

Rivista di

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Anno XXXV

Luglio-Dicembre 2007

Numero 62

Editoriale	<i>Il lavoro “del” sogno, il lavoro “sul” sogno, il lavoro “col” sogno: dal “sogno sognato” al “sogno raccontato”</i> di Giuseppe Ferrigno	3
P. L. Pagani	<i>Il sogno come esperienza soggettiva dall'alba della civiltà ai giorni nostri</i>	9
A. Anglesio	<i>Sogno o son desto?</i>	17
G. Leccardi	<i>La cura del tempo: Psicologia Individuale e psicopatologia contemporanea</i>	31
B. Simonelli et Alti	<i>Dis-socialità e autolesionismo nel Disturbo Borderline di Personalità: due casi clinici</i>	69
Arte e Cultura	<i>Finalismo adleriano e fenomenologia: il caso di “Laura” a confronto con “Evgenij Irtenev”</i> di Daniela Bosetto	87
Recensioni		105
Novità Editoriali		109
Notiziario		119



CONTENTS

Editorial	<i>The Work "of" the Dream, the Work "about" the Dream, the Work "with" the Dream: from the Dreamed-Dream to the Told Dream</i> by Giuseppe Ferrigno	3
P. L. Pagani	<i>The Dream as a Subjective Experience from the Dawn of Civilisation to Date</i>	9
A. Anglesio	<i>Am I Sleeping or I am Awake?</i>	17
G. Leccardi	<i>The Time Cure: Individual Psychology and Modern Psychopathology</i>	31
B. Simonelli et Alii	<i>Dis-Sociality and Self-Harming Behaviour in Borderline Personality Disorder: Two Clinical Cases</i>	69
Arte e Cultura	<i>Adlerian Finalism and Phenomenology: "Laura" Meets "Evgenij Irtenev"</i> by Daniela Bosetto	87
Reviews		105
Editorial News		109
Announcements		119



Editoriale

GIUSEPPE FERRIGNO

Il lavoro “del” sogno, il lavoro “sul” sogno, il lavoro “col” sogno: dal “sogno sognato” al “sogno raccontato”

Già il filosofo greco Eraclito asseriva che *«Coloro che sono desti hanno un mondo in comune, mentre tra i dormienti ciascuno si rivolge a un mondo privato»*.

Il soggetto, da *sveglia*, deve confrontarsi con la “logica comune”, che si fonda, essenzialmente, sulla “negoiazione interpersonale” del linguaggio verbale, nel *sonno con sogni*, invece, gli è possibile affidarsi alla propria “logica privata”, in quanto il contesto situazionale in cui è partorito un sogno si colloca sul versante dell’*autos*. Gli stati emotivi, i trasporti affettivi, le motivazioni inconsce “si raccontano” con maggiore immediatezza e pregnanza attraverso linguaggi non verbali*. Nella fabbrica delle emozioni, i sogni, liberi dagli obblighi imposti dalla *logica comune*, essendo *massima* la *distanza* tra il soggetto e la realtà, *nulla* quella fra *trasmittente* e *ricevente*, il nostro bisogno di comunicare a noi stessi il nostro passato, per legarci coerentemente al nostro futuro, si esplica nella modalità comunicativa più naturale e primitiva, antecedente allo sviluppo del linguaggio articolato. Quando la temperatura cerebrale si abbassa al di sotto di una certa soglia, il cervello, stimolato da un generatore endogeno, diventa cieco e sordo: gli occhi sotto le palpebre chiuse si muovono a raffica, sebbene il sognatore sia paralizzato.

Il sogno è come un *test* proiettivo, il prodotto della libera immaginazione del *Sé creativo* che, grazie alla naturale attitudine linguistica della nostra mente-cervello, riordina in un canovaccio narrativo il materiale mnestico proveniente da

* FERRIGNO, G. (2003), Sogno, neuroscienze, linguaggio multimediale e interdisciplinarietà, *Riv. Psicol. Indiv.*, 54: 3-34.

spazi e da tempi diversi. Nella comunicazione “multimediale” onirica c’è un fruttuoso incontro di tutti sensi: vista, udito, tatto, olfatto, apparato cinestesico-vestibolare. Come a teatro o in un film, uno stato d’animo si transcodifica, si raffigura, si materializza in una situazione concreta, in un gesto, in un suono, in una rappresentazione drammatica, in cui sono annullate le aristoteliche unità di tempo, di luogo, d’azione. Nei sogni, come nei film, non esiste il tempo passato o futuro: le immagini oniriche non si coniugano, in quanto tutto si svolge al presente, dando al sognatore quell’illusione di realtà che gli consente di stare “dentro” il proprio sogno.

Il “lavoro del sogno”, cioè il “lavoro onirico” freudiano, implica una transcodificazione d’emozioni, sentimenti e pensieri in una comunicazione multimediale. Anche per Bion* le esperienze emotive e le impressioni sensoriali grezze sono trasformate e metabolizzate in *pensieri alfa*: la *tempesta* emozionale si transfigura in materiale pensabile, analogamente a quanto si verifica attraverso il metabolismo nel sistema digestivo del corpo. Il “lavoro del sogno” inteso in un’ottica comunicazionale potrebbe incoraggiare un nuovo filone adleriano di studi e di ricerche che, rivisitando il concetto di “censura” e di “bizzarria onirica”, recuperi la pionieristica riflessione di Shulman**, secondo il quale «*La censura onirica è niente di più che una grande distanza dalla realtà*»: i meccanismi di *spostamento*, di *condensazione* e di *simbolizzazione* potrebbero essere il prodotto non di un’intenzionalità mascherante della “censura”, ma della “distanza” dal “senso comune” e, quindi, del particolare tipo di *contesto comunicativo* e di *codice* usato durante il “sonno con sogni”.

Il concetto di “bizzarria” onirica si fonda su un equivoco: l’accostamento inopportuno fra “linguaggio onirico” e “comunicazione verbale”. Raccontare, attraverso le “parole”, un sogno sognato e vissuto “come se” fosse vero è sempre un “tradirlo”. Il pensiero, a differenza della frase, non consiste di singole parole. *Quello che nel pensiero* – dice Vygotskij*** – *è contenuto simultaneamente, sul piano del linguaggio si esplica in ordine di successione*. La povertà espressiva del codice verbale, “depotenziato”, emerge se soltanto si prova a raccontare con i “segni astratti” del linguaggio articolato un’esperienza totalizzante di spettacolo multimediale come il “Teatro della crudeltà” di Antonin Artaud**** o come il

* BION, W. R. (1962), *Learning from Experience*, tr. it. *Apprendere dall’esperienza*, Armando, Roma 1972.

**SHULMAN, B. H. (1973), *An Adlerian Theory of Dreams*, in *Contribution to Individual Psychology*, Alfred Adler Institute, Chicago.

***VYGOTSKIJ, L. S. (1934), *Thought and Speech*, tr. it. *Pensiero e linguaggio*, Giunti, Firenze 1966.

****ARTAUD, A. (1964), *Le Théâtre et son double*, tr. it. *Il teatro e il suo doppio*, Einaudi, Torino 1968.

“Teatro dell’isola di Bali”, in cui la scena diviene il luogo fisico riempito con tutto quanto possa ammalciare magicamente i sensi, risvegliando potenti sentimenti ed emozioni attraverso vibrazioni, suoni, grida, musica, odori, luci, colori, movimenti, caldo, freddo. Il sogno è una “comunicazione endopsichica” durante la quale il sistema comunica con se stesso. Mentre nella *veglia* si elabora l’informazione proveniente dal mondo esterno, durante il *sonno con sogni* il nostro cervello volta le spalle al *buon senso* ripiegandosi in se stesso e riordinando le informazioni prodotte dall’interno, dalla propria *logica privata*: «il sogno ci ricorda il passato e ci dà di esso una visione tendenziosa che ci esorta ad affrontare il futuro nello stesso modo»*.

Sognare è una modalità ineffabile di vibrare o di far vibrare tutti i nostri sensi: vista, udito, tatto, olfatto, elementi timbrici, ritmici, melodici, cinesici, prossemici, cinestesico-vestibolari rimpatriano “nostalgicamente” nei luoghi germinali dello sviluppo psichico. La primitiva comunicazione somato-psichica, dai connotati amodali, intersensoriali, della diade bambino-madre affonda le radici primariamente sul tatto e sull’olfatto. L’entrata nell’“istituzione” scuola, che accorda un trattamento privilegiato al codice verbale scritto-parlato, spezza ineluttabilmente l’originaria attitudine del bambino ad avvalersi di un linguaggio “multimediale”, verso il quale sarebbe naturalmente predisposto.

Andrebbero recuperati e potenziati studi interdisciplinari sulle *relazioni endopsichiche e sul dialogo interiore***.

Quando sogniamo, comunichiamo con “noi stessi” sul versante dell’*autos* con l’immediatezza del primitivo linguaggio delle immagini mentali interne, esattamente come nel “dialogo interiore” che, essendo rivolto a “se stessi”, è ellittico, asintattico, atemporale, condensato, agglutinante, enigmatico, misterioso e bizzarro per tutti gli *altri*, a volte anche per *noi stessi*, se soltanto saltiamo fuori dal “contesto” situazionale in cui esso nasce. Siamo consapevoli di aver sognato soltanto quando transitiamo, svegliandoci, dalla *scena del sogno* alla *scena della vita*: tutto quanto sia stato vissuto durante il sogno come logico, consequenziale, coerente, diventa improvvisamente assurdo, ridicolo, banale, irrazionale, bizzarro non appena si viene fuori dalla “grotta onirica”.

I sogni di cui ci occupiamo noi terapeuti sono i sogni ricordati e raccontati dai pazienti: *«Io e Franca siamo in una macchina rossa decappottabile: sento il vento in faccia e un improvviso odore di muschio. Franca guida a destra come in*

* WAY, L. (1956), *Alfred Adler: an Introduction to His Psychology*, tr. it. *Introduzione ad Alfred Adler*, Giunti Barbèra, Firenze 1969.

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

Inghilterra. Arriviamo in una salita altissima e ripidissima a 90°. Chiudo gli occhi, spaventato, mentre sento che ci stiamo capovolgendo. Mi aggrappo al sedile di velluto. Lei sussurra: "Proviamo col motore di riserva!". Io sono spaventato lo stesso, perché funzionano le ruote posteriori, ma all'improvviso ci troviamo in cima, prima che la macchina cada all'indietro». Ecco un sogno che, abolite le leggi dello spazio, del tempo e della gravità, attraverso un'esplosione caleidoscopica della "sensibilità" del sognatore fa vibrare simultaneamente tutti i suoi sensi.

Un sogno, forse, va soprattutto sognato: può, secondariamente, anche essere narrato o interpretato. Il passaggio dal "sogno vissuto" al "sogno raccontato" nel *setting* implica un trasferimento dalla "logica privata" alla "logica comune", da un *codice multimediale* a un *codice verbale scritto-parlato* "depotenziato". Il sogno transita dalla sfera del "sogno vissuto interiormente" verso una dimensione "intersoggettiva" transferale-controtransferale che coinvolge *la coppia creativa* paziente/terapeuta: il "lavoro sul sogno"* stimola associazioni, vissuti controtransferali, persino sogni nello stesso terapeuta e l'interpretazione è sicuramente subordinata alla relazione terapeutica in atto.

Il "sogno raccontato" è una nuova drammatizzazione, una ri-teatralizzazione**, aperta all'altro, all'interprete: co-regista, co-attore, co-spettatore. Il terapeuta/interprete influenza il racconto del sognatore come il racconto del sognatore influenza il terapeuta/interprete. Tra il "racconto" del sogno e il sogno "vissuto" come esperienza soggettiva c'è un intervallo temporale durante il quale, tra il vissuto dello svegliarsi di "ieri" e l'esperienza della narrazione di "oggi" di fronte al terapeuta, si è verificata una serie d'inevitabili trasformazioni. Il "sogno raccontato" può essere assunto come specchio del gioco relazionale*** della seduta in corso o di quelle precedenti, come termometro del flusso dialogico biunivoco creatosi nel campo relazionale della *coppia terapeutica*. Il lavoro "sul" sogno, in ogni caso, "converte" il *sogno sognato* nel *sogno raccontato*: qualcosa di completamente "nuovo" rispetto ai materiali onirici di partenza. Il terapeuta entra nei sogni e i sogni entrano nel vissuto del terapeuta, che è spinto dal loro potere evocativo ad associare, a ricordare, a reagire emotivamente, a immedesimarsi con gli interlocutori onirici "mascherati" del paziente.

Il *racconto del sogno* è già un'interpretazione selettiva da parte del paziente: il terapeuta-interprete continua ad indagare, a completare, a reinterpretare ulteriormente: l'interpretazione dei sogni è un'esperienza intersoggettiva-

* BOLOGNINI, S. (a cura di, 2000), *Il sogno cento anni dopo*, Bollati Boringhieri, Torino.

** RESNIK, S. (1982), *Theatre of Dream*, tr. it. *Il teatro del sogno*, Bollati Boringhieri, Torino 2007.

*** BOLOGNINI, S. (a cura di, 2000), *Op. cit.*

relazionale. Il modo in cui il terapeuta accoglie il sogno influenza il senso dell'interpretazione: anche la metodologia, seguita nella raccolta del materiale onirico, contiene già elementi interpretativi. Il paziente narra il proprio sogno multimediale, introducendo nel racconto drammatizzato, parole, gesti, disegni, varianti e fenomeni nuovi che appartengono alla sceneggiatura e alla scenografia dell'*hic et nunc* e non all'originario *sogno sognato*: il "racconto del sogno" si trasforma in uno psico-oniro-dramma*.

Non sempre il sognare implica il raccontare un sogno; non sempre il raccontare un sogno ha per conseguenza il doverlo interpretare. Si può raccontare un sogno per comprenderlo, ma anche per sbarazzarsene, per condividerlo, per donarlo a qualcuno. Il "lavoro col sogno"*** converte il sogno in un semplice strumento di lavoro, finalizzato a monitorare, a radiografare, a fotografare l'evoluzione del rapporto terapeutico, a costruire un *codice simbolico comune* alla "coppia creativa" paziente-analista, a sviluppare nel paziente atteggiamenti euristico-collaborativi tesi a risvegliare il suo sentimento sociale. Un medesimo sogno può essere "usato" diversamente a seconda della personalità del terapeuta, della sua metodologia, della sua particolare visione del mondo.

In ogni caso, come dicevano gli oniromanti ispirati dei templi di Asclepio e di Esculapio, "Il sogno parla"*** nel luogo sacro, unico e irripetibile della stanza d'analisi e prende forma, emergendo dalla nebbia dei dinamismi transferali-controtransferali, "come se" fosse un terzo "personaggio" che si inserisce fra "sognatore" e "terapeuta-interprete", variante di una *triade* relazionale, dinamica, complessa e multidimensionale: «Dottore ho fatto un sogno, ho avuto un sogno, finalmente le ho portato, qui, un sogno». Nel "lavoro col sogno", il terapeuta, baipassando il sentiero dell'oro psicoanalitico dell'interpretazione, riaccompagna il paziente nel luogo dell'enigma, dell'"oscurità che parla", della dimenticanza, dell'incompreso, coniugando *intrapsichico* e *intersoggettivo* e condividendo con lui immagini ed emozioni della realtà onirica, nell'*hic et nunc* del *setting*.

Ma ora addentriamoci, con cautela e prudenza, nei misteriosi e oscuri enigmi della "grotta" onirica nei cui meandri ci introduce il suggestivo articolo "Il sogno come esperienza soggettiva dall'alba della civiltà ai giorni nostri" di Pier Luigi Pagani, che apre il numero 62 della *Rivista di Psicologia Individuale*.

