57).

Quella fase, infatti, seppur non semplice per Claudia così come per me da un punto di vista terapeutico in quanto mi sentivo messo fortemente in discussione nelle mie capacità, ha però permesso un'evoluzione della nostra relazione e di conseguenza della psicoterapia. In quel momento avevo ascoltato la sua ambizione alla superiorità - perfezione frustrata, che esprimeva sotto forma di malcontento verso il mio operare, individuando in modo empatico la sofferenza che cercava di nascondere e offrendole una modalità relazionale più in linea con i suoi bisogni emotivi, aiutandola allo stesso tempo ad affrontare aspetti legati al suo mondo interno che tendeva a evitare e nascondere a sé stessa.

Ciò che implicitamente le offrivo in quel momento era di collaborare con me per arrivare insieme a individuare delle strategie utili al miglioramento della sua condizione. Questo senza arrabbiarmi o allontanarla, nonostante i ripetuti attacchi, cosa che i suoi genitori non avevano fatto nel corso della sua infanzia, costringendola a "scappare" dalle relazioni affettive, piuttosto che cercare in modo creativo una via comune di gestione delle complessità legate a queste così come di eventuali conflitti, in una direzione maggiormente collaborativa.

#### VIII. *Seconda fase della psicoterapia*

Nel secondo periodo, che indicativamente può essere collocato temporalmente da un anno e mezzo fino a tre anni di terapia con Claudia, è stata possibile una graduale rielaborazione [30] delle sue spinte emotive aventi a che fare, in termini adleriani, con l'ambizione alla superiorità - perfezione, che ha prodotto un evidente implemento del suo sentimento sociale.



In questa fase si può identificare il passaggio da un'alleanza di lavoro ad un'alleanza terapeutica, identificata da molti autori come un fattore comune fondamentale per il cambiamento psicoterapeutico [20, 30, 31], favorita da una maggiore apertura della paziente nei miei confronti.

Ci siamo, infatti, trovati ad elaborare contenuti arcaici relativi a paure molto intense di abbandono e forti vissuti di solitudine, così come timori relativi all'integrità psicofisica favoriti da pesanti sintomatologie psicosomatiche sperimentate da Claudia durante l'infanzia. Anche i sogni portati dalla paziente si sono fatti via via più densi di un contenuto emotivo che nel periodo precedente le era molto meno accessibile.

Accanto a scenari molto angosciosi e a tratti macabri (cadaveri, contesti apocalittici, navi alla deriva) che riportavano a una sensazione di mancanza di controllo sulle proprie emozioni e sulla propria vita, ne emergevano altri che mi facevano pensare alla componente aggressiva e all'ambizione alla superiorità - perfezione rimossa che la paziente stava gradualmente iniziando a sentire ed accettare come aspetto del suo vero sé [13].

Ad esempio in quel periodo Claudia sognava spesso di essere una superdonna, capitana di flotte navali o eroina con superpoteri di varia natura che si trovava a fronteggiare una serie di avversità. Le sue associazioni rimandavano spesso alla figura materna, vista come inarrivabile e inaccessibile, in contrasto con le sue fragilità che le impedivano di essere attiva e dinamica come avrebbe voluto e come si viveva nei sogni.

Quindi in quel momento è emerso un forte complesso di inferiorità [8, 28] rispetto ad un materno interiorizzato come emotivamente algido e dominante sul marito e sui figli su cui abbiamo lavorato insieme, favorendo nella paziente una maggiore accettazione delle proprie spinte aggressive e dell'ambizione alla superiorità- perfezione, rappresentata dal desiderio di somigliare un po' di più alla madre e meno al padre, succube e passivo rispetto al volere di questa.

Dal punto di vista del mio contro- atteggiamento [31] ricordo di come avessi iniziato ad essere a mia volta più attivo, utilizzando maggiormente interpretazioni e confrontazioni rispetto ai suoi malesseri attuali, passando da una modalità più supportiva ad una più intensiva [20, 21, 31], permessa dal maggiore coinvolgimento della paziente nella relazione con me e di sicurezza rispetto a questa.

In questo modo l'ho aiutata a riconoscere i legami tra le sue difficoltà di quel periodo e le esperienze infantili, che avevano determinato la tendenza all'evitamento dei conflitti e allo scarso coinvolgimento nelle relazioni, caratteristiche del suo stile di vita. In quel periodo Claudia ha iniziato a sentirsi più tranquilla e meno in colpa nell'essere più decisa e nell'esprimere i suoi bisogni, anche quando questi potevano causare potenziali conflitti, riuscendo a gestire meglio le sue emozioni e mettendosi

anche nei panni degli altri, differenziandosi in questo dal materno trascurante. Le sintomatologie psicosomatiche hanno iniziato a farsi più lievi e sopportabili in seguito ad un aumento della sua capacità di mentalizzazione [9] delle emozioni relative all'aspirazione alla superiorità - perfezione, così come ad una maggiore comprensione dei legami tra i conflitti odierni e il passato traumatico, come ad esempio la sua forte ansia interpersonale in risposta a situazioni potenzialmente conflittuali con persone per lei significative, che la portava a reprimere i suoi bisogni, mantenendola in uno stato di forte passività.

### *IX. Terza fase della psicoterapia*

Nella terza fase della psicoterapia che dal terzo anno prosegue fino ad oggi c'è stato un forte cambiamento in Claudia, sia rispetto alla relazione con me che ai suoi compiti vitali [8].

Con me si è mostrata gradualmente sempre più aperta, in relazione e alle volte piuttosto decisa nell'esprimere i suoi bisogni, ad esempio in momenti in cui mi sentiva meno presente nei suoi confronti, facendomelo notare, senza tuttavia prendersela eccessivamente. In questa fase mi sono sentito sempre più tranquillo nel potere esprimere i miei pensieri e le mie associazioni rispetto a quelle che percepivo come sue modalità finzionali [25] e difensive, spingendola a soffermarsi sui suoi vissuti emotivi e riflettere sui suoi conflitti relazionali, presenti e passati.

Per quanto riguarda i suoi compiti vitali intorno al terzo anno di terapia è arrivata a lasciare il ragazzo, con cui si era resa conto di non essere effettivamente in una relazione reciproca, iniziando attivamente la ricerca di una persona più adatta a lei con cui mettere in campo un progetto di vita condiviso. In quel momento si è mostrata più trasgressiva e tranquilla nel cimentarsi in relazioni anche non particolarmente profonde e impegnate, andando contro i precetti materni legati all'essere sempre seria e pudica.

Anche nelle amicizie Claudia ha iniziato ad esprimere maggiormente i suoi bisogni e il disaccordo, ad esempio sulla pianificazione delle uscite, mostrandosi alle volte meno disponibile, ma allo stesso tempo più vera, cosa che ha anche favorito una scrematura tra le amiche, mantenendo quelle con cui ha tuttora un rapporto più intimo e reciproco.

Questo cambiamento di atteggiamento le ha causato, infatti, alcuni conflitti con amiche che, abituate alla sua disponibilità assoluta, si sono infastidite, ma Claudia, seppur con alcune ansie e necessitando dello spazio terapeutico come sostegno in quei momenti, è riuscita a tollerarli e gestirli in modo maturo. Anche in ambito lavorativo ha accettato, seppur con qualche dubbio legato al timore di invidie e per questo di essere esclusa da parte delle colleghe, un ruolo da responsabile del suo ufficio che porta avanti in modo egregio e che le ha permesso di avere anche un avanzamento di carriera.

Il rapporto coi suoi genitori, con cui è tornata a convivere dopo un periodo in cui era uscita di casa, nell’attesa che sia completata la ristrutturazione di un appartamento che ha acquistato, è ancora un po’ freddo, ma Claudia appare capire e accettare maggiormente le loro caratteristiche e limiti, così come i propri, collaborando in ambito domestico, ma esprimendo le proprie esigenze di maggiore indipendenza e libertà.

