

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Anno XXXVII

Gennaio-Giugno 2009

Numero 65

Editoriale	«E non credere ciecamente a nessuna "autorità", neppure a me» di Giuseppe Ferrigno	3
C. Marocco Muttini		
C. M. Marchisio	<i>Rischi di evoluzione patologica in prima adolescenza</i>	7
G. Leccardi	<i>Lo specchio di Adler: la fine del narcisismo</i>	17
C. Ghidoni	<i>Il lavorare adleriano</i>	53
A. Bovero E. Zaina R. Torta	<i>Aspetti biopsicosocioculturali del dolore: riflessioni sulle esperienze cliniche e psicoterapeutiche con il paziente oncologico</i>	73
Arte e Cultura	<i>"Le figlie di Hanna": lettura adleriana di un romanzo intra e intergenerazionale</i> di S. Brambilla	95
Recensioni		105
Novità Editoriali		109



RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Norme redazionali

1. La *Rivista di Psicologia Individuale* è l'organo ufficiale della SIPI e pubblica articoli originali. Le ricerche, oggetto degli articoli, devono attenersi alle disposizioni di legge vigenti in materia.

2. Gli articoli devono essere inviati alla Segreteria di Redazione in 3 copie dattiloscritte accompagnate da CD-ROM con programma Word e registrato in Ascii; non devono essere stati accettati né in corso di accettazione presso altre Riviste italiane o estere.

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

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

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

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

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

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

7. 1. Riviste:

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

7. 2. Comunicazioni a Congressi:

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

7. 3. Libri citati in edizione originale:

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

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

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

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

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

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

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

Copyright © 2009 by SIPI

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

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 378 dell'11-1

Direttore Responsabile

PIER LUIGI PAGANI

Vice Direttore

GIAN GIACOMO ROVERA

Caporedattore

GIUSEPPE FERRIGNO

Redazione

CHIARA BERSELLI

SABRINA GAROLFI

GIULIA MANZOTTI

EGIDIO ERNESTO MARASCO

MARIA BEATRICE PAGANI

Comitato Scientifico

I DIDATTI DELLA SOCIETÀ ITALIANA

DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Direzione

Via Giasone del Maino, 19/A

I-20146 Milano

Tel./Fax 02-4985505

E-mail: ferrigno.giuseppe@fastwebnet.it

Sede legale

c/o Società Italiana di

Psicologia Individuale

Corso Einaudi, 28

10129 Torino

Stampa: Cop. Liberty s.n.c.

Via Palermo, 15 - 20121 Milano

Rivista di

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Year XXXVII

January-June 2009

Number 65

CONTENTS

Editorial	«And Don't Blindly Believe any Authority, not Even Me» by Giuseppe Ferrigno	3
C. Marocco Muttini		
C. M. Marchisio	<i>Risk of a Pathological Evolution During the First Adolescence</i>	7
G. Leccardi	<i>Adler's Mirror: the End of Narcissism</i>	17
C. Ghidoni	<i>Working Activity according to Adler</i>	53
A. Bovero		
E. Zaina		
R. Torta	<i>Biopsychosociocultural Aspects of Pain: Thoughts about Clinical and Psychotherapeutic Experiences with Oncological Patient</i>	73
Art and Culture	“Hanna's Daughters” by S. Brambilla	95
Reviews		105
Editorial News		109



Editoriale

«E non credere ciecamente a nessuna “autorità”, neppure a me»

La Psicologia Individuale, come tutte le psicologie del profondo, non può sottrarsi a una continua riflessione epistemologica sulle sue *condizioni di possibilità*, di *rigore* e d'*attendibilità*, nonché a un indispensabile lavoro di collegamento tra il “passato” e l’“attuale”, fra la “tradizione” e il “cambiamento”.

Mai come ora i principi teorici della Psicologia Individuale fioriscono come semi fertili, fecondi e creativi in tutta la loro modernità: l'*antidogmatismo*, il *finalismo causale*, il *soggettivismo fenomenologico*, il *sentimento del limite-inferiorità*, l'*immaginario* e i “*come se*”, l'*unità* concepita come coerenza fra le singole parti, il *Sé-Stile di vita*, la *psicoterapia intesa più come arte che scienza*, la *mente relazionale*, il *processo d'incoraggiamento empatico*, l'*irripetibilità dell'incontro duale analista/paziente*, difficilmente falsificabile, il *Sé creativo*, la *coppia terapeutica creativa*.

In un sistema teorico che ha come elemento fondante la *teoria delle finzioni* dovremmo non sottovalutare una “verità” paradossale, la *certezza dell'incertezza* – Giorgio Leccardi scrive nell'articolo “Lo specchio di Adler: la fine del narcisismo” – che si trasforma in dinamismo vitale che consente di spingere lo sguardo di ricerca sui *movimenti* che giungono dalle attuali linee di pensiero sul fronte antropologico, sociologico, neurobiologico, psichiatrico.

Lo stesso Alfred Adler in *Psicologia del bambino difficile* ereticamente esorta: «Il nostro vero compito sarà la pratica: nessuna educazione può essere costruita nel vuoto. Dovrete combattere con le difficoltà che derivano da interpretazioni diverse dalla ricerca scientifica. Daremo il benvenuto a

qualsiasi confronto, perché siamo tolleranti: dovrete studiare altre teorie e altri punti di vista, mettere tutto a confronto con molta cura, e non credere ciecamente a nessuna “autorità”, neppure a me».

L'assenza di “schematismi” precostituiti e l'apertura, invece, alla più ampia libertà di esplorare in modo versatile (pur mantenendo fermi gli assiomi di base irrinunciabili dell'Individualpsicologia) ogni possibile ipotesi, in sintesi proprio ciò che qualcuno ha sempre rimproverato alla Psicologia Individuale, rendono paradossalmente oggi il modello adleriano più adattabile, rispetto ad altri sistemi teorici più rigidi, a proiettarsi creativamente verso prospettive di studio, di approfondimento e di ricerca sulle sempre più repentine e frenetiche trasformazioni della nostra attuale società.

Occorrerebbe studiare a fondo quali influenze stia producendo nei giovani e nell'essere umano l'uso massiccio di *internet* e delle nuove tecnologie, così come sarebbe estremamente importante approfondire in quale misura si stia modificando nei giovani e nell'essere umano la modalità di pensare, di relazionarsi in concomitanza con lo sviluppo di nuovi modelli di funzionamento della mente indotto proprio da forme di comunicazione impensabili fino a qualche decennio fa. «La vulnerabilità legata ad una capacità critica non consolidata – Muttini e Marchisio scrivono nell'articolo “Rischi di evoluzione patologica in prima adolescenza” – può compromettere la costruzione del senso di realtà, ricacciando il giovanissimo in una condizione regressiva come quella di confusione tra mondo interno (immaginazione, fantasia, sogno) e mondo reale. [...] Oggi le nuove generazioni sono informate e cognitivamente iperstimolate attraverso mezzi sui quali l'adulto non esercita più una cernita preventiva: la televisione e soprattutto internet sono fruiti direttamente per iniziativa personale. Se alla TV qualche controllo preventivo ancora rimane, da parte di chi produce e organizza il palinsesto, non si può dire lo stesso per internet, dove i giovanissimi imparano a “navigare” anche più disinvoltamente dei loro genitori, che sono talora del tutto ignari del mezzo o non consapevoli di quello che i figli fanno e vedono».

Nell'era postmoderna siamo invasi da nuove forme di comunicazione, basti pensare agli *sms*, alle *e-mail*, a *facebook*, alle *segreterie telefoniche*, che, spezzando la *simultaneità sincronica* dell'incontro nell'*hic et nunc*, nel *qui e ora*, tendono a creare una distanza impareggiabile fra i comunicatori attraverso la *frammentazione del tempo* che volatilizza la possibilità dell'individuo di armonizzarsi in sinfonie di ritmi vitali condivisi: tende a svuotarsi la sacralità dell'intreccio fra anime nell'*hic et nunc*, il senso dell'*inutile*, il gusto della chiacchiera, la nostalgia di una comunicazione intima e profonda che si nutra di dialoghi segreti, di intense emozioni, di sorrisi, di pianti e di sguardi che si

accendono incrociandosi sincronicamente e simultaneamente: gli orologi interni, i nostri metronomi interni, rischiano di tararsi su una lunghezza d'onda sfasata, fuori tempo rispetto al ritmo dell'altro, degli altri, del mondo, del senso comune.

Sarebbe opportuna una riflessione sui vantaggi, ma soprattutto sui rischi di un pensare e di un relazionarsi sempre più diffuso negli ultimi decenni che, da certi punti di vista, sembrano richiamare la “giostra senza fine” della “bella Angelica” dell'*Orlando Furioso*, inseguita a vuoto dai suoi spasimanti senza alcuna possibilità di contatto interindividuale.

Mai come oggi l'Individualpsicologia avverte la necessità di “aprirsi” ai nuovi fermenti e alle nuove inquietudini che la *normalità* e la *patologia* della società contemporanea sembrano offrire attraverso i profondi cambiamenti e le vorticosi trasformazioni di cui l'attualità clinica è espressione.

Giuseppe Ferrigno

Rischi di evoluzione patologica in prima adolescenza

CHIARA MAROCCO MUTTINI, CECILIA MARIA MARCHISIO

Summary – RISKS OF A PATHOLOGICAL EVOLUTION DURING THE FIRST ADOLESCENCE. This paper refers to the age of preadolescence and suggests strategies to recognize the signals of a pathological evolution, starting from the evaluation of clinical cases. The article underlines the role of the educational context to develop a harmonious lifestyle.

Keywords: PREADOLESCENCE, RORSCHACH, EDUCATION

I. Introduzione

Le età della preadolescenza (11-13 anni) e della prima adolescenza (circa 14-15 anni) sono da considerare le più critiche [25] per lo sviluppo psicologico, in concomitanza con la crescita fisica accelerata e la discrepanza accentuata tra maturazione corporea e psicoaffettiva.

La maggiore libertà di cui i ragazzini usufruiscono oggi è essa stessa un fattore di rischio: l'autonomia si costruisce attraverso le esperienze. La responsabilizzazione precoce può aiutare, a patto però che gli adulti rimangano punti di riferimento stabili e solidi, così da essere guida e termine di confronto per la formazione di un senso della realtà adeguato. Il rischio è che i ragazzi non escano dalla logica del pensiero infantile, che spesso confonde ancora fantasia e realtà, desiderio e possibilità. Una lettura del mondo circostante richiede capacità che si costituiscono attraverso esperienze dirette ma anche attraverso l'educazione, che mette a disposizione informazioni, cultura, valori.

Una libertà prematuramente concessa rispetto al livello di autocontrollo si trasforma in licenza [30] foriera di comportamenti illeciti, dannosi per sé e per gli altri: si pensi all'esercizio della sessualità non supportato da una parallela matu-

razione affettiva e all'aggressività manifestata, addirittura esibita per "volontà di potenza" [1], come sopraffazione sui più deboli. L'aggressività, energia e motore di crescita e di affermazione, richiede un contenimento da parte degli adulti per essere incanalata su obiettivi positivi. Mancando la guida, essa viene riversata in forma impulsiva verso l'esterno [25]. I più giovani sono quelli che risentono maggiormente della carenza di contenimento, in quanto risultano ostacolati nell'accedere a un senso dell'esistenza [3] nel quale creatività individuale e adattamento sociale trovino espressioni equilibrate [28]. La mancanza di valori trascendenti [29] indirizza a comportamenti svincolati da un finalismo evoluto e sostenuti da un immediato scarico delle pulsioni. L'imperfetta compensazione del *sentimento di inferiorità* in questa fase della vita spinge talora a prevaricare i più deboli [26], come *finzione rafforzata* di una sicurezza che non si possiede. D'altra parte gli adulti mostrano di temere le espressioni aggressive adolescenziali senza saperle sostenere e contenere, spesso confondendole con sintomi patologici [24]. L'incapacità di discernere tra manifestazioni magari eccessive di una vitalità non temperata dall'autocontrollo ed evoluzioni patologiche di una fase critica fa enfatizzare da parte dell'ambiente adulto i comportamenti instabili e impulsivi [5]. Questi andrebbero affrontati con elasticità: senza drammatizzarli nella loro portata futura ma nello stesso tempo senza tollerarli. Non intervenendo si trasmette al giovane un messaggio d'impotenza da parte degli educatori e non si propone una scala di valori che invece deve essere chiaramente espressa, pur in concomitanza con la comprensione verso comportamenti d'insufficiente controllo di sé. L'aggressività in forma impulsiva non è quindi necessariamente espressione di patologia in atto, ma dell'im maturità che non permette di volgersi verso obiettivi costruttivi come mete di realizzazione e d'espressività creatrice [4].

Mentre atteggiamenti aggressivi suscitano un allarme non sempre proporzionato al loro significato, aspetti di evoluzione patologica, all'inizio meno evidenti e per questo talora sottovalutati dagli adulti, riguardano il contatto con la realtà. Si tratta di elementi che si collocano ad un livello d'im maturità strutturale ancora più precoce di quelli prima menzionati. La modulazione degli istinti è legata all'eccitazione pulsionale che le trasformazioni puberali provocano, mentre la confusione tra mondo interno ed esterno è legata ad un'incompleta definizione dei confini del Sé.

Si è osservato che il clima familiare è improntato oggi all'affettività più che alla normatività [29]. Questa impostazione educativa può concorrere alla carenza nella costituzione di limiti [6, 31], così che mentre gli impulsi possono riversarsi all'esterno, il soggetto patisce un'angoscia di distruzione ("bianca" secondo Green [13]), legata alla perdita a livello narcisistico [11]. Si produce un sentimento di prevalenza del mondo rispetto alla propria debolezza; l'educazione rigida poteva condurre ugualmente a forme di angoscia ("rossa", secondo Green) di castrazione e di colpa [9]: forniva però un senso del limite più sicuro e una strut-

tura di livello più evoluto [21]. Si può pensare anche che gli educatori (genitori, insegnanti, tate) fossero mediatori più efficaci nel mettere in relazione il fanciullo con il mondo esterno e con gli altri: il racconto fantastico, la fiaba anche quando faceva paura, erano offerti in un clima rassicurante, proprio perché l'adulto con la sua presenza ed empatia faceva da filtro [8].

Talora il punto di vista dell'adulto viene recepito acriticamente oppure rifiutato altrettanto immotivatamente nel tentativo di dimostrare la propria autonomia che è ancora imperfetta. Invece, il ragazzo in preadolescenza e in prima adolescenza ha bisogno di mediatori adulti perché la conoscenza e l'interpretazione critica sono ancora limitate.

La ribellione è il tentativo di rompere i legami di dipendenza, non un'indicazione di ostilità [19] né un voler eliminare i modelli, mentre i cambiamenti delle condizioni sociali nella vita contemporanea possono acuire i problemi degli adolescenti che devono scoprire la propria identità fuori dai condizionamenti familiari. La famiglia è divenuta più instabile, con fragili fondamenti nei tradizionali stili di vita e di educazione. Ma la profonda esigenza di identificazione con modelli, mentre quelli parentali in termini di valori sono più incerti, porta a ricercarli dove sono offerti, magari al di fuori di un contesto affettivo rassicurante e fidato. I ragazzi non hanno ancora la capacità per distinguere le eventuali idee erranee degli adulti, dovute ad ignoranza o pregiudizi, da quelle che sono invece manipolazioni dolosamente condotte.

La vulnerabilità legata ad una capacità critica non consolidata può compromettere la costruzione del senso di realtà, ricacciando il giovanissimo in una condizione regressiva come quella di confusione tra mondo interno (immaginazione, fantasia, sogno) e mondo reale. Il limite ha ancora bisogno di essere rinforzato dall'esterno [6] almeno per i soggetti con meno risorse di resilienza [13].

Nel mondo contemporaneo si sono presentate nuove opportunità, ma anche nuovi pericoli: alla suggestione e alla manipolazione che avvenivano per il diretto contatto con adulti, in famiglia e non, si sono aggiunte le influenze dei *media* per i quali i giovanissimi hanno spiccato interesse e attitudini, e a cui sono pertanto notevolmente sensibili [27].

Oggi le nuove generazioni sono informate e cognitivamente iperstimolate attraverso mezzi sui quali l'adulto non esercita più una cernita preventiva: la televisione e soprattutto internet sono fruiti direttamente per iniziativa personale. Se alla TV qualche controllo preventivo ancora rimane, da parte di chi produce e organizza il palinsesto, non si può dire lo stesso per internet, dove i giovanissimi imparano a "navigare" anche più disinvoltamente dei loro genitori, che sono talora del tutto ignari del mezzo o non consapevoli di quello che i figli fanno e vedo-

no. Anche pubblicazioni a portata dei giovanissimi, come fumetti di contenuto *horror*, fantascienza, ecc. sono acquisiti in modo autonomo, divulgati con passaparola senza il controllo degli adulti. Ben vengano l'informazione e l'apprendimento anche attraverso mezzi di intrattenimento [15] (il cosiddetto *edutainment*), ma il giovanissimo non sempre possiede ancora strumenti adeguatamente maturi di pensiero e capacità critica, o di adattamento affettivo tali da costituire barriere difensive [7].

Una debole resilienza, per fattori costituzionali o ambientali, predispone a essere suggestionabili, a non saper distinguere in base a giudizi di realtà e di valore fino al punto di rischiare di andare incontro ad una regressione. È accertato che movimenti in senso regressivo possono attuarsi lungo il percorso maturativo, transitoriamente e in vista di una nuova organizzazione di livello più avanzato. Ma può verificarsi il caso che la maturazione si blocchi (*break-down*) sotto il profilo affettivo, cognitivo e infine globale e il soggetto vada incontro ad uno sviluppo psicotico [17].

Dall'esperienza clinica [23] deriva la convinzione che occorre molta prudenza sia nel valutare come patologici i comportamenti sia nella psicodiagnosi, perché modificazioni estese possono rivelarsi transitorie e rientrare nell'ambito delle variazioni individuali normali. Nella fascia di età della prima adolescenza (13-15 anni) si può osservare al test proiettivo di Rorschach una situazione che si avvicina ad una destrutturazione, così come nell'adulto si potrebbe rilevare in casi di psicosi. Per esempio i movimenti inanimati (k) sono spesso presenti, la precisione (F+%) può essere abbassata, l'affettività è particolarmente labile. Questo elemento si differenzia da quanto osservato nel recente passato da Loosli-Usteri [18]; l'autrice sosteneva che intorno ai 12 anni si verificava una forma di irrigidimento transitorio dei fattori cognitivo-affettivi. Oggi al contrario la labilità affettiva appare largamente prevalente, anche in forme particolarmente carenti di controllo (C pure) e la stessa efficienza cognitiva può essere alterata anche in soggetti dotati e apparentemente efficienti ad esempio per rendimento scolastico. La destrutturazione che si osserva al test di Rorschach è dunque generalmente transitoria, dovuta agli intensi processi di rimaneggiamento in corso, in vista della stabilizzazione dell'età giovanile-adulta.

Le differenze riscontrabili al Test di Rorschach rispetto a quanto osservato quarant'anni fa confermano l'affermazione che lo stile educativo odierno abbia determinato cambiamenti nella strutturazione. Essi sono verosimilmente imputabili al mutato clima familiare, più affettuoso ma meno contenitivo. I preadolescenti sono oggi più spontanei, meno repressi e controllati di un tempo, ma non sono più precocemente maturi, anzi l'impulsività manifesta è indizio di minore capacità di riflettere criticamente su se stessi e sulla realtà esterna.

Per questo motivo dei segni che in un'altra età potrebbero essere interpretati come psicotici non devono essere considerati definitivi. L'imaturità non è patologia e va anzi ricondotta ad un ambito di transitorietà e di modificabilità con un approccio pedagogico che attraverso la fiducia nelle risorse del ragazzo e la sua responsabilizzazione abbia una valenza strutturante [10]: la stima degli altri diventa stima di sé e si traduce in competenza, mentre una precoce stigmatizzazione dei comportamenti, come devianti o patologici, rafforza un'immagine di sé svalutata.

Tuttavia la presenza di segnali di allarme richiede un monitoraggio attento nel tempo e la messa in atto di atteggiamenti educativi correttivi rispetto alle carenze di limiti. Fattori predittivi circa l'evoluzione futura, in senso adattativo oppure patologico, sono da considerare sia la risposta clinica al cambiamento di indirizzo pedagogico sia l'andamento dei tests ad un riesame. Anche il confronto tra tests diversi (Rorschach, TAT, WAIS) costituisce uno strumento essenziale per decifrare il funzionamento cognitivo e l'attitudine alla critica, quindi le possibilità dell'esame di realtà [22].

II. *Contributo personale*

Per documentare le nostre affermazioni abbiamo voluto esporre brevemente alcuni casi di giovanissimi giunti all'osservazione per problemi clinici riferibili alla relazione con la realtà e con gli altri, tali da far porre il sospetto di psicosi allo stato iniziale.

Caso 1°

Ragazza di 15 anni. È sempre andata bene a scuola e fino a pochi mesi prima dell'osservazione risultava ben adattata all'ambiente sia familiare sia scolastico. Ha iniziato a leggere avidamente dei giornaletti a fumetti, le cui storie ritrovava anche su internet. Ha cominciato a manifestare la convinzione di vivere una "vita parallela" nella quale poteva interagire con gli eroi dei fumetti, i quali secondo lei sono "veri". Trascorre la giornata, al di fuori dell'orario scolastico, chiusa in camera, immersa nelle sue fantasticherie, rifiutando attività di socializzazione con i coetanei. Contemporaneamente a scuola si comporta in modo adeguato, senza lasciar trapelare i suoi problemi, e mantiene un discreto rendimento. Sottoposta ad un test di Rorschach ha rivelato un ampio disturbo della organizzazione della personalità, con calo del rendimento cognitivo, dinamismo regressivo, automatismi del pensiero ridottissimi, confini del sé non ben delineati, identità non consolidata, rapporti con la realtà e gli altri disturbati, affettività disadattata e presente in prevalenza in forma di angoscia massiva.

Difese isteriche (CF, Anat, TRI extratensivo, tentativi di utilizzare la rimozione con fallimento della stessa) sono relativamente quelle più evolute rispetto alla regressione rappresentata dal dinamismo inanimato e dalla caduta cognitiva. I contenuti come “mostro” (H) e le contaminazioni sono anch’essi segni di rilievo patologico che si accordano con la confusione della realtà con la fantasia.

Caso 2°

Maschio di 14 anni. Vive in una città di provincia, in una famiglia unita. Negli ultimi tempi è diventato sempre più solitario, rifiutando di uscire con compagni di scuola e amici con i quali in precedenza pareva affiatato.

Non rende a scuola, passa il tempo libero chiuso in camera sua a leggere, prevalentemente pubblicazioni di argomento “horror”. È sempre più scostante e reattivo in famiglia. Pur non verbalizzando contenuti francamente deliranti come il caso 1°, per la chiusura al rapporto interpersonale e gli interessi monotematici, ossessivamente perseguiti, fa sospettare un disturbo del contatto con la realtà. Esso è confermato al test di Rorschach da vari indizi come la vistosa immaturità del dinamismo, la carenza di precisione e automatismi, la scarsa adesione al modo di pensare comune (Ban). Contaminazioni, mutilazioni (“ali spezzate”, “faccia spaccata”) sono indizi importanti di confini del sé danneggiati. Anche la vistosa discrepanza tra le formule del TRI indica un disadattamento di superficie e un ritiro nelle fantasie interiori (formula secondaria del TRI).

Caso 3°

Ragazza di 15 anni. Dopo gli anni della fanciullezza trascorsi senza problemi in un ambiente familiare sereno, da qualche tempo è angosciata, ha ridotto l’efficienza a scuola, ha vistosi e prolungati rituali ossessivi, che però fanno sospettare, per la forma della verbalizzazione, la presenza di comandi imperativi (“voci”).

Al test di Rorschach un abbondantissimo dinamismo, con numerose forme regressive, contrasta con una precisione un po’ abbassata. Gli automatismi sono assai scarsi, mentre sono presenti verbalizzazioni patologiche (confab., contam.) e contenuti come mostro (H). Difese isteriche e narcisistiche cercano di arginare la regressione che risulta dalla disarmonia del tipo di risonanza intimo, con intratensione, e quindi chiusura, a livello profondo. Pur essendo mantenuta una superficiale adesione all’opinione della maggioranza (Ban), il rifugio nella fantasia e il difetto di critica sono espressioni di una immaturità eccessiva rispetto all’età.

Di questa ragazza è stata possibile osservare un successivo test, fatto a distanza di 5 anni. I segni psicotici sono diventati più netti, il rendimento cognitivo è crol-

lato (F+%, A%), il ritiro in un mondo interno definibile ormai autistico (formula secondaria del TRI) è evidente.

Sono ancora presenti difese ossessive (persev.) ed isteriche (CF, C, Anat) che non riescono a contrastare la regressione. Sul piano clinico sono insorte drammatiche idee di influenzamento che l'ambiente familiare non ha ridimensionato, fomentandone anzi le espressioni comportamentali. In questo caso il mancato contenimento che doveva essere offerto attraverso la rassicurazione ma anche la critica, ha stabilizzato gli aspetti regressivi divenuti apertamente patologici. La cultura del gruppo di adulti di riferimento, condividendo credenze come se fossero realtà oggettiva, non ha aiutato a rinsaldare il legame con la realtà, avallando le convinzioni deliranti (possessione demoniaca, influenzamento ecc.) che non sono state ricondotte alla loro evidenza di sintomi e si sono nel corso degli anni stabilizzate. Il comportamento risente della dissociazione tra un sufficiente adattamento di superficie (è ordinata e collaborante nei rapporti interpersonali) e il nucleo psicotico su cui non esercita alcuna critica.

III. Discussione e conclusioni

I casi presentati, pur nella differenza di quello che è il contenuto dei singoli nuclei patologici, hanno attirato la nostra attenzione per l'evidenza e l'espansione della sintomatologia che comprometteva l'efficienza cognitiva e l'adattamento sociale in modo marcato. La precocità delle manifestazioni morbose rispetto all'esordio psicotico, che è più frequentemente verso il termine dell'adolescenza, e i contenuti, che sono correlati alla cultura dell'ambiente nel quale i soggetti vivono, sono altre caratteristiche di rilievo. Nella fascia di età considerata i comportamenti possono ancora essere improntati a una certa instabilità, carenza di critica, incapacità di modulare gli istinti, reattività e impulsività. Tali caratteristiche si possono considerare transitorie, espressioni di una fase di regressione fisiologica in quanto funzionali ad una ripresa più matura degli investimenti oggettuali ed a un superamento di conflittualità irrisolte.

Come distinguerle dalle evoluzioni patologiche della crisi? Lo strumento di approfondimento che può aiutare nella prognosi è costituito dai test proiettivi che non devono mai essere trascurati nell'osservazione diagnostica dell'età evolutiva e in particolar modo nella fascia di età considerata, dove la discrepanza tra comportamento e struttura psichica può essere drammatica: soggetti apparentemente adattati sono talora profondamente disturbati, mentre altri clamorosamente alterati nel comportamento possono in realtà ricomporsi anche in breve tempo. L'ambiente può avere difficoltà a cogliere i segnali patologici, come pure a non sopravvalutare l'entità di un disagio solo perché appariscente. Se impulsività, disadattamento, alterazioni dell'umore fanno parte del quadro preadoles-

scenziale, il contatto con la realtà dovrebbe essere assicurato e la fantasia, per quanto sbrigliata, non dovrebbe dar luogo ad una perdita di rapporto col mondo concreto. Le difficoltà che il preadolescente, o ancora l'adolescente, trova nel raggiungere un pieno senso critico devono trovare una sponda rassicurante nell'ambiente: il richiamo alla realtà, la distinzione sicura tra ciò che appartiene alla fantasia, all'immaginazione, al pensiero, e ciò che fa parte del mondo esterno devono essere applicati in una buona relazione educativa, anche se talora essa per il suo significato di contenimento può suscitare reazioni di opposizione e rifiuto. Il giovanissimo ha ancora un forte bisogno di sicurezza, che lo tuteli dalle sue stesse angosce: tanto più quando la sua tendenza alle fantasticherie lo porta a personificare le angosce stesse. Gli atteggiamenti assunti dagli adulti possono essere erronei in vario modo e i casi illustrati ne sono esempi: nel primo caso, il timore di reazioni oppositive conduceva ad una tolleranza di convincimenti che andavano invece organizzandosi in deliri veri e propri. Nel secondo caso la chiusura al dialogo permetteva una tranquillità che era solo apparente adattamento, ma non aiutava il ragazzo ad esprimere l'angoscia, il senso di solitudine e di diversità che provava egli stesso, convinto di "non essere normale". Nel terzo caso la ragazza, che già stava organizzando un delirio con contenuti parareligiosi, ha trovato nell'ambiente una condivisione che l'ha portata a rafforzare le proprie convinzioni patologiche, anziché smontarle. Anche in questo caso non c'è apparentemente conflitto con l'ambiente, il che può rafforzare gli aspetti patologici anziché contribuire a riportare il soggetto nell'ambito delle esperienze e credenze "normali". A distanza di qualche anno l'osservazione catamnestica ha permesso di rilevare il consolidamento della patologia.

In un periodo in cui avvengono grandi cambiamenti, la personalità è a rischio di evoluzioni patologiche, ma anche sensibile agli apporti che l'educazione e la fornitura di modelli possono fornire all'Io* nei suoi livelli cosciente e inconscio. Ricondurre il soggetto con disagio ad esperienze condivise dal gruppo dei pari e alla cultura della società di appartenenza rinforza il vissuto di essere "normale" mentre l'angoscia fa sentire diversi dagli altri. Lo stabilizzarsi della patologia è favorito da vissuti di differenza e di inferiorità che in qualche caso provocano ipercompensazioni attraverso il distacco dalla realtà: far parte di un mondo fantastico, partecipare ai poteri di supereroi, essere posseduti da diavo-

* Secondo la definizione di Laplanche e Pontalis [16], per Freud è un'istanza distinta dall'Es e dal Super Io. Dal punto di vista economico l'Io appare come un fattore di legame dei processi psichici. Per sottolineare questo ruolo attivo manteniamo qui questa dizione [anche se la *Scuola Italiana di Psicologia Individuale*, da Francesco Parenti in avanti, preferisce parlare di *Sé-Stile di vita* e di *unità della psiche* (Nota della Redazione)], per indicare che la personalità risulta costituirsi sulla base di istanze inconscie, ma anche di fattori consci determinati dalla storia personale, familiare e sociale dell'individuo, trasmessi attraverso l'educazione, alla quale Adler diede grande rilievo [2].

li, in adulti sarebbero senza dubbio manifestazioni di un delirio. Fin verso i 14-15 anni la capacità critica e la cultura sono ancora deboli e non permettono di possedere un sicuro aggancio alla realtà. Per questo l'educazione gioca un ruolo importantissimo.

Gli adulti non devono lasciare l'adolescente solo di fronte alle immagini della propria fantasia patologica o libero di abbracciare in modo acritico fantasie indotte da altri. Si pensi sia a pubblicazioni di contenuto orrifico sia a fenomeni come "Second life" fruiti in assenza di condivisione e controllo. Ciò che per gli adulti può essere un gioco, un'esperienza fatta per curiosità, con modesto coinvolgimento emotivo, per il giovanissimo può essere vissuto con la serietà che si attribuisce alle vicende reali. La solitudine nell'esperienza non è libertà, ma può condurre ad uno *stile di vita* in cui la coazione del pensiero è preludio di sviluppi deliranti. Si riafferma la responsabilità degli adulti in un contesto di "comunità educante" per contribuire al contenimento delle angosce profonde e favorire una sana costruzione dell'Io, poggiato su un Sé ben fondato.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
2. ADLER, A. (1930), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1975.
3. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
4. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
5. ANTHONY, J. (1969), Le reazioni degli adulti verso gli adolescenti e il loro comportamento, in CAPLAN, G., LEBOVICI, S. (a cura di, 1973), *Adolescence: Psychosocial Perspectives*, tr. it. *Problemi psicosociali dell'adolescenza*, Boringhieri, Torino.
6. ANZIEU, D. (1985), *Le Moi-peau*, tr. it. *L'io-pelle*, Borla, Roma 1987.
7. ARDIZZONE, P. (1997), *Televisione e processi formativi*, Unicopli, Milano.
8. BASTIANINI, A. M., VIDOTTO, B. (1990), Il "dentro" e il "fuori" ovvero il "materno" ed il "paterno" nella formazione dello stile di vita: ipotesi interpretative sullo stress in età evolutiva, in AA.VV., *Stress e infanzia*, Edizioni Proing, Torino.
9. BERGERET, J. (1974), *La personnalité normale et pathologique*, tr. it. *La personalità normale e patologica*, Raffaello Cortina, Milano 1984.
10. CAPPELLO, G. (2007), *Crescere e far crescere*, Effatà, Cantalupa (Torino).
11. CHABERT, C. (1987), *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*, tr. it. *Psicopatologia e Rorschach*, Raffaello Cortina, Milano 1993.

12. CHABERT, C., (1994), *Rorschach et TAT: antinomie ou complémentarité*, tr. it. *I tests proiettivi in adolescenza*, Raffaello Cortina, Milano 1994.
13. CYRULNIK, B. (2003), *Le murmure des fantômes*, tr. it. *Il coraggio di crescere*, Frassinelli, Milano 2004.
14. GREEN, A. (1983), *Life Narcissism, Death Narcissism*, tr. it. *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*, Borla, Roma 1985.
15. GREENFIELD, P. (1984), *Mind and Media*, tr. it. *Mente e media*, Armando, Roma 1985.
16. LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, tr. it. *Enciclopedia della psicanalisi*, Laterza, Bari 1993.
17. LAUFER, M., LAUFER, E. (1984), *Adolescence and Developmental Breakdown*, tr. it. *Adolescenza e break-down evolutivo*, Boringhieri, Torino 1986.
18. LEBOVICI, S. (1971), *Les sentiments de culpabilité chez l'enfant et chez l'adolescent*, tr. it. *I sentimenti di colpa nel bambino e nell'adolescente*, Feltrinelli, Milano 1980.
19. LIDZ, T. (1969), L'adolescente e la famiglia, in CAPLAN, G., LEBOVICI, S. (a cura di, 1973), *Adolescence Psychosocial Perspectives* tr. it. *Problemi psicosociali dell'adolescenza*, Boringhieri, Torino.
20. LOOSLI-USTERI, M. (1965), *Manuel pratique du test de Rorschach*, Hermann, Paris.
21. MÂL, P. (1980), *Psychoterapie de l'adolescente*, tr. it. *Psicoterapia dell'adolescente*, Raffaello Cortina, Milano 1982.
22. MAROCCO MUTTINI, C. (1995), L'uso dei tests nella diagnosi delle patologie dell'adolescenza, in GRANDI, L. G. (a cura di), *La psicodiagnosi*, Libreria Cortina, Torino.
23. MAROCCO MUTTINI, C. (2004), Problemi clinici in preadolescenza: tra fase di sviluppo ed evoluzione patologica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 63-74.
24. MAROCCO MUTTINI, C. (2006), *Educazione e benessere in adolescenza*, Utet, Torino.
25. MAROCCO MUTTINI, C. (2007), *Preadolescenza. La vera crisi*, CSE, Torino.
26. MAROCCO MUTTINI, C. (2008), La costruzione della personalità nell'adolescente disabile, *L'integrazione scolastica e sociale*: 7/2: 146-152.
27. MORCELLINI, M. (1999), *La TV fa bene ai bambini*, Meltemi, Roma.
28. PAGANI, P. L. (2006), Dalla pulsione aggressiva al sentimento sociale: sulle tracce del pensiero di Adler, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 5-36.
29. PIETROPOLLI CHARMET, G. (2001), *Ragazzi sregolati*, Angeli, Milano.
30. SENISE, T. (1991), Contenimento e sviluppo morale, *Adolescenza*, 1: 22-27.
31. STRZYŻ, K. (1978), *Sozialisierung und Narzissmus*, tr. it. *Narcisismo e socializzazione*, Feltrinelli, Milano 1981.

Chiara Marocco Muttini e Cecilia Maria Marchisio
Dipartimento di Scienze dell'educazione e della formazione
Via G. Ferrari, 9/11
I-10124 Torino

Lo specchio di Adler: la fine del narcisismo

GIORGIO LECCARDI

Summary – ADLER’S MIRROR: THE END OF NARCISSISM. Today, social normality lives the topic of fluid borders and of the discussion on roles and appearances. The present psychology is characterized by the topic of the pathology of borders, the hybrid and liquid pathology. So, the comparison with the theoretical assumptions of Individual Psychology is necessary for an image of man which is deeply changing. Alfred Adler’s intuitions must be compared with what the modernity proposes.

Keywords: INDIVIDUAL PSYCHOLOGY, NARCISSISM, LIQUID SOCIETY

«Mettiamo che Miss Scarlett sia diventata un elettrone e che tu la guardi da una fessura o con un acceleratore di particelle e ogni volta che tu la guarderai Miss Scarlett avrà cambiato il suo aspetto o la sua posizione, perché il solo fatto di osservarla altera il suo stato atomico».

(Dal film “Oxford Murders”, di Álex de la Iglesia)

I. Il costume di Narciso

Lo specchio è inequivocabilmente un oggetto dalla significazione simbolica affascinante e misteriosa. Lo si può ritrovare anticamente nei miti (Narciso, Perseo), nelle fiabe (“Biancaneve e i sette nani”), nelle opere di vari scrittori (Ende, Carroll), pittori (Van Eyck, Magritte) e registi (Coppola, Antonioni, Kubrick, Argento), ed è utilizzato recentemente nel dibattito apertosi nell’ambito delle neuroscienze con la teorizzazione sui neuroni-specchio.

