

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Year XXXVII

July-December 2009

Number 66

Editorial	3
A. Bianconi S. Fassina	<i>The Encouragement Strategies in the Psychotherapy with borderline and Narcissistic Personality Disorders</i> 5
D. Bosetto	<i>Life-Style and Occupational Unease: from Discouragement to Encouragement through Creative Thought</i> 21
C. Canzano	<i>The Limit and Courage. In Front, Beside, Inside Inferiority</i> 31
F. Di Summa	<i>The Difficult Art of Encouragement a Course of (Adopted) Expert</i> 43
S. Fassino	<i>Empathy and Encouragement Strategy in the Change Process</i> 49
A. Ferrero	<i>The Strategies of Encouragement in Time-Limited Psychotherapies</i> 65
G. Ferrigno	<i>The Emotional Resonance and the "Rhythm" of Encouragement</i> 81
L. G. Grandi	<i>Encouragement in Psychotherapy</i> 93
A. Mascetti	<i>Encouragement and Life-Style</i> 97
G. Mazzoli	<i>Encouragement in the Socio Analysis Groups</i> 105
M. Mazzone et Alii	<i>The Care Pathway between Hospital and Local Services. The Network of Intervention and the Therapeutical Scheme</i> 115
D. Munno S. Lerda G. Zullo	<i>Interventions of Encouragement in Liaison Clinical Psychology</i> 123
P. L. Pagani	<i>Communication and Encouragement</i> 131
G. G. Rovera	<i>The Strategies of Encouragement</i> 139
Editorial News	161
Announcements	165



Editoriale

Come i nostri lettori ricordano, il 29, 30 e 31 maggio 2009 si è tenuto a Bari il *XXI Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia Individuale* sul tema “Le strategie dell’incoraggiamento negli attuali contesti clinici e formativi”.

Il titolo del Congresso evoca sicuramente i molteplici nuclei teorici specificamente adleriani che (innovativi ed eretici per l’epoca in cui sono stati elaborati) ruotano costantemente intorno all’intima natura *intersoggettiva, interindividuale* dell’uomo: *senso sociale, sentimento sociale, bisogno di tenerezza, empatia*. In “Psicologia del bambino difficile” Alfred Adler scrive: «Non esiste un intelletto privato. Un intelletto dell’individuo. L’intelletto ha un valore generale. Esso si è sviluppato comprendendo gli altri, avvicinandosi ai propri simili, identificandosi con loro, vedendo con i loro occhi, udendo con i loro orecchi, sentendo con i loro cuori». «Se la relazione terapeutica – osserva *Secondo Fassino* in “Empatia e strategie dell’incoraggiamento nel processo di cambiamento” – è il nucleo motore dell’intervento clinico, il *processo di incoraggiamento*, nella peculiare accezione individualpsicologica, rappresenta il cuore della relazione terapeutica».

La “mente” adleriana, quindi, non è una *mente isolata*, ma racchiude in sé una potentissima vocazione *relazionale* fra il *Sé* e l’*altro da Sé*, in completo contrasto con la posizione epistemologica freudiana che, legata al vincolo di un “narcisismo primario”, valuta gli oggetti esterni come “secondari” con la singolare funzione di inibire, di facilitare o di fungere da bersaglio alla scarica energetica della “primaria pulsione libidica”. Non possiamo che constatare la lungimirante modernità di pensiero di Alfred Adler che, capostipite del filone socioculturale della psicologia del profondo, per primo, in un momento storico cruciale, imbevuto della fisica causalistica di Newton, anticipa l’*olismo* e il *relativismo* della fisica quantistica di Einstein, divulgando concetti particolarmente innovativi: *aggressività culturale, soggettivismo fenomenologico delle finzioni, mente relazionale, coppia creativa terapeutica, processo d’incoraggiamento empatico*.

Sicuramente senza “empatia”, senza la capacità di cogliere e di penetrare il sentire o il patire altrui non è possibile vera comunicazione né autentico incontro, scambio, dialogo, comprensione. Così come non si curano le ferite dell’animo malato esclusivamente con la farmacologia, senza coinvolgimento affettivo da parte del terapeuta, senza comprensione emozionale, *piētas*, dialogo incessante e soprattutto senza inesauribile disponibilità all’ascolto, in quanto occorre calarsi nell’individuo prima che nel paziente. «Il lavoro analitico – sottolinea *Gian Giacomo Rovera* nel suo stimolante “Le strategie dell’incoraggiamento” – non consiste tanto nello “scavare” nell’inconscio della mente, ma nel costruire un dialogo denso di *coinvolgimento empatico*, il quale attraversa il mondo esperienziale sia del paziente che del terapeuta ed è tale da considerare la gravidanza del *co-transfert incoraggiante*, in rapporto alle reciproche attività organizzatrici di entrambi i soggetti».

In ogni caso, *non c’è psicoterapia se non nel segno della speranza*. Il paziente nel *setting* può trovare il coraggio di aprirsi verso nuovi orizzonti prospettici di *speranza* che si dischiudono nel regno del *non ancora*, del *progetto*, del *possibile*, se soltanto “intravede” almeno una “possibilità”. «Il vero incoraggiamento – evidenzia adlerianamente *Pier Luigi Pagani* in “Comunicazione e incoraggiamento” – sta nel fargli sentire che “vale la pena di tentare”».

Attraverso il tema dell’“incoraggiamento” la *Psicologia Individuale Italiana* riesce a recuperare il segno distintivo di riconoscimento caratterizzante tutti coloro che fanno della metodologia analitica adleriana lo strumento essenziale del loro impegno, il che implica la promozione sempre più capillare di ricerche e di studi, attraverso i quali i metodi di lavoro del pioniere Alfred Adler possano anche essere convalidati dalle più sofisticate acquisizioni delle neuroscienze.

Questi sono i presupposti motivazionali per cui la *Direzione della Rivista* ha ritenuto opportuno pubblicare in un *numero monotematico* tutte le “relazioni” dei *Didatti Ufficiali della SIPI* sul tema dell’incoraggiamento che si sono succedute nel corso delle varie sessioni durante il *XXI Congresso della Società Italiana di Psicologia Individuale*. Seguirà al *numero 66* della *Rivista* un successivo *Supplemento* con tutte le altre “comunicazioni” presentate al Congresso. I lettori avranno, in questo modo, l’opportunità di apprezzare la molteplicità delle idee e la complessità dell’argomento trattato e, certamente, quanto è loro offerto servirà da stimolo per nuove ricerche.

Giuseppe Ferrigno

Le strategie dell'incoraggiamento nella psicoterapia con i disturbi borderline e narcisistici di personalità

ALESSANDRA BIANCONI, SIMONA FASSINA

Summary – THE ENCOURAGEMENT STRATEGIES IN THE PSYCHOTHERAPY WITH BORDERLINE AND NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDERS. The topic of the encouragement will be considered in this paper starting from the adlerian perspective of encouragement as a Life Style function, emphasizing the correlation between inferiority and creativity. According to Adlerian Psychodynamic Psychotherapies (APPs) the encouragement assumes a peculiar technical and methodological value, because it configures a specific therapeutic strategy. An “encouraging psychotherapy” puts its basis in a bio-psycho-social explicative comprehension of the individual, of his/her history, of his/her life project and also of his/her symptomatology. The therapeutic strategies that tend toward encouragement correlate either to the clinical and general objectives of the proposed psychotherapeutic treatment and to the right and proper choice of technical instruments. The theoretical models’ development, the clinical trials, the treatment efficacy researches and the psychotherapy process studies yield precious prompts for the treatment of Borderline Personality Organizations, and in particular of the Borderline and Narcissistic Disorders. Some clinical histories will be proposed in order to highlight the use of the encouragement strategies and the encouraging use of some specific technical instruments during the psychotherapy with this kind of patients. Furthermore, it will be underlined the importance of the therapist’s ability of empathetically modulating his/her counter-attitude, at the patient’s and therapeutic objectives’ disposal.

Keywords: ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY (A.P.P.), PERSONALITY DISORDERS, ENCOURAGEMENT’S STRATEGIES

I. L'incoraggiamento nella Psicoterapia Psicodinamica Adleriana: strategie e strumenti

Il tema dell'incoraggiamento è qui considerato a partire dalla concezione adleriana di *Stile di vita coraggioso*: esso implica il procedere armonico del bisogno di autoaffermazione e del sentimento sociale, e contempla la possibilità di contatto creativo con il proprio sentimento soggettivo d'inferiorità e d'insicurezza [38]. L'accento posto sulla correlazione tra inferiorità, creatività e coraggio rimanda alla concettualizzazione di Stile di vita-Sé creativo [3, 8], inteso come

struttura unitaria e coerente, che governa la personalità, interpreta e rende significative le esperienze, attivandole in un progetto.

In senso generale una strategia dell'incoraggiamento in psicoterapia dovrebbe correlare con la possibilità di attivare o ri-attivare le funzioni creative dell'individuo ed inscrivere in una comprensione dinamica dello stile di vita del paziente. Una "psicoterapia incoraggiante" inizia quindi con una formulazione diagnostica e progettuale articolata e complessa, che si iscrive all'interno di una comprensione esplicativa [39] bio-psico-socio-culturale dell'individuo, della sua storia, del suo progetto di vita, della sua sintomatologia. A tal fine, oltre che dell'esperienza del clinico, è possibile (ed opportuno) avvalersi di svariati strumenti testistici (Rorschach, T.C.I. etc.) e di protocolli descrittivi. Tra questi ultimi, si sottolinea la recente manualizzazione diagnostica psicodinamica proposta dal PDM [34] che, evidenziando le aree di migliore e peggiore funzionamento mentale (Asse M) del paziente, fornisce un utile contributo nell'orientare il progetto clinico.

Tradizionalmente, l'incoraggiamento nelle psicoterapie psicodinamiche si declina: o come "condotta" di base del terapeuta, dimensione aspecifica e comune della relazione (generica accoglienza della sofferenza del paziente, sospensione del giudizio etc.); oppure come strumento tecnico di tipo supportivo [37, 43]. Nelle Psicoterapie Psicodinamiche Adleriane (APP's) [15, 41], l'incoraggiamento assume invece una valenza teorico-metodologica peculiare, in quanto configura una precisa strategia terapeutica, che concerne l'abilità del terapeuta di elaborare *con e per il* paziente, modulando la relazione tra due poli: l'uno teso a favorire la *ricerca* di nuove possibilità di scelta da parte del paziente, l'altro caratterizzato da una maggiore *offerta* da parte del terapeuta di risposte ai problemi del paziente nell'*hic et nunc* della seduta [16, 17].

Le strategie terapeutiche tese all'incoraggiamento in sintesi correlano:

1. con la comprensione dinamica della patologia (diagnosi strutturale e funzionale) e del suo significato soggettivo in quel momento della vita del paziente e quindi con gli obiettivi generali del trattamento psicoterapeutico proposto (prevalentemente mutativi o conservativi rispetto all'assetto difensivo del paziente);
2. con gli obiettivi peculiari di quel particolare momento della terapia, ovvero con una costante analisi e monitoraggio dei processi terapeutici; l'incoraggiamento si declina quindi anche come scelta appropriata di strumenti tecnici.

Dal punto di vista tecnico-operativo, consideriamo pertanto la possibilità di un utilizzo "incoraggiante" di tutti gli interventi del *continuum* espressivo-supportivo (interpretazioni, confronti, chiarificazioni, incoraggiamento ad elaborare, convalidazione empatica, consigli, prescrizioni) [11, 14, 29], secondo gli

obiettivi individuati e nell'articolazione dei differenti momenti della terapia (schematicamente e didatticamente: fase esplorativa, trasformativa e prospettica [15, 41]).

Inoltre, nell'ottica di una sempre crescente attenzione al controtransfert, che appartiene ormai ad ampia parte dei modelli psicodinamici [35] e che si avvale dell'esperienza clinica condotta proprio con pazienti con disturbi borderline e narcisistici di personalità, lo strumentario degli interventi tecnici delle psicoterapie codificato dal Menninger Project, si arricchisce della possibilità di utilizzare micro-agiti consapevoli all'interno del *setting* (*enactement*) [40] fino alla possibilità di mettere in gioco parti di sé (*self-disclosure*) [35]. Anche questi interventi devono essere compresi ed attuati nell'ambito di un'impostazione strategica della terapia, costantemente orientata e ri-orientata "su misura" del paziente e pertanto iscritti in una particolare attenzione e monitoraggio del controatteggiamento del terapeuta.

L'incoraggiamento, costituendo un'impostazione strategica dell'intervento, afferrisce dunque alla competenza progettuale richiesta al terapeuta [10]; questa include la capacità di prendere in considerazione il proprio controatteggiamento [38], sin dalle fasi preliminari dell'incontro psicoterapeutico. L'incoraggiamento non si risolve dunque in una condotta educativa, ma si declina attraverso le potenzialità trasformative della coppia terapeutica, a partire dall'attivazione del Sé creativo del terapeuta [8, 19] ed attraverso la possibilità di contatto empatico del terapeuta con la sofferenza del paziente [12].

L'*empatia*, nel modello individual-psicologico, è intesa come espressione del Sentimento Sociale del terapeuta e include: l'abilità di tollerare uno stato di "non conoscenza" e d'incapacità, di utilizzare le identificazioni e modulare un ottimale distacco, di rendere disponibile al paziente una funzione integrante; tutto ciò a sostegno delle potenzialità della coppia terapeutica di "cambiare insieme" [7, 12, 20, 53]. La *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana* è infatti intesa come ricerca di nuove possibilità di senso (significato e direzione), condivisa tra paziente e terapeuta, come incontro creativo dello Stile di vita del paziente e del terapeuta [2, 12].

II. Sui disturbi borderline e narcisistico di personalità

La descrizione delle *Organizzazioni Borderline di Personalità* (BPO) [27, 28] si riferisce a quei soggetti che tipicamente presentano rigidi meccanismi difensivi anti-ambivalenti, di natura prevalentemente scissionale, rispetto ad una difficoltà/impossibilità di percepire l'identità e la realtà esterna in modo integrato e stabile; ciò inficia la possibilità di esperire, tollerare, e pertanto gestire, la moltepli-

cità degli affetti nonché di stabilire e mantenere relazioni stabili e soddisfacenti. Le BPO sono descritte come caratterizzate da un *deficit* specifico nella funzione psicologica della mentalizzazione, correlato all'assenza o inefficacia delle funzioni di attaccamento e rispecchiamento durante lo sviluppo [19, 21, 22, 23]. Le più recenti ricerche condotte con tecniche di *brain imaging* evidenziano il ruolo di un *deficit* nel funzionamento dell'ippocampo correlato ad eventi o vissuti traumatici precoci, e di un *deficit* di integrazione emisferica che si può riflettere nell'uso della scissione come meccanismo difensivo prevalente [24].

In merito ai *Disturbi Borderline e Narcisistico di personalità* [1], Gunderson rileva come in entrambi si osservi frequentemente: rabbia inappropriata, auto distruttività, intollerabilità del rifiuto o della critica, pretese di attenzione, tendenze anti-conservative, utilizzo preponderante di difese quali idealizzazione e svalutazione, proiezione, contro-dipendenza [26]. Coerentemente con numerosi studi clinici condotti in quest'area [26, 30], anche di matrice adleriana [31], possiamo distinguere nei due disturbi delle peculiari differenti modalità di esperire, nella relazione, la prototipica angoscia disindividuativa: per il paziente borderline la minaccia di abbandono rimanderebbe ad una «terribile perdita del Sé» (26, p. 14); per il paziente narcisista alla paura di perdita dell'immagine grandiosa di sé.

Diverso significato assume pertanto il senso di intolleranza della solitudine nei due disturbi e diversamente si esprime l'aggressività auto o etero diretta [17]; dovrà quindi declinarsi in modi differenti nel percorso terapeutico la fornitura di presenza, accompagnamento, incoraggiamento. In chiave adleriana possiamo leggere nei due disturbi una disfunzionalità del sentimento sociale nel suo ruolo di istanza che integra le parti del Sé: nel narcisista la volontà di potenza agirebbe come ipercompensazione nella direzione della salvaguardia di un sé idealizzato e potente; nel borderline l'ipercompensazione sarebbe piuttosto tesa a salvaguardare un oggetto idealizzato (e non interiorizzato) che abbia funzione protettiva da un mondo esterno/interno minaccioso.

III. *Esemplificazioni cliniche*

Maria: 34 anni.

Giunge alla consultazione con una marcata sintomatologia depressiva, in seguito all'interruzione di una relazione sentimentale. Riferisce ideazione suicidaria ed abuso occasionale di alcolici. Desidera raccontare la sua storia per poter "deporre" il suo dolore, perché sia preservato e ricordato, perché teme di dimenticare. Non accetta la proposta di associare una terapia farmacologica, perché potrebbe "toglierle questo dolore" di cui sente di avere bisogno per capire.

Il suo racconto delle vicende recenti, del passato e di eventi quotidiani della sua vita è estremamente confuso, a tratti il discorso sembra perdere i nessi logici, sono descritte sensazioni fisiche ed emozioni molto intense, di disperazione ed angoscia. La famiglia di Maria è composta da una madre casalinga, descritta come totalmente anaffettiva, e da un padre musicista, poco presente ma affettuoso, cui sono legati gli unici ricordi di gioco dell'infanzia di Maria. Alla nascita della sorella minore (di 6 anni), su insistenza della madre, il padre "rinuncia alla sua libertà" ed alla carriera in campo musicale, accettando un lavoro da operaio, così da poter stare più vicino alla famiglia. Il rapporto tra i genitori di Maria sarà costellato per gli anni a venire da frequenti ed accesi litigi, fino alla morte del padre, per un tumore (quando Maria ha 17 anni).

Diplomatasi al liceo artistico, Maria si autonomizza presto dalla famiglia; le sue aspirazioni a diventare una pittrice falliscono nell'arco di pochi anni ed accetta un lavoro impiegatizio. Considera questo una prova tangibile del suo non valore. I rapporti attuali con la madre sono saltuari e ansiogeni ed è frequentemente in conflitto con la sorella. Nel corso degli anni ha avuto diverse relazioni sentimentali, di breve durata; una sola più duratura (quasi due anni), con un uomo che la picchiava e la minacciava. La crisi attuale è scatenata dalla fine di una relazione con un attore dilettante, che Maria ha idealizzato in quanto persona "leggera", capace di viverla la vita "senza pesantezza". Lui la lascia dopo pochi mesi, dicendole: "tu tiri fuori la parte peggiore di me".

Roberto: 48 anni.

Dirigente, laureato, affermato e molto stimato nel suo ambiente professionale, ha una vita sociale e mondana molto attiva; intraprende la terapia con la motivazione di poter comprendere e sciogliere dei "nodi interni", particolarmente rispetto ad un atteggiamento non sereno verso le donne. Ha una sorella maggiore di sette anni, psicotica, mai segnalata ai servizi psichiatrici. Roberto ricorda con angoscia le urla e le percosse rivolte dal padre alla sorella ed il silenzio e la connivenza della madre rispetto a questi episodi. A questa figura paterna temibile e minacciosa, Roberto "si adatta" assumendo il ruolo del bravo bambino diligente. Alternativa alla figura materna, descritta come fredda ed anaffettiva, vi è una zia, che è ricordata come calda ed accogliente.

Sposatosi a 38 anni, più per "convenzione sociale" che per amore, è ora separato per sua scelta ed ha una figlia di quasi sei anni. Frequenta una collega, che dopo qualche tempo decide di interrompere la loro relazione. Tra i primi ricordi vi sono: un episodio in cui, a tre anni, subisce una punizione dal padre per aver gettato un oggetto per terra ed un'affermazione della madre che, all'età di sette anni, gli rivela di considerarlo il proprio "confidente". Tra i sogni che porta in seduta ve ne sono alcuni di eroico superamento di ostacoli ed altri minacciosi ed ango-

scianti, in cui lui e la figlia sono in pericolo; altri ancora di contenuto violento e cruento, in cui lui è, alternativamente, la vittima o il carnefice.

IV. Alcune indicazioni per la psicoterapia con le Organizzazioni Borderline di Personalità

È sempre utile sottolineare l'importanza di affrontare le patologie di area borderline con trattamenti integrati, multidisciplinari, che consentano una risposta articolata alla complessità di tali disturbi [6, 13, 36]. In tale cornice d'interventi, sono ormai numerosi gli studi che sottolineano l'efficacia delle psicoterapie psicodinamiche con questo tipo di pazienti [3, 25, 32, 33, 45], tra cui, in ambito adleriano, la *Sequential-Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (S-BAPP)* [17, 18]. Da questi e numerosi altri contributi clinici e di ricerca derivano alcune indicazioni utili per la modulazione degli interventi con questi pazienti nell'ottica di una strategia incoraggiante.

1. Bateman e Fonagy forniscono indicazioni (e dati di efficacia) circa la possibilità di trattare i disturbi di personalità con una psicoterapia basata sulla mentalizzazione, ovvero sulla possibilità di decifrare e regolare gli stati emotivi e gli affetti sul piano relazionale ed intrapsichico [5].
2. Gunderson [26] fornisce un'utile schematizzazione (*Tab. 1*) delle funzioni terapeutiche che vengono attivate, in momenti diversi, nella psicoterapia con questi pazienti (contenimento, conferma, struttura, sostegno, elaborazione). La schematizzazione ha una valenza di griglia esplicativa e certamente nella realtà del dipanarsi dei processi terapeutici queste diverse funzioni vengono attivate, attraverso i singoli interventi o atti terapeutici, in modo non lineare né univoco [15, 41, 44].

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">a) La funzione di contenimento tende all'interiorizzazione del controllo (rispetto agli agiti auto ed etero lesivi) e fornisce sollievo alle responsabilità. Si attua attraverso il farmaco, le prescrizioni e le proibizioni di comportamenti, l'esplicitazione degli esiti negativi di talune condotte inadeguate o pericolose, l'esplorazione sistematica delle deviazioni dalle regole (incluse le regole del <i>setting</i>), il riconoscimento delle connessioni tra eventi e sentimenti.b) La funzione di conferma tende al rinforzo dell'identità, rafforza il sentimento di unicità del paziente, la sua fiducia nella relazione, la capacità di assumersi responsabilità. Svolgono funzione di conferma, a livelli di complessità crescente, la convalida dei convin- |
|--|

- cimenti, il riconoscimento delle connessioni tra gli eventi e i sentimenti, il riconoscimento della storia passata, delle aspirazioni individuali, dei progetti.
- c) La funzione di struttura, tesa alla tolleranza della relazione e ad incrementarne la costanza, organizza e rende prevedibile l'ambiente, modula la distanza relazionale. Si attua attraverso: un *setting* definito, la costanza e la tolleranza degli operatori, una progettualità coerente o la definizione di un *focus*, l'elaborazione delle variazioni o delle infrazioni al progetto, l'atteggiamento attivo del terapeuta.
 - d) La funzione di sostegno tende al rinforzo dell'autostima, sostiene la tolleranza dell'angoscia e della solitudine. Vi concorrono il farmaco, il riconoscimento dei bisogni, il *problem-solving*, la convalidazione empatica, il riconoscimento delle connessioni tra eventi e sentimenti.
 - e) La funzione di elaborazione tende a fornire la possibilità di utilizzare meccanismi difensivi alternativi alla scissione, promuovendo progressivamente la tolleranza dell'ambivalenza.

Tab. 1

3. Per le BPO, si possono delineare quattro livelli progressivi di funzionamento [19, 26], che descrivono gli aspetti cognitivo-emotivi del vissuto soggettivo del paziente e le modalità socio-relazionali del suo comportamento (Tab. 2). Si tratta di una schematizzazione con valenza orientativa, particolarmente rispetto alle oscillazioni, tra livelli "migliori" e "peggiori" di funzionamento che questi pazienti talvolta presentano.

- LIVELLO I): rabbia, depressione, vuoto; comportamenti lesivi o alienanti, scarsa gestione autonomie sociali, panico abbandonico nelle relazioni (instabili e scisse).
- LIVELLO II): irritazione, depressione, vuoto; minacce di comportamenti lesivi, maggiore organizzazione delle attività, instabile tolleranza dell'impegno e della relazione.
- LIVELLO III): riconoscimento della rabbia, depressione, vuoto; idee di comportamenti lesivi o alienanti; tentativi lavorativi; migliore tolleranza della solitudine.
- LIVELLO IV): tristezza, insoddisfazione, vuoto; impegno continuativo, amicizia dipendente.

Tab. 2

La ricerca condotta in ambito adleriano [17, 18, 19] ha elaborato, schematicamente e didatticamente, su tale griglia alcune proposte per una modulazione degli strumenti terapeutici in vista di obiettivi progressivi del trattamento, proprio nell'ottica di delineare una strategia incoraggiante dell'intervento psicoterapeutico.

Per i livelli di funzionamento più bassi, caratterizzati da relazioni scisse ed instabili, appare utile una terapia primariamente orientata alla realtà, all'interiorizzazione di elementi protettivi e rassicuranti; l'alleanza possibile con il paziente è di tipo contrattuale. Il terapeuta non è "persona" ma "oggetto", e deve essere in grado di tollerare questa spersonalizzazione. Prevale quindi l'utilizzo di strumenti quali: la ricognizione dei vissuti che accompagnano gli eventi, la validazione empatica degli stati soggettivi; espressioni di stima appropriate, interpretazioni di transfert negativo; viene posta attenzione all'esame di realtà, possono essere necessarie spiegazioni tese a rendere maggiormente prevedibili le reazioni dell'ambiente, ponendo particolare attenzione all'uso di configurazioni transferali/controtransferali e al rischio di compiere inconsapevolmente dei microagiti scoraggianti. Il passaggio verso livelli di funzionamento più alti transita attraverso la possibilità di successive modulazioni della relazione (e dell'alleanza terapeutica) di tipo dipendente. Qui si ravvisano specifiche differenti indicazioni tra la dipendenza dal "bisogno di essere visto" del borderline e la dipendenza dal "bisogno di essere visto come grandioso" del narcisista.

Diviene allora cruciale la capacità del terapeuta di tollerare e gestire questo tipo di relazione dipendente, modulando attentamente gli strumenti validanti (di fronte a momenti o eventi particolarmente stressanti per il paziente) con quelli più espressivi (chiarificazioni, confronti, interpretazioni, nel caso in cui il terapeuta valuti il paziente in grado di tollerare un certo grado di ambivalenza). Accanto a ciò, si rende spesso necessario fornire interventi di *problem solving* e di elaborazione dello stile interpersonale nell'*hic et nunc*, fino ad incoraggiare la costruzione di relazioni realistiche, fornendo sostegno ad impegni socio-relazionali complessi.

V. Considerazioni sui casi clinici

A) La presentazione che Maria fa di se stessa in prima seduta pone l'accento sul significato individuativo del dolore ed evidenzia un funzionamento scissionale cui corrispondono alcune peculiarità descrittive dei disturbi borderline di personalità: instabilità ed intensità delle relazioni, impulsività, intensa disforia episodica, ideazione suicidaria, sentimenti cronici di vuoto, ideazione paranoide transitoria.

La scissione sembra operare, per Maria, al servizio del mantenimento di un'identità connotata negativamente; ciò appare necessario al fine di preservare la

“bontà” dell’Altro, attraverso l’idealizzazione della leggerezza e della libertà, anche a costo di una distanza incolmabile. La percezione negativa di Sé comporta quindi la distruttività (o meglio: l’angoscia di essere distruttiva) verso chi le si avvicina. Alcuni tratti ossessivi, che Maria si riconosce disprezzandoli, sembrano protettivi rispetto al nucleo disindividuato. Utilizzando la griglia proposta per i livelli di funzionamento, nel corso della terapia si osservano oscillazioni tra i livelli II e III; fa eccezione il funzionamento nella sfera lavorativa, che rimane adeguato (Maria esprime insoddisfazione e vergogna per il proprio “mediocre” lavoro, ma riesce comunque, anche se con fatica, a tollerarne l’impegno, la fissità degli orari, la ripetitività).

Il *setting* proposto è *vis à vis*, ma lo sguardo di Maria, ad eccezione dei saluti iniziali e finali, per lungo tempo non è rivolto alla terapeuta (fissa il pavimento, le tende, la parete). Qualsiasi verbalizzazione della terapeuta (sia essa una domanda, una riformulazione, una convalidazione empatica) esita in un pianto disperato, al quale la terapeuta risponde porgendo dei fazzoletti di carta. Questo gesto sarà l’unico intervento possibile per i primi due mesi di terapia (la frequenza è settimanale). Il primo obiettivo concordato è stato: raccontare la sua storia e mettere in ordine gli eventi. “Depositata” la sua storia alla terapeuta, è stato possibile parlare del valore della “vita leggera” e della “vita pesante”, in termini meno idealizzati e più razionalizzati, considerando il significato dell’assunzione di responsabilità (senza toccare però il tema dell’abbandono). Numerose sedute sono state dedicate, anche attraverso interventi di *problem solving*, a problemi molto concreti della quotidianità e a difficoltà nell’ambiente di lavoro. Intanto lo sguardo verso la terapeuta ha cominciato ad essere sostenibile ed è stata accolta anche la proposta di una terapia farmacologica (con un altro terapeuta).

Quando Maria accoglie in casa un cane abbandonato, vengono dedicate a questo tema numerose sedute. Decidere che parlare del cane non era “tempo sprecato” ha consentito l’accesso (in un modo indiretto) al tema della tenerezza, della solitudine, del bisogno di prendersi cura. Altri temi frequentemente toccati durante le sedute sono stati i rapporti con la sorella (sempre molto difficili) e le relazioni amicali che, gradualmente, ha ricominciato a coltivare. La strategia incoraggiante “di offerta” [17] individuata per Maria si è basata su un approccio inizialmente a prevalenza supportiva, teso a fornire un’esperienza di vicinanza tollerabile, funzioni terapeutiche di conferma e struttura [26].

Coerentemente con le indicazioni teorico-metodologiche fornite dalla letteratura, gli interventi incoraggianti si sono declinati, a partire da un *enactement* (porgere i fazzoletti), attraverso un’attenta e rigorosa salvaguardia del *setting*, che è stato necessario proteggere da numerosi tentativi di attacco e di elusione (ritardi, richieste di sedute aggiuntive, comunicazioni tramite *sms*). L’elaborazione dell’impossibilità di “dire tutto” nel tempo della seduta e della necessità di dover

scegliere quali argomenti trattare di volta in volta, rinviando alla seduta successiva altri temi ha contribuito alla possibilità di tollerare dei confini e la sensazione d'incompiutezza, nonché di regolare i processi organizzativi della comunicazione (e quindi, indirettamente, della relazione stessa). L'esplicitazione di *focus* ed obiettivi progressivi, circoscritti e verificabili nella quotidianità è stata incoraggiante rispetto alla possibilità di sperimentare dei successi (coerentemente con le ricerche in corso sulle terapie brevi focali sequenziali) [18].

Poter collegare i sentimenti di rabbia e di tristezza anche ad episodi specifici e ad eventi della quotidianità, e non solo ad un "dolore antico" dentro di lei, ha consentito a Maria di cominciare a distinguere le sollecitazioni esterne da quelle interne. La possibilità di raccontare e mettere in ordine cronologico la propria storia e le emozioni associate al ricordo ed al racconto, collegandole ma distinguendole da quelle legate al momento attuale, ha costituito la base per una possibilità di percezione di sé, almeno diacronicamente, continuativa (chi ero, chi sono).

B) A Roberto corrispondono alcune peculiarità descrittive dei disturbi narcisistici di personalità: un senso grandioso d'importanza, elevate aspettative di riconoscimento delle proprie qualità, incapacità di comprendere o prevedere le reazioni emotive altrui. Emerge dai suoi racconti (e dal suo atteggiamento verso la terapeuta) una modalità relazionale controllante, manipolatoria e seduttiva. Accanto a difese scissionali, quali idealizzazione e svalutazione, appaiono fruibili per Roberto espedienti di salvaguardia maggiormente adattivi (isolamento dell'affetto, formazione reattiva, intellettualizzazione e razionalizzazione). Il fallimento della relazione sentimentale sembra aver "scompensato" l'equilibrio narcisistico, sostenuto dall'elevato funzionamento sul piano professionale e sociale, mettendo Roberto in contatto con sentimenti depressivi da cui è stato possibile avviare la terapia.

L'alleanza si è costruita a partire da un investimento idealizzato e narcisisticamente proiettivo sulla terapeuta. Una prima parte del percorso psicoterapeutico è stato dedicato alla ricognizione delle difese attuate contro la vergogna e la normale dipendenza [27], anche attraverso confrontazioni ed interpretazioni. Riconoscere le proprie difficoltà nel rapporto con la figlia, soprattutto circa i sentimenti di tenerezza verso di lei, ha aperto la strada alla possibilità di riconoscersi come bambino abusato emotivamente. Il pianto liberatorio, e la vicinanza silenziosa della terapeuta in questo pianto, ha quindi consentito di giungere all'elaborazione dei sentimenti di rabbia collegati all'impotenza e all'impossibilità di esprimerla, per cui il "bravo bambino" e l'adulto "di successo" sono divenute l'unica possibilità relazionale ed identitaria.

Nell'ultimo periodo della terapia (durata circa 2 anni), Roberto avvia una nuova relazione sentimentale. L'elaborazione delle istanze di controllo e degli attacchi rivolti alla terapia (sedute saltate) e la modulazione attenta della distanza relazio-

nale con la terapeuta (gestione di verbalizzazioni particolarmente aggressive e svalutanti) sembra aver costituito un'esperienza di apprendimento emozionale rispetto alla possibilità, da un lato, di poter "dire di no" ad alcune richieste femminili in modo attivo piuttosto che passivo-aggressivo, e dall'altro lato, di potersi riconoscere in una posizione autonoma e maggiormente paritaria nelle relazioni. Al termine del percorso psicoterapeutico, in occasione dell'ennesima crisi della sorella, Roberto si rivolge al Dipartimento di Salute Mentale, nonostante le proteste dei genitori. L'ultima parte della terapia si focalizza, anche attraverso prescrizioni e consigli, sulla possibilità di chiedere aiuto in modo attivo, nonché sull'assunzione di un ruolo paterno meno proiettivo e onnipotente, ma più efficacemente protettivo.

L'incoraggiamento si è declinato in questo percorso terapeutico attraverso la scelta di una strategia "di ricerca" [17] che si è avvalsa prioritariamente di strumenti tecnici di tipo espressivo e solo successivamente di interventi supportivi; ciò sembra aver consentito a Roberto di esplorare, autonomamente ma non da solo, i sentimenti depressivi legati alla parte scissa della sua identità (il bambino impotente), anche recuperando la parziale esperienza primaria di tenerezza fornita dalla figura della zia (per quanto, forse, idealizzata), e successivamente di poter usufruire di un supporto concreto nella relazione con un *Altro* (la terapeuta che fornisce aiuto), sperimentando così un diverso *pattern* relazionale (che sia auspicabilmente spendibile nel ruolo di padre e di fratello, oltre che nella relazione sentimentale).

VI. *Alcune riflessioni conclusive*

La ricerca di una sempre più precisa descrizione e comprensione della psicopatologia dinamica e dei processi terapeutici è fondamentale al fine di poter proporre trattamenti che si avvicinino a quell'"abito su misura" in cui è sintetizzata la proposta terapeutica adleriana. Essa, come evidenziato in letteratura ed attraverso le esemplificazioni cliniche riportate, afferisce ad una capacità progettuale del terapeuta, che si pone come impresa trasversale tesa a conciliare un approccio nomotetico con quello idiografico [39], costituendo cioè un progetto "creativo" di cambiamento possibile e sostenibile, che sia condivisibile e condiviso tra terapeuta e paziente.

I dati sull'efficacia dei trattamenti, un corretto utilizzo di griglie di riferimento per l'osservazione clinica e la descrizione delle dinamiche psichiche, i protocolli di ricerca tesi alla comprensione dei processi terapeutici, costituiscono quindi il fondamento etico che deve guidare ed orientare il clinico nella scelta e nell'attuazione dell'intervento psicoterapeutico. A ciò si aggiunge l'importanza del *coraggio del terapeuta* [2], ovvero la sua attitudine empatica [9], la sua dispo-

bilità ad utilizzare (terapeuticamente e non iatrogenicamente) parti di Sé al servizio del paziente e della terapia, la sua capacità di cogliere ed utilizzare le opportunità trasformative dell'*incontro* tra terapeuta e paziente [42].

I disturbi di area borderline, per la loro complessità e varietà, rappresentano una sfida ancora attuale, sul piano clinico e della teoria della tecnica, e richiedono al terapeuta la capacità di frequentare coraggiosamente la propria interiorità e, particolarmente, i limiti del proprio agire [7, 46].

Bibliografia

1. A.P.A. (2000), *DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Tex Revision, Masson, Milano.
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. (1935), I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9, 1993.
4. BATEMAN, A. W., FONAGY, P. (2000), Effectiveness of Psychotherapeutic Treatment of Personality Disorders, *British Journal of Psychiatry*, 177: 138-143.
5. BATEMAN, A. W., FONAGY, P. (2006), *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: a Practical Guide*, tr. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*, Raffaello Cortina, Milano.
6. 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", Intervento al XVIII Congresso Nazionale SIPI, Bocca di Magra (SP).
7. BIANCONI, A., FERRERO, A. (2004), L'apprendimento di una corretta metodologia clinica come etica nella formazione in psicoterapia, *Quaderni dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte*, vol. 2, "Etica e formazione alla psicoterapia", L'Artistica Editrice, Torino.
8. FASSINO, S. (1989): Social Interest and Creative Self, *Indiv. Psychol., Doss. I*, S.A.I.G.A., Torino.
9. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, in press.
10. FASSINO, S. (a cura di, 2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra. Interazioni cervello mente persona*, CSE, Torino.
11. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Pan. Min. Med.*, 50: 1-11.
12. FASSINO, S., FERRERO, A. (1982), A proposito dell'identificazione transindividuale al servizio dell'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 9-10: 159-167.
13. FASSINO, S., FERRERO, A., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (1996), Approccio a rete nei pazienti borderline, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il paziente borderline. Aspetti dinamici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino.
14. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale, spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
15. FERRERO, A. (2004), Standardizzazione dei processi delle psicoterapie psicodinamiche: una revisione critica in prospettiva adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 35-45.
16. FERRERO, A. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento nelle psicoterapie time-limited, *Riv. Psicol. Indiv.*, in press.
17. FERRERO, A., CAIRO, E., FASSINA, S., PIERÒ, A., SIMONELLI, B. (2009), Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): Technical Issues for the Treatment of Aggressiveness in Patients with Borderline Personality Organization (BPO), *Pan. Min. Med.*, 51 (3, suppl. 1), 39.
18. FERRERO, A., PIERÒ, A., CAIRO, E., ROCCA, G., SIMONELLI, B., FASSINA, S., LANTERI, A., FASSINO, S. (2009), A Two-Year Randomized Controlled Trial for the Comparison of Two Short-Term Psychological Treatments for Borderline Personality

- Disorder in Heavy Users at a Mental Health Service, *Brit. J. Psychiatry*, submitted.
19. FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006), Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): psicoterapia time-limited per pazienti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.* 59: 13-38.
20. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
21. FONAGY, P. (1991), Thinking about Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient, tr. it. Pensare sul pensiero: osservazioni cliniche e teoriche sul trattamento di un paziente borderline, in LINGIARDI, V., AMMANNITI, M. (a cura di), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
22. FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., LEIGH, T., KENNEDY, R., MATTOON, C., TARGET, M. (1995), Attachment, the Reflective Self and Borderline States, tr. it. Attaccamento, Sé riflessivo e disturbi borderline, in LINGIARDI, V., AMMANNITI, M. (a cura di), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
23. 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 LINGIARDI, V., AMMANNITI, M. (a cura di), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
24. GABBARD, G. O. (2006), Mente, cervello e disturbi di personalità, *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL, 1: 9-26.
25. GABBARD, G. O., LAZAR, S. G., HORNBERG, J. ET ALII (1997), The Economic Impact of Psychotherapy: a Review, *Am. J. Psychiatry*, 154: 147-155.
26. GUNDERSON, J. G. (2001), *Borderline Personality Disorder: a Clinical Guide*, American Psychiatric Publishing, tr. it. *La personalità borderline. Una guida clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2003.
27. KERNBERG, O. F. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino 1978.
28. KERNBERG, O. F. (1984), *Severe Personality Disorders. Psychotherapeutic Strategies*, tr. it. *Disturbi gravi della personalità*, Boringhieri, Torino 1987.
29. KERNBERG, O. F., BURNSTEIN, E., COYNE, L., APPELBAUM, A., HOROWITZ, L., VOTH, H. (1972), Psychotherapy and Psychoanalysis: Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Project Research Project, *Bull. Menninger Clinic*, 36: 1-275.
30. KOHUT, H. (1985), *Self Psychology and Humanities: Reflections on a New Psychoanalytic Approach*, tr. it. *Potere, coraggio e narcisismo*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1986.
31. KRUTTKE RÜPING, M. (1986), Transfert, controtransfert e resistenza, *Indiv. Psychol.*, Doss. II, SAIGA, Torino 1990.
32. LEICHSENRRING, F. (2005), Are Psychodynamic and Psychoanalytic Therapies Effective? A Review of Empirical Data, *Int. J. Psychoanal.* 86: 841-868.
33. LEVY, K. N., WASSERMAN, R. H., SCOTT, L. N., YEOMANS, F. E. (2009), Empirical Evidence for Transference-Focused Psychotherapy and Other Psychodynamic Psychotherapy for Borderline Personality Disorder, in LEVY, R. A., ABLON, J. S., *Handbook of Evidence Based Psychodynamic Psychotherapy. Bridging the Gap between Science and Practice*, Umans Press, New York.
34. LINGIARDI, V., DEL CORNO, F. (a cura di, 2008), *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano.

35. MANGINI, E. (2003), *Lezioni sul Pensiero Post-freudiano. Maestri, idee, suggestioni e fermenti della psicoanalisi del Novecento*, Led, Milano.
36. MAZZONE, M. (1996), Gruppo curante e patologia borderline. Considerazioni sulla strategia dell'intervento in un caso clinico, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il paziente borderline. Aspetti dinamici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino.
37. ROCKLAND, L. H. (1993), A Review of Supportive Psychotherapy, 1986-1992, *Hosp. Community Psychiatry*, 44: 1053-1060.
38. ROVERA, G. G. (1983), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
39. ROVERA, G. G. (2009), "Adlerian Psychodynamic Psychotherapy. Which Psychotherapy for Which Person?", 2nd World Congress of Cultural Psychiatry, Norcia (PG).
40. ROVERA, G. G. (2009), "Sulle strategie dell'incoraggiamento", *XXI Congresso Nazionale S.I.P.I.*, «Le strategie dell'incoraggiamento negli attuali contesti clinici e formativi», 29-30-31 maggio 2009, Bari.
41. ROVERA, G. G., FASSINO, S., ANGELINI, G. (1977), Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia, *Min. Psich.*, 18: 167-174.
42. ROVERA, G. G., FASSINO, S. (1988), La sub-cultura e lo stile di vita del paziente e dell'analista come variabili interdipendenti nella relazione terapeutica, in *Modelli e tecniche in psicoterapia*, CSE, Torino.
43. SACCUZZO, D. P. (1975), What Patients Want from Counseling and Psychotherapy, *J. Clin. Psychol.* 31(3): 471-475.
44. SCHMIDT, R. (1995), Teoria della tecnica analitica e psicoterapeutica: regressione e processo di incoraggiamento, *Seminari di Psicologia Individuale*, S.A.I.G.A., Torino.
45. STEVENSON, J., MEARES, R. (1999), Psychotherapy with Borderline Patients, II: a Preliminary Cost-benefit Study, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33: 473-477.
46. TERNER, J., PEW, W. L. (1978), *The Courage to Be Imperfect. The Life and Work of Rudolf Dreikurs*, Hawthorn Books, New York.

Alessandra Bianconi
Via Assarotti, 1
I-10122 Torino
E-mail: abianconi@saiga.it

Simona Fassina
Via Verzuolo, 49
I-10139 Torino
E-mail: simonafassina@hotmail.com

Stile di vita e disagio lavorativo: dallo scoraggiamento all'incoraggiamento attraverso il pensiero creativo

DANIELA BOSETTO

Summary – LIFE STYLE AND OCCUPATIONAL UNEASE: FROM DISCOURAGEMENT TO ENCOURAGEMENT THROUGH CREATIVE THOUGHT. This article deals with the theme of occupational unease drawing on Adlerian theory. It focuses the attention both on unease prevention through an occupational choice in line with one's personality and developing potential and psychotherapeutic support, in case unease emerges while working. It has been pointed out that at the base of occupational unease there is always "discouragement". The mission of a psychotherapeutic is to promote the transition from "discouragement to encouragement" using creative technique, aiming at helping people to believe in themselves.

Keywords: OCCUPATIONAL UNEASE, DISCOURAGEMENT/ENCOURAGEMENT, CREATIVE THOUGHT

I. Premessa

È a tutti noto come Adler abbia collocato il lavoro tra i grandi problemi della vita ritenendo che la modalità con cui un individuo si poneva di fronte a questo problema potesse già rappresentare un indicatore per scoprire il suo stile di vita: aiutare a risolvere il problema-lavoro significa portare il soggetto a riconoscere un errore nella strutturazione dello stile di vita.

La figlia di Adler, Alexandra, evidenzia come certi incidenti occorsi nel lavoro non sono dovuti al caso, ma all'atteggiamento assunto nei confronti dei propri compiti e, in questo senso, sono espressione del proprio stile di vita. Adler sottolinea un concetto attualissimo quando evidenzia come sia importante per ogni essere umano scegliere la professione che gli permetta di utilizzare nel migliore dei modi tutte le proprie capacità e attitudini: alcuni rivelano difficoltà nella scelta di una professione mentre altri mutano continuamente il proprio lavoro. In ogni caso, la fiducia in sé costituisce il presupposto per lo svolgimento della propria attività [17].

In linea con la teoria adleriana, notiamo come nel contesto lavorativo l'individuo non possa essere considerato come una persona isolata in quanto ogni lavoro deve essere visto in interazione con il gruppo di coloro che condividono la medesima attività. Un attento orientamento alla scelta del lavoro diviene lo strumento chiave per prevenirne il disagio.

Oggetto del presente lavoro sarà l'analisi del disagio che si identifica inizialmente nello scoraggiamento della persona. Un adeguato processo psicoterapeutico dovrà favorire il passaggio dallo scoraggiamento all'incoraggiamento attraverso strategie che utilizzino il pensiero creativo.

II. *Atteggiamenti verso il lavoro*

Gli "atteggiamenti" verso il lavoro maggiormente studiati sono la gratificazione data dalla mansione, l'alienazione, la dedizione all'organizzazione, il coinvolgimento e la motivazione [16]. Possiamo osservare come le gratificazioni specifiche possano essere distinte in intrinseche, connesse al contenuto del lavoro stesso, come il successo, la competizione, il riconoscimento, la crescita, la responsabilità, ed estrinseche quali la retribuzione, la sicurezza e le condizioni in generale connesse all'attività lavorativa. L'alienazione viene spesso vissuta come isolamento e suscita nella persona uno scoraggiamento unito ad una mancanza di valore personale e di significato del proprio impegno. La dedizione all'organizzazione implica l'adesione ai valori e agli scopi dell'organizzazione stessa e crea quello che possiamo definire il "senso di appartenenza", elemento fondamentale per un buon inserimento lavorativo. Per quanto concerne il coinvolgimento nella mansione e nel lavoro possiamo notare come un atteggiamento positivo verso la professione accresca l'autostima e sviluppi un senso di sicurezza.