* RESNIK, S. (1982), *Op. cit.*

** BOLOGNINI, S. (a cura di, 2000), *Op. cit.*

*** RESNIK, S. (1982), *Op. cit.*

Il sogno come esperienza soggettiva dall'alba della civiltà ai giorni nostri

PIER LUIGI PAGANI

Summary – THE DREAM AS A SUBJECTIVE EXPERIENCE FROM THE DAWN OF CIVILIZATION TO DATE. The first part of the research follows the history of man's interest in dreams. The different approaches to dreams are examined from the frontiers of pre-history to Greek civilisation. The second part deals with the points of view of Psychoanalysis and Individual Psychology, the two schools of dynamic psychology which have been mainly concerned with research into the origin and meaning of dreams, suggesting their own models of interpretation. Points of view which are at times in agreement and, at others, in total disagreement emerge from this.

Keywords: INTERPRETATION OF DREAMS, PSYCHOANALYSIS, INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

L'annuncio del tema del XX Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia Individuale, "Il sogno tra psicoterapia e neuroscienze", ha suscitato in me una piacevole sorpresa, poiché mi ha costretto a prendere atto che la Psicologia Individuale italiana stava finalmente uscendo dalle revisioni, un po' troppo legate al rassicurante counselling tanto caro a molti nostri colleghi e amici d'oltre oceano, come pure del vecchio continente, nelle quali sembrava essersi dispersa da qualche tempo, e che tentava ora, utilizzando l'argomento "sogno", di rientrare con decisione nell'alveo naturale del filone che le aveva dato i natali: la vera e propria psicologia del profondo.

La Psicologia Individuale è senza alcun dubbio una psicologia "soggettivante" che favorisce l'*empatia*, sollecita a *guardare con gli occhi dell'altro, ad ascoltare con le sue orecchie, a vibrare con il suo cuore*. Questa e solo questa è autentica analisi, mentre stavano perdendo i requisiti analitici talune modifiche prospettate da certi continuatori eclettici del pensiero adleriano [8], preoccupati soprattutto di uniformarlo a parametri predeterminati e a rigide regolamentazioni, o di presentarlo attraverso stime statistiche, il tutto destinato ineluttabilmente a eludere, semplificandola, proprio la "soggettivazione".

Sogno, intuizione, associazione, simbolo, interpretazione caratterizzano il “senso dell’arte” dello psicologo individuale, devono essere l’essenza e il principio di tutti coloro che fanno dell’analisi lo strumento precipuo del loro impegno.

Il sogno è un’attività del pensiero che ha interessato l’uomo sin dai primordi della civiltà [11]. Un disegno a carboncino rinvenuto in Francia nella grotta dei bisoni di Lascaux, datato intorno ai dodici-quattordicimila anni fa, può essere, verosimilmente, considerato come una delle prime testimonianze di un sogno. Nel graffito è rappresentato ciò che l’autore vede con la fantasia: l’uccisione del bisonte durante una battuta di caccia. Si tratta probabilmente di un sogno ad occhi aperti, tracciato a memoria, ma potrebbe anche essere un sogno notturno ricorrente.

La più antica attestazione scritta di un sogno rimane, comunque, quasi sicuramente, quella contenuta in una delle prime scritture concepite da un essere umano, l’“Epoica di Gilgameš” [14], composta a partire dal terzo millennio a. C. su tavolette di creta, stese in lingua sumerica, rinvenute nella biblioteca di Assurbanipal, a Ninive, nel 1852 e decifrate qualche anno dopo dall’assiriologo inglese George Smith.

Gilgameš, il futuro re di Uruk, l’eroe della mitologia mesopotamica, sogna di incontrare un altro giovane, Enkidu, di cui riconosce la forza dopo aver lottato, in sogno, con lui, e che adotta poi, sempre nel sogno, come fratello. Ecco com’è narrato l’evento sui pannelli di creta:

«Gilgameš svegliatosi rivelò il sogno a sua madre, la dea sacerdotessa Ninsun, e disse:

“Madre, stanotte ho avuto un sogno. Nel cielo sopra di me, luccicavano le stelle. E qualcosa simile al firmamento di An mi cadde addosso. Io tentai di sollevarlo ma era troppo pesante per me. Io tentai di spostarlo ma non riuscii a rimuoverlo. Gli uomini gli si ammassarono attorno; e i giovani uomini gli si accalcarono accanto. Essi baciaroni i suoi piedi come bambini. Io lo amai come sia ama una moglie, lo abbracciai forte. Io lo portai con me, lo feci inginocchiare di fronte a te”.

La madre di Gilgameš, la saggia Rimat-Ninsun, che conosce ogni cosa, comprese e così parlò a Gilgameš, il suo signore:

“Figlio mio, le stelle che nel cielo luccicavano sopra di te, e quella certa cosa che, simile al firmamento di An, ti cadde addosso, che tu tentasti di sollevare ma che era troppo pesante per te, che tentasti di spostare ma non riuscivi a smuoverlo, che tu portasti con te e che facesti inginocchiare ai miei piedi, e che io trattai come fosse mio figlio, raffigura un compagno forte che verrà da te, uno che può salvare la vita di un amico, egli è potente nella montagna, egli possiede la forza. La sua forza è così grande come quella del firmamento di An. Tu lo amerai come una moglie e lo terrai stretto a te; ed egli avrà sempre cura della tua salute. Il tuo sogno è buono e favorevole”. [...] E Gilgameš così parlò a sua madre: “[...] Fallo scendere, allora, [...] così, in verità, io guadagnerò un amico che mi darà consigli”. I fatti si verificarono così come furono rivelati» (14, pp. 90-91).

Qui il sogno è di tipo profetico, come pure profetico o premonitore è il sogno presso gli antichi israeliti: il sogno è un messaggio che proviene da Dio (7: Numeri 12, 6). La Bibbia narra diversi sogni, dei quali il più noto è certamente il sogno delle sette vacche grasse e delle sette magre, compiuto dal faraone egizio: nessuno sa interpretare il sogno, finché non viene chiamato Giuseppe (7: Genesi 41, 1-36), che preconizza per l'Egitto sette anni di grande abbondanza, seguiti da sette di tremenda carestia e miseria. In questo sogno l'interpretazione è sempre di tipo profetico ma assume una profonda connotazione religiosa: Giuseppe ritiene, infatti, che la profezia provenga da Dio, una "diafania": l'intervento divino in avvenimenti terreni.

Sempre legato alla civiltà sumerica, ma alquanto più avanti nel tempo rispetto al sogno di Gilgameš, s'incontra il rituale dell'incubazione. Un seguace doveva scendere in un luogo sacro sotterraneo (come del resto aveva già fatto anche Gilgameš), dormire in quel luogo una notte e recarsi poi da un interprete a raccontare il sogno concepito, che di solito rivelava una profezia.

La pratica dell'incubazione fu successivamente ripresa dai Greci, non più, però, con l'originario carattere profetico, ma con valore terapeutico e, talora, anche spirituale. Sono famosi gli Asclepiei, i templi ospedale di Asclepio, l'Esculapio romano, il dio della medicina, dove si recavano i sofferenti [12]. Inizialmente gli Asclepiei erano rappresentati da una semplice fontana o da un pozzo, chiusi da un boschetto, che i malati attraversavano per avvicinarsi al luogo sacro ove chiedere al dio la guarigione. Più tardi sorsero veri templi, contornati da portici, ospedali, teatri, abitazioni. I malati erano sottoposti a digiuni e lavacri purificatori, seguiti da un sacrificio propiziatorio; passavano poi la notte nel tempio, dove sognavano, spontaneamente o per suggestione. Un sacerdote, al mattino, interpretava i sogni, riferendo la diagnosi e prescrivendo la cura.

Gli Asclepiei con incorporati i complessi di maggior ricchezza e fastosità sono senza dubbio quelli di Atene, Epidauro, Coa, Pergamo e Roma. In tutti questi aggregati, il nucleo originario si trasformò nel *sancta sanctorum* di una struttura ben più vasta, composta da uno o più templi, dedicati oltre che ad Asclepio alle divinità satelliti o coadiuvanti, da porticati, ostelli, ospedali e da tutte le costruzioni necessarie al funzionamento del santuario e al sostentamento dei sacerdoti e del personale.

Il malato si presentava come supplice alle porte del santuario, era esaminato dai sacerdoti e, se reputato degno, ammesso all'interno. In questa prima fase, presumibilmente, versava un obolo per le cure che si apprestava a ricevere. Dopo tre giorni trascorsi nell'ospedale, sottoposto a lavacri e digiuni rituali, il paziente sacrificava ad Asclepio. Tale azione era necessaria per essere ammesso nell'*abaton*, il recesso sacro sotterraneo del tempio, ove il sofferente passava la notte, giacendo sulla pelle della vittima sacrificale, o avvolgendosi in essa.

Durante la notte Asclepio sarebbe apparso in sogno al supplice. È presumibile che lo stato d'animo di una persona, già spossata dalla malattia, lasciata per tre giorni a digiuno e costretta a dormire all'addiaccio, spesso sulla terra nuda o, al massimo, su una panca di marmo, con unica coperta la pelle dell'animale appena sacrificato, fosse un ottimo preliminare alla manifestazione di sogni.

I sacerdoti, il mattino successivo, interpretavano il sogno ed emettevano la diagnosi della malattia sofferta o presunta, comunicando anche la prescrizione per la guarigione.

Qualora la guarigione fosse sopraggiunta realmente, il supplice, riconoscendo, lasciava incisa sul marmo, a futura memoria, la propria vicenda, contribuendo così ad accrescere l'aura di sacralità del santuario.

Tra gli interpreti di sogni più famosi, si ricorda Artemidoro di Daldi, scrittore greco del secondo secolo d. C., che pur essendo nato ad Efeso, aggiunse al proprio nome quello del luogo di nascita della madre, originaria appunto di Daldi nella Licia. Seguace dello stoicismo, Artemidoro fu certamente il primo a scrivere un trattato intitolato *L'interpretazione dei sogni*. L'opera, in cinque libri, non è altro che un lungo elenco di sogni e d'interpretazioni soggettive e arbitrarie, senza, naturalmente, alcun carattere scientifico. L'interpretazione dei sogni di Artemidoro ritornò in auge con grande fortuna nell'età rinascimentale per il suo raffinato stile atticista.

Bisogna però giungere a Freud perché il sogno costituisca uno dei mezzi più validi per esaminare le fantasie rimosse dall'area cosciente durante il giorno e rappresentate sotto forma di azione scenica durante la notte [6]. È proprio il saper interpretare i sogni che diviene l'arte prioritaria ed essenziale della nuova scienza dell'inconscio, la Psicoanalisi.

Per inciso, sembra quasi paradossale che Freud, sempre proiettato per la sua formazione medica a essere in sintonia con la scienza ufficiale, non le si sia conformato quando questa non assegnava alcun serio significato al sogno e, in particolare, al suo singolare linguaggio, ritrovandosi, semmai, più in affinità con la tradizione e con le vecchie credenze popolari.

Il tema dei sogni ricorre con grande frequenza anche negli scritti di Adler, sia nelle trattazioni teoriche, in particolare nei tre capitoli espressamente dedicati ai sogni dei volumi *Prassi e teoria della Psicologia Individuale* [1], *Conoscenza dell'uomo* [2] e *Cosa la vita dovrebbe significare per voi* [3], come pure nella casistica. La progressione del pensiero adleriano sul sogno appare limpidamente dalla successione cronologica dei tre capitoli qui sopra citati.

Dopo la sua rottura con la Società psicoanalitica, Adler si è confrontato ripetutamente in modo schietto con Freud sull'interpretazione dei sogni, accettando molti suoi punti di vista sulla struttura del linguaggio onirico, ma discostandosi aperta-

mente da lui, talora, per quanto riguarda i contenuti e le finalità. Nel già ricordato *What life should mean to you, Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, del 1931 [3], una delle sue ultime opere, nel capitolo dedicato ai sogni, Adler scrive così:

«Per quanto mi consta, esistono solo due teorie che si sforzano di essere esaurienti e scientifiche nella comprensione e nell'interpretazione dei sogni: la scuola freudiana di Psicoanalisi e la scuola di Psicologia Individuale. Fra queste due, forse soltanto la scuola di Psicologia Individuale può sostenere di attenersi a un senso generale di coerenza [...]».

Nella teoria freudiana riscontriamo un impegno reale a comprendere scientificamente un significato contenuto nel sogno. Nonostante ciò, in parecchi punti l'interpretazione freudiana esce dal campo della scienza. Essa presuppone, ad esempio, un lavoro notturno che interrompe il lavoro della mente durante il giorno. Il "conscio" e l'"inconscio" sono posti in reciproca contraddizione e al sogno è attribuita una legge speciale che contraddice le leggi generali del pensiero [...].

Nel pensiero dei popoli primitivi e degli antichi filosofi, è corrente l'intenzione di instaurare una forte antitesi fra i concetti, affine all'atteggiamento di antitesi che si riscontra nei nevrotici. Queste antitesi, però, non sono contraddizioni ma varietà, sono gradi di una scala, armonizzati dal tentativo di approssimarsi a una rappresentazione ideale. Così buono e cattivo, normale e anormale non sono antitesi, ma varietà. Ogni teoria che tratti i pensieri diurni e i pensieri del sogno come contraddizioni è necessariamente non scientifica.

Un altro punto che produce perplessità nell'originale teoria freudiana è che i sogni siano riferiti a un background sessuale [...] Se fosse vero, i sogni non sarebbero espressione dell'intera personalità, ma solo di una parte di essa. Gli stessi psicoanalisti hanno trovato insufficiente l'interpretazione sessuale dei sogni [...].

Freud ipotizzò che i sogni potessero esprimere anche un desiderio inconscio di morire, il che, parzialmente, può accadere. [...]

Nei tentativi di Freud non mancano spunti validi e interessanti. È utile, ad esempio, l'accento al fatto che non è importante il sogno in se stesso, ma i pensieri che ne stanno alla base. La Psicologia Individuale arriva a conclusioni simili. Manca però alla Psicoanalisi un requisito fondamentale: il riconoscimento della coerenza della personalità e dell'unità dell'individuo in tutte le sue espressioni.

Questa carenza appare nella risposta freudiana al quesito fondamentale dell'interpretazione dei sogni: "Qual'è lo scopo dei sogni? Perché dobbiamo sognare?" [...]. Lo psicoanalista risponde: "Per appagare i nostri desideri insoddi-

sfatti". Ma dov'è la soddisfazione, se l'individuo dimentica il sogno o non riesce a comprenderlo? [...]

Una considerazione ci aiuta a chiarire la finalità dei sogni. Dopo aver sognato, al mattino generalmente dimentichiamo i sogni, di cui sembra che non ci resti più nulla. È proprio vero? Qualcosa in realtà rimane: i sentimenti che i sogni hanno fatto sorgere» (3, pp. 88-91).

Adler contesta, dunque, il fatto che i sogni tendano sempre a realizzare i desideri sessuali o le pulsioni autodistruttive del Thanatos e assegna, per contro, alle immagini oniriche il compito finalistico di sondare il tempo a venire, lungo la linea che porta alla meta prevalente dello stile di vita: *il sogno è un ponte lanciato verso il domani.*

Adler fu sicuramente un acuto osservatore, oltre che un brillante elaboratore di intuizioni, collocato purtroppo in una fase storica che non gli offriva la possibilità di fornire conferme scientifiche di tipo anatomico o fisiologico al suo pensiero: poco o quasi nulla si sapeva a quei tempi del sonno e del sogno.