Al di là dell’oggetto in sé o della sua simbologia, collettiva o più soggettiva, si vuole partire in questo lavoro dalle suggestioni molteplici che il *confronto* e il *rispecchiamento* con tale oggetto evoca, derivandoli dal dialogo con le acquisi-

zioni scientifiche (neuroscienze), con la cultura letteraria e fantastica, ma soprattutto nel confronto con la prassi terapeutica. Il convincimento che guida tale lavoro è che il confronto con l'attualità e con le problematiche che vengono portate riguarda, inevitabilmente, la Psicologia Individuale. In questo "riguardare" non può, inoltre, che esserci un guardarsi nuovamente, un "mettersi allo specchio" partendo dalle intuizioni geniali del proprio fondatore e cogliendo allo stesso tempo quegli elementi che hanno modificato profondamente il pensiero e il modo di vivere della società occidentale nel secolo che è intercorso dalle prime formulazioni teoriche di Alfred Adler ad oggi.

Questo *rimirarsi, rivedersi*, appare sempre più necessario per evitare prima di tutto il rischio per gli eredi di Adler di perpetuare l'*autoinnamoramento narcisistico* verso i principi teorici fondanti la dottrina e quindi verso se stessi attraverso il veicolo dell'incarnazione della tutela di tali formulazioni teoriche in un moto autorizzativo lusinghiero e moralisticamente più accettabile rispetto a un narcisismo manifesto. Il rimirarsi, rispecchiarsi, rivedersi appare parimenti necessario d'altro canto per evitare quella che potremmo definire "sindrome di Dorian Gray", cioè l'appalesarsi repentino del passare degli anni, della storia, del *chronos* nel disvelamento di fronte a una propria rappresentazione sempre in apparenza giovane, pura e vitale, ma in realtà appesantita da decenni di eventi, stravolgimenti culturali e sociali, di rivoluzioni filosofiche e scientifiche e quindi radicalmente da modificarsi partendo proprio dalle riflessioni iniziali del maestro fondatore.

Il presupposto preliminare e assiomatico da cui si intende partire a sostegno di questa necessità di confronto è che nel sostenere la propria fedeltà diacronica si è già nel tradimento del patto, solo inconsapevolmente. Il rischio quindi di eclettismo e di revisionismo è insito più che nella possibilità di cogliere stimolazioni, contaminazioni, di rivedere eventualmente principi teorici mantenendo fermi gli assiomi di base irrinunciabili, nel non porre nemmeno in questione il *quid* di cui si sta parlando in un atto di profonda *negazione della realtà, di per sé cronica, mutevole, cambiante e quindi mai del tutto afferrabile*.

L'acquisizione della *certezza dell'incertezza* appare tuttavia essenziale per aprire un dialogo con diversi autori che hanno posto come oggetto specifico del loro lavoro lo sguardo sui movimenti che giungono dalle attuali linee di pensiero sul fronte antropologico, sociologico, neurobiologico, psichiatrico. Nel riesame di alcuni concetti essenziali dell'Individualpsicologia si cercherà di affrancarsi dal peculiare e paradossale immobilismo che caratterizza a volte la ricerca di identità che si è retta, in alcuni casi, "per differenza" rispetto alla Psicoanalisi in una sussistenza che appare costantemente rispecchiarsi nella dipendenza e mai del tutto affrancarsi da essa.

Rispetto alla posizione “narcisistica” della Psicologia Individuale, si propone qui di intendere tale “narcisismo”, mutuando per tale definizione le formulazioni più recenti del concetto emerse in ambito sociologico e antropologico. Il termine “narcisismo” deve spogliarsi in modo netto da ogni valenza moralistica rispetto ad un presunto egoismo potendo essere utilizzato, seguendo quanto propone Lasch, per concettualizzare una tensione attuale che vede il soggetto nella necessità di dover badare primariamente a se stesso in quanto sistema incerto e fragile. Più che un Narciso che non guarda altri che se stesso riflesso nello specchio d’acqua nel quale poi finisce per perdersi, è un Narciso che *non può permettersi* di avere altri da guardare perché se distogliesse lo sguardo da sé, concentrando la propria attenzione altrove, si disperderebbe frammentandosi nelle sue innumerevoli possibilità. Venendo a mancare i grandi riferimenti del passato [42, 43] il soggetto attuale si ritrova a fare i conti con una diminuita capacità di riferirsi alle tradizioni del proprio ambiente come fonte di sicurezza e di appagamento (se non virtualmente) e quindi sposta ogni energia residua sul mantenimento del fragile equilibrio sempre sentito in bilico verso il collasso interno. In un contesto teorico e di prassi in cui si è assistito negli ultimi decenni ad un proliferare esponenziale delle scuole di psicoterapia (e quindi di possibilità psicoterapeutiche) si possono cogliere immediatamente le analogie e, quindi, comprendere, almeno in parte, l’immobilismo di cui si parlava.

L’attenzione e l’energia vengono sempre più interamente rivolte al processo, alla processualità (e all’istantaneità), perdendo di vista l’elemento finalistico, che permane solamente nell’apparenza del fenomeno della virtualizzazione, della volatilizzazione dell’esperienza (e della sua illusoria reversibilità). Ciò determina una diminuzione del movimento, del dinamismo del dialogo con il contesto sociale nel tentativo di minimizzare il rischio della contaminazione. Tutte le grandi piazze mediatiche cui si ha accesso prevedono, non casualmente come rito iniziatico, la definizione di *appartenenza* e di *fidelizzazione* che rassicuri che la contaminazione, che deriva dalla molteplicità, sia al contrario una rassicurazione di un consenso di massa che erige allo stesso tempo un baluardo spesso insormontabile per l’alterità. Un movimento quindi in cui, come ricorda Baudrillard, «tutta la realtà è assorbita dall’iperrealtà del codice e della simulazione. È un principio di simulazione quello che ormai ci governa al posto dell’antico principio di realtà. Le finalità sono scomparse: sono i modelli che ci generano» (11, p. 12).

L’Individualpsicologia, teoria cioè fortemente spostata sul sociale e sull’influenza che il sociale ha sull’individuo e viceversa, in un circolo ermeneutico in cui soggetto e oggetto, in cui la coppia relazionale, in cui individuo e società stanno in un continuo flusso elaborativo, fondativo e creativo, paradossalmente sottolinea anche la fatica ad aprire un confronto serrato con la normalità e la patologia specifica di *questa* società in cui vi è una generale ridotta tensione

dialogante con i profondi mutamenti che hanno scosso alla base ogni teoria dell'uomo negli ultimi anni. Fondamentali ci sembrano essere a tale proposito le riflessioni di Ceruti: «Secondo la prospettiva sistemica dell'organicismo, i salti e le discontinuità costituiscono invece un oggetto fondamentale dell'indagine scientifica ed epistemologica. Essi costituiscono una continua sfida ai tipi di spiegazione classici e uno stimolo per un continuo aggiornamento delle nostre categorie, in quanto richiedono *la messa in relazione dell'invarianza di determinate leggi con la singolarità, la casualità e la contingenza di molti eventi storici*» (20, p. 40) [corsivo dell'Autore]. Forse è proprio nella ricerca di un simile dialogo tra i fondamenti e i mutamenti che il timore di perdersi nel cercarsi può essere placato dalla certezza che alcune leggi fondamentali sono (forse, ed è questa la vera sfida) irrinunciabili anche nel confronto con la realtà contingente, una realtà che, come ricorda Baudrillard sembra essere sempre più volatile e autoreferenziale (la recente crisi dei mercati finanziari ne è un chiaro segnale).

Il solo piano teorico può non risultare forse convincente, ma l'attualità clinica ha portato nell'ultimo periodo alla necessità di confrontarsi con realtà che mal si inserivano nel modello epistemologico adleriano. Tra queste si possono ricordare senz'altro le recenti "epidemie" dei disturbi dello sviluppo linguistico, cognitivo, relazionale dei bambini moderni (ADHD, disturbi del linguaggio ecc.) così come i disturbi della personalità nella fascia adulta (concetto che sembra poter spiegare gran parte della psicopatologia moderna di recente insorgenza, dai disturbi di panico alla maggior parte dei disturbi alimentari, dai disturbi di personalità strettamente definiti ai recenti disturbi da uso di sostanze e alle dipendenze non da sostanze) [23]. Sono queste tutte condizioni per le quali è ineludibile il confronto con il problema della strutturazione del limite e della relazione *nel e col* limite con un immediato riflesso anche nella prassi terapeutica con gli agiti nella definizione del *setting*, con le problematiche tipiche e specifiche [69] della raccolta dei dati anamnestici, con le problematiche controtransferali. In quest'ultimo caso appare evidente come nella pratica si prediliga l'uso strumentale, pragmatico, della teoria strutturale di Kernberg e dell'ottica psichiatrica anglosassone, senza tuttavia esplicitare se si accettino i suoi presupposti fondativi, come ad esempio i concetti kleiniani di scissione ed identificazione proiettiva, sui quali si basano tutte le diagnosi di disturbo di personalità, senza riuscire a trovare un posto di rilievo per il concetto di "stile di vita" come dato diagnostico imprescindibile del *corpus* teorico adleriano.

Il salto concettuale ed epistemologico maggiore è, a parere dello scrivente, forzato da un'evidenza clinica attuale che problematizza in modo deciso la teoria adleriana nella sua capacità di porsi di fronte ad un individuo che mal sembra corrispondere ad un modello evolutivamente molto "maturo" di individuo quale quello tipicamente teorizzato dall'Individualpsicologia, un individuo per cui le

problematiche della definizione della propria identità non appaiono così caotiche e per il quale sia già possibile avere accesso a quegli elementi psicodinamici identificati dal lavoro teorico di Adler.

Fatte queste premesse si vuole considerare in questo lavoro l'opportunità di riportare l'attenzione sulla possibilità di rileggere alcuni concetti fondativi del *corpus* teorico adleriano soffermandosi principalmente sul concetto di *Sentimento di inferiorità* e su quello di *Sentimento sociale* pur nella convinzione che non sia solo l'inizio dell'apertura di un confronto possibile, anche alla luce dell'interpretazione e dei lavori di diversi autori il cui apporto nell'ambito delle scienze umane ha determinato profondi stravolgimenti in ciò che è il modo stesso di concepire la conoscenza e l'approccio alla conoscenza, la relazione interpersonale, la modalità di strutturazione della mente umana, la modalità in cui è configurata la socialità e, quindi, anche il vissuto rispetto alla socialità. Avendo in mente il costante confronto tra la patologia e la normalità dell'individuo e della società che questi abita, cercheremo di farci accompagnare in questo percorso dalle riflessioni di Gadamer, Ricoeur, Lasch, Bauman e altri. Nel panorama individual-psicologico italiano si vuole ricordare in questo senso Ferrigno che, nei suoi editoriali della *Rivista di Psicologia Individuale*, sta portando avanti un fondamentale lavoro di collegamento tra il passato e l'attuale.

II. Relazionarsi con la relazionalità

Una delle pietre miliari del *corpus* teorico adleriano è la relazionalità. L'uomo è uomo in quanto è inserito in un contesto sociale ed è dotato di una possibilità comunicativa che lo porta a condividere una socialità con i suoi simili. In questo discorso si ritiene tuttavia di primaria importanza precisare meglio il concetto di relazionalità e di intersoggettività e cominciare a leggere i rimandi forniti da Adler in una forma dialogica con quanto emerge dai più recenti studi.

La psicologia adleriana è nata con una chiara vocazione relazionale. Adler ha da subito saputo problematizzare la relazionalità, non configurandola solamente come una possibilità di essere-con-l'altro all'interno di contesti specifici ove fare cose insieme, ma piuttosto come presupposto fondativo della costruzione della propria mente che è essenzialmente una *mente relazionale* [30]. Le prime embrionali ma illuminanti riflessioni di Adler portano a osservare e a sviluppare il concetto di relazionalità in un'accezione che, alla luce delle più attuali riflessioni filosofiche, epistemologiche, psicodinamiche richiama forse più ad un concetto di "empatia", riconoscendo la possibilità al soggetto di sentire e percepire i sentimenti e le emozioni dell'altro significandoli in quanto prossimi a ciò che ci si sente essere capaci di provare. Tale teoria empirica sta trovando, recentemente, conferme neurobiologiche negli studi sui neuroni-specchio.

Va anche precisato, tuttavia, che proprio la possibilità di intendere lo sviluppo della mente umana alla luce dell'ermeneutica e della circolarità che questa porta con sé, dà ragione del fatto che un concetto che cominciava a prendere forma in Adler come intuizione radicale e rivoluzionaria doveva necessariamente andare incontro ad un ulteriore sviluppo e arricchimento prima di poter raggiungere il livello di conoscenza che si ha oggi dell'intersoggettivismo. In un'ottica più analitica, d'altro canto, è ben noto come il raggiungimento di un *insight* profondo da parte del terapeuta circa il mondo interno del paziente (come vedremo poi, della *relazione* con il paziente, dell'*Evento della relazione* con il paziente) non corrisponda necessariamente (a volte non può e non deve subito corrispondere) alla sua *rivelazione* attraverso l'interpretazione fino a che il paziente stesso non sia pronto a sgombrare il campo attorno a tale *insight*, fino a che la condizione di stabilità del paziente (del sistema relazionale intessuto con il paziente) permetta di strutturare un confine sufficientemente stabile per poter accogliere la *manifestazione* dell'interpretazione.

Fatte queste premesse e (ri)pensando oggi al concetto di “relazionalità” e di “mente relazionale” si ritiene di poter fare un affondo ben più radicale, motivato, come spesso accade nelle riflessioni sulla teoria, dall'incontro nella prassi con una clinica che inevitabilmente rende attuale e imprescindibile il confronto con tali tematiche.

Riferendosi dunque al termine intersoggettività si ritiene che con questo si possa dar voce non solo alla capacità insita nell'uomo come sua struttura fondante di empatizzare con l'altro, ma anche alla definizione di uno *spazio comune* che non sia un luogo di fusione o di confusione, ma una sorta di laboratorio aperto (la “coppia creativa”) ponendo l'accento, oltre che sui due partecipanti che sono lì nella relazione, *sull'esser-lì nella relazione* da parte dei due partecipanti, un *esser-lì* che non è solo verbo che esprime un'azione, ma diviene anche *sostantivo* che *intuisce e configura uno stato* con sue caratteristiche proprie in termini di cognizione, di emotività, di affettività, e col quale i due partecipanti all'evento possono relazionarsi ciascuno secondo le proprie possibilità. Accade nell'Evento, quindi, un *incontro* tra due soggettività e l'istituzione di uno *spazio intersoggettivo* che è intersoggettivo *proprio perché segna quell'esser-tra* e che dà ragione dunque anche della necessità di rivedere profondamente i presupposti epistemologici del discorso sul *transfert* e sul *controtransfert*, spogliandoli da tutto l'alone moralistico che connota l'esperienza di alcune emozioni “proibite”. In sintesi, si può ipotizzare che vi siano differenti livelli (si rimanda al discorso dei livelli che propone Ceruti [20]), coinvolgenti gli attori del processo terapeutico (relazionale in genere).

Parlando della teoria dell'organizzazione e del concetto di condizionalità: «si ha senz'altro organizzazione quando la relazione tra due entità *A* e *B* risulta condi-

zionata dal valore o stato di una entità *C* [...] questo concetto di condizionalità, rimanda anche al concetto di *comunicazione*: se si dà organizzazione fra le parti di un tutto (sistema), allora si può dire che queste parti comunicano fra di loro, mentre se non c'è organizzazione, non comunicano, sono indipendenti. Questa idea di comunicazione equivale all'idea di vincolo: cioè, si ha comunicazione fra due entità *A* e *B* (due parti di un tutto) se e solo se ciò che accade in *A* vincola ciò che accade in *B*» (20, p. 57). Ancora citando Ceruti: «È sulla base di queste definizioni generali che W. R. Ashby individua ciò che egli ritiene la peculiarità della teoria dell'organizzazione rispetto alle scienze più "obiettive", la fisica e la chimica». Ha scritto Ashby: «Questa peculiarità si mostra relativamente allo spazio-prodotto al quale mi sono ora riferito. Da dove deriva questo spazio-prodotto? La sua peculiarità chiave è che *esso contiene più di quanto esiste effettivamente nel mondo fisico reale* [...]. Ne segue che una parte essenziale della teoria della comunicazione si riferirà alla *proprietà che non sono intrinseche all'oggetto ma sono relative alle relazioni fra osservatore ed oggetto*» (20, p. 57), uno spazio, quindi, che contiene più di quanto esista del mondo fisico reale.

L'ipotesi affascinante di uno spazio in cui la realtà non venga compressa, ma contenuta e amplificata con l'istituzione di un *luogo altro* frequentabile, un interno che sia più grande dell'esterno in cui è contenuto, attraverso l'attivazione di livelli differenti di comprensione e di relazione. Il romanzo visionario "Casa di foglie" [24] percorre, amplificandola fino all'eccesso, questa via sul canale narrativo.

III. Scrittura a quattro mani

Per provare ad utilizzare lo strumento semplificatorio della classificazione si potrebbe ipotizzare un primo livello di intersoggettività che può configurarsi come quello in cui due individui (due entità che possono considerarsi tali in quanto si rapportano alla propria identità nel senso di propria permanenza nel tempo nonostante la cronicità dell'evento tempo) stanno l'uno di fronte all'altro ciascuno con il proprio livello di *privatezza*, di *segreto*, di *fascino* per l'altro in quanto partecipante di un destino comune pur in modo *altro e differente* da sé, e proprio in questo scarto è insita tutta la possibilità relazionale. I due partecipanti all'evento, che si collocano come due individui e si giocano la relazione solo a questo livello, appaiono come due narratori, due scrittori impegnati ciascuno a lavorare nel proprio studio, consapevoli dell'esistenza di un collega *altrove*, con il quale possono intrattenere rapporti epistolari, scambi di opinione, che possono cercare di conoscere informandosi su ciò che l'altro pensa o scrive perché leggono, si documentano rispetto a ciò che l'altro sta facendo, ciascuno dei due convinto più dell'altro di avere in mano esperienza e strumenti per guidare l'altro verso l'assunzione di un punto di vista più corretto rispetto alla vita (che generalmente corrisponde, nella mente dell'autore che si ritiene in possesso della verità, dal proprio

punto di vista). In realtà questo livello di intersoggettivismo che può essere inteso come un livello “accademico” rivela non altro che un interesse prima di tutto verso il *mantenimento della verità* ritenuta tale da ciascuno dei due osservatori con l’idea che vi sia una *Verità* da difendere (e a volte è già molto che i due possano concordare su una possibile verità verso cui tendere) e quindi giocata essenzialmente sulla paura dell’*alterità* che l’altro che sta di fronte porta con sé. Tale paura è essenzialmente quella che l’altro nella sua esistenza possa minacciare la propria, la quale può essere confermata solo nella misura in cui il convincimento (la *finzione*) è che la propria opera sia solo frutto del proprio pensiero (o della scuola di pensiero che si è frequentata e che si sposa).

Accanto a questo livello, non sostituendosi ad esso, ma standogli prima accanto e forse poi compenetrandolo sempre mantenendo una certa indipendenza e un possibile scivolamento dei piani l’uno sull’altro, si scorge un secondo livello di intersoggettività. Tra i due narratori accanto alla *paura* inizia a comparire la *curiosità*, che consente l’un l’altro non solo di leggere quanto l’altro ha scritto e sta continuando a scrivere, ma che consente anche di *lasciarsi emozionare* da quanto l’altro sta scrivendo, da quanto il contributo dell’altro possa essere un creare affascinante, curioso, dallo scoprire che ci si può *emozionare per le emozioni dell’altro* e che quindi è possibile la *coesistenza* di due narratori sulla scena, i quali possono iniziare a farsi conoscere davvero non solo attraverso le opere, ma anche attraverso le emozioni nascoste tra le righe e pronte a disvelarsi al cuore di chi si pone generosamente e coraggiosamente in ascolto pronto allo stupore che l’Altro reca con sé. Questo secondo livello inizia a far percepire l’esistenza dell’Altro, nel momento in cui si scopre che i racconti, le emozioni, i vissuti dell’altro *contaminano* i propri e ci si scopre un po’ cambiati dall’incontro con l’altro. Ci si scopre allora talvolta impauriti, talvolta agognanti, talvolta bramosi, talvolta annoiati, talvolta identificanti nell’altro, ma ormai nella consapevolezza che nella stanza, nella provincia, nel mondo non ci possono essere che (almeno) due scrittori, due narratori, e che si è narratori, scrittori, solamente in virtù del fatto che vi è almeno qualcun altro da emozionare e che può emozionare e che il continuo incontro con l’altro è motivo di ispirazione, crescita e scoperta sempre nuova e continua. In questo secondo livello di intersoggettività, mirabilmente tracciato da Italo Calvino nel suo racconto “La città di Eufemia”, si fa l’esperienza che l’altro è imprescindibile dal proprio e può essere che non rechi con sé solo paura. Se la deriva del primo livello di intersoggettivismo è quella dell’autismo (l’altro c’è, ma non è possibile accedervi), la deriva di questo secondo livello è la *confusione*. L’altro c’è, ma non riesco più a ricondirmi allo scarto iniziale che mi ha permesso di riconoscere l’altro. È tale la fatica e il dolore dello strappo dall’altro, è talmente rassicurante la presenza di un altro consonante che il rischio è il perdersi nel suo pensiero o il suo perdersi nel proprio. Anche in questo secondo caso l’Altro rischia di perdersi e di non essere presente, non tanto perché lo si vede ma non gli si accede, ma perché una volta avuto accesso all’*alterità si fatica a riconoscere il proprio*.

Ad un livello ulteriore (che però non si definisce “superiore”, perché anzi corrisponde ad un livello basilare da cui in embrione tutti partiamo e che può essere una tensione per un ritorno ad esso modificati nello scorrere del tempo e dell’esperienza) vi è la consapevolezza che per essere realmente tale è, prima di tutto, consapevolezza emotiva, non solo cognitiva, che i due narratori stanno scrivendo *insieme* qualcosa che non è l’opera dell’uno né l’opera dell’altro (ciascuno riceverà una *contaminazione* dalla presenza inevitabile dell’altro), ma la *presenza stessa*, *l’Evento dell’incontro* tra i due narratori che sempre più si incontrano leggendo l’uno dell’altro, scambiandosi lettere, manoscritti e opinioni o anche semplicemente sapendo e vivendo dell’esistere dell’altro nel proprio mondo vissuto. Ciò genera un *quid* che è Altro dai piani precedenti e che è dotato di una dimensione ontologica sua propria dove i due (molteplici) protagonisti presenti stanno fondando qualcosa che è *il fatto stesso dell’Inter-esse*, impalpabile, incodificabile in modo così preciso, ma che procede per un canale di autonomia sua propria. La deriva di questo livello è ovviamente la *fusione* ove i due si perdono (perdono il loro proprio *esserci*) in virtù dell’*esser-li*, che diviene per l’uno e l’altro ragione tanto maggiore di esperienza rispetto alla propria individualità da perdersi nell’*Inter-esse*.

Riportando per analogia ovviamente semplificatoria tale costruzione teorica sul piano di uno sviluppo ontogenetico, psicogenetico, esistenziale e relazionale, quanto più sia stata problematica e faticosa la definizione di un *confine* proprio che sia al tempo stesso *sicuro* ma anche *poroso* nei primi anni di incontro con il mondo, tanto più per ciascuno dei piani sarà elevato il rischio di cadere nella cristallizzazione e nell’estremizzazione (*autismo*, *confusione*, *fusione*), tanto più si avvertirà un crescere d’intensità emotiva che si percepisce nel passare da un piano all’altro, per poi tornare a quello precedente (perché i differenti piani non sono sostituiti reciprocamente, ma sono costantemente presenti come luoghi abitabili in vari momenti o anche contemporaneamente, ad esempio nel mantenimento della possibilità pensata dal terapeuta di essere *dentro e fuori* contemporaneamente da ognuno di questi differenti livelli, ma mai fuori del tutto), tanto più emergeranno problematiche nella relazione (non solo terapeutica) legate alla perdita dei confini, dell’identità, del poter esser-Ci in modo autonomo e indipendente, anche se non solipsistico.

Tutto il lavoro terapeutico sarà dunque volto a riportare la possibilità di conoscere, praticare, frequentare liberamente, a patto di accettare l’assurdità del termine “liberamente”, tutti questi piani senza perdersi nelle pieghe e nei nascondigli, nelle anse sicure di approdo (fittizio) che ciascuno di questi livelli offre, nella consapevolezza che nessuno di questi livelli può in modo assoluto medicare la carenza originaria di un tutto assoluto riparatorio al fatto stesso di esistere.

Vi possono dunque essere vari livelli di intersoggettività, i quali non sono gerarchicamente disposti, ma anche sì, nel senso che possono essere presenti tutti e tre

insieme sempre allo stesso tempo, ma evidentemente l'ultimo esaminato appare essere propedeutico per una solida costituzione anche degli altri. Tra questi, quanto più i confini soggettivi dell'individualità di ognuno dei due partecipanti della coppia saranno sfrangiati, slabbrati, incerti, tanto più è messo in gioco il livello intersoggettivo della coppia e dello "spazio altro" e tanto più è richiesto all'altro l'esercizio di una funzione di contenimento della propria mente i cui contenuti si perdono come acqua in un "paiolo bucato", mutuando Rovatti nel suo mutuare da Freud nel suo mutuare da Altri.

Adler, parlando di intersoggettività (e, per quanto detto precedentemente, quindi di *"empatia"*) considerava due soggetti i quali sono immersi nella relazione l'uno in contatto con l'altro. Qui si parla della trasformazione di uno dei due (o di tutti e due) in mente vicariante per sé in cui si realizza un rapporto anaclitico nella ricerca di un elemento che fornisca un *contenuto-contenente* della mente. Si accenna solo in questa sede al discorso simbolico che affronta Durand, il quale sostiene, nel suo complesso lavoro sull'archetipologia dei simboli, che l'archetipo del contenuto-contenente (il rapporto tra contenuto e contenente problematico nel suo insistere in modo radicale nel rapporto terapeutico per il trattamento di soggetti il cui contenitore mentale non è solido), riguarda il processo di "gulliverizzazione" e di inversione. Il tema del simbolismo dell'inversione, della conversione, dell'eufemismo rimanda, secondo l'autore, alla necessità di tenere a bada l'incontrollabile accesso alla morte, alla mortalità (all'umanità verrebbe semplicemente di dire, e quindi adlerianamente all'inferiorità propria degli uomini in quanto tali) nella ricerca di costanti, di *invarianti* spaziali e ritmici e di particolari rispetto al tutto, i quali rendono l'illusione di maggior padroneggiamento. In tal senso si dirige la ricerca del rimpicciolimento, dell'inversione, dell'accenno: si pensi a temi letterari come Gulliver appunto, ma anche ad "Alice nel paese delle meraviglie" e, rispetto a quest'ultima, a tutta la significazione di Carroll rispetto al tema dello specchio e della discesa, e all'ovvio rimando al confronto tra gli opposti nello stesso Adler. Se questi ha subito posto nella propria formulazione una ricerca delle logiche oppositive ha evidenziato come il carattere nevrotico accentui in modo chiaro tale ricerca di fissità e di immutabilità. L'*inferiorità* originaria (la *mortalità* originaria) per essere sopportata necessita di eufemie, di accenni, di rimpicciolimenti e di un'illusione (finzionale) di maggior controllo. In tal senso è essenziale per il terapeuta tener conto che nel porre in questione il livello di confusività dei confini e tra i confini si pone come ineliminabile oggetto di indagine il *livello di sicurezza primaria* di cui il soggetto dispone per far fronte alla vita e alla mortalità in vita. Tale posizione è essenziale per poter contare sulla fiducia senza garanzia cui accennava nel suo discorso Ricoeur e che spesso ciò non è rilevabile solo da un'analisi del paziente, ma necessita di un'analisi dell'assetto del terapeuta e della coppia. In caso contrario la possibilità, ad esempio, di attuare interventi ritenuti molto espressivi può non tenere conto della possibilità da

parte del “contenitore mentale” del paziente di contenere e sopportare un sapere che può gettare le menti più fragili in uno stato di angoscia intollerabile. Il terapeuta deve contestualmente porsi la questione del sapere, del sapere che l’altro non può sapere (altrimenti già saprebbe) e che per sapere deve prima poter affidarsi ad un altro che riesca a tenere per sé ciò che rimanda proprio *a ciò che ancora non può sapere*, nel continuo saggiare nella relazione il livello di individualizzazione che il soggetto e il terapeuta hanno.

In tal senso si riportano qui le riflessioni di Siegel in merito al tema dell’integrazione, riflessioni che non concernono direttamente il rapporto terapeutico, ma che forniscono una luce interpretativa sui primi fenomeni relazionali madre-figlio che riteniamo essere di particolare rilievo. Secondo l’autore forme di attaccamento disorganizzato hanno più probabilità di determinare nel futuro forme cliniche di tipo dissociativo, a causa del *deficit* di sviluppo di capacità interattive e meccanismi di adattamento inadeguati: questi individui non sarebbero infatti in grado di elaborare traumi e lutti e più in generale di contenere fenomeni che ineriscono la complessità e l’ambivalenza. La dissociazione risulterebbe quindi come un’incapacità di integrare differenti esperienze, come discontinuità nelle funzioni della mente, come dissociazione nel funzionamento *normalmente integrato* della mente (normalmente integrato nei soggetti che possono usufruire di una solida base di partenza su cui strutturare un sistema mentale complesso): «I processi di integrazione utilizzano i fenomeni di risonanza che si stabiliscono fra sottoinsiemi diversi per raggiungere una coesione all’interno di stati della mente, e un flusso coerente di stati del tempo. Tali processi permettono la creazione di sistemi funzionali più complessi, che a loro volta possono diventare componenti di sistemi ancora più ampi e articolati» (71, p. 312). Viene poi sostenuto che nella relazione con l’oggetto vengono generate «sensazioni di “connessione”» (*Ivi*) in cui i limiti fra il Sé e l’oggetto divengono sempre più sfumati all’interno dell’esperienza conscia, in un flusso di informazioni in cui il Sé è allo stesso tempo presente a sé e perso in una comunicazione diadica «vibrante e imprevedibile» (*Ibid.*, p. 313). Queste esperienze sarebbero dunque caratterizzate da un senso di “unione” (*il senso sociale?*), in cui l’individuo si sente in un processo che va *oltre i confini del sé*. Rispetto a quanta importanza rivesta la relazione genitore (madre in primis) – figlio, ancora riprendendo Siegel si può evidenziare come «*Nella co-costruzione di storie, genitore e figlio entrano in una forma diadica di risonanza bilaterale; ciascuno dei due membri della coppia entra in uno stato di integrazione intersemisferica, che è facilitato da comunicazioni interpersonali*. In questo modo, relazioni di attaccamento sicuro coinvolgono comunicazioni collaborative che consentono l’instaurarsi di complessi processi di risonanza all’interno della coppia, e che permettono inoltre alla mente del bambino di sviluppare capacità di integrazione autonome» (*Ibid.*, p. 323). La rilevanza di tali concetti appare chiara, in modo particolare nel porle a confronto con alcune riflessioni di Adler riferite ai primi stadi della vita umana, riflessioni che purtroppo, come spesso è accaduto,

vengono poste “quasi distrattamente”, in apparenza quasi con sufficienza, senza che poi siano riprese in modo organico: «The individuality of the child cuts across his physical individuality and involves a whole context of social relations» (45, p. 61).

Questo ragionamento porta nella direzione per cui si strutturerebbe «un sistema che può essere di volta in volta costituito da gruppi neuronali localizzati, da circuiti neurali più complessi, anche localizzati in aree distanti del cervello, anche in entrambi gli emisferi cerebrali o addirittura dalle *menti di più individui* e l'esperienza di coerenza può dunque variare in funzione della natura delle componenti del sistema che vengono attivate nella risonanza creata dai processi integrativi» (71, p. 313) [*corsivo dell'Autore*].

Se si assume la verità funzionale e finzionale di un'ottica simile debbono essere ovviamente rimodulati anche gli interventi che entrano a far parte a pieno titolo della prassi, specialmente in riferimento alle situazioni in cui tale individuazione da parte del paziente appare in tutta la sua problematicità e non ancora consolidata e dove, quindi, va tenuto presente che anche nell'agire terapeutico va ricercato come primo e necessario obiettivo quello della corretta *identificazione* ed *individuazione*, riprendendo l'originario compito della coppia genitore-bambino nel rapporto terapeuta-paziente. Ogni altro obiettivo che non si ponga questo come punto di partenza non può che produrre una situazione di simbiosi non risolta in cui l'assetto simbiotico è quello tra la mente del paziente e quella del terapeuta e dove ogni apparente progresso terapeutico non è altro che la realizzazione di quanto il terapeuta immagina debba avvenire per il bene del paziente, secondo l'antica logica dell'incesto psichico (ben più drammatico dell'incesto sessuale): citando Baudrillard «non si esce più dalla famiglia» (11, p. 127): famiglia naturale, famiglia acquisita, famiglia terapeutica.

Esempi di tale fluidità dei confini che sono presi dalla mia esperienza professionale sono riferiti alla relazione terapeutica con due pazienti che presentano chiaramente un funzionamento di tipo ibrido-liquido anche se con diagnosi psichiatriche “ufficiali” decisamente differenti (disturbo da attacchi di panico e disturbo bipolare) e che hanno stimolato e risuonato i punti di maggiore fragilità nella mia stabilità psichica e nella mia coerenza a livello di confini individuativi (la dinamica del “prendersi cura” ad esempio). La conferma di tale funzionamento non può però che passare dall'analisi senza timori e senza remore della relazione intrapresa con ciascuna delle due e dall'osservazione continua del *proprio* funzionamento mentale. Solo questo può permettere (ogni volta e continuamente) di *cercare* di differenziare concretamente quanto nella relazione appartenga all'altro, quanto invece appartenga a sé (alle proprie paure, malesseri, alla propria fatica a reggere il confine, alla propria necessità di vedere miglioramenti, alla necessità di tenere lontana la paura di perdere tale relazione, ai propri stati

d'animo, stabilità e assetto emotivo-affettivo al momento della *singola seduta* e al rapporto tra questa e l'intero processo terapeutico e alla *risonanza specifica delle tematiche portate in seduta dal paziente* e ad eventuali *consonanze con propri nodi esistenziali problematici*, rinunciando così all'utopia della propria e altrui "guarigione" intesa come assenza presente e/o futura di nodi problematici). È quindi fondamentale cercare di avere sempre presente il proprio coinvolgimento, il proprio vissuto portato all'interno dello spazio terapeutico, il proprio livello di stabilità, la propria dipendenza o meno da quella singola relazione. Solo così diventa possibile districare nell'intreccio emotivo ciò che è proprio, ciò che è dell'altro, ciò che è della relazione, anche se questo accade sempre per tentativi e in modo imperfetto, umano, fallibile, ma proprio di questa possibilità umana del poter esistere si sta parlando.

La relazione con entrambe, S e E, è sempre stata, ed è tuttora, molto intensa, con la richiesta inconsapevole e consapevole da parte di tutte e due di non sostare sul limite definito per la relazione e consentito dallo spazio terapeutico, con una continua messa in crisi del sottoscritto rispetto alla tenuta sui confini stabiliti (attacchi violenti aggressivi anche sul piano fisico, regali portati, postura tenuta dalle pazienti nel *setting* rispetto al continuo tentativo di alzarsi e spostarsi per avvicinarsi o allontanarsi da me nello studio, continuo esame del dato esperienziale ed emotivo personale al momento della seduta, assenza dalle sedute). Con entrambe il continuo lavoro psicoterapeutico è ancora collocato, dopo diversi mesi con S e più di due anni con E, nella *costruzione faticosa di un luogo che possa per entrambe essere ritenuto sufficientemente sicuro per poterlo abitare senza il timore di invasioni, di fusioni, di abusi e contestualmente senza il timore di abbandoni e di sparizioni* e per me vissuto come situazione in cui "l'essere accanto" non trascenda nel "sostituirsi-a". Nel confrontarmi con tali potenti ingaggi emotivi sono costantemente nel riesame rispetto alla mia posizione esistenziale rispetto ai temi dell'autonomia, dell'individuazione, della necessità della vicinanza con l'altro che sia ad un tempo riconoscimento, ma anche possibilità di libertà e quindi di responsabilità rispetto alla proprietà dei vissuti, al timore della solitudine come esperienza umana che possa non essere deflagrante, della possibilità della coesistenza senza prevaricazione o annientamento dell'Altro. Ogni incontro con S o con E, in modo forse più evidente che con altri pazienti, ma proprio anche di ogni altro incontro terapeutico, diviene un laboratorio esperienziale dove l'obbligo a confrontarsi con quanto loro come pazienti portano in seduta amplifica la necessità di un continuo riesame personale della risonanza che colgo in me di tali temi rispetto ad un personale "collocarmi" su un terreno stabile o, talvolta, ancora friabile.