È stato statisticamente rilevato come l'assenteismo, l'indolenza, gli incidenti e l'avvicendamento aumentino in relazione all'insoddisfazione sul lavoro e alla scarsa motivazione alla mansione svolta [16]. Hertha Orgler nell'opera *Alfred Adler e la sua opera* così si esprime: «Come Adler ha mostrato, una buona soluzione del problema della professione si può trovare soltanto attraverso la collaborazione psicologica e sociale. L'intero nostro sistema sociale è basato sulla collaborazione. È perciò della massima importanza che ogni essere umano scelga la professione che gli permetta di utilizzare nel migliore dei modi tutte le sue capacità» (17, p. 89). «Di conseguenza, anche nella selezione professionale una più grande attenzione sarà rivolta all'aspetto caratteriale e volitivo della personalità» (10, p. 31). «La selezione deve rivolgere il suo interesse non solo alle attitudini e alle capacità, ma anche ad aspetti relativi al comportamento e agli atteggiamenti dell'individuo, come ad esempio il livello di socializzazione e la disponibilità al cambiamento» (*Ibid.*, p. 30).

III. Effetti del disagio lavorativo sulla persona

Possiamo notare come il disagio lavorativo provochi nella persona un senso d'impotenza e d'isolamento tale da produrre una sensazione di perdita del *proprio valore personale* e del *significato del proprio lavoro*. È interessante, a questo proposito, per meglio comprendere gli effetti prodotti sulla persona dal disagio lavorativo, prendere in esame la classificazione del DSM-IV [1]. Nella classificazione multi-assiale del DSM-IV, sull'asse IV si riportano i problemi psicosociali ed ambientali che possono influenzare la diagnosi, il trattamento e la prognosi dei disturbi mentali. Proprio secondo il DSM-IV, un problema psicosociale o ambientale può corrispondere ad un evento vitale negativo, a una difficoltà o a una carenza ambientale, a uno stress familiare o interpersonale di altro tipo, all'inadeguatezza del supporto sociale o delle risorse personali o ad altri problemi legati al contesto nel quale si sono sviluppate le difficoltà dell'individuo.

Oltre che giocare un ruolo scatenante in grado di esacerbare un disturbo mentale, i problemi psicosociali possono anche svilupparsi come conseguenza della psicopatologia. Prendiamo ora in considerazione la classificazione dei problemi psicosociali ed ambientali secondo il DSM-IV [1], essi possono essere così raggruppati: problemi con il gruppo di supporto principale (morte di un membro della famiglia, disintegrazione della famiglia); problemi legati all'ambiente sociale (morte di un amico, discriminazione ecc.); problemi d'istruzione (analfabetismo, problemi scolastici ecc.); *problemi lavorativi (disoccupazione, minaccia di perdere il lavoro, orario di lavoro stressante, condizioni di lavoro difficili, disaccordo con il principale o con i colleghi di lavoro)*; problemi abitativi; problemi economici; problemi di accesso ai servizi sanitari; problemi legati all'interazione con il sistema legale/criminalità; altri problemi psicosociali ed ambientali (esposizione catastrofi, guerre ecc.).

Notiamo come nella voce *problemi lavorativi* siano contemplate alcune delle principali cause del disagio della persona connesse all'adattamento lavorativo alle quali possiamo aggiungere l'*insoddisfazione connessa al ruolo ricoperto, il mobbing e le molestie sessuali* [1]. Tra gli effetti del *disagio lavorativo* sulla persona troviamo lo *scoraggiamento* che porta anche ad un blocco delle capacità creative. Secondo Pier Luigi Pagani possiamo vedere nello *scoraggiamento* un sintomo del complesso d'inferiorità, conseguente al rafforzamento del naturale sentimento d'inferiorità [19]. Se il disagio lavorativo si esprime attraverso forme di nevrosi e nei casi più gravi di psicosi, entrambi tali aspetti rappresentano per Adler le principali forme dello *scoraggiamento*.

IV. Disagio lavorativo e stile di vita

Secondo il modello adleriano, l'analisi del disagio lavorativo dovrebbe sempre far riferimento allo *stile di vita*, inteso da Adler come «rappresentazione indelebile del-

l'impronta psichica, unica ed inimitabile di ogni individuo, che risulta contrassegnata dai suoi tratti comportamentali, dalle idee, dalle opinioni, dai sentimenti, dalle emozioni, unitamente indirizzati al raggiungimento delle mete primarie» (20, p. 69).

Un mirabile esempio degli effetti prodotti dal disagio lavorativo sullo stile di vita lo ritroviamo nel protagonista del racconto di Kafka "La metamorfosi". Gregorio Samsa, trasformato in un insetto immondo, si chiede «Che avverrebbe se io dormissi ancora un poco e dimenticassi ogni pazzia? [...] O Dio, pensava, che professione faticosa ho scelto! Ogni giorno su e giù in treno. L'affanno per gli affari è molto più intenso che in un vero e proprio ufficio, e v'è per giunta questa piaga del viaggiare, le preoccupazioni per le coincidenze dei treni, la nutrizione irregolare e cattiva, le relazioni con gli uomini poi cambiano ad ogni momento e non possono mai diventare durature né cordiali. [...] Se non mi trattenessi per i miei genitori, mi sarei già licenziato da un pezzo me ne sarei andato dal principale e gli avrei detto il mio parere dal profondo del cuore. Sarebbe sceso allora dalla sua cattedra! Anche quella è una bella invenzione, mettersi in cattedra e parlare dall'alto in basso con l'impiegato, il quale poi gli si deve avvicinare sempre più a causa della sua sordità. [...] E se si fosse dato malato? Ma ciò sarebbe stato molto penoso e sospetto, perché Gregorio non era stato malato neppure una volta nel suo quinquennio di impiegato. Certamente sarebbe venuto il principale con il medico della cassa malattia, avrebbe fatto delle rimostranze ai genitori per il figlio pigro, e avrebbe trovato tutte le obiezioni richiamandosi al dottore, per cui del resto non esistono che uomini completamente sani ma poltroni» (15, pp. 158 -159).

Il personaggio kafkiano appare estremamente attuale nella sua tragicità, in quanto esprime lo stile di vita sofferente di chi incontra difficoltà d'adattamento all'ambiente lavorativo. Gregorio attraverso la sua metamorfosi ha scelto l'isolamento e ciò gli impedisce di esprimere un adeguato sentimento sociale.

V. Lo psicoterapeuta adleriano di fronte al paziente scoraggiato

Gregorio potrebbe essere uno dei tanti pazienti *scoraggiati* che si rivolgono allo psicoterapeuta. Secondo il modello adleriano il percorso psicoterapeutico con il paziente scoraggiato dovrebbe essere visto nell'ottica di una cooperazione che tenda a favorire un approccio ottimistico verso la vita. Attraverso un percorso psicoterapico creativo si favorisce lo sviluppo dei punti di forza della personalità del paziente scoraggiato, aiutandolo a riscoprire una nuova progettualità basata sulla condivisione empatica della sofferenza.

Durante il cammino psicoterapeutico, dopo aver individuato il disagio vissuto dal paziente rispetto al compito vitale lavoro, può essere d'ausilio la somministra-

zione del questionario di personalità *16PF di Cattell* [26]. L'utilizzo di tale strumento favorisce nella persona la conoscenza dei propri punti di forza e di debolezza: la consapevolezza dei propri punti di forza riattiva, per mezzo della partecipazione emotiva, la fiducia nelle proprie capacità. Nel commento al profilo di personalità del paziente, siamo orientati ad un'interpretazione di tipo dinamico che utilizzi una modalità di comprensione adleriana.

Possiamo osservare come nei pazienti scoraggiati rispetto all'ambito lavorativo si ritrovino alcune caratteristiche comuni. Tali soggetti nei fattori A espansività, F vivacità, H audacia sociale, presentano un *punteggio sten* compreso tra 1 e 4 che corrisponde a distacco, misuratezza, riservatezza. Il fattore L vigilanza, *punteggio sten* compreso tra 7 e 10, evidenzia atteggiamenti di diffidenza, caratteristica propria del disagio lavorativo. Dall'analisi dei fattori globali del *16PF* emerge, nello scoraggiato a causa del disagio lavorativo, una forte propensione all'ansietà (*punteggio sten* tra 7 e 10) che include aspetti quali reattività, preoccupazione, apprensione e tensione.

Una lettura del *16PF* nel paziente scoraggiato ci permette di estrapolare da fattori quali la riservatezza (A), la reattività (C), la serietà (F), la vigilanza (L), l'apprensività (O), la tensione (Q4) una valenza positiva. Infatti proprio la riservatezza, la reattività, la serietà, una certa tensione sono caratteristiche che ben si adattano a specifiche tipologie di lavoro. Dobbiamo aiutare il paziente a divenire consapevole del valore delle caratteristiche della sua personalità a cui è spesso stata attribuita una lettura negativa.

Il lavoro psicoterapico creativo consiste nel guidare il paziente verso il "lato utile della vita" aiutandolo a riscoprire che alcune caratteristiche, a prima vista negative, possono essere canalizzate positivamente. Se il paziente riacquista fiducia in se stesso può essere in grado anche di scegliere e attivare di conseguenza un cambiamento che può prevedere: 1) il "rimodellamento" di se stesso con adattamento alla situazione lavorativa ritenuta scomoda; 2) la ricerca di un nuovo lavoro più consona alle proprie caratteristiche di personalità; 3) nel caso in cui il soggetto abbia subito *mobbing* o molestie sessuali, ritrovare il coraggio di mettere in atto tutte le strategie difensive mirate al recupero della propria dignità.

Afferma Pier Luigi Pagani: «Il cambiamento si ottiene ripristinando nel soggetto la capacità di avere fiducia in se stesso e ciò si consegue facendogli prendere coscienza che la condotta seguita in precedenza era stata improduttiva [...] per realizzare un cambiamento occorre liberare la mente da schemi preconcepi, così da poter osservare i problemi utilizzando una nuova chiave di lettura capace di scavalcare il classico binomio causa /effetto orientando l'attenzione in senso finalistico (come raccomanda l'Individualpsicologia), verso nuove, inimmaginabili possibilità» (19, p. 1).

La teoria adleriana ci permette di intuire come il “complesso di superiorità”, che lascia spesso intravedere una tendenza al perfezionismo (fattore Q3 del *16PF*), possa divenire elemento caratterizzante il disagio lavorativo. Adler nel *Senso della vita* [6] evidenzia come il *complesso di superiorità* sia chiaramente caratterizzato dagli atteggiamenti, dai tratti del carattere e dalle opinioni di chi si crede un superuomo. Secondo l'autore, tale complesso può essere riconosciuto anche dalle pretese esagerate del superuomo che esige troppo da se stesso e dagli altri. L'aspirazione alla superiorità fa dunque arretrare l'individuo, più o meno palesemente privo di coraggio, dalla posizione pericolosa non appena si annuncia una possibile sconfitta. Per Adler la superiorità personale contrasta sempre con la cooperazione e i soggetti votati all'insuccesso sono persone che non avendo sviluppato il sentimento sociale non sono in grado di vedere, udire, parlare e valutare in modo corretto. Il *sensus commune* viene così sostituito da un'*intelligenza privata*, della quale si servono per assicurarsi la loro immeritata posizione [6]. A questo proposito se pensiamo al fattore globale *durezza* del *16PF* di Cattell, se il *punteggio sten* è compreso tra 7 e 10, notiamo come ci sia una propensione a privilegiare l'*intelligenza privata* piuttosto che il *sensus commune*, il soggetto infatti tende a *non essere empatico* e può divenire *immobile* a tal punto da non accettare i punti di vista degli altri [26].

Adler nella *Conoscenza dell'uomo* ritiene che si possa «impostare una nuova classificazione degli individui, in base al modo con cui essi affrontano la realtà. I soggetti che hanno uno sviluppo rettilineo sono i cosiddetti ottimisti. Essi affrontano le difficoltà coraggiosamente, senza fare drammi, nutrono una grande fiducia nelle proprie capacità e s'inseriscono facilmente nella vita» (4, p. 143).

Parlando invece dei pessimisti così si esprime: «hanno incontrato difficoltà di vario tipo e ciò li ha indotti a considerare la vita come un problema. Dopo essersi formata una visione pessimistica, nata per di più dal cattivo comportamento degli altri verso di loro, essi tendono a guardare le ombre e non le luci dell'esistenza. Contrariamente agli ottimisti, sono più consapevoli di questi ostacoli e finiscono per scoraggiarsi...questi soggetti sono inoltre particolarmente prudenti, come si può avvertire dal loro comportamento timido, esitante, timoroso e calcolatore, sempre in attesa di difficoltà» (*Ivi*). La persona scoraggiata rispetto al compito vitale del lavoro presenta caratteristiche, come rileva Adler, di *pessimismo* che si osservano anche attraverso la somministrazione del questionario *16PF* di Cattell.

Compito dello psicoterapeuta adleriano sarà quello di orientare il paziente che manifesta il *disagio lavorativo* alla riscoperta dell'*ottimismo*. L'orientamento verso il *lato utile della vita* da parte di chi è *scoraggiato* diviene elemento indispensabile per favorire nel soggetto la *ricerca di una personale modalità di cambiamento* [19].

VI. Il processo dell'incoraggiamento in una paziente che manifesta disagio lavorativo

Da un punto di vista adleriano riteniamo l'*incoraggiamento* un processo che sfocia nella percezione, da parte del paziente, di una nuova spinta vitale che si sviluppa attraverso la creatività. L'incoraggiamento permette di vincere il pessimismo orientandolo verso un approccio fiducioso nei confronti della vita.

R. 30 anni, si è laureata brillantemente nonostante abbia vissuto un *iter* scolastico difficoltoso durante la frequenza delle scuole superiori. È occupata in qualità di contabile nell'azienda di famiglia ma non è contenta e vive un rapporto conflittuale con il padre. Manifesta inoltre un sentimento di odio nei confronti di una collega più anziana che vive come principale ostacolo alla propria crescita in azienda. Vorrebbe cercare un altro lavoro ma non ne ha il coraggio in quanto teme di ferire il padre. La sorella e il fratello anch'essi impegnati in azienda si sono invece ben adattati. Il rapporto con il fidanzato è in crisi, vorrebbe lasciarlo ma non riesce. Non sente più la gioia e il piacere di frequentare le amiche e gli amici dell'università. Vive in una villa confortevole, regalata dai genitori, con la sorella e rispettivi fidanzati ma desidererebbe fuggire ed avere una casa anche più piccola ma tutta sua.

R. vorrebbe fuggire dal lavoro, dal fidanzato, dalla casa ma si sente bloccata, non ne ha il coraggio. Non frequenta più gli amici simbolo di libertà ed evasione. Come possiamo osservare il lavoro, l'amore e le amicizie sono alla base del disagio psicologico manifestato da R. Ecco un sogno raccontato all'inizio del viaggio psicoterapeutico che esprime lo stato emotivo di R.

«Ero a Madrid e mi trovavo in un ufficio di giovani donne. La capa era puntigliosa ed in attesa di un figlio. Si trattava dell'ufficio della mia amica che vive a Madrid. Chiedo dov'è la mia amica e dico se non è qui vado a salutarla a Milano. Io ho paura di andare a prendere la metropolitana, di lasciare il posto per andare verso il centro».

Dalle associazioni libere emerge che R. ammira la sua amica che abita a Madrid e vive lì con il fidanzato. R. ha fatto diversi tentativi di andare a lavorare all'estero ma quando la possibilità si trasformava in realtà vi rinunciava per timore di far soffrire il padre. Definisce l'amica e il fidanzato una coppia autonoma e distaccata dalla famiglia d'origine. R. si descrive come una persona puntigliosa nel lavoro e così si esprime: «Ho dovuto sacrificare le mie qualità di laureata, mi sarei espressa meglio in un altro contesto lavorativo e invece, per non deludere mio padre, mi sono dedicata all'azienda di famiglia svolgendo un ruolo non gratificante per mansioni ed aspetti economici». Prendere la metropolitana e dirigersi verso il centro significa per R. acquisire autonomia supe-

rando la paura di deludere il padre. Poiché R. potrebbe sentirsi in colpa lasciando l'azienda paterna, preferisce uno stile di vita depressivo, orientato al pessimismo. Il tutto sembra essere funzionale al perseguire il *lato inutile della vita* in quanto R. si sente inattiva rispetto ai tre compiti vitali *dell'amore, dell'amicizia e del lavoro*.

Proprio rispetto al *sentimento di colpa* Adler ritiene: «uno dei punti più difficili a comprendersi nelle nevrosi e nelle psicosi. [...] Quando il soggetto prova un sentimento di colpa il suo sguardo va indietro, mentre gli scrupoli di coscienza lo rendono eccessivamente prudente; ma tanto il sentimento di colpa quando gli scrupoli di coscienza sono, nella nevrosi, cause di sterilità in quanto paralizzano ogni azione» (2, p. 40). Ritengo che le parole che Pier Luigi Pagani rivolge alla sua paziente signora B possano essere appropriate anche per R: «Chi è colpevole deve espiare, ma chi crede di essere colpevole e non lo è, espiando per qualcosa che non ha commesso, aggiunge finzione a finzione, ingannandosi all'infinito» (18, p. 100).

R. esprime un conflitto tra la mancata realizzazione del desiderio e la sua realizzazione. Il rimanere in azienda o il lasciare l'azienda è in ogni caso doloroso. A questo proposito vorrei citare Paul Watzlawick che nel suo libro "Istruzioni per rendersi infelici", nel capitolo *Attenzione all'arrivare*, ci ripropone proprio il pensiero di Alfred Adler. Watzlawick riflette sull'aforisma di Gorge Bernard Shaw secondo il quale, *nella vita esistono due tragedie. La prima è la mancata realizzazione di un intimo desiderio, l'altra è la sua realizzazione* e in tal senso si esprime: «Il *Seduttore* di Hermann Hesse così implora l'incarnazione del suo desiderio: "*Resisti, bella donna, rendi più severe le tue vesti! Incanta, tormenta ma non concederti a me!*", perché egli sa che ogni realtà annienta il sogno» [29]. Meno poeticamente, ma con più ricchezza di dettagli, si è interessato a questo problema Alfred Adler, contemporaneo di Hesse. La sua opera, che soltanto ora viene riscoperta, si occupa approfonditamente anche dello stile di vita dell'eterno viaggiatore che per prudenza preferisce non arrivare mai. Traendo liberamente spunto da Adler, si può dire che le regole di questo gioco con il futuro sono all'incirca le seguenti: arrivare, che letteralmente e metaforicamente significa raggiungere una meta, vale come importante criterio di misura per il successo, il potere, l'approvazione e il rispetto per se stesso. Viceversa, l'insuccesso o l'indolente tirare avanti sono un segno di stupidità, pigrizia, irresponsabilità o viltà. «Ma la strada del successo è faticosa, sia perché è necessario applicarsi molto, sia perché anche sforzandosi intensamente si può fallire» (29, p. 53).

R., attraverso il lavoro creativo della psicoterapia adleriana che ha contemplato come ausilio anche la somministrazione del questionario *16 PF di Cattell*, ha compreso le caratteristiche del suo *stile di vita* orientato al pessimismo e ha

messo in atto un cambiamento lavorativo attraverso la scelta coraggiosa di lasciare l'azienda paterna.

Vorrei concludere con queste riflessioni estrapolate dal testo *Il linguaggio dell'incoraggiamento* di Pier Luigi Pagani: «Se appare il disagio, lo Stile di vita rimane alterato: il livello dell'autostima si abbassa al punto di annullarsi completamente, crolla il rispetto per se stessi e si diventa timidi, paurosi, estremamente vulnerabili» (19, p. 25). R. si trovava in questa condizione all'inizio del suo percorso ma attraverso la psicoterapia ha acquisito *sicurezza* e ha compreso che *vale la pena di tentare*.

Bibliografia

1. AA. VV. (2000), *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision*, tr. it. *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Text Revision Masson, Milano 2001.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it., *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma 1967.
4. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
5. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
6. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
7. ADLER, K. A. (1967), *La Psicologia Individuale di Adler*, in WOLMAN, B. L. (a cura di), *Psychoanalytic Techniques*, tr. it. *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma 1974.
8. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
9. BOSETTO, D. (1999), *Teoria e tecnica della valutazione del personale*, Fonte, Milano.
10. BOSETTO, D. (1999), *Teoria e tecnica del colloquio e della selezione del personale*, Fonte, Milano 2002.
11. CASTIELLO, D. A. (1989), *Scegliere per eccellere*, Ipsoa, Milano.
12. DUNETTE, M. (1992), *La psicologia nella selezione del personale*, Franco Angeli, Milano.
13. 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: 59-57.
14. GABBARD, G. O. (2000), *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano.

15. KAFKA, F. (1916), *La metamorfosi*, in *I Racconti*, Mondadori, Milano 1970.
16. MODERATO, P., ROVETTO, F. (1997), *Psicologo: verso la professione. Dall'esame di stato al mondo del lavoro*, Mc Graw-Hill, Milano 2006.
17. ORGLER, H. (1956), *Alfred Adler der Mann und sein Werk*, tr. it. *Alfred Adler e la sua opera*, Astrolabio, Roma 1970.
18. PAGANI, P. L. (1996), *Il caso della signora B*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, Numero speciale, Milano.
19. PAGANI, P. L. (1997), *Il linguaggio dell'incoraggiamento*, Istituto Alfred Adler di Milano, Milano.
20. PARENTI, F. (1987), *Alfred Adler*, Laterza, Milano.
21. PARENTI, F. E COLL. (1975), *Dizionario Ragionato di Psicologia Individuale*, Raffaello Cortina, Milano.
22. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica*, Centro Scientifico Torinese, Torino.
23. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1987), *Lo Stile di Vita*, De Agostini, Novara.
24. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
25. RUBINI, V. (1984), *Test e misurazioni psicologiche*, Il Mulino, Bologna.
26. RUSSELL, M., KAROL, D. (1994), *Manuale 16PF-5 di Raymond B. Cattell, A. Karen S. Cattell e Heather E. P. Cattell*, O. S., Organizzazioni Speciali, Firenze 2001.
27. SPALTRO, E. (1967), *La psicologia del lavoro*, Etas Kompass, Milano.
28. TRENTINI, G. (1975), *Teoria e tecnica del colloquio*, Vita e Pensiero, Milano.
29. WATZLAWICK, P. (1984), *Istruzioni per rendersi infelici*, Universale Economica Feltrinelli, Milano.
30. ZIMMERMANN, B. J. (1995), Self-Efficacy and Educational Development, in BANDURA, A. (a cura di), *Self Efficacy in Changing Societies*, Cambridge University Press, New York.
31. WEBER, M. (1922), *Wirtschaft und Gesellschaft*, tr. it. *La scienza come professione. La politica come professione*, Mondadori, Milano 2006.

Daniela Bosetto
Via Urbano III, 3
I-20123 Milano
E-mail: urbanoterzo3@libero.it

Il limite e il coraggio. Di fronte, accanto, dentro all'inferiorità

CARMELA CANZANO

Summary – THE LIMIT AND COURAGE. IN FRONT, BESIDE, INSIDE INFERIORITY. The encouragement is the basic method followed by the formation Adlerian psychotherapist. Encouragement is a way to interpret and to face the physical and psychological distress and it is based on some fundamental points: the meaning of courage, knowledge-evaluation of the limit, the distinction between objective and subjective inferiority, and the construction by the therapist of his own courage, and the empathic understanding of the kind of discouragement of the patient and the kind of courage he wants and can access. In the relation with the patient, to find a new courage together, we must not avoid or fight the inferiority, but approach it, feel it, evaluate it differently, transforming emotions which are related to it. To changing the point of view on imperfection can encourage an agreement with the self and the understanding with the others, generating creative incentives for personal use.

Keywords: COURAGE, LIMIT, ENCOURAGEMENT

I. Il coraggio nel senso comune

Il termine “coraggio” evoca una forza d’animo nei confronti di difficoltà, pericoli, ostacoli. Richiama la lotta, l’attacco o la resistenza, la sfida, l’eroismo. È una virtù che associamo all’essere “in alto”, superiori. Il coraggio si lega alla scelta, all’intervento, all’azione [15], al dire “Io”, al partecipare con un atto libero interrompendo lo stabilito a cui ci si può solo piegare, introducendo l’attività creativa nella fisiologica salvaguardia della sicurezza.

“Coraggio” significa rischiare una strada diversa da quella che la paura e le nostre inferiorità suggerirebbero, in vista di un obiettivo di miglioramento che può essere collettivo e/o personale. Si può parlare di coraggio fisico, mentale, sentimentale, spirituale, in ragione della qualità del limite da superare e dell’azione compiuta dal soggetto, ma anche di coraggio privato, segreto o esibito. Il coraggio prefigura in modo consapevole o inconsapevole uno stato di liberazione dal *mal-essere*, dal pericolo, dalla stasi. È un metodo esistenziale, un *come* si affronta la vita e la morte che di essa fa parte. Vi può essere un coraggio essenzialmente

legato alla propria affermazione e un coraggio radicato nell'appartenenza alla comunità e messo al servizio di traguardi utili per tutti.

Il corpo e il coraggio sono intimamente legati nell'immaginario collettivo, perché il corpo è la sede delle nostre potenzialità, ma anche della nostra fragilità originaria. Si intuisce anche che l'energia che sostiene il coraggio ha un legame con l'aggressività, varia per fattori biologici e culturali da individuo a individuo e nel corso della vita. È una qualità che il senso comune attribuisce e si attende in un uomo dal corpo giovane e sano, o in una giovane madre, mentre alla malattia, all'infanzia, al femminile, all'età avanzata, in considerazione delle inferiori potenzialità fisiche, in generale viene associata una misura limitata del coraggio. I significati che il senso comune riserva al coraggio ne fanno una virtù distintiva per l'individuo, tanto più valorizzante, quanto più elevato ed evidente è il limite da affrontare. A volte quindi il coraggio è anche ricercato per se stesso, viene esibito in modo enfatico, come prova e dimostrazione di forza e di superiorità. In alcuni casi il coraggio è sinonimo di anticonformismo e può non essere immediatamente accettato dal sistema di valori condiviso per inerzie e resistenze atte a conservare l'equilibrio preesistente. Creatività e coraggio sono due dimensioni associate, che la società a volte premia al loro apparire, a volte contrasta e riconosce solo con il passare del tempo.

Il coraggio evoca una sfida e una lotta reale o simbolica alla morte, il limite per eccellenza sempre presente come esperienza soggettiva nelle profondità della mente, che riemerge parzialmente e con sfumature differenti ogni volta che l'espansione cui tendiamo viene bloccata [17] e richiede un movimento di risposta. In alcune culture e in particolari manifestazioni della Psicologia Individuale e di gruppo è considerato coraggio anche il dare/darsi/accettare la morte, lo sfidarla o il cercarla in nome di mete superiori. Per farlo occorre invertire l'impulso conservativo e sacralizzare l'atto distruttivo. Il coraggio è in questo caso alimentato da emozioni di segno negativo verso l'esistenza ritenuta priva di valore o profondamente minacciata, mentre cambia di significato la morte auto o etero inferita, o subita come sacrificio, in ragione della sua funzione liberatoria e valorizzante e al traguardo da raggiungere. Il soggetto situa fuori della vita, in un altro tempo, in un altro spazio la propria realizzazione. La morte diviene passaggio, il suo significato di limite si relativizza.

Per prendere decisioni, compiere azioni, scegliere, il coraggio è in gioco perché nell'essere umano sono coinvolte la coscienza e la libertà. Per affrontare i rischi e gli imprevisti che punteggiano la durata della vita, per il "coraggio di vivere", occorrono propulsori di base di segno positivo: la speranza, la fiducia, l'autostima, che funzionano come alimentatori dell'energia necessaria al coraggio. Anche nei casi in cui sono in gioco azioni di morte per fini di elevazione o perché si è smarrito un "oltre" verso cui andare [16], la decisione è sostenuta da un

processo vitale che ha subito un'accelerazione, un potenziamento emotivo. Anche al suicida, che esemplifica il massimo scoraggiamento, occorre del coraggio per raccogliere le forze residue e scrivere la sua sconfitta, occorre il "coraggio di morire", per l'ultima azione della vita che è un consegnarsi, un cessare di lottare.

II. La posizione adleriana

La teoria adleriana che pone a fondamento di tutti i dinamismi psichici il limite ontologico dell'uomo individua nel coraggio una qualità possibile nell'orientamento che scegliamo per compensare l'inferiorità. Alla radice di tutti gli sforzi umani troviamo la ricerca di una posizione alta, sicura.

Dice Nietzsche: «*Salite voi, è vero che salite, uomini superiori? Forse, scusate, come la palla siete "spinti" in alto - da ciò che in voi è più basso?... forse "fuggite" voi stessi, o voi che salite?*» (18, pp. 95-97).

È nel cammino verso questo luogo alto, nel tentativo di allontanarsi dall'inferiorità che si produce lo scoraggiamento. Accanto ai limiti oggettivi, esiste la possibilità nella mente di percepire o costruire ostacoli puramente soggettivi che rendono difficile o impediscono crescita e realizzazione. Ma anche chi non si costruisce ostacoli fittizi incontra collaudi della sua spinta a crescere. In tutto il corso della vita ci viene richiesta una declinazione e un'adattabilità del coraggio, la capacità di rialzarsi dopo le cadute, di riformulare il progetto, di non arrendersi [18].

Per Adler non è coraggio l'azione potente, eroica, eccezionale, è coraggio l'esercizio della libertà di agire secondo il sentimento di appartenenza alla comunità, *l'attività di chi rispetta le regole del gioco, coopera e partecipa alla vita* che può costituire un indicatore, una linea guida [5], per valutare il tipo di movimento psichico di un individuo.

Il coraggio è una possibilità della psiche e si inserisce nel suo specifico e irripetibile movimento valendosi di un'energia aggressiva via via più depurata da sfumature istintuali, mentalizzata e trasformata in dinamismo differenziato, specializzato e orientato verso obiettivi superiori ed eticamente condivisi: può aumentare, diminuire, cambiare tonalità, significato, può attraversare stadi e livelli e assumere vari volti: le risposte impulsivo-aggressive di difesa, la disponibilità alla lotta (anche trasgressiva) per un obiettivo; la spinta a rischiare l'ignoto, il non garantito, il rifiuto, la sconfitta; la capacità di mettersi in gioco e di cambiare; la possibilità di fidarsi degli altri; la forza di sopportare il limite, l'abilità di trasformarlo e integrarlo; l'amore per la propria storia, la scelta di essere se stessi.

Il coraggio richiama un limite da affrontare; al di fuori di quelli strutturalmente imposti alla nostra condizione umana, esistono limiti oggettivi o inevitabili per il soggetto (deficit psicofisici, gravi carenze o errori nelle prime relazioni, eventi traumatici passati o recenti), che possono essere accettati e compensati con misura, o sovrastimati, percepiti come ingiusti e umilianti. L'attribuzione del coraggio dipenderà dall'entità dell'ostacolo, dal peso oggettivo e soggettivo che gli si può attribuire, dal significato "privato" o "comune" che diamo a una inferiorità, allo stato di *minus*, dall'ambizione del progetto per passare al *plus*, dal valore collettivo e reale che può assumere la compensazione.

Dice Adler: «Io mi sono fissato una meta, contando su di essa per porre fine alle mie crisi infantili e alla mia paura della morte. È evidente che dalla scelta di quella professione mi aspettavo di più di quanto essa potesse concedere. Vincere la morte, il terrore della morte, non è cosa che ci si può aspettare da un essere terrestre: è un compito da lasciare a Dio. Tuttavia la vita reclama azioni. Di conseguenza, poiché bisognava che cambiassi la forma della mia finzione-guida, dovetti modificare la meta in modo tale che si adattasse alla realtà. Divenni quindi medico per vincere la morte e la paura della morte» (20, p. 179).

La Psicologia Individuale definisce scoraggiamento non solo il disagio del paziente depresso, sfiduciato, bloccato. La sopravvalutazione delle difficoltà, la creazione di incapacità, debolezze, sfortune seriali o gli artifici finzionali per costruire compensazioni caratterizzate da un coraggio "contro" di tipo criminale o autolesivo (l'aggressività dissociale, la distruttività auto ed eterodiretta ma anche il martirio costruito, il masochismo) vengono valutati ugualmente come stili di vita scoraggiati [4]. Il paziente presenta nei suoi sintomi un'inversione o un arresto del movimento vitale, una caduta, per quanto mascherata dall'attività, in una condizione cristallizzata di inferiorità rabbiosa o rassegnata. Il soggetto blocca le possibilità di coltivare la vita, e corteggia la morte; ingaggia lotte inutili quanto dolorose contro se stesso e contro il mondo che hanno a volte l'aspetto di una resa chiusa, disperata, orgogliosa, a volte il volto dell'aperta e furiosa distruttività. Totalmente perduto il gusto della sfida agli ostacoli verso un benessere che la mente prefigura, l'emozione prevalente è un'ostilità amara.

In una filosofia di vita fondata sul superamento dell'inferiorità attraverso il coraggio, il limite può diventare un avversario, un ostacolo interno o esterno cui opporsi. Come si prenderà cura di un coraggio distorto, atrofizzato, indebolito l'intervento terapeutico incoraggiante? L'incoraggiamento adleriano equivale solo a un potenziamento dell'autostima? A un'*alleanza* di terapeuta e paziente *contro* l'inferiorità, il limite? Quale sguardo riserviamo alle condizioni di fragilità, carenza, imperfezione, svantaggio? Con quale tipo di coraggio ci accostiamo alle realtà scomposte, illogiche, deficitarie, doloranti, aggressive e clamorose o disperate e mute dei nostri pazienti?

III. *L'incoraggiamento*

Nella Psicologia Individuale l'incoraggiamento viene indicato come uno dei compiti della psicoterapia unitamente all'accordo, alla ricostruzione dello stile di vita e allo sviluppo del sentimento sociale del paziente. In realtà l'atto di incoraggiare non è propriamente una tecnica o un intervento specifico, ma pervade ogni momento del lavoro e del dialogo terapeutico. Esso costituisce piuttosto *un'intenzione di base*, quella che indica la disponibilità ad aiutare ponendosi su un piano di vicinanza al paziente che può giungere all'incontro con il terapeuta con la profonda convinzione che la vita e il mondo gli siano ostili (1, p. 48).

L'incoraggiamento è anche un *risultato*: più che una serie di azioni o di atti verbali che promuovano il coraggio, può essere definito un *evento relazionale*: germoglio nella condizione d'inferiorità vissuta dal paziente grazie alla comprensione partecipe del terapeuta e si espande nella complessa trama di emozioni e di pensieri che si forma all'interno della coppia terapeutica (13, p. 91). Non è solo un'azione del coraggio del terapeuta sullo scoraggiamento del paziente, ma un gioco di rimandi dialogici alla *ricerca di un nuovo senso*, che coinvolge entrambi i soggetti in un dinamismo circolare [17].

Entrambi i partner della coppia terapeutica sono posti di fronte a prove di coraggio. Oltre all'incontro con l'altro estraneo e con le sue sofferenze, a volte profondamente debilitanti e quindi generatrici di angoscia [9], al terapeuta viene richiesto di rischiare sui risultati del percorso che non sono prevedibili. Su un altro fronte, al paziente che si sente oppresso o sconfitto e incapace di superare queste emozioni, vengono proposti altri limiti per curarsi: le regole del *setting*, il dolore e la vergogna di ripercorrere gli errori, i fallimenti, i traumi, di fronte a uno sconosciuto. L'entrata in un percorso terapeutico è già, quindi, un atto coraggioso di entrambi i protagonisti.

La relazione tra i due può avviare una trasformazione: la qualità delle emozioni che accompagnano lo sguardo su di sé e sugli eventi della vita può mutare a tal punto da modificare anche le valutazioni del pensiero. Perché questo possa accadere la coppia terapeutica deve entrare in contatto con l'inferiorità *vissuta* dal paziente, con la sua percezione del mondo, con la sua specifica modalità di porsi di fronte alla difficoltà.

IV. *Coraggio professionale e familiarità col limite*

Che cosa accade quando il coraggio del terapeuta incontra lo spazio psichico di un paziente che appare vuoto o disordinato, oscuro, minaccioso? È proprio la fiducia nella relazione e nella *plasticità e contagiosità del coraggio* che fonda un

intervento terapeutico. La formazione del terapeuta adleriano sull'incoraggiamento non può essere un addestramento a tecniche particolari da applicare nelle varie patologie, o l'apprendimento di formule comunicative che possano fondare o ricostituire il coraggio in un soggetto, indipendentemente dalla relazione che si stabilisce proprio con quella persona [12].

Il terapeuta deve possedere anche un'adeguata familiarità con il limite. Esso evoca un confine, una barriera, un termine. Sono limiti la morte, la malattia, gli handicap, ma lo sono anche il tempo, lo spazio, le leggi, le regole, le consuetudini, l'Altro. Il limite vieta e consente allo stesso tempo, ostacola l'espansione, ma rende possibile la *forma*. Una *familiarità* con ciò che è limite, indica un'avvenuta maturazione, la capacità di comprendere ciò che si può affrontare e ciò che si deve accettare [9]. Indica principalmente la tolleranza delle proprie imperfezioni, la gestione delle smanie di vittoria sulla patologia, la pazienza nell'accettare gli errori di valutazione e di movimento affettivo, la prudenza e il realismo di fronte alle aspettative che l'esperienza della sofferenza e del disordine producono in entrambi i partecipanti al lavoro terapeutico.

A partire da questa familiarità con il limite, con i vissuti di impotenza, si costruisce un *coraggio professionale* che diventa strumento nell'incontro con il paziente. Esso è un impasto di molte dimensioni: le imprecisioni che caratterizzano lo stile di vita del terapeuta, l'allenamento ad ascoltare e comprendere i modi di pensare e di sentire dell'altro, la capacità di servire al paziente come *radar* di punti di energia [14]. Ascolto e comprensione che devono riuscire a individuare il *peculiare scoraggiamento* del paziente, alla ricerca di una via d'uscita che non può essere preconfezionata. Il paziente che ritrova o costruisce un orientamento coraggioso utilizza il suo stile individuale, assorbendo in modo inconscio, misterioso, elementi del coraggio del terapeuta. Il nuovo coraggio avrà una particolare fisionomia, non sarà il coraggio del terapeuta, tradotto nella mente del paziente, né un coraggio standard; risulterà da una contaminazione tra l'inferiorità del paziente che è la base del suo stile, la materia prima della sua energia creativa e il sentimento di valore dell'esistere che si è prodotto nell'incontro terapeutico. Questo ultimo fattore costituisce il risultato più importante della cura d'incoraggiamento: nell'espressione *valer la pena*, la pena, la fatica, il dolore, è il costo che siamo disposti ad affrontare se in fondo alla strada ci aspettiamo una gioia, un appagamento. Aver recuperato o conquistato il sentimento che la propria esistenza *valga la pena*, è coincidente con il ritrovamento o la costruzione del coraggio, e con una rinnovata possibilità di pre-figurarsi una gioia.

V. Ripartire dal minus per ridisegnare il plus

Quando il paziente si rivolge alla psicoterapia desidera togliere di mezzo un fasti-

dioso ostacolo che lo opprime e che ha già cercato invano di sconfiggere con altri mezzi; non è consapevole che il proprio disagio proviene dal *fallimento delle compensazioni* messe in atto fino a quel momento per raggiungere una posizione di sicurezza. Non sa neppure di averle costruite. Il *minus*, la condizione di segno negativo che lo fa sentire debole, è ben collocato nel tempo presente, anche se può essere comparso da anni. Il pensiero cerca cause o responsabilità fuori di sé oppure nella propria costituzione, nel proprio carattere disegnati come inabili ad affrontare i compiti della vita. Il paziente sembra dire: sono condannato al *minus*, sono stato ricacciato nel *minus*, vengo ostacolato ingiustamente nella mia ricerca di gioia e sicurezza, il mondo e gli altri sono ostili o insensibili, la vita è sbagliata, io sono sbagliato. Anche nel suo chiedere aiuto per cambiare, porta il suo stile di affronto delle difficoltà, il suo stile di sconfitta e di scoraggiamento: può essere nello stesso tempo disperato e impaziente, vuole velocemente uscire dall'inferiorità, lasciarsela alle spalle, migliorare, cambiare, salire.

L'incoraggiamento può iniziare dal primo istante in cui il terapeuta incontra il paziente. Il suo atteggiamento, il suo modo di ascoltare e di fare domande, oltre all'accoglimento dell'altro, mostrano il suo coraggio. Il paziente non si sente più solo con la sua miseria e ha trovato un possibile compagno che non la teme. Il racconto del suo disagio non sembra allarmare l'interlocutore che si piega attento (clinicamente) sulla sua sofferenza, sul suo stato di *minus*. Il paziente può intuire che il coraggio di cui manca, presente nel terapeuta, richiede un certo tipo di attività, di costanza e di pazienza per emergere o riemergere, richiede tempo e impegno. La posizione del terapeuta verso la ferita del paziente è il motore della trasformazione possibile. Lo sguardo, la cura, la delicatezza e la scrupolosità mostrati dal terapeuta possono essere assorbiti dal paziente che osserva e ascolta come l'altro si china sul suo dolore. Per una sorta di contagio può far suo questo atteggiamento coraggioso e tenero, ripetendolo dentro di sé.

Le sofferenze in gioco, pur paralizzanti e invasive, possono risultare quasi false, tanto sono finzionali. Nascono dallo scoraggiamento e lo alimentano. Rispetto ai vissuti soggettivi di inferiorità e di mancanza che il paziente riferisce, il terapeuta incoraggiante deve potersi permettere una prossimità partecipativa, non direttiva, ma *attiva*. Dovrà tornare alle percezioni originarie di insufficienza o di mancanza per ricostruire la manovra compensatoria messa in atto dal paziente e individuare le sfumature del suo *movimento psichico per superare il limite*. Potrà comprendere se è stato presente un coraggio che è andato perduto, se il paziente non ha mai avuto coraggio, se affetta un coraggio che non ha, fingendo che la temerarietà e la freddezza, la distanza difensiva dagli altri o l'aggressività attiva siano un superamento riuscito delle proprie fragilità, carenze o insicurezze. Sarà possibile riconoscere nuovi limiti interni generati dalle anticipazioni di sconfitta per non mettersi in gioco, per non rischiare: orgoglio, vergogna, sfiducia, sospetto. Il terapeuta inviterà il suo compagno di viaggio a costruire un avvicinamento

progressivo al nucleo dello scoraggiamento e alle emozioni che lo governano: paura, rabbia, delusione, odio, senso di colpa o di indegnità, impotenza, nostalgia, debolezza [6].

L'azione di incoraggiamento nella fase centrale del percorso può essere così schematizzata: un avvio è costituito dal porsi *di fronte* all'inferiorità la cui compensazione è fallita producendo dolore, rabbia, frustrazione. In questa azione di incontro e di riconoscimento con le carenze originarie, gli errori compiuti, la situazione presente di sconfitta, la realtà del *minus* oggettivo e soggettivo va attentamente osservata, le emozioni vanno identificate. Il metodo che usa l'incoraggiamento è quello dell'ascolto attivo, non solo delle parole, non solo dei racconti, anche del corpo e delle sue manifestazioni. Nel paziente può prodursi così il coraggio di affrontare l'ostacolo, osservarlo, analizzarlo, non farsene sgomentare. Questo primo passo equivale a vincere la *paura di trovarsi al cospetto* del limite.

In una fase successiva la posizione del terapeuta (e del paziente che riceve un indiretto suggerimento in tal senso) è quella di porsi *accanto* ai nuclei complessuali, agli aspetti più bassi e insufficienti, nel tentativo di *comprendere* che senso hanno e hanno avuto per il paziente [21] e che cosa ha deciso di farne. La comunicazione che avviene in questo segmento del lavoro può denotare un *essere con* il paziente. Occorre in questa fase un coraggio specifico che è anche quello di concedersi del tempo e non avere fretta di vedere risultati di trasformazione nello stile di vita.

Se il paziente ha voluto fuggire dal *minus* in preda a una volontà di potenza che lo ha ubriacato, anche il terapeuta può fare questo errore. Il terapeuta può infastidirsi su un sintomo che persiste, può percepirne la valenza aggressiva e frustrante, può sentirsi incapace di vincere una sua privata lotta con il disturbo se non vede presto dei risultati. Invece occorre non abbandonare troppo in fretta i luoghi oscuri dell'inferiorità [21] per "tornare alla luce", non essere impazienti di uscire dal passato o di risolvere il sintomo. Il coraggio che può risultare da questo metodo è venato di pazienza, di tenacia, di fiducia nella possibilità del cambiamento.

Se l'azione del terapeuta si trasforma in un invito a reagire, a una fuga verso l'alto, a una sorta di *doping* emotivo-cognitivo, esprime in effetti soltanto la sua impazienza davanti alla stasi del paziente e al suo scoraggiamento. Può essere questo il caso, ad esempio, degli inviti diretti a migliorare la relazione del paziente con gli altri, una forma troppo esplicita e sbrigativa di pedagogia del sentimento sociale, senza vero fondamento di comprensione. Suggestire direttamente un'alternativa alla posizione del paziente di fronte a un problema reale o fittizio, anche se può sembrare un intervento incoraggiante, per la maggior parte dei casi non è di alcuna utilità.

Un'azione che porta al coraggio può essere invece condurre a comprendere che percezioni ed emozioni dolorose hanno una ragion d'essere che va scoperta. Le domande sul vissuto del paziente, usate per riprodurre il suo punto di vista e il suo stato emotivo *nel* terapeuta, costruiscono ancor più quel *noi* [11, 12, 13] che si è prefigurato nel primo incontro e seminano già un nuovo coraggio. L'empatia che si realizza è incoraggiamento. Un altro modo dell'incoraggiare è "fare ordine": accompagnare a ripercorrere una storia che viene vissuta inizialmente come una massa informe e sbagliata da buttare, invitando a raccontare i particolari e cercando insieme il significato che hanno avuto per il paziente. L'attenzione che si pone nell'ascolto potrà segnalare qualche elemento da conservare. Nel "fare ordine" il terapeuta mette da parte per il paziente, in una memoria duale, qualcosa che gli restituirà libero dal contesto caotico, negativo e fallimentare originario e che potrebbe diventare una base su cui costruire il nuovo.

Si tratta soprattutto di *cambiare l'emozione* legata al *minus*. È da un nuovo modo di considerare la propria inferiorità che nasce la spinta creativa per andare avanti [10]. Nelle inferiorità, reali o percepite del paziente ci sono delle potenzialità, c'è soprattutto il disegno specifico della sua identità. Generalmente il paziente vuole essere un altro, lui che si sente un rospo, vuole invece trasformarsi in principe. Ma se non ci addentriamo con lui nella sua indegnità, nella sua vergogna, non possiamo trovare niente su cui ricostruire un'immagine di sé che contenga la speranza. È solo *restando dentro* al proprio limite per comprenderne la fisionomia che potrà essere scoperto il significato di *forma* e di *misura* che vi è racchiuso.

VI. *Esiti possibili*

In questo modo, come si vede, incoraggiare non può significare infondere forza all'altro, guardando il suo dolore da una distanza di sicurezza, dall'alto. Occorre scendere negli *Inferi* [21] con il paziente. La presenza del terapeuta in quella regione, la sua attenzione e curiosità suggeriscono che l'inferiorità può non fare paura, orrore, disgusto. Non si tratta di insegnare a lottare, a battersi. Si tratta di ritrovare quella comprensione di sé e quella capacità di cooperare col Sé che è alla base del sentimento sociale. Chi è in guerra con sé stesso, anche se in forma segreta, sarà sempre in qualche misura in competizione con gli altri e non cooperativo. Per questo il nuovo *coraggio* che può scaturire da un rapporto terapeutico riuscito nasce dall'accordo ritrovato con il Sé, dall'aver perdonato la propria storia, riassumendosene amorosamente la cura. Questo coraggio può affrontare, attraverso la pazienza, la fiducia, la disponibilità a riconoscersi dotati di *valore imperfetto* [8], le prove che l'esistenza presenta. Ma deve anche sostenere e guidare la ricerca della gioia.