Nella relazione con me la paziente è ora in grado di accettare maggiormente le frustrazioni, dimostrandosi più attiva e partecipe rispetto al processo terapeutico. Un cambiamento dei miei interventi riguarda anche la possibilità di riflettere sugli altri, alle volte distaccandosi dal suo bisogno di concentrarsi su sé stessa, per cercare di individuarne le caratteristiche e le motivazioni, soprattutto quando queste contrastano con le sue.

In questo Claudia mi appare molto più capace e sicura. Non presenta più sintomatologie depressive, se non sporadici periodi di inquietudine e tristezza determinati da situazioni reali e oggettivamente non facili da gestire e anche le sintomatologie psicosomatiche sono pressoché sparite. Attualmente, rispetto alle fasi della psicoterapia, ci troviamo quindi in una fase finale, di collaudo dei cambiamenti relativi allo stile di vita della paziente, che la hanno portata ad un’evidente crescita psicologica e che richiederanno ancora un po’ di tempo per essere ben sedimentati.

#### *X. Conclusione*

Facendo insieme il punto su questi anni di psicoterapia, Claudia dice di sentirsi più sicura, di avere maggiore coraggio e ottimismo. Si sente più “stronza”, espressione che rappresenta bene l’influsso dei giudizi genitoriali che a tutt’oggi in parte rimangono, ma di sentirsi meno in colpa nel pensare ed esprimere emozioni come la rabbia o nel manifestare la propria opinione e i propri bisogni mostrando alle volte disaccordo, anche con persone a cui vuole bene e a cui tiene.

Da questa descrizione della paziente credo emerga come il recupero e la rielaborazione dell’aspirazione alla superiorità-perfezione abbia favorito un aumento del suo benessere psicologico collegato ad un implemento del sentimento sociale, di cui, in questo senso, può essere considerata una componente. Infatti ora Claudia ha meno timore ad entrare realmente in relazione con le altre persone, anche quando si trova in situazioni per lei emotivamente non semplici. Ancora oggi la paziente appare beneficiare dei colloqui terapeutici che in questa fase mirano a sedimentare le acquisizioni maturate nel corso della psicoterapia.

Un ambito di cui parliamo spesso in questo periodo riguarda la ricerca di un compagno che, nonostante alcune frequentazioni, non ha ancora trovato. Il suo modo di affrontare questo compito vitale, nonostante gli ostacoli e le frustrazioni, risulta più attivo e aperto alla collaborazione sia con me come terapeuta che con gli altri.

Si scoraggia meno e attinge al suo potenziale emotivo, fondamentale per lo sviluppo del suo sé creativo [17] che le permette di destreggiarsi con più facilità ed essere più flessibile rispetto alle inevitabili frustrazioni della vita. Credo che ciò rappresenti molto bene il suo cambiamento e il potenziamento del suo sentimento sociale favorito dal recupero dell'ambizione alla superiorità - perfezione, determinante per l'implemento del suo benessere psicologico.

### Bibliografia

1. ABBATE DAGA, G. (2015), A proposito della relazione terapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 107-121.
2. ADLER, A. (1908), Das Zartlichkeitsbedurfnis des Kindes, tr. it. Il bisogno di tenerezza del bambino, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 5-9.
3. ADLER, A. (1908), Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose, tr. it. La pulsione aggressiva nella vita e nella nevrosi, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 1999: 5-14.
4. ADLER, A. (1920), Il sentimento d'inferiorità e sua compensazione, in ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Psicologia Individuale: Prassi e Teoria*, Newton Compton Editori, Roma 2006.
5. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale*, Newton Compton Editori, Roma 1994.
6. ADLER, A. (1930), Il primogenito detronizzato, in ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton Editori, Roma 1973.
7. ADLER, A. (1931), Il senso di inferiorità e superiorità, in ADLER, A. (1931), *What life should mean to you*, tr. it. *Cos'è la psicologia individuale*, Newton Compton Editori, Roma 1976.
8. ADLER, A. (1933), *Der Sinn Des Lebens*, tr. it. *Il Senso della vita*, Newton Compton Editori, Roma 1997.
9. ALLEN, J.G., FONAGY, P. (2006), *Mentalization – Based Treatment*, tr. it. *La mentalizzazione*, Psicopatologia e trattamento, Società editrice Il Mulino, Bologna 2008.
10. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Desk reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*, tr. it. *Criteri Diagnostici. Mini DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014.

11. ANSBACHER, H., ANSBACHER, R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia individuale di Alfred Adler*, Psycho - Martinelli, Firenze 1997.
12. ATTILI, G. (2007), *Attaccamento e costruzione evoluzionistica della mente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
13. BALDONI, F. (2010), *La prospettiva psicosomatica*, Società editrice Il Mulino, Bologna.
14. CANZANO, C. (2006), Aggressività e volontà di potenza. Ipotesi e confronti con la teoria di Antonio Damasio su emozioni e sentimenti, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 57-68.
15. CASOLARI, F. (2019), La resistenza alla psicoterapia, una prospettiva relazionale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 85: 91-105.
16. COPPI, P. (1998), Finzioni e contro-finzioni della relazione analitica individualpsicologica: osservazioni su un caso clinico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 43: 31-40.
17. FASSINO, S. (1990), Le due istanze fondamentali nel processo analitico, *Ind. Psychol. Doss.*, 2: 45-60.
18. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell’incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-63.
19. FASSINO, S. (2014), La resistenza ai trattamenti nell’anoressia nervosa: la psicoterapia psicodinamica adleriana ha una specifica indicazione?, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 31-70.
20. FASSINO, S. (2016), Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-43.
21. FERRERO, A. (2017), Processi ed esiti in psicoterapia: il ruolo della relazione terapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 55-68.
22. FERRERO, A. (2022) Lo sviluppo del pensiero adleriano negli ultimi venti anni: alcuni contributi a livello internazionale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 91: 31-48.
23. 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.
24. FERRIGNO, G. (2009), La risonanza emozionale e il “ritmo” dell’incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 81-91.
25. MASCETTI, A. (2010), Finzioni e stile di vita, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 117-122.
26. PAGANI, P.L. (2003), Dal bisogno primordiale alle istanze differenziate: dal “senso sociale” al “sentimento sociale”, *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 25-29.
27. PAGANI, P. L. (2006), Dalla pulsione aggressiva al sentimento sociale: sulle tracce del pensiero di Adler, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 5-36.
28. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
29. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell’incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
30. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche in psicologia individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-30.
31. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 22-27.

32. SHORE, A. N. (2019), Applicazioni cliniche delle regressioni reciproche: lavorare con l'affetto rimosso in regressioni reciproche volontarie, in SHORE, A. N. (2019), *Right Brain Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia con l'emisfero destro*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2022.
33. STERN, D. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, tr. it. *Il Momento Presente, in psicoterapia e nella vita quotidiana*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005.
34. WINNICOTT, D. W. (1965), La distorsione dell'Io in rapporto al vero e al falso sé, in WINNICOTT, D. W. (1965), *The Maturation Process and the facilitating Environment. Studies in the Theory of Emotional Development*, tr. it. *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Editore, Roma 2013.

Flavio Casolari  
Via G. Leopardi 10  
I-41043 Formigine (RE)  
E-mail: flavio.casolari8@gmail.com

## Arte e Cultura

### **Bruna Bianco: una poco nota vicenda sentimentale tra amore e parafilia**

GIANNI TADOLINI

*Summary* – BRUNA BIANCO: AN ALMOST UNKNOWN SENTIMENTAL STORY BETWEEN LOVE AND PARAPHILIA. This contribution aims to offer some consideration about the relationship that involved the great poet Giuseppe Ungaretti, then seventy-eight, and the young poet Bruna Bianco, fifty-two years younger. There are some aspects of the story and the intense correspondence that saw the two lovers linked for four years from August 1966. In particular, the attempt is to understand the position of both: if it is perhaps easier to take the point of view of the old poet, the position of the young Bruna is certainly more complex. After considering and setting aside the paraphilia hypothesis, the nature and characteristics of the relationship between the two are deepened according to a psychoanalytic-existential perspective.