Rispetto alla lassità dei confini riporto qui come caso limite ciò che è accaduto nella circostanza del suicidio di una paziente O che è stata per lungo tempo ospite della comunità di cui sono responsabile e che stava terminando il percorso verso

una progettualità di maggiore autonomia. Non seguivo direttamente O, ma la relazione emotiva con lei, comunque, era stata a tratti molto intensa, sia nelle circostanze di suoi precedenti tentativi di suicidio così come nella progettazione del suo percorso riabilitativo, seppur non così coinvolgente come è accaduto con altri pazienti. Nella notte, trascorsa quasi insonne, e nella mattina dopo il suicidio di O, trovata a casa sua, luogo dove mi sono recato nelle ore immediatamente successive, ho attraversato molte emozioni intense. Passavo dal dolore, alla rabbia, dall'angoscia all'agitazione, dalla paura delle conseguenze al senso di colpa che provavo nell'esaminare quanto accaduto realizzando finalmente (realizzazione forse finzionale ma sentita come genuina, non artefatta, non finta) che era stato fatto da parte di tutti i partecipanti al progetto (o quanto meno per quello che competeva me) tutto ciò che si poteva e che, comunque, non si può nulla rispetto alla libertà individuale. Il giorno successivo avrei dovuto vedere per la consueta seduta sia E che S. Durante la seduta E mi comunica un sogno fatto quella notte. Nella prima parte del sogno la scena è la seguente: io l'ho accompagnata nella città di A. (E non è consapevole di sapere che sia la mia città natale) dove, da ragazzo, apparivo più felice. Sogna poi che sono nell'acqua, in un mare fatto di lacrime, che sto quasi affondando e tento di tirare fuori una mano per chiedere aiuto. Nella stessa mattina ricevo una telefonata da parte di S. Mi chiede come stessi, perché temeva che fossi "triste e nel dolore" e faticava a pensare di venire alla seduta prevista per quel pomeriggio se fossi effettivamente stato così. Accolgo quanto dice senza però dare messaggi diretti sul mio stato emotivo, e le confermo che ci saremmo visti la sera stessa al solito orario. Esempi come questo si ritiene non siano la norma, ma nemmeno eccezionali, essendo forse semplicemente inerenti ciò che accade nelle relazioni con persone con un confine di sé stabilmente molto fragile nei momenti in cui i confini del *proprio sé* vengono messi maggiormente alla prova. Per non sostare solo su tali esempi limite, si riporta l'esemplificazione di Kohut rispetto a un sogno narrato «in forma pressoché identica da due pazienti» (51, p. 14). C'è da chiedersi se fosse la lassità dei confini dei pazienti o del terapeuta a lasciar trapelare una tale similitudine di contenuti inconsapevoli poi ritrovati e accomunati in una medesima focalizzazione di attenzione da parte del terapeuta.

È cioè possibile che tali sogni siano stati "indotti" dal terapeuta inconsapevolmente rispetto a proprie tematiche esistenziali che hanno trovato nella porosità simmetrica dei confini di quei due pazienti un luogo ove poter trapelare e poter essere rielaborati, risognati, restituiti al terapeuta stesso che si trova a dover riesaminare un proprio ed altrui contenuto mentale che acquisisce importanza sia per i pazienti che per il terapeuta stesso? Quanto proposto su un piano evolutivo da Siegel sembra qui trovare un corrispettivo concreto nell'instaurare e nell'intrecciare un livello di vicinanza tale da lasciare trapelare nella porosità del limite individuale (limite nella sua indubbia dubbiosa definizione sia come muro che soglia) emozioni, stati d'animo e vissuti al di là della presenza fisica, situazione

che mette tuttavia a dura prova il mantenimento saldo della propria competenza e individuazione personale come dato di fatto. Procedendo oltre, questo tipo di *consonanza contaminante*, se può sfociare in situazioni limite come queste, probabilmente ha tuttavia un suo funzionamento “normale” che non richiede un tale livello di porosità ma che si manifesta nella quotidianità degli incontri interpersonali specie in ambito terapeutico, dove la relazione ha un’intensità non usuale, in cui più che mai si evidenzia come la *saldezza e la tenuta stagna dei confini propri siano un’utopia piuttosto che una realtà*.

Si comprende facilmente dunque come l’aporetico porre in questione l’esistenza stessa di confini impenetrabili e di limiti definiti (si ricorda ancora il complesso lavoro di Derrida [26]), implichi un ripensamento di *corpus* teorico che non ha avuto il modo di confrontarsi in modo sistematico con tali problematiche e che, pur intuendone i presupposti nella formulazione di alcuni concetti chiave, non ha sviluppato in modo deciso questo filone di pensiero.

IV. *Supportivi o espressivi?*

Per comprendere quanto questo possa condizionare la prassi, si ricorda che, tipicamente, lo strumentario psicoterapeutico viene collocato su un *continuum* di interventi possibili situati tra due estremi caratterizzati da un lato dagli interventi più espressivi e dall’altro dagli interventi cosiddetti più supportivi (*continuum* espressivo-supportivo). In un’ottica che tenga conto dei differenti livelli di integrazione e di stabile individuazione, non si può tuttavia assumere tale *continuum* espressivo-supportivo come dato di fatto, anche questo presupponendo una stabilità e una coerenza della mente dell’individuo. Si propone qui di integrare tale lettura con la posizione di un *quid* in cui vi siano interventi diversamente e variamente volti a costruire-confermare-consolidare la definizione di sé come entità individualizzata e interventi volti a fornire contenuto “denso”, non prevedendo (inconsapevolmente) tuttavia una visione “gerarchica” per la quale gli interventi classicamente e unidirezionalmente più espressivi abbiano “più rilevanza” analitica rispetto a quelli ritenuti più supportivi. Come si diceva, questo secondo *continuum* tra contenuto e contenente vale sempre e non va mai perso, data la porosità ontologica di ogni confine e, a seconda del livello di stabilità-continuità-ipseità del paziente e del terapeuta, tale dialogo riguarderà *più o meno* (ma *mai solo uno* dei protagonisti) il paziente, il terapeuta o la *coppia terapeutica creativa*, che è definibile *creativa* solamente in virtù del fatto che si pone come coppia *non simbiotica*, in cui si accoglie la possibilità, in cui trova spazio l’intrusione dell’alterità, in quanto accoglie in sé il lutto del dubbio e dell’incompiutezza e l’accettazione del destino umano di continuo rimando ad un *quid* che non può che essere che tensione e allusione e mai traguardo. Il terapeuta, in particolare, deve affrontare il lutto rispetto alla rappresentazione narcisistica che in questo dialogo

dell'incompletezza e del dubbio (sull'incompletezza e sul dubbio) *non tutti i contenuti mentali siano assolutamente propri*, ma che possano anche essere contenuti appartenenti all'altro e/o alla coppia. Il terapeuta e/o il sistema coppia-terapeutica, fungendo da mente vicariante per il paziente, può consentire ad un sé fragile di portarvi (e parimenti di ricevere) contenuti, emotività, affetti che altrimenti o farebbero collassare il sistema psichico stesso del paziente o si disperderebbero nel vuoto. Nella paradossalità di tale situazione vi è la possibilità (e la consapevolezza di ciò consente di non cadere in un *acting out*) che ciò accada in diversa misura *anche per il terapeuta*.

Si intende, pertanto, operare una parziale critica alla classica suddivisione della tipologia di interventi utilizzabili in un contesto psicoterapeutico così come viene tipicamente intesa "come se" insistesse su un *continuum* supportivo-espressivo, di provenienza teorica tipicamente psicoanalitica. Secondo il *Menninger Clinic Treatment Intervention Project* [38] vengono identificati differenti interventi che il terapeuta può utilizzare: interpretazione, confrontazione, incoraggiamento ad elaborare, chiarificazione, convalidazione empatica, consigli ed elogi, conferma e prescrizione, i primi chiaramente più espressivi, gli ultimi via via più supportivi. Si intende che maggiore è l'utilizzo di interventi espressivi maggiore sia il contributo rielaborativo del paziente, mentre maggiore è l'utilizzo di interventi supportivi maggiore sia il contributo attivo da parte del terapeuta. Ferrero [31] osserva già, rispetto alle indicazioni classiche, come nel corso della medesima psicoterapia si alternino continuamente interventi espressivi e supportivi in riferimento a particolari dinamismi intrapsichici del paziente o di fronte a *life events* particolarmente significativi. Questa precisazione è di grande rilevanza nel caso della psicoterapia con pazienti con organizzazione borderline di personalità. Tale modello sembra potersi riferire al secondo livello in intersoggettività cui si accennava precedentemente, ma non riesce, se non in potenza, a cogliere altri elementi che sono propri del legame intersoggettivo se lo osserviamo anche secondo la prospettiva della dimensione duale creativa, intesa come un *quid* che lega in modo ancor più profondo i due partecipanti la coppia. Questo ragionamento appare valido in massima misura in quelle situazioni in cui ci si confronta con un funzionamento ibrido-liquido della persona. In tal senso la classica suddivisione in interventi di tipo espressivo o supportivo, ma anche la revisione, cui si faceva riferimento poc'anzi, tiene in conto solamente il versante che conduce *dal* terapeuta *al* paziente, in cui il terapeuta indaga le dinamiche inconsapevoli del paziente e in base a quelle (e a quelle sole, paradossalmente spesso anche nella misura in cui vengano esaminati i propri contenuti controtransferali) indirizza il proprio agire in senso maggiormente esplorativo o maggiormente validante a seconda dell'assetto difensivo (anche se a questo proposito sarebbe indispensabile un dibattito teorico rispetto alla posizione dell'Individualpsicologia rispetto al concetto stesso di "meccanismi di difesa dell'Io") utilizzato dal paziente e quindi della sua organizzazione

di personalità, perseguendo finalità più conservative o più trasformative. Se tuttavia *apriamo* il vaso di pandora dell'*esistenza anche del terapeuta (e non in modo neutrale) nel campo terapeutico*, non si vede per quale motivo non si debba tenere conto dell'*assetto difensivo del terapeuta* (che pur avendo svolto un proprio *training* analitico personale, non è da considerarsi un monolita che possa aver ottenuto un equilibrio immodificabile. Il percorso analitico deve essere inteso piuttosto come la strutturazione di strumenti di comprensione più adeguati con il quale l'individuo, e quindi anche il terapeuta che ha compiuto tale cammino, possa confrontarsi con il continuo mutare della vita e con il proprio continuo porsi dinanzi ad essa).

Se poi andiamo a guardare ancora più in fondo *nel* vaso di Pandora, se guardiamo davvero nell'abisso nietzschiano e rendiamo presente *nel* campo terapeutico proprio *il campo terapeutico stesso* con l'interazione tra i due partecipanti e assumiamo come ipotesi di lavoro che i due partecipanti condividano un *quid* cognitivo, emotivo, affettivo (del quale è comunque maggiormente responsabile il terapeuta che stante il proprio *training*, la propria formazione ed esperienza *dovrebbe essere più in grado* di tenere la bussola sull'andamento delle dinamiche confusive o individualizzanti), si deve, a parere dello scrivente, considerare, come chiave interpretativa necessaria a dosare e a modulare gli interventi terapeutici, *l'assetto difensivo e di organizzazione non solo del paziente, ma anche del terapeuta e della coppia terapeutica*. Si potrebbe scoprire così che un'interpretazione, intervento teoricamente massimamente espressivo ed esplorativo per il paziente secondo quanto proposto dal *Menninger Clinic Treatment Intervention Project*, può rivelarsi invece un intervento altamente convalidante e supportivo *per il terapeuta o per la diade terapeutica*, che può anzi inconsapevolmente compiere un *acting out* utilizzando come strumento una propria interpretazione, se questa viene pensata solo sul paziente senza cogliere il significato più profondo di ciò che interpretare comporta rispetto alla persona del paziente, a sé, alla coppia creativa terapeutica nella ricerca del *proprio* bisogno di autoconferma su dinamiche e conflitti che il-ciò-di-cui-si-sta-parlando o agendo in terapia in quel momento pone senza equivoci davanti agli occhi di entrambi.

Ecco che il problema del "timing" degli interventi, ad esempio, assume una connotazione del tutto nuova, riferendosi non più solo al dinamismo del paziente, ma anche a quello del terapeuta e della coppia. Analogo destino subisce inevitabilmente anche il criterio di "analizzabilità" o "non analizzabilità" dei pazienti, laddove classicamente veniva indicato come analizzabile un paziente con un assetto strutturale dell'Io sufficientemente stabile (ipersemplificando il problema), ma tale criterio deve a nostro avviso essere necessariamente rivisto alla luce della revisione del concetto stesso di analisi come luogo ove l'evento terapeutico principale è il fatto interpretativo dei dinamismi inconsapevoli e non (anche) la possibile strutturazione di una possibilità terapeutica. Il

terapeuta certamente (nel migliore dei casi) pensa alle difese che sta mettendo in atto il paziente, ma quanto riesce a tenere conto della coconstruzione, come coppia creativa, di ciò che sta accadendo nello spazio terapeutico e a cui concorre anch'egli? Diviene fondamentale questo lavoro di riesame continuo dell'assetto difensivo del paziente (della sua organizzazione di personalità), dell'assetto strutturale del terapeuta e dell'assetto strutturale della coppia perché solo nella possibilità di una compartecipazione emotiva reale (che non può limitarsi alla *conoscenza* dell'esistenza dell'altro e dei suoi moti affettivi nemmeno in chiave empatica, ma che deve necessariamente passare attraverso *l'esperienza emotiva concreta vissuta* nel qui-e-ora dai due partecipanti e nella quale entrambi si giocano con cosa sta alle spalle e attorno nel là-e-allora) si può pensare ad un processo terapeutico efficace. Lo stile di vita del paziente si affronta (nel senso dell'ingaggio di una lotta, nel senso di stare innanzi, nel senso della fatica ad occuparsi-di, nel senso dello smacco, dell'affronto, dello scandalo dell'esistenza) con lo stile di vita del terapeuta e questi due con lo stile di vita della coppia creativa e solo nella possibilità della coesistenza non vi è prevaricazione o abuso.

Il livello di convalida o di esplorazione, di supportività e di espressività, di agito o di tenuta sul confine allora forse non lo si rileva *dall'intervento*, ma dal *processo* sottostante all'intervento stesso (paradosso dell'interpretazione come *acting*) e dalla pensabilità attraverso il processo di metacognizione del terapeuta sul processo stesso. Questo al di là dell'esito di tale processo, che riguarda le difese del paziente, le difese del terapeuta, le difese della coppia, avendo in mente che il terapeuta, il paziente e la coppia creativa necessitano ciascuno di una propria mente pensante. Quanto più ciascuno dei tre non pensa, non simbolizza, non abbia capacità autoriflessiva e metacognitiva e quindi agisca, tanto più si ha la necessità di un processo di strutturazione di un contenitore per il proprio pensiero, un processo *fondazionale* (che consenta di porre le fondamenta di una struttura che possa maggiormente contenere pensieri, emozioni, affetti). Quanto più l'individuo si riconosce, si rispecchia come essere pensante, affettivo, emotivo senza lasciarsi trascinare nel panico da questo movimento di identificazione, tanto più è possibile provare ad introdurre nel processo anche elementi di contenuto "meta". Quanto un intervento, tuttavia, sia "supportivo" nel senso classico con cui si utilizza il termine, (*strutturante* si preferisce definirlo in questa sede), o sia espressivo non dipende quindi in realtà dall'intervento in sé (dall'esito) ma, come si diceva, da questo complesso processo di dialogo sul processo per il paziente, per il terapeuta, per la coppia.

Il terapeuta, in sostanza, non può "limitarsi" a dare per acquisito il suo conoscersi nemmeno dopo un *training* analitico, ma deve poter prendere quella fondamentale esperienza come occasione per poter avere strumenti di conoscenza su di sé in un percorso mai finito, strumenti che gli possono maggiormente consentire di

padroneggiare una bussola senza la quale c'è il rischio di perdersi nelle acque mai del tutto sicure che l'incontro con l'*alterità* porta. Questo specialmente quando l'*alterità* che si incontra è un'*alterità* i cui confini sono sfrangiati e non sicuri, non saldi e ciò porta, nella non consapevolezza di ciò, un rischio molto elevato di confusione con la propria ipseità e con la *propria* alterità, rischio tanto maggiore quanto più elevato è il livello di non considerazione difensivo di tali dinamiche relazionali e intersoggettive.

Rispetto a quanto accennato in merito ai differenti livelli di intersoggettività e a quanto emerso da questi ultimi paradossi teorici, si deve quindi tener presente l'impossibilità a definire uno spazio sicuro ove ci si possa collocare in un "dentro" di certezze incrollabili. A tale proposito si intendono riportare qui per intero alcune riflessioni di Rovatti perché riteniamo che siano particolarmente significative per il nostro discorso: «il gioco tra esterno e interno che il *frame* permette è visibile nell'idea di un confine paradossale che insieme separa e lascia passare: per comprendere che cosa avviene su questa soglia e come funziona un simile confine dobbiamo cominciare col pensare che esso è al tempo stesso una *barriera* e un *filtro*; che esso segna nettamente una distanza [...] ma che questa distanza è tenuta da una fragilissima membrana. Infatti se la membrana si ispeccisce e il velo si trasforma in uno schermo, in una cornice nel senso comune del termine, cioè in qualcosa di rigido, allora il *frame* perde la sua peculiarità e cessa di produrre effetti positivi. Sembra dunque che sia necessario, per comprendere i *frames*, munirsi di un modo di pensare che non corrisponde [...] alla logica "normale" che procede per opposizione e analisi. Si tratterebbe di cominciare a pensare con l'aiuto di una logica "paradossale"» (67, p. 48). Sempre Rovatti dice che «il problema non è quello di individuare le regole del gioco o le regole che permettono tali regole organizzando i rapporti tra esterno e interno (nel contesto analitico o terapeutico le regole del *setting* o le regole sociali e culturali che regolano e permettono l'esistenza di un *setting* siffatto), ma è quello di riuscire a pensare i *frames* come luogo di una dinamica che ci permette di passare da una regola all'altra. La posizione dell'osservatore non è più tenibile: essa stessa deve trasformarsi in un filtro o in una fragile membrana, e, per così dire, deve entrare *nel gioco* caricandosi di tutti quegli effetti che in filosofia scaturiscono dal cosiddetto paradosso della soggettività. [...] Entrare nel gioco, riuscire poi a stare nel gioco, equivale a mettersi in gioco, cioè ad allentare le proprie regole di comportamento e conoscenza. [...] Qualcosa, in questo processo, resta in traducibile e come tale sembra debba essere pensato e salvaguardato perché la cornice non si irrigidisca. [...] La "logica paradossale" che viene così convocata dovrebbe tentare di pensare questo "fatto" contraddittorio senza risolverlo, o almeno senza risolverlo *subito* in uno dei suoi lati» (67, pp. 50-51) [*corsivi dell'Autore*]. Ancora: «per poter giocare – ecco il paradosso – bisogna già essere in qualche modo all'interno del gioco» (*Ibid.*, p. 52). «Sembra allora che per "entrare" nel gioco dobbiamo

abbattere le nostre idee comuni di entrata e di uscita, di dentro e di fuori. Ma per farlo, dobbiamo paradossalmente essere all'interno del gioco: per farlo, dobbiamo forse già riuscire a collocarci in una situazione paradossale in cui siamo *dentro e fuori* » (*Ibid.*, p. 53).

Come dice ancora Rovatti parlando della condizione umana paradossale e infine irriducibile da parte di qualunque tentativo di definizione e semplificazione «come si fa ad incontrare l'altro restando nel medesimo?». La conclusione finale è che non si possa che sostare nel paradosso senza trovare per esso alcuna possibilità di (ri)soluzione. Ogni linea di demarcazione appare ad un tempo come «*un muro e una soglia*, un'ospitalità e un'esclusione» (*Ibid.*, p. 94); «questa condizione paradossale appare sempre più come la nostra. Né dentro né fuori, se dentro e fuori sono dimensioni binarie ciascuna delle quali impone l'alternativa dell'esclusione. Dentro *e* fuori, allora, accentuando il carattere di congiunzione della linea [...] senza che però la linea si dissolva in uno spazio di semplice neutralità. C'è bisogno, a quanto sembra, di un altro spazio che tolleri qualcosa di più che divisione e confini. Derrida ha proposto di chiamarlo *enclave topologica*: senza questa zona ospitale nella quale dentro e fuori possono mescolarsi, ogni concetto o idea rimarrebbe bloccata nella propria definizione» (*Ibid.*, p. 101).

Se dobbiamo pensare ad un luogo terapeutico dobbiamo quindi immaginare un luogo ove fare esperienza dei tre livelli di intersoggettività e dove il terapeuta possa fare esperienza del paradosso di essere dentro *e* fuori, nella consapevolezza che il termine *soggetto, individuo, relazione* hanno conosciuto profondi stravolgimenti. Un luogo terapeutico dunque, e non un non-luogo terapeutico, dove l'essenza è l'incontro con l'altro, incontro con l'Altro e con l'alterità che diviene possibile in quanto si lascia spazio a quel mutuo affacciarsi di narratori che nel reciproco raccontarsi (nel loro reciproco tener-li-insieme ciò di cui danno conto) si mutuano a vicenda nella vicenda esistenziale cronica in quanto possono aprire ciascuno alla propria alterità.

Come ricorda ancora Rovatti: «dopo Nietzsche, la questione del soggetto viene rilanciata, e diventa visibile il fatto che la linea non è più il confine tra soggetto e non soggetto, ma si complica in un gioco di bordi all'interno del soggetto, gioco non riconducibile all'unicità chiusa di un dentro. È impossibile venirne a capo, se il capo ha da essere, come vorremmo, un principio» (*Ibid.*, p. 104).

In tale ottica va da sé che anche il concetto di transfert e di controtransfert va ridefinito o quanto meno ampliato, tenendo conto anche di situazioni in cui entrare nel merito di ciò che accade è un camminare su un terreno friabile per il sentimento di solidità del terapeuta, in cui spesso possono comparire nonostante tutto nascoste valenze moralistiche. Se i pensieri dell'analista non sono tutti esclusivamente suoi

ma derivano anche dall'incontro con il paziente (e viceversa), più è elevato il livello di non definizione dei confini di entrambi i compagni di viaggio, più l'eventualità (non si parla di rischio ma di accadimento) di un pensiero condiviso è presente e più è necessaria una tenuta sicura da parte del *setting* ove l'Evento dell'incontro accade. Così anche l'analisi dei fenomeni inconsapevoli deve essere rivista nella consapevolezza, ad esempio, che da parte di pazienti i cui confini sono estremamente porosi il sognare, l'esser sognati, l'ascoltare un sogno e l'interpretarlo possono rispondere a logiche altre rispetto al pensiero con cui siamo soliti confrontarci. Pensiero che solitamente tiene conto solo delle associazioni del paziente nel tentativo di ricondurle al codice già definito di cui è in possesso il terapeuta e dove a volte le associazioni mute del terapeuta oltre che quelle del paziente sono rilevanti rispetto al significato che questo assume in *quel* contesto terapeutico e relazionale.

Anche in un approccio che tenga conto dei vari livelli di intersoggettività per come si è cercato di proporre poc'anzi, va comunque tenuto sempre presente un *quid* di sconosciuto, l'esistenza di un livello di inconoscibilità e di incomprendibilità. Va tenuta presente la necessità di considerare un livello che si può solo abbozzare come livello "non lo so" e che appare non eliminabile, ma nemmeno da eliminare, quanto piuttosto da comprendere nella propria paradossalità per come propone Rovatti nel suo discorso. A tale proposito riporto un episodio intercorso nel percorso analitico intrapreso con S. Solitamente lei arriva in studio prima dell'inizio della seduta (inizialmente molto prima, anche 40 minuti, ultimamente sempre meno) e ha da sempre avuto accesso alla sala d'attesa, che è posta accanto ad un'altra stanza che è un mio luogo privato, personale, chiusa per i pazienti e che ha assunto pertanto un valore simbolico per ciò stesso molto elevato per alcuni di essi. S ha spesso fantasticato di avere accesso a quella stanza, da sola o con me, arrivando a definirla la stanza "io lo so". Da quando durante una seduta le ho rimandato che io sapevo del suo desiderio ad avere accesso a quel luogo, ma anche rimandando l'impossibilità che ciò accadesse, quel luogo, quella stanza, la stanza "io-lo-so" è diventata il simbolo della consapevolezza dell'esistenza per me e per lei di un luogo inaccessibile e irraggiungibile con il quale confrontarsi e sperimentare gli aspetti luttuosi rispetto al desiderio di onniscienza, onnipotenza, fusione. È parimenti diventato un simbolo di un luogo analogo nella mente, nella vita dei pazienti, di ciascuno di essi. Il luogo "io-lo-so" è il luogo simbolico del significato "io-non-lo-so" (e non potrò mai saperlo, e non può essere che così, e sono qui con te sopportando che non potrò saperlo), cioè il simbolo, per ciascun paziente, di non piena analizzabilità. Non si tratta quindi di considerare *pazienti* analizzabili o non analizzabili, ma di strutture (presenti in ciascun paziente in modo maggiore o minore) analizzabili o non analizzabili che coesistono in ogni singola persona, corrispondendo le prime a quelle situazioni in cui il contenitore esiste ed è sufficientemente solido per tollerare un (qualche) contenuto.

In modo particolare per i soggetti affetti da disturbi ibrido-liquidi [58] è sempre più evidente come vanno ridefiniti l'assetto terapeutico e la processazione stessa del fluire terapeutico. La consapevolezza che deve guidare un tale agire deve obbligatoriamente portare il paziente alla questione della problematica essenziale riguardante la definizione di un sé stabilmente coeso e coerente a prescindere dai movimenti emozionali e affettivi sperimentati nel tentativo di costruire un'auto-narrazione cronicamente funzionale a strutturare uno stile di vita fino ad allora fluido e perennemente incerto. Come già precedentemente si sosteneva, soggetti simili possono avere difficoltà a essere tenuti dentro un *setting* inteso in senso classico e continuare a sperimentare la tenuta della mente del terapeuta e del luogo terapeutico (cui anche il terapeuta stesso può rivolgersi nel vicariare la propria in momenti in cui la sua stessa solidità è messa in questione).

Per tali soggetti la "cura" terapeutica non consisterebbe quindi tanto nell'interpretazione, ma al contrario nella possibilità paradossale che un *quid* possa essere sentito come non interpretabile da parte del terapeuta in virtù del fatto che c'è un *quid* che tiene, consentendo la possibilità che si possa venire a costituire uno spazio individuativo del paziente dove alberga il *segreto*, l'*indicibile*, il *non analizzabile*. È un ridefinire il limite come se la terapia potesse finire solo nel momento in cui la diade terapeuta-paziente sente che è impossibile interpretare tutto e che vi è un'*eccedenza* rispetto al codice del terapeuta e al luogo terapeutico (il paziente) non per forza colmabile. L'analisi può finire solo quando si percepisce che deve finire per poter essere terminata e il paziente e il terapeuta si confrontano con la chiarezza che questo lutto è contenibile dentro il paziente (oltre che, naturalmente, dentro il terapeuta). La diade deve poter arrivare a una conclusione tale per cui ci sarà un *quid* che non entrerà nella relazione, perché nella relazione si fa presente l'Altro, e solo allora sarà possibile un vero distacco, non bramoso della gelosia di dover sapere e fagocitare Tutto, ma nel perseguimento della possibilità della libera scelta dell'altro di poterci essere per come è possibile. Fino a che questo lutto non potrà essere elaborabile per la diade si avranno agiti, test, tentativi di abbandono del *setting* o di sequestro del *setting* da parte del terapeuta (le analisi interminabili lo sono perché è il paziente o il terapeuta o la coppia che le rende tali?) che non sono altro che auspici che ci si fa inconsapevoli che la strada è solo quella: *non sperare di interpretare tutto ma accettare che nella relazione Tutto non sia interpretabile*. Non perpetuare la fusione simbiotica (da cui si cerca maldestramente rifugio nel continuo strappo) ma contenere il tutto dell'alterità.

Se, tuttavia, accanto al processo di racconto *terapeutico*, la Psicologia Individuale si pone come teoria della *conoscenza dell'uomo*, non può non considerare alcune implicazioni degli sviluppi delle moderne teorie della conoscenza (impraticabili dallo stesso Adler), quali quelle dell'epistemologia genetica, dell'ermeneutica, delle neuroscienze. Rispetto a ciò si ricordano le riflessioni di Ceruti, per cui

«ogni teoria della conoscenza, per spiegare come il soggetto è *affecté* dall'oggetto (che questo sia concepito a titolo di realtà esterna, o di pura rappresentazione o presentazione *tout court*), deve da parte sua porre questo soggetto e questo oggetto riuniti a titolo di oggetto della sua propria ricerca, il nuovo oggetto essendo allora il teorico della conoscenza: ma quest'ultimo giunge naturalmente a conoscere il suo oggetto (dunque il rapporto costituito dalla conoscenza) solo attraverso il suo pensiero (cioè la sua propria conoscenza), la quale gli è conoscibile a sua volta solo per riflessione su questo oggetto» (20, p. 24). In tal senso appare evidente vi siano una «fondamentale interrelazione e [una] coevoluzione di soggetto e oggetto nei processi cognitivi» (*Ibid.*, p. 25).

Gadamer, dal canto suo, ci dice che nel comprendere si realizza un'esperienza di verità e di senso irriducibile al "metodo" del pensiero scientifico moderno, ossia a quel tipo di sapere che ha sempre perseguito l'ideale di una conoscenza esatta e obiettiva, nell'illusione di un'indagine in cui il soggetto si ponga in modo neutrale, al di fuori di ogni coinvolgimento esistenziale, di fronte ad un "oggetto" che gli sta di fronte in modo problematico [40].

La Psicologia Individuale in questo circolo ermeneutico non può che porsi come scienza dell'alterità (facendo proprio il principio del sentimento sociale), alterità che è un'identità cronica quale viene offerta dal concetto di ipseità, rifuggendo la fissità e l'immutabilità e cercando al contrario di favorire un movimento fiducioso e incoraggiante verso l'altro (e verso sé), che non tema il confronto ma che anzi ricerchi lo scambio.

V. *Sentimento di inferiorità e sentimento sociale*

Si ritiene che, per le rilevanze e le assonanze con i concetti accennati fino ad ora specialmente per ciò che concerne il tema dell'intersoggettività, si possano in questa sede affrontare questi due concetti, essenziali nella formulazione teorica adleriana. Si ritiene peraltro utile rilanciare la possibilità e l'importanza che possano essere riesaminati parimenti altri concetti del *corpus* teorico adleriano alla luce delle problematiche cliniche e teoriche che si sono poste negli ultimi anni.

Dato di fondo che sta alla base di ciascuno di questi due assunti di base (sentimento di inferiorità e sentimento sociale) è l'esistenza di un "individuo", inteso come unità inscindibile, unica e irripetibile, e come tale oggetto di indagine e di ricerca della "Psicologia Individuale". Non viene dunque mai messa in discussione, una volta trovato tale individuo, la sua unitarietà (rendendo ciò tra l'altro teoricamente molto problematica, se non impossibile, l'accettazione di alcuni presupposti teorici quali quelli kleiniani, che però vengono poi sostanzialmente ripresi e accettati nella prassi anche del pensiero adleriano nella misura in cui si confronta con una certa

clinica). Questo concetto, pur sembrando ovvio, è letteralmente tutt'altro che scontato. In un precedente lavoro [57] si è ripresa la distinzione tra *sensu sociale* e *sentimento sociale* focalizzandosi sulle conseguenze (a volte mortali) di un vuoto "sottrattivo" rispetto a quanto già acquisito nel tempo e attraverso le esperienze vissute e le tappe evolutive "normali", nel far fronte ad una specie di "crollo esistenziale". Nel dettaglio, parlando del suicidio si ricordava come «nello scomparire della possibilità di accedere al simbolico scompare anche la possibilità di accedere alla personale costruzione di senso e di significato così come anche la possibilità di accedere alla temporalità ed ecco che dunque la modificazione di questo complesso intreccio (senso sociale, accesso al simbolo, significato personale) difficilmente disbrigliabile, si misura inevitabilmente con la perdita della speranza» (57, p. 72). Ci si soffermava allora su un dato che assumeva come scontata l'acquisizione di tale unitarietà che sarebbe andata poi successivamente perduta. Si vuole qui invece andare oltre non dando per scontata tale posizione e riconoscendo la necessità di soffermarsi proprio su tali passaggi evolutivi.

In tal senso si ritiene di poter anche qui iniziare il percorso dalla constatazione e dall'assunzione di una differenza. La differenza che si coglie pone in dubbio la monolitica esistenza del sentimento sociale e individua una diacronia tra "senso sociale", da intendersi come *predisposizione* a percepire l'importanza della vita collettiva, e il "sentimento sociale", che va inteso invece come un *successivo sviluppo* condizionato dai vincoli, dalle limitazioni, dalle regole imposte dalla società e quindi come *risultato di un'evoluzione* nella crescita dell'individuo. Evoluzione che riguarda il *vissuto* dell'essere-con e quindi, nei termini in cui si parla di vissuto, che coinvolge la temporalità, la discrepanza, lo scarto, il simbolo. Si ricordano ancora una volta le parole di Adler già precedentemente citate: «The individuality of the child cuts across his physical individuality and involves a whole context of social relations» (45, p. 61) (in tal senso sembra che la versione in inglese renda meglio la semantica rispetto alla traduzione italiana: «la sua individualità [del bambino] *non corrisponde* a quella fisica» (7, p. 133) [*corsivo dell'Autore*]).

Emerge quindi come, perlomeno nelle prime fasi di vita, non si possa ancora intendere il bambino appena nato come un *individuo* in cui all'individuazione biologica e fisica (ottenuta completamente con il taglio del cordone ombelicale, che segna una cesura *effettiva e non simbolica* rispetto al legame simbiotico con la madre) corrisponda parimenti ad un'individuazione psichica. In questo senso, come ricorda Silvia Pagani citando Buber, le prime emozioni sono emozioni relazionali [63]. L'intendimento che qui si vuol dare, la sfumatura di quel "relazionali", non ha a che fare solo con la possibilità che tali emozioni esistano in virtù di una relazione, ma che esistano proprio *nella* relazione, non essendoci ancora un confine psichico sufficientemente stabile per poterle contenere senza che queste si disperdano attraverso la porosità del limite psichico.

L'individualità è quindi un'attribuzione diffusa e non data per strutturata *ab origine* e nemmeno con la prima cesura che sancisce biologicamente il limite, il confine del bambino identificandolo come individuo, individuo verso cui il primo gesto del mondo è l'attribuzione del nome. Se ciò è vero dobbiamo tuttavia assumere che, come in ogni processo, possono essere previste delle imprecisioni, delle imperfezioni, delle mancanze al processo stesso che possono determinare l'impossibilità a condurlo pienamente a termine.

Se assumiamo che l'individualità psichica non sia un dato già presente all'inizio dobbiamo anche prendere in considerazione che il sentimento di inferiorità di cui parla lo stesso Adler non sia effettivamente costituito fin dall'inizio, e non per la presenza di un suo precursore in potenza, ma per la sussistenza all'inizio di una percezione periferica non ancora codificata, significata, simbolizzata in modo individuale dal bambino, bensì *dalla-nella relazione con la madre*. Quest'ultima si assume inevitabilmente all'inizio il compito di *mente vicariante* quella del bambino e allo stesso tempo di mente che luttuosamente deve condurre alla propria morte (come mente simbiotica) per fornire al bambino l'occasione, attraverso il riconoscimento della domanda corporale e biologica che il corpo di questi presenta e delle risposte che lei fornisce o meno, di cominciare ad avvicinare sempre più l'individuazione psichica a quella biologica. All'inizio c'è già la fine e tale dato accompagnerà l'uomo in quanto tale in tutto il suo percorso esistenziale (è lì il più reale sentimento di inferiorità; si ricorda che lo specchio originario di cui si parlava è essenzialmente l'acqua, ma l'acqua di per sé racchiude allo stesso tempo significazioni fortemente vitalizzanti e mortifere) [27]. Il sentimento di inferiorità, che parla di un vissuto esperienziale centralizzato che fornisce una primaria codifica agli stimoli, può dunque realizzarsi solo nella sperimentazione di essere *uno* e quindi richiede un passaggio evolutivo: «Piuttosto si deve presumere che l'evoluzione organica abbia portato a sviluppi che dobbiamo prendere in esame, analogamente alla differenziazione della cellula presenti già in origine. [...] La protezione degli organi divenne così necessaria da essere progettata partendo da due angolazioni: le sensazioni del dolore e quelle del piacere. Ma questo non era ancora sufficiente e pertanto *si sviluppò una terza difesa in quell'organo di giudizio e di pensiero che è il cervello*. [...] Mentre possono sorgere nell'organo inferiore difetti periferici o sensazioni accentuate di dolore e piacere, la parte più variabile, cioè il sistema nervoso centrale, assume il controllo mediante la compensazione» (7, pp. 47-48) [*corsivo dell'Autore*]. Questa considerazione pone in modo evidente il tema della differenza, dello scarto esistente tra il dato biologico, fisico e quello psichico, così che questo non può essere assunto come dato inequivocabile e ap problematico, ma come una conquista da raggiungere per ottenere un dato di coerenza e costanza del Sé.

La dimensione di questo passaggio verso la definizione e l'individuazione del limite della coscienza individuale, del confine, del limitare tra il non essere

ancora uno (nell'essere ancora parte-di) e l'essere uno, nudo, solo richiede inevitabilmente un movimento di apertura ancora maggiore.

Appare infatti evidente come il concetto di "sentimento di inferiorità" racchiuda inevitabilmente in sé una forza concettuale maggiore e vada inteso in un'articolazione più ampia (continuando a comprenderla) rispetto al vissuto di carenza o di poca potenza in confronto agli altri, ma anche rispetto al vissuto, radicalizzando ancora di più, di manchevolezza originaria tale per cui è necessaria la presenza di un individuo che si prenda-cura. Se tutto ciò è infatti essenziale per una comprensione delle dinamiche compensatorie e adattative messe in atto *successivamente* da un ente che a questo punto possiamo chiamare *individuo* che agirà secondo la propria logica privata espressione dello stile di vita personale, non si assume, come già ricordato poc'anzi, come dato di fatto l'esistenza di tale individuo nel senso della propria costanza e continuità nel tempo fino alla piena strutturazione del proprio confine psichico, testimone dello scarto rispetto al dato biologico.