A prima vista, due opinioni di Adler sembrano mostrare una reciproca inconciliabilità, ma tale discordanza è solo illusoria. Egli nota che, talora, il sogno porta avanti una finalità fittizia carente di logica e di senso comune, mentre in altre occasioni sostiene che il sogno riflette tutta la personalità dell'individuo. I due punti di vista, in apparenza contrastanti, possono, invece, trovarsi in piena armonia, se si tiene conto della visione adleriana di una psiche unitaria che, anche nella vita diurna, è globalmente compenetrata dalle dinamiche inconsce, capaci di interagire, mediante continue condensazioni, con i meccanismi consci. L'osservazione del comportamento umano offre continue, quotidiane prove di questa intima ambivalenza.

La vida es sueño, la vita è sogno, intitolava così nel 1635 un suo dramma filosofico in versi Pedro Calderón de La Barca, il secondo genio teatrale spagnolo dopo Lope de Vega e l'ultima voce del *Siglo de oro* della letteratura spagnola.

Un apporto particolarmente significativo del pensiero più maturo di Adler assume il valore di una vera e propria scoperta psicologica: *«se noi siamo in grado di cogliere il reale scopo dei sogni, dobbiamo essere anche in grado di capire perché si dimenticano e perché non si comprendono»*. Analizzare, cioè, in un'ottica nuova gli effetti dei sogni che non si ricordano, sogni capaci però di influenzare profondamente l'individuo con emozioni residue che lo spingono verso determinate finalità.

La più grande conquista di Adler è stata sicuramente quella di aver trasformato radicalmente in senso creativo e intuitivo le finalità dell'analisi. La psicoanalisi

ortodossa si proponeva d'inserire la vita psichica dell'individuo in un sistema lucido e standardizzato, obbediente a regole precise e immodificabili. La Psicologia Individuale, invece, si è assunta il compito molto più impegnativo di analizzare caso per caso un sistema psichico individuale, unico e irripetibile. Questo proposito non richiede solo l'acquisizione di una metodologia e la sua messa in opera, pronta e rigorosa, ma l'attitudine e la preparazione a scoprire, in ogni sondaggio analitico, un'elaborazione nuova, imprevista, creativa e personalizzata di alcune condotte di fondo tipiche dell'essere umano.

Ogni individuo plasma e condensa i grandi temi esistenziali, traendo da questi un «senso del vivere», fondato su un'immagine di «sé nel mondo» decisamente interpretativa, a volte armonica e a volte alterata, che deve essere considerata come la matrice interiore e profonda della finalizzazione.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1992.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
3. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
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. FERRIGNO, G. (1996), Riflessioni interdisciplinari sul sogno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 54: 5-34.
6. FREUD, S. (1900), *Die Traumdeutung*, tr. it. *L'interpretazione dei sogni*, Newton Compton, Roma 1980.
7. LA BIBBIA (1985), Editrice ELLE DI CI, Leumann (To).
8. PAGANI, P. L. (2000), Discorso sulla Psicologia Individuale e sull'eclettismo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 21-40.
9. PARENTI, F. (1963), *Dal mito alla Psicanalisi - Storia della Psichiatria*, Silva, Milano.
10. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
11. PARENTI, F., FIORENZOLA, F. (1964), *Sogno, ipnosi e suggestione*, Feltrinelli, Milano.
12. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1968), *I guaritori*, Meschina, Milano.
13. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1984), *Dizionario alternativo di Psicoanalisi*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, Milano.
14. SANDARS, N. K. (a cura di, 1997), *L'epopea di Gilgameš*, Fabbri Editori, Milano.

Pier Luigi Pagani
Via delle Forze Armate, 260/9
I-20152 Milano
E-mail: pl.pagani@tin.it

Sogno o son desto?

ALBERTO ANGLESIO

Summary – AM I SLEEPING OR AM I AWAKE? Research in neuroscience give us some data to better understand some fundamental basis of dream also if we can't find answers to any question. We don't know why we dream and we cannot find in those data any kind of help to understand the meaning of dreams. But we can know which are brain structures implied in this process. Since 1929 Adler wrote about dreams; his statements are really very topical and confirm his genius.

Keywords: DREAMS, NEUROSCIENCE, REM/NREM SLEEP

I. Contributi delle neuroscienze sul sonno

Anche se il terzo millennio è iniziato da tempo, anche se la ricerca scientifica ha fatto progressi notevoli, ci sono delle domande alle quali non è ancora possibile rispondere con certezza: perché si dorme e si sogna? Quali meccanismi producono il sogno? Ciò non significa che i dati delle neuroscienze siano inutili, che, al contrario, suggeriscono di guardare al sogno con un'ottica ben precisa modificando taluni assunti di base e scartando definitivamente altre convinzioni considerate finora come certe.

Alcuni dati della letteratura riportano la sintesi delle acquisizioni in materia: Rechtschaffen e Siegel [13] forniscono molte indicazioni nuove sull'argomento. La ricerca dimostra che il sonno non è uniforme ma segue un ritmo circadiano che si organizza in cicli: tali cicli prendono il nome di stadi non-REM e REM.

Vigilanza e sonno sono regolati da sistemi differenti e il sonno è influenzato da diverse sostanze endogene. La durata delle fasi del sonno cambia nel corso della vita e anche nella filogenesi si possono osservare cambiamenti dell'organizzazione del sonno.

Non è chiaro il motivo per cui si dorme: in passato si riteneva che il sonno fosse provocato dalla fatica, ma le ricerche di Moruzzi e Magoun [12] hanno dimostrato che la formazione reticolare pontina, attivandosi sotto l'effetto delle stimolazioni sensoriali, mantiene lo stato di veglia: quando l'attività della formazione reticolare si riduce si passa allo stato di sonno.

Sonno e veglia seguono un andamento ciclico nell'arco delle ventiquattro ore; specifici segnali esterni agiscono sui ritmi adattandoli agli eventi ambientali: uno di questi è la luce solare. Determinati nuclei situati a livello dell'ipotalamo, inoltre, regolano i ritmi circadiani agendo da segnapassi.

La durata del sonno è abbastanza stabile e non dipende dalle situazioni esterne; le variazioni dell'attività quotidiana (esercizio fisico, impegni, riposo prolungato) non hanno particolare influenza sul sonno. Una precedente carenza di sonno, invece, aumenta la durata del sonno successivo.

Il comportamento tenuto nel sonno è caratterizzato da una riduzione dell'attività motoria, da una diminuzione delle risposte agli stimoli, dalla presenza di posture stereotipe e da reversibilità (questa permette di differenziare lo stato di sonno dal coma, dall'ibernazione e dal letargo).

Le registrazioni dimostrano che esistono significative differenze nei vari stadi del sonno. Nella fase di addormentamento si registrano specifiche modificazioni dell'EEG. Nel passaggio al sonno REM, compaiono movimenti oculari rapidi e la completa inibizione del tono muscolare. Solo in questa fase si riteneva in passato che si verificassero i sogni; ulteriori ricerche hanno smentito questa teoria ma la qualità dei sogni dello stadio REM e non-REM cambia.

Nelle fasi non-REM l'attività cerebrale è diminuita, il metabolismo e la temperatura del cervello si riducono, come la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa. È presente miosi; il tono muscolare e i riflessi tendinei non subiscono modificazioni.

Si distinguono quattro stadi di sonno non-REM. La registrazione EEG dimostra che nel primo stadio che corrisponde al passaggio dalla veglia al sonno compare un'attività di basso voltaggio con frequenza mista. Il passaggio allo stadio 2 è evidenziato dalla comparsa dei fusi del sonno (treni di onde con frequenza di 12-16 Hz della durata di 0,5-1,5 secondi) e dei complessi K (grafoelementi di alto voltaggio costituiti da un andamento dell'onda caratterizzato da una fase rapida negativa con fronte di risalita altrettanto rapido, seguito da una fase positiva con declino più lento; il nome deriva dal fatto che la forma dell'onda è simile alla lettera K); tali onde si osservano saltuariamente sul fondo dell'attività EEG che rimane di basso voltaggio. Nello stadio 3 compaiono onde delta (onde lente di

grande ampiezza 0,5-2 Hz) e nello stadio 4 l'attività ad onde lente prevale sulla registrazione.

Quando l'attività EEG ridiventa di basso voltaggio e di frequenza mista con caratteristiche simili a quella dello stadio 1 inizia la fase definita sonno REM. Tale stadio viene anche chiamato sonno paradosso in quanto l'attività cerebrale è simile a quella che si registra nello stato di veglia. Le scariche di gruppi di neuroni del ponte, del corpo genicolato laterale e della corteccia occipitale determinano la comparsa sull'EEG di onde denominate spike PGO (onde con voltaggio elevato dette punte ponto-genicolo-occipitali).

È interessante evidenziare che onde simili compaiono a seguito di esposizione a stimoli improvvisi, simili a quelli che producono la "risposta di trasalimento". Nel sonno REM temperatura e metabolismo cerebrale aumentano. Scompare invece (e questo differenzia il sonno REM dalla veglia) il tono muscolare ad eccezione della muscolatura oculare, dell'orecchio medio e del diaframma. Sempre nella fase REM si registrano isolate scosse muscolari fasiche e negli uomini si verifica erezione del pene, nelle donne turgore del clitoride. La respirazione non viene più regolata dai livelli dell'anidride carbonica e si riduce o scompare la risposta alla stimolazione termica per cui la temperatura del corpo ritorna alla temperatura ambiente.

Questi dati inducono a pensare che il sonno REM sia più superficiale di quello non-REM; infatti è più facile risvegliare dal sonno REM che dagli stadi profondi (3 e 4) del sonno non-REM. Gli stadi di sonno si alternano in modo ricorrente durante la notte. L'uomo adulto comincia a dormire passando dallo stadio 1 sino allo stadio 4. Trascorsi 70-80 minuti torna allo stadio 3 o 2; poi inizia la prima fase REM che dura 5-10 minuti. I cicli si ripetono quattro-sei volte per notte. La durata dello stadio REM aumenta nei cicli che seguono il primo mentre si riduce la durata degli stadi 3 e 4. La maggior parte del sonno (50-60%) di un soggetto adulto giovane viene dormita in stadio 2; le fasi REM coprono il 20-25%, gli stadi 3 e 4 il 15-20% del tempo e lo stadio 1 il 5%.

In questa sede appare superfluo entrare nel merito dell'argomento descrivendo in dettaglio tutti i circuiti interessati. Oltre alla sostanza reticolare pontina le strutture talamocorticali sono coinvolte. Emerge dalle ricerche un dato significativo: l'attività delle strutture coinvolte nel processo sonno-veglia è ritmica e viene regolata da una serie di strutture cerebrali situate a diversi livelli.

La fase REM è regolata da nuclei situati a livello del mesencefalo e della parte dorsale del ponte le cui cellule sono colinergiche e si attivano durante la veglia. Nel nucleo reticolare rostrale del ponte si trovano i nuclei che sono coinvolti nel sonno REM e nella produzione degli spikes PGO. Queste cellule sono controlla-

te da cellule serotoninergiche: esse provocano la fine della fase REM. Le cellule noradrenergiche del locus coeruleus e quelle istaminergiche dell'ipotalamo posteriore sono funzionalmente simili alle cellule serotoninergiche che provocano la fine della fase REM.

Nel corso della vita dell'uomo la durata del sonno varia e si riduce dalle 17-18 ore alla nascita (ripartiti in cicli di sonno di 3-4 ore che si alternano ai risvegli per la poppata) alle 10-12 ore all'età di 4 anni per assestarsi alle 7-8 ore all'età di 20 anni.

Le fasi del sonno si modificano con l'età. Mentre nel neonato il sonno REM occupa il 50% del totale delle ore dormite (ma ha caratteristiche diverse rispetto all'adulto), il sonno REM si riduce passando già ai 4 anni al 20-25% e mantenendosi tale sino ai 20 anni. Poi il sonno REM si riduce assestandosi sul 15-20% delle ore dormite. Le caratteristiche del sonno non-REM sono diverse alla nascita in quanto mancano le onde lente di grande ampiezza che compaiono solo durante il primo anno di vita, aumentando progressivamente sino a stabilizzarsi tra i 3 e gli 11 anni, per ridursi nuovamente dopo i 50. Nell'anziano il sonno è interrotto da numerosi brevi risvegli.

I dati della filogenesi dimostrano che tutti gli animali dormono, ma con durata e caratteristiche diverse da specie a specie. Si ritiene che le caratteristiche del sonno si siano modificate al servizio dell'adattamento. In molti mammiferi marini compare una fase di sonno non-REM in un solo emisfero cerebrale per volta, per mantenere la respirazione. Nelle specie inferiori si osservano periodi di immobilità simili al sonno; ma non è chiaro se si tratti di forme di sonno primitive o di forme particolari di riposo.

Gli studi sulla filogenesi sembrano indicare che il sonno è controllato geneticamente. Ricerche sui gemelli, nell'uomo, e su ceppi animali selezionati confermano l'ipotesi. Nonostante il progresso fatto dalle ricerche non è stata chiarita la funzione del sonno e del sogno anche se sembra evidente che il sonno è importante perché è presente in tutte le specie dei mammiferi studiati (forse anche in animali inferiori). L'importanza del sonno trova conferma in alcune osservazioni: la durata del sonno aumenta dopo un periodo di privazione totale di sonno; la durata del sonno REM aumenta dopo privazione selettiva di questa fase; la mancanza di sonno prolungata provoca la comparsa di alterazioni comportamentali; i ratti privati di sonno muoiono dopo 2-3 settimane e se tale privazione interessa solo la fase REM la morte avviene ugualmente ma dopo un tempo doppio. Questi dati non spiegano però per quale motivo il sonno è importante. Sono state avanzate varie ipotesi alcune delle quali poi smentite.

Si è pensato che il sonno fosse implicato nei processi di conservazione dell'energia, che fosse necessario per il riposo del corpo, che il sonno sia di ristoro, che

sia importante per le funzioni mentali superiori, che abbia funzioni di termoregolazione, che contribuisca alla maturazione del sistema nervoso. Alcune ricerche hanno dimostrato che il sonno REM facilita l'apprendimento e la memoria, ma gli effetti della privazione del sonno REM sull'apprendimento e la memoria non sono sempre evidenti. Questi dati suggeriscono che le funzioni del sonno siano numerose. In alternativa il sonno potrebbe svolgere un'unica funzione non ancora identificata con ricadute su vari processi.

II. *Gli stadi del sonno e l'attività onirica*

In tema di sogno le ricerche di Kleitman e Aserinsky [4] e di Dement e Wolpert [7] sulle fasi REM e non-REM del sonno hanno dimostrato che i sogni venivano ricordati più facilmente quando i soggetti venivano svegliati dal sonno REM; questa osservazione indusse a ritenere che i sogni si verificassero solo in fase REM. Studi recenti hanno dimostrato che i sogni vengono ricordati anche dopo il sonno non-REM; ricordi di sogni sono stati ottenuti anche nella fase iniziale del sonno e da soggetti in stato di rilassamento collocati al buio.

Esistono delle differenze qualitative: i ricordi di sogni delle fasi non-REM sono più brevi, meno vivaci, meno emotivi e più razionali. Si tratta però di dati non univoci per cui si ritiene che la differenza principale è costituita dalla lunghezza del sogno che è maggiore nello stadio REM. Non è sufficiente la presenza di sonno REM perché compaiano i sogni, tanto che i bambini in cui il sonno REM è presente in maggior quantità rispetto all'adulto di rado raccontano sogni organizzati prima dei 7-9 anni.

Ma anche se le ricerche sui sogni hanno permesso di scoprire le fasi del sonno in cui avvengono non hanno consentito di scoprire un metodo per accedere al significato del sogno. Neppure si è riusciti a identificare le fonti da cui deriva il contenuto dei sogni. È stato dimostrato che il contenuto dei sogni non viene influenzato in modo determinante dagli stimoli ambientali persino se l'individuo viene tenuto forzatamente con gli occhi aperti.