*Keywords:* AMORE, PATOLOGIA, GERONTOFILIA

Bruna Bianco è ancora vivente: è una poetessa affermata, avvocato. Da alcuni anni ha interrotto, per l'età avanzata, la professione forense. Risiede sia in Italia che a San Paolo del Brasile. Si trasferì in America Latina nel 1956, a 16 anni, seguendo le scelte della famiglia, che decise di tentare, in quel continente, un'esperienza imprenditoriale nella coltivazione della vite e nella produzione del vino.

La sua vicenda esistenziale non avrebbe avuto notorietà alcuna se Bruna non avesse incontrato, nell'agosto del 1966, Giuseppe Ungaretti, di ben 52 anni maggiore di lei: Ungaretti ha 78 anni, la giovane 26. Il poeta italiano è in Brasile per un ciclo di conferenze e soggiorna in una prestigiosa residenza di San Paolo; Bruna riesce a rintracciarlo e decide di presentarsi di persona in albergo per mostrargli la sua piccola produzione lirica, ma succede qualcosa, qualcosa di assolutamente impreveduto per entrambi. Circa l'opportunità o meno di rendere pubblici dati intimi di una persona ancora in vita, ho preso l'impegno con me stesso di non utilizzare elementi che la stessa Bianco non avesse già resi espliciti nelle interviste.

### I. *Contesto e personaggi*

Giuseppe Ungaretti (1888 – 1970) è universalmente annoverato tra i maggiori poeti italiani del XX secolo. Adolescente avverte il fascino della poesia e si appassiona alla letteratura francese e italiana. La sua lirica incontra varie fasi: da un periodo giovanile caratterizzato dalla brevità delle composizioni, alla maturità poetica, al tempo della sofferenza, in cui trasuda la disperazione per la morte precocissima del figlio Antonietto, di appena nove anni. Attraversa due guerre mondiali, mentre collabora ad importanti riviste letterarie e pubblica numerose raccolte di poesie. Nel 1936 si trasferisce con la famiglia a San Paolo del Brasile, dove gli viene offerta la cattedra di Letteratura Italiana: resterà là alcuni anni. Ritornato poi in Italia mantiene col Brasile un rapporto intenso e particolare.

È ormai famoso, molto anziano, vedovo dal 1958, proposto per il Premio Nobel, quando conosce, quasi per caso, la giovane poetessa Bruna Bianco, brasiliana d'adozione e intensamente affascinata dalla cultura della sua terra d'origine, l'Italia. Trascorrono la serata parlando di poesia; al momento di congedarsi lui l'abbraccia ed avverte l'imprevisto risvegliarsi di un antico Eros ormai sopito da lungo tempo. Nonostante la grande differenza d'età nella ragazza avviene il medesimo movimento e da subito si configura un forte legame destinato a durare, fino a rasentare un possibile, quanto inopportuno matrimonio. I due riusciranno a vedersi poche volte, ma le moltissime lettere che intercorreranno tra loro testimoniano una relazione intensa, passionale, in cui è difficile, forse impossibile, distinguere il sentimento d'amore da una forma parafilica.

### II. *Che cos'è la gerontofilia?*

Dal greco, letteralmente “amore per un vecchio”. Il termine venne usato per la prima volta dallo psichiatra austriaco Richard von Krafft Ebing, nel 1901. Nella moderna letteratura psichiatrica viene collocata tra le cosiddette “parafilie”, cioè quell'insieme di comportamenti o vissuti erotico-sentimentali considerati impropri ed inopportuni rispetto al contesto socioculturale in cui si esprimono. Il DSM-V, ultimo prodotto della American Psychiatric Association, distingue tra parafilìa e disturbo parafilico.

Nel primo caso il soggetto interessato, pur riconoscendo razionalmente l'inopportunità del sentimento, percepisce se stesso in maniera “egosintonica”, cioè il vissuto è di armonia e benessere: l'attrazione verso l'altro più anziano si esprime con normale trasporto, agio e sensazione di piacere. Nel disturbo parafilico, al contrario, subentra la sensazione di disagio, spesso caratterizzata dalla percezione di dipendenza dall'altro; è quindi possibile parlare di “egodistonia” [3], quale dimensione in cui il soggetto manifesta una marcata ambivalenza: attrazione-repulsione, ricerca-allontanamento, concessione-rifiuto.



La gerontofilia sarebbe appunto una parafilìa (o a volte un disturbo parafilico) in cui un soggetto giovane prova attrazione erotica/sentimentale per una persona molto più anziana; tale attrazione può essere di natura omosessuale od eterosessuale.

Il solo dato dello scarto temporale non è sufficiente a definire una relazione parafilica: esistono infatti culture in cui la forte differenza d'età è assolutamente contemplata, laddove il connubio sia stato imposto per motivi di consuetudine sociale, economica o religiosa. In parte del mondo islamico, ad esempio, non è infrequente trovare matrimoni combinati con una differenza d'età di oltre quarant'anni: in questi casi il soggetto giovane è sempre la donna.

Relativamente alla gerontofilia, perché si possa parlare di parafilìa o di disturbo parafilico, è necessario constatare la presenza di elementi prettamente psicologici e psicofisiologici, come l'attrazione erotica. In altri termini: una giovane donna che accetta il rapporto con una persona anziana per motivi socioculturali, di tradizione o di opportunità economica non può essere considerata parafilica, mentre può essere tale una persona che sceglie il rapporto perché ne è attratta.

A nostro avviso la presenza di attrazione erotica dovrebbe essere considerato l'elemento determinante; infatti un rapporto sentimentale tra persone di età anche molto diversa, ma de-erotizzato, risulta piuttosto comune in tutte le culture: basti pensare alla relazione preferenziale di molte giovinette per il nonno.

In un meditato articolo del 2018, Loredana D'Alprano, dell'Istituto Italiano di Sessuologia Scientifica, metteva in luce come già Sigmund Freud avesse voluto sottolineare che un comportamento parafilico (Freud avrebbe detto "perverso") non fosse necessariamente da definirsi un'espressione nevrotica, se fosse stato soddisfacente per la persona; e questo pur confermando l'ipotesi che all'origine di tali tratti di personalità ci fosse comunque un meccanismo di fissazione della Libido infantile su una figura adulta. La psicoanalisi post-freudiana ha generalmente accettato questa teoria ammettendo che sono le posizioni egosintonica o egodistonica ad ergersi come vera discriminante tra patologia e non-patologia.

Anche a livello giurisprudenziale la relazione tra persone maggiorenni, di età molto diversa, non è considerata in alcun modo reato se il rapporto sia chiaramente voluto e consenziente da entrambe le parti; e ciò al di là delle motivazioni che pongono in essere la relazione stessa. D'altra parte in diverse occasioni l'opinione pubblica è stata incuriosita da situazioni in cui la differenza d'età suscitava almeno meraviglia: a nessuno è sfuggito, solo per fare un esempio recente, che tra Silvio Berlusconi e Marta Fascina corressero ben 54 anni di differenza.

### III. *Le lettere*

Veniamo al caso nostro: il rapporto tra Giuseppe Ungaretti e Bruna Bianco. Tra il 2013 e il 2014 (o forse prima) Bruna consegna al critico letterario, saggista e poeta, Silvio Ramat, accademico dei Lincei e docente di Letteratura Italiana all'Università di Padova, un plico contenente ben 377 lettere, inequivocabilmente lettere d'amore. Il mittente è appunto Giuseppe Ungaretti e la destinataria sempre Bruna Bianco.