Nella misura in cui c'è confine psichico, c'è muro e c'è soglia, se non vi è un recinto, un limitare, vi è solo terra di scorribande. Si riportano qui alcune riflessioni di Ricoeur che riteniamo interessanti nel confronto con le intuizioni di Adler. Ricoeur pone la questione dialettica dell'identità tra *medesimezza* e *ipseità*, cogliendo il primo termine un'identità sempre uguale a se stessa e immutabile e che fornisce all'osservatore un rimando di certezza e di purezza mentre il secondo un'identità che è cronicità (e la prima cronicità evidente è quella legata al corpo). L'identità umana è essenzialmente identità corporale (e quindi cronica) e rimanda, in una propria strutturazione armonica, più al concetto di ipseità. In tal senso Ricoeur parla in modo molto chiaro del fatto che «l'attribuzione all'altro è tanto primitiva quanto l'attribuzione a se stessi. Non posso significativamente parlare dei miei pensieri, se non posso, nello stesso tempo, attribuirli potenzialmente ad un altro da me» (65, p. 116). Quindi l'identità viaggia di pari passo sia con il concetto di contatto con sé che di contatto con l'altro da sé. Rispetto quindi al tema del sentimento sociale si può dire qui che nel momento stesso in cui si acquisisce coscienza di sé si acquisisce coscienza di non-sé, e che quindi per poter avere coscienza dell'esistenza dell'altro, dei pensieri dell'altro (in campo terapeutico, degli interventi psicoterapeutici) si deve contestualmente poter strutturare una chiara coscienza di sé. Ovviamente questa coscienza di sé, che è coscienza di non-sé rimanda inevitabilmente alla coscienza di esser-Ci e alla coscienza di poter non esser-Ci più rinnovando ancora una volta il confronto tra la consapevolezza della Vita e della possibilità della Morte come dato fondativo della coscienza umana, dato fondativo, angoscioso, terrificante cui l'uomo risponde in modo compensatorio attraverso un evitamento massiccio nell'illusione plenipotenziaria della propria perenne possibilità (tecnica, economica, di salute e guarigione, mistica).

Diviene quindi ancor più fondamentale il tema dei primi rapporti significativi, dai quali dipende inequivocabilmente la possibilità di strutturare una fiducia, una credenza, un affidarsi di base che consenta uno spazio di conoscenza dubitativa, ma fiduciosa, coesa, ma non assoluta, aperta alla Vita e consapevole della finitezza della stessa. Solo allora può scomparire l'illusione di un'identità che possa dirsi bastevole a se stessa, immutabile (rigida, non permeabile né porosa perché sempre sotto minaccia) più rispondente al concetto di medesimezza per come lo intende Ricoeur [65], un concetto di identità che sia realmente umana e non cosificante in un'oggettualità apparentemente immutabile poiché inanimata, una sorta di narcisismo cosale, in cui l'oggetto d'amore non è solo rivolto al sé, ma ad *un'immagine immutabile del Sé* che difende dalla cronìa del tempo che inevitabilmente passa e lascia solchi e tracce. In mancanza di tale dubbio fiducioso, di tale «fiducia senza garanzia» (65, p. 99) si costruisce un'identità psichica nella permanenza di una condizione di non apertura ad una dialettica speranzosa, che consenta realmente di aprirsi all'alterità del mondo, dell'Altro, ma prima di tutto e più importante, di sé.

Si coglie sempre più, seguendo tali riflessioni, come il sentimento di inferiorità abbia a che fare primariamente, sia rispetto all'Altro che rispetto a Sé, con la percezione delle figure della *differenza*, dello *scarto* e proprio la sua presenza diviene germoglio di un'apertura che può realmente salvare non dalla morte ma dal terrore paralizzante della morte stessa, ancora più minaccioso. Proprio per ciò che concerne lo *scarto*, lo *scartare*, si ritiene opportuno proporre alcune considerazioni.

Scartare assume nelle sue differenti declinazioni significazioni molto diverse, talvolta persino opposte. Scartare è buttare ciò che non si ritiene utile, ciò che non serve, ciò che è superfluo e a volte dannoso. Scartare è eliminare ciò che non si ritiene utile allo scopo. Scartare è quindi buttare, gettare nel dimenticatoio, è rifiutare. Ad un colloquio se non si è idonei si è scartati. Se nella selezione di una squadra, di una compagine non si è ritenuti all'altezza della prova, della partita, della sfida non si è scelti.

Scartare è poi, in un linguaggio sportivo, l'atto con cui si lascia l'avversario sul posto mentre con l'attrezzo (di solito una palla) il giocatore passa oltre per raggiungere il proprio scopo (segnare un punto). Di solito si scarta in velocità (si passa l'altro grazie alla propria maggiore velocità per cui l'altro non può raggiungerci) o si scarta attraverso una "finta" (si lascia intendere all'avversario che si prenderà una direzione e poi si prende quella opposta). Scartare ha quindi a che fare con l'individuazione e il riconoscimento dell'altro come avversario da combattere, con cui lottare, da sconfiggere anche attraverso la finzione, la menzogna, la mistificazione.

Scartare, però, è infine togliere l'involucro, spaccettare, gesto solitamente riferito al gesto di guardare il contenuto di un regalo, che, in quanto incartato, è di per sé ignoto a colui cui viene donato. Nello scartare c'è quindi un movimento preliminare di accettazione di un pacco per il quale non vi è alcun diritto sancito, un dono che non è possesso e non risponde ad alcuna legge di diritto: è gratuito e non potrebbe essere che tale. Se non fosse gratuito e se fosse noto non sarebbe più un regalo, una sorpresa e si perderebbe dunque tutta la significazione del doverlo scartare. La carta che lo avvolge crea una barriera per lo sguardo e consente all'immaginazione di galoppare e di far pregustare ciò che potrà essere, pone in una dimensione di rimando al passato, al presente e al futuro con una distanza rispetto all'oggetto che non è (più) data nel momento in cui l'oggetto compare alla vista. Ecco che quindi scartare, dopo la non scontata accettazione di un dono, di un regalo, di una sorpresa (potrebbe infatti esservi un rifiuto) da parte di alcuno che porge il presente (il dono è *il tempo presente*, che è tale proprio nel gesto dell'accettazione del dono), è *cedere* alla curiosità e decidere quando passare dall'immaginazione alla realtà delle cose, segnando un punto di non ritorno. Il regalo, infatti, non è restituibile, non è rimborsabile, non risponde alla logica dell'acquisto "soddisfatti o rimborsati", creando quindi un evento che pone il soggetto di fronte ad una soglia da un prima ad un dopo, soglia valicata la quale avviene un mutamento intimo nel soggetto che riceve il dono, ma solo nel momento in cui ha scartato il dono.

Scartare dunque può essere il buttar via l'altro perché sentito come inutile, dannoso, pericoloso (oggi giorno diventiamo sempre più puliti e asettici anche nel buttare differenziando i rifiuti, senza tuttavia porci il problema di quanto stiamo buttando via, di chi stiamo buttando via, di come stiamo buttando via perché prendersi cura, aggiustare, riparare, è decisamente più faticoso, come è più faticoso porre la questione del buttare che edulcorarla con la veste efficiente della raccolta differenziata). Scartare è lasciar lì sul posto e andar oltre. Scartare è restare lì cedendo la propria sicurezza ed integrità per cui non abbiamo bisogno di nulla.

Si coglie dunque come lo scartare può significare un rapporto di estrema vicinanza e fiducia (accoglienza fiduciosa di un dono che immagino non mi sarà di danno, sentendo anzi in ciò cosa gradita), istituire un rapporto di sfida o mostrare un netto rifiuto e diniego della relazione con l'altro. In ogni caso si sceglie un valore da attribuire al soggetto con cui si è in rapporto, che viene comunque individuato come separato da sé.

Se il sentimento di inferiorità vede dunque il proprio fondarsi sullo scarto e sulla differenza si coglie immediatamente come non sia assolutamente prevedibile una scelta di valore in riferimento al come avviene questo riconoscimento. Diviene un assunto preliminare, un *a-priori* esistenziale la presenza di un Altro

di cui tenere conto e che diviene nel momento stesso in cui appare ineliminabile alla mia coscienza, ma proprio questa accettazione dell'Altro nell'altro, deve essere preceduta dall'accettazione dell'Altro entro il proprio sé, movimento di accettazione luttuosa della propria non sufficienza e della propria dipendenza da qualcosa che non si conosce nemmeno, che resterà non analizzabile, che richiede un'assunzione del rischio prima ancora di sapere qual è il rischio cui si corre incontro, dell'accettazione della Vita come luogo ignoto e quindi allo stesso tempo vitale e rischioso. La possibilità che ciò avvenga pertiene alla possibilità di lasciare andare ogni certezza programmatica e progettuale che ricerchi sicurezza e solidità, accettando la totale imprevedibilità della vita come punto di partenza e di non ritorno.

Il concetto di sentimento di inferiorità, più ancora e più radicalmente che mettere in luce una inferiorità (d'organo, esistenziale, psichica), mette dunque in luce una *relazionalità*, relazionalità che proprio nel suo esser-lì presente senza veli e nascondimenti è il fondarsi stesso del senso sociale. Se quindi il *sentimento sociale* parla di un movimento compensatorio, il senso sociale parla di un evento assertivo. Nel momento stesso in cui avviene la cesura diviene possibile la rottura del sistema omeostatico e quindi l'apertura verso un possibile altro equilibrio. L'inferiorità è un dato oggettivo, il sentimento di inferiorità diviene l'esperienza che si fa di tale dato oggettivo e l'interpretazione che si dà di tale vissuto. Ma se il dato oggettivo non è accompagnato dalla possibilità che viene lasciata in prima istanza dalla madre di fare e di far fare esperienza dello scarto e della differenza (di qualcosa che sfugge, che sguscia pur sempre presente, del dato mortale presente in vita, della cesura che è censura non psicologica come viene suggerito dalla teorizzazione della rimozione, ma esistenziale, della fine che compare a promessa nel momento stesso dell'inizio), il dato oggettivo non si accompagnerà ad alcun vissuto poiché ipercompensato dalla madre che cercherà di ricreare la diade in quanto i suoi propri confini non sono percepiti come sufficientemente stabili in un appoggiarsi anaclitico soffocante e mortifero.

Noi adleriani consideriamo essenziale il significato individuale dell'esperienza (e come si ricordava nella mancanza di tale protensione e accenno allusorio sta il germe della mortificazione, del farsi morte), ma proprio tale senso individuale, soggettivo, nasce obbligatoriamente da uno scarto, da un momento di tensione e di protensione teleologica (da qui il soggettivismo del simbolo) che però è anche scommessa che può fondarsi solo nello spazio dell'incerto. Tale esperienza fisica, psichica, esistenziale, viene posta in essere nella misura in cui irrompe nella simbiosi originaria lo scarto, la differenza e ciò può accadere solo nella *cesura* che nel suo stesso essere diviene *censura* per contenuti che rimangono *mente d'Altri mai accessibile* e non solo corpo d'altri (se lo ferisco non provo il suo dolore, se lo accarezzo non sento il suo piacere, posso sentire per via empatica ciò che tali gesti, tali movimenti risuonano, rispecchiano in me per analoghe

esperienze fatte, entrando qui in gioco la complessità dell'intersoggettivismo neurobiologico). Non si intende quindi nell'avvicinarsi alla fine della simbiosi l'interpretare una parcellizzazione della madre in oggetti limitati e finiti come viene indicato dalla lettura kleiniana, quanto la possibilità di aver accesso alla percezione che vi sia uno scarto, per quanto infinitesimale, un solco che generi la sensazione non omeostatica che diviene allo stesso tempo rimando del dolore primario umano che è contemporaneamente possibilità di casa per l'ospite *Altro*. Nella condizione fetale non vi è scarto poiché il sistema madre-figlio è perfettamente coincidente a se stesso, in omeostasi, tanto che un malessere materno si riflette sulla salute del feto, a volte sulla sopravvivenza stessa (e viceversa, anche se in modo minore), costruendo quindi un equilibrio dinamico. La possibilità per il feto, futuro bambino, è però insita nella sua stessa organicità che consente la possibilità di provare sensazioni e quindi esperienze (che non sono ancora codificate e codificabili). Il passaggio fondamentale accade quando il bambino inizia a fare esperienze che non sono più messe dentro l'unione madre-bambino. La differenza, lo scarto, il ritardo, la diacronia, sono tutti concetti che, nell'aporia originaria che è insita nel tentativo stesso di concettualizzare qualcosa di non concettualizzabile (l'adultizzazione del neonato) essenzialmente esprimono il fondamento dell'*Alterità*. Questa è quindi presenza della possibilità d'*Altro* di per sé, presenza nel mondo di un altro non ancora concettualizzabile, pensabile. È nel manifestarsi prossimo in questo "sentore di inferiorità", verrebbe più da chiamarlo ora, che si lega indissolubilmente con il senso di socialità, con il senso della presenza d'altri, con l'embrione della possibilità dell'incontro, con il senso sociale in sintesi che è proprio dell'essere umano in quanto tale, ma in quanto sofferente della rottura della simbiosi omeostatica. Se non si fa esperienza della rottura di tale equilibrio non si lascia lo spazio necessario nemmeno per il primordiale sentore di possibilità rivolto alla socialità. La madre (o l'adulto significativo) rischia quindi di perpetuare il furto del destino come ricerca di una sicurezza che diviene per sé dato psichicamente indispensabile senza permettere al figlio di fare la primordiale esperienza di inferiorità unita alla primordiale socialità in cui lo sguardo viene posto su un *esser-noi* (entrambi manchevoli e quindi incapaci di compensare tutto ciò di cui noi abbiamo bisogno) piuttosto che su un *esserNoi* simbiotico in cui in realtà il *Noi* è solo presenza nominale di un *IoTu* inscindibile.

Ecco che quindi, di fronte ad una clinica che interroghi in modo evidente la sussistenza dell'individualità umana da intendersi come principio di coerenza e di costanza, di un "Tu" che affronta un altro "Tu", di un individuo che si pone dinanzi ad un altro individuo per far risuonare la consonanza e la differenza, allora si intuisce in modo cristallino come i tentativi di dare contenuto a qualcosa che forma non ha ancora siano del tutto fallimentari. Non è il cosa si elabora, il cosa si decodifica, il cosa si interpreta, ma è la possibilità di far sentire all'altro che è Altro, che può sostenere sulle proprie spalle la propria dignità di

essere umano (essere come sostantivo e verbo) che può non franare di fronte all'esperienza del mondo. Ecco che quindi un terapeuta che sappia identificare la sussistenza attuale di una indefinizione dei confini del sé di un paziente e che quindi possa farsi garante del processo "psico-ostetrico" di venuta alla nascita di un soggetto ancora psichicamente fetale è l'occasione per una possibilità. Attraverso la messa in gioco del proprio senso sociale, reso possibile proprio dalla personale esperienza vissuta del sentimento di inferiorità, può essere infatti possibile che il terapeuta faccia inizialmente esperire l'esistenza di un luogo contenitore ove sia la mente del paziente che quella del terapeuta possono trovare dimora e ristoro e che non collassi di fronte ai contenuti mentali inizialmente strabordanti la porosità della mente.

Lo stesso luogo può divenire poco per volta luogo ove iniziare a fare l'esperienza evolutiva della presenza dell'altro che mi risuona, che mi rispecchia ma che non mi corrisponde e che nonostante questo mi consente di esistere, anzi proprio perché non mi corrisponde mi permette di esistere. Proprio la possibilità dell'esistere al di là di ciò che l'altro è diviene occasione della costruzione del proprio livello di guardia e di inaccessibilità e quindi della propria anima profonda, del proprio intimo essere, del proprio "Sé creativo", che forse altro non è che la possibilità di un *quid* che sopporti l'esistere di tutt'altro senza conformarsi ad esso e che si ponga invece come elemento di privatezza dialogante, che non risponde ad alcun canone moralistico né conformistico e che può, anzi, proprio per quello divenire realmente responsabile dell'alterità propria e dell'altro che sosta di fronte a me.

Ecco che una tale esperienza può consentire di porgere sempre di più la domanda "Chi sono io?" nel suo perenne ignorarla e nel perenne invito a riproporla incessantemente fino al momento in cui non vi sarà nemmeno più bisogno dell'analista cui porre tale domanda poiché sarà diventata superflua, essendo la risposta non analizzabile e non codificabile. Il "chi sono io?" diverrà semplicemente colui che pone la domanda.

Ecco che quindi in un contesto antropologico e culturale che affronta quotidianamente una tale crisi dell'identità l'unica risposta possibile, sia nel contesto dello sviluppo "normale" dell'individuo che nei contesti (psico)terapeutici che si è soliti abitare come tecnici non è tanto il tentativo di far aderire l'altro al proprio codice interpretativo, esistenziale, umano, esperienziale, bensì è il favorire lo sviluppo di un confine saldo e tenace, di un'apertura all'Alterità che è in sé prima di tutto e alla socialità possibile. Questo è da intendersi quindi non tanto come dialogo conflittuale tra le differenti istanze topologiche dell'individuo, quanto rimando alle molteplici sfumature, pennellature, intonazioni che caratterizzano l'uomo in quanto tale, movimento che deve essere reso possibile dal riconoscimento iniziale, dall'incoraggiamento puntuale e mai sazio verso una presa di

coscienza e di responsabilità che l'individuo ha da assumersi per il proprio percorso esistenziale.

Nella perenne ricerca che di fronte allo sguardo interrogante allo specchio prima o poi non si possa vedere altri che se stessi. Mutati, contaminati, diversi, ma null'altro che se stessi.

Bibliografia

1. AA.VV. (2006), *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*, tr. it. *PDM - Manuale Diagnostico Psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano.
2. ADLER, A. (1908), Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes, in ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (a cura di, 1914), *Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie*, tr. it. Il bisogno di tenerezza del bambino, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 7-15.
3. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
4. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
5. ADLER, A. (1930), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1993.
6. ADLER, A. (1930), *Die Seele der schwererziehbaren Schulkinder*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
7. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
8. AUGÉ, M. (1992), *Non-lieux*, tr. it. *Nonluoghi*, Eléuthera, Milano 1993.
9. AUGÉ, M. (1997), *L'impossible voyage. Le tourisme et ses images*, tr. it. *Disneyland e altri nonluoghi*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
10. AUGÉ, M. (2003), *Les temps en ruines*, tr. it. *Rovine e macerie*, Bollati Boringhieri, Torino 2004.
11. BAUDRILLARD, J. (1976), *L'échange symbolique et la mort*, tr. it. *Lo scambio simbolico e la morte*, Feltrinelli, Milano 2002.
12. BAUMAN, Z. (2000), *Liquid Modernity*, tr. it. *Modernità liquida*, Laterza, Roma-Bari 2002.
13. BAUMAN, Z. (2005), *Liquid Life*, tr. it. *Vita liquida*, Laterza, Roma-Bari 2006.
14. BAUMAN, Z. (2006), *Homo Consumens*, tr. it. *Homo consumens, lo sciame inquieto dei consumatori e la miseria degli esclusi*, Erickson, Gardolo (TN) 2007.
15. BAUMAN, Z., (2006), *Liquid Fear*, tr. it. *Paura liquida*, Laterza, Bari 2008.
16. BORGNA, E. (1997), *Le figure dell'ansia*, Feltrinelli, Milano.
17. BORGNA, E. (2005), *L'attesa e la speranza*, Feltrinelli, Milano.
18. CALVINO, I. (1993), *Le città invisibili*, Mondadori, Milano.

19. CANCRINI, L. (2006), *L'oceano borderline – Racconti di viaggio*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
20. CERUTI, M. (1989), *La danza che crea*, Feltrinelli, Milano.
21. CERUTI, M., BOCCHI, G. (2004), *Educazione e globalizzazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
22. CODELUPPI, V. (a cura di, 1987), *Jean Baudrillard – Il sogno della merce – Antologia di scritti sulla pubblicità*, Lupetti, Milano.
23. COSENZA, D., RECALCATI, M., VILLA, A. (a cura di, 2006) *Civiltà e disagio-Forme contemporanee della psicopatologia*, Bruno Mondadori, Milano.
24. DANIELEWSKI, M. (2000), *House of Leaves*, tr. it. *Casa di foglie*, Mondadori, Milano 2005.
25. DERRIDA, J. (1972), *Marges – de la philosophie*, tr. it. *Margini - della filosofia*, Einaudi, Torino 1997.
26. DERRIDA, J. (1996), *Apories. Mourir – s'attendre aux “limites de la verité”*, tr. it. *Aporie. Morire – attendersi ai “limiti della verità”*, Bompiani, Milano 1999.
27. DURAND, G. (1963), *Les structures anthropologiques de l'Imaginaire*, tr. it. *Le strutture antropologiche dell'immaginario*, Dedalo, Bari 1972.
28. ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of Unconscious – The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio – Storia della psichiatria dinamica*, Bollati Boringhieri, Torino 1976.
29. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria dinamica*, CSE, Torino.
30. FERRERO, A. (1998), Ermafroditismo psichico, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari adleriani*, Franco Angeli, Milano.
31. FERRERO, A. (2000), Analisi e psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
32. FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006), Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy” (SB-APP): “psicoterapia a tempo limitato” per pazienti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 13-37.
33. FERRIGNO, G. (2004), L'intersoggettività fra “Adlerismo” e “Teoria della mente”, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 3-8.
34. FERRIGNO, G. (2006), Alfred Adler e la mente relazionale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 3-6,
35. FERRIGNO, G. (2006), Alfred Adler, fra “tradizione” e “cambiamento”, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 3-4.
36. FERRIGNO, G. (2007), La sindrome della “bella Angelica”, ovvero la giostra della vita, *Riv. Psicol. Indiv.*, 61: 3-7.
37. FERRIGNO, G. ET ALII (2006), *Alfred Adler nei Verballi della “Società Psicoanalitica di Vienna” (1906-1911)*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale.
38. GABBARD, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria psicodinamica. Nuova edizione basata sul DSM-IV*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
39. GABBARD, G. O. (2005), Mind, Brain, and Personality Disorders, tr. it. Mente, cervello e disturbi di personalità, *Psicoterapia e scienze umane*, XL, N.1, Franco Angeli, Milano 2006.
40. GADAMER, H. J. (1960), *Wahrheit und Methode*, tr. it. *Verità e metodo*, Bompiani, Milano 1983.

41. GALIMBERTI, U. (1979), *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano.
42. GALIMBERTI, U. (1999), *Psiche e techne - L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli, Milano.
43. GALIMBERTI, U. (2005), *La casa di psiche – Dalla psicoanalisi alla pratica filosofica*, Feltrinelli, Milano.
44. GREEN, A. (1990), *La folie privée*, tr. it. *Psicoanalisi degli stati limite – La follia privata*, Raffaello Cortina, Milano 1991.
45. GREY, L. (1998), *Alfred Adler, the Forgotten Prophet. A Vision for the 21st Century*, Westport, Praeger Publisher.
46. HEIDEGGER, M. (1927), *Sein und Zeit*, tr. it. *Essere e tempo*, Longanesi, Milano 1976.
47. HOFFMAN, I. Z. (1998), *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process*, tr. it. *Rituale e spontaneità in psicoanalisi*, Astrolabio, Roma 2000.
48. JANKÉLÉVITCH, V. (1996), *La mauvaise conscience*, tr. it. *La cattiva coscienza*, Edizioni Dedalo, Bari 2000.
49. KERNBERG, O. F. (1975), *Borderline Condition and Pathological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
50. KLEIN, N. (2000), *No logo*, tr. it. *No logo*, Baldini & Castoldi, Milano 2001.
51. KOHUT, H. (1971), *The Analysis of the Self*, tr. it. *Narcisismo e analisi del sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1976.
52. LA PORTA, F. (2004), *L'autoreverse dell'esperienza – Euforie e abbagli della vita flessibile*, Bollati Boringhieri, Torino.
53. LASCH, C. (1979), *The Culture of Narcissism*, tr. it. *La cultura del narcisismo - L'individuo in fuga dal sociale in un'età di disillusioni collettive*, Bompiani, Milano 1981.
54. LASCH, C. (1984), *The Minimal Self*, tr. it. *L'io minimo – La mentalità della sopravvivenza in un'epoca di turbamenti*, Feltrinelli, Milano 1985.
55. LECCARDI, G. (2001), Il racconto come luogo d'incontro con l'altro, in *Riv. Psicol. Indiv.*, 50: 85-94.
56. LECCARDI, G. (2005), L'arte della fuga: eccessi di leggerezza in anoressia e mania, *Riv. Psicol. Indiv.*, 57: 31-50.
57. LECCARDI, G. (2006), La fine e niente altro: di fronte al suicidio, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 63-93.
58. LECCARDI, G. (2007), La cura del tempo: Psicologia Individuale e psicopatologia contemporanea, *Riv. Psicol. Indiv.*, 62: 31-68.
59. MINKOWSKI, E. (1933), *Le temp vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques*, tr. it. *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, Einaudi, Torino 1971.
60. MINKOWSKI, E. (1936), *Vers une cosmologie*, tr. it. *Verso una cosmologia. Frammenti filosofici*, Einaudi, Torino 2005.
61. PAGANI, P. L. (2003), Dal bisogno primordiale alle istanze differenziate: dal “senso sociale” al “sentimento sociale”, *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 25-30.
62. PAGANI, P. L. (2005), L'interpretazione in psicodiagnostica e in psicoterapia secondo la metodologia adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 25-58.
63. PAGANI, S. (2008), Temporalità e nuove patologie, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 43-63.
64. POUTSKA, F., LEHMKUHL, G. (1994), Disturbi borderline secondo la concezione individualpsicologica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 35 : 31-49.
65. RICOEUR, P. (1990), *Soi-même comme un autre*, tr. it. *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano 2001.

66. RODOREDA, M. (1986), *La morte e la primavera*, tr. it. *La morte e la primavera*, Sellerio, Milano 2004.
67. ROVATTI, P. A. (1998), *Il paio di bucato. La nostra condizione paradossale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
68. ROVERA, G. G. (1996), La “Hybris” del paziente Borderline, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il paziente borderline – Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, Centro Scientifico Editore, Torino.
69. SEARLES, H. F. (1986), *My Work with Borderline Patients*, tr. it. *Il paziente borderline*, Bollati Boringhieri, Torino 1988.
70. SENNET, R. (1999), *The Corrosion of Character*, tr. it. *L'uomo flessibile- Le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale*, Feltrinelli, Milano 1999.
71. SIEGEL, D. (1999), *The Developing Mind*, tr. it. *La mente relazionale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2001.
72. VARRIALE, C. (2006), Socio-costruttivismo e modello psicologico adleriano: significative somiglianze, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 69-84.
73. ZARETSKY, E. (2004), *Secrets of Soul*, tr. it. *I misteri dell'anima - Una storia sociale e culturale della psicoanalisi*, Feltrinelli, Milano 2006.

Giorgio Leccardi
Via Matteotti, 6
I-24010 Ponteranica (BG)
E-mail: giorgio.leccardi@yahoo.it

Il lavorare adleriano

CLAUDIO GHIDONI

Summary – WORKING ACTIVITY ACCORDING TO ADLER. The main topic of this work has to be considered both a social or professional activity and a creative attitude at different levels of human existence. This is a necessary and optimistic experience for the growth of the community which lives on the contribution of every man. Nowadays in our society the problem arises as a social emergency due to the diminishing of resources, the cultural crisis, the increasing technology and the multicultural revolution. The working activity, considered clinic, pedagogic or sociologic, is meant to promote the development of the Self-Creativity. The role to carry out a virtuous process that stimulates the sense of community and fosters mental hygiene, is given to the Individual Psychology.

Keywords: WORK, CREATIVITY, LIFE-STYLE

«Che cosa sono io agli occhi della maggior parte degli altri? Una nullità, un originale, un uomo sgradevole che non ha e non avrà mai un posto nella società. Vorrei provare attraverso la mia opera che, nonostante ciò, nel cuore di questo originale, di questa nullità, c'è qualcosa».

Vincent Van Gogh

I. Senso di un percorso

In questi ultimi anni la ricerca adleriana ha contribuito a mettere in evidenza, con un notevole risultato, i diversi aspetti teorico-metodologici: l'etica in psicoterapia, la dimensione transculturale, gli interventi pedagogici, le *liaison* in medicina e le relazioni d'aiuto psicologiche, il continuo riferimento alle neuroscienze; i Congressi Nazionali della S. I. P. I. di Bologna (2001) e Torino (2007) ne sono testimonianza.

L'adlerismo oggi deve confrontarsi, con coraggio e determinazione, percorrendo strade nuove di elaborazione e di ricerca, con il repentino cambiamento della vita

sociale, in particolare dell'attività umana, che sta travolgendo l'uomo. Il modello biopsicologico, interprete vicino alla dottrina adleriana, potrà ottenere una sua completezza trasformando la ricerca in azione, operatività e prassi.

Le riflessioni che vogliamo proporre partono dalla sottolineatura dottrinale che Adler fa del lavoro esaltandolo a compito vitale in una costruzione armonica dello stile di vita. Un concetto di lavoro che va radicalmente riletto rispetto al secolo scorso per ritrovare quella freschezza e quella peculiarità nell'esperienza umana odierna, portatrice di complessità.

Riteniamo incompleta una formazione psicoterapeutica delle scuole adleriane che non contempli l'esercizio di quei concetti di medicina e di psicologia del lavoro basilari in una socioanalisi individualpsicologica fra l'altro molto richiesta oggi da istituzioni e organizzazioni in quanto luoghi dove spesso esplode e si amplifica il malessere del vivere.

Valuteremo la visione adleriana creativa e ottimistica del fare e dell'agire rispetto a quella costringente e pessimistica espressa dalla psicoanalisi mettendo in evidenza quanto credito per modernità e duttilità abbia la Psicologia Individuale nella sua matrice identitaria socioculturale. Nell'approfondire l'argomento del lavoro è ovvio che non ci limitiamo a quello professionale, ma estendiamo il discorso a tutto ciò che abbraccia l'uomo nell'azione del suo essere nel mondo. È il motivo per cui abbiamo usato nel titolo la distinzione grafica del termine *lavorare* per definire un lavoro socioanalitico, un lavoro pedagogico e un lavoro clinico.

II. *Il problema dell'occupazione: una coerenza teoretica e una garanzia d'igiene mentale.*

Il destino dell'uomo è la *vita comunitaria*, intesa non come mortificazione o livellamento delle individualità. Non possiamo dimenticare che l'anticonformismo e l'antidogmaticità di Adler sono la *necessaria reazione* al proprio stato naturale d'inferiorità, di limite e di inadeguatezza. Nella nostra esperienza umana la realizzazione si esprime partecipando concretamente alla costruzione di un *benessere comune* nella misura in cui siamo dotati e capaci. Il pianeta che abitiamo offre un suolo, un clima, dei mezzi, delle risorse e degli strumenti che nella quotidianità condividiamo e godiamo con i nostri simili, a volte anche con piacere. Il nostro vivere è una grande esperienza collettiva di rischi e di benefici. La salvezza dell'umanità o la sua distruzione *dipendono* dall'interazione.

Gli esseri umani sono espressione inesorabile di un legame, così Adler afferma: «Noi dobbiamo sempre contare sugli altri, adattarci agli altri e interessarci a loro [...]». Fu solo perché gli uomini impararono a cooperare che noi potemmo fare la

grande scoperta della divisione del lavoro; una scoperta che rappresenta la principale garanzia del benessere dell'umanità» (4, p. 189). Nel 1935 definitivamente ancora ribadisce: «La materia prima su cui lavora la Psicologia Individuale è la *relazione* dell'individuo con i problemi del mondo esterno» (7, p. 5).

La *relazione* è dunque il cardine dell'esperienza umana e il metodo per risolvere i problemi che la persona incontra: dell'occupazione, dell'amore, dell'amicizia. Si possono intuire, da queste premesse, le strade attuative del processo vitale: un'energia e un bisogno. L'Energia che come istanza di base aiuta l'uomo consapevolmente o inconsapevolmente a raggiungere obiettivi di *affermazione* o di *autoprotezione* e di *competitività* [31] è denominata *Volontà di potenza* con tutte le sue evoluzioni e specificità interpretative, riscontrabile in tutte le manifestazioni della vita umana individuale e collettiva. Il *Bisogno* che altrettanto si qualifica come istanza e come potenzialità da sviluppare in ogni uomo è individuabile nel *Sentimento sociale* che in base al suo sviluppo coopera partecipando emotivamente con l'alterità. Adler precisa, in modo inequivocabile, che il nostro modo di rispondere ai problemi della vita sarà unico, irripetibile, caratterizzato dalla *specifica prospettiva autocostruita* nel percepire la realtà. Individuali, creativi e originali saranno il *pensare*, il *sentire* e l'*agire* [7] come espressione del nostro *Sé-Stile di vita*. Dal fare dell'uomo, dal suo modo di comportarsi e dall'uso della sua intelligenza scopriamo una semplice ma profonda linea *diagnostica*: «Per comprendere ciò che avviene nell'anima umana, occorre appurare come l'individuo si comporta con i propri simili» (3, p. 42).

La terapia sarà espressione di una logica; il disagio psichico non può che essere superato dalla diminuzione di uno stato d'inferiorità a favore della crescita della propria autostima ottenibile dalla consapevolezza di aver dato e investito le proprie energie per l'evoluzione dell'umanità. La ricerca adleriana sulla tematica del lavoro ritrova la sua matrice socioculturale e transculturale, sottolineando nella formazione terapeutica l'inscindibilità fra teoria e prassi; non esiste stato di maturità, di nevrosi o di psicosi che non ci parli del *fare* o del *non fare* del paziente e della risposta professionale dell'analista con il proprio sistema dell'essere e dell'operare con creatività. Queste sintetiche premesse teoriche servono a ribadire che il problema dell'occupazione, come l'amore e le relazioni sociali, nel loro esplicitarsi in una società in transizione, includono tutto l'impianto epistemologico dell'Individualpsicologia.

III. Un'attrazione adleriana: l'ambiente forma e contagia

Adler, in tutta la sua opera, dimostra di essere un osservatore scrupoloso della realtà sociale che circonda l'uomo. Fin da bambino ha affinato la sua sensibilità e capacità di intuire frequentando e giocando con i compagni della strada,

dove non era possibile sfuggire al confronto nell'amicizia, nei divertimenti e negli inevitabili conflitti dell'età evolutiva, con la particolarità di essere un bambino affetto da sofferenze fisiche che d'altra parte lo allenavano a identificarsi con le problematiche degli altri.

La globalità storica e sociale della persona è imprescindibile per il medico dall'azione del guarire; l'ambiente, l'educazione, la scuola, il lavoro, l'impegno sociale ecc. sono parametri che aiutano gli operatori preposti a studiare e capire i bisogni dei pazienti. Certamente le sue idee socialdemocratiche e umanitarie non collocavano il medico in ambito elitario, ma lo spingevano ad aprirsi ai problemi della realtà sociale, ad agire sul territorio [10] a porre le condizioni di vita della persona sul medesimo piano dell'organo malato. La sociologia e la pedagogia sono un corredo del lavoro adleriano nel recupero dei pazienti stimolati ai rapporti interpersonali per un inserimento attivo e solidale nell'ambiente. Pur tenendo presente la sua epoca ricca di particolari tensioni sociali, troviamo opportuno riflettere su cosa dice Adler sulla responsabilità dello psicologo nel suo agire professionale: «Lo psicologo onesto non può ignorare quelle condizioni sociali che costringono il bambino a crescere come se vivesse in un territorio nemico, impedendogli di divenire una parte della comunità e di sentirsi a proprio agio nel mondo. È suo dovere lottare contro il nazionalismo, quando questo è inteso in un modo ristretto da arrecare danno all'umanità, contro la guerra di conquista, la vendetta e il prestigio, contro la disoccupazione che getta la gente nello sconforto e contro ogni altro ostacolo allo sviluppo del sentimento sociale nella famiglia, nella scuola e più in generale nella società» (6, p. 65).

L'ambiente per Adler è un composto di persone che fanno comunità, difendono, vivono, sviluppano un senso di comunione e la necessità di stare insieme. *Nella e con* la comunità, la vita trova senso nell'attuazione dei compiti vitali. Come futuro medico e psicologo del lavoro, nel 1898 Adler scrive il *Manuale per la salute dei sarti*. Lo scritto, certamente critico nei confronti della medicina accademica che ignorava l'implicanza del lavoro con la salute dell'uomo, sostiene che una medicina sociale basata su rigorose norme igieniche ed ergonomiche avrebbe ridotto e debellato le malattie professionali dei sarti. A seguire, altri contributi ribadiscono l'opportunità dell'assistenza sanitaria, dell'igiene pubblica, di assicurazione mutualistica e di previdenza sociale per i lavoratori meno abbienti.

Una particolare attenzione meritano le riflessioni che troviamo nel testo *Il medico come educatore* del 1904, dove Adler già comunica la caratterizzazione dell'Individualpsicologia, basata sul senso di inferiorità e sul sentimento sociale intesi come binari formativi del bambino [2]. Il modello autoritario e coercitivo non trova alcun giovamento per l'educando, la cui individualità richiede un rapporto personalizzato, incoraggiante, orientato alla responsabilità.

Per Adler: «L'educatore deve essere caratterizzato dalla capacità di tranquille riflessioni, deve essere un conoscitore degli alti e bassi dell'anima umana, deve riconoscere, con i suoi occhi scrutatori, sia le proprie disposizioni e la loro crescita che quelle degli altri. Deve possedere la forza di calarsi nella personalità dell'altro, mettendo da parte le proprie inclinazioni personali, e di estrarre dal pozzo dell'anima sconosciuta quello che in essa appare poco sviluppato. Se si trova una personalità così, una su mille, dotata di questa capacità originaria di cercatore, questo è un educatore» (2, p. 16).