La presenza di specifiche stimolazioni non ha effetto sul contenuto dei sogni. L'induzione forzata di privazione di liquidi non determina sempre la comparsa di sete nei racconti dei sogni. Lo stesso vale per la presenza di stimoli sessuali che è indipendente dalla comparsa dell'erezione che si registra nella fase REM. Le esperienze che precedono il sonno non influiscono sempre sul contenuto dei sogni.

Le moderne ricerche sui sogni hanno fornito molte informazioni. Da tali dati si evince che i sogni sono organizzati in base a elementi tematici e alla percezione.

Non è vero che, come si riteneva in passato, il sogno dura pochi istanti. I sogni non sono ordinati in una sequenza come capitoli di un libro, ma sono brevi storie, distinte fra di loro. Esiste una notevole affinità tra i sogni ed i pensieri della veglia. I contenuti della maggior parte dei sogni sono banali. L'idea che i sogni siano sempre bizzarri si origina dal fatto che in genere i ricordi sono collegati ai sogni più lunghi e più emozionanti che in genere vengono fatti prima del risveglio del mattino.

La ricerca conferma che l'umore, l'ansia, la fantasia e l'espressività dei sogni sono direttamente collegati con quelli del tono timico del soggetto in condizioni di veglia. Le immagini dei sogni sono simili a quelle della veglia e, come queste, sono in genere a colori; la ricerca non è riuscita però a chiarire il motivo per cui il 20-30% dei sogni è in bianco e nero.

III. *Teorie della personalità e sogno*

Mancia [11] scrive che il modello della mente usato da Freud si fonda sul concetto di energia psichica e che il sogno consente all'inconscio di giungere a livello della coscienza. Il sogno è la soddisfazione allucinatoria di un desiderio rimosso nell'infanzia. I sogni che si riferiscono a un'esperienza traumatica e quelli che evocano esperienze dolorose dell'infanzia possono costituire delle eccezioni.

La concezione kleiniana di inconscio porta la Klein [10] ad affermare che il sogno è legato alla scissione e all'identificazione proiettiva. Secondo la Klein il sogno ha funzione centrale in quanto si collega a quegli "oggetti interni" (alle rappresentazioni di figure genitoriali) che hanno acquisito significato per quel soggetto. Secondo Bion [5] censura e resistenze nel sogno sono strumenti per mezzo dei quali il sogno differenzia il conscio dall'inconscio. Bion definisce barriera di contatto quella sorta di membrana che permette lo scambio tra conscio e inconscio. Nell'ambito di questa concezione teorica sognare significa avere uno strumento di conoscenza di sé e dei propri oggetti. Il sogno è uno strumento di conoscenza che comunica attraverso il mondo delle rappresentazioni.

Scrivono Mancia che «Secondo la psicoanalisi il sogno è l'aiuto più prezioso per cogliere un determinato momento transferale, selezionare gli affetti emergenti e comporre le tessere sparse di un mosaico relazionale, per produrre una costruzione su cui basare un'ipotesi interpretativa. Nello stesso tempo, il sogno permette un recupero e una presentificazione di antiche esperienze cui viene attribuito un nuovo senso» (11, p. 331). Due scoperte recenti conferiscono al sogno ulteriore importanza specie sul piano clinico: si tratta della scoperta della memoria implicita e dell'inconscio precoce non rimosso che secondo Schacter e Tulving sono correlati con le esperienze infantili precoci [14, 15].

La ricerca ha dimostrato che le esperienze precoci del bambino vengono depositate in una memoria che prende nome di memoria implicita che non può essere oggetto di rimozione perché le strutture a questa deputate maturano solo dopo il secondo anno di vita. Per questo motivo il materiale immagazzinato nella memoria implicita non può essere ricordato ma condiziona l'individuo.

Il sogno è uno strumento che consente di accedere a questo serbatoio. Ne discende che il sogno ha, per la psicoanalisi, oltre alla funzione di rivelare il transfert, quella di consentire l'accesso alla storia personale dell'individuo. Si tratta però di ipotesi che sono passibili di revisione e di modificazione. L'esistenza della memoria implicita concepita nella dimensione che è stata presentata da Schacter [14] viene messa in discussione da altri autori come Willingham e Preuss [16].

I dati della ricerca hanno dimostrato che gli aspetti geometrico-spaziali e emozionali del sogno delle fasi REM sono organizzati soprattutto a livello dell'emisfero destro, mentre l'emisfero sinistro prenderebbe parte alla narrazione del sogno. I dati che permettono di differenziare i sogni dello stadio REM da quello non-REM sono costituiti secondo Antrobus [3] dal numero delle parole. Un altro parametro considerato è il numero di rappresentazioni di sé. Sembra che soltanto nella fase REM vi siano quelle condizioni di attivazione corticale che consentono di recuperare il ricordo del sogno e di raccontarlo in modo sufficientemente dettagliato.

Secondo alcuni autori il fatto che nella fase non-REM la corteccia abbia una attivazione ridotta potrebbe spiegare perché in questa fase i sogni hanno una ridotta capacità di elaborare il materiale della memoria e una minore capacità di raccontarne il contenuto. Secondo Antrobus [3], Foulkes [8] e Cavallero [6] la fase REM è quella più adatta alla produzione di sogni perché la corteccia cerebrale è fortemente attivata; la corteccia associativa partecipa alla organizzazione simbolica delle esperienze tipiche del sogno e il cervello così attivato è capace di creare una esperienza simile a quella dello stato di veglia.

I dati della ricerca portano a comprendere che durante il sonno la nostra mente non ha riposo, ma ciò che cambia è l'attività mentale, poiché cambia il rapporto con la realtà; la realtà percettiva viene sostituita da una realtà allucinatoria con forte coinvolgimento emotivo agli eventi del sogno. Il cervello nello stadio REM è un generatore di sogno; il proencefalo e il sistema limbico sono sedi dell'elaborazione che determina il recupero di esperienze depositate nella memoria esplicita; questa è la base della costruzione della trama del sogno della riverberazione emotiva. Il generatore pontino non è soggetto a stimoli psicologici ma regolato dai geni; il contenuto del sogno è un processo caotico di auto-attivazione ad origine pontina responsabile del contenuto e della bizzarria del sogno.

Secondo Hobson e coll. [9] le allucinazioni visive sono da attribuire alla autoattivazione del cervello visivo, le emozioni oniriche sono dovute all'attivazione dell'amigdala che coinvolge altre strutture limbiche e paralimbiche, il delirio onirico, la perdita della consapevolezza di sé e le esperienze illogiche del sogno sono da ascrivere a una demodulazione aminergica ed inibizione della corteccia frontale dorsolaterale. Per questo Hobson definisce la mente del sogno cervello autoattivato.

Ulteriori elementi di conoscenza derivano dagli studi mediante la PET che hanno evidenziato che le aree attivate durante il sonno REM sono il tegmento pontino, i nuclei amigdaloidi dei due lati, il talamo di sinistra, la corteccia del cingolo, l'opercolo parietale di destra (coinvolto nella costruzione spaziale) e il lobo limbico.

La ricerca conferma che nella fase REM si attivano le aree limbiche e para-limbiche, compresa l'insula, la corteccia del cingolo e quella del lobo temporale mediale. Gli stessi autori hanno osservato anche un aumento di attività dell'ippocampo e del giro para-ippocampale insieme alla corteccia extra-striata. È noto che le esperienze della veglia influenzano specifiche aree del cervello durante il sonno seguente. Questi dati indicano che le tracce di memoria sono elaborate durante il sonno REM nell'uomo e suggeriscono che questa fase del sonno possa avere influenza sulla memorizzazione delle esperienze oltre che sulla possibilità di recuperare le esperienze diurne.

Anderson e coll. [2] hanno dimostrato che la dimenticanza di esperienze si accompagna a un aumento dell'attività delle aree prefrontali dorsolaterali e ad una parallela riduzione dell'attivazione ippocampale. Nel sogno si assiste all'opposto ad un aumento dell'attività dell'ippocampo e ad una riduzione di quella frontale dorsolaterale. La corteccia associativa partecipa assieme alle strutture pontine all'organizzazione del sogno: lesioni del cervello anteriore e delle corrispondenti cortecce associative determinano la scomparsa dei sogni.

Se le lesioni interessano la corteccia associativa temporo-occipitale i sogni perdono la componente allucinatoria. Se sono lese le strutture limbiche viene a mancare la capacità di distinguere il sogno dalla realtà. I circuiti dopaminergici del cervello anteriore ventromediale e anche delle aree temporo-occipitali, in particolare dell'emisfero destro, sono coinvolte nella produzione del sogno.

I dati della ricerca sembrano indicare che il sonno non-REM ha funzioni metaboliche, omeostatiche e termoregatorie, mentre il sonno REM partecipa alla elaborazione delle informazioni ricevute dal cervello durante la veglia e alla loro memorizzazione. Nel corso dello sviluppo il sonno REM è uno stimolo che contribuisce allo sviluppo delle sinapsi ed alla maturazione del cervello, in particolare della corteccia e contribuisce al ripristino del sistema catecolaminergico.

Questa ipotesi assume particolare interesse in quanto è noto che questo sistema ha importanza nella regolazione dell'umore. La fase REM potrebbe consentire l'elaborazione delle informazioni, specialmente di quelle emotive contenute nell'emisfero destro.

Secondo le ipotesi psicoanalitiche il sogno è lo strumento indispensabile per il recupero della memoria delle esperienze passate e per attivare le funzioni inconsce (rimosse e non rimosse) della mente. Le strutture encefaliche coinvolte nel recupero delle esperienze contenute nei due sistemi di memoria (implicito ed esplicito) sono diverse: la disattivazione delle aree prefrontali dorso laterali e la parallela attivazione dell'ippocampo permetterebbe il recupero dalla memoria esplicita; l'attivazione dell'amigdala e delle aree parieto-temporo-occipitali (in particolare dell'emisfero destro) contribuirebbe al recupero delle esperienze pre-simboliche e preverbal dalla memoria implicita, esperienze che hanno una forte carica emotiva.

IV. Il sogno nella Psicologia Individuale

Come spesso accade i riferimenti citati sui testi presi in considerazione omettono di riportare quanto ha detto Adler in merito alla vita onirica. Nel suo testo pubblicato per la prima volta nel 1929 [1] Adler dedica un intero capitolo al tema del sogno. Molti elementi focalizzati da Adler sono in accordo con le scoperte più recenti che sono state riassunte in questo articolo. È noto che l'autore ha sempre lavorato alla sua teoria partendo dall'osservazione dell'individuo visto nel contesto: proprio questa modalità di ricerca sembra essere quella che gli ha consentito di essere aderente a quello che è poi emerso quasi cento anni dopo dalla ricerca.

Scriva Adler che «Per la Psicologia Individuale conscio e inconscio formano un'entità singola. La nostra vita onirica è parte di un insieme come la vita da svegli. Il nostro modo di capire i sogni si è sviluppato lungo le stesse linee usate per comprendere la psiche nella sua integrità. Così come la vita da svegli anche i sogni sono dominati dalle nostre mete individuali. Un sogno è sempre una parte dello stile di vita (troviamo sempre il modello di base coinvolto in questo). Solo quando si osserva in che modo il modello di base è connesso con un particolare sogno è possibile essere certi di avere veramente capito il sogno» (1, p. 79).

I dati sul sonno REM hanno dimostrato che il funzionamento del cervello in quello stadio del sonno è molto simile a quello dello stato di veglia. Anche quando parla dei sogni ricorrenti l'autore insiste sul fatto che in essi «possiamo trovare spesso un'espressione del nostro stile di vita fornita in modo molto evidente. Un sogno ripetuto ci fornisce una indicazione definita e non passibile di errore in merito a dove è collocata la nostra meta di superiorità» (*Ibid.*, p. 96).

Il fondatore della Psicologia Individuale sostiene che il genere umano è nell'insieme non coraggioso e per questo spesso i sogni sono dominati da sensazioni di paura, dall'ansia, dalla percezione di un pericolo. Ne discende il monito "Non proseguire, potresti fallire". Sempre secondo Adler le «Persone che mettono dei limiti alle loro possibilità fanno sogni di limiti e di non essere in grado di sfuggire alle persone o alle difficoltà. Spesso sognano di essere inseguiti o lasciati» (*Ibid.*, p. 80).

Più avanti egli scrive che «Lo scopo dei sogni è quello di aprire la strada verso la meta di superiorità (privata dell'individuo). Lo scopo di un sogno non è logico, né viene espresso in modo chiaro all'interno di questo» (*Ibid.*, p. 81).

In linea con i dati delle neuroscienze già prima degli anni trenta Adler sostiene che «Un sogno esiste per generare un certo sentimento, uno stato d'animo o un'emozione e non è possibile rivelare del tutto i suoi lati oscuri. Differisce dalla vita da svegli e dalle attività diurne solo per estensione, non per carattere. Se lo colleghiamo con la vita da svegli il sogno perde il suo carattere di mistero. Diventa un'ulteriore espressione delle stesse attitudini, e la stessa mistura di fatti ed emozioni che troviamo nella vita da svegli. Un sogno è un ponte che connette il sognatore che affronta un problema con le mete che vuole raggiungere» (*Ivi*).

Le strutture coinvolte nel processo onirico, in particolare il lobo limbico, sostengono la forte componente emotiva che costituisce il substrato della maggior parte dei sogni stessi. Anche quando si sofferma sulla "Logica del sogno" Adler ribadisce la presenza di una forte componente emozionale: «Ci aiuterà a comprendere la logica di un sogno paragonarlo direttamente con la vita normale da svegli. Una persona crea una fantasia allo scopo di autoingannarsi che risulta in forma di una sensazione o di un'emozione desiderata. Spesso questa sensazione è tutto quello che una persona ricorda del sogno» (*Ibid.*, p. 82).

Il sogno, secondo l'autore è «una parte del potere creativo di una persona. Nel sogno la selezione delle immagini, i ricordi e le fantasie forniscono una indicazione relativa alla direzione in cui la mente sta andando. Mettono in evidenza la tendenza del sognatore e vi possiamo individuare la meta per cui egli lotta. Il sogno rivela la tendenza a dominare» (*Ivi*).

Adler critica l'idea freudiana del sogno inteso come appagamento di un desiderio dell'infanzia. Adler sostiene che «non c'è una formula specifica con la quale è possibile spiegare tutti i sogni ad eccezione dei principi generali che noi abbiamo discusso parlando dell'unità della vita mentale e del carattere emotivo particolare della vita onirica. Possiamo essere sicuri che sono un mezzo per influenzarci molto più efficace rispetto all'influenza delle semplici parole» (*Ibid.*, p. 85).

Anche su questo punto precorre i tempi: a differenza di Freud egli non cerca di riportare il tutto all'interno di un'unica legge, quella dell'appagamento del desiderio, ma sottolinea come ogni singolo sogno debba essere studiato nella sua dimensione particolare. La pratica analitica insegna che non tutti i sogni sono messaggi anche se questo vale per un numero consistente. Alcuni sogni possono essere semplici descrittori di emozioni, sottolineano e rinforzano le emozioni vissute nella realtà, altri definiscono solo l'importanza che per il soggetto ha un elemento, un personaggio, una situazione; e così via. Solo la capacità dell'analista di entrare nel contesto individuale gli può consentire di accedere al senso del singolo sogno che egli interpreta.

Adler presta attenzione alla qualità delle immagini contenute nei sogni. Egli ricorda che quando una persona ha difficoltà a spiegarsi ricorre ai paragoni, così come accade nel sogno. Ma, secondo Adler, «Questo uso della metafora e dei paragoni costituisce una forma di autoinganno ed è la ragione per cui è così importante nei sogni la scelta dell'immagine simbolica. È una forma artistica di autointossicazione» (*Ivi*). Questa concezione è molto suggestiva ed efficace.