Ramat fa un minuzioso lavoro di interpretazione su originali non sempre chiari, cataloga, annota, inserisce postille e presenta il plico (a questo punto divenuto un documento storiografico di sicura importanza) all'Editore Mondadori, che lo accoglie con grande favore. Il libro, con un'ampia e dotta presentazione, appunto dello stesso Ramat, esce nel 2017, nella collana degli Oscar: non sarà un successo editoriale, ma rappresenterà una preziosa perla biografica per gli studiosi di Ungaretti.

È interessante notare come il sentimento amoroso nel poeta si esprima in crescendo: da un quasi timoroso "Bruna cara" nelle prime lettere, ad un deciso "amore mio, anima mia" dalla ventesima in poi. Il primo scritto, brevissimo (è un telegramma inviato dalla motonave Giulio Cesare, che riporta Ungaretti in Italia), è datato 14 settembre 1966. Il giorno seguente il poeta scriverà alla ragazza, sempre dalla nave, una lunga lettera dove già traspare deciso il coinvolgimento emotivo. L'ultima missiva, che termina con le parole: "Ecco, caro amore mio, tutto. Ti penso sempre. Ti amo. Ti bacio" viene inviata da Parigi e porta la data del 14 aprile 1969.

Non sono mai state pubblicate le lettere che scrisse Bruna e non ci è noto se oggi siano in possesso di qualche studioso, ma sappiamo che anch'esse furono numerose e frequenti. Ne dà testimonianza (nelle lettere a Bruna) il poeta stesso, che si mostra continuamente ansioso di riceverle.

Relativamente di recente, in due interviste televisive: la prima da Pietra Ligure, per la rete de' Il Nazionale (8 maggio 2019), la seconda per RAI-1, nel programma "Oggi è un altro giorno" (19 maggio 2022), Bruna Bianco conferma che l'amore di Ungaretti fu da lei ricambiato e sentito in egual misura. Rivela inoltre che i due innamorati presero in considerazione anche la possibilità del matrimonio, con il consenso della famiglia di lei.

Non sappiamo però per quale ragione la relazione sia stata bruscamente interrotta: Ungaretti la mantenne quasi segreta, parlandone compiutamente solo ad un allievo ed amico, il giornalista Leone Piccioni, che accompagnò di frequente il poeta nei suoi viaggi. Tale intima compartecipazione è dichiarata più volte dallo stesso Ungaretti nelle lettere. Piccioni è deceduto poco dopo la pubblicazione del libro curato da Ramat, ma in vita non fece mai parola delle confidenze ricevute dal maestro.

Sappiamo, per voce di Ramat, che Bruna ed “Ungà” (così lei chiamava affettuosamente il poeta) si sentono telefonicamente un’ultima volta nel dicembre del 1969, quando Ungaretti le chiede di raggiungerlo in Oklahoma, negli Stati Uniti, ma Bruna non può accettare l’invito, sembra per gravi problemi interni alla famiglia; così la relazione si interrompe.

#### IV. *Conclusioni*

Crediamo non debba destar meraviglia che un anziano, molto anziano, uomo di lettere, celebre, colto, ipersensibile, ma fondamentalmente solo, possa innamorarsi di una giovane e bella poetessa con la quale si trova a condividere la passione che gli ha configurato l’intera esistenza: il rappresentare in versi la propria visione del mondo ed il proprio sentire. Bruna è per Ungaretti l’ultima possibilità di percepire la dimensione del piacere e della passione, l’ultima possibilità per una Libido ormai al termine di una vita costellata in gran parte da un dolore penetrante, assorbito durante due guerre mondiali (non dimentichiamo i versi sublimi di San Martino del Carso, agosto 1916) oltre che dai drammi familiari.

Ciò che invece può suscitarcì sconcerto è come una donna di 26 anni, decisamente attraente, senza angosce economiche, con davanti una brillante prospettiva professionale, sicuramente corteggiata da coetanei, possa innamorarsi di un vecchio professore, con un amore che va ben oltre la condivisione intellettuale o la fascinazione culturale: se non altro la Natura dovrebbe imporre il rispetto delle diversità biologiche, della distanza ormonale, della freschezza e dell’avvizzimento dei lineamenti, della pelle, della flaccidità e tonicità della muscolatura, del fluttuare di un Eros il cui ritmo non può che essere enormemente differenziato.

Eppure tra la giovane italo-brasiliana ed il vecchio cantore di *Il porto sepolto* (1916), *Sentimento del tempo* (1933), *Il dolore* (1947), *Il taccuino del vecchio* (1960), *Il deserto e dopo* (1961), solo per citare le raccolte maggiori, avvenne qualcosa di fronte a cui la scienza dovrebbe avere l’umiltà di tacere e che meglio sarebbe non etichettare, né come fissazione edipica (o complesso di Elettra), nel linguaggio della psicoanalisi, né come parafilia, in quello della psichiatria moderna.

Perché (questo il nostro definitivo pensiero), se l’amore è spesso un mistero della vibrazione, non è quasi mai una patologia, a meno che non si trasformi in violenza, possesso e prevaricazione.

### **Bibliografia e Sitografia**

1. D'ALPRANO, L. (2018), *Gerontofilia: quando l'anziano diventa oggetto di desiderio*, Istituto Italiano di Sessuologia Scientifica, Roma.
2. FREUD, S. (1905-1925), *Three essays on the theory of sexuality*, tr. it. *Tre saggi sulla teoria della sessualità*, Bollati-Boringhieri, Torino 2012.
3. QUATTRINI, F. (2015), *Parafilie e Devianza*, Giunti Editore, Firenze.
4. RAMAT, S. (2017), *Lettere a Bruna*, Mondadori Editore, Milano.
5. <https://iissweb.it/gerontofilia-quando-lanziano-diventa-oggetto-del-desiderio/>

## **Commento all'articolo di Gianni Tadolini. I finalismi dell'amore: una rilettura secondo il pensiero individualpsicologico**

SILVIA RONDI

*Summary* – COMMENT ON THE ARTICLE BY GIANNI TADOLINI. THE FINALISMS OF LOVE: A RE-READING ACCORDING TO INDIVIDUAL THOUGHT. This comment is aimed at presenting an Adlerian perspective on the romantic connection between the poet Ungaretti and the young poet Bruna Bianco.

*Keywords:* AMORE, FINALISMO, COMPENSAZIONE

L'articolo porta alla nostra attenzione il legame che tra il 1966 ed il 1970 vide coinvolti la giovane Bruna Bianco, all'epoca ventiseienne, ed il grande poeta Giuseppe Ungaretti, di cinquantadue anni più anziano: vestita di rosso, dopo una conferenza all'Hotel Ca' d'Oro di San Paolo la giovane si avvicina al poeta per consegnargli alcune sue poesie dando inizio in tal modo ad una relazione che – a causa della distanza – si esprimerà attraverso un intenso scambio epistolare: furono quasi quattrocento le lettere che “Ungà” – così si firmava il poeta – scrisse a Bruna, a testimoniare la persistenza di una passione impetuosa, che riaccende la creatività del poeta:

«*Felice, e disperato d'esserlo*» [10], cosciente del fatto che il suo amore è una «*smisurata demenza*» [ibidem], Ungaretti mette in parole i pensieri, le emozioni per la passione ritrovata e le delusioni legate all'incontro con il limite intrinseco dettato dalla propria vecchiaia ed affronta i temi sempre attuali dell'amore, del tempo, della vita e della morte.

Proveremo a trarre ispirazione dal pensiero di Alfred Adler per proporre una rilettura di questa trama relazionale, invero non proprio insolita: lasciando da parte qualsiasi intenzione classificatoria, che implicherebbe un'omologazione dell'esperienza indi-

viduale ad una deviazione codificata, sembra più interessante fare congetture rispetto alle linee finalistiche che i due amanti hanno potuto tracciare e realizzare grazie al sentimento che li travolse.