Da queste semplici affermazioni si intravede la profondità degli atteggiamenti e del modo di lavorare dell'operatore dell'infanzia. Da un lato, un esperto educatore deve brillare per il suo equilibrio di personalità dimostrando elevata e qualificata attitudinalità, dall'altro, per una competenza sui contenuti dell'educare dimostrata con la testimonianza nel credere nella propria professione. La scienza medica, nell'esercizio della propria arte, sceglie la linea della prevenzione: occuparsi di educazione significa conoscere i problemi dell'alcolismo, delle malattie infettive, della mortalità neonatale, dell'igiene scolastica e del corpo del bambino, analizzando come alimentarsi, giocare, riposare ecc.

Di questo importante scritto non possiamo non sottolineare la parte, forse la più importante, che riguarda la nostra tematica del *lavorare adleriano*, senza dimenticare che, pur essendo in piena collaborazione con il mondo di Freud, vengono annunciate le fondamenta della Psicologia Individuale: «Il bambino deve essere educato per la *comunità* e la famiglia e la scuola si orientano automaticamente anche se spesso con resistenza, secondo queste richieste. Ogni deviazione da questa linea è, per il bambino, una futura minaccia di difficoltà di adattamento nella professione, nell'amore e nella società. Per il ruolo di educatore sono adatte, perciò, soltanto persone che possiedono loro stesse uno sviluppato sentimento sociale» (*Ibid.*, p. 23). Nella quotidianità ambientale del vivere e del lavorare dell'uomo possiamo dunque dedurre la *sua concezione del mondo* e conoscere il livello della linea comportamentale come *prevenzione*.

IV. Il lavoro come esperienza di relazione

In *Cosa la vita dovrebbe significare per voi* del 1931 Adler dedica un intero capitolo alla tematica definendola "il problema dell'occupazione" [4]. La tensione che s'intuisce tra le righe dello scritto non è dovuta tanto all'intento di descrivere la necessità e l'opportunità del lavoro umano, quanto alla netta volontà del pensatore di porre le basi per una *cultura del lavoro* in linea con il processo unitario dello sviluppo della persona in ogni sua manifestazione. Percepire e fare del lavoro una *cultura* significa permeare ogni espressione dell'esistere finalizzandola a uno scopo e a un'idealità. Troviamo infatti la neces-

sità di ritenere l'attività umana non solo *mezzo* e *strumento* per la sussistenza, ma *valore* e *senso*.

L'azione dell'uomo, il suo fare, il progettare e l'agire motivano, innalzano e qualificano il *senso della vita*. Nei confronti del lavoro non può pertanto che scaturire un atteggiamento connotato di ottimismo e di prospettiva. L'agire umano ha caratteristiche di *universalità* e di *individualità*. Due termini che in Adler si intrecciano, si staccano e necessariamente si ritrovano; il lavoro non è un'azione intimistica e privata fine a se stessa, ma comporta una ricaduta nella comunità umana, come la comunità stessa a sua volta necessita dell'azione individuale per crescere e svilupparsi grazie alle differenze dei singoli.

Lavorare è *cooperare* a un progetto dell'umanità: quale nobile disegno potrebbe esistere per essa che non sia la sua sopravvivenza e il rispetto delle risorse che quotidianamente usufruiamo? La cooperazione è una garanzia per la continuità della vita e propone una modalità di vivere che non dimentica l'*altro*. Ogni giorno incontriamo, usiamo e ammiriamo i risultati dell'intelligenza di chi ci ha preceduto, come subiamo le negatività di chi ha messo l'intelletto al servizio di soli fini utilitaristici ed egoistici, offrendoci il prodotto della distruzione. Il lavoro, ribadito come valore, è espressione di individualità che si sono espresse attraverso il proprio stile di vita agito con e nella creatività: in questa ottica l'Individualpsicologia parla del concetto della *divisione del lavoro*. Paragonerei questa idea ad un grande fiume, l'umanità tutta, alimentato da infiniti affluenti, tutte le persone, che a proprio modo portano acqua ricevuta lungo un unico percorso, la vita. Ciascuno, attraverso le proprie capacità, diviene *necessario* alla ricchezza e alla completezza per tutti. L'evoluzione dell'umanità fonda le proprie radici sulle *differenze attitudinali*, mai concepite come gerarchie atte alla classificazione di prestazioni, e sul *senso di comunità* che alberga in noi dalla nascita. Una simile impostazione toglie ogni equivoco dal pensare ad una società livellata e indifferenziata che ignori il valore e la potenzialità della persona, anzi riteniamo che in tale visione sia fortemente difeso ed esaltato il concetto della *libertà*.

La disomogeneità intesa dunque come confronto di spiriti liberi che rifiutano ogni omologazione che chieda allineamenti e ossequiosità nei confronti di ogni autoritarismo. Netta è la convinzione che solo nella libertà l'uomo crei esaltando le proprie risorse, maturando la propria personalità. L'attività umana è indice di *movimento* e di crescita di se stessi nella cooperazione con gli altri: in questo modo il lavoro si inserisce a tutto campo nel *ciclo di vita*. Coloro che si chiudono egoisticamente per appagare interessi autocentrati, limitandosi a un lavoro non finalizzato al bene sociale, sono paragonabili a *bambini viziati* che abbiano la pretesa di essere al centro del mondo e di costringere gli altri a soddisfare i propri bisogni. La scelta della passività, la rinuncia, la distanza da tutto ciò che accade attorno, è per la persona un *arresto* dell'igiene mentale e un' *involuzione* per la

comunità; così ha motivazione e senso il credo adleriano: «la necessità per un essere umano di proteggere la vita e di perpetuare la vita, nell'ambiente in cui si trova» (4, p. 190).

Essendo inscindibile lo sviluppo della persona con il *significato* del lavoro, Adler analizza e descrive le varie opportunità che incentivano questo senso di stare nel mondo, amandolo. Pur non dimenticando che tutto va letto, interpretato e collocato nella realtà sociale del periodo in cui visse, nel quale viveva una organizzazione della famiglia e della società poco assimilabile a quella di oggi, risultano di estrema attualità alcuni concetti per nulla obsoleti e degni di archivio. Con determinazione viene esaltato il *lavorare della madre* e respinto il pregiudizio che l'occuparsi della casa sia umiliante e addirittura non degno di considerazione remunerativa. Sarà proprio il *come sente* questo ruolo la madre l'incipit dell'*interesse sociale* per il figlio, il quale imparerà a costruirsi autonomamente nella misura in cui viene orientato dalla passione materna per la comunità. Per coerenza al principio della divisione del lavoro, non viene fatta distinzione fra il lavoro paterno e quello materno; la famiglia usufruirà beneficio e serenità esattamente dall'interazione e dall'uguaglianza di queste differenti economie espresse comunque da personalità diverse animate da una medesima responsabilità. L'orientamento all'attività futura dei figli non va rimandato agli appuntamenti della vita in cui è necessario scegliere, già i primissimi anni di vita sono rivelatori delle *attitudini* che per nulla vanno sottovalutate; infatti era abitudine di Adler domandare ai bambini quale lavoro avrebbero fatto da grandi. Così Adler completa il concetto: «Dal tipo di occupazione che un bambino sceglie noi possiamo individuare tutto il suo stile di vita, perché egli ci mostra la direzione principale dei suoi sforzi e quello che valuta maggiormente nella vita» (*Ibid.*, p. 192). Dai *primi ricordi* si può rilevare come i bambini abbiano assimilato le opinioni e gli atteggiamenti della famiglia nei riguardi del lavoro; in particolare la competizione stessa fra familiari finalizzata al benessere è sana e auspicabile perché mette in atto congetture e strategie per essere e dare il meglio a tutti i componenti. Non è pertanto augurabile un clima familiare orientato esclusivamente a *far denaro* senza un interesse per gli altri. Anche gli interessi del bambino per cose *visive*, *acustiche* o di *movimento* rivelano tratti e tipologie di personalità.

Saranno queste *impressioni* a forgiare determinati orientamenti all'occupazione più idonea e conveniente per la comunità. Ovviamente anche i *giochi* sono un ulteriore terreno e occasione di osservazione e riflessione; infatti alcuni bambini occupano nelle loro attività ludiche ruoli forti dove si identificano e si allenano esercitando responsabilità, altri invece amano stare in ruoli deboli e attività subalterne; atteggiamento che sollecita l'attenzione dell'educatore perché la sottomissione potrebbe mortificare la creatività. Da buon *psicologo del lavoro*, nell'ottica della formazione dello stile di vita, Adler sapeva quanto avrebbero influen-

to le prime esperienze infantili nella strutturazione dello schema appercettivo e quindi della visione di sé e del mondo nonché delle attitudini del bambino verso la vita adulta; le fantasie infantili, ad esempio, nascondono delle verità che attendono interpretazione. Non poteva Adler su questa tematica non considerare il ruolo insostituibile della *scuola* come momento fondamentale di avviamento e addestramento al lavoro. È un luogo e uno spazio privilegiato di accoglienza dove l'allievo viene considerato nella sua globalità psicofisica. Non dovrebbe sussistere la divisione fra apprendimento pratico e teorico, tutto concorre a formare un'elasticità mentale ad assumere decisioni e responsabilità.

Cultura di base e formazione tecnica preparano il ragazzo a conoscere le proprie potenzialità creative utili per un adeguato inserimento nella vita sociale. In tale dimensione l'educatore potrà esplicitare tutta la sua professionalità e tatto psicologico non dimenticando di *osservare come* il ragazzo lotta e si prepara a sostenere la sua *meta di superiorità*. Gli strumenti a disposizione dell'insegnante per poter individuare e capire la meta più realizzativa e caratterizzante per l'allievo saranno l'*intuito* e l'*interpretazione* osservando la sua globalità comportamentale. Adler invita a non considerare l'adolescenza come momento delicato di passaggio lontano dagli interessi nei confronti del lavoro, anzi questo sarebbe un pregiudizio da annullare con un'educazione capace di fare comunità e indurre significato all'attività umana.

L'*esperienza* ha in sé una grande autorevolezza, così anche le vicende di sofferenza, quale il trauma, la malattia, che orientano il ragazzo a comprendere l'angoscia che si sviluppa in vari modi sollecitando risposte con ruoli che in un certo senso offrono rimedi con future scelte nel mondo sanitario, artistico o religioso. Una preoccupazione forte per chi educa, in particolare per il genitore, è trovarsi di fronte a un giovane che permanga in un comportamento *pigro e distratto*; non si dovrebbe avere esitazione nell'intervenire con una *rigorosità diagnostica* per scoprirne le cause e intervenire in modo adeguato; la passività futura, l'infelicità del singolo si ripercuotono su tutta la società. L'interesse per il lavoro è un obiettivo primario della formazione fin dall'infanzia e così Adler ribadisce inequivocabilmente la motivazione: «Se vivessimo su un pianeta che ci offrisse tutto quello di cui abbiamo bisogno senza lavorare sarebbe forse una virtù essere pigri e un vizio essere laboriosi, ma per quello che possiamo capire dai nostri rapporti con la terra, questo nostro pianeta, la risposta logica al problema dell'occupazione, l'unica risposta in armonia con il senso comune, è il lavoro, la cooperazione, la partecipazione. Questo fatto è stato sempre sentito intuitivamente dall'umanità; oggi, però, possiamo vederne la necessità dal punto di vista scientifico» (*Ibid.*, pp. 194-195).

La comunità umana è debitrice nei confronti di menti eccezionali perché, grazie a questi *geni*, è accaduto un salto di qualità talmente elevato che non solo

noi godiamo i frutti, ma tutte le generazioni future beneficerebbero della loro creatività. Grazie a loro l'umanità ha scoperto sempre più le potenzialità che erano nascoste trasformando ed elevando la nostra civiltà. Questi geni come pittori, musicisti, scrittori, poeti non hanno avuto una vita facile e semplice, spesso hanno dovuto lottare e incontrare difficoltà e imperfezioni di ordine organico, economico o altro; solo la perseveranza nel superamento del disagio li ha premiati.

Incoraggiare al sacrificio e *disincentivare* il protezionismo sono linee pedagogiche che favoriscono il contatto con la realtà, negativa sarebbe un'attività vissuta come evasione e pretesto per eludere i problemi affettivi e familiari; sarebbe questo terreno possibile per la nascita di nevrosi e in particolare di disturbi psicosomatici. Adler, molto sensibile all'organizzazione della società e al modo in cui viene gestita, non risparmia pesanti critiche verso una politica che non ha linee programmatiche capaci di tutelare il lavoro eliminando la piaga della disoccupazione. Sarebbe un segnale di fallimento e di un contesto votato al degrado: infatti il disoccupato, se non risolve il problema, è un soggetto destinato allo scoraggiamento e un possibile peso e costo sociale per l'intera comunità per non dire l'*humus* idoneo dove spesso si annida e si forma la connivenza con la *devianza* e la *criminalità*. Concludendo diciamo che l'occupazione nell'esistenza umana è prima di tutto un problema di *cultura educativa* dove genitori, scuola, società e politica interagiscono con una strategia comune verso un unico obiettivo secondo cui il lavoro è un *valore* di benessere psicofisico dal quale la persona trae *soddisfazione e piacere*.

V. Una visione diversa: il lavoro come destino

Ci sembra doveroso almeno accennare all'impostazione del fondatore della psicoanalisi sulla tematica dell'attività umana, in particolare perché contemporaneo di un medesimo contesto storico e sociale e in più collega di Adler del quale condivideva le aspirazioni ad un successo della propria teoria. Freud dedica molto spazio nei suoi scritti al termine *lavoro*, non solo legato alla professione come *lavoro sociale*, ma pure alle altre forme di lavoro. Parla di *lavoro motorio* per descrivere l'attività del sistema nervoso per liberarsi di un sovraccarico di eccitazione, di *lavoro onirico* per evidenziare la trasformazione del contenuto latente a quello manifesto, di *lavoro psichico* per riferirsi agli atti mancati e ai sintomi, di *lavoro scientifico* come attività che rappresenti la rinuncia più forte al principio del piacere, di *lavoro del lutto* come elaborazione del distacco e della separazione, di *lavoro artistico* e di *lavoro analitico*, quest'ultimo per sottolineare lo spazio e il luogo della relazione terapeutica [18, 19, 21, 40].

Il nostro interesse si limita ad approfondire il lavoro sociale per l'importanza che esso ha in termini di legami, di relazioni e di significati interni ed esterni a noi. Proponiamo una comparazione con la concezione adleriana per sottolineare un modello mentale altrettanto suggestivo e culturalmente affermato in ambito di ricerche di analisi istituzionali e del lavoro in genere. Dobbiamo arrivare al 1915, quando la teoria freudiana è giunta ormai a un suo completamento, per trovare le sue posizioni in merito al lavoro sociale.

Così Freud si esprime: «Ciò che spinge la società umana è in ultima analisi un motivo economico; siccome non ha abbastanza mezzi di sussistenza per mantenere i suoi membri se essi non lavorano, deve limitarne il numero e convogliarne le energie dell'attività sessuale verso il lavoro» (21, p. 3). Il lavoro sociale esprime una *tensione* fra individuo e società, gli uomini farebbero con piacere a meno del lavoro, ma questo è impossibile, quindi necessario, per *contenere* le energie sessuali. In *L'avvenire di una illusione* nel 1927 si precisa: «Sembra [...] che ogni civiltà debba per forza edificarsi sulla coercizione e sulla rinuncia pulsionale; non sembra nemmeno certo che, una volta eliminata la coercizione, gli individui umani, nella loro maggioranza, siano pronti ad accollarsi l'esecuzione del lavoro richiesto per l'acquisizione di nuovi beni materiali. A mio parere è assolutamente necessario tenere a mente che in tutti gli uomini sono presenti tendenze distruttive, e perciò antisociali e ostili alla civiltà, e che in gran numero di persone queste tendenze sono abbastanza forti da determinarne il comportamento nella società umana [...]. Non è possibile evitare che la massa sia dominata da una minoranza, così come non si può fare a meno di imporre il lavoro nella vita civile [...]. Per dirla in breve, due sono le caratteristiche umane molto diffuse cui va addebitato il fatto che gli ordinamenti civili possono essere mantenuti solo tramite una certa misura di coercizione: gli uomini non amano spontaneamente il lavoro e le argomentazioni non possono nulla contro le loro passioni [...]. Ogni civiltà poggia sulla coercizione al lavoro e sulla rinuncia pulsionale» (22, p. 457). Notiamo in queste espressioni il crescendo di una situazione persistente pessimistica nei confronti dell'occupazione umana con l'inappellabile sentenza che il lavoro implichi una *rinuncia* di energie sessuali, aggressive ecc., ben lontana dall'essere ritenuta occasione di *sviluppo* della persona e *spazio* per una comunità cooperante.

Freud nel 1929 in *Il disagio della civiltà*, pur mantenendo la medesima opinione sul fatto che all'uomo non garba il lavorare, gli attribuisce comunque delle qualità in quanto, investendo sulle energie libidiche, diventa occasione di notevoli vantaggi che esso assume in relazione con il reale. In merito così si esprime: «La possibilità di spostare una forte quantità di componenti libidiche, narcisistiche, aggressive, e perfino erotiche sul lavoro professionale e sulle relazioni umane che ne conseguono, conferisce al lavoro un valore in nulla inferiore alla sua indispensabilità per il mantenimento e la giustificazione dell'esi-

stenza del singolo nella società. L'attività professionale procura una soddisfazione particolare se è liberamente scelta, tale cioè da rendere utilizzabili, per mezzo della sublimazione, inclinazioni preesistenti, moti pulsionali persistenti, cui già per costituzione l'individuo è vigorosamente predisposto» (23, p. 572).

Il *valore* del lavoro consisterebbe quindi nel suo essere investito da energie pulsionali *spostate* dell'uomo. A nostro parere l'esperienza umana dell'occupazione trova la propria realizzazione in una prospettiva comunitaria ricca di idealità *qualitative* anziché essere un prodotto *quantitativo* offerto dalle operazioni dello spostamento o della sublimazione. Riveste molto interesse, nonostante il poco entusiasmo dell'uomo per il lavoro, la tesi di Freud secondo la quale l'attività umana è un mezzo di emancipazione e in particolare fonte di elaborazione *working-through*, dove da un esame di realtà ci permette di unire, di significare e di interpretare un lavoro esterno, *sociale*, e quello interno, *mentale*. Il modello freudiano della mente reca un notevole aiuto a non tralasciare i nessi che stanno dentro e fuori di noi e quindi la duplicità valoriale del lavoro come luogo e comunicazione di *intersoggettività*.

VI. Che cosa è oggi il lavoro?

Adler e Freud sono stati testimoni di un'organizzazione sociale e lavorativa profondamente lontana da quella che stiamo vivendo oggi e certamente avrebbero riveduto valori e significati di ieri sostituendoli con altri probabilmente di natura altrettanto complessa per l'individuo nello sviluppo della personalità. In un secolo tutto o quasi è cambiato del lavoro sia nel modo sia nelle motivazioni profonde del *lavorare*, ma quello di cui siamo certi è che anche noi siamo cambiati. Oggi, nella *società della conoscenza*, il lavoro, come ieri nella *società industriale*, non è morto o in via di estinzione [34], anzi il tempo ad esso dedicato è maggiore, inoltre sta cambiando *forma* e *contenuto* in un incessante cammino verso una mutazione genetica. Ancora ci portiamo in testa il concetto aristotelico o della rivoluzione industriale per il quale il lavoro era inteso come natura *strumentale* con la qualità di *fatto economico*; oggi sta assumendo forme più *spirituali* o *virtuali*.

Il lavoro industriale era in sé semplice, stabile, ripetitivo con scarsa applicazione cognitiva, netta era la prevalenza manuale. Nella società della conoscenza la natura del lavoro richiede nuove competenze grazie al suo cambiamento. La globalizzazione rende l'attività umana e il lavoratore *meticci* per genere, etnia, educazione e cultura. La fabbrica tayloristica mirava all'omogeneità culturale, oggi la capacità comunicativa e lo scambio interculturale sono essenziali per stare e lavorare assieme.

I vecchi mansionari sono archiviati a favore di confini *deboli* e *permeabili*; in parallelo si fanno più cose, i ruoli sui progetti sono interscambiabili, i luoghi di lavoro mutano facilmente, tutto è sotto il dominio delle tecnologie per dominare l'infrastruttura, il *digital divide* entra nella quotidianità e nelle relazioni. I processi di produzione [8], con una gamma infinita di scelte, esigono competenza per leggere e decodificare i contesti. La novità e il dinamismo richiedono impegno cognitivo e responsabilità, purtroppo in un ambiente *incerto*, in condizioni di *incertezza* [9]. In questa complessità sociale diviene necessario il senso di comunità per prendere o negoziare decisioni, ma le persone sono spesso isolate, non hanno rapporti vis à vis e quindi senza la presenza del corpo e dei suoi segnali diviene difficile costruire la fiducia. Un simile clima produce quantità impressionante di ansia, di tensione, di stress, di conflitti, di disturbi psicosomatici e psichiatrici; il lavoro delle catene di montaggio, della noia e della ripetizione, sta alle spalle.

La tipologia del lavoro va adlerianamente oggi ridefinita come *fatto sociale* ed appartiene alla *vita morale* [13] delle persone e della società. Emerge un'epoca dell'informazione e dei servizi, non si producono più *merci*, ma *relazioni*, che richiedono cooperative sociali, associazioni di consumatori, gestione del territorio, istruzione, per poi parlare dei servizi di cura alla persona anziana, disabile o malata in genere. In questo scenario potremmo auspicare un domani *umanistico* del lavoro, ma in realtà si annida un pericolo che è sinonimo di sfruttamento: una *nuova schiavitù* e una *nuova povertà*. Come esempio pensiamo agli addetti ai *computers*, *help desk* come nuovi servi della gleba o agli addetti ai *call center*; spesso queste persone sono ingaggiate non tanto per un lavoro, ma per un progetto che, a obiettivo raggiunto, di solito è solo una fiammata in borsa, poi si va tutti a casa.

Alcuni attenti studiosi [28, 29] non escludono lo scorgere di scenari patologici, gravi come quelli della prima rivoluzione industriale, nei quali milioni di lavoratori, malati di *insicurezza* possono soccombere ricattati dalla "legge Tina". "Tina" è un acronimo coniato in Usa che sta per "There is no alternative", che potremmo semplificare traducendo: "o così o quella è la porta".

Non si esclude la possibilità di dominio di una *religione del darwinismo aziendale* [28] per cui sono gli uomini che si adeguano al mercato e non viceversa, si apre così la strada per gli uomini usa-e-getta o da *rottamare* appena sopra i 40-45 anni. Nel nuovo mondo del lavoro l'occupazione perde la valenza materiale per assumere una valenza di senso e di identità. Se nella società di ieri la cultura vincente era quella che *considerava* il lavoro *un mezzo che permette di vivere*, oggi è *un mezzo che permette di realizzare progetti di vita e di lavoro*. In questo nuovo mercato troviamo il popolo dei lavori *atipici*, una platea di persone con capacità professionale e forme diverse di formazione e istruzione. Il lavoro atipico è vissuto come gestione *libera* e *flessibile* del proprio tempo, dando possibilità di con-

ciliare vita professionale e vita personale. È sinonimo di dinamicità, creatività e libertà con rischio elevatissimo di perderlo improvvisamente qualora il lavoratore fosse *bisognoso* di pause, di formazione e in particolare di esigenze private e familiari [30].

VII. *La flessibilità e la precarietà come nuovi modi di essere nel lavoro*

La *flessibilità* è la peculiarità intrinseca nel modo di lavorare, certamente non deve essere intesa come capacità di adattamento a una situazione che cambia, ma come una sorta di *ristrutturazione necessaria* voluta dal mercato, da una diversa cultura di percepire la produzione e le risorse e da una tecnologia che crea un'identità debole in chi lavora. La burocrazia e la *routine* vengono sostituite da un nuovo modello di lavoro che chiede al lavoratore elasticità, rapidi cambiamenti, rischi e disponibilità per brevi periodi. Il rischio ieri dell'imprenditore è oggi sostituito da un rischio di massa con poca garanzia che possa tramutarsi in *opportunità* e *cambiamento*. La flessibilità genera un'ansia permanente essendo tutto circondato da un senso di *precarietà*. Non sarà difficile pure immaginare l'impatto di questa nuova modalità di legame con il mondo sull'esperienza umana nella formazione della personalità. La *carriera* non è più organizzata con un lavoro a lungo termine; il lavoro è un *progetto*, un *contratto*, pertanto l'organizzazione del tempo lavoro passa ad essere stratificata a modelli di rete che comunicano velocemente come fosse un arcipelago dove si organizzano viaggi fra isole [38].

È inevitabile che una lenta corrosione sul *tempo* personale, sulla *vita familiare* e sui *legami* con la *comunità* portino incertezza e sconvolgimento nel proprio spazio di vita caratterizzato da una creatività sempre più accantonata. Il fenomeno di questa *instabilità* dell'attività umana è trasversale in tutto il mondo occidentale, ricchi di questa tematica sono la letteratura saggistica, il cinema e il teatro, con la conseguenza di un pessimismo di cui in particolare i giovani sono interpreti. Il nobile concetto di *adattamento* è sostituito con il *precariato*; quindi adattarsi significa essere precari sia nel proprio lavoro come di fronte a chi offre lavoro. A volte, nel peggiore dei casi, flessibilità e precarietà sono sinonimi di riduzione dei costi, subappalto e soppressione del lavoro. Simile clima, non poco colpevolizzante, crea disagio e perdita di senso. Non si esclude che questi nuovi orientamenti occupazionali possano tradurre il termine di adattamento come *obbedienza* a logiche perverse.

VIII. *Probabili conseguenze di un'emergenza psicologica*

Nell'attività umana, uno dei tabù di oggi è il senso di *fallimento*, il sentirsi vittima impotente e in particolare l'avvertire una sorta di colpa nei confronti della

vita affettiva per il tempo ad essa sottratto. Il bisogno dell'*appartenenza* ha confini molto labili, va in scadenza molto in fretta provocando scosse alla stabilità e all'igiene mentale della persona. La frammentazione del proprio tempo, in una società flessibile, mette a dura prova il mantenimento della *speranza* come forza di prospettiva e dei *desideri* come obiettivi della creatività, eppure questi sono dei veri e propri antidoti per prevenire o tollerare l'eventuale fallimento.

Il regime flessibile costringe la personalità alla condizione di *dover essere sempre in recupero* [38] mettendo in difficoltà l'individuo cui è tolta la possibilità di vivere il lavoro come *narrazione* e *sviluppo*, atteggiamento attuato invece facilmente da un lavoro progettato, pianificato e organizzato a lungo termine. Riteniamo comunque che il pericolo, con caratteristica di emergenza e di sospetto in questa era, sia la perdita del *senso di comunità*. La competizione costante tende a chiudere e consumare gli sforzi della mente solo per la sopravvivenza di se stessi, facendo dimenticare la necessità di essere un *noi* agente per responsabilità pur nella costante fedeltà a se stessi. La comunità implica un operare sentendo e vivendo l'altro come parte di noi, mentre il clima della precarietà svislaccia e snatura il fondamento secondo cui l'esperienza umana è un destino di condivisione. Sennet nel suo saggio sulla flessibilità così conclude: «Se un cambiamento deve verificarsi, si verifica sul terreno tra gente che parla con franchezza dei propri bisogni interiori più che attraverso sollevazioni di massa. Ma un regime che non fornisce agli esseri umani ragioni profonde per interessarsi gli uni degli altri non può mantenere per molto tempo la propria legittimità» (38, p. 148).

IX. Verso un nuovo stadio antropologico

Nelle riflessioni precedenti abbiamo fatto il tentativo di annunciare una serie di problematiche inerenti l'attività umana e le sue implicazioni nella quotidianità della persona nel suo esistere. Il pensiero individualpsicologico, pur meritando, per sue precise peculiarità, di essere assunto come uno degli strumenti interpretativi più idonei alla lettura del fare e del pensare umano, contemporaneamente sente l'urgenza di una *risignificazione*, di un *dopo Adler*, sollecitata dal radicale sovvertimento della contestualità psicosociale come *luogo* dove si forma lo stile di vita dell'uomo di questo terzo millennio. Sta iniziando una nuova forma di essere uomo, la realtà in bene e/o in male muta con una velocità sorprendente, certo inimmaginabile al tempo di Adler. Là si aveva una società caratterizzata da un ordine *bipolare* del mondo come l'accesa dialettica fra capitalismo e comunismo; le trasformazioni, se c'erano, si attuavano in modo lento e graduale, la grande industria meccanica, simbolo di modernità, era al centro del progresso. Oggi sul percorso per la costruzione della personalità, la famiglia e la scuola devono fare i conti con la nuova informazione, con la comunicazione, con i consumi, con la finanza e perché no con il riarmo irrazionale, con la tecnica ecc. Sparisce il

significato della costruzione storica di un contesto, di un modo di vivere e di pensare, la memoria alterata riduce il senso della contemporaneità. Il progresso tecnologico e l'arretratezza spirituale rendono l'uomo più assetato di violenza, inetto, tutto orientato a dominare ciò che mette in moto.

Il *senso della storia* non è più percepito come un nostro sentito quotidiano; la *simultaneità* e l'*obsolescenza* delle tecnologie e la connettività immediata e sincronica soffocano lo sviluppo dialettico e storico, impoverendo e annullando la criticità [36]. Il significato profondo del *tempo* è percepito non più in modo lineare per cui era facile il collegamento fra ciò che era accaduto e ciò che stava per accadere; il *presente* è prigioniero fra un passato perso, non più capibile e l'incapacità di creare prospettiva e progetto. La differenza oggi è avvertibile fra un tempo *profondo* dell'evoluzione naturale, quasi impercettibile per non dire eterna, e il tempo *breve* e rapido dell'evoluzione dell'uomo, una manciata di millenni rispetto ai miliardi di anni dell'universo. Il rischio è quello di accettarci passivamente coltivando un'angoscia che porta alla *rimozione del futuro*. È un passaggio senza precedenti.

L'antropologia adleriana dichiara che: «il senso della vita ha un valore e un significato solo se si tiene presente il sistema di riferimento, o le coordinate, uomo-cosmo. In questa ottica è facile capire che in tale sistema il cosmo possiede una forza creatrice [...]. Se vogliamo capire in quale direzione va e si muove la vita, dobbiamo considerare che lo sviluppo consegue a un incessante adattamento *attivo* alle esigenze del mondo esterno. [...] L'assenza di adattamento *attivo* è continuamente minacciata da questa "verità" e che la fine dei popoli, famiglie, individui, specie animali e piante è imputabile alla mancanza proprio dell'adattamento attivo» (5, pp. 148-149).

Sembra chiaro che solo un dialogo *creativo, lento e armonico* fra uomo e natura possa essere la garanzia per la sopravvivenza. Oggi l'uomo sembra *emanciparsi* dalla natura, non la subisce, ma la domina e la altera, c'è un'attiva metamorfosi e manipolazione della nostra specie. Non siamo prossimi a staccare l'*umano* dal *naturale*? La perdita del *senso di comunità* rischia di allontanarci da un "nuovo umanesimo" pur vantando la vittoria sulla morte o un'umanità padrona della propria corporeità, capace di orientare a piacere il proprio patrimonio genetico e di connettere i propri neuroni a circuiti elettronici artificiali; ma questa vigilia di mutazioni, non potrebbe preannunciare la fine della nostra specie? Ancora Adler avverte che ci sono valori morali comunque non negoziabili per la *continuità* e *identità* dell'uomo nel suo evolversi: «rimane una sola misura che consente di misurare l'uomo: *il modo in cui esso si muove nei confronti dei problemi ineludibili* [...] quello dell'atteggiamento da assumere verso i propri simili, il problema dell'attività lavorativa e quello dell'amore» (*Ibid.*, p. 20).

La Psicologia Individuale, oltre ad offrire parametri di valutazione, definisce inequivocabilmente lo strumento e la metodica per raggiungere l'obiettivo dello sviluppo psicologico: «La vita psichica [...] appare in grado di sviluppare, per impulso innato, la capacità di identificarsi come organo di attacco, difesa, sicurezza, protezione, quando la situazione richiede appunto l'attacco o la difesa [...] un insieme di misure difensive e offensive, dirette verso il mondo per preservare l'organismo umano e provvedere al suo sviluppo. [...] Non possiamo rappresentarci una vita psichica isolata, ma dobbiamo sempre analizzarla in rapporto a quanto ci circonda» (3, p. 36).

X. *Vivere significa evolvere creativamente*

Lo stile di vita è atto creativo, ogni nostro comportamento, ogni nostro atteggiamento non sono una reazione automatica allo stimolo della realtà che ci circonda, ma un'*interpretazione continua e coerente* di come noi percepiamo tale realtà. Ogni nostra azione, anche la più banale, è rivestita dalla sacralità della soggettività. Più fattori intervengono nel nostro fare determinando l'identità dell'agire: la storia dell'inferiorità, l'evolversi del sentimento sociale, l'organizzazione strategica dell'affermazione di noi, il risultato delle relazioni primarie ecc. Il *lavorare* porterà quindi sempre con sé la traccia della creatività individuale, anche se il lavoro sarà monotono, ripetitivo e poco soddisfacente. Il lavoro potenzialmente ha in sé un'impronta di unicità perché creata da un artista che padroneggia una *tecnica* tutta propria e singolare.

Vivere con creatività per la Psicologia Individuale è *attuare un progetto* nella propria esperienza umana. La caratterizzazione di tale progetto sta nel suo fondersi con l'atteggiamento del *possibile e della speranza*, l'obiettivo è certamente una forza trainante e motivante che produce energia e significato, ma il coinvolgimento maggiore rimane nell'*atto* del cercare, preparare, confrontare, eliminare e sperimentare. Il progetto in questo modo è portatore prevalente di un'*esperienza emozionale e sensoriale* rispetto al non meno rilevante percorso cognitivo. Il Sé Creativo della persona, per sua natura, è movimento e produce un continuo avanzamento migliorativo generando e rivitalizzando aree statiche della personalità sottratte a finalità nevrotiche ed improduttive e caratterizzando un processo evolutivo orientato ad una vera e propria produzione di obiettivi concreti, necessari all'uomo nel suo esistere e vivere in comunità.

La natura creativa di ciascuno porta un'ulteriore riflessione sul destino continuo di fare rinnovandoci: la dimensione del nostro procedere creativo è inscindibile dall'atteggiamento verso un'*alterità* consapevole. Il nostro agire è la manifestazione di un *pensato a favore dell'altro* in quanto simile che condivide l'avventura umana. Pertanto l'attuazione della progettualità si inserisce nella vita comuni-

taria rendendola più nuova e ricca, ma è anche occasione di una gestazione conflittuale per un passaggio di maggior libertà e giustizia.

XI. Conclusioni

Le considerazioni appena delineate sul *sensu del fare* per l'Individualpsicologia cadono in un momento storico quanto mai denso di incertezza e fragilità. La crisi economica mondiale prospetta un orizzonte dell'attività umana sempre più precaria, con un futuro difficile da definire. Una socioanalisi adleriana si inserisce come una possibile risposta che interpreta la *crisi* come *risorsa* che, in quanto tale, non deve essere *sprecata*. Gli spazi per concezioni obsolete e pessimistiche del lavoro sono chiusi: è il momento del *potere creativo*, dove la creatività non è di forma o di moda, ma di contenuto in un processo di *crescita ottimistica* della comunità umana, attraverso l'opportunità di nuovi incontri e confronti o la scoperta di linguaggi alternativi che ci introducono nel mondo delle *differenze* interculturali e umane. Tale clima richiede una scoperta e la scelta di un atteggiamento disponibile alla *separazione* da tutto ciò che è *limite, fermo, statico*.

La dinamica del *lavorare* adleriano include uno stile di azione dove occorre essere in grado di *entrare* e *uscire* dal conflitto interpretandolo nel suo contesto. La *legge del movimento* non indulge a soste scoraggianti possedendo come intima natura un'identità *evolutiva*. Il lavoro inteso come *realizzazione* individuale e *responsabilità* per la comunità umana induce a una *formazione permanente* che riqualifica e ottimizza le risorse umane, con il risultato di un procedere *riorganizzando* sempre e comunque la *speranza*.