Come Freud anche Adler si pone il problema dei soggetti che non ricordano i sogni. Ma mentre Freud invoca la resistenza Adler scrive che «Il fatto che i sogni siano una forma di ebbrezza emotiva fornisce un metodo per prevenire i sogni. Se la gente capisce che sogna e si rende conto che si è semplicemente posta in una condizione di ebbrezza, smetterà di sognare. Sognare non avrà più uno scopo per queste persone» (*Ibid.*, p. 86).

E più avanti l'autore specifica: «Questa può essere una risposta alla domanda che spesso viene posta: "Per quale motivo alcuni non sognano mai?". Ci sono delle persone che non vogliono ingannarsi. Sono coinvolte nelle azioni e nella logica e vogliono guardare in faccia i problemi. Persone di questo tipo se sognano spesso dimenticano i loro sogni in fretta» (*Ivi*).

Con particolare riferimento alla resistenza Adler scrive che «Secondo una teoria noi sogniamo sempre ma dimentichiamo la maggior parte dei sogni. Io non accetto questa teoria. Piuttosto io credo che ci siano delle persone che non sognano mai e che ci siano anche dei sognatori che a volte dimenticano i loro sogni» (*Ivi*).

Questa concezione è in linea con le conoscenze del tempo e con il costrutto teorico della Psicologia Individuale che ne costituisce il fondamento. Le neuroscienze non forniscono indicazioni in merito all'argomento ad eccezione dell'osservazione del fenomeno sonno-sogno che sembra indicare che tutti sognano e che il ricordare o il dimenticare potrebbe essere legato alla fase del risveglio. In linea con la psicologia adleriana si potrebbe dire che anche il ricordare o il dimenticare ha una sua precisa dimensione finalistica.

Certo il sogno dimenticato o quello non ricordato né percepito (non è infrequente il riscontro di rapporti forniti da persone che affermano di non sognare mai) contribuisce al rinforzo delle dinamiche in quanto avendo, come è noto e come anche la ricerca ha dimostrato, un forte impatto che riverbera sui circuiti emozionali, comporta l'immagazzinamento di messaggi che contribuiscono a rinforzare le linee fondamentali dello stile di vita in quanto potenziano la percezione.

Adler scriveva che «Nel caso di sogni lunghi dobbiamo credere che i sognatori non sono pronti e stanno osservando delle direzioni che si collocano al di fuori delle mete che si propongono per raggiungere la meta. Per questa ragione i sogni che possono essere meglio compresi sono quelli brevi; spesso un sogno consiste di un'unica immagine, di poche parole e dimostra che il sognatore sta cercando effettivamente di trovare una strada facilitata per ingannarsi» (*Ibid.*, p. 87).

I dati relativi ai racconti di storie di sogni fatti nella fase REM e non-REM del sonno forniscono un contributo per l'approfondimento di questa osservazione. Quello che Adler dice richiama alla mente quanto è stato osservato sulla bizzarria del sogno e sulla apparente caoticità. Ma quello che si può ricavare dall'osservazione del fondatore della Psicologia Individuale è che il sogno lungo è un racconto spesso confusivo e denso di elementi che possono orientare verso false direzioni. L'autore dell'articolo sostiene che un sogno lungo crea una sorta di polverone attorno al problema principale e spesso può essere fuorviante oppure nasconde il nucleo del problema stesso. Per contro un sogno breve mette a fuoco un tema, una situazione, un vissuto e non consente errori almeno per quanto riguarda il *focus* su cui centrare l'attenzione.

Nell'ultima parte del capitolo sul sogno si legge che «Molte persone si propongono domande inutili in merito al sonno. Immaginano che il sonno sia l'esatto opposto dell'essere svegli e che è simile alla morte. Ma questa concezione è sbagliata. Il sonno non è l'opposto dell'essere svegli ma piuttosto costituisce un grado di veglia. Noi non siamo tagliati fuori dalla vita nel corso del sonno. Al contrario pensiamo e sentiamo nel sonno e le stesse tendenze sono generalmente espresse nel sonno come nella vita da svegli. L'intera personalità dell'individuo viene espressa nello stato di sonno e di veglia» (*Ivi*).

Questa formulazione desta stupore in quanto i dati scientifici sopra esposti non fanno che confermare quanto Adler intuì molti anni prima delle scoperte delle neuroscienze. Il cervello non dorme nel sonno: si colloca in uno stato funzionale particolare ma non cessa di funzionare e quanto accade, soprattutto nelle fasi REM del sonno, dimostra che si pone in una condizione molto simile alla veglia da cui differisce solo per la mancanza delle afferenze sensoriali e delle efferenze motorie volontarie.

I dati sopra riportati non riescono certamente a fornire una visione ampia ed esauritiva di tutto quanto è stato detto in ambito di neuroscienze sul sogno. Si tratta però di dati aggiornati, di testi autorevoli fondati su una indagine bibliografica consistente. Quello che sembra emergere in modo evidente da questi dati è che il sonno ed il sogno sono due fenomeni che fanno parte della vita dell'uomo. Non si sa per quale motivo si dorme, si sa soltanto che è necessario dormire perché se non si dorme si muore. Non si sa per quale motivo si sogna, ma quello che si conosce è che nel corso del sonno il cervello non smette di funzionare e quindi di pensare e fornisce delle elaborazioni interne che sono state definite sogni.

Questo induce a ritenere che si debba guardare al sogno come ad uno degli eventi che fanno parte del mondo delle percezioni. Adler nella sua opera ha sin dall'inizio insistito su due elementi: il rapporto con l'ambiente, i primi anni di vita. Sull'importanza delle prime esperienze infantili tutti gli autori che hanno formulato delle consistenti teorie di personalità sembrano essere concordi. Quello che conta nelle prime esperienze in modo più significativo e nel rapporto con l'ambiente nel corso di tutta la vita è l'input che deriva da queste percezioni. In questo modo si deve guardare al sogno: il sogno è un evento interno, allucinatorio come è stato definito da alcuni autori, che comporta un contatto soltanto con la parte interna di sé in quanto ci si trova in una condizione di privazione sensoriale. Ma il sogno viene percepito come un'esperienza reale, anche se si tratta di una illusione. Questo significa che anche i contenuti onirici partecipano a rinforzare le percezioni, esattamente come accade per la percezione dell'ambiente originario e successivo. Con una differenza costituita dal fatto che la presenza di una forte componente emotiva determina la costruzione di una percezione con un forte impatto proprio sull'emotività, con una drammatizzazione dell'evento che contribuisce al processo di immagazzinamento dell'evento stesso nell'ambito della memoria.

Ne discende, a posteriori, un conseguente rinforzo delle linee fondamentali dello stile di vita dell'individuo. Soltanto la possibilità di prendere coscienza del sogno, di rielaborarlo, di comprenderlo nelle sue linee fondamentali consente di neutralizzare l'effetto di questo tipo di percezione o quantomeno di comprendere il senso delle emozioni che da questa derivano. Ma anche questa operazione, perché possa essere efficace, necessita di una forte coloritura emotiva più che di una costruzione razionale. La sola comprensione della natura dell'evento non è sufficiente a contrastare la forza dell'input emotivo che il sogno ha sull'individuo che lo produce.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1929), *Understanding Life*, Hazelden, Center City.
2. ANDERSON, M. C., OCHSNER, K. N., KUHL, B. (2004), Neural Systems underlying the Suppression of Unwanted Memories, *Science*, 303: 232-237.
3. ANTROBUS, J. (1983), REM and NREM Sleep Reports: Comparison of Word Frequencies by Cognitive Classes, *Psychophysiology*, 5: 562-568.
4. ASERINSKY, E., KLEITMAN, N. (1953), Regularly Occurring Periods of Eye Motility and Concomitant Phenomena, During Sleep, *Science*, 118: 273-274.
5. BION, W. R. (1962), *Learning from Experiences*, tr. it. *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma 1972.
6. CAVALLERO, C. (1991), Recenti sviluppi dello studio sperimentale sul sogno: l'approccio cognitivista, in BOSINELLI, M., CICOGNA, P. (a cura di), *Sogni: figli d'un cervello ozioso*, Boringhieri, Torino 1991.
7. DEMENT, W., WOLPERT, E. A. (1958), The Relations of Eye Movements, Body Motility, and External Stimuli to Dreams Content, *J. Exper. Psychol.*, 55: 543-553.
8. FOULKES, D. (1985), *Dreaming: a Cognitive Psychological Approach*, Erlbaum, Hillsdale.
9. HOBSON, J. A., PACE-SCOTT, E. F., STRICKGOLD, R. (2003), Dreaming and the Brain: toward a Cognitive Neuroscience of Conscious States, in PACE-SCOTT, E. F. ET ALII, *Sleep and Dreaming. Scientific Advances and Reconsiderations*, Cambridge University: 1-50.
10. KLEIN, M. (1932), *The Psycho-Analysis of Children*, tr. it. *La psicoanalisi dei bambini*, Martinelli, Firenze 1969.
11. MANCIA, M. (2007), Il sogno nel dialogo tra psicoanalisi e neuroscienze, in MANCIA, M. (a cura di), *Psicoanalisi e Neuroscienze*, Springer-Verlag, Milano.
12. MORUZZI, G., MAGOUN, H. W. (1949), Brain Stem Reticular Formation and Activation of the EEG, *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.*, 1: 455-473.
13. RECHTSCHAFFEN, A., SIEGEL, J. (2000), Sonno e Sogni, in KANDEL, E. R., SCHWARTZ, J. H., JESSEL, T. M. (2000), *Principles of Neural Science*, tr. it. *Principi di Neuroscienze*, Ambrosiana, Milano 2003.
14. SCHACTER, D. L. (1987), Implicit Memory: History and Current Status, *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 13: 501-518.
15. TULVING, E., SCHACTER, D. L., STARK, H. A. (1982), Priming Effects, in Word-fragment Completion are Independent of Recognition Memory, *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 8: 336-342.
16. WILLINGHAM, D. B., PREUSS, L. (1995), The Death of Implicit Memory, *Psyche*, 2.

Alberto Anglesio
Via Palmieri 34 bis
I-10138 Torino
E-mail: albertus.a@tin.it

La cura del tempo: Psicologia Individuale e psicopatologia contemporanea

GIORGIO LECCARDI

Summary – THE TIME CURE: INDIVIDUAL PSYCHOLOGY AND MODERN PSYCHOPATHOLOGY. Every historical period is featured by specific political, economic and sociological dynamics and a specific psychopathology. The modern age seems to be dominated by problems concerning the lack of definition of borders, limits and the classic reference parameters. On the psychopathological plane, this is accompanied by the appearance of disturbances which are new in terms of clinical and epidemiological symptoms and their social impact. Even Individual Psychology cannot not review some principles which have structured its theoretical implant and therapeutic practice in facing them.

Keywords: BORDERLINE, TECHNOLOGY, LIQUID SOCIETY

I. Premessa

È esperienza comune, durante o dopo un'importante e significativa sofferenza dell'anima, sentirsi dire in tono consolatorio che "il tempo farà il suo corso", che bisogna lasciare "passare del tempo", che il tempo "medica le ferite". Ogni adagio della cultura popolare, schietta, che non ha fronzoli e orpelli sovrastrutturali e che arriva subito al sodo della questione, ha in sé un fondo di verità. In questo caso il presupposto è che il tempo abbia insite in sé capacità taumaturgiche e lenitive in grado di fare superare momenti esistenziali di grave crisi. Riteniamo, per inciso, che ciò sia abbastanza vero, ma a costo di accettare alcune condizioni; la prima è l'acquisizione della consapevolezza dell'irreversibilità e dell'irrevocabilità di ogni singolo atto della propria vita; la seconda è il confronto con la consequenzialità degli eventi per cui ad ogni scelta e ad ogni presa di posizione segue inevitabilmente una conseguenza. Solo nel prendere coscienza di ciò lo scorrere del tempo può divenire un trascorrere esistenziale in cui lo stile di vita personale si inserisce nel fluire dinamico della vita e non utilizza finzionalmente il tempo

oggettivo come scansione di un atto magico di purificazione assolutamente illusorio. Nell'entrare in contatto con il tema del dolore e del dolore cronico che si porta con sé nel tempo, per un lungo tempo, riteniamo indispensabile una lunga premessa che porti a guardare più da vicino, a sfiorare, proprio quel "tempo" di cui si sta parlando. Questo per la convinzione che, se i "vecchi" adagi popolari portano con sé una sostanziale verità, questo accade anche perché hanno come riferimento una saggezza e una cronicità radicata su un tempo diverso rispetto a quello attuale.

Cosa accade però quando il "tempo" cui si fa riferimento non è più *quel* tempo cui facevano riferimento i nostri padri e i nostri nonni, noi stessi fino a pochi decenni fa (pur nella consapevolezza che tali discorsi si riferiscono in modo particolare al tempo vissuto e spazializzato nella cultura occidentale)? E se ad essere "sofferente" e anche un po' "malato" fosse proprio il tempo?

II. *Palinsesto*

Una volta non c'era la televisione. Poi c'è stata. Prima quella in bianco e nero, poi quella a colori. Pochi canali trasmessi via etere, pochi programmi con spazi liberi tra un programma e l'altro, in cui non c'era nulla se non il segnale muto. Poi è arrivata la televisione multicanale in cui prima la televisione pubblica ha iniziato a trasmettere contemporaneamente programmi differenti e poi emittenti pubbliche e private hanno cominciato a contendersi gli spazi e dove la logica commerciale della pubblicità ha cominciato ad assumere un'importanza via via maggiore. Poi sono arrivate la televisione satellitare e quella digitale.

Tipicamente "vedere la televisione" significa assistere da casa a programmi per guardare i quali i telespettatori si danno un appuntamento "impegnandosi" per non perdere l'orario dello spettacolo. Struggente in tal senso l'interpretazione di Dustin Hoffman del personaggio di Raymond Babbitt nel film "Rain Man", che all'interno del proprio rituale autistico necessario a tenere a bada l'angoscia che deriva dal contatto con il mondo, sempre troppo, deve ritornare a casa entro una certa ora per non perdere l'appuntamento con il proprio programma preferito. Lo spettacolo comincia e se non lo si vuole perdere non bisogna mancare all'appuntamento.

L'appuntamento: evento che coinvolge necessariamente in modo articolato e complesso ogni a-priori esistenziale umano. Spazio, tempo, dimensione relazionale entrano tutti a pieno titolo nella costruzione di un appuntamento qualunque esso sia. Si tratti di prendere un treno, di incontrare un amico, di sostenere un esame, di assistere ad un film al cinema o, appunto, ad uno spettacolo in televisione occorre essere presenti al momento giusto, nel posto giusto, con la persona

(o l'evento) giusta. Il mancare di uno solo di questi elementi fa perdere la possibilità di incontrare chi (o cosa) si sta aspettando. Questo determina la necessità di conformarsi alla dimensione dell'attesa, del pregustare, del vuoto e della solitudine attendente e preconizzante.

L'attendere un programma televisivo significava avere una scelta non infinita di programmi tra cui scegliere e con cui darsi appuntamento, nell'attesa, a volte di una settimana intera, della puntata del proprio cartone animato, del telequiz, della serie televisiva preferiti. Una rottura iniziale rispetto a questo schema è rappresentato dall'avvento dei primi videoregistratori a cassetta, negli anni '70. Il possesso di tale strumento, comunque ancora raro fino a solo due decenni fa, ha permesso alla massa dei telespettatori di svincolarsi, almeno parzialmente, dall'appuntamento. Se è vero che ciò si potrebbe dire per qualunque supporto di registrazione (i primi super8, le cineprese, i registratori e così via), in realtà tale strumento ha la particolarità di non essere finalizzato al trattenere un ricordo a cui comunque si è presenti in prima persona, ma di essere un supporto per un altro strumento di massa e di aver acquisito significato proprio come strumento di massa.