Confesso che non ero al corrente di quest'ultimo amore di Ungaretti ed è curioso il fatto che nelle mie libere associazioni io abbia recuperato una frase ascoltata anni fa in una lezione sul Sé Creativo, che da subito mi aveva colpito per la sua potenza evocativa: *“La vita, amico, è l'arte dell'incontro”*. Con sorpresa, apprendo che la stessa frase è il titolo di un album di Vinicius de Moraes, Giuseppe Ungaretti e Sergio Endrigo pubblicato dalla Fonit Cetra nel 1969. Il titolo dell'album è tratto appunto da un segmento del brano *Samba da Benção*<sup>1</sup>. Resto sempre affascinata dalle coincidenze.

François Jullien, uno dei maggiori filosofi francesi viventi, nel libro *“L'apparizione dell'altro. Lo scarto e l'incontro”* [7] osserva come l'essere umano passi la propria vita in attesa di qualcosa o qualcuno che sia veramente *“altro”*, intendendo con ciò che è l'alterità a stimolare creatività, pensiero, vitalità e dinamismo. Per far sì che l'Altro da sé possa mostrarsi occorre lasciare da parte la naturale tendenza individuale ad assimilare, ovvero a rendere simile ciò che ci circonda per farcelo noto e familiare. È necessario invece lasciare che emerga lo *“scarto”*: nell'incontro si palesa dall'esterno un altro che non poteva essere immaginato a priori e che ora ci confronta faccia a faccia per cui, come spiega Jullien, l'incontro consiste nel *“disorientamento del sé ad opera dell'Altro”* [ibidem].

Quando l'incontro si connota come perturbante ed essenziale nella sua capacità di incidere o intersecarsi nel piano di vita dell'individuo, non è soltanto in virtù di ciò che lo causa, e nemmeno dell'oggetto, ma anche e soprattutto per via dei dinamismi che esso scatena e del potenziale creativo che porta con sé sul piano dell'identità dei soggetti coinvolti.

Riprendendo qui il concetto adleriano di *finalismo*, potremmo a buon diritto affermare che l'importanza della causa e quindi anche dell'oggetto stanno soprattutto nell'effetto che sono capaci di generare: integrando la visione freudiana causalistica con una prospettiva teleologica, Adler sviluppa infatti il proprio impianto teorico intorno al postulato che ciò che contraddistingue l'uomo è la sua personale capacità di proiettarsi nel futuro, in un piano di vita che, pur non essendo stato fissato nei minimi dettagli, ha già contorni generali tali da imprimere una direzione prospettica a tutti i fenomeni psichici.

Ipotizzo che nell'incontro con Bruna il poeta abbia tragiurato la possibilità di un nuovo inizio, ritrovando nella giovane quella vitalità che credeva ormai perduta, compensando il limite dell'età e della vecchiaia con quel vigore fisico ed intellettuale che

<sup>1</sup> *“A vida é arte do encontro embora haja tanto desencontro pela vida”*, tr. it. La vita è l'arte dell'incontro, anche se nella vita ci sono così tanti disaccordi.

solo un grande amore può regalare. Egli scrive infatti il 26 ottobre del 1966: «*Sono in tuo potere. Un vecchio, sai quello che è un vecchio? Tutto il suo vigore, tutta la speranza, via via l'andavano consumando e riducendo in spettri, i ricordi. No, non è vero che il ricordo sia cordiale, il ricordo è crudele, consuma una persona a lento fuoco, insiste e giubila nel tormentarla, nello straziarla. Ma questo vecchio qui che Ti scrive, non ha più ricordi. Sei venuta. Perché sei venuta? E i ricordi li hai spazzati via. E prima c'è stato in me un gran vuoto, un deserto, un morire di sete. E poi è sorta la primavera d' un ricordo. [...] Amore, amore mio. T'accorgi, non ho più vergogna di gridarlo. Pietà di me, sì, perché la mia ora dovrebbe essere passata. Amore, amore mio*» [10].

È forse più difficile immaginare cosa tutto questo abbia significato invece per Bruna: certo, l'amore non è un'esperienza riducibile al corpo, ma non può prescindere. Non conoscendo lo stile di vita di Bruna, possiamo soltanto fare qualche congettura: delle personali vicende di Bruna Bianco, sappiamo che il contesto familiare era di tipo imprenditoriale dato che la famiglia si era trasferita in Brasile dall'Italia per cimentarsi nella coltivazione della vite.

Come psicoterapeuta adleriana mi interrogo sullo stile di vita di Bruna e su come l'incontro con Ungaretti abbia rappresentato un segmento congruente rispetto alla sua linea direttrice: quali erano i suoi rapporti con la famiglia d'origine? Quali quelli con il maschile ed il femminile? Le sue inclinazioni poetiche erano comprese, accolte e valorizzate oppure poco considerate? Possiamo ipotizzare che nel rapporto con Ungaretti essa abbia trovato una straordinaria fonte di validazione per le proprie inclinazioni artistiche? Sappiamo di Bruna che nel periodo della liaison con Ungaretti si cimentò attivamente nella poesia, arte che abbandonò invece definitivamente dopo la sua morte per dedicarsi all'avvocatura. Forse era proprio la relazione con il poeta a consentirle di sperimentarsi a sua volta poetessa?

Secondo la Psicologia Individuale, la vita psichica è dominata da una dinamica compensatoria tendente a una meta ideale di superiorità e completezza [1, 2, 3, 4, 5, 6], che è il vero oggetto di desiderio: in questo senso possiamo intendere l'amore come una forza capace di realizzare “*un rovesciamento dello stato di carenza iniziale in cui si trova l'uomo*” (8, p. 13). È la percezione di questa carenza che ci induce a desiderare ciò di cui siamo mancanti, determinando quel movimento dal minus verso il plus che, quando guidato da una armonica integrazione tra aspirazione alla superiorità ed alla completezza [5, 8] e sentimento sociale, produce una buona soluzione della dinamica inferiorità/compensazione.

Fatico a classificare come gerontofilia la passione di Bruna Bianco per Giuseppe Ungaretti: per quanto ci è dato di sapere, si trattò di un'esperienza unica e non ripetuta, forse quindi legata più all'unicità del poeta che a motivazioni di carattere anagrafico.

Credo peraltro che non sia stato facile nemmeno per il poeta confrontarsi con i propri inevitabili limiti corporei e permettersi di sentire per l'ultima volta lo sconvolgimento mentale e fisico che solo l'esperienza dell'amore può regalare.

L'assottigliamento del tempo ed il confronto con la perdita della giovinezza e poi con l'imminenza della morte sono preoccupazioni che accomunano tutti gli esseri umani, in un conflitto dinamico esistenziale tra l'ovvio desiderio di continuare a trarre godimento dalla vita da un lato e l'intrinseca consapevolezza dell'inevitabilità della fine dall'altro: come scrive Irvin Yalom in *Psicoterapia Esistenziale* "*una delle verità più evidenti della vita è che ogni cosa svanisce, che noi temiamo lo svanimento e che ciononostante dobbiamo vivere al cospetto dello svanimento, al cospetto della paura*" (11, p. 41).

Riporto in tal senso un interessante quanto commovente passaggio in cui mi sono imbattuta tempo fa, tratto da una lettera di Freud a ringraziamento per un meraviglioso mazzo di bianche gardenie ricevute per il suo ottantesimo compleanno dalla poetessa Hilda Doolittle [12]: *«Cara H.D., tutto il suo bianco argomento [le gardenie] è arrivato sano e salvo, e ha adornato la mia stanza fino a ieri. Mi ero immaginato di essere ormai diventato insensibile alla lode e al biasimo. Leggendo le Sue gentili righe e rendendomi conto di quanto mi facessero piacere, il mio primo pensiero è stato di essermi sbagliato sulla mia impermeabilità. Ma ripensandoci ho concluso che su questo non mi ero sbagliato. Ciò che lei mi dava non era lode ma affetto e non è necessario che mi vergogni della mia contentezza. alla mia età la vita non è facile, ma la primavera è splendida, e così l'amore.»* (9, p. 418).