Soltanto rimanendo a sufficienza nel territorio della propria inferiorità, il paziente può scoprire di che tipo sia il coraggio che si può permettere trasformando i propri obiettivi di crescita. Il compito del terapeuta non riguarda la meta, la meta si trasforma perché è mutato lo sguardo sul limite. Si tratta di curare l'intolleranza verso l'imperfezione. Dalla fuga pessimista nell'astensione, nella paura o nella finzione, superando la logica della lotta eroica e iperottimista al limite, si può raggiungere la capacità di trattare realisticamente la propria piccolezza. Grazie al valore che le è stato attribuito con l'empatia e la gentilezza, l'inferiorità può tornare ad essere il motore della curiosità, del cambiamento, dell'invenzione, dell'amore, della vita.

Inoltre, alla fine del percorso, quando la coppia terapeutica si scioglie, il coraggio di vivere potrà risultare *mutato in entrambi* i protagonisti, esito di un dinamismo circolare che nell'incontro con l'altro ritrova il senso di Sé e l'entusiasmo per proseguire il cammino.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1926), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
2. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
3. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
4. ADLER, A. (1935), The Fundamental Views of Individual Psychology, *Int. J. Individ. Psychol.*, tr. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9, 1993.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. BORGNA, E. (2001), *L'arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli, Milano.
7. CALABRESI, M. (2009), *La fortuna non esiste*, Mondadori, Milano.
8. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti Barbera, Firenze 1974.
9. FASSINO, S. ET ALII (2006), Per un approccio psicodinamico nella clinica della demenza senile, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 93-110.
10. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
11. FERRIGNO, G. (2001), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo il modello adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 49: 15-27.

12. FERRIGNO, G. (2004), L'intersoggettività fra "Adlerismo" e "Teoria della mente", *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 1-8.
13. 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.
14. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
15. GALIMBERTI, U. (1999), *Psiche e techne*, Feltrinelli, Milano.
16. LECCARDI, G. (2006), La fine e niente altro: di fronte al suicidio, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 63-91.
17. LICHTENBERG, J. D. (2005), *Craft and Spirit. A Guide to the Exploratory Psychotherapies*, tr. it. *Mestiere e ispirazione. Guida alle psicoterapie esplorative*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
18. LOWEN, A (2001) *The Voice of the Body*, tr. it. *La voce del corpo*, Astrolabio, Roma 2009.
19. NIETZSCHE, F. (1888), *Dionysos - Dithyramben*, tr. it. *Ditirambi di Dioniso e poesie postume*, Adelphi, Milano 1982.
20. ORGLER, H. (1956), *Alfred Adler, der Mann und sein Werk*, tr. it. *Alfred Adler e la sua opera*, Astrolabio, Roma 1970.
21. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G., (1999), Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-41.
22. PAGANI, P. L. (2003), *Piccolo lessico adleriano*, Istituto Alfred Adler di Milano.
23. PARENTI, F., ROVERA, G. G., PAGANI, P. L., CASTELLO, F. (1975), *Dizionario ragionato di Psicologia Individuale*, Raffaello Cortina, Milano.
24. PARENTI, F. (1983), *La psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.

Carmela Canzano
Via Volturmo, 44
I-20124 Milano
E-mail: carmela.canzano@tiscali.it

La difficile arte dell'incoraggiamento in un iter peritale (adottivo)

FRANCESCA DI SUMMA

Summary – THE DIFFICULT ART OF ENCOURAGEMENT A COURSE OF (ADOPTED) EXPERT. The field of psychological expert intervention is very wide: investigations regarding children sexual abuse, separations and children custody, investigations on adoptive couples etc.. In this paper I have studied those couples who start the process of obtaining the ability for adoption and in particular to those couples who, not being considered suitable by the Juvenile Court, receive from the Court of Appeals the opportunity to begin a new process with an expert chosen by the Court. The topic of the conference, the encouragement, is, in my opinion, a basic element of the process

Keywords: ENCOURAGEMENT, ADOPTION, COUPLES

Ho scelto di soffermarmi su una tematica peritale perché nella mia esperienza di partecipazione a convegni e congressi adleriani tale tema non ha mai trovato il giusto risalto. Possiamo ipotizzare che ciò sia conseguenza del diffuso convincimento che un'indagine peritale venga percepita come momento essenzialmente psicodiagnostico e aspecifico rispetto ad un intervento squisitamente psicoterapico ed analitico. Negli ultimi anni, però, la complessità delle problematiche relative all'esistenzialità delle coppie è tale che, per poter rispondere, con un probante grado di certezza, ai quesiti posti dagli illustrissimi signori giudici (quesiti sempre più articolati) al perito non solo vengano richieste capacità psicodiagnostiche, ma anche capacità psicoterapeutiche.

Il confine tra il lavoro psicodiagnostico e quello psicoterapeutico è divenuto sottilissimo e frequentemente i due piani si intersecano e si sovrappongono. Il campo d'intervento psicologico in ambito peritale è molto ampio: indagini sui minori per quanto attiene l'abuso sessuale, separazione ed affidamento di minori, indagini su coppie adottive ecc. Ho scelto di soffermarmi sul lavoro psicologico rivolto a coppie che percorrono un *iter* volto ad ottenere l'idoneità all'adozione ed in particolare a quelle coppie che, non essendo state ritenute idonee dal

Tribunale dei Minori, ottengono, dopo aver presentato ricorso, dalla *Corte d'Appello* la possibilità di affrontare un nuovo *iter* con un perito scelto dalla stessa Corte. L'attenzione pertanto è rivolta a tale ambito perché la tematica del convegno, l'incoraggiamento, risulta, a mio avviso, elemento imprescindibile del lavoro che viene svolto.

Il campo d'intervento all'interno del quale si muove il perito è il seguente: *esaminati gli atti, sentiti i reclamanti e previa ogni opportuna indagine estesa, se necessario, alla famiglia allargata, esaminate e valutate le motivazioni del provvedimento impugnato, è indispensabile che il perito accerti la sussistenza o meno di elementi giustificativi di un giudizio di idoneità dei coniugi reclamanti all'adozione di un minore straniero, tenendo conto sia delle caratteristiche di personalità dei coniugi in funzione dell'adozione internazionale (preparazione, attitudini, socializzazione, disponibilità, motivazione affettiva rivolta alla filiazione adottiva, resistenza alle frustrazioni e disponibilità a ricorrere ad aiuti esterni per affrontarle, capacità di relazione dei coniugi tra di loro e con un bambino straniero da assumere come figlio), sia delle capacità da parte degli stessi, in un'ipotesi prognostica, di accoglienza nel nucleo di un bambino portatore, anche consapevole, in relazione all'età raggiunta, di una storia pregressa.*

Il tempo per svolgere l'indagine peritale, in genere, è di novanta giorni. Il giudice accoglie richiesta di proroga qualora il perito ne motivi la necessità. Il lavoro prevede colloqui clinici e somministrazione di test proiettivi quali ad esempio il test di *Rorschach* ed il *T. A. T.* ed eventualmente altri reattivi. I dati della testistica dovranno integrarsi con quelli emersi dai colloqui clinici per tracciare un profilo psicologico che permetta di rispondere ai quesiti posti.

Sicuramente il primo colloquio di coppia è momento significativo e determinante ai fini dell'evolversi positivo del lavoro. Ma qual è lo stato emotivo che, in genere, caratterizza le coppie che si avvicinano al percorso peritale e come tale stato predispose i periziandi agli incontri? Quale formazione e quale caratteristiche personologiche deve avere un perito per avviare una relazione con i periziandi che permetta loro di aprirsi, di mettersi emotivamente in gioco nell'*iter* peritale? Quali sono gli obiettivi del perito?

Le coppie in oggetto, in genere, arrivano con un fardello di frustrazioni perché già hanno ricevuto – in aggiunta alle sofferenze che la vita può offrire – un primo giudizio di inidoneità. Sentono di non essere state capite dagli operatori dei Servizi. Sono consapevoli di aver detto qualcosa che ha loro nuociuto: arrivano non fidandosi del Perito. L'atteggiamento è quello della chiusura. La postura, in genere, lo evidenzia. Sono seduti, in particolare le donne, con le braccia conserte, come a difendersi, a proteggersi dalle domande che potrebbero riattivare dolorosi vissuti emotivi. Pensano di non poter dire la verità, di non poter dire che l'adozione è un

ripiego, di non poter dire che non sarebbero lì se avessero potuto avere un figlio loro. Devono essere credibili quando affermano che l'idea adottiva è sempre stata presente nel loro progetto di famiglia, che tale idea non è nata dopo il fallimento di particolari ed inutili cure mediche alle quali si sono eventualmente sottoposti. Pensano che devono essere credibili quando affermano che “hanno elaborato e superato il lutto” relativo all'impossibilità di procreare. La capacità del perito di accoglierli, di entrare in empatia, di non porsi come giudice diventa la base per lo sviluppo della fiducia reciproca, indispensabile per superare l'iniziale situazione emotiva dei periziandi. Diventa indispensabile trasmettere che il perito è lì per aiutarli ed aiutarli può voler dire sia il lasciar intravedere la possibilità di realizzare il desiderio di genitorialità sia il salvaguardarli da un fallimento del ruolo genitoriale, fallimento che potrebbe essere ancora più doloroso e devastante di una mancata genitorialità perché coinvolgerebbe non solo la coppia ma anche il bambino.

La complessa attività clinica si gioca sulla credibilità delle affermazioni del perito, sulla sua capacità di essere percepito al servizio del benessere della coppia. La credibilità del perito genera fiducia e la fiducia permette al perito di farsi percepire come soggetto incoraggiante, capace di far superare le barriere difensive e di permettere alle parti di mettersi in gioco, di aprirsi e di svelarsi.

Il tempo a disposizione, le capacità terapeutiche e le caratteristiche personali del perito inducono le parti, dopo alcuni colloqui individuali, a poter dire, senza timore di essere giudicati negativamente, che l'adozione può essere stato un ripiego, che è presente il timore di non poter amare un figlio adottivo come un figlio naturale, che sussiste il dubbio sulle effettive capacità di poter essere un bravo genitore. Possono finalmente abbandonarsi ad una narrazione, presentare ricordi relativi ai propri genitori: i ricordi non vengono artatamente selezionati e possono affiorare anche momenti di vita caratterizzati dalla sofferenza. Il periziando può così iniziare a ripercorrere con spirito critico la propria storia e ciò offre al perito la possibilità di osservare le reali risorse psicologiche dei soggetti, le loro potenzialità e disponibilità a scavare in se stessi: i periziandi possono osservarsi come soggetti portatori di risorse e di fragilità. Nel corso dell'iter peritale la percezione del perito-psicoterapeuta cambia: da soggetto di cui non ci si può fidare a “madre” adottiva, madre che accoglie, che comprende, che stima, incoraggia, che è in grado di porsi con partecipazione al loro servizio, che ha impostato una relazione fatta da un mix di fermezza e di sicurezza in un clima di accoglienza e tenerezza.

Presento due casi: il primo relativo a una coppia che si vede riconfermare l'inidoneità all'adozione ed il secondo, invece, che riesce a raggiungere l'idoneità.

1) *Antonella e Giorgio* hanno ottenuto un giudizio di inidoneità all'adozione dal *Tribunale per i Minorenni* dopo un percorso presso i Servizi di zona. Antonella

è al secondo matrimonio, è un soggetto introverso, fragile, affettivamente dipendente. Dà la sensazione di un uccellino che è caduto dal nido ed è lì che attende l'aiuto di qualcuno. La sua storia familiare è caratterizzata dalla sofferenza affettiva. Ha perso la madre nel periodo dell'adolescenza ed è stata praticamente allevata da amici di famiglia. Ha sposato il figlio di questi amici, ma il matrimonio è durato pochi anni. Lui l'ha lasciata perché si è innamorato di un'altra.

Sul posto di lavoro ha incontrato Giorgio. Lui si è innamorato di lei perché creativa, delicata, sensibile. Giorgio si presenta con le caratteristiche di un adolescente, poco concreto, idealista, centrato essenzialmente su di sé. Affiorano durante i colloqui alcune discrasie nella coppia, fra l'altro un'accentuata difficoltà a viverli in sintonia ed il bisogno di un figlio per cementare la coppia. La significativa immaturità affettiva di entrambi i periziandi motiva l'inidoneità all'adozione. Il perito discute con loro i dati psicologici e suggerisce un percorso psicoterapico per entrambi necessario sia a livello individuale che di coppia. La relazione di fiducia che si è instaurata durante l'*iter* peritale ha permesso alle parti di condividere, se pur con sofferenza, quanto veniva loro presentato. Dopo un anno, Antonella ha contattato il perito-psicologo ringraziandolo per averla aiutata a comprendere quanto non fosse ancora pronta ad assumere un ruolo materno e quanto la loro coppia fosse fragile. Fra l'altro si erano, nel frattempo, separati. Giorgio l'aveva lasciata. Lei aveva intrapreso il percorso psicoterapico consigliato, si era sentita incoraggiata a farlo, fiduciosa nei risultati che avrebbe potuto conseguire, continuando così quel lavoro di scavo dentro di sé iniziato nel percorso peritale.

2) *Maria ed Andrea*. Una coppia non più giovane. Lui cinquanta anni, lei quarantasei. Sono giunti al primo appuntamento peritale con vissuti di umiliazione e forte inadeguatezza. Lo psicologo-psicoterapeuta dei Servizi li aveva giudicati "vecchi"; aveva loro detto che avrebbero potuto essere solo dei nonni e non dei genitori, che non possedevano le energie per educare un bambino non più in tenerissima età, visto che avrebbero potuto ottenere, qualora fossero stati idonei, un bambino già in età scolare. Si erano sentiti umiliati e derisi nella loro richiesta adottiva. I primi colloqui sono stati finalizzati ad accogliere le emozioni, a far emergere le risorse positive, ad incoraggiarli a credere nella possibilità di poter essere compresi, stimati e non giudicati solo in base all'età cronologica. La solidità dell'io, la sensibilità, la tenerezza, la fermezza nelle scelte di vita, la capacità di accogliere, di progettare, di mettersi al servizio dell'altro e la positiva complementarità a livello di coppia con il riconoscimento dei rispettivi punti di forza e di fragilità hanno portato il perito ad una valutazione di idoneità della coppia all'adozione, con il suggerimento di lavorare su quegli aspetti di fragilità che erano stati individuati nell'indagine peritale. Dopo un anno, hanno ottenuto l'adozione di un bimbo straniero di sette anni e lo hanno

portato al perito lieti di poterglielo presentare. In quell'occasione, oltre a esprimere la loro gioia, hanno comunicato di aver intrapreso un percorso di coppia con uno psicoterapeuta dell'età evolutiva per essere supportati nel ruolo genitoriale.

Francesca Di Summa
Strada della Creusa, 65
I-10133 Torino
E-mail: istituto.adler@tiscali.it

Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento

SECONDO FASSINO

Summary – EMPATHY AND ENCOURAGEMENT STRATEGY IN THE CHANGE PROCESS. Metanalyses of clinical research and brain imaging techniques validated psychodynamic psychotherapy effectiveness: but at now it's been poorly described the way of proceeding into the deep, out of conscience, of this treatment. These investigations are crucial to activate therapeutic factors at the bases of processes of change. Contributions of research about child neuropsychiatry, cognitive sciences and neuroscience confirm previous conceptions of Individual Psychology: the encouraging process, consisting in the interaction between therapist's and patient's personality, represents the effective chance to change Life Style. Empathic comprehension, real core of the encouraging process, was defined by Adler "late assumption of maternal function". Based on new acquisition about mirror neurons as neurobiological substrate of empathic communication, processes like the embodied simulation and the intentional attunement would be necessary to change empathic communication in mutual empathic comprehension between patient and therapist. Both of them internalize at a procedural level, more implicit than explicit, the mutual behavioral aspects and emotive expressions. Moments of meaning are effective only if able to activate moments of meeting. These intrapsychic and relational paths, further highlighted by neuroscience, amplify therapist's ethical responsibility in the interaction, reciprocally changing, of the setting.

Keywords: EMPATHY, ENCOURAGING PROCESS, THERAPEUTIC CHANGE

Un ringraziamento speciale alla Dott.ssa Enrica Marzola per la preziosa collaborazione.

I. Introduzione

Da poco tempo rigorosi studi di metanalisi, di ricerche cliniche e metodiche *brain imaging* [10, 26, 29] hanno convalidato l'efficacia della psicoterapia psicodinamica: finora, però, il modo di procedere verso il cambiamento *nel profondo*, operante fuori della coscienza, è stato poco descritto. Queste indagini sono tuttavia critiche al fine di attivare, con maggior probabilità di successo, i fattori terapeutici alla base dei processi di cambiamento.

Molte delle azioni di cambiamento coinvolgono conoscenza e *memoria implicita* (procedurale): il sapere implicito riguarda cosa fare, pensare e sentire in uno specifico contesto relazionale. Questo sapere non è cosciente neppure dinamicamente inconscio, ossia represso e opera fuori dalla consapevolezza: sapere relazionale implicito. Le forme di memoria e le loro caratteristiche sono state descritte da Siegel in un libro fondamentale “La mente relazionale: neurobiologia dell’esperienza interpersonale” edito nel 1999 [40].

La *memoria esplicita* è associata all’esperienza soggettiva interna di “stare ricordando qualcosa” e nel caso della memoria autobiografica a un senso di sé e del tempo. Essa comprende le forme di memoria semantica ed episodica (autobiografica): i processi di registrazione richiedono una partecipazione della coscienza e un’attenzione focalizzata. L’immagazzinamento dei ricordi richiede il coinvolgimento dell’ippocampo; i ricordi selezionati entrano a far parte della memoria permanente attraverso processi di consolidamento corticale.

La memoria *implicita* invece non è associata all’esperienza soggettiva interna di “stare ricordando qualcosa”, né a un senso di sé o del tempo. Essa è implicata nella creazione di modelli mentali: coinvolge fenomeni di “priming”. Comprende varie forme di memoria: comportamentale, emozionale, percettiva e probabilmente anche somatosensoriale. I processi di registrazione non richiedono un’attenzione focalizzata. È mediata dai circuiti coinvolti nella registrazione iniziale, indipendenti dal lobo temporale mediale/ippocampo; in questo tipo di memoria c’è l’attivazione dell’amigdala.

II. Memoria procedurale e dichiarativa in psicoterapia

Ciò che si svela nella relazione con il terapeuta è la modalità stereotipata, automatica ed abituale delle relazioni oggettuali del paziente, plasmata dalle relazioni di attaccamento nei primi anni di vita. Queste configurazioni relazionali codificate nella memoria procedurale sono anche implicite perché operano al di fuori della coscienza [4].

La psicoterapia rappresenta una nuova relazione di attaccamento che è in grado di ristrutturare la memoria procedurale implicita attaccamento-correlata. Prototipi preesistenti possono essere modificati da nuove interazioni con il terapeuta, internalizzate dal paziente. Questo modello richiede un terapeuta emotivamente coinvolto, poiché l’apprendimento affettivo implicito dipende da una vivida esperienza affettiva del terapeuta adatta alla crescita del Sé e all’autonomia del paziente.

Dal momento che la psicoterapia diventa legittimata come trattamento che ha effetti sul cervello, invece che mero intervento da *baby-sitter*, emerge la possi-

bilità in futuro di predire quali pazienti andranno meglio in psicoterapia o quali risponderanno meglio a farmaci e quali avranno bisogno di entrambi i trattamenti [18].

III. *Relazione terapeutica e cambiamento secondo la Psicologia Individuale*

In psicoterapia analitica la relazione terapeutica si basa sulla interazione tra personalità e stile di vita sia del paziente sia del terapeuta. La capacità di modulare questa equazione transculturale mediante il sistema delle identificazioni-proiezioni appare fondante per l'interazione terapeutica stessa [13, 14].

La revisione incoraggiante dello stile di vita è un processo di modulazione continua tra lo Stile di Vita del terapeuta e quello del paziente. Si avvia quel dialogo, clima e "distanza" [37] in cui il paziente può riconoscersi, si dà lasciar emergere i precedenti stili comunicativi. Dapprima infatti il paziente presenta riedizioni (transfert) delle vecchie modalità di relazione. La relazione del paziente verso il «fuori del sé» e la relazione del paziente con il «dentro a sé» possono venir modificate tramite una nuova edizione della relazione nello spazio "intermedio" che è quello della coppia terapeuta-paziente. Questo *dialogo*, spesso senza parole, trasformato rispetto a quello madre-bambino di una volta, favorisce nel paziente un più congeniale "amore di sé", "odio di sé".

Il *dialogo interiore* del terapeuta è il luogo della composizione provvisoria dei personali conflitti verso una meta di creatività relazionale. La relazione terapeutica si configura come prototipo cruciale, in vivo, di rimodellamento trasformante della distanza-vicinanza: sono qui sollecitate le capacità allevanti del terapeuta per promuovere lo sviluppo della personalità del paziente.

IV. *Processo di incoraggiamento e Sé Creativo*

Lo stile della relazione terapeutica è espressione dell'essere, del sentire e del fare del terapeuta ed è funzione del suo Sé Creativo [10]: occasione fruibile dal paziente di cogliere le proprie istanze creative per costruire alternative ai sintomi per affrontare conflitti e *deficit*.

Il processo di incoraggiamento o transmotivante [36]: a) induce la crescita di fiducia, autostima e creatività, b) favorisce lo sviluppo della personalità, Sé, mediante un passaggio da un livello motivazionale a quello successivo e tramite l'integrazione degli stessi, c) stimola il cammino verso la gratificazione dei bisogni alti e supremi [30] riattivando *per effectum* processi prospettici e progettuali.

Se la relazione terapeutica è il nucleo motore dell'intervento clinico, il *processo di incoraggiamento*, nella peculiare accezione individualpsicologica [1, 8] rappresenta il cuore della relazione terapeutica. Le identificazioni e le controidentificazioni del paziente favoriscono lo sviluppo del suo Sé oltre gli schemi della dipendenza regressiva – pur necessaria all'inizio per mantenere la relazione terapeutica – nei momenti in cui incontrano il Sé Creativo del terapeuta (cfr. l'"identificazione congeniale") [38].

Tramite un'"identificazione creativa" [12] lo psicoterapeuta percepisce le possibilità del paziente di "accordare" le valenze del Sentimento Sociale e della Volontà di potenza in un progetto alternativo ai sintomi *possibile ora*. La richiesta al paziente di impegnarsi creativamente, fondata su identificazioni del terapeuta, riguarderà "solo quanto egli può essere, sentire, fare". Lo scoraggiamento [14], come demotivazione e depressione, incombe quando è avviato un parziale smascheramento delle mete fittizie. Il terapeuta rinunci al proprio metro di concessione della stima [3].

V. *Empatia e processo empatico*

L'empatia è un fenomeno emotivo e cognitivo che consiste nella capacità di comprendere le esperienze interiori altrui e di comunicare tale comprensione. Nel 1917 E. Stein [17] presentava uno studio fenomenologico sull'empatia, all'epoca poco considerato, ma che presenta ora notevole attualità. «Nel momento in cui trasponendoci interiormente nell'orientamento e nel vissuto di un altro, viviamo in modo non originario l'esperienza originaria altrui, [...] in quel preciso momento il soggetto dell'empatia è il Noi in cui l'Io empatizzante e l'Io empatizzato permangono distinti. [...] Allora io giungo in questo dato modo, non al fenomeno del vissuto altrui, ma a una mia propria esperienza, che l'azione vista fare dall'altro, risveglia in me» (41, p. 89).

L'empatia del terapeuta proietta il suo Sé osservante nello spazio interiore del suo paziente, cui segue un'identificazione transitoria e una successiva presa di coscienza da parte del terapeuta. «L'incoraggiamento empatico si pone come posizione di indagine [...], di responsività ottimale [...] che sostiene la capacità di sintonizzazione con la risposta più adatta al paziente in quel momento» (15, p. 11). L'empatia coinvolge sia il dominio cognitivo sia quello affettivo, emozionale. Il dominio cognitivo si basa sull'abilità nel capire/spiegare l'esperienza interiore e i sentimenti di un'altra persona e la capacità di vedere il mondo circostante dal punto di vista altrui; il dominio affettivo coinvolge la capacità di comprendere, di entrare dentro o esser vicino alle esperienze e ai sentimenti di un'altra persona. Il prerequisito indispensabile per il cambiamento poggia sul *coinvolgimento emotivo ottimale empatico* del terapeuta nella relazione con il paziente.

L'empatia si configura come un "processo" dal momento che richiede per la sua attivazione una complessa capacità percettiva, introspettiva e comunicativa [2, 5, 20]. Il percorso analitico è stato ri-definito da Kohut [24] come introspezione empatica vicariante. Tale processo è caratterizzato dalla presenza di una funzione integrante, cioè l'abilità, potenzialità di cambiare insieme le molte modalità di comunicazione e anche da fattori quali proiezione, identificazione e ottimale distacco. Particolarmente utile è l'abilità di tollerare uno stato emotivo-cognitivo di "non conoscenza e di incapacità". La *comprensione empatica* rappresenta il risultato finale di tale processo emotivo e cognitivo.

L'empatia è la *conditio sine qua non* dell'incoraggiamento: configura quei modi di pensare, sentire, fare, essere ("tardiva assunzione della funzione materna") [3] del terapeuta che mediante comunicazioni empatiche più spesso non verbali trasmette al paziente i propri sentimenti di fiducia, in modo che "il paziente impari a fidarsi di se stesso".

VI. Meccanismi neurobiologici dell'empatia

I ricercatori sono ancora divisi sulla definizione e sulle misure di empatia e sul modo di incrementarla: c'è scarsità di studi empirici sull'argomento nella letteratura psichiatrica. Nel 2006 tuttavia Rizzolatti e Sinigaglia [34] hanno pubblicato un'importante scoperta individuando i *mirror neurons*: neuroni dotati di una sorprendente caratteristica, in grado cioè di attivarsi sia quando compiamo una data azione in prima persona sia quando vediamo che altri la compiono.

Il sistema a *neuroni specchio* umano è formato nel cervello da una rete corticale motoria composta dalla parte rostrale del lobulo parietale inferiore, dal settore caudale (*pars opercularis*) del giro frontale inferiore, così come da parti della corteccia premotoria. Tale meccanismo di percezione-azione automatica ha una valenza adattativa per la sopravvivenza degli individui.

Tecniche di *brain imaging* funzionale hanno evidenziato come un soggetto *percepente* inferisca lo stato mentale (di un altro) quando può essere assunta qualche sovrapposizione sé-altro (quando l'altro è simile a sé) e quando non può (quando l'altro è dissimile da sé). Si attuerebbe una doppia dissociazione: la mentalizzazione riguardo a un altro simile coinvolge una regione ventrale della mPFC (corteccia prefrontale mediale) legata a pensieri autoreferenziali, mentre la mentalizzazione riguardo a un altro dissimile coinvolge una sottoregione più dorsale della mPFC [33].

Partecipare come testimoni ad azioni, sensazioni ed emozioni di altri individui attiva le stesse aree cerebrali di norma coinvolte nello svolgimento in prima persona

delle stesse azioni e nella percezione delle stesse sensazioni ed emozioni. Tali circuiti condivisi traducono la visione e il suono di quello che le altre persone fanno e percepiscono nel linguaggio delle azioni e dei sentimenti propri degli osservatori. Questa traduzione può aiutare a capire le azioni e i sentimenti di altri fornendo introspezioni intuitive sulla loro vita interiore. Gli individui possono capire senza sforzo molto di quanto sta accadendo nella mente delle altre persone. Una serie di esperimenti sta alla base della teoria neurale unificata della *social cognition*: essa ha chiarito come comprendiamo le azioni degli altri dalla prospettiva della condivisione delle loro azioni. Oltre ai *neuroni specchio* ne esisterebbero altri che si attivano in risposta alle *sensazioni*, per esempio tattili e alle emozioni [23].

L'empatia coinvolge sia la condivisione delle emozioni (processamento delle informazioni dal basso verso l'alto) sia il controllo esecutivo per regolare e modulare tale esperienza (processamento di informazioni dall'alto verso il basso), con il rinforzo di sistemi neurali specifici ed interagenti. Inoltre, la consapevolezza di una distinzione tra le esperienze proprie e quelle degli altri costituisce un aspetto cruciale dell'empatia [6].

Nel *Disturbo Borderline di personalità* ci sarebbe per esempio una "ipersensibilità" nel sistema limbico (amigdala) e un'ipofunzione della corteccia prefrontale. Le funzioni cognitive ed emotive e le interazioni tra le due sembrano alterate in linea con i loro immaturi livelli di empatia orientati al sé (l'angoscia personale o il porre il loro stato mentale sugli altri): una risonanza esagerata e iperaffettiva con lo stato mentale degli altri [7].

L'empatia si basa in definitiva sia sul processamento di informazioni dal basso verso l'alto (sistemi neurali condivisi tra l'esperienza emotiva in prima persona e la percezione o l'immaginazione dell'esperienza altrui), sia sul processamento dall'alto verso il basso che consente la modulazione e l'auto-regolazione. Senza auto-regolazione il processamento delle informazioni perderebbe flessibilità e diventerebbe primariamente legato alle stimolazioni esterne.

VII. *Acquisizioni critiche per la psicoterapia*

Le neuroscienze cognitive hanno quindi iniziato a chiarire i sistemi neurali che rinforzano i processi coinvolti nell'esperienza dell'empatia. Tali processi comprendono la condivisione delle emozioni, l'acquisizione di prospettive, la regolazione delle emozioni e la preoccupazione empatica che indica una reazione emotiva caratterizzata da sentimenti quali compassione, tenerezza, bontà di cuore e simpatia.

Una questione critica è se le istruzioni sull'acquisizione di prospettiva inducano preoccupazione empatica e/o angoscia personale e a quale livello la motivazione

prosociale origini dalla sovrapposizione tra se stessi e gli altri. Adottare una propria prospettiva quando si osservano gli altri soffrire ha come risultato più forti sentimenti di angoscia personale e attiva la matrice del dolore con maggiore ampiezza.

Una tale completa fusione tra se stessi e gli altri sembra essere dannosa per la preoccupazione empatica. Invece, la migliore risposta per la sofferenza altrui potrebbe essere non l'angoscia, ma lo sforzo per diminuire tale ansia. Al contrario, quando i partecipanti prendono la prospettiva altrui, si verifica una minore sovrapposizione tra i circuiti neurali coinvolti nel processamento dell'esperienza in prima persona del dolore e loro infatti riportano più sentimenti di preoccupazione empatica.

VIII. *Embodied simulation (ES)*

I circuiti neurali attivi in una persona, che sta compiendo un'azione o vivendo emozioni o sensazioni, sono attivati automaticamente anche – tramite il sistema dei neuroni specchio – in colui che osserva queste azioni, emozioni, sensazioni. Questi stati di attivazione condivisa sono sostenuti da un meccanismo funzionale di *embodied simulation*: essa consiste di un'imitazione automatica inconscia e non inferenziale – da parte dell'osservatore – di azioni, emozioni e sensazioni manifestate e sperimentate dall'osservato. Il pattern neurale – *mirror neurons* – di attivazione condivisa e la simulazione incorporata costituirebbero una base biologica fondamentale per la comprensione della mente dell'altro.

ES costituisce un meccanismo obbligatorio, inconscio e preriflessivo – non il risultato di uno sforzo cognitivo deliberato e conscio – mirato all'interpretazione delle intenzioni nascoste nel comportamento evidente degli altri. La simulazione automatica dell'espressione emozionale del paziente da parte del terapeuta (o “identificazione concordante” con il paziente) non è di per sé curativa: che il terapeuta *senta* ciò che *sente* il paziente non è in sé di aiuto al paziente. Ciò che aiuta è il fatto che ES fornisce una base importante per la *comprensione empatica* del paziente da parte del terapeuta. Il terapeuta fa esperienza di *qualcosa di simile* a ciò che esperisce il paziente, piuttosto che una *replica* dell'esperienza del paziente. È come se il paziente “vedesse” nel terapeuta una versione più gestibile di ciò che il paziente stesso sta sperimentando [19].

IX. *Sintonizzazione intenzionale*

Quando confrontiamo il comportamento intenzionale degli altri, la *simulazione incorporata* genera uno specifico stato fenomenologico di “sintonizzazione

intenzionale”. Questo a sua volta genera una particolare *familiarità* con gli altri individui. I differenti sistemi di neuroni specchio ne rappresentano le istanziazioni subpersonali.

Il sistema di neuroni specchio non implica necessariamente un rispecchiamento attivo o inconscio in senso psicoanalitico. Questo comporta un passo in più in cui il comportamento di chi osserva è in qualche modo congruente e sintonizzato con l’espressione emotiva di colui con cui interagisce (per es. le interazioni madre-bambino) “perché la comprensione empatica di un altro si riflette non nell’imitazione o nella duplicazione del comportamento altrui, ma in risposte congruenti e sintonizzate, tra cui quelle complementari o modulate”. “L’osservazione di un comportamento altrui scatena un’imitazione automatica di quel comportamento ed è il meccanismo che rende possibile la comprensione empatica che può eventualmente portare a risposte complementari o modulate” [27].

La simulazione incorporata supporta e fornisce un possibile substrato neuronale per gli attuali assunti analitici riguardanti l’uso del controtransfert nel contesto analitico e alla concettualizzazione della reazione transferale. Finché l’analista si accostava al modello dello “schermo vuoto” c’erano pochi spunti comportamentali ed affettivi che il terapeuta produceva (o che credeva venissero prodotti).

X. *Il processo di cambiamento*

Molti aspetti del cambiamento evolutivo, dipendenti dalle interazioni tra genitori e bambini, sono stati studiati da Stern e dal gruppo di Boston [42] per il loro importante ruolo nel mettere in luce i processi di cambiamento nelle psicoterapie dell’adulto. È stato scoperto che la grande maggioranza dei cambiamenti terapeutici si verifica nel campo della consapevolezza implicita [42].

X. 1. *Now moments e moments of meeting*. Durante una seduta, i punti di potenziale cambiamento si presentano come “now moments”, cioè momenti non prevedibili: una breve unità di tempo soggettiva nella quale qualcosa di importante, in *prospettiva futura*, accade. I “now moments”, momenti presenti, rappresentano come “schemi di modalità” di “stare-con-qualcun altro”: cambiamenti repentini non lineari nel processo della seduta terapeutica.

La durata del momento presente è di alcuni (micro)secondi: il tempo necessario per afferrare il senso di “cosa sta succedendo ora, qui, tra di noi”. È costruito attorno alle intenzioni o ai desideri e al loro *enactment*, che tracciano una linea di tensione man mano che ci si muove verso l’obiettivo. Se il “momento presente” è accettato empaticamente come una richiesta per una rivalutazione dell’implici-

ta conoscenza riguardo il loro rapporto, un nuovo contesto intersoggettivo si mette in atto in un *moment of meeting* “momento di incontro”; esso agirà per “catapultare” il contesto implicito intersoggettivo in un nuovo “stato”, uno stato diadico di consapevolezza ristabilendo in equilibrio il sistema. Il risultato finale è un cambiamento nella *relazione implicita* di entrambi i membri. Un “momento di incontro” è l’atto che cambia il contesto intersoggettivo della memoria relazionale implicita del paziente. Un’interpretazione è invece l’atto che cambia il panorama intrapsichico della conoscenza esplicita del paziente. Questi due meccanismi possono agire soli o insieme.

X. 2. *Comprensione empatica come principale fattore di cambiamento.* L’incoraggiamento empatico – sostiene Ferrigno – si basa su indagine e responsività [15], ma è nella comprensione empatica, risultante del processo empatico, che forse si situano i principali fattori di cambiamento.

Nel *setting* si succedrebbero alcune fasi: a) il terapeuta attiva, tramite i neuroni specchio, la propria *Embodied Simulation* di atti, emozioni, difese, ambivalenze, resistenze del paziente; b) egli “metabolizza” le emozioni del paziente; c) le elaborazioni di transfert del terapeuta, del suo controtransfert, inducono in lui risposte – *emozioni, enactments, sussurri, parole, gesti* – modulate o complementari a quelle del paziente; d) il paziente *copia* e attiva su questi momenti di comunicazione la propria *Embodied Simulation*; e) cui succedono *intentional attunements* da cui possono nascere *momenti d’incontro* portatori di cambiamento.

Ciò che rende possibile la sintonizzazione attiva e che costituisce la base biologica per tale sintonizzazione è l’esistenza del sistema neuroni specchio e della simulazione incorporata automatica. Il sistema specchio, necessario per la sintonizzazione, non è però sufficiente per garantirla. Sebbene il sistema specchio e la simulazione incorporata siano universali, ci sarebbe un’ampia gamma di differenze individuali nella capacità delle persone di comprendere gli altri e di empatizzare. La comprensione empatica – basata su simulazione incorporata e sintonizzazione intenzionale – è quindi il contesto emotivo affettivo in cui i momenti presenti diventano momenti di incontro. Questi sarebbero gli agenti necessari e forse sufficienti del processo di cambiamento.

X. 3. *Momenti significativi d’incontro per la Psicologia Individuale.* Kandel [22], Premio Nobel per la medicina nel 2000 per le sue scoperte sulla trasduzione dei segnali nel sistema nervoso, commentando i lavori di Stern [42] osserva: «I *momenti di significato* rappresentano il raggiungimento di un nuovo assetto di ricordi impliciti, che consentono alla relazione terapeutica di progredire a un nuovo livello» (22, p. 85) più adattativo rispetto ai sintomi. Il collaudo di nuove

esperienze relazionali nel *setting* non richiede che l'inconscio diventi conscio, contrariamente a quanto si riteneva circa la natura dell'*insight*. I momenti di significato sono «capaci di produrre cambiamenti comportamentali tali da ampliare il repertorio di strategie procedurali del paziente tanto nei modi di fare che di essere» (*Ivi*). È verosimile che per Kandel i momenti di significato indichino i momenti di incontro significativi per il processo di cambiamento, e non momenti cognitivi consci di attribuzione di significato.

Le ipotesi individualpsicologiche sono da tempo focalizzate sulla funzione di cambiamento propria di stili relazionali sperimentati *hic et nunc* nel *setting* e trovano nelle acquisizioni neurocognitive importanti convalide. Rispetto alle ipotesi sulle interpretazioni verbali sui vissuti del paziente sembra quindi decisivo "l'essere con" nella relazione con il paziente. *I momenti di significato sono tali perché momenti d'incontro!*

Molti cambiamenti avvengono nell'inconscio e sembra che il meccanismo d'azione principale sia nell'esperienza ripetuta di *un nuovo tipo di relazione* durante la psicoterapia che entra a far parte della memoria procedurale attraverso *momenti di incontro significativi* esperiti nel *setting* durante la relazione con il terapeuta. Per la Psicologia Individuale l'agente terapeutico di cambiamento si colloca nell'*esperienza relazionale in vivo di un nuovo sentimento di appartenenza e di cooperazione che si sviluppa da un attaccamento sicuro tramite il coinvolgimento empatico di paziente e terapeuta* (Tabella 1).

C'è nel paziente un nuovo collaudo creativo della stima di sé: il terapeuta vive il paziente come persona meritevole di attenzione, impegno, apprensione e autonomia in un coinvolgimento relazionale ottimale che modifica entrambi; tale trasmissione empatica della fiducia verso una persona capace di sofferenza, solitudine e frustrazione come pure di iniziativa per un originale senso della propria vita è in grado di attivare il Sé Creativo evoluto che diventa più efficace a prendersi cura di sé.

Nei *moments of meeting* c'è l'incontro regressivo col *deficit*, la "segreta forza motrice" «solo se il paziente non si sentirà punito, per quelle mete compensatorie errate, solo se gli viene fornito implicitamente un modello di accoglimento di Sé per perdonarsi di essere stato un tempo tanto debole da dover orientare la sua vita verso la perfezione, egli potrà rinunciare a quelle mete fittizie che rendono necessaria la sua depressione. Perdonato egli potrà perdonare se stesso» (39, p. 97). Durante questo processo empatico di accettazione si avvia la ricostituzione di *un modello relazionale intrapsichico accettante il deficit* [39]. Questa esperienza autentica del *deficit* in terapia è vissuta dal paziente insieme al suo terapeuta e non raramente nei sogni compaiono le avanguardie di tali nuove esperienze e momenti di significato.

Le teorie sul *mirroring* – rispecchiamento reciproco tra madre e bambino – trovano plausibili spiegazioni nella neurofisiologia dei neuroni specchio. Una madre affettuosa e sensibile, adeguatamente rispecchiante, favorisce un attaccamento sicuro nel bambino (mediante accettazione incondizionata, indulgenza, valorizzazione, ecc.) in cui cresceranno le capacità empatiche, protettive verso i disturbi mentali.

Il terapeuta fa il paragone tra sé e il paziente [13], “Il trattamento coinvolge e trasforma sia il medico che il paziente” [16]; “l’atteggiamento empatico è essenzialmente costituito “dalla tardiva assunzione della funzione materna da parte dello psicoterapeuta... vedere con i suoi occhi, ascoltare con le sue orecchie... sentire col suo cuore” [16]. Le funzioni di mentalizzazione, attaccamento e *mirroring* sono fra loro articolate e rappresentano le basi anche cliniche di nuove modalità di cura per i casi difficili, specie borderline [31].

Tabella 1. Frammento clinico

Claudia di anni 4 (Dist. Comportamento Dirompente) sta disegnando con la psicoterapeuta Anna...

È nervosa... cancella spesso quello che fa... Non è soddisfatta di come procede il disegno... Butta per terra con rabbia le matite colorate...

La terapeuta la invita a raccogliere: «Aiuti Anna a raccogliere le matite?». Claudia rifiuta imbronciata e se ne va dal tavolo in cui era seduta con Anna.

Anna dice che per lei è faticoso perché ha mal di schiena. Claudia la guarda con sfida... e offre ad Anna un cuscino... da appoggiare allo schienale della sedia...

Anna non insiste e inizia a far qualcosa... con altri fogli da disegno...

Dopo qualche minuto è Claudia che rivolge ad Anna lo stesso invito: «Mi aiuti a raccogliere le matite?».

Anna aderisce di buon grado... Anna e Claudia raccolgono da terra le matite...

Claudia è molto soddisfatta ...

Ricominciano a disegnare insieme.

X. 4. *Significato e incontro; esplicito ed implicito.* “I momenti di incontro” sono necessari per un processo trasformativo in senso analitico e devono essere inseriti in una relazione implicitamente ed esplicitamente guidata da uno spirito di ricerca di significato. L’analista ed il paziente provano ad esplorare, capire e comunicare generando una nuova conoscenza relazionale implicita e mettendo in luce modelli mentali impliciti e narrazioni autobiografiche esplicite. L’implicito

nello “spirito” e l’esplicito nella “ricerca” coinvolgono i sistemi procedurali e di memoria allo scopo di effettuare il cambiamento psicoanalitico [17].

X. 5. La partecipazione affettiva dell’analista. Negli ultimi 25 anni si è verificato un notevole cambiamento all’interno della Psicoanalisi. Lo spostamento paradigmatico da una scienza positivista a una scienza relativista che ha escluso l’oggettivismo da un punto di vista filosofico e il secondo spostamento paradigmatico dall’intrapsichico a una teoria sul campo ha mostrato che l’analista partecipa pienamente, insieme al paziente, alla co-creazione e alla co-costruzione della relazione analitica [17]. Di conseguenza, attualmente si stanno ampliando i processi comunicativi relazionali. Piuttosto che all’anonimato, si dà rilievo all’autenticità dell’analista come punto centrale della relazione analitica: il cambiamento avviene ad un “livello profondo” dell’incontro [9, 17, 27, 33].

Diversi autori [17, 24, 42] osservano che gli “*enactments*” [25] – momenti comunicativi spontanei, autentici dell’analista quando fuoriesce dai confini della tecnica e del rituale analitico – siano momenti chiave necessari e facilitanti che determinano il cambiamento. Lichtenberg e Lachmann [28] ne sostengono l’efficacia purché siano “disciplinati” anche se emergono all’improvviso nella relazione analitica.

XI. Conclusioni

L’esempio, come pure la testimonianza (procedurale), è più incisivo della parola (dichiarativa)! Il nostro cervello tramite *mirror neurons* crea modelli del comportamento altrui allo stesso modo in cui crea modelli del nostro comportamento: questi agiscono a nostra insaputa e *contagiano* gli altri più efficacemente e nonostante le comunicazioni consapevoli. Questi percorsi intrapsichici e relazionali, resi ulteriormente evidenti dalle neuroscienze, sono le basi delle strategie procedurali di incoraggiamento come aspetti centrali nel processo di cambiamento.

I *moments of meeting* sono di per sé incoraggianti. L’*embodied simulation* del paziente verso il terapeuta e viceversa comporta che al paziente passino per via *mirror neurons* non tanto le parole, ma specialmente ciò che *veramente* è sentito dal terapeuta: su questo è (ri)costruita una complementare “struttura di accoglimento di sé” nel paziente. Il *come* il terapeuta reagisce al paziente diventa protesi (utile o dannosa), un pezzo nuovo del sé del paziente. *La comprensione empatica autentica è il cuore dell’incoraggiamento.* Lo stile della restituzione empatica per essere fruibile in direzione evolutiva del Sé – da parte del paziente – deve esprimere l’*essere, il sentire* autentico del terapeuta che condiziona il suo fare

“creativo”: è un approccio etico, ancor prima che tecnico-scientifico. Il *contagio profondo* di fiducia, sfiducia, angoscia, delusioni, speranze, oltrepassa, rinforza o annulla, confonde i messaggi verbali e gestuali intenzionali delle strategie consapevoli dell'incoraggiamento.

Ne risultano accresciute – nell'interazione reciprocamente trasformante nel *setting* – le responsabilità etiche del terapeuta. La formazione *del profondo* del terapeuta alla conoscenza di sé e all'accoglimento di sé e dell'altro [35] è allora una necessità scientifica e prerequisito etico [41] al contempo.

T. Hora aveva comunque già osservato nel 1959: «in ultima analisi possiamo giungere alla scoperta importante che quanto diciamo come terapeuti produce poco o nessun risultato... mentre ciò che veramente ha valore è ciò che noi siamo... come duemila anni fa Lao Tzu “il modo giusto per fare è essere”» (21, p. 178)!

Il monito dell'Evangelista Matteo 23, 3: «quanto vi dicono, fatelo, ma non fate secondo le loro opere, perché dicono e non fanno» (31, p. 2100) potrebbe contenere anche un avviso tecnico per i pazienti nei confronti dei terapeuti!

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1935), The Fundamental View of Individual Psychology, *Int. J. Ind. Psych*, 1: 5-8.
3. ADLER, A. (1936), Prefazione al diario di V. Nijinskj., in ANSBACHER, H. L., PARENTI, F., PAGANI, P. L., “Adler e Nijinskj”, *Quaderni Riv. Psicol. Indiv.*, 6, 1981.
4. AMINI, F., LEWIS, T., LANNON, R., LOUIE, A., BAUMBACHER, G., MCGUINNESS, T., SCHIFF, E. Z. (1996), Affect, Attachment, Memory: Contributions Towards Psychobiologic Integration, *Psychiatry, Fall*, 59: 213-239.
5. BERGER, M. D. (1984), The Way to Empathic Understanding, *Am. J. Psychiat.*, 1: 45-56.
6. DECETY, J., LAMM, C. (2006), Human Empathy through the Lens of Social Neuroscience, *Scientific World Journal*, 6: 1146-1163.
7. DECETY, J., MORIGUCHI, Y. (2007), The Empathic Brain and its Dysfunction in Psychiatric Populations: Implications for Intervention across Different Clinical Conditions, *Biopsychosoc. Med.*, 16:1-22.
8. DINKMEYER, D. C., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti Barbera, Firenze 1974.