Lo svincolarsi si manifesta nel momento in cui non è più necessario essere presenti *fisicamente* all'appuntamento. La funzione propria del videoregistratore è appunto quella di fungere da memoria esterna, con cui poter trattenere con sé un programma pur non assistendovi e quindi poterlo rivedere quante volte si voglia in qualunque momento lo si voglia. Questo al prezzo della perdita di qualità dell'immagine e del suono (più o meno, a seconda della qualità dello strumento, ma sempre e comunque). È così che è entrata in gioco la logica del controllo sulla realtà dei programmi accettando la perdita della qualità, secondo quel principio che viene segnalato da Galimberti [28] per cui nel mondo attuale sempre più in balia della tecnica si privilegia la quantità rispetto alla qualità individuale (del singolo individuo, del singolo evento, del singolo momento). Diviene più importante eliminare (o quantomeno minimizzare) il rischio di perdere l'evento e comunque la possibilità di replicarlo all'infinito a piacimento, piuttosto che essere testimoni di un evento di qualità. Comincia a prendere corpo l'idea che la ripetizione dell'evento possibilmente infinita consenta di trattenere l'evento meglio che non la partecipazione all'evento *una tantum*. L'evento perde progressivamente la propria caratteristica di unicità, e diviene replica di se stesso.

Prima della radio e della televisione non vi erano eventi che non fossero "dal vivo". È stato comunque dopo l'avvento della televisione che il concetto di partecipazione ad un evento è mutato. Si è diventati partecipi all'evento anche se non vi si è presenti, sempre più confondendo la partecipazione collettiva con la "visione" collettiva attraverso il mezzo mediatico che, proprio perché interposto tra l'evento e il soggetto, consente di esser partecipe anche se in modo qualitativamen-

te inferiore (già il non essere presenti elimina la fisicità dell'esser-li-presenti, con tutto quello che ciò comporta). L'uso del videoregistratore ha aggiunto un'ulteriore possibilità: dall'esserci anche se non ci sono sul luogo dell'evento (la televisione), all'esserci anche *quando non ci sono* nel tempo giusto, (la registrazione). Sull'altare del controllo viene sacrificata la qualità, la realtà, la fisicità dell'evento e si fa sempre più strada la sua virtualità. L'esperienza reale viene progressivamente messa a tacere lasciando il posto alle sue molteplici rappresentazioni. Oltre a svincolarsi dalla fisicità dell'evento televisivo, l'avvento del videoregistratore ha permesso di ottenere la portabilità dell'evento stesso. Una volta registrato, un evento può essere conservato, riposto ove meglio aggradi, tagliato, modificato, cancellato, *portato con sé* per mostrarlo a chi si voglia e per rivederlo ovunque e con chiunque si voglia (ovunque ci sia uno strumento che mi consenta di farlo).

Dall'appuntamento (luogo, tempo e persona giusti), si è quindi passati alla non indispensabilità dell'essere presenti. In realtà si è passati alla non indispensabilità dell'essere presenti e alla contemporanea *necessità* di essere sempre presenti all'evento. Se nei villaggi vacanze ciò si traduce nella continua e perenne stimolazione offerta dagli animatori che debbono occupare tutto il tempo a disposizione, per ciò che riguarda la televisione ciò si traduce in una sorta d'illusione di coinvolgimento e di compartecipazione continua all'evento (le votazioni da casa, la possibilità di essere coinvolti dai concorrenti di telequiz, la possibilità di esprimere pareri con l'illusione che ciò determini effettivamente un cambiamento nelle linee direttive della produzione del programma). Questo continuo rimbombo di apparente interattività rimanda costantemente all'illusione in "tempo reale". È curioso il significato che viene oggi attribuito alla locuzione "tempo reale", in cui l'unico aspetto fondante tale "realtà" è l'*assenza*. I due partecipanti all'evento in tempo reale sono reciprocamente assenti. Si è in tempo reale, se si condivide qualcosa "a distanza" nello stesso istante. Preoccupante deriva linguistica, ma forse non solo, che spoglia il "reale" della "presenza" e della "condivisione di spazio", ossigeno, odore, carnalità, fastidio o passione. Contro l'incessante interattività, La Porta oppone l'*interpassività* come dimensione umana. La pausa, la noia, lo stupore: non tutto è già dato e offerto secondo le linee che debbono dirci cosa scegliere; il tempo subito e trascorso sulla propria pelle, inteso come dimensione essenzialmente poetica e creativa. Solo nella pausa e nel silenzio può nascere qualcosa di creativamente nuovo. L'interattività così propagandata dai *media* e costantemente sostenuta dai palinsesti televisivi «rappresenta l'ennesimo attacco al cuore dell'esperienza» (33, p. 101).

Se l'avvento del videoregistratore ha consentito di svincolarsi dall'evento, ciò è stato comunque solo un risultato parziale, poiché per poter eseguire tutte le operazioni di personalizzazione dell'evento occorre, comunque, ricordare la data dell'appuntamento, per poter determinare quando è possibile non esserci a patto di

aver programmato lo strumento perché ci sia al posto “mio”. Lo svincolarsi dal parametro “spaziale” è evidente, quello dal parametro “personale” è più sottile. È il gioco del potersi *dimenticare* di ciò che prima avrei dovuto assolutamente *ricordare*.

Sotto questo profilo altre novità stanno segnando ancora di più la possibilità di non curarsi dell'appuntamento. La comparsa della TV satellitare, che ha rappresentato per alcuni anni un fenomeno di *élite*, ma che sempre più sta assumendo proporzioni di massa, ha portato ad una modalità nuova di concepire la televisione, ossia il *palinsesto ripetuto*. Nell'illusione dei primi anni di vita della TV satellitare, abbandonata poi, di poter creare una televisione priva dell'invasione pubblicitaria che al contrario guida la televisione commerciale propriamente detta, il palinsesto delle televisioni satellitari è stato organizzato su tutto l'arco della giornata per riempire tutti gli spazi disponibili attraverso canali cosiddetti “tematici”. Ciò è stato accompagnato dalla scelta (forse per motivi economici, forse per la non illimitatezza di disponibilità di programmi differenziati) di riproporre ripetutamente gli stessi programmi televisivi in giorni ed orari differenti. Diviene quasi impossibile “perdere” il proprio programma televisivo preferito, che spesso per mesi viene riproposto in vari orari, in giornate differenti. Per evitare ancora di più che si possa perdere l'appuntamento (se di appuntamento si può ancora parlare) si sono moltiplicati i canali che ripetono gli stessi programmi, un'ora dopo la loro trasmissione “normale”, (i canali “+”). Come se tutto ciò non bastasse, i *decoder* più moderni sono divenuti potenti registratori digitali, così da poter mettere in pausa, registrare, rivedere qualunque programma, anche quelli trasmessi in diretta, stravolgendo evidentemente ancora più il significato del “tempo reale” spesso citato.

Si è reso così superfluo almeno parzialmente l'appuntamento, o perlomeno il *primo* appuntamento. Qualunque conoscenza prevede un primo appuntamento, primo appuntamento che solitamente negli incontri umani riveste un'importanza cruciale (si pensi al primo contatto di un paziente per il possibile inizio di una psicoterapia). L'avvento della TV satellitare e la replicazione indefinita del palinsesto in giorni e orari differenti, ha reso superfluo il *primo* appuntamento, seppur televisivo. Se si manca al primo appuntamento nella vita reale, sovente si perde la possibilità di averne altri. La TV moderna ha reso possibile smarcarsi dalla necessità di tenere a mente il primo appuntamento. Ve ne saranno altri, comunque, senza nemmeno esserne responsabili, poiché sempre possibili. Non si è più responsabili di *quell'evento* specifico, poiché ce ne saranno altri, uguali a sé stessi, a disposizione: svincolarsi assolutamente dalla logica dell'irreversibilità e dell'irrevocabilità è parte di ogni esperienza reale. Ulteriore passaggio in questo cammino è stato l'avvento (tramite la TV satellitare, ma oggi non più sua esclusiva prerogativa) della TV a pagamento. Internet a banda larga, TV digitale terrestre hanno reso possibile che l'utente scegliesse in prima persona che cosa

vedere, quando vederlo, per quante volte. Ciò che prima poteva accadere solo divenendo clienti di una videoteca (occorreva un'assunzione di responsabilità per non mancare all'appuntamento, determinato quantomeno dagli orari dei negozi, e l'assunzione del rischio che l'articolo di proprio interesse non fosse in prestito ad altri clienti) è divenuto sempre possibile. Viene a mancare l'appuntamento come elemento in cui s'incontrano le due disponibilità e le due limitazioni che ciascuno dei due convenuti debbono prendersi. L'esito è un appuntamento sempre possibile, unidirezionale. Se si ha voglia di vedere quel programma, basta *ordinarlo*. Se si ha voglia di quel pezzo di mondo, basta *ordinarlo*.

Il palinsesto reiterato all'infinito, come un canto senza pause e senza silenzi, come la melodia continuamente ripetuta della filodiffusione dei grandi supermercati che non lascia tempo al silenzio e al vuoto, contribuisce a rafforzare l'idea sempre più presente nella società attuale del *vissuto senza tempi morti*, senza pause, senza il silenzio così pericoloso da ascoltare perchè può portare ad accorgersi che si può *esserci*, ma senza indicazioni precise su chi effettivamente si è: silenzio così temuto dalla massa che cerca di tenersi lontana dalla consapevolezza di essere costituita da molti *diversi individui*.

III. *Tutto intorno a te*

Così almeno recitava lo *slogan* dello spot televisivo di una delle maggiori compagnie di telefonia mobile presenti sul nostro mercato. Che l'avvento del telefono abbia radicalmente modificato il modo di vivere della popolazione mondiale è un fatto. Il poter raggiungere a scopo personale, ma specialmente commerciale, una persona, un'azienda, una ditta in tempi immediati in qualunque luogo del mondo ha rappresentato una vera e propria rivoluzione. Ogni specificazione ulteriore, che si tratti della trasmissione della voce, d'immagini, di documenti o pacchetti di dati segue questa acquisizione epocale, ossia l'annullamento della necessità dello spostamento *fisico* di un corpo portatore di un messaggio o di un testimone del corpo comunicante (un'altra persona, un messaggero o un mezzo su cui il messaggio fosse contenuto) attraverso uno spazio per poter entrare in contatto con altri. Per comunicare con un altro essere umano nell'era pre-telefono era necessario che ci fosse uno spostamento fisico da un luogo ad un altro da parte del messaggio o del messaggero, il che richiedeva il tempo necessario a tale spostamento.

Questo determinava che il tempo impiegato allo spostamento fosse essenzialmente un tempo *fisico*, un tempo collocato nella carnalità e nella solidità della realtà, un tempo condizionato dal fatto che un corpo, vivente o inanimato, dovesse spostarsi attraverso uno spazio subendo le leggi fisiche che regolano gli spostamenti nella realtà cosale. Il tempo nel mondo solido era spazio. Lo spostarsi

fisico subisce influenze che, ovviamente, sono profondamente differenti a seconda delle condizioni atmosferiche o geografiche, a seconda delle condizioni dei mezzi che fisicamente portano con sé il messaggio, a seconda del comportamento del messaggero o di eventuali inconvenienti sopraggiungenti al veicolo del messaggio. Si intuisce dunque come il poter disporre di uno strumento che, nelle sue specificazioni storiche (telefono, fax, email, internet, satellite), è svincolato dalla necessità di uno spostamento fisico, permetta che a “spostarsi” siano impulsi elettrici, immateriali, eterei, volatili, il che priva della necessità di rispondere della solidità mondana che impone le proprie leggi ai corpi che ne fanno parte: primo passo verso il superamento dei limiti fisici umani. Anche tale soluzione, tuttavia, imponeva ancora un dato fisico, oggettuale, statico, spaziale e temporale. Lo scambio di dati doveva avvenire da un luogo fisico ad un altro luogo fisico, da un apparecchio che fosse collocato nel tempo e nello spazio in modo stabile verso un altro analogo strumento che condividesse le stesse regole.

Se, quindi, veniva superato il primo ostacolo alla fisicità e alla solidità del corpo, del mondo, della realtà, in realtà questo svincolamento non era ancora totale, nella misura in cui era comunque necessario un appuntamento per poter ricevere i dati, era necessario un trovarsi nel luogo giusto e nel tempo giusto per poter ricevere il messaggio. L'invenzione della segreteria telefonica (che segue la logica del videoregistratore, ossia il potersi svincolare parzialmente dalla necessità di essere presenti nel luogo dell'appuntamento) non ha infatti eliminato *in toto* la necessità che prima o poi sul luogo determinato ci si presentasse a saldare il conto con il tempo e con lo spazio.

La vera rivoluzione in tal senso è derivata dalla comparsa del telefono portatile. Dai primi esemplari (1979) ad oggi i passi avanti sono stati enormi e se i primi modelli assicuravano autonomie scarsissime a fronte di una portabilità relativa occupando spazi consistenti, oggi viene fornita all'utente la possibilità di avere con sé uno strumento che in sé racchiude ogni possibilità di comunicazione itinerante. È possibile parlare, inviare email, navigare su internet, scambiare immagini, dati, voce, messaggi in ogni momento con un oggetto assolutamente trasportabile. La vera rivoluzione è stata lo svincolarsi dalla necessità di doversi mantenere legati ad un luogo fisico, e quindi ad un tempo spazializzato, che fungesse da porta di scambio per le informazioni. La vera rivoluzione è rappresentata oggi dalla “portabilità”, dove portabilità sta spesso per “autonomia”, “autosufficienza”, sufficienza “a se stessi”, in cui emerge chiaramente come l'attuale tendenza all'amplificazione dell'illusoria onnipotenza umana che annulla spazio e tempo finisca tuttavia col ridurre la *relazione possibile con l'altro* alla *relazione sempre presente con se stessi* e con i propri desideri [25].

La vera rivoluzione è il poter chiamare chiunque ed essere chiamati da chiunque in qualunque momento, qualunque cosa si stia facendo, tanto che sempre più in

ogni luogo “sacro” (laico o religioso che sia) campeggia in bell’evidenza l’avvertenza di non utilizzare il telefono cellulare, come se fosse scontata la sua perenne presenza e il suo perenne utilizzo. Si permane in una sorta di perenne collegamento continuo pur, spesso, non avendo nulla da dire [20]. La dimensione dell’*attesa* è sfumata. Appena c’è qualcosa da dire bisogna evacuarla a voce o tramite sms (i quali per abbreviare ulteriormente il tempo dell’attesa o utilizzano un criptolinguaggio con una pseudosintassi, che segue regole sue proprie, o si basano su sistemi di scrittura facilitati).

Se queste considerazioni possono genericamente valere a livello sociale, tutto ciò ha determinato importanti mutamenti anche nella strutturazione del *setting* terapeutico. Nell’accordo terapeutico sempre più viene prevista una clausola sull’utilizzo del telefono per le chiamate nei giorni tra una seduta e l’altra e sempre più l’uso che di esso viene fatto nei momenti di difficoltà o per segnalare magari all’ultimo momento un ritardo sull’orario previsto denotano profonde modificazioni nella tenuta rispetto alle frustrazioni, al significato che ha assunto anche in tali contesti l’attesa, il tempo vuoto. Oggi, anche nei contesti terapeutici, la vera rivoluzione è poter chiamare qualcuno nel momento stesso in cui lo si desidera. Oggi la vera rivoluzione è stupirsi, quando chi si sta chiamando non risponde. Oggi la vera rivoluzione è quando “non c’è campo”: bisogna tornare ad avere pazienza e sopportare l’attesa.