Queste brevi righe, scritte da un grande uomo ormai anziano e molto malato, ci confermano che la capacità di amare e di apprezzare la bellezza possono mantenersi immutate fino al nostro ultimo giorno.

Mi sembra doveroso concludere con una frase dello stesso Ungaretti, tratta da *Lettere a Bruna* [10]: *«Amare può essere assurdità, ma è luce».*



### Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1913), *Individualpsychologische Behandlung der Neurosen*, ristampato in ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individual psychologie*, tr. it. *La psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1992.
3. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
4. ADLER, A., METZGER, W. & METZGER, W. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Kindle Edition, Newton Compton, Roma 1997. Prima edizione ebook: 2012.
5. ADLER, A. et al. (2008), *Aspirazione alla superiorità e sentimento comunitario: una raccolta degli ultimi scritti*, a cura di Ugo Sodini, Edizioni universitarie romane, Roma.
6. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
7. JULLIEN, F. (2020), *L'apparizione dell'altro: lo scarto e l'incontro*, Feltrinelli Editore, Milano.
8. MAIULLARI, F., BERSELLI, C., MARASCO, E. E., MATTIONI, M. (2012), *Psicoterapia e filosofia. Un progetto di ricerca adleriano su inferiorità e compensazione*, *Nóema-Rivista di Filosofia Online*, 3.
9. SCHUR, M. (1972), *Freud Living and Dying*, tr. it. *Il caso Freud - Biografia scritta dal suo medico*, Boringhieri, Torino 1976.
10. UNGARETTI, G. (2017), *Lettere a Bruna*, Edizioni Mondadori, Milano.
11. YALOM, I. D. (2018), *Existential psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia esistenziale*, Neri Pozza Editore.
12. La cura psicoanalitica nella vecchiaia. L. Monterosa | SPI ([spiweb.it](http://spiweb.it))

Silvia Rondi  
Via Don Arcangelo Tadini 1/A  
I-25082 Botticino (BS)  
E-mail: [rondi.silvia@gmail.com](mailto:rondi.silvia@gmail.com)

## Recensioni

LINGIARDI, V. (2023), *L'ombelico del sogno. Un viaggio Onirico*, Giulio Einaudi, Torino (pp.163).

Il breve testo di Vittorio Lingiardi ha l'ambizione di dire tutto quello che è importante sapere sui sogni. Un viaggio che ha inizio dagli antichi greci e dal racconto del sogno di Penelope ad Ulisse. Per poi passare al mito di Giuseppe, interprete dei sogni del Faraone nella Bibbia. Per approdare a Freud, Jung, Bion e i più illustri psicanalisti. Infine terminare con la neurofisiologia e il cognitivismo. Ripercorre alcune rappresentazioni e funzioni attribuite al sogno dalla cultura antica, dalla psicoanalisi e infine dagli studi sul cervello. Si potrebbe riassumere in 3 parole: divinità, inconscio e cervello.

Il testo inizia con la concezione del sogno nell'antichità come connessione con la divinità e il mondo dell'altrove. I sogni come profezie possono essere finestre sia sul passato che sul futuro.

Nel sogno come nella morte "non si è padroni in casa propria". Constatare questo fatto è stata "la grande Rivoluzione Copernicana di Freud".

Secondo Freud "ci sono pensieri che confluiscono in un ombelico" che fa da ponte tra ciò che può essere portato alla coscienza e ciò che resterà ignoto.

È questo che lui chiama l'ombelico del sogno, un imbuto in cui alcuni pensieri si perdono nell'inconscio e sfuggono all'interpretazione della coscienza. È questo elemento misterioso del sogno che appassiona l'uomo dai tempi antichi a oggi.

Nella letteratura, a partire da Omero per poi approdare a Shakespeare, il sogno è strettamente legato alla morte, come se fossero due facce di una stessa medaglia.

L'uomo ha sempre guardato al sogno con un atteggiamento ambivalente: da una parte affascinato dal suo mistero e riconoscente nei confronti del sogno per avere un potere profetico e saggio. Dall'altro con diffidenza e fastidio, come un elemento pericoloso e ingannatore. Ma non è forse il sogno stesso ad essere abitato da emozioni che derivano da istinti e appetiti primitivi e allo stesso tempo da eredità antiche e visionarie che possono aprire finestre sul futuro e aiutare ad orientare la nostra mente?

Alcune indicazioni per i terapeuti: è fondamentale mantenere un atteggiamento umile verso chi ci consegna il proprio sogno, perché è la parte più preziosa, soggettiva e complessa che l'Altro ci possa affidare. Evitare quindi interpretazioni che vogliono restituire significati stereotipati, ma piuttosto ridare al paziente la libertà e responsabilità di pensare il sogno e sognare sul sogno. Grande attenzione va posta anche al linguaggio. Ognuno sogna nella propria lingua madre e i significati delle parole variano totalmente nella loro etimologia.

Non c'è dubbio che i sogni parlano un linguaggio antico e allo stesso tempo parlano il linguaggio del sognatore.

L'autore sottolinea come ognuno di noi sia l'insieme di molti sogni: i sogni non vanno presi singolarmente, ma come un viaggio, una storia nel mondo interiore del paziente che si compone di molti racconti e molte pagine, un po' come la *Bibbia* e *Le mille e una notte* per ritornare all'inizio del libro. Infine, tenere presente il doppio registro del sogno, quello più istintivo e ingannevole e quello intuitivo che porta ad una conoscenza profonda di sé e degli altri. Questo è il luogo del sé creativo, per dirla alla Adler e può svelare un giacimento di risorse nascosto in noi stessi e negli altri.

Nel capitolo *Interpretazioni* lo sguardo del sogno degli psicoanalisti si potrebbe paragonare ad un imbuto: si parte dal rimosso e dal passato, per arrivare alla complessità del presente. Freud aveva una visione del sogno come uno scatinato o uno sgabuzzino dove si tengono elementi rimossi e disordinati del nostro inconscio, che ci riportano al passato e ai traumi subiti.

Jung amplia questa visione integrando nella sua teoria gli archetipi, che hanno origine da chi ci ha preceduto e attribuendo al sogno una funzione visionaria sul futuro. I più moderni psicanalisti a partire da Bion espandono ulteriormente la concezione di sogno: diventa un luogo di pensiero del presente anche nella veglia, una vera e propria modalità di pensare. È il modo in cui diamo significato all'esperienza.

Gli studi di neurofisiologia hanno dimostrato la complessità di questo fenomeno che dai circuiti del sistema limbico e dal talamo deputati all'autoregolazione emotiva, approdano al proencefalo e avvalorano l'idea che il sogno sia un processo creativo.

Interessante il paragrafo dei sogni raccolti da un campione di lettori de *La Repubblica* durante il lockdown. Moltissimi sogni sulle angosce di isolamento e di contagio, contrapposti a una numerosità quasi superiore di sogni sulla maternità. È proprio vero che in tempo di morte, nasce ancora più forte il desiderio di vita.

Dopo averci portato negli studi degli psicanalisti, nei laboratori degli scienziati, nel mondo del cinema, della poesia e dell'arte pittorica, Lingiardi si chiede: "La vita è sogno?" Confondere il sogno con la realtà in certi casi può portare alla follia, ma si-

curamente il sogno ci aiuta a vedere un mondo interiore che continua a pulsare anche nella realtà, anche se meno visibile, allo stesso tempo è nella realtà che possiamo dare significato al sogno.

E quindi quale può essere la funzione di un terapeuta nei confronti del paziente che racconta un sogno? Non tanto quella di svelare i contenuti, ma di sognare insieme al paziente, costruire insieme una narrazione capace di cogliere i dinamismi psichici del paziente per facilitare la conoscenza e mentalizzazione delle emozioni.