9. EHRENBERG, D. B. (1992), *The Intimate Edge*, Norton, New York.
10. ETKIN, A., PITTENGER, C., POLAN, H. J., KANDEL, E. R. (2005), Toward a Neurobiology of Psychotherapy: Basic Science and Clinical Applications, *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 17: 145-158.
11. FASSINO, S., DELSEDIME, N., NOVARESI, C., ABBATE DAGA, G. (2005), Psicoterapia e neuroscienze: crescenti evidenze neurobiologiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 57: 13-29.
12. FASSINO, S. (1989), Social Interest and Creative Self, *Indiv. Psyc. Doss.*, 1: 61-91.
13. FASSINO, S., BOGETTO, F., FERRERO, A. (1984), Concerning the Problem of Adaptation Social Interest and Reality Principle. A Critical Comparison, *Beiträge zur Individualpsychologie*, 3: 30-38.
14. FASSINO, S., FERRERO, A. (1982), A proposito dell'identificazione transindividuale al servizio dell'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 9-10: 159-167.
15. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
16. FONAGY, P., TARGET, M. (2006), The Mentalization-Focused Approach to Self Pathology, *J. Pers. Disord.*, 20: 544-576.
17. FOSSHAGE, J. L. (2004), The Explicit and Implicit Dance in Psychoanalytic Change, *J. Anal. Psychol.*, 49: 49-65.
18. GABBARD, G. O. (2009), *Textbook of Psychotherapeutic Treatments*, American Psychiatric Publishing, Washington.
19. GALLESE, V., EAGLE MORRIS, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 131-176.
20. HOJAT, M., GONNELLA, J. S., NASCA, T. J., MANGIONE, S., VERGARE, M., MAGEE, M., (2002), Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Am. J. Psychiatry.*, 159: 1563-1569.
21. HORA, T. (1959), Epistemological Aspects of Existence and Psychotherapy, *J. Indiv. Psychol.*, 15: 173-180.
22. KANDEL, E. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*, tr. it. *Psichiatria, Psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Raffaello Cortina, Milano 2007.
23. KEYSERS, C., GAZZOLA, V. (2006), Towards a Unifying Neural Theory of Social Cognition, *Prog. Brain Res.*, 156: 379-401.
24. KOHUT, H. (1984), *How Does Analysis Cure?* University of Chicago Press, Chicago.
25. LAZAR, S. (1998), *Optimal Responsiveness and Enactments*, in *Optimal Responsiveness: How Therapists Heal Their Patients*, H. Bacal, Northvale, Jason Aronson, NJ.
26. LEICHSERING, F., RABUNG, S. (2008), Effectiveness of Long-Term Psycho-dynamic Psychotherapy: a Meta-Analysis, *JAMA*, 300: 1551-1565.
27. LEVENSON, E. A. (1983), *The Ambiguity of Change: an Inquiry into the Nature of Psychoanalytic Reality*, Basic Books, New York.
28. LICHTENBERG, J., LACHMANN, F., FOSSHAGE, J. (1996), *The Clinical Exchange: Technique from the Standpoint of Self and Motivational Systems*, Hillsdale, The Analytic Press, NJ.
29. LINDEN, D. E. (2006), How Psychotherapy Changes the Brain. The Contribution of Functional Neuroimaging, *Mol. Psychiatry*, 11: 528-538.
30. MASLOW, A. (1951), *Motivazione e personalità*, Armando, Roma.

31. MATTEO EVANGELISTA, Vangelo secondo Matteo, in *La Bibbia. Via Verità e Vita*, a cura di Conferenza episcopale italiana, Ed. San Paolo, Torino 1974.
32. MITCHELL, J. P., MACRAE, C. N., BANAJI, M. R. (2006), Dissociable Medial Prefrontal Contributions to Judgments of Similar and Dissimilar Others, *Neuron.*, 50: 531-534.
33. MITCHELL, S. (1993), *Hope and Dread in Psychoanalysis*, Basic Books, New York.
34. RIZZOLATTI, G., SINIGAGLIA, C. (2006), *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina, Milano.
35. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Indiv. Psychol. Dos.*, 1: 94-121.
36. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
37. ROVERA, G. G. (1984), Il problema della distanza nella fobia, in ROSSI, R., PETRELLA, F. (a cura di), *Psicoterapia delle fobie*, Massanza e Sinchetto, Torino.
38. ROVERA, G. G. (1990), Analytic Aspects of Regression, *Indiv. Psychol. Dos.*, 2: 61-76.
39. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologische Therapie, *Beiträge zur Individualpsychologie*, 6: 90-99.
40. SIEGEL, D. J., (1999), *The Developing Mind*, tr. it. *La mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
41. STEIN, E. (1917), On the Problem of Empathy, tr. it. *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 2003.
42. STERN, D. N., SANDER, L., NAHUM, J., HARRISON, A., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A., BRUSHWEILER-STERN, N., TRONICK, E. (1998), Non-interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: the "Something more" than Interpretation, *International Journal of Psycho-Analysis*, 79: 903-921.

Secondo Fassino
Dipartimento di Neuroscienze
Università di Torino
Via Cherasco, 11
I-10126 Torino
E-mail: secondo.fassino@unito.it

Le strategie dell'incoraggiamento nelle psicoterapie *time-limited*

ANDREA FERRERO

Summary – THE STRATEGIES OF ENCOURAGEMENT IN TIME-LIMITED PSYCHOTHERAPIES. I propose an interpretation of the process of encouraging psychotherapy (A. Adler, 1920) which takes into account not only the educational aspects and support, but also the expressive, creative and design. I describe the interventions of the therapist during the B-APP second four axes: the axis of the position encouraging (EP-AX), the axis of technical means (TI-AX), the axis-intensive medium (IS-AX), the axis mutative-conservative (MC-AX). The EP-AX describes the ability of the therapist to modulate the distance relational sitting between two poles: a position of encouraging research and encouraging a position to offer. The IS-AX distinguishes the intensive strategy, where the therapist encourages the elaboration of experiences by the patient, rather than providing personal contributions, from the supportive strategy, where prevails the integration of input. The objective is to provide positive alternative solutions in response to the difficulties of the patient. Some other specific aspects of encouragement in time-limited psychotherapies are also discussed.

Keywords: ENCOURAGEMENT, TIME-LIMITED PSYCHOTHERAPIES, INTENSIVE/SUPPORTIVE STRATEGY

I. Diverse prospettive del processo d'incoraggiamento in Psicologia Individuale

Viene proposta un'accezione del processo d'incoraggiamento in psicoterapia che tiene conto non solo degli aspetti educativi e di sostegno, ma anche di quelli espressivi, creativi e progettuali che si riferiscono a possibili cambiamenti dello stile di vita.

Rovera [61] ha sostenuto che il coraggio costituisce una spinta creativa verso una nuova condizione psichica e non può essere disgiunto da un buon assetto difensivo del soggetto. Non deriva, quindi, solamente dall'aumento di fiducia nell'utilizzo di competenze individuali già acquisite (che è funzione della volontà di potenza), ma comprende l'attitudine a sperimentare il cambiamento, a volgere uno sguardo *al-di-là*, verso un altro tipo di prospettiva (che è funzione invece del

sentimento sociale). Proprio per questo, il processo d'incoraggiamento in terapia non può prescindere dal fatto che il paziente sperimenti la cooperazione con il terapeuta [4].

In questo contributo, si propongono alcune considerazioni sul significato che gli aspetti d'incoraggiamento e di supporto rivestono all'interno della teoria della tecnica di un trattamento specifico di matrice individualpsicologica, la *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP)*, ed in particolare della sua derivazione a tempo limitato, la *Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP)*. Questa specifica tecnica di psicoterapia breve [20], che prevede 10-15 sedute a cadenza settimanale orientate intorno ad un *focus*, possiede iniziali evidenze di efficacia [20, 28, 30], anche nella versione a moduli sequenziali di 40 sedute ognuno a cadenza settimanale, la *Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP)*, che è specificatamente studiata per il trattamento dei disturbi di personalità [31].

II. Il modello della *Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP)*: principi generali del trattamento

L'identità della Psicologia Individuale odierna non è univoca, in ragione di fattori scientifici, culturali e di contingenze storiche. Dopo le prime descrizioni esautive della tecnica psicoterapeutica di Alfred e Kurt Adler, Wexberg, Dreikurs, Künkel e Ansbacher, contributi successivi di molti autori, provenienti prevalentemente da Austria, Germania, Svizzera, Stati Uniti, Francia e Italia hanno evidenziato differenti modalità di sviluppare l'eredità adleriana.

La *B-APP* differisce pertanto, talora anche marcatamente, da altre psicoterapie adleriane brevi più o meno chiaramente strutturate: *Constructivism-Oriented Adlerian Therapy*, *Adlerian Metaphor Therapy*, *Adlerian Family Counselling and Psychotherapy*, *Brief Adlerian Psychotherapy*, *Self-Oriented Adlerian Brief Psychotherapy*, ecc. Non esistono peraltro, a tutt'oggi, trattamenti manualizzati. Sotto il profilo dei principi generali del trattamento, Adler [4] asseriva che lo psicoterapeuta deve avere la possibilità di *vedere con gli occhi ed ascoltare con le orecchie dei suoi pazienti*, avvalendosi del loro contributo per giungere ad una comprensione comune. Questa attitudine si traduce [20] nella capacità di identificazione precoce, accettazione e conseguente interpretazione dello schema percettivo [3, 5] e dello stile di vita del paziente.

La consapevolezza di questi aspetti, attraverso una significativa esperienza di appartenenza e cooperazione durante il trattamento, permette l'identificazione, in via secondaria, di quei fattori che limitano o bloccano la capacità del soggetto di muoversi verso un migliore funzionamento [29]. Anche per la *B-APP*, la decodi-

ficazione dello schema appercettivo del paziente costituisce un aspetto tecnico specifico della comprensione empatica del terapeuta [16, 62]: corrisponde all'intenzione di ricevere la comunicazione di un'altra persona e di tradurre le sue emozioni, le sue parole e i suoi simboli negli aspetti significativi suoi propri appartenitivi. Lo schema appercettivo del paziente corrisponde quindi [1, 7] non solo a schemi cognitivi, ma anche a "schemi emozionali" [14]. Possiede, nel contempo un significato pre-simbolico inconscio senza storia, un significato simbolico inconscio con storia, un significato simbolico conscio con storia, un significato segnico con storia.

In sintesi, ogni processo psicologico è radicato in una serie di precursori e deriva pertanto da un processo psicologico precedente ("causa finalis" o causalità figurativa secondo Jaspers) [44], ma, nel contempo, l'esperienza passata costituisce la guida per preparare il futuro e le finzioni sono rappresentazioni aperte verso il polo progettuale dell'individuo, animate da una tensione verso una meta ideale.

Per quanto riguarda, nello specifico, la psicopatologia e la teoria della clinica, la ricerca evidenzia come le valutazioni del terapeuta sulla natura del disturbo siano importanti ai fini della terapia [10, 11]: l'*assessment* diagnostico permette di differenziare gli obiettivi delle psicoterapie, a seconda che la personalità e la storia evolutiva contribuiscano all'eziopatogenesi del disturbo, oppure determinino solo le risposte maladattive o l'espressività del medesimo [65].

Tutte le terapie specifiche per una data patologia tendono ad essere più efficaci rispetto a quelle non-specifiche, senza distinzioni di orientamento tecnico ma non si riesce ancora a spiegare in modo univoco come e perché questi effetti positivi vengano prodotti [47], probabilmente in relazione ai limiti epistemologici e psicopatologici degli studi condotti fino ad ora. La diagnosi categoriale non costituirebbe sempre una variabile di grande importanza [40], mentre la quantità [38], la gravità [38] ed alcune caratteristiche della sintomatologia correlano significativamente con gli esiti dei trattamenti.

In accordo con altri orientamenti psicodinamici di psicologia clinica, non solo di matrice individualpsicologica, i sintomi psichiatrici sono concepiti dai terapeuti della B-APP come l'espressione [20] simbolica di un disagio originario di cui l'individuo non è consapevole. Ogni sintomo, mentale o somatico, deriva dalla reazione dell'individuo ad un ostacolo che non ha la capacità di affrontare e superare in modo adeguato, in relazione al proprio sentimento di inferiorità.

Il terapeuta considera, dunque, aree dell'inconscio psicodinamico che costituiscono il fondamento della struttura psichica e risultano clinicamente rilevanti ed operanti, anche quando non ne fa esplicitamente oggetto del proprio lavoro durante il trattamento [36].

A livello psicopatologico, si distinguono vari fattori di rilevanza eziopatogenetica [20] del disturbo, facendo riferimento al modello biopsicosociale in psichiatria [18] e valutando di volta in volta il ruolo svolto da diversi fattori: (a1) la vulnerabilità biologica, ovvero le alterate modalità di processamento delle funzioni cerebrali; (a2) la vulnerabilità psicosociale, ovvero le esperienze precoci difettali o conflittuali vissute dal soggetto; (b) l'incidenza di *life-events* significativi; (c) la qualità della risposta individuale alla *noxa* patogena, descrivibile in termini di meccanismi di difesa, di *coping* e di compensazione (organizzazione dinamica della personalità); (d) a patologia conclamata, la qualità della risposta ambientale (comprese le terapie) come co-fattore dell'esito clinico.

Per quanto riguarda, infine, la teoria della tecnica, gli interventi del terapeuta durante la B-APP vengono descritti, in modo sintetico, considerando quattro assi: l'asse della posizione incoraggiante (EP-AX), l'asse degli strumenti tecnici (TI-AX), l'asse intensivo-suppertivo (IS-AX), l'asse mutativo-conservativo (MC-AX).

III. *Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP): le risposte del terapeuta alle domande del paziente*

Durante le sedute, in modo esplicito o talora implicito, a livello conscio oppure inconscio, le domande del paziente e le risposte del terapeuta costruiscono nella relazione un insieme di conoscenze che riguardano le possibilità di guarigione del paziente. In questo senso, i riferimenti tecnici che il terapeuta utilizza servono come ipotesi specifiche per lavorare con il paziente [23, 63]. Per rispondere alla domanda d'aiuto del paziente, il terapeuta deve tenere conto che i sintomi non descrivono solo le sue sofferenze e le sue difficoltà, ma delineano già quali soluzioni egli è stato capace di elaborare rispetto al proprio disagio.

Le risposte dello psicoterapeuta hanno quindi il valore di una proposta alternativa alle risposte già sperimentate dal paziente, in gran parte senza successo, ed è solo a scopo espositivo che se ne possono approfondire separatamente i significati relazionali e quelli intrapsichici.

III. 1. *Asse del processo d'incoraggiamento (Encouragement Process Axis, EP-AX)*. Secondo Adler [3] e successivamente altri psicoanalisti, le risposte del terapeuta costituiscono un modo per regolare la distanza relazionale col paziente durante il trattamento, intesa come percezione di condivisione, disinteresse o contrapposizione reciproca. Il vissuto di vicinanza o lontananza nasce dall'esperienza, il riconoscimento e la comprensione di un *pattern* ripetitivo di interazioni da parte del paziente e del terapeuta [17, 34, 45]. Queste interazioni, nell'*hic et nunc* della seduta, così come nell'arco di un intero trattamento, strutturano ruoli e fun-

zioni asimmetriche. Le dinamiche *up/down* sono già insite nella condizione del terapeuta che detiene una tecnica per guarire nei confronti del paziente che ha un sintomo da curare e si manifestano nei modi più vari: con atteggiamenti amorevoli, critici, astensionisti o allontananti [25, 60, 64].

La vicinanza non viene percepita dal paziente solo attraverso la commozione, il rispecchiamento o il consenso, perché anche il confronto può essere un segno di partecipazione; analogamente, la sensazione di lontananza può scaturire da situazioni molto diverse, che vanno dal disinteresse alla contrapposizione di punti di vista differenti, dall'intenzione di cambiare all'astensione da un coinvolgimento magari eccessivo. Ogni paziente interpreta la distanza del terapeuta in ragione della propria esperienza presente e passata. La vicinanza e la lontananza possono essere vissute come confortevoli o come fonte di pericolo e il paziente fa in modo di non esporsi a ulteriori ferite. Se all'interno del rapporto il terapeuta è troppo astinente, viene facilmente decodificato dalla configurazione transferale del paziente come figura non disponibile; se è troppo attivo e prescrittivo, appare come insicuro e facile bersaglio di aggressività [50].

La regolazione di una *distanza ottimale* dovrebbe consentire al paziente un legame sufficiente per non sentirsi abbandonato senza dover rinunciare, nel contempo, alla propria autonomia. In questo senso, la percezione inconscia della distanza non può prescindere da come si configura il transfert [54]. Tuttavia, i movimenti relazionali tra paziente e terapeuta non sono riferibili solamente ad aspetti transferali e controtransferali e rispecchiano anche quanto accade di realmente positivo o negativo tra l'uno e l'altro [29].

La ricerca della neutralità analitica, originariamente intesa in psicoanalisi come la possibilità che il terapeuta possa annullare l'influenza della propria organizzazione psichica nel rapporto col paziente, astrarsi dal corso personale dei propri pensieri [6] e porsi in una condizione d'assenza della memoria e del desiderio [9] non viene riproposta nel pensiero psicodinamico odierno, sulla scorta di alcune importanti considerazioni critiche. La prima considera la natura profondamente interindividuale [19] del processo analitico e psicoterapeutico, al quale i principi organizzativi dell'analista, compresi quelli della teoria con cui egli tenta di ordinare i dati raccolti in seduta, danno un immancabile ed inevitabile contributo [68]. Inoltre, una pretesa neutralità può diventare, invece, il contenitore ideale del controtransfert del terapeuta [48] con il rischio, più o meno consapevole, di un evitamento delle responsabilità di fronte alle richieste del paziente [4, 22, 29], oppure di un'astensione scoraggiante al servizio di una posizione di superiorità.

L'APP considera, invece, le differenti modulazioni della distanza relazionale che avvengono durante le sedute come possibilità di un processo di incoraggiamento del paziente, di cui fanno parte l'asimmetricità e la riservatezza (ovvero: si parla

della vita del paziente e non di quella del terapeuta, per non trasformare la relazione terapeutica in reale), con lo scopo di favorire e proteggere un'attenzione specificatamente dedicata alle questioni poste dal trattamento [53]. Peraltro, questi aspetti si coniugano anche con la considerazione che, in assoluto, non è possibile nascondere la persona reale del terapeuta, anche se il paziente non conosce la sua vita [35]. Piuttosto, la conoscenza relazionale implicita, come ambito procedurale relazionale caratterizzato dai "now moments" o "momenti di incontro", va distinta a livello intrapsichico dal dominio simbolico del transfert e del controtransfert.

Complessivamente, si può dire che, se il terapeuta non può essere esperito come un nuovo oggetto, la psicoterapia non ha mai inizio e, se non può essere percepito come un vecchio oggetto, non ha mai fine [37]. L'incoraggiamento è dunque un processo attivo [21] e in questo senso si dovrebbe parlare oggi di tecnica attiva in psicoterapia [29]. Non si riferisce ad un atteggiamento genericamente amorevole o prescrittivo ma è contrassegnato dalla volontà di rispondere alla richiesta di aiuto di un'altra persona cercando di comprenderne le emozioni, i pensieri e le espressioni simboliche più significative [21]. A questo riguardo, si possono descrivere, lungo un *continuum* dimensionale (EP-AX) due atteggiamenti prevalenti che il terapeuta può assumere per soddisfare i bisogni [34, 35] del paziente: una posizione incoraggiante di *ricerca* e una posizione incoraggiante di *offerta*.

La *posizione incoraggiante di ricerca*: (a) corrisponde all'assunzione di una posizione equidistante tra le vecchie e le nuove modalità di relazione che il paziente mette in atto con il terapeuta [34]; prevede una sospensione (b) di giudizio e (c) di partecipazione affettiva [8, 34] su una serie di comportamenti, di desideri o di sentimenti che il paziente, restrittivamente, ha eretto a proprie verità assolute [22], in modo da sperimentare delle alternative. Ci si propone, in questo modo, di rispondere il più possibile al bisogno del paziente di ampliare la propria libertà e le proprie possibilità di scelta.

La *posizione incoraggiante di offerta*: (a) corrisponde ad assumere una posizione differente rispetto ai prototipi del passato, una volta che siano stati compresi, proponendo nel contempo un modello identificatorio positivo; prevede di fornire una risposta ai problemi del paziente nell'*hic et nunc* della seduta, attraverso (b) valutazioni esplicite e (c) partecipazione affettiva. Ci si propone, in questo modo, di rispondere il più possibile ai bisogni di cooperazione del paziente. Non va confusa, pertanto, con la manipolazione della relazione in base a ciò che pensa il terapeuta ed ai suoi valori esistenziali di riferimento.

In quest'ambito, anche l'elaborazione di contenuti specifici (consci o inconsci) che il paziente porta in seduta va connessa al contesto vicino e lontano che definisce la distanza relazionale del rapporto col paziente. Si può dire che ogni paziente

ricerca in psicoterapia qualcosa di antico per poterlo rivivere in modo nuovo: uno dei tramiti di questa trasformazione è l'attività dis-ordinante del terapeuta, fondata sulla sua capacità di essere emotivamente stimolato e di stare in relazione. Gli stimoli critici e riflessivi possono essere vissuti dal paziente come supporto e condivisione, come intrusione [64] o prescrizione [60] del cambiamento, oppure come fantasia progettuale trasmessa attraverso messaggi subliminali.

Per quanto riguarda il transfert, gli interventi del terapeuta tendono a riscrivere il racconto del paziente trasformando i personaggi e le esperienze del passato in direzione di una maggiore intimità e libertà di intendere le relazioni, compresa quella con il terapeuta [54].

III. 2. *Asse degli strumenti tecnici (Technical Instruments Axis, TI-AX)*. Le risposte del terapeuta alle questioni poste dal quadro clinico del paziente beneficiano inoltre dell'uso di strumenti tecnici, che definiscono le modalità del lavoro per quanto riguarda gli aspetti intrapsichici del paziente. La descrizione di quest'asse non è di pertinenza di questo contributo. Ci si limita, pertanto, a segnalare che la B-APP utilizza, a questo proposito, la sistematizzazione descrittiva degli strumenti tecnici della psicoterapia in sette diverse tipologie, come proposto dal *Menninger Clinic Treatment Intervention Project*, ma a partire da premesse diverse.

La classificazione degli interventi del terapeuta della B-APP intende infatti differenziare il modo in cui ogni strumento tratta il materiale presentato durante la seduta e non i presumibili effetti, che sono diversi a seconda delle tipologie dei pazienti, soprattutto in relazione al tipo di organizzazione di personalità.

Quindi, lungo questa dimensione funzionale (TI-AX), la B-APP opera una distinzione tra strumenti tecnici esplorativi e validanti [20]. I primi promuovono connessioni tra elementi consci ed altri elementi dinamicamente inconsci (interpretazione – TI 1), subconsci (confrontazione – TI 2) o già consapevoli (chiarificazione – TI 3) del soggetto. I secondi promuovono il riconoscimento e l'importanza di determinati vissuti, situazioni o comportamenti (convalidazione empatica – TI 5, consigli ed elogi – TI 6, conferma e prescrizione – TI 7). L'incoraggiamento ad elaborare (TI 4), che talora si manifesta anche attraverso il silenzio del terapeuta, si colloca idealmente al centro del *continuum* costituito dagli altri strumenti della tecnica.

IV. *Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP): le scelte del terapeuta nella conduzione del trattamento*

In linea generale, ogni trattamento può essere indirizzato ad una o più delle

dimensioni psicopatologiche che hanno concorso alla comparsa del disturbo. Non esiste quindi un solo agente terapeutico, ma bisogna piuttosto parlare di azioni terapeutiche efficaci secondo diverse possibilità.

IV. 1. *Asse intensivo-supportivo (Intensive-Supportive Axis, IS-AX)*. Nella B-APP, l'*esperienza emotiva correttiva* viene modulata dal terapeuta secondo modalità strategiche *intensive* o *supportive*, che si differenziano, lungo un *continuum*, per la qualità prevalente della relazione [20, 24].

La strategia intensiva è caratterizzata dall'alleanza di lavoro dialogica [52], dove il terapeuta favorisce la rielaborazione dei vissuti da parte del paziente, piuttosto che fornire contributi personali. L'obiettivo è quello di favorire nel paziente un atteggiamento di attenzione, confidenza e comprensione delle proprie difficoltà come presupposto del cambiamento. Secondo Adler, il terapeuta non è capace di insegnare nulla di meglio di quanto il paziente non possa comprendere attraverso il riconoscimento della linea della propria vita [2]. Permettere la ripetizione in seduta dei *patterns* maladattivi può favorire questo processo di consapevolezza [57], ma il lavoro non si limita alle difese e alle modalità di *coping* perché può riguardare tutti gli altri aspetti psicopatologici rilevanti nell'eziopatogenesi del disturbo: il significato personale dei sintomi; il contesto sociale, culturale e valoriale di appartenenza dell'individuo; le angosce, i bisogni e i livelli motivazionali; l'immagine di sé e degli altri.

Rispetto all'utilizzo dell'EP-AX, gli obiettivi delle *psicoterapie intensive* beneficiano: (a) prevalentemente, della posizione incoraggiante di ricerca, volta alla comprensione del vantaggio inconscio connesso col persistere dei meccanismi che producono o mantengono il disturbo e la sofferenza: la scoperta dello stile di vita nella sua interezza è importante perché il paziente non riesca più a sottrarlo alla critica e alla comprensione [2]; (b) di alcuni aspetti della posizione incoraggiante di offerta, volta ad evidenziare e definire in modo diretto i meccanismi che producono o mantengono il disturbo e la sofferenza. Rispetto all'utilizzo del TI-AX, le strategie intensive beneficiano dell'incoraggiamento ad elaborare (TI 4) e degli strumenti tecnici di tipo esplorativo (T1, T2, T3).

La *strategia supportiva* è caratterizzata, invece, dall'alleanza di lavoro supportiva [52], dove prevale l'integrazione dei contributi da parte del terapeuta. L'obiettivo è quello di fornire soluzioni positive alternative in risposta alle difficoltà del paziente. Secondo Adler, la psicoterapia è un esercizio ed una prova di cooperazione e può concludersi positivamente solo se s'è un sincero interesse per gli altri [4]. Come nelle strategie intensive, il lavoro può riguardare tutti o alcuni degli aspetti psicopatologici rilevanti nell'eziopatogenesi del disturbo, per cui: si favoriscono le manifestazioni non sintomatiche del disagio e le difese meno disfunzionali e quindi in questo caso non è utile la ripetizione in sedu-

ta dei *patterns* maladattivi [57]; si sostengono le risorse del paziente e si promuove la soluzione dei conflitti intrapsichici; si favorisce la soluzione dei problemi interpersonali; si solleva il paziente dall'angoscia e dal bisogno; si rinforza l'identità.

Rispetto all'utilizzo dell'EP-AX, gli obiettivi delle psicoterapie supportive beneficiano: (a) prevalentemente, della posizione incoraggiante di offerta, volta ad evidenziare e a definire in modo diretto i meccanismi proposti per ridurre il disturbo e la sofferenza; (b) di alcuni aspetti della posizione incoraggiante di ricerca, volta alla comprensione del vantaggio connesso ai meccanismi proposti per ridurre il disturbo e la sofferenza in base alla situazione del paziente e non in nome di un ideale adattamento [33]. Rispetto all'utilizzo del TI-AX, le strategie supportive beneficiano degli strumenti tecnici di tipo validante (T5, T6, T7). Aspetti intensivi e supportivi si intrecciano costantemente all'interno dei vari trattamenti e delle sedute [43, 51, 59]. Le indicazioni ad una strategia intensiva o supportiva sono relative ad alcune caratteristiche dei pazienti, anche se non esistono criteri predittivi sicuri: sembrano produrre, peraltro, cambiamenti strutturali equivalenti e altrettanto duraturi [34, 35]. A proposito dei trattamenti supportivi, però, le ricerche di esito non valutano se il perdurare del cambiamento sottintende una condizione implicita di dipendenza dalle condizioni relazionali che l'hanno reso possibile. La terapia intensiva sembra, invece, promuovere una stabilità degli esiti largamente incentrata sulle motivazioni e le acquisizioni del paziente.

Presupposti per una *terapia intensiva* sono sicuramente una forte motivazione a comprendere, una buona capacità di psicologizzare e di pensare per analogie e metafore, un buon esame di realtà, un buon controllo degli impulsi, una buona autonomia e capacità di lavoro continuativo. Presupposti per una *terapia supportiva* sono invece una debole motivazione a rimettersi in discussione, una scarsa intelligenza e capacità di *insight*, una scarsa attitudine a psicologizzare, un esame inadeguato di realtà, una bassa tolleranza dell'angoscia e della frustrazione, uno scarso controllo degli impulsi, una scarsa autonomia e continuità.

Inoltre, una strategia supportiva può anche preludere ad una strategia intensiva [12], in quanto una buona relazione con funzione di contenimento [69] può essere interiorizzata [15] e può consentire di comprendere il materiale introiettato e di restituirlo in forma modificata [9]. In ogni caso, gli obiettivi relazionali del trattamento sono costituiti dal conseguimento di una maggiore autonomia per coloro che cercano troppo aiuto e di una maggior capacità di cercare aiuto per coloro che ricercano troppo l'autonomia [20].

IV. 2. *Asse mutativo-conservativo (Mutative-Conservative Axis, MC-AX)*. Nella B-APP, sia all'interno delle terapie supportive che delle terapie intensive, le strategie del terapeuta si differenziano, lungo un asse ulteriore, in funzione delle pre-

valenti modalità di funzionamento psicopatologico del paziente [20, 24] e della sua condizione relazionale e sociale.

Anche questo asse non è oggetto di considerazioni specifiche in questo lavoro. Si specifica solamente che la B-APP non assegna *a priori* a ciascuno strumento tecnico (TI-AX) un significato in termini di efficacia conservativa (volta a rispettare e rafforzare la struttura difensiva del paziente) o mutativa (volta ad un cambiamento dello stile di vita del paziente e dell'organizzazione di personalità). L'efficacia di una strategia conservativa o di una strategia mutativa, attraverso l'uso di ogni TI, dipende dalla patologia del paziente e di fatto il terapeuta della B-APP, a seconda delle necessità del trattamento, seleziona ogni TI in funzione conservativa o mutativa, tenendo conto della sua organizzazione di personalità.

L'importanza di una comprensione dettagliata delle variabili di personalità [55, 67] è stata sottolineata fin dall'inizio da Adler [6, 25] come essenziale per la conduzione della psicoterapia. Oggi anche la ricerca sostiene che le strategie e le tecniche devono basarsi su un'accurata formulazione delle dinamiche della sofferenza attuale del soggetto [46, 56].

V. Alcuni altri aspetti particolari della conduzione del trattamento nelle psicoterapie time-limited

Poiché le psicoterapie brevi non sono trattamenti a lungo termine “condensati”, il terapeuta deve tenere conto che il lavoro può assumere peculiarità specifiche, sia per come si struttura la relazione, sia per i risvolti intrapsichici che ne derivano. Per quanto concerne l'indicazione ad una psicoterapia breve, la precedente formulazione di una domanda esplicita da parte del paziente o una buona aderenza al progetto clinico sono condizioni ancora più importanti che nei trattamenti *open-ended* a medio o lungo termine. Come descritto per altre psicoterapie brevi, anche i terapeuti della B-APP devono formulare un'accurata valutazione diagnostica e clinica del soggetto prima di iniziare le sedute. Il terapeuta fornisce al paziente informazioni preliminari dettagliate circa le regole e le modalità di lavoro che permettono il trattamento [13]. È possibile, in ogni caso, anche nell'arco di un numero limitato di sedute, costruire un'alleanza terapeutica tra lo psicoterapeuta e il paziente, che costituisca una nuova relazione specifica [38].

Per quanto riguarda, invece, lo svolgimento delle sedute, non vi sono evidenze in letteratura che indichino alcune strategie preferenziali di intervento nelle psicoterapie brevi. I terapeuti della B-APP e della SB-APP scelgono, pertanto, come lavorare con i pazienti in base alla psicopatologia e alla clinica. Più nello specifico, uno dei compiti del terapeuta nella B-APP consiste nell'aiutare il paziente a tollerare e a filtrare gli stimoli ambientali o intrapsichici correlati al *focus* [20]

che risultino intollerabili o che possano causare reazioni regressive “maligne”. Può accadere, quindi, che si debba fare in modo che il paziente non rimanga troppo coinvolto da un determinato vissuto. In questo modo il terapeuta aiuta il paziente a non affrontare problematiche profonde che non c'è il tempo di elaborare e lascia libera la possibilità, nel breve tempo a disposizione, di lavorare fruttuosamente su altre tematiche importanti, ma più accessibili [26].

La necessità, inoltre, di lavorare fruttuosamente con il paziente in un tempo ridotto dovrebbe indurre il terapeuta a non utilizzare prioritariamente l'esplorazione della relazione terapeutica come strumento di *insight* [41, 42, 57]. Al contrario, anche nel trattamento dei disturbi di personalità, la concentrazione del lavoro terapeutico su un *focus* prestabilito e la maggior attività del terapeuta sembrano avere un ruolo significativo nel miglioramento dell'alleanza terapeutica e dunque della *compliance* al trattamento [31, 70, 71].

L'elaborazione della separazione annunciata sarebbe, infine, paragonabile al lavoro del lutto [39] e si configurerebbe come una possibilità, necessaria per lo sviluppo dell'individuo, di elaborare l'angoscia della perdita in direzione del sentimento della nostalgia [58]. Va sottolineato, peraltro, che la fine pre-determinata del trattamento va intesa come proposta di un limite che, in quanto riconosciuto e accettato, può anche rappresentare una risorsa o uno stimolo ad un lavoro più intenso [32]; in alcuni casi, stempera, inoltre, le problematiche legate alla dipendenza [27] e riduce il *drop-out* [66].

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1913), Individualpsychologische Behandlung der Neurosen, in SARASON, D. (a cura di), *Jahreskurse für ärztliche Fortbildung*, Lehmann, München.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
4. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994..
5. AMADEI, G. (2009), Benessere, mindfulness, in SIEGEL, D. J. (2007), *The Mindful Brain*, tr. it. *Mindfulness e cervello*, Raffaello Cortina, Milano.
6. ANSBACHER, H. L. (1987), A. Adlers Unterscheidung zwischen psychoanalytischer Methode freudscher Theorie, *Zeit. F. Individualpsychol.*, 12: 233-243.
7. ANSBACHER, H. L., R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
8. BAKER, R. (2000), Finding the Neutral Position: Patient and Analyst Perspectives, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 48: 129-153.
9. BION, W. R. (1962), *Learning from Experience*, tr. it. *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma 1972.
10. BLATT, S. J., QUINLAN, D. M., ZUROFF, D. C., PILKONIS, P. A. (1996), Interpersonal Factors in Brief Treatment of Depression: Further Analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, *J. Consult. Clin. Psychology*, 64: 162-171.
11. BLATT, S. J., SHAHAR, G. (2004), Stability of the Patient-by-Treatment Interaction in the Menninger Psychotherapy Research Project, *Bull. Menninger Clin.*, 68: 23-38.
12. BOND, M., BANON, E., GRENIER, M. (1998), Differential Effects of Interventions on the Therapeutic Alliance with Patients with Personality Disorders, *J. Psychother. Pract. Res.* 7: 301-318.
13. BORDIN, E. S. (1979), The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of Working Alliance, *Psychother. Theory, Res. Pract.*, 16: 252-260.
14. BUCCI, W. (1997), *Psychoanalysis and Cognitive Science*, The Guilford Press, New York.
15. COOPER, A. M. (1992), Psychic Change: Development in the Theory of Psychoanalytic Techniques, *Int. J. Psycho-Anal.*, 73: 245-250.
16. DATLER, W. (1988), Über den Wunsch nach Veränderung und die Angst vor dem Neuen, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 23: 128-141.
17. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, CSE, Torino.
18. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di psichiatria biopsicosociale*, CSE, Torino.
19. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (2003), Dropout from Brief Psychotherapy within a Combination Treatment in Bulimia Nervosa: Role of Personality and Anger, *Psychother Psychosom.*, 72: 203-210.
20. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Pan. Min. Med.*, 50: 1-11.
21. FASSINO, S., FERRERO, A. (1982), A proposito dell'identificazione transindividuale al servizio dell'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 9-10: 159-167.

22. FERENCZI, S. (1926), Il problema dell'affermazione del dispiacere. Progressi nella conoscenza del senso di realtà, in *Opere*, vol. 3, Raffaello Cortina, Milano 1992.
23. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria dinamica*, CSE, Torino.
24. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
25. FERRERO, A. (2000), Le alternative alla depressione: ruolo dell'insight nelle trasformazioni psicoterapeutiche, in FERRERO, A. (a cura di), *Clinica psicodinamica delle depressioni. Le scuole analitiche si incontrano*, CSE, Torino.
26. FERRERO, A. (2008), I sogni nelle psicoterapie time-limited, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 57-70.
27. FERRERO, A., BOVERO, A., CAIRO, E., FROLA, E., LETO, N., SCALMANI, A., ZINI, V., FASSINA, S. (2002), L'elaborazione del distacco in una esperienza di psicoterapia psicodinamica breve presso un DSM, *Atti del XXXVI Congresso Nazionale Società Italiana di Psicoterapia Medica*, Lucera, CSE, Torino.
28. FERRERO, A., CAIRO, E., FASSINA, S., PIERÒ, A., SIMONELLI, B. (2009), Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): Technical Issues for the Treatment of Aggressiveness in Patients with Borderline Personality Organization (BPO), *Pan. Min. Med.*, 51: 39.
29. FERRERO, A., FASSINA, S. (2003), Aiutare i pazienti in analisi. Un contributo critico tra il pensiero di Alfred Adler e Sandor Ferenczi, in BOSCHIROLI, A., ALBASI, C., GRANIREI, A., Incontrando Sándor Ferenczi. Temi ferencziani nella pratica clinica contemporanea, *Radure*, VII, 1: 243-255.
30. FERRERO, A., PIERÒ, A., CAIRO, E., ROCCA, G., SIMONELLI, B., FASSINA, S., LANTERI, A., FASSINO, S. (2009), A Two-Year Randomized Controlled Trial for the Comparison of Two Short-Term Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder in Heavy Users at a Mental Health Service, *Brit. J. Psychiatry*, submitted.
31. FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006), Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): psicoterapia time-limited per pazienti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 13-38.
32. FLEGENHEIMER, W. V., POLLACK, J. (1989), The Time Limit in Brief Psychotherapy, *Bull. Menninger Clinic.*, 53: 44-51.
33. FROMM, E. (1941), *Escape from Freedom*, Avon, New York.
34. GABBARD, G. O. (2000), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, American Psychiatric Press.
35. GABBARD, G. O. (2004), *Long Term Psychodynamic Psychotherapy*, American Psychiatric Publishing.
36. GORTON, G. E. (2000), Psychodynamic Approaches to the Patient, *Psychiatr. Serv.*, 51: 408-1409.
37. GREENBERG, J. R. (1986), The Problem of Analytic Neutrality, *Contempt. Psychoanal.*, 22: 76-86.
38. GREENBERG, J. R. (2004), Gli ingredienti essenziali per una psicoterapia efficace: l'effetto dei fattori comuni, in GABBARD, G. O. (a cura di), *The Art and Science of Brief Psychotherapies. A Practitioner's Guide*, American Psychiatric publishing, Washington.
39. HAYNAL, A. (1987), *Dépression et créativité*, Césura, Lyon.
40. HERSOUGA, G., MONSEN, J. T., HAVIK, O. E., HOGLEND, P. (2002), Quality of Early Working Alliance in Psychotherapy: Diagnoses, Relationship and Intrapsychic

- Variables as Predictors, *Psychother. Psychosom.*, 71: 18-27.
41. HOGLAND, P., AMLO, S., MARBLE, A., BOGWALD, K. P., SORBYE O., SJAAS-TAD, M. C., HEYERDAHL, O. (2006), Analysis of the Patient-Therapist Relationship in Dynamic Psychotherapy: an Experimental Study of Transference Interpretations, *Am. J. Psychiatry*, 163: 1739-1746.
42. HOGLAND, P., BOGWALD, K. P., AMLO, S., MARBLE, A., ULBERG, R., SJAAS-TADM, C., SORBYE, O., HEYERDAHL, O., JOHANSSON, P. (2008), Analysis of the Patient-Therapist Relationship in Dynamic Psychotherapy: an Experimental Study of Transference Interpretations, *Am. J. Psychiatry*, 165: 763-771.
43. JACOBS, T. J. (1990), The Corrective Emotional Experience – Its Place in Current Technique. *Psychoanal. Inquiry*, 10: 433-454.
44. JASPERS, K. (1959), *Allgemeine Psychopathologie*, tr. it. *Psicopatologia generale*, II Pensiero Scientifico, Roma 1964.
45. JONES, E. E. (2000), *Therapeutic Action*, Jason Aronson, Northfield.
46. JOYCE, A. S., PIPER, W. E. (1993), The Immediate Impact of Transference Interpretation in Short-Term Individual Psychotherapy, *Am. J. Psychiatry*, 47: 508-526.
47. JOYCE, A. S., WOLFAARDT, U., SRIBNEY, C., AYLWIN, A. S. (2006), Psychotherapy Research at the Start of 21st Century: the Persistence of the Art Versus Science Controversy, *Can. J. Psychiatry*, 51: 797-809.
48. KURTHEN, M. (1998), Intentionalität und Sprachlichkeit in Psychoanalyse und Kognitionswissenschaft, *Psyche*, 52: 850-883.
49. LEICHSENING, F., BEUTEL, M., LEIBING, E. (2007), Psychodynamic Psychotherapy for Social Phobia: a Treatment Manual Based on Supportive-Expressive Therapy, *Bull. Menninger Clin.*, 71: 56-83.
50. LOUIS HOFFMAN, L. (1982), L'incontro del terapeuta con se stesso, in AA.VV., Aspetti generali del processo analitico, *Indiv. Psychol. Dossier*, 2: 145-156.
51. LUBORSKY, L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy*, Basic Books, New York.
52. MC GLASHAN, T. H., KEATS, C. J. (1989), *Schizophrenia: Treatment Process and Outcome*, tr. it. *Schizofrenia: trattamento ed esito terapeutico*, Raffaello Cortina, Milano 1993.
53. MEISSNER, W. W. (2002), The Problem of Self-Disclosure in Psychoanalysis, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 50: 827-867.
54. MITCHELL, S. A. (1988), *Relational Concepts in Psychoanalysis. An Integration*, Harvard University Press, Cambridge-Mass.-London.
55. NARUD, K., MYKLETUN, A., DAHL, A. A. (2005), Therapist's Handling of Patients with Cluster B Personality Disorders in Individual Psychotherapy, *Compr. Psychiatry*, 46: 186-191.
56. OGRODNICZUK, J. S., PIPER, W. E. (1999), Use of Transference Interpretation in Dynamically Oriented Individual Psychotherapy for Patients with Personality Disorders, *J. Person. Disord.*, 13: 297-311.
57. PIPER, W. E., OGRODNICZUK, J. S., JOYCE, A. S. (2004), Quality of Object Relations as a Moderator of the Relationship between Pattern of Alliance and Outcome in Short-term Individual Psychotherapy, *J. Pers. Assess.*, 83 : 345-356.
58. QUINODOZ, J. M. (1991), *La solitudine addomesticata*, Borla, Roma.
59. ROCKLAND, L. H. (1993), A Review of Supportive Psychotherapy, 1986-1992, *Hosp. Community Psychiatry*, 44: 1053-1060.

60. ROVERA, G. G. (1964), *Considerazioni logico-formali sugli aspetti prescrittivi in psicoterapia*, Silvestrelli e Cappelletto, Torino.
61. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
62. ROVERA, G. G. (1992), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
63. ROVERA, G. G., FERRERO, A. (1983), A proposito di interpretazione e comunicazione in psicoterapia, in ROSSI, R. (a cura di), *Linguaggio e comunicazione in psicoterapia*, M. S., Torino.
64. SCHAFER, R. (1983), *The Analytic Attitude*, tr. it. *L'atteggiamento analitico*, Feltrinelli, Milano 1985.
65. SHUCHTER, S. R., DOWNS, N., ZISOOK, S. (1996), *Biologically Informed Psychotherapy for Depression*, tr. it. *La depressione. Conoscenze biologiche e psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 1997.
66. SLEDGE, W. H., MORAS, K., HARTLEY, D., LEVINE, M. (1990), Effect of Time-limited Psychotherapy on Patient Dropout Rates, *Am. J. Psychiatry*, 147: 1341-1347.
67. SPERRY, L., MANIACCI, M. P. (1992), An Integration of DSM III-R Diagnosis and Adlerian Case Formulation, *Indiv. Psychol.*, 48: 175-181.
68. STOLOROW, R., D., ATTWOOD, G. E., BRANDCHAFT, B. (1994), *The Intersubjectivity Perspective*, tr. it. *La prospettiva intersoggettiva*, Borla, Roma 1996.
69. WINNICOTT, D.W. (1971), *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1974.
70. WINSTON, A., LAIKIN, M., POLLACK, J., WALLER, SAMSTAG, L., MC CULLOUGH, L., MURAN, J. C. (1994), Short-Term Psychotherapy of Personality Disorders, *Am. J. Psychiatry*, 151: 190-194.
71. WINSTON, A., POLLACK, J., MC CULLOUGH, L., FLEGENHEIMER, M. D., KESTENBAUM, R., TRUJILLO, M. (1991), Brief Psychotherapy of Personality Disorder, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 179: 188-193.

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

La risonanza emozionale e il “ritmo” dell’incoraggiamento

GIUSEPPE FERRIGNO

Summary – THE EMOTIONAL RESONANCE AND THE “RHYTHM” OF ENCOURAGEMENT. The process of empathic adlerian encouragement, which is based on the natural vocation of the therapist to see with the eyes of the patient, to hear with his ears and vibrate his heart through his light scythe of empathy, contains subtle implications that only the temporal concept of “rhythm” can connote. *Galileo’s isochronism of the pendulum* is connected to the mysterious and fascinating phenomenon that has been given the name “resonance of Huygens”. The encouragement lives not only on strategies, but also on creativity, intuition, rhythm shared.

Keywords: ENCOURAGEMENT/RHYTHM, GALILEO’S ISOCHRONISM/HUYGENS, EMPATHY

I. Sulle “strategie dell’incoraggiamento”

Una riflessione sulle “strategie dell’incoraggiamento” impone una definizione propedeutica del termine “strategie”. Se per *strategia* s’intende un *piano d’azione a lungo termine* proteso a impostare e a coordinare le azioni per il raggiungimento di uno scopo predeterminato e se lo scopo implicito predeterminato che i terapeuti adleriani perseguono è la costruzione di una “relazione empatica” fra terapeuta e paziente, la cosiddetta *coppia creativa*, allora il termine è accettabile.

Il termine “strategia”, inoltre, nasce in ambito militare e consiste nell’arte di sfruttare le risorse disponibili al fine di vincere una guerra. Se l’individuazione delle *risorse* che consentano di vincere una guerra corrisponde al recupero raddomantico dei “punti di forza del paziente” da di-svelare, e quindi da potenziare, incrementare, irrobustire, fertilizzare, allora il termine “strategia”, ancora una volta, riesce a connotare perfettamente la disposizione maieutico-artistica dell’incoraggiamento adleriano.