IV. Consigli per gli acquisti: l’*“osceno”* a bella vista

“Non esistono più sogni irrealizzabili”, “Perché non prendi tutto?”. Questi sono alcuni tra gli slogan pubblicitari che si incontrano costantemente sui “3 x 6” per le strade, mandati in onda sulle reti televisive e radiofoniche, stampati su quotidiani e periodici e, ormai, anche sulle pagine di molti siti web.

Se ciò può essere superficialmente letto solo come un fenomeno culturale e sociale occorre ricordare che non esiste alcun potere politico di per sé. Ogni potere che sia *anche* politico è essenzialmente un potere economico e ogni rapporto di forza sociale si rifà comunque a rapporti di forza di tipo anche economico. Stante queste premesse appare ovvio quanto peso abbia l’uso della pubblicità, in una società democratica in cui la logica predominante (applicata nelle sue varie sfaccettature) è quella del mercato libero.

La mole di messaggi pubblicitari cui si assiste è esponenzialmente maggiore di quanto fosse cinque, dieci, venti o più anni fa. È profondamente mutata anche la *forma* della pubblicità, con il progresso tecnologico che ha fatto passare la comunicazione di massa dal supporto cartaceo, visivo, tattile e necessitante di un tempo cronico per essere utilizzato, per essere riposto, per essere buttato, a quel-

lo radiofonico, uditivo, anch'esso comunque "cronico", a quello televisivo e all'uso della rete di internet. Siamo immersi in una società profondamente superficiale, oscena e pornografica. Si tende a rimanere in superficie attraverso una comunicazione e uno scambio che passa ormai quasi esclusivamente per il canale visivo e visuale delle cose anche se contemporaneamente si incarica di «fornire un prodotto eccitante, consumabile senza troppo sforzo e capace di regalare a tutti una illusione di profondità e di sofisticatezza» (33, p. 103). Ogni forma di comunicazione che voglia essere efficace per la massa passa inequivocabilmente attraverso il canale visivo, dato che da tempo l'oscenità ha preso il posto della seduzione [20], l'esposizione della merce ha preso il posto dell'invito e del sospiro a pregustare.

"Osceno" è ciò che non consente *distanza* dalla cosa vista. "Osceno" è ciò che non lascia più spazio al dubbio, all'incertezza, allo specchio, al rimando, ma è luce piatta che coglie frontalmente il proprio oggetto di interesse. È quella luce che non passa radente sulla superficie delle cose e che in questo movimento obliquo consente di cogliere tutte le rientranze, le ruvidezze, i meandri che rendono la cosa tridimensionale e unica nella sua volumetria, nel suo occupare spazio, nel suo esser spazio, ma che anzi giunge da dietro in avanti annullando ogni differenza e rendendo tutto piatto e uniforme. Quella stessa obliquità che ritroviamo ad esempio nella membrana del timpano, anatomia curiosa del corpo che pone una membrana, un limite tra interno ed esterno proprio nelle vicinanze di un labirinto, quello dell'orecchio, organo, in questo senso, dell'aver senso, dell'aver direzione, della possibilità di avere una direzione, un equilibrio, una marcia senza che sia un caracollare incerto su un baricentro instabile. Limite della membrana timpanica che nel proprio essere non perpendicolare fornisce una maggiore superficie di contatto tra l'interno e l'esterno. Un piano inclinato, che nel proprio umile piegarsi offre il fianco al maggior contatto tra gli opposti e che coglie (e accoglie) così ogni minima variazione di pressione trasmettendola alla chiocciola.

"Oscenità" che dunque è la perpendicolarità dei piani, la loro problematica posizione l'uno sull'altro senza accettare posizioni intermedie, imprecise, inadatte, allusive e perciò sensuali; posizioni intermedie, rimandi, ritardi che sono la base della temporalità, della possibilità di una storia. Nell'oscenità non c'è tempo o storia. Tutto è già lì, offerto alla vista. "Oscenità" è l'esposizione di tutta la merce e oltre, è l'essere in rete solo per essere in collegamento, non per dire qualche cosa. È il palinsesto televisivo nel quale non si problematizza più che cosa si propone e si vede, ma solo il fatto di trasmettere sempre qualche cosa, tanto che il vero avvenimento televisivo è quando, ogni tanto, vi sono interruzioni delle trasmissioni e si vede il cerchio multicolore che racconta di tale pausa. "Osceno" è dunque tutto ciò che mette fine ad ogni specchio, ad ogni sguardo, ad ogni immagine e mette fine ad ogni rimando, ci ricorda Baudrillard. L'importante non è che il mondo sia reale, bensì che sia visto.

La società attuale appare dunque essenzialmente una società visiva, visuale e pornografica. Tutto è giocato nell'istante attuale storico che viene costantemente offerto dai *media* [20] e ciò che viene comunicato oggi, domani appare già vecchio. Così i desideri. Sembra che il compito titanicamente svolto dai pubblicitari e magistralmente interpretato nei centri commerciali, *non luoghi* per eccellenza, sia non tanto quello di produrre nuovi desideri, quanto quello di far sembrare obsoleti quelli vecchi (anche se vecchi solo di un giorno) [11]. I messaggi che vengono rilasciati dai grandi comunicatori non hanno spesso storia e storicità e il parallelo con il mondo politico mostra che anche qui la sempre maggiore presenza di volti-immagine che navigano sulla propria celebrità dove è l'essere visti sempre di più, al di là del perché, che spesso conta e porta a tante repentine quanto insensate modificazioni di punti di vista e posizioni apparentemente granitiche e radicali. La traduzione sul piano sociale più evidente è che anche nel mondo del lavoro il valore aggiunto, e sempre più sovente ricercato, è la *flessibilità* (pseudonimo di *precarietà*), l'istantaneità, la capacità di mutare rapidamente orientamento, formazione, ambito lavorativo. La *continuità* non è più avvertita in senso generale come un valore, quanto come una rigida incapacità a conformarsi ai rapidi mutamenti sociali.

I grandi comunicatori pubblicitari hanno colto perfettamente questa tendenza sociale, alimentandola sempre più e puntando ogni spot, di qualsiasi natura si tratti e qualsiasi prodotto debba essere reclamizzato, su alcuni principi di fondo. Quelli che sembrano porsi in maggiore evidenza sono l'essere "al centro del mondo" (senza minimamente problematizzare il fatto che non possa esistere un mondo storico che lasci perdere le proprie tradizioni e di cui nessuno, quindi, può essere il centro), risultandone l'unico parametro di riferimento, e la "possibilità" di avere sempre "possibilità" e di potere fare, sostanzialmente, tutto senza che ciò comporti conseguenze apprezzabili. Tutto ciò non può che fondarsi sulla facoltà di *arrestare il tempo*, di renderlo reversibile così come è possibile rendere ogni scelta reversibile e volatile, senza peso, senza conseguenze. Si ha sempre tempo, un tempo illimitato, dove si può fermare tutto e dove è possibile manipolare tutto a proprio piacimento.

Questo pensiero guida ormai da esempio in modo martellante la potente industria dei cosmetici, che continua a mettere sul mercato prodotti *anti* età, *anti* cellulite, *anti* rughe, *anti* vita insomma, e si ritrova sempre più anche nella programmazione di programmi "reality" e di *serial* televisivi (la surmodernità, mutuando un termine caro a Marc Augé, mediatica: programmi, nella loro finzione così palese, pretendono di essere *più veri del reale* facendo discendere da se stessi, in una riproduzione autoreferenziale, celebrità che sono famose per il fatto stesso di essere famose). Questi sempre più spesso portano come loro oggetto specifico di interesse i prodigi della chirurgia estetica senza, tuttavia, almeno menzionare il fatto che anche per sostenere proprio tali prodigi è richiesto tempo, denaro, manu-

tenzione, e che nulla resta immutato, nemmeno un intervento apparentemente miracoloso, che anzi, nel tempo, andrà ripetuto, ritoccato, aggiustato, in un'opera di continuo restauro.

«Si è schiacciato un moscerino sul parabrezza», dice lei; «Peccato. Vorrà dire che domani compriamo un'altra auto», risponde lui.

Sperando, prima o poi, di ricominciare a sognare ciò che resterà irrealizzabile.

V. Tasso zero

«Ogni cosa che possiedi? Dice? È solo l'ennesima cosa che un giorno perderai» (41, p. 247).

Se l'economia di un paese come il nostro sembra basarsi sull'aumento dei consumi (o almeno così recitava uno spot di alcuni anni fa), come poter essere adeguati consumatori e quindi bravi cittadini se contemporaneamente il potere di acquisto è in calo e le problematiche di ordine economico sembrano cogliere la massa della popolazione media? Seguendo i dettami dei messaggi pubblicitari, semplicemente dimenticandosi di ciò. Per potersi dimenticare in modo più efficace non basta tuttavia ricevere messaggi in tal senso che ci informano che in realtà possiamo fare ciò che vogliamo e che non esistono limiti al nostro poter desiderare. Occorre anche concretizzarli in qualcosa di più tangibile. Non stupisce quindi che da alcuni anni si stia sempre più rinforzando il binomio tra banche (e società finanziarie) e pubblicità, dove sempre più viene rivolta da parte dei pubblicitari una notevole attenzione sia per le possibili forme di finanziamento che per l'uso delle carte di credito.

Entrambe queste due forme di pagamento rispondono essenzialmente alla logica per cui posso comprare un oggetto pur non avendo i soldi per farlo, anzi *proprio in virtù del fatto che non si hanno al momento tali soldi*. Si viene tributati di una certa fiducia pagando per la cortesia il prezzo di tassi spesso da usura. In tutto ciò non viene messa in discussione in alcun modo la possibilità di *acquistare*, semplicemente viene offerta la soluzione per *continuare ad acquistare*. La questione è tutta nel trovare soluzioni per *non vedere l'ostacolo*, il limite (che in questo caso sarebbe essenzialmente economico: se si ha la possibilità, si acquista, se non si ha la possibilità, non si acquista).

Se una volta vigeva, un po' di più, la logica del salvadanaio da parte dei risparmiatori (accumulata una somma risparmiata, questa poteva essere spesa), oggi la logica del prestito per gli acquisti è assolutamente prioritaria su tutte le altre. Dai beni di prima necessità e duraturi, ad esempio la casa con la sottoscrizione

di mutui per l'acquisto, alle cure mediche, alle vacanze, ai beni superflui e voluttuari, tutto ormai può essere, e viene, acquistato attraverso finanziamenti, tanto che ci sono ormai anche finanziamenti per pagare i finanziamenti. Se non si vogliono qui discutere le ragioni e le scelte economiche che portano a far propendere verso questo tipo di soluzione, motivazioni che sono spesso necessarie, vista la congiuntura economica, la condizione lavorativa sempre più precaria, il modo di intendere il passaggio all'età adulta e l'assunzione di responsabilità in tal senso, si vuole qui tuttavia solamente indicare quanto lo spostamento per le famiglie verso tale pratica modifichi la percezione del tempo.

Pagare un oggetto con un finanziamento "a tasso 0" (quando ciò è realmente vero) che comincia dopo 6 mesi o 1 anno dalla sottoscrizione dell'accordo per l'acquisto del bene, appare essere una soluzione appetibile e non portatrice di effetti negativi. Cosa c'è di male a pagare la stessa cifra diluita nel tempo e iniziando a versarla con mesi di attesa? Apparentemente nulla se nonché ciò che accade ma non accade (pagare senza cominciare a pagare, in questo caso) annulla, o riduce di molto, la percezione della solidità dell'atto compiuto. Attualmente l'oggetto è *già* stato effettivamente comprato e *dovrà* essere pagato. Sostenuto dalla *logica dell'istante* già sfiorata nel discorso che toccava la pubblicità, pagare un oggetto *tra molto tempo* sposta molto in là, per menti che sono sempre meno abituate a confrontarsi con la durata e la cronicità, le conseguenze dei propri atti. Ci si illude, in qualche modo, che non si stia ancora pagando l'oggetto. Lo acquisto ma non subisco subito le conseguenze di ciò. Non cominciare a pagare subito elimina un parametro della solida realtà per cui non avendone la percezione occorre mantenere una notevole lucidità e attenzione per non sottoscrivere un altro finanziamento che inizierà tra alcuni mesi, non avendone magari le risorse, lucidità sempre più minata dal messaggio pubblicitario tale per cui *è sempre possibile fare tutto ciò che si vuole senza subire le conseguenze*.

Anche nella forma del pagamento rateizzato e dilazionato nel tempo fa capolino massicciamente la tensione finzionale dell'uomo che continuamente nega i limiti stessi dell'essere umano, cercando di ribaltare le leggi naturali per cui posso fare qualcosa, qualsiasi cosa se solo lo desidero, complice in ciò la confusione sempre più evidente tra il bisogno, la necessità e il desiderio, tra l'impellenza necessaria e l'intolleranza alla procrastinazione dovuta. Conseguenza (o altra sfumatura) di ciò è che nessuno aggiusta più nulla, o quasi. Tutto è costruito per essere rinnovato, ricomprato [11], tanto c'è un finanziamento apposito che permette di realizzare ciò che desidero quando lo desidero. Il paradosso logicamente conseguente a tutto ciò sono i pagamenti rateizzati per lo smaltimento dei rifiuti.

VI. Click

Un fenomeno curioso degli ultimi (pochi) anni è la comparsa sui mercati mondiali delle macchine fotografiche digitali.

Di decenni di tradizione, tramandata di generazione in generazione che fondava un hobby, una passione, un mestiere sulla manipolazione artigianale dei supporti chimici delle pellicole, resta ora praticamente solo una pratica rivolta a pochi appassionati, soppiantata dai molto più puliti *pixel* dei sensori. Il progresso tecnologico ha portato ad ottenere anche in questo settore prodotti la cui comodità e versatilità è indubbia. Non si vuole qui discutere l'argomento sotto un profilo tecnico, ma focalizzare l'attenzione sul cambiamento del modo con cui ci si può avvicinare alla fotografia. Fino a pochi anni fa si caricava la macchina fotografica con una pellicola di una certa sensibilità, a colori o in bianco e nero, che fosse negativo o invertibile. Si montava un obiettivo, portandosene dietro alcuni altri se era necessario e si usciva per scattare alcune immagini. Se il rullino finiva lo si portava dal fotografo di fiducia, altrimenti si attendeva di terminarlo in una seconda o terza uscita. Si *attendeva* che il proprio fotografo di fiducia sviluppasse e poi stampasse la pellicola. Qualche giorno in totale.

Poco per volta sono comparsi i laboratori fotografici nei grandi magazzini, riducendo il tempo di attesa che veniva ottimizzato compattandolo nel tempo in cui si facevano gli acquisti per la famiglia presso il supermercato, con macchinari innovativi che in un'ora o poco più svolgevano il lavoro che prima richiedeva alcuni giorni, anche se con una certa perdita qualitativa già verificabile immediatamente nella rinuncia ad avere a disposizione alcuni formati e ad una osservazione più accurata nella peggiore resa cromatica delle foto. L'avvento delle macchine fotografiche digitali, sempre più compatte, sempre più dotate di obiettivi *zoom* in grado di coprire la maggior parte delle focali utili (spesso in un solo obiettivo sono racchiuse tutte quelle che servono ad un modesto fotoamatore), la comparsa di strumenti in grado di modificare sul campo, fotogramma per fotogramma, sensibilità della pellicola virtuale così come impostazioni del colore o bianco e nero, hanno azzerato virtualmente tutti i tempi apparentemente morti, che tuttavia costituivano il vero e proprio spessore di una pratica fondata, anche, nella scelta del fotogramma, dell'istante da congelare, della scena da immortalare. Conseguenza, suo malgrado, del costo, pesante e reale, della pellicola, che non veniva così spesso sprecata con leggerezza.