Bibliografia

1. ABRUZZESE, A. (2000), *A chi serve la new economy? La grande truffa*, Sossella, Roma.
2. 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).
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. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
6. ADLER, A. (1933), Die Formen der seelischen Aktivität; ein Beitrag zur individual-psychologischen Charakterkunde, *Ned. Tijdschr. Psychol.*, 1: 229-235, in VARRIALE, C. (2005), *Alfred Adler psicologo di comunità*, Edizioni Guerini, Milano.
7. ADLER, A. (1935), I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.* 33: 5-9.
8. BAGNARA, S. (2006), *Il valore della diversità*, Fondazione IBM Italia, Bologna.
9. BAUMAN, Z. (1999), *La società dell'incertezza*, il Mulino, Bologna.
10. CAROTENUTO, A. (1991), *Trattato di psicologia della personalità e delle differenze individuali*, Raffaello Cortina, Milano.
11. DE MASI, D. (1999), *Il futuro del lavoro*, Rizzoli, Milano.
12. DE MASI, D. (2003), *La fantasia e la concretezza*, Rizzoli, Milano.
13. DONATI, P. (2001), *Il lavoro che emerge*, Bollati Boringhieri, Torino.
14. FERRO, A. (1996), *Nella stanza d'analisi*, Raffaello Cortina, Milano.
15. FINZI, E. (2008), *Come siamo felici*, Sperling & Kupfer, Milano.
16. FORNARI, F. (1983), *La lezione freudiana*, Feltrinelli, Milano.
17. FORNARI, F. (1993), *Psicoanalisi e cultura di pace*, Edizioni S. Domenico, Firenze.
18. FREUD, S. (1892), *Studien über Hysterie*, tr. it. *Studi sull'isteria*, in *Opere 1886-1895*, Vol. I, Boringhieri, Torino 1967.
19. FREUD, S. (1899), *Traumdeutung*, tr. it. *Interpretazione dei sogni*, in *Opere 1899 Vol. III*, Boringhieri, Torino 1966.
20. FREUD, S. (1909), Über einen besonderen Typus der Objektwahl beim Manne, in *Opere 1909-1912*, Vol. VI, Boringhieri, Torino 1974.
21. FREUD, S. (1915-17), *Metapsychologie*, tr. it. *Introduzione alla psicoanalisi*, in *Opere 1915-1917*, Vol. VIII, Boringhieri, Torino 1976.
22. FREUD, S. (1927), Die Zukunft einer Illusion, tr. it. L'avvenire di un' illusione, in *Opere 1924-1929*, Vol. X, Boringhieri, Torino 1978.
23. FREUD, S. (1929), Das Unbehagen in der Kultur, tr. it. Il disagio della civiltà, in *Opere 1924-1929*, Vol. X, Boringhieri, Torino 1978.
24. GAGGI, M., NARDUZZI, E. (2007), *Piena disoccupazione*, Giulio Einaudi, Torino.
25. GALLINO, L. (2007), *Il lavoro non è una merce*, Editori Laterza, Roma-Bari.
26. GHIDONI, C. (1988), Contributo adleriano all'innovazione tecnologica nelle organizzazioni aziendali, *Riv. Psicol. Indiv.*, 28-29: 136-146.

27. GHIDONI, C. (2008), "L'Etica come finzione e il senso di comunità", *XI Conv. Naz. Odont.*, Nembro (BG).
28. GILIOLI, A., GILIOLI, R. (2000), *Cattivi capi, cattivi colleghi*, Mondadori, Milano.
29. GILIOLI, A., GILIOLI, R. (2001), *Stress economy*, Mondadori, Milano.
30. PANZERI, A. (2003), *Il lavoratore fuori garanzia*, Jaca Book, Milano.
31. PARENTI, F. (1993), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
32. PREZZA, M., SANTINELLO, M. (a cura di, 2002), *Conoscere la comunità*, il Mulino, Bologna.
33. QUINODOZ, D. (2002), *Le parole che toccano*, Borla, Roma.
34. RIFKIN, J. (2000), *The Age of Access*, tr. it. *L'era dell'accesso*, Mondadori, Milano 2001.
35. ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di, 2004), *La ricerca in Psicologia Individuale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
36. SCHIAVONE, A. (2007), *Storia e destino*, Giulio Einaudi, Torino.
37. SEMI, A. A. (1992), *Dal colloquio alla teoria*, Raffaello Cortina, Milano.
38. SENNET, R. (1998), *The Corrosion of Character*, tr. it. *L'uomo flessibile*, Feltrinelli, Milano 1999.
39. SODINI, U. (1985), La fabbrica delle nevrosi, *Riv. Psicol. Indiv.*, 22-23: 170-173.
40. STELLA, S. (1983), *Lavoro interno e lavoro esterno*, Centro Scientifico Editore, Torino.
41. VARRIALE, C. (2005), *Alfred Adler psicologo di comunità*, Edizioni Guerini, Milano.

Claudio Ghidoni
Cascina Bignaminina, 1
I-26849 Santo Stefano Lodigiano (LO)
E-mail: claudioghidoni@libero.it

Aspetti biopsicosocioculturali del dolore: riflessioni sulle esperienze cliniche e psicoterapeutiche con il paziente oncologico

ANDREA BOVERO, ELENA ZAINA, RICCARDO TORTA

Summary – BIOPSYCHOSOCIOCULTURAL ASPECTS OF PAIN: THOUGHTS ABOUT CLINICAL AND PSYCHOTHERAPIC EXPERIENCES WITH ONCOLOGICAL PATIENT. The purpose of this work is to talk about pain as a multifactorial experience, according to a biopsychosocial model, in which biological, psychological and social factors interact dynamically. The experience of pain constitutes a complex phenomenon in which physical and psychological components intertwine, inseparably, when organic is generated from pathological processes stimulating nociceptive mechanisms and when psychological processes develop a central role in the modulation of pain. Physical pain subject, therefore not only mental suffering, has always been represented a sphere of interest for clinical psychology and its contribution regards the comprehension of pain experience and its therapeutic treatments.

Keywords: BIOPSYCHOSOCIAL, ONCOLOGICAL PAIN, PSYCHOLOGICAL FACTORS

I. Introduzione

L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (*IASP, International Association for the Study of Pain*) definisce il dolore come «Un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, associata a un danno tissutale, in atto o potenziale, ovvero descritta nei termini di tale danno» [48]. L'esperienza del dolore costituisce un fenomeno complesso in cui si trovano intrecciate componenti fisiche e psicologiche, di fatto inscindibili nell'immediatezza della percezione, sia nei casi in cui la sua origine è primariamente e chiaramente collocabile a livello organico, generata da processi patologici che stimolano i meccanismi della nocicezione, sia che i processi psicologici svolgano un ruolo centrale sulla modulazione della percezione [81]. Il dolore del corpo, infatti, è il risultato di un'elaborazione, spesso non cosciente, di tutta la persona: nel dolore fisico, la mente e il corpo si influenzano reciprocamente; il dolore del corpo è un'esperienza influenzata dalla personalità dell'individuo, dalla sua storia passata, dai suoi aspetti emo-

zionali, dal contesto culturale in cui vive e dal significato che si dà alla situazione in riferimento non solo al presente ma anche al passato e al futuro [80].

Il modello biopsicosociale che sta sostituendo il concetto biomedico nell'ambito della salute [24] analizza il fenomeno del dolore come un'esperienza multidimensionale influenzata da meccanismi biologici, psicologici, sociali [15, 37]. Nella pratica psicologico-clinica analizzare il dolore significa confrontarsi con un'esperienza multifattoriale, in cui i fattori biologici, psicologici e sociali interagiscono tra di loro in modo dinamico, influenzandosi reciprocamente, a cui dovrebbe corrispondere una strategia terapeutica che articoli interventi farmacologici, psicoterapeutici e riabilitativi [65, 69]. Il dolore, secondo il modello biopsicosociale, si sposa con i concetti fondamentali della Psicologia Individuale, che vede l'individuo, come un'unità, nella quale corpo e mente cooperano come parti indivisibili di un tutto. La mente e il corpo sono manifestazioni della vita, in quanto sia l'una che l'altra sono parti della vita nella sua totalità [52] e la mente detiene l'importante funzione di finalizzare i movimenti del corpo e di contemplare una meta da raggiungere, occupando, così, una funzione direttiva, poiché ha il compito di decidere verso quale obiettivo indirizzare il movimento [87]. Come ricorda Adler, vi è un «intimo rapporto fra il movimento e la vita psichica» (3, p. 35).

A proposito dell'argomento dolore la concezione adleriana descrive il *linguaggio o gergo degli organi* come l'insieme delle modalità con cui le funzioni del corpo manifestano le finalità della psiche e tendono verso la loro realizzazione [42]. Si tratta di una modalità espressiva a valenza sia intrapsichica che interpersonale in cui il corpo si pone al servizio delle finalità cosce e inconscie dell'individuo contribuendo a definirne lo stile di vita [54]. «L'individuo impiegherebbe gli organi per agire sull'ambiente a proprio vantaggio, utilizzando certo talvolta dei simboli, ma anche degli interventi pragmatici in grado di mobilitare o punire altre persone» (53, p. 46).

Le condizioni d'inferiorità somatica, in una malattia oncologica con dolore, aggravate talora da carenze affettive, generano vissuti d'inadeguatezza che possono diventare complessi di inferiorità quando le modalità del sentimento di inferiorità sono scompenstate fino a causare notevole sofferenza all'individuo, favorendo conflitti psicologici interni, orientati verso una valutazione negativa del *sé corporeo*, di confronti svantaggiosi verso i coetanei, di condotte di evitamento e di crollo dell'autostima [62]. Tuttavia anche quando l'uomo non è malato, resta debole, morente, «Malato di finitezza» [41]. Adler a questo proposito dice «Ciò che fornisce il punto di partenza allo sviluppo di una nevrosi è il sentimento minaccioso di malsicurezza e di inferiorità, sentimento che fa sorgere il desiderio irresistibile di trovare una meta atta a rendere sopportabile la vita» (1, p. 14). L'uomo viene al mondo con dei «Sentimenti di inadeguatezza [...] rispetto alle

prove che la vita impone» (5, p. 411), ossia di una carenza sia nei confronti degli altri, sia nei confronti della propria permanenza nel mondo. Pertanto emerge una visione dell'uomo che mette al centro dell'attenzione l'ontologica insufficienza dell'individuo a se stesso e la necessità di considerare una visione globale dell'insieme uomo, inteso come individuo indivisibile e la necessità di considerarlo all'interno delle relazioni che egli intrattiene [43].

Adler inserisce, quindi, lo sviluppo e la comprensione del dolore all'interno del quadro individuale compreso nello stile di vita del soggetto. Il sintomo algico è in sintonia con la meta personale che il soggetto si è prefissato attraverso il suo Sé Creativo. Il dolore oncologico può essere visto come una forma di volontà di potenza esagerata, un allontanamento dalla società e dal sentimento sociale, metro di valutazione di ogni disturbo psichico, e come conseguenza, mezzo di svalorizzazione e di frustrazione delle persone intorno al malato, che, non riuscendo ad aiutarlo, sperimentano un senso di fallimento. Per Adler, quindi, data l'importanza della sua teoria all'unità mente-corpo, il dolore, come altre manifestazioni corporee, ha uno scopo e un significato personali, che danno all'individuo un vantaggio secondario e lo proteggono da compiti percepiti come troppo difficili per la propria autostima e insicurezza.

L'approccio adleriano al sintomo fisico, e nel nostro caso al dolore oncologico, considera fondamentale, un trattamento integrato che prenda in considerazione l'unità somatopsichica della persona, la sua individualità e il suo contesto sociale [2, 5, 61]. Fondamentale risulta essere una metodologia d'intervento che tenga conto della globalità e della complessità del malato cronico rispetto agli interventi terapeutici settoriali. La malattia oncologica non implica solo un deficit d'organo o funzione, ma mette in crisi l'omeostasi psichica dell'individuo che si ammala [26]. Considerata la complessità del fenomeno dolore, l'approccio al suo studio e alla sua terapia non può che essere multimodale [8] e interdisciplinare. Il "modello di rete", inteso come strumento concettuale ed operativo tra paradigmi diversi, permette di rendere compatibili i differenti interventi e i diversi linguaggi utilizzati [65]. I diversi interventi terapeutici, farmacologici, psicoterapeutici e riabilitativi devono essere applicati nella stessa persona, quando è necessario, in un insieme globale o di rete [65], in un'ottica di psichiatria di consultazione-liaison [59] attivando un approccio di tipo progettuale e un'applicazione strategica [28]. La terapia biopsicosociale nell'impostazione della Psicologia Individuale articola e pianifica il trattamento sulla base di principi biopsicosociali e teleologici [74, 63]. L'approccio finalistico elaborato da Adler oltre che ad analizzare la funzione del dolore, quale segnale di *deficit* e di conflitto, esprime il tentativo del Sé di riparare *deficit* e conflitti [52]. Tale approccio considera fondamentale ai fini della terapia non solo individuare le cause della malattia (da dove viene) ma anche il suo piano inconscio di vita (verso dove va la sofferenza) [72]. Attraverso il modello teleologico, basato sulla realizzazione dei tre compiti vitali, la malat-

tia può essere considerata come una fase di *re-visione* e verifica delle esperienze passate all'interno di un progetto globale, di cui il malato potrebbe sentirsi soddisfatto se ha l'impressione di avere portato a termine i compiti prescritti del vivere. Come afferma Adler: «Chi sa che continuerà a vivere nell'immagine dei propri figli ed è consapevole del valore del proprio contributo allo sviluppo della cultura, non ha paura né di invecchiare né di morire» (3, p. 46).

Va notato, infine, che l'attenzione in senso adleriano all'individuo, alla sua soggettività, ai suoi peculiari riferimenti esistenziali, precorre e si integra con il concetto di Qualità di Vita [66]. Questo è un parametro che si presta efficacemente sia a valutare i vissuti del soggetto ammalato, sia a dare delle interessanti indicazioni che tengano conto della qualità dell'assistenza prestata.

Il tema del dolore fisico, e non solo quello mentale, ha sempre costituito un ambito di grande interesse per la psicologia clinica, ed il contributo che con questo articolo si vuole offrire riguarda sia la comprensione dell'esperienza dolorosa sia il modo di affrontarla sul versante terapeutico.

II. *Aspetti emozionali del dolore*

Il dolore ha un profondo impatto sui livelli di disagio psicologico e i vissuti psicologici ansiosi e depressivi, a loro volta, contribuiscono a intensificare l'esperienza soggettiva del dolore. Molti autori hanno dimostrato l'elevata prevalenza di depressione e ansia associati al dolore cronico [22, 37].

Secondo un classico studio di Derogatis [21], uno dei sintomi fisici più frequenti nei pazienti oncologici è il dolore, presente in quasi il 70% dei pazienti, più frequentemente associato con i disturbi dell'adattamento con umore ansioso e depresso. È noto che l'ansia ricopre un ruolo importante nel dolore acuto: paura di soffrire e/o ansia anticipatoria possono causare un aumento di dolore. L'esperienza algica può portare ad una serie di pensieri negativi che aumentano la paura. Questi processi cognitivi, uniti all'anticipazione del dolore, possono avere un impatto notevole sul livello di funzionalità e sulla tolleranza al dolore [85]. A causa della paura, può stabilirsi un circolo vizioso negativo di diminuzione delle attività, decondizionamento, perdita dell'autostima, paura, emozioni negative che portano all'allontanamento dalle attività legate in qualche modo al dolore.

Il dolore cronico è più spesso associato alla depressione che può indurre una riduzione della soglia di resistenza al dolore con un'amplificazione della sintomatologia algica [33]. Derogatis fu il primo ad evidenziare un'incidenza di depressione superiore alla media nelle popolazioni di pazienti affetti da cancro (stimata fra

il 32% e il 47%) [21]. Numerosi sono stati gli studi che hanno evidenziato una relazione di causa-effetto tra dolore e depressione e sicuramente si può evidenziare una reciproca interazione [22, 32, 80]. È stato dimostrato che il dolore può provocare stati depressivi e che una depressione preesistente aumenti l'intensità del dolore e il livello di lamentosità del paziente. La sintomatologia depressiva più frequentemente esibita è rappresentata da deflessione timica, talora associata ad ansia libera e somatizzata, disturbi del sonno, compromissione sociale, note ipocondriache, riduzione degli interessi e stanchezza. Nel porre diagnosi di depressione nei pazienti con presenza di patologia algica risulta fondamentale attribuire prioritaria importanza, più che ai sintomi somatici della depressione, a quelli psichici, di tipo nucleare, principalmente rappresentati dalla deflessione del tono dell'umore, ridotta volitività, disperazione, perdita di autostima, sensi di colpa, ideazione suicidaria. Spesso il paziente oncologico non risulta in grado di esprimere verbalmente il proprio disagio emozionale ed utilizza prevalentemente un linguaggio somatico (come nell'alexitimico): in tali pazienti l'enfasi del riferimento del sintomo algico può talvolta condurre ad una sovrastima della componente emozionale e, pertanto, ad un'amplificazione in modo ingiustificato delle risposte algiche.

Il dolore nei suoi aspetti fisici è la più ovvia e la maggior causa di sofferenza, ma quando perdura nel tempo può diventare una malattia nella malattia e può portare una persona a richiedere che venga rimosso a qualsiasi prezzo, fino al punto di richiedere la morte. Nell'esperienza clinica con pazienti oncologici gravi si riconosce l'ideazione suicidaria come una costante assoluta [17], una sorta di ombra che accompagna il decorso di una malattia quando questa evolve verso la terminalità. Non è infrequente ascoltare frasi "se dovessi peggiorare la farei finita...", parole che svelano come il pensare alla morte si impone come un pensiero che non può più essere oggetto di rimozione perché la sofferenza fisica costringe la persona a riflettere sulla sua fine. In questi casi il desiderio di morte rappresenterebbe un'estrema difesa da un'insopportabile sofferenza, la liberazione dall'angoscia, e l'affermazione di se stessi sul male [44]. Altre considerazioni mettono in evidenza che il desiderio di morte di molti malati terminali non deve essere considerato come una vera e propria richiesta di eutanasia o di suicidio assistito: probabilmente, si tratta di angosciose richieste per un efficace sollievo dal dolore nella sua globalità e di una richiesta di supporto e di ricerca di pensieri alternativi per fare fronte alla situazione vissuta [40]. Il progetto di morte, infatti, in seguito a gravi malattie terminali con dolore potrebbe essere interpretato, come Adler stesso afferma, come «Una soluzione solo per chi di fronte ad un problema urgente ha finito il suo limitato sentimento sociale» (5, p. 358).

Il dolore è legato all'insicurezza e a tutte quelle emozioni negative che nascono dalla presenza del fantasma della morte (angoscia, rabbia, disperazione), dal perdere il controllo sulla propria vita, mentre sogni e speranze entrano in crisi. È

altrettanto possibile che si instaurino circoli viziosi in cui il dolore induce ricordi spiacevoli di sofferenze passate, di pensieri negativi su se stessi, sul mondo, sul futuro, spingendo il paziente verso uno stato depressivo che contribuisce ad aumentare la sofferenza. Inoltre, analizzando la letteratura, si evidenzia l'elevata presenza degli stili di adattamento "disperazione" e "fatalismo", risultati che potrebbero testimoniare il vissuto di impotenza nei confronti del dolore oncologico, la scarsa speranza, la sensazione di inutilità rispetto all'*iter* terapeutico, una tendenza alla rassegnazione e all'accettazione stoica della malattia cronica e invalidante [20].

III. *Dolore e personalità*

Sebbene non sia stata evidenziata una correlazione causale diretta tra *personalità* e dolore cronico, la maggior parte delle recenti ricerche concordano nel sostenere che la personalità giochi un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento del dolore cronico [86, 37]. Secondo il modello biopsicosociale, gli aspetti del temperamento, insieme a quelli del carattere, concorrono ad edificare la personalità. Questi elementi modulano la percezione del dolore fisico che, a sua volta, è correlato al dolore mentale. Il dolore fisico può essere infatti tanto causa, quanto conseguenza del dolore mentale [22]. Correlazioni tra tratti di personalità e dolore cronico sono stati effettuate attraverso l'utilizzo del *Temperament and Character Inventory* (TCI) [19], questionario autosomministrato che indaga la personalità secondo un modello psicobiologico. In generale questi studi hanno evidenziato come i pazienti con dolore cronico siano caratterizzati da tratti di personalità evitante, con bassa motivazione ad esplorare le situazioni nuove, al fine di evitare l'esperienza del dolore, da elevati sintomi depressivi, bassa autostima, difficoltà nell'identità e con una tendenza all'ipercontrollo [47, 68, 12].

IV. *Aspetti cognitivi del dolore*

Ogni persona dà un significato diverso alle situazioni che producono dolore e tale significato influenza la qualità del dolore percepito ed emotivamente vissuto, come anche le espressioni comportamentali che lo comunicano e ne cercano sollievo [25]. Processi cognitivi come l'attenzione, la memoria, le credenze, le convinzioni, le aspettative, le motivazioni e le intenzioni giocano un ruolo importante nel momento percettivo. Se anche non sono la causa del dolore, influiscono su come il dolore viene interpretato ed emotivamente gestito. Il significato che le persone danno al dolore dipende dalla storia personale e dalle implicazioni percepite sulla propria vita futura ma dipende anche dal contesto interpersonale e culturale nel quale questa loro esperienza viene vissuta [84]. Il risultato sarà una varietà di risposte di *coping* attraverso le quali l'individuo cerca di affrontare la

situazione focalizzandosi, attraverso strategie cognitive e/o comportamentali più sul problema o sull'emozione che sta vivendo [45].

Variabili determinanti sono la percezione di efficacia di queste strategie e l'attribuzione del luogo di controllo della situazione. I soggetti che hanno un luogo di controllo interno sono più propensi a valutare le proprie capacità di affrontare il dolore, mentre i soggetti con un luogo di controllo esterno tendono ad attribuire ad altro da sé la responsabilità di ciò che accade. I primi reagiscono meglio alle situazioni ma sono più esposti alle situazioni di fronte ad eventi incontrollabili; i secondi rischiano di rimanere più passivi [6].

Nel processo di elaborazione delle informazioni si possono creare varie distorsioni che tendono a mantenere e aggravare l'esperienza dolorosa. Particolarmente studiato è il meccanismo della catastrofizzazione (*catastrophizing*), e cioè la tendenza ad ingrandire ed esagerare il valore della minaccia e la serietà della sensazione di minaccia [76]. È correlato alla depressione, all'ansia, alla paura del dolore e all'efficacia delle strategie di *coping*.

Un costrutto psicologico importante è la *resilienza*, un tratto di personalità che aiuta a capire perché c'è chi crolla di fronte a delle esperienze e chi resiste ad esperienze traumatiche. Fattori tipici della *resilienza* sono rispondere con strategie attive alle difficoltà, l'attitudine ad orientarsi verso il compito invece che ripiegarsi su se stesso, la disponibilità a cambiare e la capacità di dare significati nuovi agli eventi [51]. Di fronte al problema del dolore la persona resiliente ha un'attitudine proattiva piuttosto che retroattiva ed è abile nel trarre insegnamenti utili anche dalle esperienze negative.

V. Aspetti comportamentali del dolore

I comportamentisti si soffermano più ad esaminare la natura della risposta (adeguata, inadeguata) che la natura dello stimolo [34]. Essi ritengono che, modificando la risposta comportamentale esagerata con diverse strategie terapeutiche verso una risposta più adeguata, si sopprimano o si attenuino rinforzi negativi, agendo quindi positivamente sul dolore. I comportamenti adeguati sono, in larga misura, innati (ad esempio il riflesso di allontanamento), mentre quelli inadeguati sono acquisiti dall'ambiente familiare, sociale etc. Essi possono, talora, assumere l'aspetto di un vantaggio secondario, cioè essere attuati per evitare responsabilità o eventi stressanti nell'ambiente familiare, sociale o di lavoro. Talora assumono, inoltre, la finalità di attirare l'attenzione su di sé, quando non è ottenuta nella misura desiderata. Ad esempio, un evento doloroso porta come conseguenza il riposo, che è un comportamento adeguato in certi casi, mentre in altri ha come finalità non quella di attenuare il dolore, ma quella di evitare responsa-

bilità e accentrare su di sé l'attenzione degli altri. Il comportamento alterato, quindi, rinforza il dolore in una sorta di circolo vizioso. Gli elementi principali che conseguono al dolore sono la vocalizzazione e le lamentele, la ricerca di consulenze mediche, l'assunzione di farmaci, la ricerca di vantaggi sociali, il riposo e l'inattività [75].

VI. *Aspetti culturali del dolore*

L'attuale elaborazione del modello adleriano si configura come un modello non dogmatico, aperto a contributi scientifico-operativi diversi [57] che tiene in considerazione l'interdipendenza delle variabili biologiche, psicologiche e socio-culturali [56]. Il soggetto viene *comparato* [2] mediante specifiche dimensioni del linguaggio descrittivo, espressivo e normativo [65]. Il vissuto della malattia oncologica viene analizzato in una prospettiva antropologica che tenga conto dell'insieme unitario costituito dall'individuo, dalla sua storia e dalla sua cultura di appartenenza.

Secondo Adler «Per comprendere ciò che avviene nell'anima occorre appurare come l'individuo si comporti con i propri simili [...] la vita psichica dell'uomo può essere compresa solo inquadrandola nell'ambito di queste relazioni collettive» (2, p. 42). Adler considerava l'inserimento sociale dell'individuo come una «verità assoluta» [5], come una condizione necessaria a garantire la sua sopravvivenza. Una risorsa importante nell'affrontare le situazioni di dolore è il sostegno sociale. È sempre più evidente che le richieste che vengono fatte agli individui e le risorse che aiutano ad affrontarle non sono solo individuali, ma anche sociali (famiglia, gruppo di pari, gruppo di lavoro, abitudini sociali e atteggiamenti culturali). Il sostegno sociale permette all'individuo l'espressione dei sentimenti sociali e lo fa sentire amato, gli fornisce le conoscenze di cui ha bisogno e riduce i sentimenti di impotenza. La resistenza o la resa di fronte al dolore sono frutto di un'interazione, specialmente con le persone significative del proprio ambiente sociale, nella quale esercitano un ruolo fondamentale emozioni, valutazioni, credenze, strategie personali e modelli culturali di azione [31]. Infine, il dolore può divenire un mezzo per mantenere viva una relazione: l'attenzione del paziente si concentrerà sugli elementi non verbali della comunicazione. In molti casi il dolore può diventare l'ago della bilancia dei rapporti con l'ambiente sanitario e familiare [39].

Il significato che differenti etnie attribuiscono infatti al contesto somatico della malattia ne modifica l'importanza relazionale: ad esempio, nella cultura orientale, in particolare quella giapponese, anche nel contesto sintomatologico della depressione questa si manifesta con una prevalenza di sintomi somatici dolorosi (*Painful Physical Symptoms*) rispetto a quelli emozionali riferiti dalle etnie occidentali [67].

La soglia del dolore cui l'individuo reagisce e l'atteggiamento che adotta sono sovente correlati alla trama sociale e culturale di riferimento [42]. Il significato che si dà alla malattia condiziona la tolleranza al dolore: il dolore nel cancro viene associato, culturalmente e storicamente, all'irreversibilità della malattia, alla sofferenza incoercibile ed alla morte [73]. Inoltre molti pazienti, malati di cancro, vivono il dolore come castigo, espiatione di una colpa. Ma se il castigo è sproporzionato, anche rispetto ad un'immaginaria colpa, allora il dolore, quello fisico oltre a quello psicologico, viene "urlato", abbassandone la soglia di percezione [71]. In altri termini, il "fatalismo" o la necessità/desiderio di essere considerati buoni pazienti, la riluttanza a disturbare il medico od il bisogno di attirare l'attenzione attraverso la lamentazione e l'agito del dolore possono condizionare la percezione soggettiva.

Tutte le società moderne integrano il dolore nella loro visione del mondo, conferendogli un senso, un valore, che sovente riesce ad attenuarne l'intensità. L'integrazione del dolore, in una cultura capace di dargli senso e valore, ne attenua l'asprezza: il dolore allora può essere considerato come un fatto ineluttabile, con cui bisogna riconciliarsi attraverso manifestazioni rituali, mediante le quali l'uomo continua a mantenersi padrone del proprio male [42].

VII. *Aspetti morali del dolore*

Kurt Schneider cercò di dare una definizione di dolore morale, introducendo il concetto di "tristezza vitale", di cui ne parlò come una tristezza somatica vicina alla sfera vitale, un sentimento di stanchezza e una mancanza di vigore [70]. L'analisi della melanconia da parte di Tellenbach lo portò a definire la sofferenza morale come l'alterazione dei fenomeni vitali: attesa angosciata senza più attività, male e rimorso, senza bene e senza desiderio, passato privato di avvenire, negazione "dell'io esisto", "dell'io ho" e "dell'appartenere a" [78].

Il dolore porta alla luce il tratto malato dell'esistenza, la precarietà come contrassegno della determinazione finita [49]. Il dolore nella malattia oncologica, quale esperienza del limite e anticipo della morte, è vissuto come *angoscia*: nell'angoscia la persona malata si interroga sulla propria fine e, quindi, si rende consapevole del finire, dell'aleatorietà di ogni accadere [49]. Con la progressione della malattia la sofferenza morale si può manifestare con la presenza di modificazioni somatiche, di stanchezza cronica ed insonnia, con la frustrazione di fronte all'inutilità, parziale o totale delle cure intraprese, con il senso di abbandono e di perdita sia di una proprietà o qualità fisica sia di un oggetto esterno, ma anche come dolore della *propria* perdita [82]. L'inevitabile conseguenza è un'estrema angoscia insostenibile, che porterà alla perdita della speranza, cioè la cessazione di speranze concrete di guarire e di vivere, perciò si dispera, ma contemporanea-

mente si atteggia rispetto a ciò che avverrà in modo più positivo qualunque cosa avverrà, compresa la morte [50]. La rappresentazione mentale del dolore compone, insieme alla fisicità della sofferenza, il sentimento di angustia (nel senso di limitatezza) ed infine l'angoscia dell'essere esposti a questa precarietà definita come angoscia di morte. L'angoscia, di chi, percependo la situazione come irrisolvibile, si sente sovrastato dall'impotenza di fronte alla minaccia della disorganizzazione o dell'annullamento dell'identità del Sé, nelle sue dimensioni temporali, spaziali e socio-relazionali. Poiché la rappresentazione della morte, attraverso il dolore, rimanda a vissuti di frammentazione, distruzione, annullamento, separazione da sé e dagli altri, la presa di coscienza di essa non può che generare angoscia [35]. Quando l'angoscia si agita nell'anima lacerata e torturata e nel corpo agonizzante dei pazienti morenti, il mondo si trasforma in modo ostile e ambiguo [9].

L'anima sembra sprofondare nella disperazione e nella negazione del senso e il corpo sembra destituirsi di intenzionalità, rinchiudendosi in Sé nei suoi confini, nella sua chiusura autistica, senza dischiudersi in un orizzonte relazionale. Infatti il dolore tende a diventare, verso la fine della malattia, in particolare oncologica, qualcosa di assoluto, che annienta il soggetto e gli lascia solamente una coscienza residua, che viola e forza il senso di identità della persona malata. Le parole della prima priora nell'opera *Dialogues des Carmélites* di Bernanos evidenziano tale angoscia: «Sì madre, è vero che mi vedo morire. Nulla mi distrae da questa visione. Certo mi sento toccata dalle vostre cure..., ma esse non mi recano alcun aiuto... sono, sola, Madre, senza nessuna consolazione... Dio stesso si è fatto ombra... ahimè... ho meditato sulla morte ogni ora della mia vita, e questo non mi serve a nulla» (7, pp. 1563-1719).

Secondo il modello individualpsicologico, la sofferenza del paziente terminale è la manifestazione di un complesso di inferiorità, di una persona che ha perso fiducia, coraggio e interesse sociale: l'individuo, sopraffatto dalla consapevolezza dell'insufficienza delle proprie forze e capacità, si rinchiude in se stesso oppure reagisce ingaggiando un'inutile lotta con il mondo. Così scrive Adler: «Questa lotta contro il sentimento di inferiorità, temuta e imposta, nasce e si rinnova in ogni lattante e in ogni bambino, sino a costituire il fondamento dell'evoluzione umana» (4, pp. 77-78).

VIII. Aspetti spirituali del dolore

I misteri del dolore e della morte generano domande che spingono l'uomo a riflettere su chi siamo, piuttosto su che fare. L'uomo colpito dal dolore si interroga non solo sulle cause del dolore provato ma anche sulla ricerca di un scopo e un senso della sofferenza provata [38]. L'impossibilità di trovare una risposta a questi que-

siti induce una sofferenza di natura spirituale che inficia la qualità di vita di persone che devono affrontare una malattia che inevitabilmente scatena l'angoscia di morte e il timore di dover affrontare una esperienza dolorosa [31].

La spiritualità fa riferimento al senso di trascendenza, non necessariamente identificata con un Dio, ed indica un senso di partecipazione ed appartenenza universale agli altri, al mondo, una ricerca di significato che non richiede di per sé una partecipazione a riti o rituali [55]. Nel 1933 Adler scriveva: «Ricerare un senso della vita non ha valore e importanza oggi se non tenendo conto del sistema di relazioni tra uomo e cosmo [...]. Le cose stanno non come se esistesse un istinto che nella vita sarebbe capace di portare tutto progressivamente verso un fine [...] ma come se vi fosse qualcosa di innato che appartiene alla vita, una tendenza, un impulso, uno sviluppo» (4, p. 201). Adler aveva posto il problema del senso della vita come linea direttrice dello sviluppo del Sé e quindi della psicopatologia dell'individuo. L'autotrascendenza, quale istanza del sentimento sociale, costituisce una risorsa essenziale nell'affrontare lo stress e la sofferenza, quali la morte o le patologie terminali [60, 27]. L'importanza data da Adler a tale aspetto è soprattutto teleologica, connessa al fine ultimo, alla completa e ottimale realizzazione dello sviluppo psichico individuale e sociale.

Nella sofferenza, sia fisica che mentale, il *dolore spirituale* risulta situato nel nucleo profondo della malattia, disaggrega la persona se non si giunge ad attribuire un senso alla sofferenza [36]. Vi sono due modalità attraverso cui dare un senso alla sofferenza quando quest'ultima non è più superabile: il senso dipende dall'atteggiamento del soggetto e la sofferenza offre la possibilità di dare un senso alla vita [31]. Il senso della sofferenza dipende, in larga parte, dall'atteggiamento del soggetto di fronte ad essa per attenuarla o superarla, con matura e dignitosa accettazione [18]. Sovente il destino non può essere modificato, mentre può esserlo l'atteggiamento, che anziché ripiegarsi, può evolversi verso nuove esperienze di sé nel rapporto con gli altri, attraverso la pazienza, il coraggio ed il dominio di sé [16]. Un'altra modalità attraverso cui è possibile dare un senso alla morte e ad un male inguaribile è attraverso la sofferenza che offre la più elevata possibilità di dare un senso alla vita. L'essenza ontologica del dolore non consiste nel fatto che essa supponga un male, ma nel fatto che riveli in modo originale ciò che è l'uomo [31].

IX. Caso clinico

La signora Giuseppina è una paziente di 50 anni, residente a Torino, affetta da adenocarcinoma alla mammella sinistra con metastasi epatiche, polmonari ed ossee, viene inviata dal reparto della terapia antalgica alla S.C.D.U. *Psicologia Clinica e Oncologica dell'Ospedale San Giovanni Battista di Torino*. La pazien-

te sta assumendo una terapia antidolorifica per un dolore non controllato (elastomero: 7 days: 200 mg di morfina, ketaprofene 600 mg, plasil 2 fiale/die; + Oramorph al bisogno). Lo psichiatra evidenzia una sintomatologia depressiva: tristezza, crisi di pianto, pensieri pessimistici circa il futuro, sensi di colpa riguardo alla sua famiglia, perdita dell'autostima e segnala agitazione psicomotoria e difficoltà a dormire e le imposta una terapia antidepressiva ed ansiolitica (venlafaxina 75 mg) e XX gtt di lexotan e la invia per effettuare una psicoterapia psicodinamica breve.

Alla visita di reclutamento la paziente è stata sottoposta ad alcune *Rating Scales*: *Temperament and Character Inventory (TCI)*, questionario autosomministrato, che indaga la personalità secondo un modello psicobiologico, la *Scala Analogica Visiva (VAS)* e il *Questionario Italiano del Dolore (QUID)*, che valutano la sintomatologia dolorosa; l'*Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* e la *Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*, che valutano la presenza di disturbi ansiosi e depressivi; *Mini Mental Adjustment to Cancer Scale (MINI MAC)*, che analizza lo stile di adattamento alla malattia; *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core (EORTC QLQ-C30)*, che valuta la qualità di vita e la *Clinical Global Impressions (CGI)*, che consente la formulazione di un giudizio globale dell'esaminatore in tre aree: gravità della malattia, miglioramento globale ed indice di efficacia terapeutica. I punteggi alla HADS e alla MADRS risultano patologici, evidenziando un disturbo emozionale, la VAS e il QUID evidenziano una percezione elevata della sintomatologia algica, il Mini-MAC mostra la prevalenza di uno stile di adattamento Hopelessness e Fatalistico e l'EORTC evidenzia un Qualità di Vita ai limiti della norma. I risultati del *Temperament and Character Inventory (TCI)* hanno evidenziato come la paziente sia caratterizzata da tratti di personalità rigida, con una tendenza all'ipercontrollo, evitante, con bassa motivazione ad esplorare le situazioni nuove, al fine di inibire e evitare l'esperienza del dolore, da elevati sintomi depressivi e una bassa autostima.

G. si presenta alla prima seduta puntuale, accompagnata dal marito che rimane in sala d'attesa. È bassa di statura, ha una corporatura magra, esile, dal suo aspetto traspare un evidente dolore fisico. La sua frase di esordio è «a portarmi qui è stata la dottoressa, dicendomi che potrà essermi d'aiuto parlare con qualcuno». G. prova molto dolore, solo parzialmente controllato con la terapia oppioide che le suscita molta angoscia e paura «di ciò a cui andrò incontro, di ciò che mi aspetta. Non so se questi incontri potranno essermi d'aiuto, ma oggi sono qui».

Nel 2004 la signora scopre di avere un tumore al seno «quando ho scoperto di essere malata *mi è caduto il mondo addosso*», nel 2005/2006 scopre metastasi polmonari, epatiche ed ossee ed esegue dei trattamenti (chemioterapia + radiote-

rapia). Alla notizia della malattia ha reagito chiedendo un “miracolo”, ma in seguito con la progressione della malattia, «mi sono arrabbiata molto dentro di me, prendendomela anche con il mio Dio che ho pregato per tutta la vita». L’angoscia vissuta di G. è di quando si percepisce la situazione come irrisolvibile, lei si sente sovrastata dall’impotenza di fronte alla minaccia. G. sentendosi inadeguata e minacciata pesantemente a livello dell’autostima, ha perso fiducia, coraggio e interesse sociale: si sente sopraffatta dalla consapevolezza dell’insufficienza delle proprie forze e capacità, si è rinchiusa in se stessa, ormai stufa di reagire.