Il termine *strategós* (στρατηγός) in greco significa *generale, condottiero* e la *strategia* sarebbe la *scienza-arte* dei condottieri, dei generali. Se la *relazione* tera-

peutica si muove lungo l'asse transferale/controtransferale [19, 24] con continue *scaramucce e guerriglie interattive* scatenate dalla *resistenza*, scaramucce e guerriglie che Alfred Adler in persona già in "Prassi e teoria della Psicologia Individuale", a volte, suggeriva di stimolare intenzionalmente, allora il termine "strategia" è ancora una volta accoglibile: «Dato che il medico si oppone alla tendenza nevrotica del malato, i suoi sforzi terapeutici saranno sentiti come una barriera che impedisce al soggetto di perseguire il suo ideale di grandezza con il mascheramento della sua nevrosi. Ecco perché ogni malato si sforzerà di disprezzare il medico, di privarlo della sua influenza, di nascondergli la verità, e non trascurerà di trovare dei mezzi per attaccar[lo]. La stessa ostilità che nella vita avvelena i rapporti sociali del nevrotico, si ritrova nelle sue relazioni con il medico, ma sotto una forma più nascosta. Bisogna ricercarla con cura, perché in ogni terapia ben condotta essa tradisce la tendenza del malato a raggiungere la superiorità grazie alla sua nevrosi. Con il progredire del trattamento, ed in caso di miglioramento – perché se il caso resta stazionario persiste generalmente un buon rapporto amichevole, ma gli accessi continuano – i tentativi del malato di compromettere il processo terapeutico si intensificano. Il malato non rispetta più l'ora dell'incontro con il medico od invoca pretesti per non venire più. A volte appare un'animosità manifesta, che non può scomparire senza una presa di coscienza da parte del malato delle sue tendenze ostili. D'altronde è così per tutte le sue manifestazioni di resistenza» (3, p. 77). Infine Adler conclude dicendo: «[Il paziente, infatti, fa di tutto] per far cambiare i ruoli, dare degli ordini durante la cura, sedersi – nel senso proprio e figurato del termine – al posto del medico, essergli superiore» (*Ibid.*, p. 147).

II. *Ossimoro paradossale: strategialincoraggiamento*

Se al termine *strategie* facciamo seguire il termine *incoraggiamento*, si viene a creare un vero e proprio *ossimoro paradossale*, del tipo silenzio/assordante, ghiaccio/bollente, che contrasta certamente con il principio ineludibile di un *sentimento sociale adleriano*: l'accostamento paradossale nasce dalla coesistenza delle *ragioni pascaliane del cuore* ("incoraggiamento" deriva dal latino *cor-cordis*, cuore) con le *ragioni della razionale* strategia bellica. Nel termine "strategia" serpeggiano furtivamente accezioni e valori che risuonano echi di "qualcosa" che ha il sapore di *predeterminato*, di *calcolato*, di "troppo" *razionalmente tecnicistico*.

Alfred Adler evidenzia in *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*: «La vita psichica di un uomo è la vita di un essere che si muove» (6, p. 39), dando rilievo in questo modo all'intimo rapporto fra *movimento e vita psichica*. A proposito del termine *psiche* egli fa uso della locuzione *vita psichica*, preferendo al sostantivo "psiche" l'aggettivo "psichica" preceduto da "vita": i *fenomeni psichici* sono

concepiti come *preparazione* a qualcosa che “è in procinto di accadere” inseriti all’interno del movimento prospettico della *vita psichica* che si dispiega per mezzo della *funzione rappresentativa, immaginativa di uno scopo*. L’essere umano, dotato di qualità ermeneutiche, “finito e limitato” nello spazio e nel tempo, gettato heideggerianamente in un mondo perituro e provvisorio, dunque *inferiore*, in quanto fenomeno essenzialmente temporale, è contrassegnato dal continuo intuire se stesso inabissato in un flusso spazio-temporale, perennemente situato in un equilibrio instabile fra il passato, il presente e il futuro. Il “tempo” adleriano non si collega al movimento oggettivamente geometrico e corporeo delle lancette dell’orologio, ma al *tempo interiore* [10], soggettivo, fenomenologico: la vita psichica è sempre agostinianamente in bilico fra il *presente del passato nella dimensione del ricordo, il presente del futuro nella dimensione dell’attesa e il presente del presente nella dimensione dell’intuizione* [12, 13, 23, 24, 25].

Alfred Adler scrive riferendosi al rapporto clinico col paziente ne *Il senso della vita*: «[Occorre] l’acquisizione di capacità intuitive congeniali alla logica comune. [...] La componente intuitiva risulta indispensabile, poiché ogni caso mostra caratteristiche differenti e impegna una creatività di tipo artistico» (7, p. 152). *L’intuizione e il metodo intuitivo nell’hic et nunc, nel presente del presente* della relazione, segnano il punto di partenza del processo d’incoraggiamento empatico adleriano.

Già nel 1927 ne *La conoscenza dell’uomo nella Psicologia Individuale* egli, inoltre, possiede una visione estremamente moderna del concetto d’*intenzionalità*. «Per gli organismi capaci di movimento, posti di fronte ai problemi del futuro, è indispensabile la funzione del prevedere. [...] Tale fenomeno può essere definito con il termine di “compartecipazione”. Nell’uomo, questa facoltà [*quest’incontro fra menti*] è ben sviluppata e si estende a tutti i settori della vita psichica. La necessità di prevedere si prospetta anche qui come esigenza primaria. [...] Già il parlare con qualcuno dà forma alla compartecipazione. Non si può, infatti, comprendere un individuo senza farsi partecipi della sua situazione [...]. È possibile trovare l’origine di questa funzione, che ci spinge a provare le stesse sensazioni di un’altra persona, solo ammettendo il carattere innato del senso sociale. È questo, infatti, un sentimento universale, uno specchio della solidarietà cosmica che alberga in noi, che non ci lascia mai del tutto e ci consente di avvertire in profondità quanto ci circonda» (2, pp. 65-66). «Rispetto a Brentano Adler preconizza gli sviluppi novecenteschi che hanno arricchito l’intenzionalità di nuovi significati e valenze, esattamente come farà il filosofo Daniel Dennett [16], il quale si occupa d’*atteggiamento intenzionale*, di *strategia intenzionale* attraverso cui è possibile vivere la quotidianità del senso comune. Il sentimento sociale e l’onnipotenza dei sentimenti umanitari chiudono il cerchio della sintesi dialettica adleriana, che si fonda sull’intreccio inscindibile fra “relazione”, da una parte, e “sog-

gettività”, interiorità, affettività, dall’altra, all’interno di un infinito e ineluttabile scorrere dinamico del *cronos*, del tempo» (22, p. 87).

L’individuo, che è trascinato da un’incessante corrente spazio-temporale, possiede una mente prospettica, intenzionale, immaginativa, finzionale, dinamica: il soggetto si muove col corpo nello spazio e con la mente nel tempo, nella dimensione del *ricordo* nel *passato*, nella dimensione dell’*attesa* nel *futuro* e nella dimensione dell’*intuizione* nel *presente*, “presente” sempre scivolosamente *trans-eunte, non immobile e fermo altrimenti sarebbe eternità*: il tempo “presente” tramonta nel *passato* e, simultaneamente, si affaccia sul *futuro* [22, 23, 24].

Credo, per concludere, che il “caldo e dinamico” sostantivo “ritmo” riesca a evocare l’intima natura *temporale* dell’individuo, e quindi a qualificare il processo d’incoraggiamento secondo un’ottica adleriana, molto più compiutamente del “freddo e razionale” termine “strategie”.

III. Il “ritmo” dell’incoraggiamento: la legge dell’isocronismo del pendolo e la “risonanza” di Huygens

Il paziente si sente incoraggiato quando, direbbe un decano della Psicologia Individuale, Giacomo Mezzena [34], riesce a vivere col proprio terapeuta “momenti magici” in perfetta *simultanea sincronia* all’interno del luogo sacro, protetto che è il *setting*, in un *continuo scambio biunivoco di risonanze emozionali*.

Si potrebbe affermare, utilizzando termini ormai comunemente accolti dalla comunità scientifica, che il processo d’incoraggiamento implica *responsività ottimale, empatia, immedesimazione da parte del terapeuta*. La scoperta dell’*altro*, la possibilità di raggiungerlo, di coglierne l’essenza vitale, di ascoltarlo facendosi ascoltare, di *capirlo* facendosi *capire* (dal latino *capĕre*= *prendere, comprendere, contenere*) costituiscono il centro nodale della visione adleriana dell’uomo. Il terapeuta *assume per il paziente una funzione trofica, costituendo una vera e propria matrice nutritiva interna, una sicura base di appoggio, di contenimento: è vitalmente incoraggiante il sentirsi accolto, conservato nella mente, nei pensieri e nel cuore del terapeuta* [20, 21, 22, 23, 24].

Ma il processo d’incoraggiamento empatico adleriano, che si fonda sulla naturale vocazione del terapeuta a *vedere con gli occhi, a udire con gli orecchi e a vibrare con il cuore del paziente, attraverso la falce leggera dell’immedesimazione*, racchiude sottili implicazioni temporali che soltanto il concetto di “ritmo” riesce a connotare. Per questo motivo, in codesto studio sull’incoraggiamento, preferisco servirmi, in un’ottica inter-pluridisciplinare, di immagini metaforiche

che partono dalla fisica: la *legge dell’isocronismo del pendolo* di Galileo Galilei sostiene che “le oscillazioni in un pendolo si svolgono nello stesso tempo a prescindere dalla sua ampiezza”.

Al fenomeno dell’isocronismo del pendolo di Galileo Galilei è collegato il fenomeno misterioso e affascinante a cui è stato dato il nome di “risonanza di Huygens”, il quale osservò, disponendo a fianco e nella stessa parete due o più pendoli, che la sua collezione di pendoli cominciava a oscillare in sincronia l’uno con l’altro: i pendoli tendevano a sintonizzare il proprio movimento oscillatorio quasi “volessero” assumere lo stesso “ritmo” [43].

Seguendo le medesime logiche, è possibile, spostandoci dalla fisica verso contesti antropologici completamente differenti, chiarire numerosi altri fenomeni. Donne che passano molto tempo insieme spesso scoprono che i loro periodi mestruali tendono a incominciare insieme per via di conversazioni silenziose mediate da feromoni: nel caso di “due pendoli” diciamo che un pendolo fa *risuonare* l’altro alla propria frequenza. Tale teoria trova importanti convalide e plausibili conferme negli studi neurofisiologici [17] sui *neuroni specchio, mirror neurons*, effettuati presso il dipartimento di Neuroscienze dell’Università di Parma dall’*équipe* di Rizzolatti e Gallese [29]. I *neuroni specchio* sono provvisti di una straordinaria peculiarità: si attivano sia quando eseguiamo un’azione in prima persona sia quando guardiamo altri che la eseguono.

Lo stesso principio si può applicare a un *diapason* che produce onde sonore: a una frequenza fissa, se lo si pone vicino a un secondo diapason “silenzioso”, dopo un breve intervallo quest’ultimo, anch’esso, comincia a vibrare, a *risuonare*. Un altro esempio potrebbe essere quello del ragazzo seduto in un’altalena: abbiamo un eccitatore (ragazzo che spinge) e il sistema altalena + ragazzo seduto. L’eccitatore e il ragazzo seduto sono in *risonanza sincronica* dopo un breve intervallo di tempo. Due pendoli “distanti” o due persone “distanti” o un terapeuta “distante” emotivamente dal proprio paziente, all’interno del *setting*, non possono raggiungere la risonanza se l’*interazione è debole*.

È estremamente affascinante addentrarci nei meandri della scienza della sincronia che ci introduce in maniera interdisciplinare allo studio dei meccanismi che *trasformano il caos temporale in armonia e coordinazione*: ogni notte, lungo i fiumi della Malesia, migliaia di lucciole si riuniscono nelle paludi e lampeggiano all’unisono, senza alcun *leader* o suggerimenti dall’ambiente, e lo fanno a “ritmo”, seguendo un tempo, come enormi orchestre in grado di eseguire alla perfezione brani complessi pur senza la guida di un direttore [43].

Questi e altri sistemi naturali sembrano avere la facoltà magica di *armonizzarsi da sé*. Questo fenomeno di *accoppiamento/collegamento/mescolanza* si riscontra

nei corpi inanimati, ma anche negli organismi viventi: lampeggio simultaneo delle lucciole, ritmo armonico del frinio dei grilli e delle cicale, sincronizzazione del ciclo mestruale nelle donne che coabitano insieme da molto tempo, coordinazione sincronica della tosse che ritmicamente si rincorre a eco durante gli spettacoli teatrali etc. Seguendo gli stessi principi logici, è possibile considerare anche i nostri corpi-menti come *sinfonie di ritmo*, come un'enorme orchestra di oscillatori viventi [43].

Tille et alii [44] giungono a pensare che il *sentire l'altro*, il *sentirsi* oggetto di attenzione, di contenimento, di comprensione, di ascolto, di amore, porta ad un forte *entrainment*, *trascinamento*. Robert Jahn [31] osserva che si viene a creare tra l'operatore e il paziente un "legame di risonanza, di trascinamento" che trasmette "informazioni benefiche": il paziente da *caso clinico*, quindi, *si trasforma in persona con cui prendere contatto, con cui dialogare, incontrarsi nell'hic et nunc, nel presente del presente in cui l'intuizione*, intesa in senso adleriano, regna incontrastata.

IV. Cosa significa incoraggiare?

"Incoraggiare" significa *capire e farsi capire* [18], riuscire a stendere ponti di collegamento fra il Sé e l'altro da Sé, essere capaci di prendere contatto col mondo soggettivo di chi ci sta vicino, "condividere" un ritmo vitale attraverso l'attivazione intuitiva di un *metronomo interno* che aggiusti il tempo-ritmo delle oscillazioni, delle intermittenze del proprio cuore e della propria mente in risposta alle vicine oscillazioni emozionali e razionali.

Gli esseri umani sono come un'enorme orchestra di oscillatori viventi [43]. Nell'era postmoderna in cui viviamo, siamo sovrastati da nuove tecnologie di comunicazione (basti pensare agli Sms, alle Mail, a Facebook, alle Segreterie telefoniche) che rendono sempre più laborioso l'incontro dialogico razionale e emozionale nell'*hic et nunc*, nel *qui e ora*: si viene a spezzare molto facilmente la simultaneità temporale condivisa. I vari messaggi sono destinati a essere decodificati in contesti spazio-temporali sempre più frammentati, parcellizzati, volatilizzati, sfasati, asincroni: si sta svuotando il rito dell'incontro, del dialogo, della conversazione (*con-versus*) "vis à vis", così come tende a liquefarsi il gusto della "chiacchiera", fatta di sorrisi, di pianti, di sguardi condivisi sincronicamente e simultaneamente [23, 24].

L'*incontro con l'altro da Sé* sottintende una sintonizzazione, un contatto fra mondi soggettivi attraverso una risonanza emozionale interindividuale che sorge dall'*intuizione nel presente del presente*, nell'*hic et nunc*. «Occorre fare una necessaria riflessione, quindi, sullo sviluppo di nuovi modelli di funzionamento

della mente indotto proprio da forme di comunicazione impensabili fino a qualche decennio fa, sui vantaggi, ma soprattutto sui rischi di un pensare e di un relazionarsi molto diffuso negli ultimi anni che, da certi punti di vista, sembrano richiamare la “giostra senza fine” della “bella Angelica”, inseguita a vuoto dai suoi spasimanti: [...] Rinaldo, Orlando, Ferrau, Sacripante, che lottano, volteggiano, guerreggiano furiosamente per raggiungerla e possederla in un continuo, circolare, inutile girare a vuoto senza soste né riposo: tutti si perdono, si ritrovano, si ricongiungono per poi smarrirsi di nuovo [...]. *Tutti inseguono tutti* in una girandola insensata, trascinati dai furori dell’amore e del disamore» (23, pp. 3-6). Angelica fugge, momentaneamente, dall’odiato Rinaldo perché ha bevuto alla fontana dell’odio, mentre Rinaldo, di lei follemente innamorato, la segue perché ha bevuto alla fontana dell’amore. Il movimento circolare d’inseguimento si può capovolgere improvvisamente, secondo lo schema imprevedibile e beffardo delle “due fontane”, che, come una fatale calamita, danno in sorte ora l’amore ora il disamore, attraendo, mai simultaneamente, i vari personaggi che sono destinati, perciò, a non incontrarsi mai: i differenti “mondi privati” sono tarati su una lunghezza d’onda, su un ritmo, su una frequenza emozionale-soggettiva temporale, sempre *fuori fase e asincrona*: tutti sono “fuori tempo”, o “troppo presto” o “troppo tardi”, rispetto al ritmo dell’altro, chiusi nella loro monade soggettiva senza “possibili” finestre aperte sul mondo, murati sartrianamente, soli [23].

“Incoraggiare” significa essere competenti strateghi? Non basta soltanto la *tecnica e la routine* diagnostica, in quanto il paziente è soprattutto una *persona*, non soltanto un *caso clinico*. *Incoraggiare*, a mio avviso, significa armonizzarsi con le intermittenze del cuore e della mente del paziente in sinfonie di ritmi condivisi, unici e, quindi, irripetibili.

L’incoraggiamento empatico adleriano implica un:

- *saper danzare col paziente* senza pestargli i piedi. In questo caso, è necessario essere un *bravo ballerino*;
- *saper conversare col paziente*. Il saper conversare è già un atto di *cooperazione* (*con-versus*= rivolto *versus* l’altro *da Sé*, che rappresenta la differenza, la diversità, l’alterità), in quanto presume l’adozione immedesimativa, seppure momentanea, degli scopi altrui;
- *sapere accendere molte stelle* nel cielo oscuro della sofferenza, a volte, della follia del paziente. Il terapeuta lo guida, come un compagno di strada empaticamente presente, sincero e non intrusivo, nel cammino che lo porterà a incontrarsi con la realtà fittizia del proprio immaginario, attraverso percorsi dolorosi, invitandolo a guardare con un cannocchiale ciò che egli a occhio nudo e da solo non riesce a scorgere: la terapia diventa, quindi, una *nuova esperienza, esplorativa ed emotivamente correttiva* e il terapeuta deve essere, perciò, un “bravo astronomo”;
- *saper essere esperti romanzieri* per riscrivere insieme al paziente la trama di

una storia che si era smarrita nella selva oscura, creandone una nuova, quella della *coppia paziente/terapeuta*;

- *saper essere come Chirone* [24, 35], il guaritore-ferito, il centauro, mezzo uomo e mezzo cavallo, ferito inesorabilmente dalla freccia avvelenata di Eracle. Chirone, ogni giorno, prima di occuparsi come maestro dei propri allievi, Asclepio, padre della medicina, Achille, Eracle, curava le proprie ferite, per poi essere attivo, dinamico e presente al proprio ruolo di maestro e di guaritore; il mito del “guaritore-ferito” ci fa comprendere come sia indispensabile saper monitorare costantemente sia il transfert che il controtransfert sia l’intrapsichico che l’intersoggettivo, attraverso l’effettuazione di un’*accurata analisi personale e attraverso la supervisione* [19, 22, 24];
- *saper condividere creativamente nei vari contesti clinici* i differenti ritmi vitali del paziente: basti pensare al *ritmo del maniacale*, che è differente dal ritmo del *depresso*, o al ritmo del *borderline*. Il paziente che si rivolge al terapeuta ha perduto il ritmo del *sentire comune*, del *sentimento sociale*, del *sentirsi* in sintonia armonica con l’altro da sé, con l’alterità, con la “differenza”;
- *saper imprimere ritmi di incoraggiamento/oscillazione “opportuni” ai bisogni del paziente assumendo* [37, 38], *di volta in volta*, «distinti e svariati ruoli, buoni, cattivi o indifferenti, non soltanto quello di padre o di madre. Il paziente può avvertire il bisogno di un terapeuta che ricopra il ruolo di *avvocato* che prenda le proprie parti aiutandolo a difendersi o di *testimone* che assista a quanto egli sta vivendo o di *pubblico ministero* che disconfermi il proprio punto di vista patogeno o di *spazio mentale* al cui interno egli possa esprimere liberamente il proprio dolore o di *mezzo/strumento*, del quale servirsi per appoggiarsi nel mentalizzare, nel pensare il proprio pensiero, nel parlare di sentimenti e di emozioni, o di *antagonista* per sperimentare il punto di vista dell’altro o di *terapeuta-oggetto costante, continuo e coerente* di contenimento, di affidabilità, in quanto *sicura base di appoggio*» (24, p. 11);
- *saper, infine, essere un esperto riparatore di orologi, un competente orologiaio*, che sappia aggiustare gli orologi interni, i metronomi interni sfasati dei pazienti *tarando il tempo d’oscillazione, sotto la spinta del sentimento sociale, in armonia cooperativa con le vicine oscillazioni*: la persona che soffre sembra calibrata su ritmi temporali “fuori fase” rispetto al “senso comune”, al sentimento sociale.

V. Non c’è psicoterapia se non nel segno della speranza

In questo senso, l’incoraggiamento non si nutre solo di strategie, ma soprattutto di creatività, d’intuizione, di ritmo condiviso. «Non c’è psicoterapia se non nel segno della speranza» (13, p. 38). «La psicoterapia rappresenta per il paziente il tentativo (forse l’ultima possibilità che egli si concede) di ricomposizione della

base lacerata di *comunicazione interindividuale attraverso un nuovo “legame d’attaccamento” sicuro* con l’analista: [... la relazione empatica adleriana implica infatti] un’interazione intersoggettiva, interindividuale, implicita, duale, alchemica, altamente contagiosa, che comporta un *incontro fra menti, ma soprattutto fra cuori*» (24, pp. 9-13).

Il terapeuta adleriano, quindi, in quanto soprattutto “riparatore di orologi sfasati” riesce a incoraggiare, sempre in bilico fra *interpretazione ed esperienza emotiva correttiva*, se all’interno del *setting*, attraverso un flusso biunivoco di risonanze cognitivo-emozionali, aiuta il paziente a recuperare in senso prospettico e creativo il “ritmo” smarrito della vita.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell’uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
4. ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
5. ADLER, A. (1930), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell’educazione*, Newton Compton, Roma 1975.
6. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
7. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
8. ADLER, A. (1933), Fondamenti e progressi della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 37: 11-24.
9. ADLER, A. (1935), I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.
10. AGOSTINO (397 d. C.), *Confessionum Libri XIII*, tr. it. *Le confessioni*, Einaudi, Torino 1966.
11. ANSBACHER, H. L., R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
12. BORGNA, E. (2001), *L’arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli, Milano.
13. BORGNA, E. (2007), *Come in uno specchio oscuramente*, Feltrinelli, Milano.
14. BRENTANO, F. (1970), *Psychology from an Empirical Standpoint*, Routledge and Kegan Paul, London.

15. BUBER, M. (1936), *Das Dialogische Prinzip*, tr. it. *Il principio dialogico*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo (MI).
16. DENNETT, D. (1987), *The Intentional Stance*, tr. it. *L'atteggiamento intenzionale*, Il Mulino, Bologna 1993.
17. FASSINO, S. ET ALII (2005), Psicoterapia e neuroscienze: crescenti evidenze etiche. Implicanze per la Psicoterapia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 57: 13-29.
18. FERRIGNO, G. (1988), Ipotesi di tecniche comunicative verbali e non verbali per una conversazione analitica incoraggiante, *Riv. Psicol. Indiv.*, 28-29: 99-111.
19. FERRIGNO, G. (1998), Controtransfert fra impotenza e onnipotenza, *Atti «Il complesso d'inferiorità della psicoterapia»*, 7° Congr. Naz. SIPI, Torino 23-24 ottobre 1998.
20. FERRIGNO, G. (2004), Le emozioni come "luogo" d'incontro fra menti, Editoriale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 3-6.
21. FERRIGNO, G. (2004), L'intersoggettività fra "Adlerismo" e "Teoria della mente", Editoriale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 3-8.
22. 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.
23. FERRIGNO, G. (2007), La sindrome della "bella Angelica", ovvero la giostra della vita, *Riv. Psicol. Indiv.*, 61: 3-7.
24. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
25. FERRIGNO, G., PAGANI, P. L. (1997), L'immaginario fra presente, passato e futuro e la costanza dello stile di vita, *Atti VI Congr. Naz. SIPI, «Il tempo e la memoria»*, Massa 1995.
26. FERRIGNO, G., PAGANI, P. L. (2004), La Psicologia Individuale e le nuove psicologie alla luce delle nuove epistemologie, in ROVERA, G. G., DELSEDDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale*, CSE, Torino.
27. FERRERO, A. (2001), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
28. FREUD, S. (1908), *Der Dichter und das Phantasieren*, tr. it. Il poeta e la fantasia, in MUSATTI, C., L. (cura di, 1959), *Freud con antologia freudiana*, Boringhieri, Torino.
29. GALLESE, V. (2005), Embodied Simulation: from Neurons to Phenomenal Experiences, *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4: 23-48.
30. GIOVACCHINI, P. L. (1989), *Countertransference. Triumphs and Catastrophes*, tr. it. *Trionfi e catastrofi del controtransfert*, Armando, Roma 1997.
31. JAHN, R. G. (1996), Information, Consciousness, and Health, *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 2: 32-38.
32. LECCARDI, G. (2007), La cura del tempo: Psicologia Individuale e psicopatologia contemporanea, *Riv. Psicol. Indiv.*, 62: 31-68.
33. LIVERTA SEMPINO, O., MARCHETTI, A. (a cura di, 2001), *Teoria della mente e relazioni affettive*, Utet, Torino.
34. MEZZENA, G. (1999) Momenti magici di percorsi analitici, *Riv. Psicol. Indiv.*, Suppl. al n. 44.
35. MOSELLI, P. (a cura di, 2008), *Il guaritore ferito. La vulnerabilità del terapeuta*, Angeli, Milano.
36. PAGANI, P. L. (2003), Dal bisogno primordiale alle istanze differenziate: dal "senso sociale" al "sentimento sociale", *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 25-29.

37. PANCHERI, L., BRUGNOLI, R. (1999), L'effetto placebo e i fattori terapeutici comuni, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato italiano di psichiatria*, 2° edizione, vol. 3, Masson, Milano: 3167-3200.
38. PANCHERI, L., PAPARO, F. (2003), Fattori terapeutici specifici e comuni in psicoanalisi: il selfrighting, *Rivista di psichiatria*, 38: 105-116.
39. ROVERA, G. G. (2004), Iatrogenia e malpratica in Psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 7-50.
40. ROVERA, G. G. (in press), *Volontà di comprensione. La Psicologia Individuale Comparata fra teorie della mente, Neuroscienze e Pluralità culturali*, CSE, Torino.
41. RÜPING, M. K. (1990), Transfert, controtransfert e resistenza, *Indiv. Psychol. Dossier-II*, Saiga : 77-100.
42. STERN, D. (1985), *The Interpersonal World of Infant*, tr. it. *Il Mondo Interpersonale del Bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
43. STROGATZ, S. (2003), *Sync: The Emerging Science of Spontaneous Order*, tr. it. *Sincronia. I ritmi della natura, i nostri ritmi*, Rizzoli, Milano 2003.
44. TILLE, W. A., McCRATY, R., ATKINSON, M. (1996), Cardiac Coherence. A New, non Invasive Measure of Autonomic Nervous System Order, *Alternative Therapies*, 2: 52-65.

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

Incoraggiare in psicoterapia

LINO GRAZIANO GRANDI

Summary – ENCOURAGEMENT IN PSYCHOTHERAPY. Psychotherapy is essentially encouragement. The Author focus the attention on encouraging attitude. He points out that the main point of the psychotherapist's role is man in his reality. In psychotherapeutic process the pedagogic prescriptions are to be considered valid, but not essential. The Author deals with the important question of the sense and the meaning of life, that should receive the necessary strength from the creative power of love.

Keywords: ENCOURAGEMENT, CREATIVE POWER, LOVE

Il tema dell'incoraggiamento è centrale per l'analista, centrale ed essenziale, e richiama lo stile personale di vita dell'*Uomo-psicoterapeuta*. Si è molto discusso sulle modalità più consone per favorire processi d'incoraggiamento ed alcuni hanno abbozzato strategie da porre in atto per sostenere il paziente nel suo faticoso cammino di crescita verso la conquista di un possibile benessere. Si deve comunque considerare che le suddette strategie hanno buon diritto di collocazione negli ambiti degli interventi psico-pedagogici ed, in parte, in quelli che, per brevità di tempo e di spazio, possiamo definire "psicoterapia di appoggio". Che i suddetti ambiti possano avere significatività ed efficacia in una "psicoterapia analitica" è certamente fuori discussione; va altresì detto che un percorso di psicologia del profondo richiede una epistemologia ed una teoria della tecnica che sposta l'accento dalle strategie suddette alla scienza e coscienza del Terapeuta, al suo personalissimo *stile di vita*, alla sua predisposizione alla relazione, alla sua efficacia personale, al suo senso della vita, ai segnali che comunque trasmette e che il paziente accoglie, consciamente od inconsciamente, in linea con quanto insegna la semiologia: la realtà psicologica è una foresta di simboli. Di qui l'esigenza di una decodifica e la progettazione di un'integrazione nella realtà psichica del paziente, incongruenze e complessità comprese.

L'analisi è un incontro: spesso avviene fra un individuo sofferente e scoraggiato ed un terapeuta che cammina al suo fianco e che trasmette comprensione e corag-

gio. Non parleremo quindi di “incoraggiamento”, lasciando alla pedagogia il compito di promuovere l’abbattimento delle insicurezze, delle incertezze, delle difficoltà invalidanti e quant’altro nel processo di sviluppo del bambino prima e dell’adolescente, poi. Preferiamo privilegiare l’aspetto concernente “l’atteggiamento incoraggiante” che ci riporta ad un modo di essere, alla qualità ed alla generosità della Persona, alla predisposizione all’accoglienza e al sostegno. Tutto ciò richiede al Terapeuta un lungo percorso di formazione personale, impone la determinazione di responsabilità, l’acquisizione, la conferma, la visibilità di uno stile di vita improntato su valori e sulla consapevolezza d’essere portatore di “significato”.

La psicoterapia è di per se stessa incoraggiamento. Diversamente potrebbe scendere in mero esercizio intellettuale od in riproposizione di schemi, di modelli, di tecniche che finirebbero inesorabilmente per essere avulse dal significato più profondo, che è quello dell’*incontro*. Ribadisco in proposito che la psicoterapia è un procedere dinamico che si avvale di adeguata e comprovata strumentazione, ma anche e soprattutto della significatività umana ed esistenziale dello psicologo clinico, proteso verso l’obiettivo di mettere in moto nel paziente il processo di scoperta di senso, del senso della vita. È limitativo procedere lungo la via dell’arricchimento del sapere, non ci si può limitare – pur non svalutandola – alla maieutica, bensì diventa essenziale il rendere più acuta e ricettiva la coscienza dei pazienti, al fine di rilanciare l’umana predisposizione, troppo spesso soffocata dall’incalzare degli eventi, all’ascolto di quanto è suggerito dal cuore e ciò al fine di rendere più acuto l’orecchio affinché possa percepire tutte le possibilità di senso e le richieste insite in ogni singola situazione. A maggior ragione, in un’epoca in cui il prevalere di un acritico relativismo ha corroso la validità e la funzione di guida dei valori – e parlo dei valori universali – l’essere umano deve essere sostenuto nella comprensione e quindi nella percezione dei molteplici comandamenti che debbono acquisire pregnanza nelle svariate situazioni con le quali viene a confrontarsi.

Non è la psicoterapia né l’incoraggiamento che possono trasmettere un senso, *perché il senso va trovato*; guidare per l’impervio cammino è compito dell’*uomo-psicoterapeuta*, l’uomo che si è assunto la funzione di accompagnamento e di guida e che quindi è teleologicamente orientato al trasmettere l’*élan vital* che lo connota; è questo e soltanto questo ciò che può “contagiare” il paziente ad affrontare la *ricerca di senso*, e ciò grazie appunto alla sua esistenza ed al suo conaturato atteggiamento incoraggiante, vero e proprio trasmettitore di fiducia e di speranza. La suddetta ricerca di senso non può essere prescritta, non è una ricetta da consegnare al paziente, non è un prodotto da consumare. Ciò non è possibile poiché non si tratta di indicazioni da accogliere, bensì di infondere coraggio perché cessi quel diffuso atteggiamento che favorisce nell’uomo del XXI secolo la tendenza a bloccare il processo di ricerca del senso. Parafrasando l’amico

Canziani, che purtroppo da anni ha cessato la sua vita terrena, non è compito dello psicoterapeuta rendere l'essere umano nuovamente in grado di aver fede (fiducia) e di nutrire di speranza la propria esistenza, indirizzandolo verso la religione. È già significativo progresso se gli analisti la smettessero di predicare che Dio non è altro che l'immagine paterna, e la religione, la nevrosi ossessiva dell'umanità. Nel promuovere il benessere è già confortante se gli studiosi ed i divulgatori delle psicologie del profondo, che tanto influenzano anche la pedagogia, cessassero di proporre un modello umano che mina il normale orientamento di senso dei giovani e degli uomini, e con esso, tutto il loro entusiasmo.

E ciò perché, se vengo indottrinato in una prospettiva pan-deterministica, sia come studente sul piano accademico, sia come paziente, così da farmi credere che l'essere umano non è altro che un prodotto di eredità o ambiente o di processi di condizionamento o di impermeabilità dello stile di vita, allora ho ragione di autoconvincermi che non sono libero, e di conseguenza non sono neanche responsabile. E allora perché non dovrei commettere atti criminosi, perché dovrei vivere orientato secondo un senso? Mettendo in testa alla gente che l'essere umano non è che "una scimmia nuda", o solo una pallina da gioco degli istinti, o nient'altro che il prodotto dei rapporti di produzione, o il risultato di processi d'apprendimento, si interrompe il suo primigenio orientamento di senso.

Così si scalza sistematicamente il normale entusiasmo e altruismo dei giovani. Il pericolo più invasivo è rintracciabile proprio nel suddetto assunto. Se la divulgazione psicologica favorisce la considerazione dell'essere umano quale povero diavolo e/o marionetta, come se "il suo *Io* non fosse nemmeno signore a casa sua" come diceva Freud o come se non fosse altro che una pallina "al di là della libertà e della dignità" come sosteneva Skinner, promuovo una concezione peggiore e favorisco un processo di degrado; insomma, anche se inconsapevolmente, lo corroppo e lo rendo peggio di quello che già è. Se invece la mia concezione antropologica dell'uomo mi sospinge a promuovere istanze che favoriscano l'essere umano a ricercare il suo intrinseco valore e ad essere così come può e dovrebbe essere, allora sì la mia azione potrà consentire all'uomo di diventare armonico, socialmente adattato, positivo nelle opere e nei sentimenti.

Non mi è possibile approfondire alcune questioni che ritengo essenziali e pertanto mi limiterò sistematicamente ad accenni, che mi auguro inducano riflessioni. L'umanità si confronta quotidianamente con il tragico, caratterizzato da una triade formata da sofferenza, colpa e morte. Atteggiamento incoraggiante è il favorire, il volgere delle suddette realtà al positivo e cioè trasformare la sofferenza in un trionfo interiore, concepire la mortalità come sprone ed agire in maniera responsabile e crescere a partire dalle proprie colpe, diventando diversi, più nobili. Insomma, ricavare dalla morte un comportamento responsabile, dalla colpa un'evoluzione e dalla sofferenza una liberazione interiore. In altre parole, predi-

sporsi a ricavarne il meglio, l'*optimum*. Allora può esistere un ottimismo malgrado la tragedia: sinteticamente, trasformare la sofferenza in una prestazione.

Ci sono tre possibilità fondamentali per trovare un senso e creare dei valori: la prima, facendo qualcosa, creando qualcosa; la seconda, vivendo delle esperienze, amando, quindi donando qualcosa al mondo o prendendone qualcosa; la terza, nel peggiore dei casi, quando non posso cambiare una situazione, e dipende da me fare in modo che abbia ancora senso, trasformando appunto la sofferenza in una prestazione.

Cambiare la situazione che mi fa soffrire cercando di eliminare la causa della sofferenza. È questo che ha priorità. Tuttavia, se non si può fare altrimenti, se il cancro ad es. si rivela inoperabile, allora è al cambio di atteggiamento che viene riconosciuta la superiorità. Ne consegue, e ciò sia occasione di riflessione, che tra priorità e superiorità va fatta una distinzione.

L'energia vitale che è sottintesa a tutto quanto sin qui proposto si chiama amore. E mi piace allora concludere questo sintetico intervento con le parole di Saint-Exupéry: «Amore non significa guardarsi l'un l'altro negli occhi per ore, ma guardare insieme nella stessa direzione».

E si rammenti, per citare Buber, che le strettoie della psicoanalisi relative alla formazione dell'*Io* possono essere superate solo consapevolizzando che l'*Io* diventa *Io* solo attraverso un *Tu*: in una parola, integrare la struttura degli istinti è possibile, alla fin fine, solo nell'affetto amorevole verso il partner. Sia pertanto nostra guida l'accogliere e vivere con pienezza il *sentimento sociale* e lo *spirito comunitario*.

Lino G. Grandi
Strada della Creusa, 65
I-10133 Torino
E-mail: istituto.adler@tiscali.it

Incoraggiamento e stile di vita

ALBERTO MASCETTI

Summary – ENCOURAGEMENT AND LIFE-STYLE. In the first part of this work we have explained the problematic regarding the concept of courage including the aspects that Individual Psychology describes yet without having given an explicit definition of it therefore we have to try in the development of the analytic process. In the second part we have considered the prospective of encouragement: technique, process, strategy, prevailing mode, characteristics of the praxis and vision of Individual Psychology. Therefore the complexity of the problematic regarding the neurotical scheme is analysed in the light of the dichotomy encouragement/discouragement, paying special attention to the prospective of lifestyle. Finally we have considered the encouragement process like essential element and highly significant during the analysis praxis of Individual Psychology.

Keywords: COURAGE/ENCOURAGEMENT, SOCIAL FEELING, LIFE-STYLE

Nella prima parte dell'articolo viene esposta la problematica che sottende il concetto di coraggio nelle declinazioni e articolazioni che la Psicologia Individuale assegna, senza tuttavia offrire un'esplicita definizione che invece deve essere ricercata non solo nei contesti congeniali, ma nel vivo stesso del processo analitico.

Viene presa in considerazione in un secondo tempo la conseguente prospettiva dell'incoraggiamento: tecnica, processo, strategia, modalità prevalente e caratteristica della prassi e della visione individualpsicologica. Quindi viene riconsiderata la complessa problematica inerente all'organizzazione nevrotica, alla luce della pregnante dicotomia incoraggiamento/scoraggiamento, così peculiare e significativa dell'originale approccio adleriano. Da ultimo viene preso in considerazione lo stile di vita che è sintesi, simbolo, finzione creativa per eccellenza e che racchiude in sé e, quando possibile risolve, i diversi conflitti e contraddizioni di ogni esistenza individuale.

Tale modalità è rappresentazione ed espressione evidente dei meccanismi largamente inconsapevoli ricordati, che dentro di noi in modo caratteristico e peculiare si organizzano. In un articolo del luglio-agosto 1904 apparso sulla rivista

medica “Il medico come educatore” [1], Alfred Adler ci dà un’idea chiara e una prospettiva della sua concezione del concetto di coraggio, qualità che influenzerà a vari livelli teorici e pratici tutta la visione della Psicologia Individuale. La funzione sociale del medico non doveva esaurirsi nella presa di coscienza che gran parte delle malattie potessero avere una origine nelle condizioni disagiate e nelle disfunzioni del sistema sanitario del tempo, ma il medico doveva essere in grado di fornire consigli sull’educazione dei fanciulli.

Di fronte a bambini deboli e malati non poteva bastare la prescrizione di una dieta, esercizi fisici ed altri rimedi, poiché essi spesso avevano perduto il loro più valido sostegno, la fiducia nella propria forza. Il principale impegno del medico doveva consistere nel ristabilire la fiducia in se stessi e il coraggio. Fra i comuni errori educativi il peggiore è l’esagerata indulgenza verso i figli, che li priva della fiducia in sé e del coraggio.

Adler poi passa a trattare alcuni tipi di fanciulli “difficili” come il bambino bugiardo, il bambino ostinato, l’ansioso, il codardo, ecc. affermando che il modo migliore per prevenire la menzogna consiste nello sviluppare il coraggio, perché il più pericoloso di tutti i difetti è l’essere codardi. La fiducia in se stessi e il coraggio rappresentano per il fanciullo la dote più alta e anche la finalità di ogni approccio e attività terapeutica. Il ragazzo codardo rimarrà sempre un individuo di scarso valore culturale – così si esprime Adler.

Per conoscere più intimamente gli elementi che definiscono il coraggio dobbiamo ora prendere in considerazione un altro concetto caratteristico della visione psicologica adleriana, quello del dinamismo della vita mentale che nella sua opera più sistematica, “La conoscenza dell’uomo nella Psicologia Individuale” [3], trova una puntuale trattazione.

La conoscenza pratica dell’uomo si basa su questo fondamento: “nella vita psichica ogni cosa si verifica come se... certi assiomi fondamentali fossero veri”. Il secondo assioma si riferisce al principio del “dinamismo”, nel senso che la vita non può essere concepita senza movimento. Ma, mentre Freud sottolinea principalmente la *causa*, Adler sottolinea lo *scopo* e l’*intenzionalità* del processo psichico: ciò che egli definisce “la tendenza verso una meta”.

Nessun essere umano, può pensare, sentire, volere e neppure sognare senza che ogni cosa sia definita, condizionata, limitata e diretta da una meta che si pone dinanzi a lui. Una concezione come questa, che attribuisce tanta importanza all’intenzione, implica necessariamente la libertà di scelta: l’uomo è libero nella misura in cui può scegliere una meta o cambiarla con un’altra, ma quando ciò fosse stato deciso, egli è determinato in quanto obbedisce alla legge che si è autoimposta.

Il momento centrale della Psicologia Individuale, secondo Alexander Neuer, sta nella concezione che l'uomo si trova costantemente in *situazione di inferiorità*, con la possibilità di scegliere se superare o meno tale inferiorità. Tuttavia per superare tale stato di inferiorità non è sufficiente l'introspezione, ma è necessario agire: per questo motivo il soggetto ha bisogno di *coraggio*.

Secondo Neuer [9], Adler chiama *coraggio (Mut)* quel tipo di energia psichica superiore o *thymos*, che gli antichi Greci consideravano l'essenza dell'anima. L'obiettivo fondamentale di un educatore sarà quello di insegnare al bambino ad avere *thymos* e ciò lo vedremo più tardi: il medesimo scopo è perseguito dallo psicoterapeuta, prescindendo dal fatto che il proprio paziente sia un bambino o un adulto. L'influenza determinante nella vita di un bambino è quella materna: è la madre colei che getta o dovrebbe gettare il seme del senso di comunità; la funzione del padre è invece quella di insegnare la fiducia e il coraggio.

Nel terzo assioma o del principio dell'influenza cosmica, viene esplicitato il concetto fondamentale del *senso di comunità*, visto come un riflesso della generale interdipendenza degli elementi del cosmo, che vive all'interno di noi, da cui non possiamo astrarci completamente e che ci fornisce la capacità di collegarci empaticamente con gli altri esseri. In sostanza il *senso di comunità* rappresenta l'accettazione spontanea di vivere in conformità con le naturali e legittime esigenze della comunità umana. La nozione adleriana di comunità non ha nulla a che vedere con la semplice capacità di stare o la constatazione di essere con gli altri, né è da confondere con la mera lealtà verso un dato gruppo o per una data causa.

Non si può ancora confondere il senso di comunità con la rinuncia alla personalità individuale a favore di una comunità, ma la nozione adleriana di comunità comprende la struttura dei legami familiari e sociali, le attività creative (è la comunità che crea la logica, il linguaggio, il folklore, ecc.); ne riconosce inoltre una funzione etica (la giustizia è un'emanazione della comunità). Pertanto il senso di comunità, più o meno sviluppato a seconda degli individui, rappresenta la percezione individuale di questi principi che regolano le relazioni reciproche fra gli uomini.

Un'attenta lettura delle opere di Adler ci mostra come il coraggio sia da questo ritenuto come un elemento importante e necessario per i pazienti nevrotici perché cessino di essere tali; per i bambini per evitare l'insorgenza delle manifestazioni non improntate al sentimento sociale e precorritrici di disadattamenti psicologici. Vediamo allora di provare a comprendere quali possono essere gli attributi, i meccanismi psicologici, gli elementi caratteristici che stanno alla base del coraggio.

Il coraggio è una caratteristica innata o acquisita, cioè dipendente dalla cultura? È opinione abbastanza diffusa che nell'uomo il coraggio e i suoi contrari, la

paura, l'insicurezza, la disistima, ecc., si fondono anche su processi cognitivi. Il coraggio e i suoi contrari non sono infatti assimilati a semplici condotte istintuali, ma si radicano nel carattere e nel sentimento sociale. È importante anche sottolineare che il coraggio dipende dall'autostima, cioè dalla valutazione che l'individuo dà di se stesso e della propria capacità di affrontare le situazioni che si presentano.

In campo psicodinamico quindi, il coraggio, ci ricorda Rovera [17], non può assumere un significato meramente riduttivo, quale "condotta coraggiosa" di fronte a un determinato pericolo; ma deve essere inteso in un'accezione più ampia come atteggiamento coraggioso, espressione dello stile di vita dell'individuo, dinamicamente diretto verso uno scopo e unito all'interesse sociale. È in questa dimensione che il coraggio sembra assumere le caratteristiche di un tratto radicato nel carattere e per inquadrare un atteggiamento coraggioso è necessario un certo grado di *intenzionalità di un certo sviluppo cognitivo e di una certa capacità di identificazione culturale*.

È indubbio inoltre che il coraggio non possa essere disgiunto da altri elementi quali l'aggressività, cui dovrebbe mancare la componente della distruttività, ma invece accompagnarsi al sentimento sociale e alla dinamica dell'iniziativa. Il coraggio, nella sua dimensione ontica, non sembra perciò potersi ridurre tanto ai concetti freudiani di energia, scarica, difesa, ma secondo le ipotesi adleriane, può talora rientrare nelle compensazioni positive e, quando è ben integrato nella struttura della personalità, avere le caratteristiche di compensazione volta a rovesciare positivamente il sentimento d'inferiorità. Nella sua significazione e nelle sue funzioni precipue, il coraggio sarebbe dunque non solo riferibile ad una compensazione positiva, ma ad una espressione del sentimento sociale, che ne sarebbe l'autentico, anche se non l'unico, elemento costitutivo.

Abbiamo visto come il rapporto tra coraggio e sentimento sociale sia di fondamentale importanza soprattutto per la posizione centrale che entrambi i termini occupano nell'ambito della Psicologia Individuale. Dobbiamo ricordare che per quanto riguarda il sentimento sociale, Adler più tardi mitigherà l'originale assegnazione di spinta istintuale in una disposizione verso la comunità sotto forma di dotazione costituzionale. Il sentimento sociale si accresce in una qualità fondamentale che risente in modo notevole delle prime esperienze del bambino e prima fra tutte, di quella con la madre.

Coraggio e sentimento sociale tendono ad articolarsi in modo stretto: per Adler non è possibile che un individuo coraggioso non abbia sentimento sociale e, viceversa, la fiducia, l'autostima, l'autonomia, l'autentico interesse per gli altri, sono sentimenti strutturanti e qualificanti il coraggio. Dopo tali premesse possiamo tranquillamente dire che incoraggiare vuol dire incrementare il sentimento socia-

le. Entriamo quindi nel vivo della nostra trattazione: che cosa significa per Adler e per la Psicologia Individuale il termine incoraggiare e come si è arrivati all'equiparazione tra la modalità d'incoraggiare e il sentimento sociale?

Proviamo a dare una risposta a tali interrogativi volutamente eludendo le considerazioni sulle tecniche di incoraggiamento di Dinkmeyer e Dreikurs espresse ne "Il processo di incoraggiamento" [6] elaborato da questi Autori, mantenendoci invece nella linea specifica dell'analisi del profondo, a cui a buon diritto appartiene la dimensione psicologica della Psicologia Individuale.