Questo libro, come afferma l'autore stesso, è "un invito ad essere coscienti dell'inconscio", che si caratterizza per la sua inafferrabilità e il suo mistero. La sensazione di non capire e di sentire senza possedere. "I sogni trasmettono la responsabilità di conoscere sé stessi e la libertà, quando ti svegli, di farci i conti o anche lasciarli andare." È un dialogo con sé stessi che continua anche nella veglia, e se accompagnato dall'*intersoggettività* può aiutarci a stare meglio.

*Sara Golinelli*

MAGGIOLINI, A. (2023), *Pieni di rabbia. Comportamenti trasgressivi e bisogni evolutivi degli adolescenti*, Franco Angeli, Milano (pp. 154).

Il libro si caratterizza per un' articolata riflessione sui molteplici aspetti personologici, sociali e giuridici inerenti i comportamenti trasgressivi degli adolescenti, proponendo un approccio psicoterapeutico non unicamente individuale, ma anche sistemico.

La riflessione dell'Autore prende le mosse dall'idea che il comportamento provocatorio è sì uno stimolo rivolto ai genitori (ambiente esterno), ma rappresenta anche un elemento dotato di un senso interno per il soggetto; esso infatti impatta sui genitori e sul sistema, ma al contempo origina da quest'ultimo.

In questo contesto di causalità circolare, in cui ogni posizione è al contempo causa ed effetto, due delle tre tipiche risposte ai reati non appaiono soddisfacenti: la reazione come deterrente mostra da tempo la sua inefficacia, la riabilitazione/rieducazione ha un senso solo "parziale", in quanto tende a fermare la riflessione sull'autore di reato stigmatizzandolo come "guasto" da riparare, mentre solo il tentativo di capire il bisogno di cui il comportamento distruttivo si fa portavoce sembra possedere la profondità di visione necessaria.

A questo punto, la psicoterapia deve inserirsi come un progetto evolutivo sostenuto da tre colonne portanti:

- 1) la capacità di cogliere la relazione tra disturbi (sintomi) e compiti evolutivi
- 2) l'attenzione al contesto (non solo familiare)
- 3) la ricerca del senso soggettivo dei comportamenti per orientare decisioni educative diverse.

Secondo l'Autore, si deve pertanto riuscire a operare in maniera sincrona tra il mondo interno (miglioramento della mentalizzazione) e il mondo esterno (favorire azioni efficaci, che possano anche estendersi e riverberare sul sistema), per accrescere il sentimento di "self agency".

L'idea di fondo è quella di una operatività cibernetica, una continua navigazione (negoziata), che accetti profondamente una logica situazionale, che sia capace di integrare, legittimare e mediare le istanze, che si nutra della capacità di accettare limiti, anziché del desiderio/necessità di imporsi ad ogni costo. Una operatività che coinvolga anche interventi territoriali e di sostegno genitoriale sia nei riguardi dei rapporti genitori-figlio, che di quelli genitore-genitore.

Il fine ultimo è la creazione di un patto con il giovane, che coinvolga l'impegno e la riparazione sociale, che consenta di superare il reato, al fine di (ri)costruire una immagine positiva di sé e far emergere una responsabile identità sociale, che spesso i giovani autori di reato non possiedono.

L'Autore, già nelle prime pagine del libro, richiama una evocativa immagine guida (tratta dal testo di Alison Gopnik *Essere genitori non è un mestiere*), in cui il genitore, come anche lo psicoterapeuta per analogia, deve sentirsi come un giardiniere di fronte a una pianta, che risente di stimoli molteplici e proteiformi, piuttosto che un falegname (solo) di fronte a un pezzo di legno, passivo e controllabile.

*Riccardo Valli*

RONCAGLIA, G. (2023), *L'architetto e l'oracolo: forme digitali del sapere da Wikipedia a Chat GPT*, Ed. Laterza, Bari (pp. 256).

Il libro è un approfondimento molto tecnico e dettagliato sui moderni sistemi di gestione e archiviazione delle informazioni nell'epoca contemporanea, basati sempre di più sulla tecnologia informatica.

La trattazione scaturisce principalmente da tre ordini di fenomeni a cui stiamo assistendo:

- 1) l'esorbitante e progressivo incremento delle risorse e fonti informative
- 2) l'aumento della frammentazione ("granulosità") e della complessità generale dei contenuti
- 3) la dinamica in continuo movimento tra due modelli di organizzazione delle conoscenze: uno deterministico/architettonico e l'altro probabilistico/oracolare.

Il modello architettonico è rappresentato dal modello tradizionale di catalogazione di informazioni omogenee, ad esempio bibliotecarie. Il modello oracolare probabilistico nasce dalla necessità di dover fare i conti con una crescente eterogeneità delle tipologie di fonti rispetto al passato (audio, video, testo e immagini) che impone, in parallelo ad una attività "architetturale" di catalogazione/etichettatura del sapere, si debbano creare sistemi di recupero intelligenti (oracolari) delle diverse categorie di informazioni (intelligenza artificiale).

All'interno delle modalità di sviluppo di tali sistemi generativi, basati su criteri di associazione statistico-probabilistici, nel libro vengono sottolineate numerose complessità tecniche ed etiche relative alle modalità di "addestramento" e validazione, che sono all'attenzione delle Autorità Governative.

Ciò che viene ben sottolineato nel volume è che c'è una significativa differenza tra informazione e conoscenza e che solo l'azione di attribuzione di senso, permette di articolare l'aggregazione di dati informativi puri, sempre più numerosi e a volte provenienti da fonti non "certificate", in un orizzonte conoscitivo formativo e strutturante.

Dalla lettura del libro, sembra che si stia assistendo a un moto circolare in base al quale, partendo da una tradizione oracolare, trasmissione verbale del sapere, prima del testo scritto, giunge a una strutturazione architettonica, il sapere scritto in volumi recuperabili e classificati per argomento, per poi tornare nella contemporaneità ad una trasmissione oracolare, in cui il criterio probabilistico pare l'unico in grado di gestire la mole e la diversità di dati.

Il libro è complessivamente orientato a fornire uno scenario di conoscenza di base tecnico-organizzativa ed etica in materia di intelligenza artificiale e memorizzazione.

A mio avviso, da esso sembrano emergere alcune domande (senza risposta) che possono interessare noi psicoterapeuti.

Ad esempio: in futuro, in che grado i criteri di selezione delle informazioni saranno in mano a un oracolo umano capace di istituire un senso? Se l'acquisizione di conoscenza dovesse passare sempre più attraverso sistemi di intelligenza artificiale, esisterà un garante in grado di gestire la programmazione di tali potenti sistemi con meno bias "a monte" possibili? Cosa rimarrà della capacità critica e riflessiva dell'uomo travolto "dall'infodemia"? Sarà influenzata la strutturazione delle personalità di fronte alle nuove modalità di flussi di informazioni?.

*Riccardo Valli*



POSTMAN, N. (1985), *Amusing ourselves to death: public discourse in the age of show business*, tr. it. *Divertirsi da morire*, LUISS University Press, Roma 2021 (pp. 161).

Mi sono imbattuto piuttosto casualmente in questo testo che è stato pubblicato negli Stati Uniti nel 1985, ma che ho trovato acuto e molto attuale, nonostante la sua riflessione si interrompa ancora prima dell'avvento del mondo di Internet e dei social media.

Mi è sembrato estremamente interessante e curioso l'impianto argomentativo del libro; esso infatti sviluppa la sua riflessione da due romanzi "distopici", pubblicati diverse decadi prima del 1985: "1984" di George Orwell (1949) e "Il mondo nuovo" di Aldous Huxley (1932). Dalle suddette opere emergono due prospettive: una che immagina un governo futuro basato su logiche repressive e dittatoriali (Orwell) e l'altra che invece ipotizza una società progressivamente svuotata di contenuti, felice di essere oppressa e innamorata della tecnologia, che "libera dalla fatica di pensare" (Huxley).

Partendo da questi due scenari il libro di Postman si propone di valutare se una delle due prospettive distopiche preconizzate da Orwell e Huxley ha assunto caratteri di realtà attuale e quali sono i passaggi, spesso in maniera silenziosa e strisciante, che hanno progressivamente mutato la realtà culturale dell'uomo moderno o minacciano di farlo.