Alla fine del primo incontro, nell’esplicitare l’*accordo terapeutico*, il terapeuta spiega a G. che effettuerà 10 sedute, una volta alla settimana, in cui si sarebbero occupati di un aspetto specifico che avrebbero individuato insieme.

G. è di origine pugliese, si è sposata giovanissima e non ha figli. È la primogenita di 3 figli (2 femmine e un maschio), è diplomata in ragioneria e lavora come agente bancario.

Per quanto riguarda i primi ricordi, riferisce un ricordo traumatico di quando aveva 6 anni circa, ambientato in Puglia: suo zio, approfittando dell’assenza dei suoi genitori, impegnati nella raccolta delle olive, cercò di abusare di lei. G. dice «non l’ho mai detto a nessuno, lei è la prima persona con cui ne parlo». La paziente per timore di non essere creduta dai suoi genitori, non rivelò mai nulla, temendo di poter perdere la fiducia che loro le riservavano, affidandole diverse mansioni importanti.

G. ha ricevuto un’educazione molto rigida e severa, descrive i suoi genitori come anaffettivi, un padre autoritario poco presente, una madre severa che l’ha educata iper-responsabilizzandola e orientandola rigidamente verso la religione cattolica. G. è cresciuta prendendosi cura degli altri, gravandosi fin da piccola l’onere dei lavori di casa, badando alla sorellina e cercando sempre di accontentare il suo prossimo, per paura di deluderlo.

Analizzando i compiti esistenziali Giuseppina ha avuto varie delusioni di cui ne ha sofferto molto. G. non è mai riuscita ad avere molti amici, la sua vita è stata scandita dal dovere. Frequentò regolarmente la scuola e si diplomò in ragioneria con il massimo dei voti.

Verso i 17 anni, tramite conoscenti, conobbe suo marito e insieme si trasferirono a Torino. Dopo poco tempo da quando si erano sposati, scoprì che suo marito la tradiva, «è stato un dolore immenso, non lo immaginavo». Decise di perdonarlo per timore di perderlo, anzi colpevolizzandosi di non essere stata una brava moglie. Qualche anno dopo, scoprirono che non potevano avere dei figli natura-

li poiché lui è sterile. Lei avrebbe desiderato adottare un bambino ma trovò la ferma opposizione di suo marito.

Per superare questo dolore, si buttò nel lavoro. Dipendente di banca, ottenne una promozione, per lei si prospettava un'importante carriera che venne interrotta perché di sesso femminile. Infine nel 2004, la scoperta del cancro.

Alla fine della seconda seduta si concordò il *focus* che, in termini individualpsicologici è inteso come una problematica attuale correlata con lo stile di vita [21]. La paziente concordò con il terapeuta che avrebbero parlato del suo dolore attuale (l'esperienza del dolore oncologico e la sofferenza depressiva) come espressione del suo complesso di inferiorità, cioè delle sue angosce profonde (di sentirsi abbandonata, di perdere la fiducia che gli altri riversano in lei).

G., in terza seduta, cominciò a chiedere aiuto, in particolare, partendo dal suo dolore di ora, parlò della sua sofferenza psicologica, della rabbia e del forte senso di ingiustizia che ha provato e prova tuttora. G. è credente, ha trascorso la vita cercando di rispettare i canoni della religione cattolica, verbalizzò la rabbia per la sua rigida educazione imposta.

Alla 5-6 seduta G., attraverso la compartecipazione empatica del terapeuta e l'atteggiamento incoraggiante di quest'ultimo, riuscì ad annullare, a rielaborare le sue angosce, neutralizzando quelle istanze regressive di ricerca di accudimento, nei confronti della sua famiglia.

Alla 7-8 seduta G. incominciò a parlare con loro: non cercò più di negare la sua impotenza nei confronti della malattia per salvaguardare il rapporto con suo marito e sua sorella, ma mostrò tutte le sue debolezze, i suoi dolori, le sue sofferenze mai svelate, per paura di deludere gli altri. Il terapeuta, alleandosi con il suo Sé fragile e bisognoso di accudimento, ha cercato di rinforzare la sua volontà di potenza come istanza compensatrice del suo profondo sentimento di inferiorità generato da una scarsa e non chiara cura dei suoi genitori e ha cercato di promuovere il sentimento sociale attraverso l'accoglimento empatico di G. che chiedeva aiuto.

Il *time-limit*, condizione essenziale nella psicoterapia breve, con questa paziente tende ad anticipare una situazione di perdita [21], assumendo qui in questo contesto una duplice valenza: la separazione e il distacco dal terapeuta e l'elaborazione di vissuti di lutti anticipatori nei confronti della vita e dei propri cari.

Alla nona seduta G. riferì al terapeuta che lei si sentiva più serena perché si stava mostrando per quello che era, senza temere di essere abbandonata e poi perché, finalmente i rapporti familiari erano diversi. La sua malattia stava peggiorando

velocemente, le metastasi stavano invadendo gli organi vitali ed era consapevole che presto avrebbe dovuto morire, «Sono stufa di combattere». «Con lei ho scoperto che non sono sola».

In ultima seduta G., ringraziando il terapeuta, definì i colloqui “*utili*” e *importanti* e scoppiando a piangere, si congedò, dicendo «ho meno paura della morte, perché sento di essere amata».

POST-SCRIPTUM: Due mesi dopo il marito venne in ospedale e portò una fotografia di G. comunicando la brutta notizia che G. era mancata a casa. G. è stata seguita da medici e infermieri a domicilio, cercando fino alla fine di controllare il più possibile il suo dolore. Il marito l’ha accudita con amore fino all’ultimo istante rispettando le sue volontà.

X. *Discussione*

La scelta di questo caso sembra prestarsi particolarmente per un’analisi adleriana sia degli aspetti psicologici clinici del dolore sia sulla modalità d’intervento. Nella attività clinica presso la S.C.D.U. Psicologia Clinica e Oncologica dell’ospedale San Giovanni Battista di Torino, si sta effettuando un protocollo di studio al fine di valutare l’efficacia della psicoterapia psicodinamica breve ad indirizzo adleriano ai pazienti oncologici con dolore in comorbidità ad un disturbo depressivo [10, 11]. La tecnica impiegata è quella della *Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP)* [29, 30] che fa riferimento alla Psicologia Individuale, uno degli indirizzi storici più conosciuti delle psicoterapie psicodinamiche [2].

La B-APP si è proposta di aiutare la signora a cogliere non solo il “linguaggio degli organi” ma anche i significati dell’esperienza del dolore oncologico. Il dolore può essere considerato come l’asse portante della vita psichica della paziente. L’esperienza del dolore vissuto nell’arco della vita è segno di una accentuata conflittualità interiore (il dovere/annullarsi emotivamente) per paura di sentirsi sola, abbandonata.

G. evidenzia degli espedienti di salvaguardia volti all’evitamento di “riconoscere l’orrendo segreto” del trauma, dell’inadeguatezza e a perseguire la finzione di essere considerata una brava figlia, moglie, impiegata. Anche di fronte al dolore fisico, psicologico e morale del cancro, si è sentita sola: ha timore nel rivelare le sue debolezze, le sue fragilità, le sue paure ed ha difficoltà a rivelare i suoi bisogni di aiuto, di attenzioni, di amore. G. è informata della prognosi, ma per mezzo della sua corazza, controlla il problema, perseguendo una meta finzionale [83].

Il terapeuta, attraverso la sua presenza significativa [59] ha accompagnato G. rinchiusa nella sua estrema solitudine, impossibilitata nell'affidare la propria vita a qualcuno nell'ultimo periodo della sua esistenza. Di fronte a questa frustrazione, è importante la discreta presenza dell'altro e non tanto il fare o il dire [46]. Con la malattia oncologica si presta il processo di incoraggiamento [23], quale tecnica trasmutante, per cui l'individuo può riprendere lo sviluppo del *Sé* attraverso un passaggio da un livello motivazionale ad un altro attraverso una compartecipazione empatica [58]. La paziente, infatti, è riuscita a disvelarsi, a riconoscere le proprie emozioni ed essere più autentica di fronte ai propri "bisogni". La sperimentazione da parte della paziente della presenza significativa del terapeuta e quindi del suo *sentimento sociale* ha agito come fattore terapeutico permettendo lo svelamento delle finzioni. L'esperienza creativa ottenuta attraverso la B-APP ha accresciuto l'autostima della paziente attraverso una compensazione positiva del sentimento di inferiorità e ha attivato circoli virtuosi che hanno permesso trasformazioni significative per il senso della vita. Infine, la visita postuma del marito potrebbe rappresentare una prova dell'efficacia della psicoterapia anche a distanza di tempo e una verifica dei cambiamenti relazionali di coppia e intrapsichici intercorsi nel periodo della terapia.

XI. Conclusioni

Il dolore oncologico rappresenta un esempio emblematico di come una patologia di un individuo non possa e non debba essere scorporata in contesti settoriali (per organo e/o funzione), ma vada affrontata in maniera globale. La medicina antalgica contemporanea, ponendosi come finalità precipua l'eliminazione del dolore, od almeno il suo controllo, ha sovente scotomizzato, con tale approccio, l'importante componente affettiva e cognitiva che caratterizza il dolore psichico o la sofferenza, mantenendo una scissione tra il soggetto del dolore e l'oggetto dolore, perdendo quindi di vista il concetto di "dolore totale" nelle sue valenze squisitamente soggettive ed esperienziali. Ma anche quando si perviene ad un controllo della sintomatologia algica (dal punto di vista neurofisiologico), si riesce esclusivamente ad ottenere un accresciuto dominio sul dolore come sintomo, precludendo la possibilità di intervenire sull'esperienza soggettiva del dolore [49] attraverso la quale esiste invece la possibilità di elaborare, di "soffrire il proprio dolore", dando un senso, un significato a questa, talora drammatica, fase esistenziale. L'uomo, di fronte al dolore, non deve ricorrere solamente a strumenti tecnici per rimuovere tale sofferenza e per non cadere nella disperazione, c'è anche la possibilità della consolazione che può derivare dal percorrere l'esperienza del dolore nell'orizzonte della parola e dell'ascolto. Il dolore oncologico si offre ad una elaborazione psichica secondo rappresentazioni che, in parte, attengono ad una dimensione di realtà, in parte, riguardano il piano profondo. L'individuazione di queste componenti psicologiche profonde, attivate

dall'esperienza del dolore, può rivestire un ruolo importante per la ricerca di un adattamento migliore alla sofferenza oncologica. Il dolore e la crisi esistenziale che ne può derivare possono, talvolta, essere vissuti dal paziente come un'occasione per riguardare la propria vita, i problemi non risolti, le contraddizioni esistenziali e la vita non vissuta. Pertanto l'ambito psicoterapeutico può rappresentare, per il paziente con dolore oncologico, una vitale dimensione di libertà nel sentirsi spaventato, sfiduciato, preoccupato; libertà di esprimersi nella reciprocità dell'ascolto partecipativo, libertà di continuare a progettare nonostante l'incertezza e la paura di soffrire [14].

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1983.
3. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
4. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara, 1990.
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. BACHIOCCO, V., TIENGO, M., CREDICO, C. (2002), The Pain Locus of Control Orientation in a Healthy Sample of the Italian Population: Sociodemographic Factors, *Journal of Cultural Diversity*.
7. BERNANOS, G. (1961), *Dialogues des Carmélites*, in *Oeuvres romanesques*, Bibliothèque de la Pléiade, Paris.
8. BONICA, J. J. (1990), *The Management of Pain*, Lea and Feliger, Philadelphia.
9. BORGNA, E. (2002), L'angoscia della morte, in PINKUS, L., FILIBERTI, A., *La qualità della morte*, Franco Angeli, Milano.
10. BOVERO, A., SCALMANI, A., FERRERO, A. (2005), Un modello individualpsicologico nelle cure palliative, *XXIII Congr. Internaz. di Psicologia Individuale*, Torino.
11. BOVERO, A., FERRERO, A., TORTA, R. (2006), A New Approach on Oncological Pain in Depressed Patients: Data from a Clinical Study Using Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, *Psycho-Oncology*, 15: 446.
12. BOVERO, A., FERRERO, A., TORTA, R. (2007), "Dolore oncologico e fattori biopsicosociali. Analisi dei trattamenti", *XX Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia Individuale*, Torino.
13. BOVERO, A., FERRERO, A., TORTA, R. (2008), L'esperienza del dolore: trattamento psicofarmacologico e psicologico a confronto, *Giornale Italiano di Psiconcologia*, 1.

14. CAMPIONE, F. (2003), *Contro la morte*, Clueb, Bologna.
15. CASSEL, E. J. (1991), *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, Oxford University, New York- Oxford.
16. CHAO, C. C., CHEN, C., YEN, M. (2002), The Essence of Spirituality of Terminally Ill Patients, *J. Nurs Res*, 10: 237-244.
17. CHOCHINOV, H., WILSON K. G., ENNS, M. ET ALII (1995), Desire for Death in the Terminally Ill., *Am. J. Psychiatry*, 152: 1185-1191.
18. CHOCHINOV, H. M. (2007), Dignity and the Essence of Medicine: the A, B, C, and D of Dignity Conserving Care, *BMJ* 28(335): 184-187.
19. CLONINGER, C., SVRAKIC, D. M. (1997), Integrative Psychobiological Approach to Psychiatric Assessment and Treatment, *Psychiatry*, 60: 120-141.
20. COURTNEY, J. (1993), Stressful Life and the Risk of Colorectal Cancer, *Epidemiology*, 4: 407-414.
21. DEROGATIS, L. R., MORROW, G. R., FETTING, J. ET ALII (1983), The Prevalence of Psychiatric Disorders among Cancer Patients, *JAMA*, 249: 751-757.
22. DERSH, J., GATCHEL, R. J., MAJER, T. ET ALII (2006), Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with Chronic Disabling Occupational Spinal Disorders, *Spine*, 31: 1156-1162.
23. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1974), *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti Barbera, Firenze.
24. ENGEL, G. L. (1980), The Clinical Application of The Biopsychosocial Model, *Am. J. Psychiatry*, 137: 135.
25. ERCOLANI, M. (1996), *Malati di dolore. Aspetti medici e psicologici del paziente con dolore cronico*, Zanichelli, Bologna.
26. FASSINO, S. (1997), Aspetti specifici del supporto medico-paziente terminale, *Medicina e Morale*, 5: 923-37.
27. FASSINO, S., LEOMBRUNI, P., AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G. (2004), Personality Profile of HIV Outpatients: Preliminary Results and Remarks on Clinical Management, *Psychot. Psychosom*, 73: 361-365.
28. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), Il contesto psicoterapeutico delle cure psichiatriche: la terapia biopsicosociale. Formulazione esplicativa e progetto terapeutico, in *Manuale di Psichiatria biopsicosociale*, CSE, Torino.
29. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy. Theoretical Issues and Process Indicators, *Pan Minerva Medica*, 50.
30. FERRERO, A., PIERÒ, A., FASSINA, S. ET ALII (2007), A 12- Month Comparison of Brief Psychodynamic Psychotherapy and Pharmacotherapy Treatment in Subjects with Generalised Anxiety Disorders Ina Community Setting, *European Psychiatry*, 1-10.
31. FILIBERTI, A., RAMON, L. L. (2006), *La spiritualità nella sofferenza. Dialoghi tra antropologia, psicologia e psicopatologia*, Franco Angeli, Milano.
32. FISHBAIN, D. A., CUTLER, R., ROSOMOFF, H. L. ET ALII (1997), Chronic Pain Associated Depression: Antecedent or Consequence of Chronic Pain? A Review, *Clin. J. Pain*, 13: 116-137.
33. FISHBAIN, D. (1999), Approaches to Treatment Decisions for Psychiatric Comorbidity in the Management of the Chronic Pain Patient, *Med Clin North Am*, 83: 737-60.
34. FORDYCE, W. (1976) *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*, St. Louis, Mosby.

35. FOSSI, G., BENVENUTI, P. (1988), *Dolore e angoscia di morte*. Roma, Edizioni Borla.
36. FRANKL, V. (1977), *Psicoterapia nella Pratica Medica*, Giunti e Barbera, Firenze.
37. GATCHEL, R. J., PETER, M. L., FUCHS, P. N. (2007), The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions, *Psychological Bulletin*, 133: 581-624.
38. GIOVANNI PAOLO II (1984), *Salvifici doloris*.
39. GLAJCHEN, M., FITZMARTIN, R., BLUM, D. (1995), Psychosocial Barriers to Cancer Pain Relief, *Cancer Practice* 3.
40. HAMILTON, N. G., HAMILTON, C. A. (1999), Therapeutic Response to Assisted Suicide request, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63: 191-201.
41. JANCHLEVITCH, V. (1994), *Penser la mort?*, tr. it. *Pensare la morte*, Raffaello Cortina, Milano 1995.
42. LE BRETON, D. (1995), *Antropologia del dolore*, Melteni Editore, Roma.
43. LECCARDI, G. (2003), Linee guida nel trattamento del disagio psichico: una finzione difensiva, *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 31-48.
44. LECCARDI, G. (2006), La fine e nient'altro di fronte al suicidio, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 63-92.
45. LESTER, N., KEEFE, F. J. (1997), Coping with Chronic Pain, in BAUM, A., NEWMAN, S., WEINMAN, J. ET ALII, *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, Cambridge, University Press, Cambridge.
46. LOUIS-HOFFMANN, L. (1990), L'incontro del terapeuta con se stesso, *Indiv. Psychol. Doss.*, II: 145-155.
47. MALMGREN-OLSSON, E. B., BERGDAHL, J. (2006), Temperament and Character Personality. Dimensions in Patients with non Specific Musculoskeletal Disorders, *Clin. J. Pain*, 22.
48. MERSKY, H. (1986), Classification of Chronic Pain: Description of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms, *Pain*, (Suppl 3): 217.
49. NATOLI, S. (1996), *L'esperienza del dolore*, Feltrinelli, Milano.
50. NULAND, S. B. (1994), *Come moriamo*, Mondadori, Milano.
51. OLIVERIO FERRARIS, A. (2003), *La forza d'animo. Cos'è e come possiamo insegnarla a noi stessi e ai nostri figli*, Rizzoli, Milano.
52. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
53. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1984), Dizionario alternativo di psicoanalisi, *Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale*, Milano.
54. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1987), *Lo stile di vita*, De Agostini, Novara.
55. PUCHALSKI, C. M. (2001), *The Role of Spirituality in Health Care*, Proc (Bayl Univ. Med. Cent.) 14: 352-357.
56. ROVERA, G. G. (1970), Mania e rapporto intersoggettivo, *Ann. Freniat. e Scienze Affini*, 88: 1-19.
57. ROVERA, G. G. (1979), Il sistema aperto dell'Individualpsicologia, *Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale*, 4.
58. ROVERA, G. G. (1982), Trasmotivazione: proposte per una strategia di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
59. ROVERA, G. G. (1984), *"Involving doctors" e interventi clinici di fronte al problema del cancro*, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, U.I.C.C., Ginevra.
60. ROVERA, G. G. (1989), Involving doctors e psichiatria di liaison di fronte al proble-

- ma AIDS, in PANCHERI, P., REDA, G. C., *Progressi in Psichiatria*, CIC, Roma.
61. ROVERA, G. G. (1993), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
62. ROVERA, G. G. (1997), Aspetti psicologici, in FERRARI, F., PITANGUY, I., *Chirurgia estetica. Strategie preoperatorie. Tecniche chirurgiche*, UTET, Torino.
63. ROVERA, G. G. (1999), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B., *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
64. ROVERA, G. G., BOGETTO, F., FASSINO, S. (1981), Aspetti del rapporto medico-paziente in cancerologia, *Riv. Sper. Fren.*, CVI: 1-26.
65. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., MUNNO, D., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rass. Ipn. Min. Med.*, 75,1.
66. ROVERA, G. G., FASSINO, S., LEOMBRUNI, P. (2000), *La qualità della vita: percorsi psicologici, biomedici e transculturali*, Centro Scientifico Editore, Torino.
67. SAINT ARNAULT, D., SAKAMOTO, S., MORIKAWI, A. (2006), Somatic and Depressive Symptoms in Female Japanese and American Student: A Preliminary Investigation, *Transcultural Psychiatry*, 42: 275-286.
68. SANCHEZ-ROMAN, S., TELLEZ-ZENTENO, J., ZERMENOPHOLS, F. ET ALII (2007), Personality in Patients with Migraine Evacuate with Temperament and Character Inventory, *Headache Pain*, 8: 94-104.
69. SCARSO, G., EMANUELLI, G., AZZARÀ, L. (1997), Osservazioni psicologico-cliniche circa le sindromi algiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 42:73-83.
70. SCHNEIDER, K. (1946), *Psicopatologia clinica*, Città Nuova, Roma, 1983.
71. SELMI, S., LINI, C. (1996), Dolore sociale: quale comunicazione, *Quaderni di cure palliative*.
72. SHULMAN, B. H. (1984). *Essays in schizophrenia*, Adler Institute, Chicago.
73. SONTAG, S. (1979), *Malattia come metafora*, Einaudi, Torino.
74. SPERRY, L. (1999), Biopsychosocial Therapy: an Integrative Approach for Tailoring Treatment, *J. of Individual Psychology*, 44: 225-235.
75. STERNBACH, R. A. (1974), *Pain Patients: Traits and Treatment*, Academic Press, New York.
76. SULLIVAN, M. J. L. (2002), Theoretical Perspectives on the Relation between Catastrophizing and Pain, *The Clinical Journal of Pain*, 17: 52-64.
77. SUTTON, L. M., PORTER, L. S., KEEFE, F. J. (2002), Cancer Pain at the End of Life: a Biopsychosocial Perspective, *Pain*, 99: 5-10.
78. TELLENBACH, H. (1974), *Melanconia. Storia del problema. Endogenicità. Tipologia. Patogenesi. Clinica*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1975.
79. TOLSTOJ, L. (1889), La morte di Ivan Il'ic, in *Tre romanzi Brevi*, Milano, Baldini & Castoldi, 2006.
80. TORTA, R., LACERENZA, M. (2002), *Depressione e dolore*, UTET Periodici, Milano.
81. TORTA, R., MUSSA, A. (2007), *PsicOncologia. Il modello biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
82. TORTA, R., BOVERO, A. (2008), Il dolore oncologico come esperienza globale: considerazioni cliniche e psicoterapeutiche, *Psicologi a confronto*, 2.
83. TUBERE, G., MACCHIARINI, S. (1996), "Verrà la morte e avrà i tuoi occhi": riflessioni su i vissuti di un terapeuta, tra finzione, onnipotenza e realtà, *Riv. Psicol. Indiv.*, 39: 53-57.

- 84. TURK, D. C. (2004), Understanding Pain Sufferers: the Role of Cognitive Processes, *The Spine Journal* 4: 1-7.
- 85. VLAEYEN, J. W., LINTON, S. J. (2000), Fear-Avoidance and its Consequences in Chronic Musculoskeletal Pain: a State of the Art Review, *Pain*, 85: 317-332.
- 86. WEISBERG, J., KEEFE, F., (1997), Personality Disorders in the Chronic Pain Population: Basic Concepts, Empirical Findings and Clinical Implications, *Pain Forum*, 6: 1-9.
- 87. ZANINI, M. M. (1989), Il disturbo psicosomatico e l'approccio Individualpsicologico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 30-31: 227-233.

Andrea Bovero
S.C.D.U. Psicologia Clinica e Oncologica
C.so Bramante, 88/90
I-10126 Torino
E-mail: a.bovero@tiscali.it

Arte e Cultura

“Le figlie di Hanna”: lettura adleriana di un romanzo intra e intergenerazionale

SIMONA BRAMBILLA

Summary – “HANNA’S DAUGHTERS”. Through the description of her family, Anna, the heroine of the novel, reconstructs the relation among her mother Johanna, her grandmother Hanna and Anna herself. In the contest between the different generations and in generation itself emerges the creative self of each character and the only way to face the problems of life.

Keywords: FAMILY, CREATIVE SELF, RELATION

I. “Le figlie di Hanna”

“Le figlie di Hanna”, romanzo della scrittrice svedese Marianne Fredriksson, pubblicato nel 1994 [4], è il ritratto di tre donne, Hanna, Johanna e Anna, rispettivamente nonna, figlia e nipote, tratteggiato attraverso la descrizione della costellazione familiare di ciascuna di esse, anche se la vera protagonista è Anna che, attraverso il racconto-rievocazione della sua famiglia di origine, ricerca una risposta ai problemi della propria vita.

Anna cerca un denominatore comune nelle figure della linea femminile della propria famiglia (per lei la matrilinearità è l’unica ascendenza familiare in cui si riconosce), che spieghi così il suo modo di essere e le fornisca comunque una spinta dinamica verso il futuro. Lo troverà, e sarà nella sua condizione di donna, con gli stessi intimi problemi comuni anche a Hanna e a Johanna in rapporto alla sessualità, alla maternità e all’emancipazione nel mondo del lavoro.

Per tutte e tre è stato tanto difficile battersi per i propri diritti e avvalersi di quelle opportunità che solo oggi la società dell'uguaglianza può offrire. Anna incontra le stesse difficoltà di Hanna e Johanna nella vita matrimoniale con il marito Rickard, la cui figura non si scosta molto da quella del padre Arne, dello zio Ragnar e del nonno John.

Anna però va avanti, non accetta passivamente il ruolo di moglie e di madre. Divorzia, si risposa con lo stesso uomo, vive, così, in maniera turbolenta e tormentata la sua vita di coppia. Autonoma con il suo lavoro, “supera” la nonna materna e la madre per quanto riguarda il rapporto con le sue due figlie, Maria e Malin, cresciute indipendenti ma molto legate alla madre e alla famiglia in genere.

Anna porta avanti la sua ricerca a partire da un vecchio album di fotografie da cui scaturiscono rievocazioni di primi ricordi e sogni. Descrive così la propria realtà familiare, filtrata da una valutazione soggettiva sotto lo stimolo di emozioni evocate nel corso della narrazione al pari di quelle vissute in un *setting* terapeutico.

Ricordare attraverso l'utilizzo di fotografie familiari le consente di far riferimento non tanto ad immagini vere e proprie, bensì a quelle che si definiscono le “foto della memoria”, vale a dire al ricordo di un gesto, di un'interazione, di un paesaggio o di un oggetto, rimasto stabile e presente come una fotografia e sicuramente illuminante, proprio perché la psiche ha voluto conservarlo a dispetto degli anni.

Le foto della memoria sono sempre profondamente connesse con il mondo affettivo ed emozionale delle persone e si rivelano un materiale prezioso in ambito psicoterapeutico [6]. Se la memoria è definita in psicologia come la capacità di rievocare un'immagine del passato e di riconoscerla, per Adler essa ha una funzione “cannibalica”, in quanto è in grado di “divorare” e “digerire le impressioni” [7]. È la personalità dell'individuo che seleziona, tra tutte, quelle impressioni che saranno conservate o elaborate.

II. *Hanna*

La prima figura familiare evocata da Anna è la nonna materna, Hanna, vissuta tra il 1871 e il 1964, epoca di guerre e d'industrializzazione. «Non era una vera nonna che ti prendeva sulle ginocchia e ti raccontava le storie; – dice Anna – era vecchia e molto stanca» (4, p. 32). Suo padre August la mandò a servizio dagli zii, in quanto contrario agli studi per le donne. Qui Hanna fu violentata da un cugino, rimase incinta e all'età di soli tredici anni partorì Ragnar, un bambino bello, vivace e intelligente e, in futuro, giovane adulto responsabile della famiglia che successivamente Hanna si costruì sposandosi con John Broman.

Quest'ultimo era un mugnaio, proveniente da una regione vicina, vedovo, «ormai un vecchio dicevano i giovani, un uomo nel fiore degli anni dicevano i vecchi» (*Ibid.*, p. 49). Aveva perso oltre alla moglie, una figlia in tenera età, Johanna. Dapprima protettivo e premuroso nei confronti di Hanna, diventa poi distaccato e aggressivo con la moglie, pur mantenendo un comportamento affettivo con i figli, Ragnar da lui adottato, e successivamente con gli altri tre maschi. In particolare però dedica tutte le sue ultime tenere energie a Johanna, l'ultimogenita nata da un parto difficile e pericoloso per Hanna e che volle chiamare proprio come la sua prima figlia morta.

Madre e figlia invece non entrano mai veramente in confidenza, tant'è che dopo la morte del padre, Johanna va a vivere con la famiglia del fratello maggiore. La vita di Hanna si svolge così tra marito, figli, lavoro duro in campagna e le perenni difficoltà a farsi accettare come ragazza madre.

Per tutto questo non aveva condiviso la scelta della nipote Anna di frequentare il liceo: «e a che servirebbe? È soltanto una ragazza. Diventerà superba, oh sì, ma non potrà mai sfuggire, nemmeno lei» (*Ibid.*, p. 34). Questa frase, ricorda Anna, aveva mandato su tutte le furie suo padre, che mai avrebbe ammesso la propria delusione per il fatto di non avere avuto un figlio maschio. Ma fu così che, a dispetto della nonna, le accordò il consenso a continuare gli studi.

Tornando ad Anna, la protagonista, proprio per questo motivo, perché la nonna rappresentava per lei uno sgradevole richiamo a un'origine di cui si vergognava, l'aveva esclusa dalla sua vita fino ad allora, sino a quando dalla sua fotografia, aveva capito che pure lei era stata una ragazza dotata che a suo modo, nel suo tempo, aveva comunque affrontato la sua vita di donna, moglie e madre.

Anna racconta che fisicamente c'era una certa somiglianza tra loro, tranne che per il mento, forte e caparbio quello di Hanna, come pure lo sguardo definito “saldo”, con occhi che tenevano a distanza. Nelle sue visite domenicali, Anna ricorda la nonna come «un gatto che ronfava adagiato in un angolo del sofà», poiché «pure lei ronfava, crocchiava come una quaglia notturna, quando non parlava». La sua era una lingua bizzarra, mezza norvegese (aveva vissuto ai tempi in cui Svezia e Norvegia erano unite). «Riusciva sempre a stupire se stessa e gli altri, poiché le parole le uscivano di bocca prima che facesse in tempo a pensarle. Allora prendeva un'aria sorpresa, s'interrompeva di colpo, imbarazzata, oppure rideva» (*Ibid.*, p. 33). Spesso la sentiva parlare con la madre Johanna, di pettegolezzi, vicende altrui.

Per Hanna parlare di sé era impossibile, imbarazzante. Hanna arrossiva facilmente. Non piangeva mai, o meglio, solo dalla gioia. Aveva accolto con entusiasmo il suo trasferimento in città, mostrando dunque la sua modernità nell'ap-

prezzare gli agi e le comodità che il nuovo ambiente le offriva. Come la nonna anche Anna aveva subito uno stupro, ma vi aveva rimediato con l'aborto. Aveva poi partorito un bimbo, Peter, morto quaranta giorni dopo la nascita; un dolore questo mai dimenticato: aveva perso il suo unico figlio maschio, nato dopo due figlie femmine e numerosi aborti spontanei.

La nonna pure aveva sofferto per la morte suicida di August, suo figlio minore, il più gracile, sempre malaticcio ma molto amato. Morì poi lei stessa una settimana prima dell'uccisione di Ragnar, il figlio della violenza che però con tanto orgoglio aveva cresciuto e difeso.

III. *Johanna*

Vissuta tra il 1902 e il 1987, madre di Anna, ultimogenita e unica figlia femmina di Hanna. Molto amata e coccolata dal padre anziano. La sua infanzia si conclude all'età di otto anni, con la morte del padre. Rinasce bambina di città, nella merceria di Lisa, la moglie di suo fratello primogenito Ragnar, donna imperturbabile che le dà grande senso di sicurezza. Per Johanna è una figura di compensazione, in quanto è stata sempre distaccata la sua relazione con la madre. Non si è verificato quel rapporto ottimale con la figura materna, che dovrebbe trasmettere positività, calore, sicurezza; il che può non avvenire se ad esempio l'ambiente circostante è ostile (presenza di malattie, delusioni, disagi, sofferenze, preoccupazioni). La vita di Hanna è stata veramente difficile.

Secondo la visione adleriana, la madre è il «primo ponte verso la vita sociale» (2, p. 416) e come tale deve incoraggiare il sentimento sociale. Così nella relazione madre-bambino deve manifestarsi lo sviluppo della potenzialità innata a cooperare. Allorché ciò non si verificasse, potrebbe accadere che il bambino si trovi successivamente impreparato ad affrontare i problemi della vita. Inoltre il comportamento della madre, vale a dire la sua funzione protettiva, è conseguenza diretta sia della felicità avuta da piccola che dei rapporti, più o meno buoni, che intrattiene con il compagno. Infatti la prima forma di cooperazione tra persone diverse da sé, che il fanciullo sperimenta, è quella tra i suoi genitori: da questa, egli si rappresenterà come dovrebbero essere i rapporti e le relazioni tra le persone. Johanna non ha confidenza con la propria madre, anche quando, pure lei, subì un tentativo di stupro.

Si sposa e dà alla luce un'unica figlia, Anna, dopo numerosi aborti spontanei. «Ciò che ha avuto luogo tra questi eventi – dice Anna, la protagonista – è stata una comune vita di donna: molta inquietudine, lavoro duro, grandi gioie, molte vittorie, moltissime sconfitte. E poi, si capisce, il dolore sotteso a tutto quanto. Ho pensato molto al dolore. Dopotutto è il dolore che partorisce la conoscenza, la

comprensione e il desiderio di cambiamento» (*Ibid.*, p. 255). Come non leggervi, in un’ottica adleriana, sentimento d’inferiorità e aspirazione alla superiorità?

A differenza di sua madre, affettivamente astensionista nei suoi confronti, Johanna riesce a realizzarsi nella sua vita matrimoniale; è innamorata di suo marito Arne e offre affetto, sicurezza e tenerezza alla propria figlia Anna, caratteristiche materne queste indispensabili per lo sviluppo psichico di ogni bambino e per il superamento del fisiologico senso di inferiorità. Da suo padre, il mugnaio del Varmland, ha imparato la sua prima lezione di vita: quella sul “comprendere e provare pietà”.

Sono questi i primi germogli di sentimento sociale, che si svilupperanno in seguito con il suo impegno politico nel partito socialdemocratico svedese. Il rispetto per la natura, la dolcezza, la comprensione insegnate dal padre, le ritroverà poi nella figura del marito. Johanna sarà sempre dipendente da lui, prima e durante la malattia. Arne, come dice Anna, aveva sempre controllato la vita di entrambe, la sua e quella della moglie.

Un progressivo decadimento cognitivo costringerà Johanna a terminare la propria vita in un ospedale geriatrico: «Aveva perduto la memoria, erano scomparse le parole, poteva vedere e udire, ma né alle cose né alle persone riusciva a dare un nome, ed esse avevano quindi perso il loro significato» (*Ibid.*, p. 11). Anna ricorda Johanna, la madre, come sempre sottomessa al marito; la definisce ansiosa, insicura, a differenza di Hanna la nonna, più realista, coerente, audace.

Johanna è “buona”, ingenua, fragile, rivestendo appieno il ruolo che Adler descrive della ragazza che cresce fra soli ragazzi: «Spesso può sentirsi insicura e incapace per tutta la sua vita» (2, p. 428). Sembra quasi che la sua malattia mentale suggelli definitivamente questa sua posizione.

IV. Zio Ragnar

Anna lo descrive come «il re di una fiaba, bello e possente anche nella vecchiaia, esotico e prodigo. Fisicamente aveva gli occhi neri, il viso bruno e i baffi folti e ben curati». Lo definisce inoltre «fantastico, grandioso, magnifico» (*Ibid.*, p. 179). Ricorda la sua risata fragorosa che si diffondeva per la casa, intimidiva e ammaliava.

Da piccola sedeva spesso sulle sue ginocchia e quando la mamma non vedeva, lui riusciva sempre a farle scivolare una moneta nella mano o nella tasca e ammiccava poi con l’occhio in segno di complicità. Era il figlio maggiore di Hanna e da sempre aveva svolto il ruolo paterno nei confronti degli altri fratelli più piccoli.

V. *Arne, padre di Anna*

Aveva sempre controllato la vita di sua moglie Johanna. Da bambino aveva subito molte percosse e parlava con orgoglio dei maltrattamenti. Aveva strane fantasie sadiche. Presentava molti lati buoni: «dava sicurezza nei momenti difficili, non tradiva» (*Ibid.*, p. 349). Anna ricorda anche che spesso era collerico, nonostante fosse sempre stato presente e si fosse sempre preso cura di lei.

VI. *Rickard, marito di Anna*

Somigliante nel suo atteggiamento a zio Ragnar. Fisicamente invece somigliante alla propria madre, la “dama d’avorio” che lo aveva viziato in quanto figlio unico e che anche da adulto lo teneva sempre sotto il proprio controllo. Infedele nei confronti di Anna. Buon papà, allegro, spiritoso, ricco d’immaginazione e curioso come i bambini. «Dava molta sicurezza» (*Ibid.*, p. 208).

VII. *Maria e Malin, le figlie di Anna*

Anna dice che «non erano sposate; vivevano come avevano sempre vissuto gli uomini, talvolta innamorandosi, brevi relazioni». Entrambe però avevano una propria figlia, «bambine libere che erano sfuggite alle maglie del triangolo infernale: padre, madre, figlio». Maria era «sensibile, dolce, sveglia e fisicamente bella». Malin era meno bella; rispetto alla sorella era «più obiettiva, più aperta, meno emotiva, logica» (*Ibid.*, p. 212).