A questo punto per illustrare la condizione del soggetto scoraggiato, dovremo risalire all'organizzazione mirabilmente ideata e descritta da Adler dello stile di vita, definito da Parenti e Pagani "L'impronta psichica inimitabile di ogni individuo, in cui confluiscono tratti di comportamento, le idee e le opinioni ideate dal pensiero, i sentimenti e le emozioni articolate al servizio di finalità prevalenti. Le dinamiche interiori da cui scaturisce lo stile di vita si svolgono in parte a livello inconscio" [10].

Ci limiteremo ancora una volta, per restare fedeli alla metodologia adleriana, all'analisi rigorosa dei meccanismi che sottendono il variegato e complesso mondo delle nevrosi, che si manifesta attraverso degli stili, la cui indagine rimane ancora oggi il vero capolavoro elaborato dalla complessa e articolata ricerca adleriana. Lo stile di vita nevrotico con le sue compensazioni affaticanti e inefficaci, con le sue mistificazioni ed elusioni, rappresenta e promuove suo malgrado un processo di scoraggiamento altamente significativo volto alla finalizzazione di mete impraticabili.

Se lo scoraggiamento dunque è il prodotto finale delle irrisolte problematiche conflittuali insite nello stile di vita nevrotico, ancorché compensate ma in maniera inadeguata e fallace, allora dovremo sempre più considerare tale evento come ineluttabile e strettamente correlato all'espressività nevrotica. L'incoraggiamento insistentemente prospettato da Adler non deve essere visto come un generico atteggiamento consolatorio e riparatorio, di scarsa valenza teorica e pregnanza terapeutica profonda, ma come la sola strategia efficace e significativa nell'approccio e nello smantellamento del ben munito e organizzato costruito nevrotico. Da tali puntuali premesse scaturiscono i modi e i tempi dell'intervento psicoterapico adleriano, che si avvale di precisi strumenti per indirizzare l'analizzato verso una presa di coscienza nuova con conseguente revisione dello stile.

Il primo e fondamentale momento in cui si manifesta la strategia incoraggiante è quello del rapporto che il terapeuta è in grado di promuovere nei confronti del soggetto in analisi; rapporto creativo giocato sulla compartecipazione emotiva, generato in un clima paritario e solidale a cui l'analizzato è spinto ad aderire,

allontanando le difese, superando i pregiudizi e affidandosi ad una nuova e rassicurante relazione. Rassicurare è come dire incoraggiare: il buon rapporto instaurato è la base insostituibile da cui far partire i movimenti successivi, che connotano in modo inequivocabile la strategia dell'incoraggiamento adleriano. Grazie alla fiducia in buona parte recuperata nel rapporto divenuto rassicurante, il soggetto, al tempo opportuno, che il terapeuta individua e gestisce con l'esperienza e le capacità acquisite, è in grado di riconoscere e successivamente abbandonare le finzioni compensatorie su cui aveva costruito il suo castello nevrotico.

La verità come *aletheia*, come disvelamento si ripresenta, cioè si presenta allo scoperto, senza più i veli che nascondevano un fine senza fine, infinito nella sua insolvenza, nella sua tenace e irrisolta precarietà. Potremmo ancora affermare che l'incoraggiamento, la strategia dell'incoraggiamento si mostra come la finzione "più vera", più appagante, più risolutiva nei confronti della complessa organizzazione nevrotica che ha come elemento caratterizzante come processo conclusivo, quello di uno stato di scoraggiamento.

Perché allora il nevrotico, sofferto artefice di uno stile così faticosamente elaborato e così "eroicamente" sopportato, nell'accezione adleriana dell'eroicizzazione e della santificazione della propria nevrosi, giunge al fine delle sue troppo onerose e non più sopportabili ipercompensazioni, prostrato, affaticato e confuso? Attraverso i sintomi, i simboli di mascherature che rivelano i segni di un malessere "indecifrabile", il nevrotico con il suo stile inappagante ci mostra il suo fallimento, meglio il fallimento della sua organizzazione conflittuale.

Da qui nasce e si alimenta il percorso scoraggiante, abilmente mascherato dal sintomo e dalla "malattia", che finalmente lo costringe ad affidarsi a qualcuno, al medico, al terapeuta, cioè ad avere fiducia nell'altro. Tale adesione all'altro si propone come l'unico modo per superare e vincere lo scoraggiamento, fomentato dalla nevrosi, attraverso un percorso incoraggiante volto al recupero della fiducia in se stessi, alla sperimentazione di uno stile coraggioso, che muove verso l'altro con cui raggiungere mete possibili e condivise.

Per concludere la disamina di alcune delle grandi finzioni adleriane quali l'incoraggiamento, il coraggio, lo stile di vita, il disvelamento, vorremmo prospettare un'ipotesi circa il significato del processo di scoraggiamento, che abbiamo considerato in precedenza come l'esito fatale e necessario di un percorso doloroso e sofferto, legato ad uno stile di vita nevrotico sempre più insostenibile perché affaticante e gravoso. Lo scoraggiamento nevrotico potremmo inserirlo nel quadro dei meccanismi regressivi, dinamicamente intesi in senso adleriano, volti da un lato a rifuggire una realtà presente troppo dura e difficile da sopportare e dall'altro a ricercare quelle spinte compensatorie indirizzate al superamento dell'em-passe personologico.

Ecco allora che il fenomeno dello scoraggiamento con il suo multiforme corredo sintomatologico, che nello stesso tempo lo copre e lo smaschera, ci appare come il *primum movens* di quell'articolato processo d'incoraggiamento, che lo stesso soggetto inconsapevolmente mette in atto con la ricerca d'aiuto, con l'affidarsi all'altro nella verifica oramai ineludibile di un'impraticabilità di uno stile, sostenuto da compensi inadeguati da abbandonare. Lo scoraggiamento che apre la porta al *sintomo* non solo è il segnale che il conflitto malamente compensato, cioè ipercompensato, è diventato insostenibile, ma rappresenta con l'aiuto del terapeuta l'inizio di quelle strategie di incoraggiamento che la coppia analitica mette in atto attraverso un rapporto nuovo e creativo.

Nel segno del coraggio, inteso come *apertura all'altro*, come *fiducia*, come espressione del *sentimento di comunità*, si conclude la vicenda dell'organizzazione nevrotica, incarnata in stili unici e irripetibili, che tuttavia sottendono meccanismi e fenomeni comuni.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1904), Der Arzt als Erzieher, in ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (Herausgegeben von), Heilen und Bilden, tr. it. Il medico come educatore, *Riv. Psicol. Indiv.* 53: 15-23 (2003).
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1975.
4. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to Learn: The Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti-Barbera, Firenze 1974.
7. ELLEMBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1972.
8. MASCETTI, A. (1976), "Psicologia Individuale e Antropoanalisi: analogie e corrispondenze", *XIII Congr. Inter. SIPI*, Monaco di Baviera.
9. NEUER, A. (1926), *Mut und Entmutigung, Die Prinzipien der Psychologie Alfred Adlers*, Bergmann, Monaco 1926.
10. PARENTI, F., ROVERA, G. G., PAGANI, P. L., CASTELLO, F. (1975), *Dizionario ragionato di Psicologia Individuale*, Raffaello Cortina, Milano.
11. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
12. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1987), *Lo stile di vita*, De Agostini, Novara.
13. PARENTI, F. (1987), *Alfred Adler*, Laterza, Bari.
14. PONZIANI, U. (1984) Lo stile di vita: nuove prospettive epistemologiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 53-61.
15. ROVERA G. G. (1982), *Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento*, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
16. ROVERA, G. G. e COLL. (1984) Il modello di rete in Psichiatria, *Rassegna di Ipnosi. Minerva Medica*: 74: 1-9.
17. ROVERA G. G. e COLL. (1984), La strategia dell'incoraggiamento nelle fobie, in ROSSI, R., PETRELLA, F. (a cura di), *Psicoterapia delle fobie*, M. S., Torino.

Alberto Mascetti
Via Maspero, 10
I-21100 Varese
E-mail: albertomascetti@libero.it

L'incoraggiamento nella socio analisi di gruppo

GIANSECONDO MAZZOLI

Summary – ENCOURAGEMENT IN THE SOCIO ANALYSIS GROUPS. The paper deals with the dynamics of the socio analysis groups related with the process of encouragement. Short explanation concerning the driving method of the socio analysis groups analysis will show the different ways through which patients may increase courage to afford their life's task.

Keywords: SOCIO ANALYSIS, GROUPS, TRAINER/CO-TRAINER

I. Considerazioni introduttive

Nelle relazioni interpersonali, siano esse di ridotta o di elevata significatività, può accadere che gli scambi si modulino con le accezioni del verbo “incoraggiare”. L'alone di significati rimanda al positivo, configurando l'aiuto, il sostegno, la sollecitazione alla crescita, al rinforzo della fiducia, allo stimolo al coraggio (e a molto altro).

La particolare relazione interpersonale che si qualifica con l'aggettivo “terapeutica” nasce con l'implicita richiesta di un agire incoraggiante. Persone che hanno sviluppato stili di vita disfunzionali, imbrigliati in finzioni che deviano ed ostacolano progetti di vita costruttivi, si orientano a diventare “pazienti”. I pazienti chiedono aiuto, sostegno, indicazioni per riprendere a crescere, per recuperare fiducia e coraggio e diventare capaci di riprogettare l'esistenza seguendo mete orientate verso un sano sviluppo personale e sociale. I pazienti chiedono allo psicoterapeuta una relazione incoraggiante.

Quale profilo assuma la dinamica dell'incoraggiamento in ogni specifica relazione terapeutica è impossibile a dirsi. L'unicità della *coppia terapeutica* è data dalla sensibilità del singolo terapeuta con lo specifico paziente e dalla cornice teorica e metodologica che adottano per lavorare. Quando lo scenario terapeutico divie-

ne quello di un gruppo gli attori e le relazioni aumentano al punto che la fisionomia dei molteplici moti incoraggianti amplia la complessità.

Il presente scritto è l'occasione per condividere le osservazioni sui processi di incoraggiamento che si sviluppano nei gruppi terapeutici di socio analisi. Sono rintracciabili i denominatori comuni delle dinamiche dell'incoraggiamento che vengono in essere nelle relazioni che i pazienti sviluppano tra loro e con i terapeuti che conducono il gruppo. Si tratta di osservazioni che acquistano senso se inserite nella conoscenza del modo di operare dei gruppi di socio analisi e del loro procedere, in armonia con le matrici teoriche che costituiscono il riferimento per la metodologia operativa.

II. *La socio analisi di gruppo*

La socio analisi di gruppo è una forma di psicoterapia praticata nell'Istituto di *Psicologia Individuale* sotto la guida del prof. Lino Grandi che, assieme al suo gruppo di studio, ne ha formulato i principi teorici e la metodologia operativa. L'efficacia del metodo è stata saggiata nel corso di quasi due decenni di conduzione di gruppi di pazienti che hanno avuto cadenze di lavoro settimanali. La scelta di definire questa forma di psicoterapia di gruppo con l'espressione *socio-analisi*, sottolinea l'intento di far confluire la dimensione relazionale del paziente, orientato alla conquista di forme sempre più mature di sentimento sociale (*socio*) con quella intrapsichica, strutturata sulle immagini interne che originano dalla costellazione familiare, i cui precipitati emotivi necessitano di essere sempre meglio compresi (*analisi*).

La socio analisi di gruppo si colloca nella matrice teorico-metodologica propria della Psicologia Individuale, che considera lo spazio psichico del gruppo il contesto entro cui si sperimentano le dinamiche auto-affermative e cooperative che concorrono a strutturare la personalità. La costellazione familiare è il gruppo primigenio, matrice da cui ogni essere umano riceve l'impronta emotiva di base della personalità. Seguono poi altri gruppi che articolano i contesti relazionali e offrono gli spazi psichici entro cui la personalità può continuamente rimodularsi. Il gruppo di psicoterapia offre un nuovo contesto relazionale al cui interno i pazienti possono riconsiderare il proprio modo di essere negli scambi che avvengono con gli altri componenti del gruppo e rielaborare le risonanze emotive che vengono evocate nell'ascolto del materiale che la dinamica del lavoro del gruppo porta in essere.

III. *La socio analisi: cenni al metodo operativo*

I gruppi di socio analisi sono costituiti da pazienti che hanno fatto un percorso,

più o meno lungo, di psicoterapia individuale. Non è previsto che un paziente inizi il trattamento direttamente con la socio analisi; sotto questo profilo vi è una precisa differenza dalle psicoterapie di gruppo di diversa ispirazione teorica. L'aver familiarità con il lavoro clinico è dunque un requisito essenziale per accedere a un gruppo di socio analisi; i pazienti devono essere abituati a parlare di sé, ad esplorare la propria storia, a lasciare emergere gli aspetti emozionali, in particolare quelli di natura irrazionale. La socio analisi di gruppo è dunque un percorso parallelo alla psicoterapia individuale che ha lo scopo di integrarla ed arricchirla di quegli apporti che non sono possibili nella relazione duale. Un paziente che inizia il gruppo di socio analisi continua la sua psicoterapia individuale che resta, in genere, a cadenza settimanale; con la stessa frequenza partecipa alle due ore della seduta del gruppo.

La parte di lavoro clinico individuale, oltre agli obiettivi specifici che persegue, è anche propedeutica all'ingresso nel gruppo di socio analisi. Nello specifico deve far maturare il desiderio di lavorare sulle capacità di ascolto, di affrontare il rischio del confronto, di accettare la vicinanza di altri al proprio mondo interno e di voler condividere con i membri del gruppo le esperienze personali. I pazienti sono pronti ad interagire costruttivamente con il gruppo e a beneficiare degli stimoli che il lavoro del gruppo offre dopo un periodo di psicoterapia individuale di una certa durata. Non si può essere in grado di stabilire parametri temporali certi circa la durata del tempo propedeutico al lavoro nel gruppo di socio analisi, ma l'esperienza porta a considerare come necessario un periodo di almeno un anno di trattamento individuale. Sono rari i casi di pazienti che hanno maturato le capacità richieste in uno spazio temporale più breve; più frequenti sono i casi che necessitano di tempi più lunghi che, a volte, possono arrivare anche a 18-24 mesi.

I gruppi di socio analisi sono aperti; all'inizio del lavoro non si concorda una durata temporale. I pazienti si inseriscono in gruppi già formati, che hanno reti di relazioni emotive già delineate. Per facilitare l'avvio dell'esperienza nel gruppo da parte di un qualsiasi paziente, i conduttori mantengono flessibili le dinamiche interpersonali, in modo che ogni nuovo ingresso possa dar vita a ridefinizioni indolori delle reti emotive informali. Il gruppo, composto in genere di 10-12 unità, prevede quindi l'ingresso di nuovi membri e al tempo stesso le uscite: un paziente che, a parere concorde del terapeuta individuale e dei conduttori del gruppo, abbia terminato il percorso terapeutico può uscire dal gruppo.

IV. *Trainer e co-trainer nei gruppi di socio analisi*

Il gruppo di socio analisi ha due conduttori: un *trainer* ed un *co-trainer*. Il *trainer* ha funzioni interpretative e di orientamento del lavoro del gruppo; rappre-

sentita la funzione paterna e porta all'attenzione le logiche della realtà del mondo con cui ci si deve confrontare. Il *co-trainer* ha funzioni di accoglienza e deve facilitare il mantenimento dell'orientamento clinico degli scambi tra i pazienti. Rappresenta la funzione materna: incoraggia la partecipazione, la messa in comune di esperienze, conoscenze, emozioni e vissuti dei membri del gruppo. Il *co-trainer* ha anche la funzione di raccordo con il terapeuta individuale: nell'intelligente rispetto della *privacy* del paziente, condivide con il terapeuta le osservazioni sul comportamento in gruppo del paziente e raccoglie gli eventuali dati che il terapeuta individuale ritiene rilevante condividere per il benessere del paziente.

La rete di relazioni che si sviluppa tra i pazienti è di natura orizzontale e richiama, con una certa immediatezza, la dimensione fraterna: i pazienti sono tutti nella stessa posizione, ma c'è chi è nato prima chi dopo; tutti hanno lo stesso spazio, ma c'è chi ne occupa di più e chi di meno; tutti hanno lo stesso diritto di parola, ma chi la prende di più e chi meno; tutti sono equidistanti dal *trainer* e dal *co-trainer*, ma c'è chi si sente più amato e chi meno e così via. Si osserva l'emergere di posizioni che richiamano la *fratria* della costellazione familiare così ben descritte da Adler. Le dinamiche della primogenitura, ad esempio, sono frequentemente visibili nel momento di un nuovo ingresso: i "vecchi" del gruppo trovano modo di far presente la loro maggior esperienza con segnali che appaiono protettivi e accoglienti, ma al tempo stesso, sembrano marcare il territorio conquistato.

Il gruppo di socio analisi ricapitola dunque la famiglia interna e offre lo spazio per far risuonare i modelli interiorizzati del padre, della madre e della fratria. Si tratta di modelli che, nella Psicoterapia Individuale, il paziente dovrebbe avere già consapevolizzato; la dinamica del gruppo di socio analisi permette nuove esperienze emotive vissute nel corso delle sedute. Si tratta di esperienze che influenzano i modelli interni, anche se il paziente non razionalizza il senso della dinamica e non la raccorda coscientemente con il proprio passato. È importante il vissuto emotivo che, ripetuto nel tempo, ha il potere di costruire nuove tracce che correggono le precedenti, responsabili di atteggiamenti e comportamenti disturbati, originati nella storia passata.

Può giovare alla comprensione qualche rimando schematico. Un paziente che abbia avuto un padre aggressivo, ostile, che ha trasmesso indifferenza e senso di ingiustizia, che ha imposto regole rigide, distoniche rispetto alle reali richieste del mondo, può sperimentare una funzione paterna diversa, agita dal *trainer* del gruppo di socio analisi, ispirata a forza, energia ed equilibrio nell'affrontare la realtà con le sue regole e i suoi limiti. Un altro paziente che abbia avuto una madre indifferente, poco sensibile, incapace di scaldare il rapporto affettivo, può sperimentare, attraverso la funzione materna espressa dal *co-trainer*, una dimen-

sione di rapporto diversa nella quale sentirsi accolto, sostenuto nella sua partecipazione, protetto da eventuali intrusioni di altri membri del gruppo. Con il tempo questo paziente potrà interiorizzare un principio materno caldo ed accogliente che lo aiuterà a costruire nuove tracce emotive, tali da equilibrare gli effetti di quelle precedenti e disturbanti. Un altro paziente può avere sentimenti irrisolti di invidia o gelosia verso fratelli e/o sorelle. Nel gruppo può sperimentarsi in situazioni di parità, protetto nella dinamica dello scambio profondo dalle azioni di *trainer* e *co-trainer* che hanno il compito di monitorare e mantenere una sana qualità emotiva delle relazioni e degli scambi comunicativi. Questi devono essere rispettosi, interessati, incoraggianti ed animati dal sentimento di solidarietà.

Trainer e *co-trainer* hanno dunque una funzione centrale nella conduzione dei gruppi di socio-analisi. Devono essere persone integre, psicologicamente equilibrate, capaci di sopportare le sofferenze e le frustrazioni che nascono dagli inevitabili attacchi portati dai pazienti. Devono conoscere il mondo in maniera reale nei suoi aspetti storici, culturali, antropologici, sociali e psicologici. Non possono avere coscienza del mondo solo attraverso i libri e non basta che siano esperti, anche se particolarmente attenti, della sola teoria psicologica. Devono essere altresì buoni conoscitori delle dinamiche di gruppo, capaci di comprendere con immediatezza i significati emotivi di cui si caricano le relazioni tra i membri. La formazione dell'analista, indispensabile per offrire le conoscenze della psicodinamica individuale, non è sufficiente a interpretare il ruolo di conduttore di gruppo di socio analisi perché la psicodinamica del gruppo non è sovrapponibile a quella individuale.

V. I contenuti delle sedute di socio analisi

Nelle sedute del gruppo di socio analisi i pazienti propongono i temi da affrontare. Non si tratta mai di temi astratti, ma di questioni di vita concreta che seguono, di regola, le difficoltà che il paziente affronta nella vita reale. La gamma delle possibilità è quanto mai ampia; i problemi, le vicende ed il sentire personale possono essere di qualsiasi tipo. Un paziente, ad esempio, può portare in gruppo la propria difficoltà di trovare accordi sereni con la moglie nella gestione del denaro della famiglia. Il paziente spiega il problema, ne traccia la storia, aiutato anche dalle domande degli altri pazienti a precisarne i contorni. Può ricordare come nella sua famiglia era gestito il denaro, come lo trattava suo padre, sua madre, i suoi fratelli. Con il procedere della narrazione il paziente si sente ascoltato; altri condividono le sue preoccupazioni e non si sente solo. Nessuno gli dice ciò che è giusto, sbagliato, saggio o non saggio; nel gruppo non si giudica né si danno consigli. Il suo racconto è piuttosto l'occasione perché quanto condiviso risuoni nelle corde emotive degli altri che hanno, a loro volta, la possibilità di condivi-

dere le loro esperienze, il loro stile e quello delle loro famiglie d'origine di relazionarsi al denaro.

Un paziente che condivide un suo problema fa l'esperienza di essere ascoltato, ma soprattutto di ascoltare. Può rendersi conto che il suo problema ha tanti modi di essere affrontato e magari l'esperienza narrata da un altro membro del gruppo può aiutarlo a vedere sotto una luce diversa chi interagisce con lui nella vita reale. Può anche aver avuto stimoli a relativizzare le sue convinzioni e a ripensare con più attenzione alle radici dei propri comportamenti ed atteggiamenti.

Questo procedere, settimana dopo settimana, argomento dopo argomento, contribuisce al miglioramento delle capacità di ascolto. Ben sanno gli psicoterapeuti che i pazienti hanno un grande bisogno di parlare e di essere ascoltati, ma che sanno ascoltare poco. Nei gruppi di socio analisi l'ascolto gioca un ruolo considerevole perché l'ascolto, specie se orientato alle dimensioni emozionali, rende dinamico il contatto con il mondo interiore. Ascoltando gli altri, il paziente ha modo di riflettere sul proprio modo di essere nel presente, di chiarire a se stesso quali effetti le proprie azioni suscitano negli altri, di recuperare dalla memoria le tracce dei propri ricordi, di percepire con maggior chiarezza sentimenti rimasti a lungo confusi. Lungo il percorso, grazie al continuo ascolto, possono svilupparsi le capacità empatiche e i pazienti vengono aiutati a decentrarsi, a superare le letture ego centrate dei diversi aspetti della realtà. Ascoltare ed interagire emotivamente con gli altri membri del gruppo permette di contribuire allo sviluppo del sentimento sociale.

Nelle sedute di socio analisi emerge del materiale psicologico ricco, tanto sotto il profilo concettuale quanto sotto quello esperienziale ed emotivo, materiale che dà sostanza all'esperienza del gruppo stesso. Gli stimoli che ciascun paziente riceve nel gruppo possono anche essere ripresi nelle sedute individuali, spazio più riservato, dove sono possibili esplorazioni di contenuti più intimi. In quest'ottica il gruppo di socio analisi potenzia il trattamento individuale.

È anche importante la dinamica contraria: contenuti di particolare rilievo che emergono nel trattamento individuale possono essere proposti al gruppo. In questa esperienza un paziente può vedere ampliati, grazie alla dinamica del gruppo, i significati, le connessioni e le diverse sfaccettature che migliorano la comprensione di un suo problema.

VI. *L'incoraggiamento nelle socio analisi di gruppo*

Alla luce di quanto detto si può spostare l'attenzione sulle dimensioni che, nelle dinamiche della socio analisi, assume il *processo di incoraggiamento*. Nel per-

corso della socio analisi l'incoraggiamento non ha relazione con il processo di sollecitazione attiva che il terapeuta rivolge al paziente perché questi ritrovi e utilizzi le proprie risorse, magari congelate da blocchi emotivi o da una visione non equilibrata del proprio sé. Il gruppo di socio analisi non funziona su questo registro e non alimenta relazioni di dipendenza in cui un soggetto che sa ciò che è bene, giusto e buono si rivolge a un altro che non vede chiaro in se stesso e necessita di essere guidato perché ha perso il contatto con le proprie risorse o non ha chiara la direzione da prendere per orientarsi verso azioni costruttive. Questa modalità è campo della psicopedagogia. L'incoraggiamento nella socio analisi ha piuttosto a che fare con un processo che porta il paziente *a scoprire di essere possessore di energia interiore e a sviluppare il desiderio di impiegarla in progetti di vita, orientati verso il lato utile della vita. Incoraggiare vuol quindi dire aiutare a riscoprire il coraggio che ogni persona può possedere.*

Il coraggio è un'attitudine che si sviluppa nelle prime fasi della vita ed è in relazione con il sentimento di sicurezza di sé. Il bambino lo sviluppa nella relazione con i genitori. La relazione protettiva con la madre struttura lo spazio della sicurezza, la base solida che permette di sentire di potersi muovere nel mondo, di sperimentarsi in situazioni di volta in volta nuove, di sopportare, senza arretrare in preda a paure, l'incertezza della non conoscenza dei contorni delle nuove esperienze. Il senso dell'essere protetto, simbolicamente rappresentato dal territorio entro le mura della propria casa, deve coniugarsi con le spinte ad affrontare il mondo, che hanno la loro fonte nella buona interpretazione della funzione paterna. Le esperienze nel mondo sono il test per il coraggio, le occasioni che permettono di misurare la propria efficacia quando si fronteggiano i compiti richiesti. Dallo spazio protetto della famiglia al mondo e da questo alla famiglia: una circolarità ideale che permette di pensare al ciclo virtuoso di protezione - coraggio - spinta verso il mondo - esperienza, una circolarità che si chiude con il ritorno alla protezione da cui riparte un nuovo ciclo, ad andamento sempre più ampio e ricco.

L'ingresso nel gruppo ripropone il tema del passaggio da un mondo protetto ad uno più complesso. È il passaggio dal mondo della terapia individuale, caratterizzato dall'accoglienza del terapeuta, dal *setting* che isola dal mondo, da una stanza - quella della terapia - dove i segreti restano confinati e protetti da qualsiasi altro sguardo se non quello del terapeuta, ad un ambiente meno protetto, più ampio e complesso, dove esistono gli altri. Un passaggio da un "dentro" a un "fuori", dove i compagni del gruppo sono simboli del mondo più articolato che il paziente deve essere capace di fronteggiare da solo.

Il gruppo di socio analisi, in realtà, non propone un "fuori". Ricrea un "dentro" più articolato rispetto alla relazione duale con il terapeuta ma, al tempo stesso rende costantemente presente il "fuori" con la condivisione delle esperienze di

vita dei membri del gruppo. S'intrecciano e si mobilitano tutte le immagini familiari e si apre la possibilità di dinamismi transferali multipli di tipo materno, paterno, fraterno. Si realizza in questo modo una prima fondamentale dimensione connessa allo sviluppo del coraggio: *il sentire appagato il bisogno fondamentale di essere accolto, riconosciuto e di appartenere ad un gruppo che contiene in sé la dimensione protettiva della famiglia interna e il confronto con le richieste del mondo.*

La relazione che s'instaura tra i membri del gruppo comporta l'aver compagni di viaggio coi quali si possono affrontare e comprendere i problemi. Il sentimento del sentirsi solo ed isolato viene superato con la condivisione della comune sorte del dover imparare ad essere più adeguati alle richieste della vita. È frequente poter ascoltare l'esperienza di un membro del gruppo che ha affrontato e superato, in passato, le stesse difficoltà presentate oggi da un altro membro: nascono condivisioni che possono trasmettere fiducia, indicazioni sulle vie da percorrere e prefigurazione delle possibilità di successo.

La partecipazione al gruppo di socio analisi offre interessanti aperture al superamento del sentimento di inferiorità, notoriamente alla base della percezione di sé svalorizzante, con gli inevitabili correlati del ripiegamento difensivo in finzioni auto protettive. Nel gruppo il sentimento di inferiorità ha modo di essere fronteggiato attraverso il confronto con le proprie imperfezioni. Diventare capaci di comunicare quanto non si ha mai avuto il coraggio di dire agli altri e, a volte, anche al proprio psicoterapeuta, porta alla scoperta che gli altri non sono giudici implacabili ma persone comunemente imperfette, con le quali si possono condividere i propri limiti e giungere, per questa via, a comprendere l'inutilità delle compensazioni fittizie. Accettare la propria realtà esistenziale e pacificarsi con aspetti ritenuti inferiorizzanti dà un contributo importante allo sviluppo del coraggio.

L'affettività che si sviluppa tra i componenti del gruppo è un'altra dimensione connessa ai processi di incoraggiamento. La condivisione dei problemi e la conoscenza delle reciproche esperienze creano una rete emozionale che intesse nel gruppo il sentimento della solidarietà. Un paziente che per lungo tempo non ha affrontato una particolare difficoltà può sentire questa rete capace di sostenerlo e di attutire le eventuali cadute dovute a insuccessi o fallimenti. L'affettività nel gruppo è un potente strumento per far percepire l'esistenza della fiducia nelle reciproche potenzialità e nella disponibilità ad esaminare la natura degli errori eventualmente compiuti che diventano parte di un comune percorso di crescita. L'agire di *trainer* e *co-trainer* nelle dinamiche del gruppo di socio analisi costituisce un pilastro nella dinamica dell'incoraggiamento. Condurre il gruppo in approfondimenti continui sui diversi aspetti dei problemi e delle situazioni di vita trasmette l'implicito messaggio che, nella molteplicità di strade, è possibile indi-

viduarne almeno una che il paziente potrà percorrere. Ma sono soprattutto le loro personalità, come del resto nei trattamenti individuali, ad essere sorgenti di quell'energia positiva che dà al paziente la solidità dell'affetto, dell'accoglienza e della sicurezza di essere autorevoli interpreti delle difficoltà della vita, presenti oggi o in agguato nel futuro. *Trainer* e *co-trainer* rappresentano la coppia genitoriale che fa rivivere il calore del "dentro" del codice materno e il piacere di sperimentarsi nel "fuori" nel mondo del codice paterno.

VII. *Considerazioni conclusive*

I pazienti dei gruppi di socio analisi possono fare esperienza di dinamiche che nel loro procedere, settimana dopo settimana, concorrono a sviluppare il sentimento del coraggio. I gruppi di socio analisi possono essere identificati come laboratori del sentimento sociale; spazi di esperienza protetta dove le relazioni sociali possono far crescere l'empatia e la solidarietà, e sperimentare nuovi orientamenti per agire il coraggio necessario ad affrontare i compiti della vita.

Bibliografia

1. BADARACCO, G., JORGE, E. (1997), *La comunità psicoterapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*, Franco Angeli, Milano 1997.
2. CORBELLA, S. (2003), *Storie e luoghi del gruppo*, Raffaello Cortina, Milano 2003.
3. DINKMEYER, D. C., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti Barbera, Firenze 1974.
4. FRANTA, H., CALESANTI, A. R. (1999), *L'arte dell'incoraggiamento*, Carrocci, Roma 1999.
5. GRANDI, L. G. (2008), Gruppo, Socioanalisi e Psicoterapia, *Il Sagittario*, Istituto di Psicologia Individuale, Torino, n. 22.
6. LO COCO, G., PRESTANO, C., LO VERSO G. (2008), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*, Raffaello Cortina, Milano.
7. MAZZOLI, G. (2008), Tenerezza e Aggressività nei gruppi di psicoterapia, *Il Sagittario*, Istituto di Psicologia Individuale, Torino, n. 22.
8. SCHERMES, V., PINES, M. (1994), *Ring of Fire: Primitive Object Relations and Affects in Group Psychotherapy*, tr. it. *Il cerchio di fuoco. Affetti primitivi e relazioni oggettuali nelle psicoterapie di gruppo*, Raffaello Cortina, Milano 1998.
9. YALOM, IRWIN, D. (2005), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, tr. it. *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino 2009.

Giansecolo Mazzoli
Via Assalini, 35
I-42100 Reggio Emilia
E-mail: gsmazzoli@libero.it

Il percorso di cura tra ospedale e territorio. La rete degli interventi ed il progetto terapeutico

MARINELLA MAZZONE, SILVIA FERRARIS, ELENA MANZETTI, GIUSEPPE SAGLIO

Summary – THE CARE PATHWAY BETWEEN HOSPITAL AND LOCAL SERVICES. THE NETWORK OF INTERVENTION AND THE THERAPEUTICAL SCHEME. We are here presenting some thoughts about welfare pathways of patients who need composite interventions, that develop between hospital and territorial care, between health and socio-assistance services, reflecting on data from a survey conducted in the year 2008 on the patients of the Operative Unit of Psychiatry of Borgosesia. Synergy among different locations, roles and forms of the care is necessary to give response to the patients' needs, so as to build positive development, overcome standstills and constructively re-organise the scheme. The trust in the rehabilitative scheme and the hope of positive feedback coming from a good co-operation and encouraging strategy is necessary to sustain the daily effort aimed at "human response", involving patients, relatives, social and health services.

Keywords: COURAGE, ENCOURAGEMENT, NETWORK

I. Introduzione

«Su un piano di realtà il coraggio viene inteso come la capacità di guardare a una situazione o ad un compito nel termine di possibili azioni e interventi, di prodursi al superamento di eventuali difficoltà senza esagerarle e senza minimizzarle, mantenendo quindi la possibilità di "giudicare" obiettivamente e serenamente la realtà; ed è pur vero che è coraggioso chi agisce senza mete fittizie, chi non perde troppo tempo a recriminare, a compiangersi, a sviluppare comportamenti diretti a ottenere la compassione altrui; e ancora che il campo di azione dell'uomo coraggioso è quello sociale, dove azioni e motivazioni si confrontano» (6, p. 42).

Questo scritto ispira da molti anni il nostro operare quotidiano nella pratica di psichiatria territoriale e di comunità, con l'impegno alla costruzione di risposte più adeguate per la persona, inserita nel suo contesto familiare e socio-culturale, che si rivolge ai nostri Servizi. Abbiamo cominciato alla fine degli anni 70 in un ter-

ritorio quasi totalmente privo di risposte *in loco* alla sofferenza psichica, realizzando poco per volta una serie di spazi e di competenze professionali per articolare progetti terapeutici, costruiti “come un abito su misura” per i nostri utenti, tenendo conto delle caratteristiche specifiche dell’ambiente di vita [3, 4].

Il tema del *XXI Congresso Nazionale S.I.P.I.*, tenutosi a Bari nel maggio 2009, “Le strategie dell’incoraggiamento negli attuali contesti clinici e formativi” ha suggerito una riflessione sul coraggio necessario agli operatori dei servizi sanitari territoriali nel progetto terapeutico di pazienti multiproblematici, che si svolge grazie all’impiego di una fitta rete territoriale, costituita da maglie e nodi intricati.

La nostra ricerca verrà supportata da dati obiettivi e clinici, per meglio dettagliare e definire la tipologia degli accessi e degli interventi della nostra Unità Operativa. La metafora della rete permette di descrivere i rapporti tra diversi soggetti (nodi), siano essi individui, gruppi oppure organizzazioni. Sulla base di questa schematizzazione il *Dipartimento di Salute Mentale* può essere rappresentato da tre aree: un’area territoriale (rappresentata dal Centro di Salute Mentale), un’area di cura (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Day Hospital) ed un’area della riabilitazione (Centro Diurno, Gruppi Appartamento, Comunità Terapeutiche).

Maggiore è la complessità della situazione che ci si trova di fronte maggiore sarà la complessità degli interventi che bisogna effettuare. La psichiatria si avvale per la formulazione di una diagnosi che consideri l’individuo nella sua complessità del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (edizione correntemente in uso *DSM-IV-TR*), che propone una valutazione multiassiale su 5 assi [2]. La valutazione multiassiale mette in luce l’eventuale necessità di coinvolgere altre organizzazioni (es. Servizio tossicodipendenze, Servizio di Neuropsichiatria infantile, Servizi socio-assistenziali, Servizi per disabili) ai fini di rispondere ai bisogni dell’individuo. Queste organizzazioni rappresentano, a loro volta, nodi di una rete che diventa più grande, più fitta, più complessa.

Sul piano operativo lavorare in rete significa, infatti, promuovere, organizzare, facilitare l’instaurarsi di legami tra le differenti parti allo scopo di attivare, attraverso flussi di comunicazione, risposte a bisogni. Per il raggiungimento del benessere di un individuo spesso è necessario mettere in atto differenti tipi di strategie, alcune delle quali mirate al consolidamento di relazioni già esistenti, altre alla creazione di nuovi legami.

Il lavoro di rete può portare alla valorizzazione ed all’ottimizzazione delle risorse, compensando la loro crescente scarsità, poiché è in grado di aggredire i problemi su più fronti, e di utilizzare modalità di intervento flessibili, personalizzate e strettamente radicate nell’ambiente di vita dei destinatari. La *Struttura*

Complessa di Psichiatria di Borgosesia si articola tra il Centro di Salute Mentale di Borgosesia, l'Ambulatorio specialistico di Gattinara, il Day-Hospital territoriale/Centro Crisi Diurno di Borgosesia con 4 posti letto, i Centri Diurni di Borgosesia e Gattinara [1].

Il Centro di Salute Mentale e il Day-Hospital/Centro Crisi Diurno di Borgosesia è aperto, dal 1986, tutti i giorni dell'anno al fine di garantire la risposta all'urgenza territoriale e le attività di *liaison* e consulenza presso i Presidi ospedalieri del proprio territorio, privi di S.P.D.C.

Il Centro di Salute Mentale è la sede organizzativa dell'*équipe* degli operatori ed il punto di coordinamento delle attività sul territorio. Le principali prestazioni effettuate sono:

- attività di accoglienza ed analisi della domanda;
- visite psichiatriche;
- colloqui clinici e psicologici;
- valutazioni psicodiagnostiche;
- attività di filtro ai ricoveri;
- consulenza specialistica presso gli ospedali;
- attività di raccordo con i medici di medicina generale e con i distretti;
- consulenza specialistica ai "Servizi di confine" (alcolismo, tossicodipendenze, neuropsichiatria infantile, ecc.) alle strutture residenziali per anziani e per disabili;
- accertamenti medico legali;
- psicoterapie individuali, familiari e di gruppo;
- somministrazione di terapie farmacologiche;
- visite domiciliari;
- supporto e gestione di gruppi con i familiari;
- rilevazioni epidemiologiche.

II. *Finalità della ricerca*

Il presente lavoro vuole prendere spunto da un'analisi descrittiva/retrospettiva effettuata sulle cartelle cliniche presso la Struttura Complessa di Psichiatria di Borgosesia-Gattinara, ai fini di analizzare i casi transitati nell'anno 2008, per articolarsi in riflessioni sulla complessità degli interventi terapeutici e sull'impegno coraggioso che occorre per intraprendere alcuni progetti terapeutico-riabilitativi.

Nel corso dell'anno considerato sono transitati 1048 utenti. Il 41% era rappresentato da individui di sesso maschile, mentre il restante 59% da individui di sesso femminile. Il 23% dei pazienti transitati nel corso dell'anno 2008 aveva meno di 40 anni, il 38% tra i 40 ed i 59 anni ed il 39% dai 60 anni in su.

L'accesso al nostro Servizio avviene attraverso diverse modalità di invio:

- medico di medicina generale;
- medici dei reparti ospedalieri e di pronto soccorso;
- familiari;
- utente stesso;
- forze dell'ordine;
- altri Servizi Sanitari (NPI; SerT, SSA).

La richiesta di consultazione è stata rivolta sia nei confronti di soggetti già noti al nostro Servizio, sia nei confronti di soggetti che giungevano per la prima volta alla nostra osservazione. La prima fase è stata di valutazione clinica e di inquadramento diagnostico. Pertanto in alcuni casi si è trattato di un accesso finalizzato ad una consultazione, mentre in altri è stato necessario la formulazione di un progetto terapeutico più o meno articolato che in alcuni casi ha necessitato, oltre al nostro servizio, della presa in carico o della partecipazione più o meno attiva di altri Servizi.

Le patologie che hanno carattere di cronicità e che abitualmente si associano ad una maggior compromissione del funzionamento globale (Psicosi schizofreniche, Disturbi dell'Umore e Disturbi di personalità) sono state riscontrate nel 40% del campione, per un totale di circa 400 pazienti.

Nel corso dell'anno esaminato, 56 pazienti sono stati ricoverati presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) di competenza territoriale (Ospedale di Vercelli). Nel 70% dei casi (39 pazienti) nel corso del 2008 è avvenuto un solo ricovero in SPDC, mentre nel rimanente 30% (17 pazienti) si è trattato di ricoveri plurimi. Le patologie che vengono più frequentemente riscontrate nei pazienti ricoverati in SPDC sono le Psicosi schizofreniche, i Disturbi dell'umore e di Personalità. Queste patologie rappresentano, infatti, oltre il 75% del campione esaminato per un totale di 44 pazienti. Procedendo nella nostra analisi abbiamo preso in considerazione i raggruppamenti diagnostici riscontrati nei soggetti che nel corso dell'anno 2008 sono stati sottoposti a più di un ricovero in SPDC: il 70% del campione è rappresentato da pazienti affetti da disturbi dell'umore e disturbi di personalità.

L'organizzazione del nostro Servizio consente altresì di accogliere le situazioni che necessitano di soluzioni intermedie tra una gestione domiciliare ed un ricovero ospedaliero, grazie alla possibilità di ricovero in regime di *Day Hospital* concepito come Centro Crisi Diurno, che si occupa di situazioni di crisi trattabili con interventi semiresidenziali, sito a Borgosesia, dotato di 4 posti letto ed aperto sette giorni la settimana. Nel corso del 2008 hanno usufruito di un ricovero in regime di D. H. 91 pazienti, la quota più consistente (43% per un totale di 39 utenti) rappresentata da pazienti affetti da Psicosi schizofreniche.

Il presente studio si propone altresì di analizzare l'afferenza ai Centri Diurni di Borgosesia e di Gattinara. Il Centro Diurno è una struttura semiresidenziale per trattamento terapeutico-riabilitativo a medio e lungo termine. I progetti terapeutici sono personalizzati e consentono di sperimentare ed apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Nel corso del 2008 è stato formulato ed attuato un progetto riabilitativo attraverso la frequenza nei Centri Diurni per 86 pazienti, la maggior parte dei quali affetti da psicosi schizofreniche (67% per un totale di 53 pazienti).

In alcuni casi (n=38) è stata indispensabile, ai fini di una corretta risposta ai bisogni dei pazienti, l'interazione con il Servizio socio-assistenziale. Nel 39% dei casi si trattava di pazienti affetti da psicosi schizofrenica, nel 18% di soggetti con diagnosi di Disturbo di Personalità e nell'11% di pazienti con Ritardo Mentale. Il dato è suggestivo di come, laddove la diagnosi psichiatrica determini un peggioramento più marcato del funzionamento globale del paziente, più importante e significativa sia l'integrazione tra i diversi Servizi territoriali impegnati nel progetto terapeutico.

III. *Casi clinici*

Abbiamo voluto analizzare retrospettivamente il percorso di cura di quattro pazienti, seguiti dal nostro Servizio, che per complessità risultino esemplificativi del costante impegno necessario nell'operare quotidiano. L'impianto territoriale forte ed una buona integrazione delle agenzie curanti ha permesso la continuità della presa in carico e, per alcuni pazienti, il raggiungimento della semplificazione dei percorsi, rendendo l'adesione al progetto terapeutico più agile e meno faticosa sia per l'utente stesso che per gli operatori coinvolti.

CASO CLINICO I

Marina, 38 anni

I° accesso: 12 anni fa

Diagnosi: Disturbo borderline di personalità

Percorso terapeutico anno 2006-2007:

CSM, Ospedale Generale, SPDC, DH territoriale, CP, GA, Casa di Cura psichiatrica

Percorso terapeutico anno 2008:

CSM, Ospedale generale, SPDC, DH territoriale, CP, Casa di Cura psichiatrica

Profilo prevalente: SPDC, DH territoriale, CP

Gruppo curante: medico, infermiere.

CASO CLINICO II

Giuseppina, 65 anni

I° accesso: 30 anni fa

Diagnosi: Disturbo schizoaffettivo

Percorso terapeutico anno 2006-2007:

CSM, Ospedale Generale, SPDC, DH territoriale, domicilio, CD, altro luogo

Percorso terapeutico anno 2008:

CSM, DH territoriale, CD

Profilo prevalente: CSM, DH territoriale

Gruppo curante: medico, infermiere.

CASO CLINICO III

Gino, 54 anni

I° accesso: 28 anni fa

Diagnosi: Disturbo schizoaffettivo

Percorso terapeutico anno 2006-2007:

CSM, SPDC, DH territoriale, GA, domicilio

Percorso terapeutico anno 2008:

CSM, SPDC, DH territoriale, CD, GA

Profilo prevalente: CSM, DH territoriale, GA

Gruppo curante: medico, infermiere, educatore.

CASO CLINICO IV

Luigi, 58 anni.

I° accesso: 14 anni fa

Diagnosi: Disturbo del controllo degli impulsi

Percorso terapeutico anno 2006-2007:

CSM, Ospedale Generale, SPDC, DH territoriale, CD, GA, Casa di Cura psichiatrica

Percorso terapeutico anno 2008:

CSM, DH territoriale, CD, GA

Profilo prevalente: CSM, DH territoriale, GA

Gruppo curante: medico, infermiere, educatore, psicologo.

IV. Conclusioni

Bisogna “avere una buona dose di coraggio” per procedere nel nostro lavoro su alcuni casi complessi, multiproblematici, con tanti fronti di difficoltà. È necessario avere la capacità di “tenere insieme” i diversi punti che compongono il percorso di cura nella direzione di un obiettivo comune, condiviso.

Il coraggio, forza d’animo nel sopportare i dolori o nell’affrontare i pericoli e le

difficoltà, ha a che fare con “la speranza che si possa fare qualcosa”, e con la previsione che si auto-avvera. Esprime una spinta propulsiva, la tensione tra il “qui e ora” e “il dopo”, l’andare avanti, l’andare oltre, già prefigurando quello che verrà in seguito. Incoraggiare significa infondere coraggio, animare, dar coraggio, farsi coraggio, conforto, incitamento, sostegno.

Il coraggio e la fiducia di un possibile risultato positivo deve essere presente nella “funzione pensante” del capo gruppo che cerca di tenere insieme le varie tappe del percorso e le varie agenzie in campo e far “fluire un’energia positiva”, che spinge per il divenire del progetto terapeutico. Il buon funzionamento del gruppo curante è indispensabile per far emergere quell’impegno coraggioso al servizio del progetto terapeutico nei casi difficili e gravosi [5].

Il coraggio circola tra i componenti del gruppo curante e tra i componenti dei differenti Servizi, quando i Servizi sono “coraggiosi”, cioè credono che alcuni risultati si possano raggiungere, in una dinamica costante tra “possibilità” e “limite”.

Il coraggio viene quando ci si accorge che è possibile vivere, a tratti in modo accentuato, la duplice dimensione, quella della “terra” e quella del “cielo”, dell’“oggi” e del “sempre”, del finito e dell’infinito [7].

Bibliografia

1. ASL 11 Vercelli Web Site, <http://www.asl11.piemonte.it>
2. DSM-IV-TR. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision*, Masson, Milano 2000.
3. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1995), Disturbi schizofrenici e gruppo curante: il sentimento sociale alla base del processo terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 37: 49-57.
4. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1999) Psichiatria nel territorio. Intervento "a rete" secondo linee Individual Psicologiche, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, CSE, Torino: 139-151.
5. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (2005), "Il gruppo curante tra dinamiche di potere, differenziazione culturale multiprofessionale e capacità terapeutica nella psichiatria territoriale", *XXIII Congr. IAIP*, «Potere e dimensione culturale», 26-29 maggio 2005, Torino.
6. ROVERA, G. G. (1981), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-47.
7. TURCOTTI, G. (in press), *Lezioni e scritti inediti*.