Anche il libro scritto da Postman, edito nel 1985, appare a suo modo profetico.

Il testo parte dall'idea che i mezzi di comunicazione a disposizione nelle varie epoche storiche ("mezzi-metafora") "classificano il mondo per noi, lo analizzano, lo modellano, lo ingrandiscono, lo riducono, lo colorano" e che "in ogni strumento che noi creiamo si nasconde un'idea che trascende la (*semplice*) funzione della cosa stessa". Da questo presupposto, il volume passa brevemente in rassegna due cambiamenti storici dei mezzi di comunicazione e informazione, per poi soffermarsi su un terzo cambiamento più recente, su cui apre una più ampia riflessione socio-antropologica.

La prima delle suddette svolte è il passaggio dall'oralità alla scrittura fonetica, che ha inevitabilmente cambiato le concezioni di conoscenza, intelligenza e pubblico, "dando vita al grammatico, al logico, al retore, allo storico, allo scienziato".

La seconda rivoluzione si è avuta con l'invenzione della stampa e il potenziamento e la diffusione del paradigma universale di una comunicazione coerente, lineare, razionale, considerata tipica della parola scritta.

Infine, la terza "crisi" o svolta è quella che l'Autore individua nell'invenzione della televisione.

Secondo Postman, l'avvento della televisione (e dei social attuali, si potrebbe tranquillamente aggiungere) ha portato a un cambiamento nella comunicazione e nella diffusione dell'informazione estremamente multi sfaccettato, sia in termini quantitativi, che qualitativi.

Da un lato, infatti, la quantità delle notizie/informazioni condivisibili è progressivamente notevolmente aumentata; inoltre, il susseguirsi frenetico di "contenuti" puntiformi a sé stanti allontana sempre più radicalmente la narrazione attuale (se di narrazione si può parlare), dalla struttura coerente argomentativa tipica della parola stampata tradizionale, riducendosi a un banale (e banalizzante) avvicendamento di eventi "granulari". L'accelerazione del flusso informativo, infine, si discosta anche in maniera preoccupante dalla "lentezza" fisiologicamente necessaria affinché un'informazione possa essere memorizzata dall'encefalo.

Dal punto di vista qualitativo la rivoluzione televisiva ha fatto sì che le informazioni proposte hanno smesso di avere una necessaria rilevanza rispetto alla realtà (locale) e alle potenziali attività del ricevente (essa spesso non ha una vera connessione con una domanda specifica), hanno smesso di avere una necessaria coerenza tra loro e possono avere dignità propria, senza necessitare di un contesto.

Secondo Postman, l'informazione moderna si giustifica da sé (pseudocontesto), può essere tranquillamente irrilevante e contraddittoria (incoerente) nel tempo, perde pregnanza e si riduce a mero intrattenimento. Quando una comunicazione abbandona la logica, la consequenzialità, la regola di non-contraddizione, caratteristiche riconosciute all'informazione scritta tradizionale, si entra nel campo del vaudeville (per il teatro) e, pericolosamente, della schizofrenia (per la psichiatria).

A questo punto può essere interessante chiedersi se i social media stanno esasperando i concetti e le conclusioni che l'Autore fa emergere dalla "rivoluzione" televisiva. Ancora più intrigante è forse domandarsi se, seguendo l'idea del "mezzo-metafora" supportata da Postman (che simultaneamente rappresenta e plasma la società che lo usa), ci sono conseguenze per la "forma mentis" delle persone e dei giovani in particolare; se e in che modo, allargando l'orizzonte, potrebbero dover essere rimodulati alcuni modelli psicologici tradizionali e riconsiderati alcuni strumenti.

*Riccardo Valli*

COLLI, A. (2024), *Il desiderio di essere capiti - Rotture, mentalizzazione, intersoggettività*, Raffaello Cortina Editore, Milano (pp 214).

*Il desiderio di essere capiti-rotture, mentalizzazione, intersoggettività* (2024) di Antonello Colli si presenta come un'opera fondamentale e completa per coloro che sono desiderosi di approfondire la loro comprensione della psicoterapia basata sulla mentalizzazione. Questo testo, attraverso una fusione sapiente di teoria e pratica, offre una guida dettagliata per affrontare le sfide complesse del lavoro terapeutico.

Colli inizia analizzando il concetto di mentalizzazione e intersoggettività e la loro rilevanza nel processo terapeutico, sottolineando l'importanza della capacità di riflettere e comprendere i propri stati mentali e quelli degli altri.

L'autore fornisce approfondimenti sulle tecniche di intervento volte a promuovere la mentalizzazione, come la regolazione dell'arousal emotivo in relazione all'attivazione dei vari tipi di sistemi di attaccamento. Queste strategie consentono agli psicoterapeuti di creare un ambiente terapeutico sicuro e favorevole alla riflessione e all'esplorazione emotiva.

Un altro punto chiave trattato da Colli riguarda il riconoscimento e la gestione delle modalità prementalizzanti all'interno della seduta di psicoterapia. L'autore offre strategie pratiche per affrontare le modalità prementalizzanti, come la modalità dell'equivalenza psichica, la modalità teleologica e la pseudomentalizzazione che possono ostacolare il consolidarsi dell'alleanza terapeutica e poi anche l'evoluzione della terapia.

Attraverso l'uso di stralci di dialogo di casi clinici e mappe concettuali pratiche, Colli illustra come gli psicoterapeuti possano riconoscere e contrastare queste modalità, favorendo così una maggiore consapevolezza e una comprensione più profonda del paziente; cercando di prevenire la sensazione di "non essere capito" che potrebbero dare origine a drop out o agiti all'interno della seduta.

L'autore offre strategie specifiche per contrastare queste modalità non autentiche di interazione e comprensione del mondo dell'altro, utili ad arricchire lo sguardo dei professionisti per favorire una mentalizzazione più autentica e profonda, creando così le condizioni ottimali per il cambiamento e la trasformazione del paziente.

Interessante risulta essere anche la trattazione delle resistenze del paziente e dello psicoterapeuta che possono essere attivate dalle differenti modalità prementalizzanti. Esempi specifici attivano nella mente visioni di scene del proprio lavoro e aiutano a sviluppare una riflessione clinica su come riconoscere i movimenti che vanno verso le rotture dirette o indirette.

Infine, Colli sottolinea il ruolo fondamentale della capacità di mentalizzazione del terapeuta come fattore terapeutico. La consapevolezza e la comprensione dei propri stati mentali da parte del terapeuta sono essenziali per facilitare una relazione terapeutica autentica ed empatica.

L'autore illustra come i terapeuti possano sviluppare una maggiore capacità di mentalizzazione, promuovendo così un ambiente terapeutico più favorevole alla crescita e al cambiamento del paziente; ponendo il focus sulla formazione continua utilizzando *role playing* o modalità formative esperienziali e la continua esplorazione di sé sia nel qui ed ora della seduta che nella supervisione del lavoro successiva.

In conclusione, *Il desiderio di essere capiti* si rivela un'opera interessante per coloro che sono impegnati nell'arte complessa della cura delle menti e delle anime. Attraverso la sua profondità concettuale, la sua sensibilità umana e la sua ricchezza di spunti pratici, questo libro offre agli psicoterapeuti una guida preziosa per navigare le sfide e le opportunità del lavoro terapeutico, promuovendo una maggiore consapevolezza, sensibilità e competenza nel trattamento dei pazienti.

*Gabriella Genovese*

*Riv. Psicol. Indiv.*, n. 95: 103 (2024)

**S.I.P.I.  
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE**

*Member-Group of the*

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

**XXX CONGRESSO NAZIONALE S.I.P.I.**

**“Specchi deformanti.  
Narrazioni di Sé, degli altri, del mondo”**

PRIMO ANNUNCIO

Parma, 24-26 ottobre 2025