VIII. *Considerazioni sul romanzo*

Ripercorrendo la storia e la vita dei soggetti appartenenti alla sua famiglia, Anna ha tratto similitudini e differenze che le hanno permesso se non di migliorare, almeno di spiegare alcuni tratti del proprio carattere. La descrizione della sua costellazione familiare con le caratteristiche fisiche, psicologiche, emozionali dei singoli personaggi e delle ridondanze presenti a livello intergenerazionale (aborti, stupri, figli morti), rappresenta un valido strumento per ritrovare le tracce delle proprie origini, ma soprattutto per ricostruire le relazioni tra lei, la protagonista, e i propri familiari.

Adler ha rilevato quanto siano incisivi, per ogni individuo i primi quattro o cinque anni della propria esistenza per la formazione della personalità. Ne deriva pertanto l’importanza del contesto familiare e sociale in cui il bambino nasce e poi cresce, oltre che delle sue doti genetiche-ereditate. Ogni individuo impronta

il proprio stile di vita tramite gli stimoli che riceve nell’ambito familiare, accogliendoli o rifiutandoli, secondo le proprie specifiche caratteristiche e attitudini. «Non c’è ragione per dubitare dell’importanza che hanno le caratteristiche fisiche e le potenzialità soggettive, però va anche precisato come in definitiva il fatto veramente significativo sia rappresentato dal modo unico e irripetibile con cui ciascun individuo agisce, partendo da una dotazione organica ereditata» (2, p. 225). È in questo modo di procedere che si realizza l’impresa creativa di ogni singolo essere umano.

Al centro del romanzo, ma se pensiamo anche al centro della vita di ciascun individuo, vi è la relazione che la persona, in questo caso Anna, struttura con ciò che la circonda: il suo rapporto con i genitori, il marito, i figli, il mondo del lavoro. La relazione “con” i genitori e “tra” i genitori, “con” i fratelli e “tra” i fratelli, in altre parole “con” l’altro, fornisce al bambino la capacità di pensare l’altra persona e così di comprenderla. Questi presupposti sono alla base dello sviluppo del “sentimento sociale” nel bambino. L’evoluzione di questa potenzialità innata può avvenire per effetto del contesto sociale oltre che della percezione soggettiva da parte del bambino del contesto sociale stesso [2].

Attraverso la stesura del romanzo Anna intraprende una riflessione su quanto è avvenuto alle protagoniste delle due precedenti generazioni e a se stessa, analizzando tutte le sfere relazionali di ciascuna, ovvero i tre compiti vitali. Questi non possono mai essere assolti separatamente, ma ciascuno richiede lo sviluppo dell’altro: il loro equilibrio è lo scopo della vita.

Comprende così gli elementi che le accomunano: oltre all’essere donna, anche alcuni tratti del carattere e della vita; persino la fonetica dei loro nomi, aggiungo, è molto simile, ma bastano poche lettere, fondamentali, ad individuarne l’attribuzione ad ogni singolo personaggio. Anna però comprende soprattutto di aver seguito un percorso tutto suo, personale, non sempre e necessariamente sulle orme delle sue antenate. Lo ribadisce quando nel romanzo afferma che sicuramente sua nonna aveva portato tanti sacchi di farina sulle spalle, lavorando al mulino, ma che pure lei, Anna, a modo suo, ne aveva trasportati tanti. “A modo suo”, secondo la sua unicità e irripetibilità proprie di ogni essere umano. Adler dice: «non basta prendere atto delle dotazioni di ogni uomo, ma occorre analizzare come egli utilizza ciò che gli appartiene» (2, p. 223). L’uomo diventa così protagonista di se stesso. «Chi considera i fenomeni continuamente mutevoli della vita come se fossero sempre uguali e non sa distinguere le particolarità di ogni caso, è facilmente portato a credere a cause, tendenze e istinti, cui attribuisce il ruolo di sobillatori diabolici della nostra sorte. Chi non si accorge che ogni generazione deve affrontare nuovi problemi, che non si sono mai presentati in passato, può credere al dominio di un inconscio ereditario» (*Ivi*).

La relazione dell'individuo con i problemi del mondo esterno è la materia prima su cui lavora la Psicologia Individuale. Questa relazione non è predeterminata ma si struttura attraverso l'interpretazione che il soggetto dà di se stesso e dei suoi problemi attuali. Alla base della "relazione" vi è il bisogno che compare fin dalla nascita e che non abbandonerà più l'uomo, ovvero il sentimento sociale. Il «vedere con gli occhi di un altro, udire con le orecchie di un altro, vibrare con il cuore di un altro» (3, p. 6) presuppone all'empatia, a quell' «alterità che si attualizza nell'esperienza con la comunità nella misura in cui ho fatto posto dentro di me» (5, p. 51). I tratti negativi del carattere, gli errori che si commettono nell'infanzia e più tardi nei rapporti con il prossimo, e quindi nell'ambito dei tre compiti vitali, denotano carenza di sentimento sociale. Da qui l'importanza della famiglia e dell'ambiente sociale in cui il bambino è inserito. Gli effetti che ne derivano sono diversi anche a seconda delle risposte imprevedibili che dà il bambino stesso. Infatti l'adeguamento del bambino al suo primo ambiente è il suo primo atto creativo; tale adeguamento è movimento; non esiste movimento senza una meta. Riconosciamo nel romanzo, nelle vicende inter ed intra-generazionali narrate, quel movimento "dal" passato "attraverso" il presente "verso" il futuro.

Tale dinamismo spazia dal singolo individuo alla storia di tutta l'umanità, considerata nella sua incessante aspirazione al perfezionamento e al superamento del senso d'inadeguatezza. Anna ha compreso, attraverso il suo personale passato, solo una parte del suo presente. Il suo essere così come si riconosce e si descrive, e il suo futuro (i suoi progetti e chi viene dopo di lei), fanno parte del suo personale capolavoro: la creatività individuale ha fatto la differenza. Nonostante le somiglianze con le donne della sua famiglia, ha capito ciò che la diversifica da loro.

Racchiude tutto il senso della ricerca della protagonista l'affermazione adleriana: «Non sono né l'eredità né l'ambiente che determinano nell'individuo la sua relazione con il mondo esterno. L'eredità gli assegna solo alcune doti. L'ambiente gli fornisce solo alcune impressioni. Queste doti e impressioni e la maniera in cui egli ne fa esperienza, cioè l'interpretazione che egli dà di questa esperienza, sono i mattoni che egli usa, nelle sue specifiche modalità creative per costruire le proprie attitudini verso la vita. È il suo modo personale di usare questi mattoni, in altre parole è la sua attitudine verso la vita, che determina la sua relazione con il mondo esterno» (1, p. 5). È in questo concetto che affiora quella visione ottimisticamente prospettica della vita, che con la sua maturità e capacità introspettiva Anna ha saputo riscoprire.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1935), *The Fundamental Views of Individual Psychology*, tr. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.
2. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
3. FERRIGNO, G. (2006), Alfred Adler e la mente relazionale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 3-6.
4. FREDRIKSSON, M. (1994), *Anna, Hanna och Johanna*, tr. it. *Le figlie di Hanna*, Longanesi & C., Milano 2003.
5. GHIDONI, C. (2006), Il paterno adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 37-61.
6. MONTAGANO, S. (1989), *Il genogramma, teatro di alchimie familiari*, Angeli, Milano.
7. PAGANI, P. L. (2001), L'utilità diagnostica delle notizie raccolte nel corso del “primo colloquio” e nelle sedute dedicate alla “costellazione familiare” e ai primi ricordi d'infanzia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 50: 5-26.

Simona Brambilla
Via Deledda, 20
I- 26855 Lodi Vecchio (LO)

Recensioni

SHAMDASANI, S. (2003), *Jung and the Making of Modern Psychology, the Dream of Science*, tr. it. *Jung e la creazione della psicologia moderna, il sogno di una scienza*, Edizioni Magi, Roma, 2007, pp. 445

Viene quasi da dire: finalmente. È questo il primo pensiero che sorge spontaneo dopo la lettura di poche pagine di questo testo pubblicato dallo storico della psichiatria e delle psicologie del profondo Sonu Shamdasani. Una ricostruzione e analisi della quale, secondo il parere di chi scrive, si sentiva la necessità, dopo oltre un secolo di discussioni, querelle, scismi, fraintendimenti, grossolani errori interpretativi ed attribuzioni di concetti e teorie ai rispettivi autori che di psichiatria e psicoanalisi si sono occupati negli ultimi cento anni, francamente superficiali e semplicistiche.

Il nostro autore ripercorre gli avvenimenti che hanno segnato la storia della psicologia del profondo del XX se-

colo, supportato in questa opera di revisione ed approfondimento da una conoscenza unica per estensione e ricchezza di dettagli riferibili sia ai documenti scritti, sia alle vicende umane e personali dei protagonisti.

Personaggi quali Freud, Jung, Adler, Bleuler, Binet, Janet, Binswanger, Flournoy compaiono nel racconto in una luce nuova ed inaspettata, legati gli uni agli altri da intense relazioni, spesso conflittuali, secondo una chiave di lettura attenta e puntuale con la quale si sono voluti illuminare sia le dinamiche dei rapporti personali ed accademici, sia il contesto culturale e le scansioni temporali con cui hanno preso forma intuizioni, teorie e scuole di pensiero.

Particolarmente apprezzabile poi risulta il lavoro di svelamento dei debiti culturali e teorici che le nuove idee e teorie sulla psiche, segnatamente nell'opera junghiana, portano con sé rispetto ai predecessori, amici e collaboratori, debiti a volte misconosciuti. I rapporti di filiazione allora emergono

chiaramente seguendo un filo rosso che ci aiuta a comprendere la genesi, lo sviluppo e le modificazioni che le teorie psicoanalitiche hanno subito e di cui sono espressione prima di arrivare alle formulazioni canoniche che, in qualche modo, identificano un autore e la sua opera.

Un approccio estroverso, direbbero gli epigoni di Jung, poiché capace di sviscerare una materia intricata e complessa rintracciandone connessioni, analogie e vicinanze attraverso una ricostruzione storica straordinariamente ricca di aneddoti, citazioni di documenti inediti, sfumature relazionali inaudite e sorprendenti, oltre ad una ammirevole onestà intellettuale che, per quanto sia possibile, ha spinto l'autore indiano ad analizzare pregi e difetti, grandezze e debolezze di Jung, come di altri fondamentali autori, nel modo più oggettivo possibile.

Un approccio estroverso che inoltre compensa, per dir così, quell'aura di ieraticità che spesso circonda il pensiero ed i concetti junghiani, malgrado Jung stesso naturalmente, offrendoci lo snodo discorsivo e cronologico delle intuizioni e innovazioni del fondatore della psicologia analitica, rilette all'interno di una cornice culturale vasta e determinata proprio da quell'epoca storica con le sue tipiche e caratteristiche connotazioni.

Shamdasani in questo modo riesce a decostruire e neutralizzare tutte le semplificazioni e ipostatizzazioni che si sono succedute nei passaggi generazionali rispetto al lavoro originale degli autori, fino ad individuare e correggere esegesi improprie ed errori interpretativi all'interno degli stessi testi

ufficiali di Jung, dovuti a traduzioni fuorvianti o interpolazioni uscite dalle mani e dalla penna di alcuni collaboratori rivelatisi non all'altezza della materia trattata.

Entrando nel merito del nostro testo l'autore fa notare come nel 1892 a Ginevra per la prima volta viene assegnata una cattedra di psicologia in una facoltà scientifica e non filosofica a Theodore Flournoy, il quale affermava fosse per questo stata riconosciuta la psicologia quale scienza positiva, seppure questa consacrazione non la liberasse completamente da quel substrato filosofico e metafisico dal quale si sarebbe appunto emancipata.

Autori come William James, oltre allo stesso Flournoy, indicavano già da allora come questo ideale di scienza oggettiva ed indipendente da altre discipline fosse difficile, se non impossibile da raggiungere e realizzare.

Per dire come da subito il progetto universalistico ed onnicomprensivo che ha riguardato la nascente psicologia, così come era nelle intenzioni di molti, va valutato più come un'ispirazione o spinta ideale, che non come una realtà possibile; il tempo ha certamente dato ragione alle perplessità di coloro che, tra i più attenti e raffinati interpreti di quella aurorale stagione della psicologia, registravano tutte quelle difficoltà di carattere teorico, clinico e terapeutico che hanno caratterizzato le ricerche epistemologiche successive in campo psicoanalitico, fino ai nostri giorni.

Shamdasani vuole a questo punto sfatare un certo mito, quasi universalmente accettato, circa l'origine della psicologia junghiana quale costola e

derivato dell'opera di Freud.

Stupisce il fatto, tra l'altro, che in realtà il termine scelto da Jung per la propria psicologia fu quello di "psicologia complessa" e non psicologia analitica, definizione che fu adottata nel mondo accademico di lingua inglese, ambito nel quale l'opera junghiana ha avuto il maggiore sviluppo. Infatti lo psichiatra svizzero non aveva intenzione di fondare una scuola di psicoterapia, piuttosto il suo progetto prevedeva la formulazione teorica di una psicologia generale.

Nello stesso tempo, tuttavia, fu proprio Jung (prima della separazione definitiva e ufficiale dal movimento psicoanalitico freudiano) ad avere la sensibilità di proporre che ogni analista dovesse sottoporsi ad una analisi didattica, oltre ad averla praticata per primo nella struttura del Burghölzli di Zurigo.

Per tornare al mito da sfatare, Shamdasani ci racconta un precedente storico, rappresentato dal conflitto tra Freud e Adler in seno alla Società Psicoanalitica di Vienna.

Contrariamente ai commenti sulla nuova opera di Adler presenti nelle lettere indirizzate a Freud, Jung considerò questa nuova "eretica" proposta in modo positivo e stimolante. Per quanto non abbia mai pubblicato una recensione sull'opera di Adler, ne esiste il manoscritto intitolato "Sulla teoria della psicoanalisi: recensione di alcuni nuovi lavori", nel quale egli colse l'opportunità per criticare gli stili di recensione dominanti, caratterizzati da mancanza di competenza, critiche irrilevanti e pretestuose, rifiuto autoritario e così via. Viceversa in

questo manoscritto l'opera di Adler viene vista da Jung come un lavoro che per essere compreso, richiedeva necessariamente la rinuncia alle proprie opinioni attuali sulla psicoanalisi. Questo fu infatti il motivo per cui l'opera stessa non trovò la comprensione degli allievi di Freud ("e di Freud stesso" risulta cancellato nel testo), oltre al fatto che la presa di posizione adleriana dimostrava l'esistenza nel movimento psicoanalitico di un dogma che richiedeva assoluta lealtà, cosa della quale Jung stesso presto farà diretta esperienza. Molti anni più tardi rispetto alle vicende del 1912, Jung scriverà un breve tributo ad Adler (mai pubblicato) nel quale gli riconoscerà i meriti di avere opposto alla concezione causalistica della psicoanalisi una concezione finalistica che così andava a colmare una grossa lacuna e per la quale si rintracciava l'importante aspetto della spinta individuale verso il significato, oltre a mettere in luce il contesto sociale delle nevrosi.

La stessa opera junghiana deve allora considerarsi, piuttosto che freudocentrica, il frutto e lo sviluppo di numerose correnti culturali e filosofiche, dall'antichità ai primi del novecento, vicine per tematiche e analogie ai concetti ed alle teorizzazioni che lo psicologo svizzero elaborò nella sua lunga vita. Autori come Kant, Nietzsche, Hall, Schopenhauer, James, Flournoy, Janet, testimoniamo la reali e documentabili consonanze con le idee, seppure declinate in chiave prettamente psicologica, che Jung farà sue aggiungendovi il suo spunto euristico e creativo.

Come si capirà leggendo questo poderoso lavoro così riccamente documentato, le relazioni con autori del passato e gli scambi di vedute e prospettive con i contemporanei, collaboratori e non, sono più intensi e fecondi di quanto non si immagini.

Naturalmente, così come si deve ad un'opera "estroversa", non si cerchi una sintesi o un nucleo forte centrale a cui fare riferimento, non lo si troverà. Shamdasani stesso paragona questo li-

bro ad un ritratto cubista, dove vi sono più di un inizio e più di una fine; le cronologie si sovrappongono e le sfaccettature si intersecano con varie angolazioni.

D'altra parte questo lavoro appare chiaramente come uno di quei testi imprescindibili per chi si occupa e chi si occuperà di psicologia del profondo.

(Fabio Volpe)

Novità Editoriali

AA. VV. (2008), *PDM. Manuale diagnostico psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano

Il progetto è a cura dell'*American Psychoanalytic Association, International Psychoanalytic Association, Division of Psychoanalysis (39) of the American Psychological Association, American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work*. Il Comitato scientifico per l'edizione italiana è costituito da Massimo Ammaniti, Nino Dazzi, Franco Del Corno, Vittorio Lingiardi. Classificazione dei disturbi mentali degli adulti: pattern e disturbi di personalità; profilo del funzionamento mentale; pattern sintomatici: l'esperienza soggettiva. Classificazione dei disturbi mentali di bambini e adolescenti: profilo del funzionamento mentale di bambini e adolescenti; pattern e disturbi di personalità di bambini e adolescenti; pattern sintomatici di bambini e adolescenti: l'esperienza soggettiva; la classificazione dei disturbi mentali e dello sviluppo in neonati e bambini piccoli. Basi concettuali ed empiriche per una classificazione psicodinamica dei disturbi mentali. Contributi di Reiner W. Dahlbender, Peter Fonagy, Abby Herzig, Jodi Licht, Catherine M. Novotny, OPD Task Force, Gerd Rudolf, Jonathan Shedler, Heather Thompson-Brenner, Drew Westen.

BALBI, E., ARTINI, A. (2009), *Curare la scuola. Il problem solving strategico per i dirigenti scolastici*, Ponte alle Grazie, Milano

Educare e istruire, preparare, ma anche supportare, correggere, prevenire: agli operatori della scuola è richiesto oggi di fronteggiare tutte le sfide di una crescente complessità, operando su molteplici fronti e senza mai perdere di vista la delicatezza dei loro referenti primari, cioè il bambino e il ragazzo. Di fronte a problemi disciplinari, di relazione, di disagio, a individualità e dinamiche di gruppo problematiche, alle aspettative delle famiglie o – peggio – alla loro

assenza, non bastano più il buon senso, l'esperienza, i regolamenti. A tutto ciò l'approccio strategico presentato in questo volume risponde su due piani imprescindibili: in primo luogo mostrando come attraverso il *problem solving* e la comunicazione strategica sia possibile fornire soluzioni rigorose, precise e soprattutto applicabili a situazioni problematiche individuali e collettive della scuola; quindi, orientando il dirigente e l'insegnante in un percorso di *self-help* o *coaching* che ne individua le potenzialità di leadership a partire dalle linee salienti della sua personalità, trasformando i suoi limiti in risorse e dotandolo della sicurezza che può derivare solo dalla corretta gestione delle proprie potenzialità.

BERTI, A. (2009), *I disturbi della coscienza*, Bollati Boringhieri, Torino

Il termine «coscienza» si riferisce a concetti diversi la cui definizione e il cui studio hanno fatto parte, nella storia del pensiero filosofico e psicologico, di ambiti disciplinari a volte lontani e in contrasto tra loro. L'influenza del dualismo cartesiano tra mente e corpo ha consolidato l'idea che il mentale appartenga a una realtà ontologica non catturabile dalle leggi del mondo fisico e ha impedito, per molto tempo, che lo studio della coscienza potesse rientrare nel dominio delle scienze naturali. Le metodologie naturalistiche, basate sulla descrizione del mondo in terza persona, non sarebbero in grado di cogliere gli aspetti fondanti dell'esperienza cosciente, che rimarrebbero impenetrabili alla validazione scientifica. In queste pagine Anna Berti si colloca nella prospettiva opposta. Dopo aver discusso la legittimità e i problemi metodologici che si incontrano nello studio dei processi coscienti, e partendo dall'accettazione che i resoconti in prima persona dei pazienti possono essere considerati «dati» a tutti gli effetti, vengono presentate le sindromi neuropsicologiche che più hanno contribuito a svelare operazioni e strutture del mentale legate ai meccanismi della consapevolezza, non individuabili quando il cervello funziona normalmente: lo studio dei casi clinici permette di trarre inferenze sulla struttura e sugli aspetti funzionali e adattativi della coscienza. Nelle conclusioni viene presentata un'ipotesi relativa alla struttura dei processi di consapevolezza, secondo cui la coscienza non può essere considerata come prerogativa esclusiva di una componente esecutiva centrale, indivisibile e sovraimposta gerarchicamente alle altre funzioni mentali; al contrario la coscienza sembrerebbe avere caratteristiche modulari che riflettono anche a livello fenomenologico la struttura multidimensionale dei processi cognitivi.

BIROT, E., CHABERT, C., JEAMMET, P. (a cura di, 2009), *Curare l'anoressia e la bulimia. Psicoanalisti in ospedale*, Borla, Roma

Fra i disturbi dell'adolescenza, l'anoressia mentale è oggetto di preoccupazioni teoriche e cliniche la cui attualità risulta ancora oggi confermata. Quest'opera a più mani è stata elaborata da un gruppo di psicoanalisti e di psichiatri che lavorano nelle istituzioni e che hanno deciso di mettere a confronto le rispettive esperienze cliniche. L'orientamento scelto per presentare le loro riflessioni teoriche trova il suo baricentro nello studio del lavoro psichico considerato nei suoi rapporti col mondo interno e con la realtà esterna: questi mettono in evidenza la forza e la collocazione privilegiata attribuibili in particolare alle modalità di investimento e di utilizzo della percezione nella dinamica delle varie forme di cura. Seguendo tale filo conduttore, vengono affrontati temi quali la presa in carico all'interno delle istituzioni, le terapie familiari, lo psicodramma e, va da sé, le psicoterapie individuali.

BONFANTI, L. (2009), *Le cellule invisibili. Il mistero delle staminali del cervello*, Bollati Boringhieri, Torino

Il cervello umano, spesso definito «l'oggetto biologico più complesso dell'universo conosciuto», è formato da un tessuto perenne, incapace di rinnovarsi. Ecco perché i neuroni presenti alla nascita accompagnano l'individuo per tutta la vita. E se molti moriranno, non ne verranno generati di nuovi. Almeno, questo è quanto si credeva fermamente fino a poco tempo fa. Nell'ultimo decennio, la perseveranza di alcuni scienziati ha contribuito a cambiare questa visione statica del sistema nervoso, e così anche i neuroni sono entrati nell'universo in continua espansione delle cellule staminali, intaccando un ferreo dogma della neurobiologia e aprendo nuove prospettive nelle neuroscienze. In questo libro, un esperto del campo con la passione per la narrativa e la cinematografia pulp illustra la complessità cerebrale e ripercorre la storia delle ricerche che hanno portato alla luce la genesi di cellule nervose durante la vita adulta: una serrata indagine di tipo poliziesco svela il mistero di queste particolari staminali, nascoste nelle profondità del cervello e dotate di caratteristiche che le rendono invisibili. L'epilogo dell'inchiesta è solo il punto di partenza per un altro viaggio con destinazione ignota: quello verso l'utilizzo terapeutico delle nuove conoscenze sulle staminali. Ma in casi come questo, in cui la ricerca suscita speranze di nuove, miracolose cure, e scienza e fantascienza sembrano confondersi, è necessario tenere a mente che la strada verso lo sfruttamento delle cellule invisibili per i nostri bisogni terapeutici è ancora lunga, e non potrà prescindere dal confronto con la straordinaria complessità cerebrale. Una sfida che, secondo l'autore, i ricercatori possono vincere utilizzando un'altra arma invisibile, anch'essa nascosta all'interno del cervello: la loro immaginazione.

CIGOLI, V., TAMANZA, G. (2009), *L'intervista clinica generazionale*, Raffaello Cortina, Milano

L'intervista clinica generazionale è uno strumento messo a punto nel corso degli anni da Vittorio Cigoli e Giancarlo Tamanza con l'obiettivo di orientare l'intervento clinico mettendo a fuoco aree critiche nelle relazioni familiari. La procedura utilizzata si avvale di strumenti innovativi. Il valore dell'intervista sta nel fatto che coniuga la possibilità di fare ricerca con quella di intervenire nella relazione familiare attraverso l'incontro con la coppia genitoriale.

DAZZI, S., MADEDDU, F. (2009), *Devianza e antisocialità*, Raffaello Cortina, Milano

Quali sono gli itinerari psicologici, ambientali, biologici che conducono a comportamenti devianti e antisociali? È possibile un intervento e su quali basi? Partendo da queste domande, gli autori trattano una delle aree più complesse della clinica. Seguendo le moderne teorie della psicopatologia evolutiva, si sottolinea il concetto di fattori di rischio e fattori protettivi, analizzando temi clinici e sociali di particolare rilevanza: la scuola e il bullismo, l'area giuridica, le sostanze d'abuso, le indicazioni al trattamento.

DEMETRIO, D. (2009), *L'educazione non è finita*, Raffaello Cortina, Milano

L'educazione non può finire perché senza educazione non avremmo futuro. Ridiscuterne il senso è l'obiettivo di questo libro, che ne indaga le finalità, le radici filosofiche, pedagogiche ed etiche, alle quali va al più presto riconsegnata. L'educazione è più dell'istruzione, è una dimensione ineliminabile, invisibile e concreta, della vita di tutti. Per questo è indispensabile tornare a discutere delle mete irrinunciabili cui un'educazione interrogata in profondità è chiamata a ispirarsi.

DENTON, D. (2006), *The Primordial Emotions: The Dawning of Consciousness*, tr. it. *Le emozioni primordiali. Gli albori della coscienza*, Bollati Boringhieri, Torino 2009

Come funziona la coscienza? Cosa avviene nel nostro cervello quando decidiamo di richiamare alla mente un passaggio musicale di Mozart, o desideriamo tirare un respiro profondo o ci sentiamo invasi dal mal di denti? Scoprire in che modo le strutture cerebrali producano la consapevolezza di sé costituisce probabilmente la massima sfida delle neuroscienze. Denton avanza un'ipotesi nuova su questo tema antico e dibattuto: la coscienza si sarebbe progressivamente manifestata nel corso dell'evoluzione animale sotto forma di «emozioni primordiali», come la fame, la sete, il bisogno d'aria, il desiderio sessuale, cioè quelle forme impellenti di eccitamento che sono altamente funzionali alla sopravvivenza di un organismo, in quanto lo costringono ad agire, talvolta per scongiurare una minaccia alla sua esistenza. L'ipotesi si basa sull'osservazione del comportamento di svariati animali – dagli elefanti che vanno in cerca di sale nelle grotte del Kenya alle tattiche di caccia dei polpi, dalla danza delle api alla capacità dei pesci di sentire dolore – e su studi di *neuroimaging* effettuati con soggetti umani, i cui risultati rivelano come siano le aree cerebrali ancestrali a rivestire un ruolo dominante nell'organizzazione delle emozioni primordiali. Anche attraverso il confronto delle proprie tesi con quelle di altri illustri scienziati, Denton delinea la teoria secondo cui le emozioni primordiali, oltre a giocare un ruolo primario negli stati di coscienza, costituiscono il fondamento delle varietà di sensazioni e sentimenti tipicamente umani.

EHRENBERG, D. B. (1992), *The Intimate Edge: Extending the Reach of Psychoanalytic Interaction*, tr. it. *Il limite dell'intimità*, Centro Scientifico Editore, Torino 2009

In prima traduzione italiana, uno dei più prestigiosi rappresentanti della scuola psicoanalitica americana invita il lettore nell'intimità che si stabilisce fra analista e paziente. Darlene Ehrenberg distingue fra la teoria della tecnica analitica, che ha a che fare con l'agire conscio e intenzionale del terapeuta, e la teoria dell'azione terapeutica, vale a dire con l'interazione (comunicativa, affettiva, partecipativa) che si stabilisce fra analista e paziente e che consente di ampliare il campo di azione dell'analisi. L'autrice dimostra come solo il controtransfert consenta di lavorare ai limiti dell'intimità, ottenendo risultati importanti anche in quei casi (soggetti che hanno subito abusi e violenze) per lungo tempo considerati non analizzabili. Un libro che trascende i confini della terapia psicoanalitica e mostra la forza di un vero impegno interpersonale nell'ambiente terapeutico, indipendentemente dalle scuole e dagli orientamenti teorici.

LOLLI, F. (2009), *La depressione*, Bollati Boringhieri, Torino

Un dolore profondo, ma indicibile, impossibile da mettere in una parola, un dolore che rischia di apparire inesistente perché incomunicabile: la depressione condanna chi ne soffre a una doppia pena, quella che sorge dal disagio psichico e quella che deriva dall'invisibilità dello sguardo dell'altro, che spesso si volge verso manifestazioni di dolore più tangibili, fisiche, e quindi più vere, imprigionando il depresso nel suo silenzio o spingendolo ad atti che sono grida di aiuto. Franco Lolli porta il lettore in un viaggio dentro a un autentico enigma dell'animo umano, misteriosamente propenso a «soddisfarsi, in una maniera apparentemente incomprensibile, in ciò che insoddisfa». Un'analisi lucida e inesorabile che scandaglia senza compromessi questo fenomeno pervasivo della nostra società, prona a un'ideologia consumistica e performativa e ormai incapace di simbolizzare e accettare la fondamentale impotenza dell'uomo davanti al fallimento, al lutto, alla morte.

MASCI, S. (2009), *Giochi e role playing per la formazione e la conduzione dei gruppi*, Angeli, Milano

Un libro di giochi per la conduzione di gruppi concepito come un gioco. Ogni esperienziale o role playing è strutturato a schede, come una ricetta di cucina creativa in cui ci sono ingredienti, tempi di preparazione, difficoltà e l'indicazione sul giusto tempo di digestione. Un aiuto, per quanti si avvicinano per la prima volta al mestiere del formatore e conduttore di gruppi, e una guida per i più esperti ai quali viene lasciata la possibilità di variare gli ingredienti in funzione dei commensali. I giochi sono innovativi e contestualizzati alle difficoltà che si trovano a vivere manager e collaboratori in un momento così difficile per le aziende: stress, competitività, mancanza di comunicazione. Saper condurre un esperienziale diviene così uno strumento formativo indispensabile per esplicitare i comportamenti agiti da chi lavora in gruppo per il raggiungimento di un obiettivo comune. Il libro spiega in modo facile e divertente come interagire in aula facendo vivere ai partecipanti simulazioni di situazioni possibili al fine di comprendere che esistono strategie comportamentali più efficienti per il singolo, per il gruppo di lavoro e per l'azienda.

OGDEN, T. H. (2008), *Rediscovering Psychoanalysis: Thinking and Dreaming, Learning and Forgetting*, tr. it. *Riscoprire la psicoanalisi. Pensare e sognare, imparare e dimenticare*, CIS Editore, Milano 2009

Attraverso la sua vasta esperienza di lavoro psicoanalitico come clinico, supervisore, didatta e autore, Ogden, vincitore del premio “Outstanding Paper” dell’*International Journal of Psychoanalysis*, direttore del Centro per lo studio avanzato delle psicosi e membro dell’Associazione Psicoanalitica Internazionale, si è costruito una posizione originale tra i contemporanei maestri della psicoanalisi. Ripercorrendo le specifiche modalità con le quali i maggiori psicoanalisti (Freud, Klein, Fairbairn, Winnicott, Bion, Loewald, Searles) hanno scoperto e comunicato le loro intuizioni della situazione psicoanalitica e della profonda umana verità su cui l’esperienza psicoanalitica si fonda, Ogden ci invita a ricreare con lui il percorso di conoscenza che ci presenta. Si tratta di riconoscere e porre in gioco la capacità dell’analista di “parlare sulla base delle qualità uniche della sua personalità”, dell’uso che fa della sua esperienza di uomo che vive nella realtà, del suo aver compreso e appreso “la teoria e la tecnica psicoanalitica così completamente da poter essere in grado un giorno di dimenticarle”, e della sua responsabilità di inventare una psicoanalisi nuova (di riscoprire la psicoanalisi) con ciascun paziente.

PIETROPOLLI CHARMET, G., PIOTTI, A. (2009), *Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza*, Raffaello Cortina, Milano

Perché un adolescente può desiderare la morte? Facendo riferimento a una ricerca che ha coinvolto centinaia di ragazzi, gli autori indagano il rapporto tra suicidio e narcisismo nei “nuovi” adolescenti, insieme fragili e spavalidi. Il modello di intervento proposto è basato sul coinvolgimento, nella presa in carico, del contesto di vita degli adolescenti, in particolare del padre e della madre. Un testo di grandissima utilità per i genitori, gli insegnanti, gli educatori e tutti i professionisti della salute mentale che si occupano di adolescenti.

POHLEN, M. (2006), *Freuds Analyse. Die Sitzungsprotokolle Ernst Blums*, tr. it. *In analisi con Freud. I verbali delle sedute di Ernst Blum del 1922*, Bollati Boringhieri, Torino 2009

È il 1922 quando Ernst Blum arriva a Vienna da Zurigo. Nella primavera di quell'anno vivrà un'esperienza destinata a cambiarlo per sempre: un trimestre di analisi con Sigmund Freud. Settantacinque ore di dialogo psicoanalitico capaci di abbracciare tutta una vita e di segnare profondamente l'esistenza di Blum. Di questa analisi breve e intensa è possibile oggi, per la prima volta, leggere i verbali stenografici, che Blum raccolse in presa diretta per le prime cinquantacinque ore e custodì gelosamente, come un tesoro personale, fino all'incontro, negli anni settanta, con il collega Manfred Pohlen. In questo volume Pohlen finalmente rende accessibile un documento preziosissimo, irripetibile istantanea della prassi freudiana, destinata inesorabilmente a sfatare alcuni dei capisaldi ancora invalsi nell'ortodossia psicoanalitica. I verbali di Blum si affiancano così ai ricordi di altri pazienti famosi di Freud: Hilda Doolittle, Marie Bonaparte, Helene Deutsch, Lou Andreas-Salomé, e poi, ancora, Blanton, Kardiner, Wortis... Hanno però qualcosa in più. La precisione, il dettaglio, la sistematicità con cui è descritto il processo psicoanalitico, nonché i temi affrontati esplicitamente durante l'analisi, tra cui la comune matrice culturale ebraica di Freud e Blum, rendono i verbali una testimonianza unica nel suo genere ed esemplificano al meglio la potenza scardinante e rivoluzionaria della creazione freudiana.

RIVA, E. (2009), *Adolescenza e anoressia. Corpo, genere, soggetto*, Raffaello Cortina, Milano

Segnale della fragilità narcisistica dell'adolescenza contemporanea, l'anoressia è diventata l'espressione più visibile del disagio psichico femminile che caratterizza questa fase evolutiva. Il volume esamina gli aspetti della cultura affettiva che fanno da sfondo ai disturbi alimentari e illustra, anche attraverso la presentazione di materiale clinico, i presupposti teorici e le metodologie d'intervento, individuali e di gruppo, sperimentati con successo con le adolescenti e con i loro genitori.

SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1988), *Manual for Life Style Assessment: A Training Program*, tr. it. *Manuale per l'analisi dello stile di vita*, Angeli, Milano 2008

“Stile di vita” è l'espressione coniata da Alfred Adler per definire “l'impronta unica e irripetibile di ogni individuo, costituita dalla risultante di tratti comportamentali, orientamento del pensiero, sentimenti ed emozioni, posti al servizio del fine ultimo perseguito”. Unicità e irripetibilità sono identificate dai progetti e dagli scopi prevalenti che l'individuo elabora per il futuro, elementi che vanno correlati alle capacità personali e ai fattori ambientali. Adler scrive infatti che “non si può riconoscere ed esaminare un essere umano isolato”: fin dal momento della nascita l'individuo-uomo inizia, nell'ambito dello scambio relazionale con l'ambiente, a strutturare il proprio stile di vita, come risposta alle richieste provenienti dall'esterno. La vita sarà percepita, a seconda delle esperienze personali, come lotta, amore, cooperazione o astensionismo e ciascuno di questi approcci potrà emergere solo in un contesto comunicativo. Lo stile di vita, cardine attorno al quale ruota tutta la Psicologia Individuale, si struttura definitivamente entro il quinto anno di vita e l'elemento fondamentale che influisce sulla sua formazione, in questo periodo, è il tipo di rapporto con il contesto familiare. A partire da queste premesse il manuale si propone come strumento d'indagine psicologica per interpretare lo stile di vita individuale, analizzando in particolare la costellazione familiare e i primi ricordi.

TISSERON, S., MISSONNIER, S., STORA, M. (2006), *L'enfant au risque du virtuel*, tr. it. *Il bambino e il rischio del virtuale*, Borla, Roma 2009

Internet, blog, chat, messaggerie istantanee, videogiochi, reti... Lo sviluppo delle nuove tecnologie ha rivoluzionato le nostre consuetudini sociali, nello stesso tempo gli schermi sono diventati capaci di stimolarci a dialogare con loro. Non offrono più solo delle immagini da guardare, ma ci rimettono in contatto con gli scambi interattivi precoci che legano un bambino a un adulto nei gesti, nella mimica e nei vocalizzi condivisi. Queste modalità di utilizzo delle nuove tecnologie si accompagnano a forme inedite di socializzazione, ma anche di desocializzazione. Qual è il loro ruolo nella costruzione della personalità e nelle sue disfunzioni? In che cosa favoriscono oppure ostacolano i riferimenti dell'identità? Che cosa spinge alcuni bambini ad immergersi? Quali aspettative soddisfano e quali rischi corrono? Si cerca una nuova cultura, che certamente può portare a nuove patologie, ma che non esclude un uso terapeutico delle opportunità che offre. Questo libro, chiaro e nello stesso tempo erudito, segna una tappa importante per comprendere i nostri rapporti con le macchine. Interesserà quindi non soltanto i clinici, ma anche gli educatori e i genitori.