Marinella Mazzone
Dipartimento di Salute Mentale ASL "VC"
Via G. Marconi, 30
13011 Borgosesia (VC)
E-mail: dsm.bs@aslvc.piemonte.it

Interventi d'incoraggiamento nella psicologia clinica di liaison

DONATO MUNNO, SILVANA LERDA, GIUSEPPINA ZULLO

Summary – INTERVENTIONS OF ENCOURAGEMENT IN LIAISON CLINICAL PSYCHOLOGY. Individual Psychology can be a valuable tool for Clinical Psychology in medical and mental disorders. Adlerian psychotherapy by Stein H.T., suitable in Liaison Clinical Psychology, usually privileges the two phases of support and encouragement; in this paper we underline the issues of the patient and the clinical psychologist individuality and their willingness of understanding. In this paper we remark the importance of the relationship as a pre-psychotherapeutic time in which the strategies of encouragement, whether implicit or explicit, the steps of analytical perception, of insight and persuasion, try to make fast therapeutic effects. Concerning psychopathological and clinical times, therapists should individuate timetables and way of encouragement, inspiring confidence and improving the deepest and most immediate transference and countertransference. Consequently, clinician can quickly recover the general plot of lifestyle, the sense of the disease and the “direction of the cure” through the change, healing, or the terminal stages of life. Particular attention is given to: intervention models and organization of the liaison, psychological-clinical assessment, medical and surgical patterns in comorbidity with mental disorders. Clinicians should be aware of contraindications of analytical and psychotherapeutic treatments investigating the possibility to focus their interventions on fast modifying areas where clinical psychologist is the evolution instrument within a relationship articulated according to a cycling of sessions planned and limited at the moment of hospitalization.

Keywords: ENCOURAGEMENT, LIAISON CLINICAL PSYCHOLOGY, TRANSFERRENCE/COUNTERTRANSFERENCE

Ritengo opportuno, in via introduttiva, sottolineare l'importanza della Psicologia Clinica sia dal punto di vista didattico che della ricerca e dell'intervento terapeutico. La presenza degli psicologi clinici medici o psicologi continua ad arricchire e a completare gli interventi sia nella clinica psichiatrica che nella clinica medica.

Per circoscrivere i percorsi formativi e gli interventi clinici è opportuno partire da una definizione precisa e condivisa da tutti gli studiosi di questa materia. La Psicologia Clinica si configura come una pluralità di conoscenze autonome ma

complementari i cui obiettivi sono la conoscenza, la spiegazione, l'interpretazione e la riorganizzazione dei processi mentali disfunzionali o patologici, individuali ed interpersonali, unitamente ai loro correlati comportamentali e psicobiologici. La Psicologia Clinica è identificabile con le pratiche psicologiche volte alla consulenza, diagnosi, terapia e trattamento della organizzazione psicologica individuale e di gruppo, nei suoi aspetti problematici, di sofferenza e di disadattamento e dei suoi riflessi interpersonali, sociali e psicosomatici. La Psicologia Clinica è altresì finalizzata agli interventi atti a promuovere le condizioni di benessere psicologico e i relativi comportamenti, anche preventivi, nelle diverse situazioni cliniche e sociali [9].

Esistono, peraltro, diversi modelli di Psicologia Clinica, da quello *biologico* a quello *psicodinamico* a quello *cognitivo-comportamentale* e *sistemico-relazionale*. La Psicologia Individuale Comparata rappresenta uno dei modelli teorici di psicologia clinica psicodinamica.

Nella pratica clinica, sia dal punto di vista strettamente operativo che per la necessità di verifica sul campo del modello teorico utilizzato, è indispensabile procedere secondo una logica clinica che per certi versi ricalca quella medica e per altri la completa. Sono quindi fondamentali le tappe di costituzione del modello di intervento, dell'*assessment*, dei presupposti teorico-clinici da valutare nell'intervento psicoterapico, degli obiettivi, dei *setting* clinici sempre all'interno di un'attività di *liaison*. A questi aspetti generali possono poi collegarsi osservazioni e interventi specifici quali gli interventi d'"incoraggiamento" di scuola adleriana.

L'attività clinica psicologica di *liaison* strutturata o non strutturata, integrata o meno con un intervento psichiatrico può essere rappresentata dai seguenti modelli di intervento:

1. *Consultation Model*: il paziente è indirizzato alla psicologia clinica dal proprio medico;
2. *Liaison Model*: lo psicologo clinico e lo psichiatra vengono assegnati ad un reparto di degenza ospedaliera nell'ambito del quale prestano la propria consulenza o insegnano a coloro che sono designati all'assistenza del paziente;
3. *Milieu Model (estensione del Liaison Model)*: vengono privilegiati gli aspetti di gruppo nella cura del paziente;
4. *Critical Care Model*: gli psicologi clinici e gli psichiatri vengono assegnati a reparti per malattie acute, anziché ai reparti di degenza (terapia intensiva, oncologia, etc.);
5. *Integral Model*: considera la cura psicosomatica e psicologica come parte integrante della terapia medica di un paziente;
6. *Modello di Rete*: concettualizzato come modello di tipo interdisciplinare sia

sul piano teorico che operativo sia all'interno della Psicologia Clinica di Consultazione che in una rete di modelli.

In ciascuno di questi modelli va effettuato l'*assessment psicologico-clinico* inteso come percorso attraverso il quale svolgere la valutazione diagnostica complessiva del paziente [4]:

1. informazioni sul committente;
2. primi colloqui → anamnesi psicoterapeuticamente orientata;
3. diagnosi → 3 diagnosi → clinica, strutturale e di funzionamento psicosociale;
4. valutazione testistica (di personalità, cognitiva e scale di valutazione psichiatrica);
5. colloquio con i familiari;
6. discussione dei risultati dei test con il paziente;
7. discussione del caso clinico fra i curanti;
8. comunicazione della diagnosi e delle strategie terapeutiche (terapia psicofarmacologica, psicoterapia breve, counseling e interventi d'incoraggiamento) al paziente, all'inviante e ai suoi familiari;
9. supervisione dei casi.

Gli interventi psicologico-clinici bene si innestano nel sistema multiassiale del DSM per cui, accanto alle diagnosi categoriali prevalentemente in asse I e in asse II, si affiancano gli approfondimenti a livello dimensionale e si affrontano le comorbidità con le condizioni mediche prendendo in considerazione i fattori psicosociali che influiscono sugli aspetti psicologici e psicopatologici.

Procedendo in parallelo tra ricerca e interventi clinici e considerato l'intervento psicoterapico come strumento principe della Psicologia Clinica vanno ricordati gli assunti teorici di riferimento di ogni modello, le tappe del processo terapeutico, gli scopi perseguibili e le tecniche operative utilizzate.

Tra gli obiettivi della *Psicologia Clinica di Liaison* riportiamo di seguito quelli di maggior rilievo:

- *insegnamento di tecniche* (terapie di appoggio, psicoterapie brevi, modalità di intervento nelle crisi, counseling, strategie dell'incoraggiamento, ecc.);
- *insegnamento di nozioni cliniche* relative a disturbi medici, chirurgici e psichiatrici;
- *insegnamento di psicofarmacologia* con attenzione alle interazioni e agli aspetti di psicofarmacologia transculturale, interazioni tra farmaci e psicoterapia;
- *valorizzazione dell'importanza delle scienze sociali, degli stress e dei life events* sul decorso delle malattie mediche e chirurgiche;
- *sensibilizzazione del medico* nei confronti dei processi psicologici e modificazione dell'immagine dello psichiatra e dello psicologo clinico;

- *studio delle dinamiche di gruppo, della relazione medico-paziente e delle tecniche dell'intervista* al fine di far emergere le potenzialità umane dell'allievo, dell'infermiere, del medico;
- *aumentare la consapevolezza del medico* in relazione alle importanti implicazioni del rapporto medico-paziente, attraverso la revisione continua dei casi (gruppi Balint).

Le consulenze vengono effettuate generalmente in reparti di medicina, chirurgia, e discipline specialistiche. Le aree di competenza in cui ricade il nostro intervento possono essere orientate: o direttamente sul paziente, o sulla situazione o sulla crisi o sul consulente oppure espanso anche ad aspetti di bioetica clinica.

Ovviamente la specificità e la difficoltà degli interventi di *liaison* variano a seconda che si intervenga in un pronto soccorso, in un reparto di degenza o in un reparto di terapia intensiva. Col variare del *setting* clinico cambiano i tempi e i modi dell'agire psicologico-clinico da cui derivano le indicazioni agli interventi ora farmacologici, ora psicoterapici a cicli progressivi e di incoraggiamento sulla crisi acuta o su situazioni cronicizzate.

Le strategie di incoraggiamento possono costituire un *intervento implicito e aspecifico* all'interno della relazione col paziente, nel colloquio psichiatrico, durante un percorso analitico o psicoterapico, durante interventi di *counseling* o anche nel corso di interventi rieducativi.

L'intervento d'incoraggiamento può altresì caratterizzarsi come *strategia distinta* da quelle di base con una sua *tecnica specifica* e quindi essere esplicitato anche al paziente come intervento autonomo. La cornice di riferimento è a mio avviso sempre costituita dalla Psicoterapia a Fasi Adleriana [8] per cui l'intervento di incoraggiamento può radicarsi in fase pre-psicoterapica, psicoterapica in senso stretto o post-psicoterapica.

Riporto di seguito le fasi classiche della Psicoterapia a Fasi Adleriana:

PRE-PSICOTERAPICA

Supporto:

1. empatia e relazione
2. informazione

Incoraggiamento:

3. chiarificazione
4. incoraggiamento

PSICOTERAPICA

Insight:

5. interpretazione
6. conoscenza

Cambiamento:

7. affioramento delle emozioni e delle esperienze perse
8. agire in modo diverso
9. rinforzo

Sfida:

10. interesse sociale
11. reindirizzare lo scopo
12. supporto e avvio

POST-PSICOTERAPICA

Metaterapia (confronto filosofico e spirituale sui valori e sul senso della vita).

Prendiamo ora in considerazione *aspetti generali e problematiche specifiche dell'incoraggiamento*. Va ricordato che ci muoviamo all'interno di una relazione con prospettive multifocali [5] guidati da una volontà di comprensione per la ricerca di un *continuum* creativo di significati e dal sentimento sociale [7]. Anche nell'incoraggiamento lo strumento principale rimane la percezione analitica del terapeuta, con la valorizzazione dell'*insight* che conduce ad autointerpretazioni tempestive indotte da un'assunzione di transfert da parte del terapeuta.

Il nucleo centrale dell'intervento, che porta a cambiamenti sul piano comportamentale ma anche dei vissuti soggettivi, è costituito dalla persuasione, basti pensare alle azioni di convincimento che vanno costantemente esercitate con tossicomani, anoressiche, bulimiche, psicotici, pazienti con ideazione suicidaria. Sul piano specifico dell'intervento di incoraggiamento, soprattutto in *liaison*, si parte dal rapporto col corpo malato, un rapporto incoraggiante col *deficit* (sia esso fisico, psichico o situazionale) tenendo conto dei livelli di regressione (sia essa maligna, catastrofica, strutturata o indotta dalla malattia o dall'intervento chirurgico). Va individuato il senso della malattia, la storia dinamica dei sintomi e contestualizzato nello stile di vita e nel recupero del senso della vita [1]. Incitamenti, proposte, suggestioni, attenzione direttiva e intuizioni (attenzione alle interpretazioni "avventurose"!) costituiscono il bagaglio psicologico, umano e tecnico dello psicoterapeuta. Questi aspetti si complicano quando si creano difficoltà di comunicazione per cui la *compliance* del paziente e l'aderenza agli interventi terapeutici si riducono notevolmente complicando la relazione d'aiuto.

È di fondamentale importanza individuare la "direzione della cura" sia essa lineare o ciclica a seconda dei tempi psicopatologici e dei tempi terapeutici [6] legati

alle fasi della malattia, alle fasi delle terapie e alle rettifiche soggettive proposte dal paziente come primi momenti dell'alleanza terapeutica e dell'alleanza di lavoro. È opportuno sostenere o ricostituire la fiducia di base finalizzata al raggiungimento di "effetti terapeutici rapidi" [3] utilizzabili in direzione della cura, del chiarimento sullo stile di vita e per l'instaurarsi di un nuovo progetto esistenziale.

Alcuni aspetti tecnici specifici riguardano la *relazione terapeutica* focalizzata sull'unicità della persona e sulla unicità della modalità di manifestarsi della malattia. È indispensabile, all'interno del *setting*, cogliere i nessi tra la malattia somatica e le reazioni alla stessa, favorire l'adattamento alle cure, preparare psicologicamente il paziente alla utilità degli interventi diagnostici e terapeutici, recuperare e rinforzare il sentimento sociale come proiezione futura nel dopo-malattia, stimolando la volontà di guarire. Particolare attenzione va prestata al *furor sanandi*, alle "relazioni bianche" e alla cura di "zero sedute" (guarigione spontanea).

Altro aspetto è costituito dal riferimento alla *persuasione* e ai principi psicologici di base che dirigono il comportamento umano nella persona sana e malata (coerenza, reciprocità, riprova sociale, simpatia, autorità e scarsità) [2]. Infine, l'attenzione particolare ai *bisogni di base* intesi come stati "elementari" che precedono i sintomi, più facilmente rinvenibili in pazienti "difficili" con diagnosi multiple.

È indispensabile raggiungere l'alleanza minima possibile già dal momento della diagnosi ripercorrendo velocemente le tappe dello sviluppo psicologico, dell'intersoggettività e dell'espressività somatica e psicopatologica. Fondamentale il riconoscimento dei disturbi della fiducia di base e del sentimento di inferiorità di base che costituiscono la premessa per la strutturazione di un'organizzazione psicopatologica. In conclusione, ricordo l'importanza del riconoscimento da un lato delle due correnti del transfert (narcisistico e conflittuale) e dall'altra la frequente individuazione di mancata alleanza sia diagnostica che terapeutica che giustifica frequentemente percorsi di incoraggiamento propedeutici agli interventi più strettamente psicoterapici.

Bibliografia

1. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
2. CIALDINI, R. B. (1984), *Influence. The Psychology of Persuasion*, tr. it. *Le armi della persuasione*, Giunti, Firenze 1995.
3. MILLER, J. A. (a cura di, 2007), *Effetti terapeutici rapidi in psicoanalisi*, Borla, Roma.
4. MUNNO, D. (2008), *Psicologia Clinica per medici*, CSE, Torino.
5. MUNNO, D., ABBATE DAGA, G., COSTANZO, F., RONCO, C. (1995), "Cicli psicoterapici e cicli psicofarmacologici", *Atti VI Congr. Naz. SIPI, Marina di Massa*.
6. MUNNO, D., COSTANZO, F., RONCO, C. (1995), "Tempi psicopatologici e tempi psicoterapici", *Atti VI Congr. Naz. SIPI, Marina di Massa*.
7. PAGANI, P. L. (1998), I principi dell'incoraggiamento, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari Adleriani*, Franco Angeli, Milano.
8. STEIN, H. T. (1988), Twelve Stages of Creative Adlerian Psychotherapy, *Indiv. Psychol.*, 44: 138-143.
9. TROMBINI, G. (a cura di, 1994), *Introduzione alla clinica psicologica*, Zanichelli, Bologna.

Donato Munno
Dipartimento di Neuroscienze
Via Cherasco, 11
I-10126 Torino
E-mail: donato.munno@unito.it

Comunicazione e incoraggiamento

PIER LUIGI PAGANI

Summary – COMMUNICATION AND ENCOURAGEMENT. The duty of psychotherapist is to find strategies able to encourage a chance which adjusts the unfavourable condition of the patient. In order to do this, the therapist uses a dynamic scheme that, with empathic techniques of communication, alligns him with the personality of the patient, overcomes discouragement by giving him self-trust and courage to face life.

Keywords: COMMUNICATION, ENCOURAGEMENT, FRUSTRATION

Ogni intervento clinico di pertinenza psicologica deve essere rivolto alla ricerca di strategie capaci di facilitare la correzione di condotte valutate dal paziente, sino a quel momento, come inappaganti o frustranti. È necessario perciò favorire un “cambiamento”, che ripristini nel soggetto la *fiducia in se stesso*, rendendolo consapevole del fatto che il suo attuale atteggiamento risulta improprio nei confronti delle reali mete che si era proposto di raggiungere.

Per conseguire l’obiettivo del cambiamento, l’operatore dovrà pianificare con creatività una personale strategia d’intervento, attraverso l’ideazione di uno schema dinamico adatto alla personalità del paziente, che si avvalga di adeguate tecniche comunicative [9].

Il concetto di comunicazione comporta di necessità l’interazione tra due o più soggetti. Per questo motivo, la comunicazione è un’attività che, in qualche modo, presuppone un certo grado di cooperazione. Non possiamo, quindi, parlare di processo comunicativo se non è almeno bidirezionale: non è da considerare comunicazione il flusso d’informazioni e di segni che provengano da un solo verso. Se qualcuno parla ad altri senza la necessità di ascoltare, ci troviamo in presenza di una semplice trasmissione di elementi o di enunciazioni.

Per comprendere meglio la compartecipazione comunicativa che vede coinvolti degli individui, è utile valersi del contributo degli esperti nella *comunicazione umana* e, in particolare degli studi e delle ricerche di Paul Watzlawick [10], il massimo studioso della pragmatica della comunicazione umana, come pure delle teorie del “cambiamento” [11], del “costruttivismo radicale” e del principio della “modificazione delle idee” con cui l’uomo costruisce la propria “immagine” di sé e del mondo, talora contrastanti con la “realtà” ambientale.

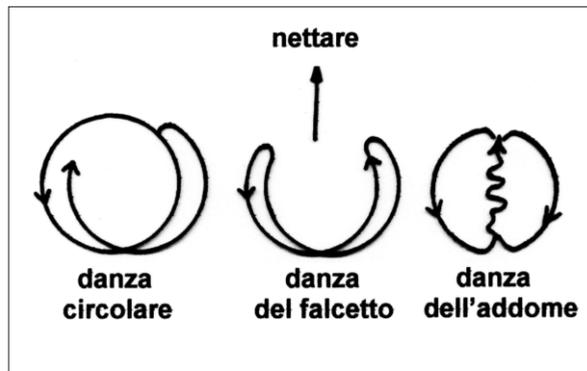
Le teorie del *costruttivismo radicale* e della *modificazione delle idee* hanno preso lo spunto, senza alcun dubbio, dai concetti adleriani di *Sé creativo* [3] e di *Stile di vita* [2]. Adler aveva, infatti, anticipato che è attraverso una «prospettiva creata da sé» (3, p. 6), integrata dalle esperienze soggettive, che l’individuo guarda al mondo, traendo da essa l’impulso interiore per raggiungere quelle finalità, che gli consentiranno di realizzare l’autentico scopo della vita. Per mezzo del *Sé creativo*, ogni individuo riesce, infatti, a interpretare in modo selettivo e singolare l’immagine di sé e della realtà che lo circonda, al punto da far assumere alla propria esistenza il significato di esperienza unica e irripetibile, comunque in continua evoluzione, come esige la sua psiche in costante “movimento”.

Come s’è accennato, nel processo comunicativo che vede coinvolte due o più persone, è possibile focalizzare due eventualità: da un lato la comunicazione come puro atto cooperativo, nel quale due o più persone “realizzano insieme” una realtà condivisa (è questa la “struttura maieutica” [5] proposta da Danilo Dolci, modello che non può prescindere dal coinvolgimento e dalla partecipazione diretta degli interessati); dall’altro lato il puro e semplice passaggio unidirezionale da chi comunica a chi ascolta, senza possibilità alcuna di metacomunicazione [9], né di obiezione. Tra questi parametri vi sono, naturalmente, le più diverse situazioni comunicative, che ognuno di noi vive nel quotidiano.

Arguire il legame fra *realtà e comunicazione* è frutto di un’idea relativamente recente. La “pragmatica della comunicazione”, che è poi l’insieme delle modalità con cui le persone possono influenzarsi vicendevolmente verso la *Weltanschauung*, la concezione del mondo, è, infatti, divenuta campo di ricerca autonoma soltanto da non molti decenni, anche se il tema delle modalità comunicative aveva affascinato diversi ricercatori già molto tempo prima che le stesse divenissero scienza.

Nel 1937, il premio Nobel per la Fisiologia e la Medicina fu assegnato a tre grandi studiosi, Konrad Lorenz e Nikolaas Tinbergen, per le loro scoperte sull’organizzazione di *pattern comportamentali* individuali e sociali negli animali, e Karl Ritter von Frisch, per la sua ricerca sul linguaggio delle api. Von Frisch scoprì, infatti, che le api usano, per comunicare, un idioma in forma di danza, piuttosto complesso ma efficace, che differisce da una specie all’altra. Poiché le varie spe-

cie delle api non si possono incrociare fra loro, la diversità di linguaggio non crea alcun problema, se si esclude un'unica eccezione, che riguarda le api austriache e le api italiane, l'*apis mellifera carnica* e l'*apis mellifera ligustica*. Queste api, poiché appartengono alla medesima specie, si possono incrociare fra loro e, oltre tutto, si esprimono usando la stessa lingua, in apparenza molto semplice, perché costituita unicamente da tre danze distinte: la *danza circolare*, la *danza del falchetto* e la *danza dell'addome* [12].



Liberamente tratto da WATZLAWICK , P. (1976),
How Real is Real, tr. it. *La realtà della realtà*, Astrolabio, Roma 1976.

Quando un'ape esploratrice scopre una fonte di cibo, ritorna all'alveare e avverte le compagne bottinatrici, non solo della scoperta fatta, ma anche del luogo dove si trova il cibo e della qualità dello stesso. Se la fonte del nettare è molto vicina, l'esploratrice esegue la danza circolare, che consiste appunto in un volo circolare, alternato a destra e a sinistra. Se la distanza è intermedia, l'ape esegue la danza del falchetto, un volo simile a un otto coricato, appiattito e curvato a semicerchio, proprio come un falchetto. Se il luogo della scoperta è ancor più lontano, l'esploratrice si esibisce nella danza dell'addome, un movimento alquanto complesso, attraverso il quale l'ape indica la direzione del cibo, oscillando e dondolando l'addome. A seconda della qualità del cibo, varia la velocità delle danze.

Pur parlando la stessa lingua, però, le api italiane e le api austriache usano gerghi diversi, per cui alcuni messaggi trasmessi hanno significati difforni e possono causare confusione. Infatti, ad esempio, l'ape italiana usa la danza dell'addome per indicare distanze superiori ai quaranta metri, mentre per l'ape austriaca tale danza indica una lontananza molto maggiore. Per questo motivo, l'ape austriaca, operando in base all'informazione dell'ape italiana non troverà il nettare, perché lo cercherà troppo lontano.

Anche se le api hanno differenti meccanismi di cognizione del mondo che le circonda, rispetto ai normali parametri dell'uomo, ad esempio gli organi della vista, la percezione dei colori e degli odori, e così via, prendo lo spunto dall'acuta osservazione di Karl von Frisch per osservare come, nel corso di un rapporto comunicativo fra gli umani, non conti tanto un repertorio di lemmi identificabili, ma come sia, invece, indispensabile la trasmissione di codici tramite un collegamento empatico, che consenta di porsi in maniera immediata nello stato d'animo o nella situazione dell'altro. Perché si realizzi la sintonia relazionale, è assolutamente indispensabile evitare ogni adeguamento alla logica comune, sfruttando la ricchezza comunicativa del nostro linguaggio, intessuto di simboli, metafore, allegorie e anche paradossi; in realtà, «una comprensione migliore della comunicazione ci costringe a riesaminare i nostri vecchi modi di trattare i problemi» [12].

In particolare, nel corso di una seduta di psicoterapia, perché si strutturi una comunicazione veramente efficace, è indispensabile fare in modo che il paziente sgombri la mente da schemi preconcepiuti, così da poter osservare i problemi utilizzando una nuova chiave di lettura, capace di passare oltre il classico binomio *causa/effetto* per orientare l'attenzione in senso finalistico, proprio come sollecita la Psicologia Individuale, verso nuove possibilità, al momento, neppure immaginabili [9].

Ecco perché, come s'è detto, è necessario favorire un "cambiamento" [11]. È solo questo l'espedito capace di riattivare nel soggetto la *fiducia in se stesso*, portandogli a livello di coscienza il fatto che la condotta da lui seguita sino a quel momento era stata svantaggiosa nei confronti del fine ultimo che si era proposto di raggiungere e dei veri obiettivi che aveva deciso di conseguire. È indispensabile, perciò, ampliare il campo di ricerca per individuare il modo che ha il soggetto di percepire la realtà: solo così sarà possibile estendere lo spazio d'opzione entro il quale egli potrà attuare le sue scelte a venire.

Nel particolare caso, poi, in cui sia necessario un intervento incoraggiante è ancor meno concepibile, per l'operatore, pensare di dover ricorrere a un formulario fraseologico predefinito, ma è, invece, indispensabile che egli analizzi con cura il modo con cui il soggetto riesce a percepire la realtà: solo così gli sarà possibile individuare le modalità del proprio criterio d'intervento, che deve basarsi primariamente sull'"incoraggiamento empatico", condotta del tutto appropriata ai principi di solidarietà partecipante suggeriti dalla nostra Scuola. Scrivono, infatti, Don Dinkmeyer e Rudolf Dreikurs: «L'incoraggiamento è uno degli aspetti più importanti di ogni sforzo correttivo» [4].

Ma che cos'è l'incoraggiamento? Per comprenderne appieno il concetto, seguiremo i principi del "pensiero antitetico" proposti dalla Psicologia Individuale.

Secondo questa *norma del ragionare per opposti*, dovremo, di necessità, partire dal concetto contrario all'incoraggiamento: lo *scoraggiamento* [9].

Lo scoraggiamento è, in sostanza, la mancanza o la perdita del *coraggio*, che, oltre a essere il contrario della *paura*, è anche una modalità di sentire e di operare in contrapposizione ai pericoli e alle loro conseguenze. Non v'è dubbio che lo scoraggiamento sia un sintomo del *complesso d'inferiorità*, determinato da una vasta serie di fattori, in modo particolare dal deterioramento morale del vissuto personale, provocato dai rapporti sociali, capaci di fungere da matrice dell'abnorme sentimento d'inefficienza, che induce proprio lo scoraggiamento [1].

È fondamentale, per ben comprendere il concetto di *scoraggiamento*, differenziarlo da quello di *frustrazione* [8]. La frustrazione è una situazione psicologica a causa esogena, a insorgenza acuta, imm modificabile, non superabile e tale da vanificare l'appagamento di un desiderio o il perseguimento di una meta, mentre lo scoraggiamento ha tendenza alla cronicizzazione, è di natura endogena e passiva e, quindi, in grado di incrementare il "complesso d'inferiorità".

Su queste basi, sintetizzando, possiamo definire «lo scoraggiamento una persistente condizione di disagio, un guasto, una malattia subdola della vita di relazione, che corrode la serenità dell'animo, appanna la mente e paralizza la progettualità, inducendo ansia e sfiducia».

Lasciato a sé, lo scoraggiamento non ha alcuna possibilità di guarigione. Se affiora lo scoraggiamento, lo *Stile di vita* si presenta alterato, il livello dell'autostima si abbassa al punto di annullarsi totalmente, crolla il rispetto per se stessi e si diventa timidi, paurosi, estremamente vulnerabili.

La tipica risposta aggressiva descritta da John Dollard e dalla sua équipe nello studio effettuato una settantina di anni fa presso l'Istituto della relazione umana della Yale University sul *rapporto tra frustrazione e aggressività* [6], se vale per la frustrazione, non è, invece, sempre valida per lo scoraggiamento.

Anche allo scoraggiamento si può rispondere talora con aggressività, di solito autolesiva, ma allo scoraggiamento ci si può più spesso adattare, tollerandolo come se fosse uno stato d'animo ordinario.

Se si vogliono evitare gli effetti negativi dello scoraggiamento, è necessario divenire tanto esperti da individuarlo al suo primo manifestarsi e ciò potrà avvenire soltanto se si sarà in grado di disporre delle tecniche comunicative adatte a contrastarlo, infondendo il coraggio sufficiente per affrontare la vita.

L'utilizzo degli strumenti dell'*analisi della comunicazione*, nella maggior parte

dei casi, permette di mantenere una relazione valida con il soggetto, aiutando l'operatore a comprendere meglio ciò che sarebbe più opportuno e conveniente dire e fare, ai fini di un più proficuo incoraggiamento.

Dreikurs e Cassel propongono *venti punti* [7], alcuni dei quali possono risultare molto utili al fine di alimentare la spinta vitale per superare lo scoraggiamento. Io ne ho selezionati nove, ritenendoli adatti tanto ai più giovani che agli adulti, e li propongo qui:

- cercare di ottenere un miglioramento, non il completo appagamento o l'affermazione;
- apprezzare di più l'impegno del soggetto, dei risultati che riesce a conseguire;
- fare in modo che percepisca la nostra fiducia;
- convincerlo a non considerare mai gli errori come se fossero degli insuccessi;
- fargli comprendere che l'errore ha una sua funzione pedagogica;
- stimolarlo, senza spingerlo mai oltre le sue reali capacità;
- aiutarlo a trovare il coraggio di essere imperfetto;
- tener presente che lo scoraggiamento è contagioso: bisogna vincere il pessimismo, tendendo a un approccio ottimistico con la vita, perché l'ottimismo non incoraggia solamente chi lo possiede, ma tutti coloro che lo circondano;
- ricordare sempre che la lode non ha lo stesso valore dell'incoraggiamento.

Molti ritengono che «incoraggiare equivalga a esprimere compiacimento. [...] c'è una differenza sottile fra i due atteggiamenti» [7].

Un bambino, ad esempio, può ricavare dall'elogio l'impressione di valere in proporzione al suo *essere all'altezza* delle aspettative delle persone adulte, ma quando egli stesso sarà cresciuto, la sua capacità di affrontare i "compiti vitali" sarà in rapporto al livello che penserà di aver raggiunto nel giudizio degli altri. L'elogio non fa che rafforzare l'attenzione dell'individuo su se stesso, generando spesso insoddisfazione, mentre l'incoraggiamento, al contrario, fa in modo che egli concentri l'attenzione sulle proprie forze e sulla capacità di vivere in mezzo agli altri.

Il coraggio riattiva la *fiducia in se stessi* e ristabilisce la capacità di affrontare sia le situazioni contingenti che quelle al momento imprevedibili, senza mai permettere all'individuo di sentirsi uno sconfitto, neppure in caso d'insuccesso. Il vero incoraggiamento sta, dunque, nel fargli sentire che "vale la pena di tentare" e nel fornirgli "sicurezza".

Bibliografia

1. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
2. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
3. ADLER, A. (1935), *Über das Wesen und die Entstehung*, tr. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.
4. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to Learn: The Encouragement Process*, tr. it. *Il processo d'incoraggiamento*, Giunti e Barbera, Firenze 1974.
5. DOLCI, D. (1996), *La struttura maieutica e l'evolgerci*, La Nuova Italia, Scandicci (FI).
6. DOLLARD, J., MILLER, N. E., DOOB, L. W., MOWRER, O. H. & SEARS, R. R. (1939), *Frustration and Aggression*, tr. it. *Frustrazione e aggressività*, Giunti e Barbera, Firenze 1967.
7. DREIKURS, R., CASSEL, P. (1972), *Discipline without Tears*, tr. it. *Disciplina senza lacrime*, Ferro, Milano 1976.
8. PAGANI, P. L. (1995), "Il disagio e la frustrazione", "La costellazione familiare", *Atti del 5° Congresso Nazionale SIPI, Stresa*, a cura di MASCETTI, A., ZIGHETTI, M., Brunello 1995.
9. PAGANI, P. L. (1996), *Il counseling adleriano*, Dispense a cura dell'Istituto Alfred Adler di Milano.
10. WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H., JAKSON, D. D. (1967), *Pragmatics of Human Communication*, tr. it. *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 1971.
11. WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. & FISCH, R. (1974), *Change*, tr. it. *Change: la formazione e la soluzione dei problemi*, Astrolabio, Roma 1974.
12. WATZLAWICK, P. (1976), *How Real is Real*, tr. it. *La realtà della realtà*, Astrolabio, Roma 1976.

Pier Luigi Pagani
Via Giasone del Maino, 19/A
I-20146 Milano
E-mail: pl.pagani@tin.it

Le strategie dell'incoraggiamento

GIAN GIACOMO ROVERA

Summary – THE STRATEGIES OF ENCOURAGEMENT. The strategy of encouragement is one of the most original approaches in I.P.C. (Individual Psychology Compared). This strategy is far from being eclectic, and can be inserted as a therapeutical project within the context both of a model of a network and of a network of models. In the case of a pulsation model an interindividual one is to be preferred. And this is in complete accordance with present-day neuro-scientific research, and it is in correlation with phenomenological/existentialist thought. The special, unique, nature of I.P.C. can be realised in an interdisciplinary bio-psycho socio-cultural paradigm in which the individual is in the middle of the therapeutical interaction. This therapy must be “made to measure”. An association with pharmaceutical drugs and with other rehabilitating aids is possible. In the present “post-modern” period which recognizes the plurality of cultures, complementarity among various disciplines is fundamental for an explicative-comprehension approach that utilizes empathetic involvement, “enactment”, “disclosure” and transmotivational research. Encouragement methods are applicable to various types of treatment (educational, counseling, analytical). In conclusion, to encourage means to attempt, to create a genuine, authentic Social Feeling.

Keywords: STRATEGIES OF ENCOURAGEMENT, EMPATHETIC INVOLVEMENT, TRANSMOTIVATIONAL RESEARCH

I. Introduzione

A)

Nell'attuale periodo postmoderno [43, 74] si deve essere consapevoli dei diversi punti di vista e delle molteplicità culturali, che possono implicare temi articolati come quello riguardante la strategia dell'incoraggiamento.

La nietzschiana “volontà di potenza” proposta in una particolare accezione dal modello adleriano [74] sembra sfrangiarsi verso un cosmopolitismo di diritti/norme per la bioetica, rapporti coevolutivi tra natura e cultura, dibattiti su libertà e responsabilità, idee di correlazione tra intelligenza logica e neuroni specchio. Se poi ci si incammina in nuove correlazioni fra semantica ed epistemologia

dovremmo entrare non solo in una “crisi della ragione”, ma anche in una “crisi della traducibilità generale dei linguaggi” [30, 52, 84, 88, 89, 90, 91].

B)

In tale contesto la *Psicologia Individuale Adleriana* si confronta in modo *compatibile, compatibile e plausibile* grazie ad un *approccio comprensivo/esplicativo* dell’individuo, in uno studio che riguardi il biologico, lo psicologico, il sociale ed il culturale.

Trattare *del coraggio e dell’incoraggiamento* (Par. II) significa pertanto:

- delimitare operativamente i termini all’interno di un contesto psicopatologico e clinico e comunque nell’ambito delle relazioni di aiuto (Par. II-III);
- discutere sui fattori psicologico-dinamici maggiormente rilevanti (Par. III);
- far emergere gli aspetti psicoterapeutici più collaudati (Par. IV).

C)

Qualora venga utilizzato un *modello di rete interdisciplinare come paradigma teorico-pratico*, circa una strategia dell’incoraggiamento, si possono menzionare *tre schemi di riferimento (C1, C2, C3)*, improntati alla dinamica tra “il comprendere, lo spiegare e il capire”.

C 1)

1) Il *primo obiettivo* dell’attuale ricerca delle Neuroscienze è il progetto di naturalizzazione della intelligenza sociale, consistente nella valutazione della natura dei processi neurali che regolano le relazioni interpersonali [33, 87, 92]. Ma vi è il rischio, evidente nello studio sul *cervello sociale* [18] che un approccio tra attività neuronali e attività mentali “sia risolto” troppo “riduzionisticamente” o troppo “aprioristicamente” [33]. In tale contesto rientrano le attuali ricerche del *mirroring*.

Tali quesiti sono stati in qualche modo affrontati nella Prefazione [74] al libro di Schiffer [81] su “La memoria sono io” in cui si affrontava il senso dell’ “epochè” (sospensione del giudizio) husserliana e dei *Qualia* (coscienza autoriflessiva) [25].

2) Peraltro anche la innovativa concezione dell’esperienza del corpo quale *simulazione incarnata (embodied simulation)* [33] e dei suoi correlati neurali senso-motori, non appare ancora oggi risolvere il problema della distinzione tra mondo soggettivo e mondo oggettivo: mentre gli stessi vengono pur sempre incanalati verso l’*individualità* (olismo).

Resta il fatto che la soggettività è inscindibile dall’unitarietà della coscienza e specie della *coscienza autoriflessiva o Qualia*: e questa è una *sfida formidabile* [25] che rimane a tutt’oggi un mistero se non un *enigma concreto*.

Le domande sul “da dove vieni” e sul “dove vai”, così come l'*idea su Dio* [3, 71, 72] sebbene mostrino un substrato biologico funzionale comune, non possono però *dimostrare* un'equivalenza tra neuroni specchio ed empatia [33].

3) Inoltre *il sistema della molteplicità condivisa (Shared Manifold)* [32, 33], qualora venisse a costituire l'*identità Sé-altro* per lo sviluppo di forme più articolate di *relazione interindividuale* (o intersoggettiva se la si considera in riferimento a due menti): non si giungerebbe ancora alla comprensione del significato delle proprie e delle altrui sensazioni, emozioni e cognizioni.

Il modello neurofisiologico dell'intersoggettività mostra assonanze col *concetto di empatia* (Par. II, III, IV), specie nell'ambito di una *fenomenologia della percezione* [45] in cui vi sarebbe un passaggio dal *Körper* (corpo naturale) al *Leib* (corpo vissuto) [60, 75]: sino a giungere ad una *naturalizzazione della cognizione sociale* [18, 19] che oggi rappresenta più una sfida che non una base per le ricerche scientifiche.

C 2)

1) *Il secondo obiettivo* riguarda le professioni d'aiuto nell'ambito di una *antropologia clinica esistenziale o neo esistenziale* [14, 15, 51].

La validazione di un rapporto tra *Neuroscienze ed Existenzenwelt* (mondo esistenziale) è tuttavia un'*ipotesi neuroscientifica debole* in quanto l'oggetto di studio deve rivolgersi alla “mente estesa” (altra da noi). Già nella sua *Psicopatologia generale* Jaspers (1912-1959) distingueva lo *spiegare scientifico (Erklären)* e del *comprendere fenomenologico (Verstehen)*, riunendole in qualche modo nel *capi-re (Begreifen)*.

2) Queste tematiche psicofilosofiche ritornano con nuova pregnanza nella configurazione di *empatia (enigma oscuro o addirittura tormentoso)*, *complesso processo mentale alla base del Mitwelt*, il quale costituisce oggi un interessante campo di studio delle Neuroscienze [51]. Tra l'*Umwelt* (mondo dell'ambiente naturale) e l'*Eigenwelt* (mondo dal di dentro con l'assunzione del Sé) è appunto situabile il *Mitwelt* (mondo degli altri con gli altri e con le loro interazioni sociali e culturali).

Questi *tre mondi*, sono interattivamente legati ed indivisibili e sono terreno di esperienza delle funzioni mentali che accolgono l'interesse delle Neuroscienze ed aprono ad un *mondo di possibilità* ampliando le *nostre mappe interne*.

C 3)

Il terzo obiettivo riguarda la possibilità di una *comprensione esplicativa* circa il *mondo della possibilità* [55, 56, 74, 99].

Le *strategie dell'incoraggiamento* possono attingere a queste configurazioni concettuali che rappresentano anche una serie di sfide rispetto alla misurazione del processo terapeutico, dei metodi empirici (*evidence based*) circa la ricerca clinica applicata e l'*outcome*, nonché lo studio della Psichiatria Culturale.

D)

1) La vaticinata *liberalizzazione dell'epistemologia contemporanea* (anche clinica), rispetto ai rigidi criteri di verifica sperimentale, dipende dal fatto che all'interno di metodi e tecniche di scuola, il consenso si è rivelato poco affidabile. La controprova sarebbe evidente nel caso della psicoanalisi, in cui il metodo anche quando applicato con ortodossa coerenza, ha dato luogo a interpretazioni e spiegazioni divergenti [23, 24, 30].

La sfida di una *ricerca in psicoterapia* che dovrebbe *a priori* essere adeguata al suo oggetto: *a posteriori* aprirebbe invece la questione se e quanto le variegate metodologie attuali riescano a decodificare ciò che accade in un percorso psicoterapeutico e quindi in una strategia dell'incoraggiamento [76].

Anche se si mostrasse (nel senso di spiegazione *versus* comprensione e dimostrazione *versus* spiegazione) [99] che all'interno di *coppie dicotomiche* possa essere gettato un ponte di *comprensione esplicativa (monismo dinamico)* tali coppie, per alcuni, potrebbero pur sempre indicare una distinzione tra il mondo soggettivo e quello oggettivo.

2) La *prospettiva psicologica evolutiva* sta emergendo come disciplina capace di articolare interattivamente le prospettive psicodinamiche, evolutive, psicosociali, sistemiche familiari, cognitive e neurobiologiche [12]. Al centro del modello vi è lo sviluppo della *capacità di mentalizzazione* [9], con un *approccio di tipo teleonomico* [61]. Tale predisposizione genetica innescata dall'esperienza sarebbe compatibile con la mentalizzazione e le altre funzioni, comprensione e regolazione, *versus* il *Mirroring* [32, 33, 53, 54].

L'attenzione rivolta alla mentalizzazione ripropone concetti psicologico-dinamici come *l'empatia, l'insight, l'Io osservante* in un nuovo contesto, che ne coglie gli aspetti relazionali, cognitivi e neurobiologici e li colloca nell'*ambito della teoria evolutiva, della ricerca empirica e delle psicoterapie* [10, 50, 84].

In questa concezione può anche rientrare la nuova configurazione di *olismo* che va al di là delle *connotazioni vitalistiche* di Smuts (1927) riprese da Adler (1927-1930) ma anche dell'*olismo scientifico* proponendosi oggi come *olismo dinamico*.

II. Coraggio e incoraggiamento

A)

I referenti psicologici del *coraggio*, per le loro caratteristiche “positive”, sono attualmente oggetto di indagini privilegiate per la Individualpsicologia. Dinkmeyer e Dreikurs [22] hanno al proposito analizzato l'*incoraggiamento* indicandolo come *processo*. I *nove punti* che sono sottolineati come base di un *processo di incoraggiamento*, vengono ad assumere importanza per definire il *coraggio*. Essi corrispondono alle motivazioni ed ai comportamenti dell'*individuo inteso come un tutto*, che afferma se stesso in un dato contesto sociale e culturale.

Quali sono le *connotazioni del coraggio* le loro dinamiche psicologiche e gli elementi caratteristici che in qualche modo ne stanno alla base? Il coraggio sarebbe in parte una caratteristica innata, in parte acquisita e quindi “culturaldipendente”.

Il coraggio ed i suoi contrari non sono assimilati a semplici condotte *naturaldipendenti*. Se ci addentriamo nelle loro radici emozionali, nel carattere e nelle strutture sociali e valoriali, tali accezioni giungono anche ad un'*espressività culturaldipendente*, venendo a costituire il cosiddetto *cervello culturale*.

B)

B 1)

1) In *campo psicologico-dinamico*, il coraggio non assume un mero significato di “condotta coraggiosa” di fronte ad un determinato pericolo. Esso va inteso come *atteggiamento coraggioso*, quale disposizione durevole, espressione dello *stile di vita* dell'individuo, dinamicamente diretto verso una *meta (finalismo morbido)* [61] e non disgiunto dal sentimento sociale (da intendersi qui come *social sentiment*, più che come *social feeling*).

Mentre per un relativismo culturale ogni gruppo sociale avrebbe i suoi simboli guida inerenti alle condotte coraggiose: nell'ottica di una *pluralità relazionale, culturale pragmatica* [64] si ritiene che per parlare di atteggiamento coraggioso, sia necessario un certo grado di *intenzionalità*, basato su un orientamento di valori condiviso.

Il coraggio inoltre non può essere disgiunto da altre *istanze* quali l'*aggressività* socialmente canalizzata ed il *Sé Creativo* [62]. È altresì probabile che esso abbia a che fare con alcuni *sottosistemi dello stile di vita* [85] quali l'identità personale, l'autostima, la politica di prestigio eccetera.

Il coraggio può anche rientrare nell'ambito di un *sistema di compensazioni*, rivolgendosi al *lato utile della vita* e non alle dinamiche dell'inferiorità.

2) Viceversa l'accezione si avvicinerebbe più alla *temerarietà* nel caso di condotte ritenute coraggiose, se queste fossero il frutto di *compensazioni negative* o si prefiggessero funzionalmente un superamento dell'inferiorità, quale *sintomo controfobico* oppure ancora attraverso un'*aggressività distruttiva*: con obiettivi di dominio e di prevaricazione sugli altri.

Nella sua *significazione e finalità precipue*, il coraggio sarebbe quindi, un atteggiamento non solo riferibile ad una compensazione positiva, ma ad una *espressione del sentimento sociale* sino a diventarne uno degli elementi costitutivi (Par. III-IV-V).

B 2)

1) In precedenti contributi [58, 59, 63, 73, 68, 84] si configurava la *transmotivazione in rapporto all'incoraggiamento*, facendo riferimento ad una evoluzione dinamica dell'autonomia funzionale, dei bisogni in evoluzione e dei vari livelli di motivazione (biologico, psicologico, socio-culturale e valoriale). E ciò era in riferimento al *criterio epigenetico* e dei *cicli di sviluppo*.

Tale approccio verrebbe a costituire una *organizzazione dinamica dello stile di vita*, e quindi del *coraggio e del sentimento sociale*. Le *proposte per una strategia dell'incoraggiamento* [63] opererebbero attraverso la *transmotivazione* e potrebbero verificarsi durante tutto l'arco della vita (*life span*).

2) In un *contesto storico-culturale definito*, il coraggio e di conseguenza l'incoraggiamento, devono tenere conto del *continuo mutamento di sviluppo dell'individuo in rapporto alla linea direttrice*. I vari parametri diventano gli apparati delle mete autorealizzative e l'individuo apprende ad elaborare ed a strutturare in tal modo il proprio *stile di vita*, quale "organizzazione dinamica" di quei sistemi bio-psico-socio-culturali che lo regolano (*determinismo morbido*).

I livelli di un'interazione delle motivazioni possono interagire variamente fra loro e qualora confluiscono tendenzialmente nella meta finale, si può parlare di un *approccio transmotivazionale: qui coraggio e sentimento sociale (quale sentimento) si amalgamano strettamente*: essi possono giungere ad una *strategia di incoraggiamento* nel caso di terapie complesse (Par. IV).

3) Uno *scoraggiamento sistematico* può giungere ad una "*helplessness*", attraverso la squalifica transazionale, la disconferma reiterata, l'emergere di *frustrazioni negative* o l'avvento di situazioni traumatiche.

C)

Un'attenta lettura delle Opere di Alfred Adler [6, 7, 48, 49] porta implicitamente o esplicitamente a considerare il coraggio come un elemento importante in numerosi contesti psicoeducazionali, di counseling, di psicoterapia (Par. IV).

Come prima ricordato furono Dinkmeyer e Dreikurs [22] che circostanziarono i loro studi come *processo di incoraggiamento* (Par. III-IV). Più recentemente Low Losoncy [42] ha esteso gli interventi nell'ambito di una *terapia dell'incoraggiamento* (Par. IV).

I lavori della Scuola italiana [27, 28, 48, 49, 78] (Par. III-IV) conferiscono risalto alle dinamiche riguardanti la *transmotivazione*, il *transfert/controllotransfert*, il *coinvolgimento empatico*. Le correlazioni con la *Psichiatria Culturale* [8], con le *terapie farmacologiche* e con le *Neuroscienze* diventano inoltre oggi una proficua area di ricerca e di intervento che si realizzano in una *strategia terapeutica dell'incoraggiamento* (Par. III-IV-V).

III. Alcuni elementi di rilevanza dinamica

A)

Tra i fattori che appaiono di rilevanza dinamica nelle relazioni terapeutiche è importante sottolineare che più che un comportamento (*behaviour*) sia fondamentale avere un *atteggiamento (attitude)* incoraggiante. Esso definisce, come già detto, un *sentimento (sentiment* più che *feeling)*: accezione che esprime una *complessa combinazione di attitudini emozionali, di sentimenti, di opinioni, quale base per azioni e giudizi* [100]. Sicché si utilizzerà d'ora in avanti la locuzione di *social sentiment*, giacché esso ha una pregnanza speciale in rapporto al coraggio (Par. IV-V).

B)

Il *setting* è un contesto di ricerca psicologico-clinica, una *cornice* con vincoli spazio-temporali, che determinano ruoli e funzioni, in modo da poter analizzare i vissuti del paziente regolando altresì gli stili relazionali durante il colloquio.

1) Sembra interessante sottolineare che il *setting* nelle strategie di incoraggiamento rinnova l'uso costruttivo del controtransfert (attivo oppure reattivo) spostando i confini e le dimensioni della relazione analitica [26].

2) Il *setting* per gli Adleriani ha un'importanza rilevante [4, 6, 7, 44]. Il *setting* analitico costituendo "appartenenza e attaccamento" è un *ponte* fra le richieste esterne e l'individuo. In una specifica accezione in cui il terapeuta viene a costituire per il paziente un'identificazione dei genitori, riproducendo una *tardiva assunzione della funzione materna-paterna* [44], esso può assumere anche la connotazione di un *setting come se* [44, 96].

C)

1) *I movimenti di transfert e controtransfert*, elementi distintivi del trattamento analitico sono andati incontro nel tempo a molte distinzioni teorico-applicative.

Una questione che emerge oggi è se vi sia, in aggiunta ai movimenti di *transfert e controtransfert*, anche (distinta dall'*alleanza terapeutica*) una *relazione reale* [36]. Questa considera come le condizioni “materiali” del mondo dell’analista possano anch’esse interferire nel trattamento.

A seguito dell’evoluzione teorico-pratica *delle matrici del transfert e del controtransfert* si studiano oggi gli *enactment* (o microagiti controtransferali) [31], le *disclosure* (il rivelare o non rivelare taluni stati affettivi dell’analista), le *co-costruzioni intersoggettive* [93].

Tali movimenti sarebbero riferibili ai profondi pattern relazionali dell’*attaccamento primario* ed entrerebbero a far parte della funzione di *mentalizzazione* [29, 62]. Per questa evoluzione si è debitori soprattutto alla *Svolta relazionale* [46] ed agli studi di Searles [82, 83], che si sono incentrati sul processo e circa il *lavoro relazionale sul transfert* [31].

2) In un importante studio di Pagani e Ferrigno [48] i temi dell’*asse transferale e controtransferale nel setting adleriano* vengono affrontati in modo rigoroso e puntuale. Essi sono propensi ad intendere tale asse in un’accezione relazionale molto più estesa rispetto al modello psicoanalitico, rapportandolo a *due individui in un percorso emotivo comune* [2].

Il controtransfert incoraggiante andrebbe a costituire un’atmosfera relazionale di sostegno e di contenimento empatico, tale da rendere possibile l’accesso progressivo e successivo alla fase dell’*interpretazione* e del *cambiamento* [48, 66].

3) In un uso prioritario dell’incoraggiamento, il terapeuta adleriano dovrebbe *empatizzare ed immedesimarsi con l’altrui stato affettivo* e con la sua cultura di appartenenza *modulando la distanza*.

4) La tendenza ad agire nelle strategie dell’incoraggiamento (*enactment e disclosure*) passa attraverso le vicissitudini del *crogiolo analitico* e rimobilità sia i *legami teneri affettivi*, sia gli aspetti socioculturali nell’*hic et nunc* (ovvero *nel momento ora*), sia gli elementi prospettici del *Sé Creativo* [69].

Le vicissitudini di tali movimenti sono immerse nella complessità del cambiamento e richiedono altresì una *comprensione empatica*, criteri di particolare competenza radicata in comuni e basali riferimenti (etici) che evitino le *violazioni dei confini del setting* giungendo ad una *malpratica iatrogena* [67].

D)

1) Mentre la *resilienza* è la capacità dell'individuo di affrontare e superare le avversità della vita [16, 97], in un'area differente viene situata la *resistenza*, importante fattore per le Psicoterapie Dinamiche e densa di *significati* e di *metafore*.

In un *senso stretto* le resistenze in psicoterapia possono essere considerate come una sorta di riluttanza del paziente ad abbandonare vecchi e stabilizzati stili di tipo difensivo, che gli conferiscono una pseudo-sicurezza. In un *senso più esteso* le resistenze fanno parte di tutte le relazioni psicoterapeutiche e quindi anche delle strategie dell'incoraggiamento [72].

Per l'Individualpsicologia adleriana la resistenza è un concetto operativo. Essa sarebbe *l'insieme di quelle forze*, di quei dinamismi prevalentemente inconsci, che inducono il paziente ad assumere atteggiamenti di *negativa salvaguardia contro la cura* [67] a prescindere dai desideri consci di cambiamento. La resistenza sarebbe pertanto una variante specifica di un fenomeno ubiquitario: da un lato sostenuto da una motivazione positiva, dall'altro dalla paura del fallimento [41].

2) La *funzione delle resistenze*, nel corso degli interventi, dovrebbero essere esplorate e trattate nei *nodi della rete del trattamento* (intrapsichici, interpersonali e socio-culturali).

Nelle strategie dell'incoraggiamento ogni manovra terapeutica può minacciare la rottura dell'equilibrio clinico instabile, venendo a realizzare una *resistenza al cambiamento*. Di qui nascono le *resistenze al transfert, alla psicoterapia ed ai farmaci (effetto nocebo)*, quali segnalatori di fattori oppositivi al processo di guarigione [20].

Anche nel *controtransfert* possono emergere delle resistenze, nel momento in cui l'utilizzazione terapeutica dovrebbe essere una chiave, non solo per un miglior coinvolgimento empatico, ma anche per una maggior comprensione dell'individuo.

3) Si possono enumerare *molteplici forme di resistenza al cambiamento* durante il processo analitico. Esse possono essere: *evidenti, mascherate, complesse* [66]: basti qui ricordare gli atti mancati, i silenzi prolungati, l'iperaggressività eccetera.

4) In tutte le tipologie delle strategie dell'incoraggiamento (Par. IV) l'*analisi delle resistenze* è una delle questioni fondamentali. Senza tale analisi sarebbe più difficile un'evoluzione positiva del quadro clinico [41, 66].

Nel *trattamento delle resistenze* [66], oltre l'interpretazione si enumerano alcuni punti tra i quali: l'*immedesimazione esistenziale* [70], lo *smascheramento delle resistenze*, l'*uso della metafora* [40], l'utilizzo dell'*architettura del paesaggio culturale del paziente* [43], eccetera.

E)

1) Vi sono molti oggi a sostenere che la *comprensione empatica* di per sé sia terapeutica, pure se essa non venga verbalizzata. La comunicazione empatica potrebbe anche far comprendere i vissuti e le resistenze che compaiono nella relazione transferale [13].

Le attuali *ricerche empiriche e cliniche* [5, 39] sono d'accordo sull'*adattamento positivo che i terapeuti dovrebbero avere verso i loro pazienti*. È ciò che preconizzava Adler quando parlava dell'*abito su misura* in relazione alle tecniche di intervento.

Uno degli obiettivi dell'agire terapeutico dovrebbe essere quello di far sì che esso sia specificatamente "confezionato" per il paziente. Far terapia vuole dire avere una speciale attenzione nella modulazione dei *fattori terapeutici* [11].

2) Ciò porta alla controversa questione se in psicoterapia analitica debba prevalere la polarità espressiva o quella supportiva [39].

L'*intervento espressivo* è un approccio attraverso cui si cerca di indagare e scoprire la relazione paziente/terapeuta: i desideri, i timori, i conflitti e i meccanismi di difesa inconsci del paziente. L'*intervento supportivo* afferisce invece ad un approccio in cui l'attività terapeutica promuove il funzionamento adattativo del paziente all'interno ed all'esterno dell'interazione terapeutica, con capacità di fornire: esame di realtà, previsione delle conseguenze, moderazione emotiva, eccetera.

Una *strategia dell'incoraggiamento* si pone quale *ricoprimento tematico* fra le varie metodiche impiegate nell'arco delle due polarità degli interventi, modulando le molteplici tecniche, sì da giungere a realizzare un *abito su misura*.

3)

a) Circa i *meccanismi di cambiamento*, vi è una disquisizione se sia a) l'interpretazione del conflitto inconscio a produrre mutamenti strutturali (*modello del conflitto*); b) oppure se a essere responsabile del mutamento sia l'interiorizzazione di una nuova relazione col terapeuta (*modello del deficit*) [62].

b) I *fattori di cambiamento* sono inoltre correlati alle *variabilità dell'esito*, cioè alla valutazione sia della misura che della natura del mutamento stesso. Le modi-

fizzazioni dell'alleanza terapeutica e del *continuum* degli interventi, nell'ambito di un atteggiamento incoraggiante, riguardano le modalità terapeutiche (sia di tipo *espressivo* che *supportivo*), che si articolano quali: interpretazione, confronto, smascheramento delle finzioni, chiarificazione, invito all'elaborazione, suggerimenti/consigli, sostegno alle compensazioni positive.

c) Nella *dinamica espressivo/supportiva* rientrano anche l'*enactment* e la *disclosure* che fanno parte del *clima terapeutico incoraggiante*, oggi ritenuto importante per riconoscere i nuclei dinamici del processo terapeutico. Il sentirsi capiti dal terapeuta migliora sostanzialmente certi aspetti resistentivi, aprendo anche canali rispetto allo *strato roccioso* delle difese.

d) Con ciascun paziente si può dare enfasi più a una direzione che all'altra: ma nella maggioranza dei casi sono all'opera combinazioni delle due sottostrategie espressiva e supportiva [39].

F)

Per valutare il processo di incoraggiamento è necessario riferirsi all'intero percorso della terapia in una *prospettiva transmotivazionale*. Talora il cambiamento si prolunga anche dopo la fine dello stesso, per un effetto evolutivo intrinsecamente transmotivazionale. L'*esperienza interindividuale* sia del paziente che dell'analista, dovrebbe venire *compresa e riconosciuta* da entrambi i partecipanti favorendo la realizzazione della *diade coraggio/sentimento sociale* (*social sentiment*) (Par. II-IV-V).

IV. Gli interventi nelle relazioni d'aiuto

A)

Gli elementi dinamici dell'incoraggiamento (Par. III), sottolineano il tema della *relazione terapeutica* e dell'importanza del *sentimento sociale*.

Per un intervento sull'incoraggiamento (in tutte le relazioni d'aiuto) [76] si deve risvegliare il sentimento sociale del paziente acquisendo la sua fiducia di base. Per questi motivi il terapeuta si costituisce come un elemento di *assunzione tardiva della funzione materna*, attraverso un buon rapporto interindividuale (Par. II-III-IV).

Quale configurazione concettuale del *progetto terapeutico* [72, 94] si può intendere quell'atteggiamento di ragionevole *prospettiva finalistica* che, in relazione alla valutazione clinica complessiva, al sistema di compensi ed al contesto socio-culturale ci si può aspettare nell'ambito di un intervento di incoraggiamento: pedagogico, di counseling, di terapia, di strategia.

B)

B1)

Un *approccio psicoeducativo* si riferisce adlerianamente a determinati criteri [22, 42, 80] e può utilizzare anche *tecniche di tipo prescrittivo* [58]. L'importanza globale degli argomenti, per una strategia dell'incoraggiamento, riguarda non solo le persone disabili o comunque in difficoltà, ma anche gli operatori socio-sanitari e la famiglia. Gli interventi ineriscono l'adattamento in generale: l'inserimento scolastico, sociale, affettivo, nonché le attese e gli oneri a carico dell'intera comunità [63, 64, 65, 72, 79, 102].

Questi aspetti già trattati da Adler [2, 3, 4], costituiscono condizioni e istanze permanenti dell'umana presenza nei vari compiti della vita. Il sentimento di inferiorità si pone in modo dinamico di fronte a *tentativi compensatori* che possono verificarsi o attraverso un superamento dello stesso (*resilienza*) (Par. III), oppure ad un ulteriore radicamento sino ad un *complesso di inferiorità* che può condurre allo *scoraggiamento*, attraverso espedienti di salvaguardia quali: mascheramento, negazione, isolamento, ipercompensazione negativa, aggressività auto-etero-diretta, eccetera.

Nello sviluppo del proprio stile di vita [85] durante le fasi evolutive il bambino con disabilità psichiche, fisiche o socio-culturali (vedi oggi il fenomeno della *immigrazione*) esperisce gli stimoli derivanti dalle frustrazioni/gratificazioni. La strutturazione del Sé/Stile di Vita viene largamente compromessa durante l'*arco evolutivo*, realizzando un'*interazione fra disabilità e sistema difensivo improprio*.

Sentimento di inferiorità e sentimento sociale dovrebbero essere modulati positivamente e concretamente prolungati nelle varie tappe della vita. È in questa direzione che può inserirsi innanzitutto un *contenimento empatico* e poi un *processo di incoraggiamento*, che innesti le sue radici nel percorso familiare, scolastico e socio-culturale.

B2)

Nel *Counseling incoraggiante*, la priorità professionale del *counselor*, rispetto al proprio cliente, è quella di utilizzare una *precondizione all'ascolto*. Essa non è l'applicazione di tecniche raffinate, ma consiste in un *atteggiamento mentale* autenticamente incoraggiante, in grado cioè di consentire al cliente di esprimere le sue potenzialità e le sue risorse verso l'autoaffermazione.

L'ascolto attivo è sulla *frontiera della partecipazione e dell'immaginazione, dell'attenzione e del riconoscimento*. In questa relazione terapeutica l'importante è che vi sia l'opportunità di fare l'esperienza di essere e sentirsi compreso. In tale prospettiva diventa essenziale la capacità del *lasciarsi raggiungere dal cliente*.

L'ascolto diventa una forma specifica d'intervento, nel momento in cui sia volta a mantenere un ponte tra realtà interna (conscia ed inconscia), interindividuale ed esterna.

B3)

1) Nelle *terapie dell'incoraggiamento* propriamente dette, Lew Losoncy [42] articola gli interventi anche dei precedenti livelli (Par. III, B1 e B2) ed associa altresì metodiche di altre Scuole psicoterapeutiche dell'area *umanistica ed esistenzialistica*.

Rifacendosi ad Alfred Adler ed a Dinkmeyer e Dreikurs, l'Autore punta sulla *responsabilizzazione del cliente*, sulla fiducia, sul coraggio e sulle *motivazioni al cambiamento* (Par. III).

Un Istituto per l'incoraggiamento (IPOD) fondato nel 1978 in Nord America (Chicago e New York), ha programmi di *training* per operatori psicosociali, per insegnanti, per *counselor*. A questi è conferito un certificato di *terapista dell'incoraggiamento*, dopo un tirocinio nelle scuole, nelle carceri, nelle amministrazioni aziendali, eccetera.

2) Nella *Metodologia Clinica*, è innanzitutto importante valutare le attitudini all'incoraggiamento del terapeuta. A seconda del tipo di cliente è necessario indirizzarsi: o *versus* la revisione dello Stile di Vita; oppure *versus* la realtà. È utile privilegiare a seconda delle fasi della terapia e pure a seconda del disturbo psicopatologico, un *approccio di tipo espressivo piuttosto che supportivo o viceversa*. Il percorso si struttura in *quattro fasi*.

Fase I – Affect focusing. Il *focus* è centrato sulle emozioni e sulla sfera affettiva. Incoraggiare la *fiducia di base in se stessi* sulle possibilità individuali, fa emergere una percezione positiva di fronte alle esperienze di vita ed ha una potenzialità verso nuove vie.

Fase II – Cognition focusing. Consiste nello spiegare al cliente i suoi problemi, le sue risorse e le sue potenzialità. Il *processo di incoraggiamento* è incentrato sulle emozioni del soggetto rispetto alla confrontazione e rielaborazione delle sue credenze e delle sue emozioni.

Fase III – Action focusing. Quando il cliente ha sviluppato il senso di responsabilità, la tappa successiva è indirizzata verso un'analisi dello stile di vita [85] e pure verso una *direzione positiva nell'azione*, cioè nei fatti concreti della vita. Le domande sono: che cosa vuoi fare nella vita? Quando vorrai fare ciò che desideri? L'incoraggiamento è volto al *piano della vita*, alle varie mete ed allo sviluppo concreto degli scopi realizzativi. Nella terza fase si tende a giungere ad un'unità

nei vari sottosistemi del concetto del *Self* [85], al controllo personale, alle motivazioni del coraggio e quindi alla transmotivazione (Par. III).

Fase IV – Olistic focusing. Questa è la fase della *libertà* e della *responsabilità*. L'ultimo *goal* della terapia dell'incoraggiamento è rendere il cliente responsabile, fiducioso e motivato al cambiamento [42]. Si giunge così al “dono della libertà” o come si dice con un'altra terminologia al *recupero della propria soggettività* o meglio ancora *al sentimento della possibilità di libertà* [1, 95].

C)

1) Mentre il *progetto* è l'anticipazione della possibilità la *strategia* è l'insieme di abilità teorico-pratiche intese come tendenti a realizzare un progetto sia sul piano metodologico che finalistico [61, 94]. Le *strategie dell'incoraggiamento* rientrano nel *progetto terapeutico*, quale forma più completa del trattamento. Studi sulle strategie psicoterapeutiche sono state studiate da numerosi Autori [37, 86]. In queste ricerche vengono affrontati i problemi non solo teorici, ma anche pratici di un *approccio strategico*. Esso offre le possibilità di confrontarsi anche con vari modelli, associazioni (ad esempio farmacologiche e riabilitative) e metodiche (ad esempio *psicoterapie adleriane brevi*) [28].

2) Mentre una *psicoterapia tattica* è preferibile nelle situazioni di *crisi* con mete prestabilite, le *strategie terapeutiche e riabilitative* hanno funzioni ordinatrici e seguono *linee direttrici* all'interno di un *progetto terapeutico*. Sicché il pensare strategico attraversa una visione di insieme, *originale e unitaria*, e può facilitare l'inserimento di numerosi programmi terapeutici nell'ambito di una *comprensione esplicativa*.

3) Gli aspetti complessivi di una *strategia dell'incoraggiamento* in qualsiasi approccio (psicopedagogico, di *counseling* e di psicoterapia analitica), non conducono ad un *come fare* (imitazione ripetitrice), ma ad un *fare come* [60] ad un *abito su misura* [34].

Si ritiene che possano afferire *varie sottotecniche*, tra le quali:

- a) eseguire un'anamnesi complessiva accurata che già di per sé è terapeutica;
- b) cogliere diagnosticamente eventuali problemi di carattere mentale, somatico, sensoriale, culturale, lavorativo;
- c) non sottovalutare lo stato di *scoraggiamento*;
- d) inviare comunicazioni corrette e non “prescrizioni paradossali”;
- e) operare un'identificazione dei referenti culturali del coraggio, utilizzando un particolare *stile culturale di incoraggiamento*;
- f) valutare il problema della *distanza*, con fornitura di presenza e di *empatia*;
- g) portare specifica attenzione alla *costellazione familiare e sociale ed ai problemi sessuali*;

- h) interpretare con *empatia* secondo approcci di confrontazione flessibile, il *finalismo dei sintomi*, lo smascheramento selettivo delle finzioni, l'analisi delle situazioni reali;
- i) rifuggire da una strategia sincretistica che utilizzi indiscriminatamente una serie di sottotecniche pur di ottenere un qualsivoglia risultato;
- l) sondare il livello motivazionale in cui si può situare la dinamica dello scoraggiamento, per giungere ad una *transmotivazione*;
- m) tendere ad una valutazione delle *mete reali raggiungibili*: ciò rinforza l'area della sicurezza, dell'autostima e quindi del coraggio;
- n) accettare con *coraggio* i propri limiti attraverso un'*analisi del Sé/stile di vita* [27] tendente alla *creatività* [62], onde raggiungere un autentico *sentimento sociale*.

V. Considerazioni critiche

Sembra utile nelle considerazioni conclusive sottolineare i *punti salienti di una strategia dell'incoraggiamento* che può essere considerata anche come una sfida per il prossimo futuro. In ispecie:

1) Questo contributo ha cercato di fornire degli spunti critici attraverso l'incoraggiamento nelle relazioni di aiuto terapeutiche. Si è proposto una *definizione del coraggio* che largamente utilizzato in modo aspecifico, sembra potersi costituire come un approccio complesso ed articolato in *numerosi campi applicativi* (psicopedagogia, *counseling* e analisi). Una *strategia dell'incoraggiamento* implica saper fronteggiare talune evenienze psicopatologiche e cliniche, mediante l'articolazione funzionale dei livelli motivazionali.

2) Le strategie dell'incoraggiamento costituiscono un *ponte* tra neuroscienze, psicologia e cultura. I risultati delle ricerche indicano che la *matrice intersoggettiva/interindividuale* emerge dalla nascita del *soggetto/individuo*, fino a giungere a forme evolute che comprendono abilità cognitive, emotive, affettive. L'intersoggettività si radicherebbe in un *sistema motivazionale* fondamentale per la sopravvivenza della specie [92] e che costituirebbe altresì il *fulcro transmotivazionale* di una strategia dell'incoraggiamento.

3) Alcuni fattori che si osservano durante interventi *pregni di significato* definiti anche *momenti-ora* consentirebbero l'acquisizione o l'attivazione di nuovi *set* di memorie implicite che aumenterebbero le strategie dell'individuo nel sentire e nell'agire. Ciò avverrebbe prevalentemente nel *dominio delle memorie implicite procedurali* che ridimensiona anche il *dominio delle memorie esplicite dichiarative*.

4) Il lavoro analitico non consiste tanto nello “scavare” nell’inconscio della mente, ma nel costruire un dialogo denso di *coinvolgimento empatico*, il quale attraversa il mondo esperienziale sia del paziente che del terapeuta [92] ed è tale da considerare la pregnanza del *co-transfert incoraggiante*, in rapporto alle reciproche attività organizzatrici di entrambi i soggetti [33].

5) I *neuroni specchio* di recente scoperta [32, 33, 54], confermerebbero la congettura (di cui al punto 4) *come se* rappresentassero uno dei modi possibili dell’individuo, per *comprendere l’agire dell’altro*.

Questo spazio d’azione condiviso da altri individui potrebbe *comprendere* la capacità di attivarsi alla percezione dell’emozione altrui, espresse con moti del volto, gesti e suoni: e nel contempo “spiegare” *la base neurobiologica della partecipazione empatica* [32, 33, 54]. In ciò sta la *comprensione esplicativa* [74].

6) Le riflessioni su quello che accade quando *due menti di due individui (intersoggettività/interindividualità)* si incontrano in un’esperienza condivisa portano a una visione diversa della psicologia, della psicopatologia e delle psicoterapie dinamiche, consentendo un’evoluzione da una dimensione *monopersonale* ad una *bipersonale*.

7) In passato gli *strumenti diagnostici* che avevano determinato caratteristiche categoriali o semicategoriali non erano in grado di tenere in considerazione e descrivere classificando l’eterogeneità insita nei diversi gruppi diagnostici: individui che pur potevano condividere la stessa diagnosi descrittiva, *nomotetica*, avevano spesso caratteristiche cliniche di funzionamento diverse e uniche, cioè *idiografiche* [47]. Questo aspetto permette oggi la messa a punto di *progetti di trattamento individualizzati* [8, 47, 57].

8) Pure il *setting* in una prospettiva di rete può portare ad una modificazione dello stesso [66, 98]. Le ricerche sembrano orientarsi: da un atteggiamento di osservazione distaccata a quello di *una partecipazione attiva al processo emotivo durante la seduta*.

9) Le recenti configurazioni del *concetto di inconscio* [46] verso la cosiddetta *rivoluzione relazionale*, pongono l’*asse transferale/controtransferale* al centro della teoria e della pratica delle psicoterapie dinamiche. L’impatto di questa nuova concezione porta dal punto di vista clinico e psicoterapeutico a modificazioni nel tipo di *coinvolgimento empatico* e nel *processo di cambiamento* [47].

10) Sembra importante riportare il *pensiero adleriano*, quando viene affermato che «non serve a nulla dire a un paziente che egli ha un sentimento di inferiorità sperando che solo per questa constatazione scompaia l’inadeguatezza». È quindi

necessario valutare nell'incoraggiamento gli *stili terapeutici del curante* di fronte ai molteplici *stili culturali del paziente*.

Attraverso esperienze vissute in una *interazione psicoterapeutica* l'individuo può raggiungere un *atteggiamento coraggioso* unito ad un autentico *sentimento sociale*: così come con modalità reciproche si ritiene che il *sentimento sociale* possa corrispondere ad uno *stile di vita coraggioso*.

Bibliografia

1. ABBAGNANO, N. (1957), Kierkegaard e il sentiero della possibilità, in AA. VV. (a cura di FABRO, C.), *Studi kierkegaardiani*, Morcelliana, Brescia.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma, 1971.
3. ADLER, A. (1930), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
4. ADLER, K. A. (1967), La Psicologia Individuale di Adler, in WOLMAN, B. B. (a cura di), *Psychoanalytic Techniques*, tr. it. *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma, 1974: 319-360.
5. AMADEI, G. (1988), Prefazione, Ricerche cliniche ed incontri sempre più ravvicinati, in HORWITZ, L., GABBARD, G. O. ET ALII, *Psicoterapia su misura*, Raffaello Cortina, Milano, 1998: VII-XX.
6. ANSBACHER, H., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
7. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1964), *Superiority and Social Interest*, Northwestern University, Evanston.
8. BARTOCCI, G., FRIGHI, L., ROVERA, G. G., LALLI, N., DE FONZO, M. D. (1998), in OKPAKU, S. O. (Ed.), *Clinical Method in Transculturale Psych.*, *Am. Press. Wash. D. C.*, 16: 32-35.
9. BATEMAN, A., FONAGY, P. (2004), *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization Based Treatment*, tr. it. *Il trattamento basato sulla Mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente Borderline*, Raffaello Cortina, Milano 2006.
10. BERGER, M. D. (1984), The Way to Emphatic Understanding, *Am. J. Psychiat.*, 1: 45-56.
11. BERGIN, A., GARFIELD, S. L. (Eds. 1971), *Psychotherapy and Behaviour Change*, Wiley & Sons, New York.
12. BLEIBERG, E. (2005), La comprensione psicoanalitica dei disturbi mentali, la prospettiva evolutiva, in PERSON, S., COOPER, A. M., GABBARD, G. O. (a cura di), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis*, tr. it. *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina, Milano, 2006, 11: 283-306.
13. BORGHI, L. (1989), Significati dell'empatia e del controtransfert, *Gli Argonauti*, 40: 67-82.
14. BRANCALEONE, F., BUFFARDI, G., TRAVERSA, G. (2008), *Helping – Le professioni d'aiuto dalla antropologia esistenziale alla consulenza filosofica*, Melagrana, Caserta.
15. BUFFARDI, G. (2009), Antropologia clinica esistenziale e neuroscienze: confronti e compatibilità, *L'Altro*, XII, 1: 9-14.
16. CANEVARO, A., MALAGUTI, A., MIOZZO, A., VENIER, C. (a cura di, 2001), *Bambini che sopravvivono alla guerra*, Erickson, Trento.
17. CAVALLI SFORZA, L. L. (2004), *L'evoluzione della cultura*, Codice, Torino.
18. COZOLINO, L. J. (2002), *The Neuroscience of Psychotherapy. Building and Rebuilding the Human Brain*, Norton & Co., New York-London.
19. COZOLINO, L. J. (2006), *The Neuroscience of Human Relationships. Attachment and the Developing Social Brain*, tr. it. *Il Cervello Sociale. Neuroscienze delle relazioni umane*, Raffaello Cortina, Milano 2008.

20. CREMERIUS, J. (1982), Schweigen als Problem der psychoanalytischen Technik, *J. Psychoanal.*, 6: 69-103.
21. DECETY, J., LAMM, C. (2006), Human Empathy through the Lens of Social Neuroscience, *Scientific World Journal*, 6: 1146-1163.
22. DREIKURS, R. (1967), "Psychodynamics Psychotherapy, and Counseling", Alfred Adler Institute, Revised Edition, Chicago.
23. EDELMAN, G. M. (1987), *Neural Darwinism. The Theory of Neuronal Groups Selection*, tr. it. *Darwinismo neurale. La Teoria della Selezione e dei Gruppi Neurali*, Einaudi, Torino 1995.
24. EDELMAN, G. M. (1992), *Bright Air, Brilliant Fire. On the Matter of the Mind*, tr. it. *Sulla materia della mente*, Adelphi, Milano 1993.
25. EDELMAN, G. M. (2006), *Second Nature (Brain Science and Human Knowledge)*, tr. it. *Seconda natura. Scienze del cervello e conoscenza umana*, Raffaello Cortina, Milano 2007.
26. EHRENBERG, D. B. (1992), *The Intimate Edge*, tr. it. *Il limite dell'intimità. Potenziare l'interazione analitica*, C.S.E., Torino 1999.
27. FASSINO, S. (a cura di, 2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra, interazione cervello mente persona*, CSE, Torino.
28. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale, spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
29. FONAGY, P., TARGET, M. (2006), The Mentalization-Focused Approach to Self Pathology, *J. Pers. Disord.*, 20: 544-576.
30. FORNARO, M. (2009), Perché la ricerca in psicoterapia non può esaurire la peculiarità della clinica. Per un'integrazione epistemologica, *Psicoterapia e scienze umane*, Angeli, XLIII, 2: 191-214.
31. GABBARD, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano 1995.
32. GALLESE, V. (2003), The Roots of Empathy: a Shared Manifold Hypothesis and the Neural Basis of Intersubjectivity, *Psychopathology*, 26: 171-180.
33. GALLESE, V. (2009), *Neuroscienze e fenomenologia*, Enc. It. Treccani, Roma, XXI Secolo: 171-181.
34. GIANNAKOULAS, A., FIZZAROTTI SELVAGGI, S. (2003), *Il Counselling psicodinamico*, Borla, Roma.
35. GIAVEDONI, A. (2007), Integrating Pharmacotherapy and Psychoanalytic Psychotherapy: Role and Significance of Medication, *Quip*, XXVI: 46-56.
36. GREENSON, R. R. (1960), Empathy and its Vicissitudes, *Int. J. Psychoanal.*, 41: 418-424.
37. HALEY, J. (1963), *Strategies of Psychotherapy*, tr. it. *La strategia della Psicoterapia*, Sansoni, Firenze 1974.
38. HORA, T. (1959), Epistemological Aspects of Existence and Psychotherapy, *J. Indiv. Psychol.*, 15: 173-180.
39. HORWITZ, L., GABBARD, G. O., ALLEN, J. G., FRIESWYK, S. H., COLSON, D. B., NEWSON, G. E., COINE, L. (1996), *Borderline Personality Disorder. Tailoring the Psychotherapy to the Patient*, tr. it. *Psicoterapia su misura. Pazienti Borderline e Patologie Mentali Gravi*, Raffaello Cortina, Milano 1998.
40. KOPP, R. R. (1995), *Metaphor Therapy*, tr. it. *La metafora nel colloquio clinico*, Erikson, Trento, 1998: 124-125.

41. KRÜTTKE-RÜPING, M. (1990), Transfert, Controtransfert e Resistenza, *Indiv. Psych. Dossier II*, Torino, Saiga: 78-100.
42. LOSONCY, L. (1981), Encouragement Therapy, in CORSINI, R. S. (Ed.) *Handbook Innovative Psychotherapies*, 21: 286-298.
43. LYDDON, W., SCHREINER, G. (1998), Postmodernism and Psychotherapy Complexity and Change, *Psich.*, VII: 17-28.
44. MADDOX, C. (1998-1999), Transfert, distorsione paratattica e terapia Adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 43-55.
45. MERLEAU PONTY, M. (1945), *La phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris.
46. MITCHELL, S. A. (2000), *Relationally: from Attachment to Intersubjectivity*, tr. it. *Il modello relazionale dall'attaccamento all'intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano 2002.
47. MUNDO, E. (2009), *Neuroscienze per la psicologia clinica, le basi del dialogo mente e cervello*, Raffaello Cortina, Milano.
48. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-41.
49. PARENTI, F. (1984), Analisi dei rapporti fra Fenomenologia, Psicoanalisi e Psicologia Individuale Comparata adleriana, in CAZZULLO, C. L., SINI, C. (a cura di), *Fenomenologia, Filosofia e Psichiatria*, Masson, Milano: 141-149.
50. PONSÌ, M. (2006), Acting (in e out) Enactment, agire, in BARALE, F. ET ALII (a cura di), *Psiche. Dizionario Storico di Psicologia, Psichiatria, Psicoanalisi, Neuroscienze*, Einaudi, Torino, Vol. I: 7-11.
51. PRESTON, S. D., DE WAAL, S. B. M. (2002), Empathy: its Ultimate and Proximate Basis, in BOELLA, L., *Neuroetica*, Raffaello Cortina, Milano, 2008: 96.
52. RAINONE, A. (1993), Mente. Il problema mente-corpo e la filosofia della mente, *Enc. It., Treccani*, Roma, App. V: 408-411.
53. RIZZOLATTI, G., FABBRI-DESTRO, M., CATTANEO, L. (2009), Mirror Neurons and their Clinical Relevance, *Nature Clinical Practice Neurology*, 5: 24-34.
54. RIZZOLATTI, G., SINIGAGLIA, C. (2006), *So quel che fa il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina, Milano.
55. ROSSI, P. (1983), *Cultura e antropologia*, Einaudi, Torino.
56. ROSSI, P. (2007), *Max Weber. Una idea di Occidente*, Donzelli, Roma.
57. ROSSI, R., ROSSO, A. M. (2007), Il PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual): una classificazione con criteri diagnostici psicodinamici, *Giornale Italiano di psicopatologia*, 13: 76-84.
58. ROVERA, G. G. (1970), Aspetti prescrittivi in Psicoterapia, *Psicoterapia Medica*, VIII Congr. Intern., ACTA, Min. Medica, Torino: 1-4.
59. ROVERA, G. G. (1976), Psicoterapia e cultura: prospettive su base adleriana, in AA.VV., *Psicoterapia e Cultura*, Il Pensiero Scientifico, Roma: 74-86.
60. ROVERA, G. G. (1978), Die Individual-Psychologie. Ein offenes Modell, *Beitrag Zur Individual Psychologie*, Verlag, München: 157-172.
61. ROVERA, G. G. (1980), Mete fittizie e metanoia, in VOLTERRA, V. (a cura di), *Finalità della Psicoterapia*, Patron, Bologna, 1981: 91-98.
62. ROVERA, G. G. (1994), Formazione del Sé e patologia borderline, *Atque*, 9: 127-140.
63. ROVERA, G. G. (1994), La strategia di incoraggiamento nel bambino Down, *Atti del Congresso Internazionale: aggiornamenti sulla Trisomia 21*, Torino, Acta, 1995: 1-5.

64. ROVERA, G. G. (1995), Sentimento di inferiorità e sentimento sociale (negli interventi con soggetti portatori di deficit), in ROVERA, G. G., SABBATINI, F. (a cura di), *L'handicap nella scuola secondaria superiore*, Omega, Torino: 33-53.
65. ROVERA, G. G. (1996), in RUNDEL, G. M., WISE, M. G., *Textbook of Consultation Liaison Psychiatry*, tr. it. *La Psichiatria nella Pratica Medica – Introduzione*, Torino, C.S.E., 1999: VII-XVII.
66. ROVERA, G. G. (2002), Das Netzwerkmodell in Individualpsychologie aus erkenntnistheoretischer sichtsicht, in ZAPOTOCZKY, H. G., FISHHOF, P. K. (a cura di), *Psychiatrie der Lebensabschnitte*, Springer, Wien-New York: 77-96.
67. ROVERA, G. G. (2004a), Iatrogenia e malpratica in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 7-50.
68. ROVERA, G. G. (2004b), Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.
69. ROVERA, G. G. (2005a), Power, Culture, Creativeness Cultural Dimensions of the Creative Power of the Self, *Il Sagittario*, 18: 39-60.
70. ROVERA, G. G. (2005b), Psichiatria Transculturale: aspetti teorico-pratici e Nuove Professionalità, *Soc. It. Psych. Transc.*, ACTA, Roma, VI: 1-5.
71. ROVERA, G. G. (2006a), Cultura, potere, spiritualità, *Giorn. It. Psicopatol.*, 12, II: 5-6.
72. ROVERA, G. G. (2006b), The Biopsychosocial Paradigm: Evolutionism vis-à-vis Creationism, Cultural Construction of the Spiritual Self, *First Int. Congress of Cultural Psychiatry*, ACTA, Pechino, China, S-III-21, 23-26/9: 1-6.
73. ROVERA, G. G. (a cura di, 1981), *L'approccio transculturale in psichiatria*, ACTA, I Congr. Psych. Transc., M. S. L., Torino 1984.
74. ROVERA, G. G., (2008), Prefazione, in SCHIFFER, D., *Io sono la mia memoria*, CSE, Torino.
75. ROVERA, G. G., BOGETTO, F. (1979), Il concetto di persona in Merleau-Ponty, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il sistema aperto della Individual-Psicologia*, Quad. Riv. Psicol. Indiv., 2: 23-80.
76. ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di, 2004), *La ricerca in Psicologia Individuale*, C.S.E., Torino.
77. ROVERA, G. G., FASSINO, S., ANGELINI, G. (1977), Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia, *Min. Psichiatr.*, 18: 167-174.
78. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1982), Considerazioni psicopatologiche ed applicazioni cliniche in tema di strategie dell'incoraggiamento, *Rass. Ig. Mentale*, IV, 1-4: 105-132.
79. ROVERA, G. G., SABBATINI, F. (a cura di, 1995), *L'handicap nella scuola secondaria superiore*, Omega, Torino.
80. RÜEDI, J. (1988), *Die Bedeutung für Pädagogik*, Verlag, Stuttgart.
81. SCHIFFER, D. (2008), *Io sono la mia memoria*, CSE, Torino 2008.
82. SEARLE, J. R. (1992), *The Rediscovery of the Mind*, tr. it. *La riscoperta della mente*, Bollati Boringhieri, Torino 1994.
83. SEARLES, H. F. (1979), *Countertransference and Related Subjects*, tr. it. *Il controtransfert*, Bollati Boringhieri, Torino 1994.
84. SHEPHERD, M. (1995), Psychiatry and Philosophy, *British Journal of Psychiatry*, 167: 287-288.
85. SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1990-1995), *Manual for Life Style Assessment*, tr. it. *Manuale per l'analisi dello Stile di Vita*, Angeli, Milano 1908.

86. SIANI, R., SICILIANI, O., BURTI, L. (1990), *Strategie di Psicoterapia e riabilitazione*, Feltrinelli, Milano.
87. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind*, tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
88. SMYTHIES, J. R. (1992), Neurophilosophy, *Psychological Medicine*, 22, 547-549.
89. SOLMS, M., TURNBULL, O. (2002), *The Brain and the Inner World*, tr. it. *Il cervello e il mondo interno. Introduzione alle neuroscienze dell'esperienza soggettiva*, Raffaello Cortina, Milano 2004.
90. SPADARO, P. (2009), Figure della realtà e realtà psichica, *Gli astronauti*, 122: 261-268.
91. STANZIONE, M. (1993), Mente – Neuroscienze e modelli della mente, Voce dell'*Enc. It. Treccani*, Roma, App. V: 412-416.
92. STEIN, E. (1917), *On the Problem of Empathy*, tr. it. *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 2003.
93. STOLOROW, R. D., ATWOOD, G. L., ORANGE, D. (1979), *Faces in a Cloud: Intersubjectivity. Personality Theory*, Aronson, Northvale, N. J.
94. TATARELLI, R., DE PISA, E., GIRARDI, P. (1998), *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto Medico-paziente*, Angeli, Milano.
95. TORRE, M. (1982), *Esistenza e Progetto Fondamenti per una psicodinamica*, M.S., Torino.
96. VAHINGER, H. (1911), *Die Philosophie des "Als Ob"*, tr. it. *La filosofia del "come se"*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1967.
97. VALE, L. J., CAMPANELLA, T. J. (a cura di, 2003), *The Resilient City: How Modern Cities Recover from Disaster*, Oxford Univ. Press., New York. 376.
98. VUILLEUMIER, P., POURTOIS, G. (2007), Distributed and Interactive Brain Mechanism During Emotion Face Perception: Evidence from Functional Neuroimaging, *Neuropsychologia*, 45: 174-195.
99. WEBER, M. (1922-1924 op. postuma), *Wirtschaft und Gesellschaft*, tr. it. *Il metodo delle scienze storico-sociali* (a cura di Rossi Pietro), Einaudi, Torino 1958.
100. WEBSTER'S (1966), Voce del *New Worlds College Dictionary*, V. Neufeldt (Ed.) III Ed., Simon & Schuster, Mac Millan, Cleveland: 1222.
101. WINNICOTT, D. W. (1949), Hate in the Countertransference, *International Journal of Psychoanalysis*, 30: 61-74.
102. WOLF, A. M. D., INGELFINGER, J. A., SCHIMTZ, S. (1994), Emphasizing Attitudes towards the Doctor-Patient Relationship in Medical Education, *Acad. med.*, 69: 895-896.

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

Novità Editoriali

BALZANO, G. (2009), *Oltre il disagio giovanile. Strategie di prevenzione e recupero*, Franco Angeli, Milano

Gli studi sulla condizione dei ragazzi del Terzo Millennio, nel nostro Paese, segnalano sempre più una situazione preoccupante. Difatti, i comportamenti auto-eteroaggressivi sono in drammatico aumento, così come in aumento appaiono la dispersione scolastica, l'assunzione di droghe e di alcool ed in generale il disagio giovanile: gli ultimi dati affermano che ormai nelle scuole superiori un adolescente su due fa uso di psicofarmaci. Questo libro vuole approfondire, soprattutto attraverso il racconto di storie cliniche, le possibili cause di questa situazione. Sono così riportate esperienze analitiche che l'autore ha condotto seguendo il modello di Alfred Adler, il fondatore nel 1911 di una scuola psicodinamica autonoma da quella freudiana, denominata Psicologia Individuale Comparata. Nel volume i riferimenti teorici al pensiero di Adler sono abbastanza limitati e semplificati per privilegiare gli aspetti più pragmatici, ovvero quelli relativi alla descrizione delle difficoltà che è chiamato ad affrontare il terapeuta adleriano nella soluzione dei nuovi disturbi presentati dai giovani del Terzo Millennio. E nell'esposizione di queste distorsioni, l'autore parte proprio dall'analizzare alcune caratteristiche della vita intrauterina, descrivendo poi delle psicopatologie che possono aver origine proprio in quella fase della vita. Proseguendo, vengono raccontate le peculiarità dei successivi periodi evolutivi, dalla nascita fino all'adolescenza, riferendo per ogni epoca la narrazione di casi clinici integrata da riflessioni ed indicazioni riguardanti l'eziopatogenesi dei disturbi e le forme di prevenzione che si possono elaborare. Per la profilassi così vengono approfonditi il ruolo delle figure genitoriali, quello della scuola e del generale contesto socio-culturale, che condiziona inevitabilmente la formazione dei giovani di oggi e l'insorgenza delle loro peculiari forme di disagio. Un malessere che, nella sua diffusione, sta assumendo sempre più l'aspetto di una vera e propria epidemia psico-sociale al momento inadeguatamente contrastata. Ed il volume, scritto in maniera romanzata, perciò di facile lettura, appare proprio un utile strumento di consultazione per tutti coloro – operatori psicologici, insegnanti, genitori – che sono chiamati giornalmente a confrontarsi con le pro-

blematiche dei ragazzi del duemila e desiderino conoscerli meglio nonché frenare l'ulteriore espansione dei loro disagi anche tramite la promozione di nuovi progetti di prevenzione e recupero.

MAIULLARI, F. (2009), *Il mito e le passioni - Introduzione alla mitologia greca e prospettive analitiche adleriane*, Le Monnier Università, Mondadori Education, Milano

Perché mito e passioni oggi? Perché il mito e le passioni sono l'essenza stessa della vita psichica. Mito è *racconto, sogno, utopia*; è dare senso al mondo e credere in qualcosa che spieghi e orienti l'esistenza. La passione, invece, indica il colore e la direzione del movimento psichico, costruttivo o distruttivo, secondo tutte le sfumature di un ipotetico arcobaleno degli affetti. Ognuno costruisce i suoi miti individuali, in modo conscio e inconscio; può trattarsi di miti religiosi, laici, civili, politici, di miti assoluti, sacri, profani, letterari, a volte positivi e a volte negativi, comunque è sempre di mito che si vive e che si può anche morire. Esiste un rapporto tra mito e cura di sé? La risposta è affermativa e gran parte del libro svolge in filigrana questa idea: dalla catarsi (di cui parla già Aristotele) che gli spettatori vivevano a teatro durante la messa in scena dei miti di dèi e di eroi, fino alle moderne cure psicologiche in cui qualcuno decide di andare a mettere in scena, ad esempio sul lettino di una stanza analitica, il mito personale che si cela nel teatro della sua mente. In questo lavoro l'autore per la prima volta riunisce in modo organico le sue competenze di medico e di psicoterapeuta con quelle di studioso dell'antichità classica. Egli si colloca così nel filone di studi di «psicologia storica» inaugurati dalla scuola francese e che vedono tra i suoi principali rappresentanti Jean-Pierre Vernant e Marcel Detienne.

LUCCHINI, A., LEOPARDI, C., NAVA, F., SANFILIPPO, B. (a cura di, 2009), *ItaliaAlcol. Studi e ricerche in alcologia*, Franco Angeli, Milano

Il volume affronta il tema della ricerca e della valutazione degli interventi in alcologia. Nei Dipartimenti delle Dipendenze, nei Ser.T., nei Servizi Alcolologici, gli utenti che presentano problematiche correlate all'abuso e alla dipendenza da alcol sono sempre più numerosi e complessi. Il volume presenta tre studi scientifici che si riferiscono ad ampie e rappresentative tipologie di consumatori problematici di alcol in trattamento nei Servizi Alcolologici Italiani. Il primo è uno studio prospettico, della durata di 12 anni, che ha coinvolto 2.500 alcolisti in trattamento, fotografa i nuovi stili di consumo, evidenziandone gli elementi di complessità, riporta infine gli esiti dei relativi trattamenti. Il secondo è un pro-

to collo di uno studio retrospettivo tuttora in corso coinvolgente circa 3.000 utenti che ha lo scopo di valutare nella pratica clinica l'uso del GHB – farmaco antiastinenziale e *anticraving* – in soggetti alcolodipendenti in trattamento. Il terzo è infine uno studio che ha coinvolto soggetti alcolisti con deficit d'attenzione ed iperattività (ADHD), che si avvale anche del contributo di Gilberto Gerra, dirigente dell'*Union Nation Office Drug and Crime* di Vienna. Gli studi presentati, che includono anche gli strumenti operativi utilizzati, permettono di fare emergere la complessità della patologia da dipendenza alcolica, la capacità dei professionisti di coordinarsi in gruppi di lavoro, la necessità che le attività di ricerca clinica siano parte integrante ed istituzionale delle attività dei Dipartimenti delle Dipendenze.

Notiziario

S.I.P.I.
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE
Member-Group of the
INTERNATIONAL ASSOCIATION OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

XXII CONGRESSO NAZIONALE

*“La rete delle finzioni nella teoria e
nella prassi adleriane”*

23-24-25 aprile 2010
Sanremo (IM)