La possibilità offerta oggi da qualsiasi apparecchio digitale di cancellare ad un costo nullo ogni fotogramma che, visionato istantaneamente, non soddisfi i propri gusti ha portato ad una radicale modificazione del vissuto del tempo anche in questa pratica. Non si attende più nulla, non si sceglie più nulla, prima. Non si deve procrastinare alcuna soddisfazione. Le moderne macchine fotografiche digi-

tali, sempre più piccole, tanto da poter anche essere racchiuse dentro i propri telefoni cellulari, consentono di impostare qualunque parametro, consentono di scattare decine e decine di immagini che possono essere subito viste e subito cancellate rendendole inesistenti, violazione assoluta del principio di *irreversibilità* di ogni fatto. Si scatta a qualunque cosa e qualunque cosa può essere subito cancellata se non soddisfacente.

Da situazione *pesante*, come pesanti erano, e lo sono ancora nella scelta di una attrezzatura di qualità, gli strumenti necessari (ma questo è un discorso tecnico che esula da questo contesto), anche la fotografia si è trasformata in situazione *leggera*, volatile, intercambiabile, dove il massimo obiettivo è la assoluta personalizzazione del processo e l'*annullamento virtuale dei tempi di attesa*. Si diventa virtualmente padroni del processo, che soddisfa proprio perché si intende controllarlo pienamente, almeno finzionalmente, in tutte le sue fasi. Questo è il progresso. Poco importa il processo, poiché tutto il fine è il raggiungimento dell'obiettivo; poco importa l'abituare non la mano, sempre più agile a spostarsi tra pulsanti, cursori e frecce direzionali, ma l'occhio, lo spirito, l'anima ad una visione personale della realtà.

Poco importa se non c'è più da scegliere quale foto scattare visto che la pellicola è *illimitata*: non è più una quantità *limitata*, da centellinare e da misurare scegliendo quale ricordo portare con sé e quale, inevitabilmente, lasciare lì dov'è, sopportando l'irrinunciabile perdita del momento che non si ripeterà mai uguale. Ormai si può scattare tutto e portare con sé tutto il mondo. Almeno fino a quando finisce la batteria.

VII. Nuova "normalità"

Nel 1989 cadeva il muro di Berlino, simbolo della divisione tra la Germania dell'est e quella dell'ovest. Simbolo della divisione tra il mondo governato dall'ideologia comunista e i paesi occidentali aderenti ad un sistema politico democratico. Simbolo, ancor più, dell'esistenza di due entità che stavano una al di qua e una al di là di un limite che, oltre che fisico, era anche simbolico. Simbolo dell'esistenza di due ideologie contrapposte, tenute in tensione costante e continua dalla cosiddetta "guerra fredda", che concretizzavano con il loro stesso essere l'essenza del bene e del male (a prescindere da "dove" si volesse porre questo o quello). Lotta eterna e senza soluzione questa. L'esistenza di un limite fisico che tiene separati arbitrariamente due parti di umanità, al di là delle motivazioni politiche e delle considerazioni che possono nascere in merito, è sostanzialmente un elemento facilitatore rispetto al processo di giudizio e di produzione immaginativa e simbolica.

La sussistenza di una divisione che separa nettamente il bene dal male, qualunque forma questo prenda, così come il bianco dal nero, il giusto dallo sbagliato rende molto più agevole il processo di adesione ad un'appartenenza esterna cui è richiesto di conformarsi per ottenere da essa un'identità. Non a caso negli anni in cui si preparava l'abbattimento del muro di Berlino cominciava a prendere corpo un muro ben più imponente che separa i territori di Israele da quelli della Cisgiordania (e contemporaneamente finisce con includere una parte di essi nello stato ebraico). Il bisogno, in primo luogo, che il bene e il male possano venire distinti con chiarezza e precisione e, in secondo luogo, di definire l'esistenza di un nemico esterno appare essenziale per la mente umana, forse ancor più rispetto al poter fare chiarezza su chi davvero potrebbe essere il nemico. La funzione psicologica del nemico sembra essenziale per un equilibrio semplificato e poco disposto alle messa in discussione personale. Interessanti a questo proposito le recenti riflessioni del regista Micheal Moore nei suoi film documentari "Bowling for Columbine" e "Fahrenheit 9/11".

La situazione attuale sembra essere tuttavia caratterizzata da un lato dalla costante ricerca di opposti da contrapporre tra loro, anzi estremizzando spesso le posizioni in modo acritico (che di per sé, in tale cristallizzazione delineerebbero una società "nevrotica"), dall'altro dalla contemporanea privazione progressiva di forti, pochi, capisaldi in favore di una cultura e di una società sempre più pluricentrica, più libera, contaminata. Le possibilità sono decisamente maggiori di un tempo e ciò, a fronte di una libertà crescente, ha portato tuttavia a confrontarsi con una situazione di maggior caos e indefinizione.

Dagli anni '50 in poi sono accaduti profondi mutamenti sociali che hanno accompagnato la strutturale modificazione industriale ed economica schematicamente rivolta prima di allora alla produzione di beni materiali e basata sul lavoro manuale e dopo di allora indirizzata alla produzione di beni di consumo immateriali e di servizi e sempre più fondata sull'utilizzo della tecnologia. Tutto ciò si è accompagnato al declino della famiglia come nucleo di riconoscimento e identitario (identità dal passato e dall'interno, inserita nel sistema) per lasciare il posto ad un riconoscimento e ad una identità fondata sul confronto tra pari e diffusa attraverso i mezzi di comunicazione di massa. Tale movimento è indicato anche da Bauman quando parla del processo di "ibridazione" [11]. Sembra che se un tempo l'identità veniva data, eventualmente contestata e poi rifondata secondo i personali convincimenti, oggi si costruisce strada facendo dal confronto tra pari.

Si vive ormai in un contesto sociale dove la fluidità dei contesti e la loro intercambiabilità ha portato la massa a necessitare di appartenere a qualcosa, qualunque cosa. Data la difficoltà "naturale" che sempre più si prova ad identificarsi come individui ("compito apiretico", dice Bauman [11]) la società propone modelli collettivi di individualità. Laddove in sostanza viene negata all'interno

dello stesso sistema di appartenenza la possibilità della lotta personale per la propria individualità ed emerge una sostanziale impossibilità a sostenere il conflitto e a vivere il contrasto nel rapportarsi con il sistema di discendenza “verticale” perché l’interlocutore appare troppo orientato ai propri bisogni e necessita di dirigere tutta la sua energia per la mera sopravvivenza psichica per essere anche solo avversario nel contendere, ecco che l’aggressività, intesa adlerianamente come pulsione aggressiva volta all’affermazione di sé, mancando il terreno stesso, il campo di gioco su cui l’individuo può esercitare il proprio diritto a provare, a sbagliare, viene sempre più ad essere canalizzata e veicolata, in modo spesso acritico, in movimenti di sfogo di massa. Il contendente è sempre da trovare nello sviluppo della propria individualità e sarà sempre da trovare, ma nella mancanza di un contendente che sia anche interlocutore con cui imparare a sostenere una dialettica, il contendente si trasforma in nemico che, ovviamente, viene collocato dall’altra parte, qualunque essa sia.

Riportiamo qui alcune considerazioni di Pagani che ci sembrano illuminanti rispetto alla lettura individualpsicologica rispetto al tema dell’aggressività e di come questa storicamente sia stata necessariamente indirizzata e contenuta. L’impressione è che proprio la mancanza sempre più evidente di punti di riferimento forti, autorevoli, verticali, abbia lasciato il posto alla necessità di un confronto tra pari molto più scoordinato e instabile. Si vedano ancora in merito a ciò le riflessioni di Bauman rispetto all’ibridazione [11].

«Ecco, in sintesi, il pensiero di Adler. Il *sentimento d’inferiorità* che ogni individuo porta in sé sin dalla nascita e che avverte come limitazione e come fattore d’insicurezza rappresenta un vero e proprio *stimolo* che lo spinge a cercare una possibile soluzione, una necessaria via d’uscita, capace di garantirgli un adattamento alla vita. Questo stimolo è la pulsione aggressiva, che si manifesta già nel bambino più piccolo come un’energia elementare non ancora disciplinata e adeguatamente indirizzata, ma comunque già in grado di garantirgli l’appagamento delle necessità fondamentali. La strutturazione di uno stile di vita proprio porterà, in seguito, l’individuo all’età adulta lungo linee direttrici irripetibili, risultanti dal compromesso fra esigenze individuali e istanze ambientali» (39, p. 26).

Nella misura in cui, tuttavia, la strutturazione di uno stile di vita personale, individuale si scontra sempre più con la difficoltà di reperire punti fermi a livello ambientale che permettano di definire il confine proprio di ciò che è definibile individuo, si ritiene di potersi addirittura trovare di fronte al rischio di una non strutturazione (o incompleta strutturazione) dello stile di vita.

Pagani continua ancora: «Per risalire al più elementare ordinamento sociale organizzato della specie “uomo” dobbiamo riferirci di necessità alla tribù primordiale. Nel suo contesto, le pulsioni aggressive dei singoli erano tenute a bada e fre-

nate da chi deteneva l'autorità, per impedire che la violenza dilagasse all'interno del clan, provocandone l'autoannientamento. Unica eccezione alla regola, che diveniva regola essa stessa, era la violenza connessa al ruolo e al potere di chi governava. L'autocrazia fungeva da freno essenziale per il mantenimento della coesione e della forza di tutta la comunità, la cui violenza, indirizzata verso l'esterno, assieme alla convinzione illusoria di invincibilità, emanata dal fascino misterioso dei capi, conservavano ben salde sia la compattezza che la potenza dell'intero gruppo» (39, p. 28).

Ancora non stupisce quindi se la mancanza di vertici forti nel sistema valoriale, familiare, scolastico coincida sempre più sul piano sociale con la comparsa di processi di estremizzazione aggressiva. Nel paradosso per opposti proprio della natura umana si articolano principalmente o in senso palesemente violento o in senso spirituale. In ciascuno dei due casi l'appartenenza ad un gruppo, ad una comunità, ad un "branco" risponde alla funzione psicologica fondamentale di fornire un'identità esterna sempre più necessaria ad essere, perlomeno, qualcuno. Senza giungere per forza a tali situazioni estreme basta ricordare il fenomeno del tesseramento "coatto" di grandi magazzini, librerie, compagnie petrolifere che offrono brandelli di identità da assumere a seconda dei contesti in cui ci si trovi [35]. In quest'ottica anche nei movimenti non esplicitamente di matrice violenta, ma anche in situazioni fortemente aggregative si ravvisa il rischio di una violenza sottile, non più fisica ma mentale, che tuttavia l'uomo contemporaneo è ben disposto ad accettare come prezzo ragionevole per ottenere ciò che appare fondamentale, ossia un'appartenenza.

Se l'appartenenza al primo nucleo sociale, la famiglia, non appare più così scontata proprio perché la famiglia classicamente intesa non è più così scontata, tale necessità viene spostata fuori di essa, nella perenne ricerca della possibilità di avere un ruolo nel mondo. Siamo in un contesto in cui la famiglia, cellula primaria della società, ha perso molti dei legami storici e storicizzanti che erano tipici fino a poche generazioni fa e dove l'unico legame certo resta, a volte nemmeno quello, il rapporto con i figli. I contatti e i rapporti familiari con le generazioni passate appaiono via via più flebili e meno importanti, mentre acquisiscono sempre più importanza i rapporti paritari e paritetici con i membri delle "comunità" e delle "tribù" globali. L'uso delle nuove tecnologie ha aperto canali di scambio impensabili solo pochi anni fa, dove *Messenger*, *Youtube*, *Napster*, i vari *blog* e altre porte di comunicazione mediatiche formano quotidianamente gruppi itineranti che si formano *ad hoc* (esempio emblematico quello descritto da Naomi Klein di "Reclaim The Street" [32]. Sul versante patologico tale tendenza è evidenziabile nella definizione di un numero crescente di gruppi di autoaiuto.

Se negli anni '60 il *boom* era di tipo produttivo, "pesante", oggi il boom è di tipo mediatico e quindi leggero. C'è una diffusione su scala planetaria di informazio-

ni e di possibilità conoscitive, ma la conoscenza leggera, virtuale, omogenea, digitale non è più conoscenza tridimensionale, pesante, corposa, odorosa che consente di apprezzare sfumature e lievi increspature. Si sa molto di più e si sa (il sapere del sapore), di molto, meno. La globalizzazione e il processo di democratizzazione del sapere (si veda a proposito il fenomeno dei *blog* e dei siti “Wiki”), hanno paradossalmente appiattito ciò che sta in mezzo, favorendo la possibilità di incontrare estremi molto più amplificati. Se è possibile andare in un McDonalds a Mosca come a Delhi, Londra, Parigi, Belluno e mangiare la stessa cosa, se è possibile mangiare lo stesso cibo ovunque, ne viene che in ciascun posto si trova solamente (o quasi) lo stesso cibo. Io posso essere lo stesso, ovunque, se seguo il marchio e la linea che mi dice che tipo di individuo debba essere. L’identità diviene più l’essere “identici” gli uni con gli altri che l’essere “definito” come soggetto identico (solo) a se stesso. Questo reggendo, nel contempo, l’illusione di potersi affrancare dalla propria tradizione in un processo di autoreferenzialità dove si può trarre tutto ciò che serve dal confronto tra pari e dove ciò che conta è il soggetto singolo illusoriamente e finzionalmente autonomo, autoreferenziale, autosufficiente. In questa costruzione identitaria sempre più di tipo prevalentemente, quasi esclusivamente, orizzontale “io” non sono *ciò che sono stato*, ma sono ciò che il mondo mi rimanda che “io” *sia ora*. Non sbaglia dunque Marc Augé quando sostiene che la società odierna non è più in grado di produrre rovine ma solo macerie [7]. Nel loro puro esserci le rovine rivendicano l’appartenenza del luogo in cui sono situate ad un mondo, ad un tempo che ora non è più e la fedeltà ad una civiltà che chiede rispetto e riconoscimento, oltre che riconoscenza, perché da quella stessa civiltà se ne sono tratte le origini, le fondamenta, il “cominciamento”.

Le macerie, d’altro canto, sono i resti, le ferite di luoghi caduti in disgrazia, di posti che sono stati distrutti ad opera dell’uomo o della natura, ma che, nel loro esser-stati distrutti, debbono essere cancellati con la speranza che ciò, che il loro annientamento cui deve seguire una ricostruzione, possa annullare il dolore connesso alla loro esistenza. Le rovine stanno dunque al ricordo come le macerie stanno all’oblio. Le rovine stanno alle rughe come le macerie stanno agli sfregi, alle ferite, agli incidenti, da far cancellare dai chirurghi plastici. Le rovine segnano una permanenza, una durata nel tempo, pur se imperfetta, pur se ferita, pur se sempre lacerata. Le macerie al contrario spingono per loro natura verso l’annullamento e il superamento di ciò che è stato, cercando l’oblio completo. Ciò che, dunque, sembra emergere è che la nostra società sta diventando allergica alla memoria, alle commemorazioni, alla storia.

I nuclei famigliari dal canto loro rispecchiano nel loro modo di vivere le condizioni economiche, urbanistiche, politiche del tessuto sociale in cui sono immersi e intrisi, dove il consumo è sempre più indirizzato all’individuo che apparentemente e finzionalmente basta a se stesso e che deve fare i conti con un sovrappiù

costantemente a disposizione e dove vi è sempre da poter scegliere. Il metro di riferimento è il consumo inteso non tanto come beni di consumo, ma come “beni che consumo”, che rapidamente rendo inusabili perché nati per essere rapidamente consumati, fagocitati, distrutti, divorati, rotti e quindi sostituiti. Il riferimento è la discarica e non la bottega artigiana dove l’oggetto viene riparato. Per analogia ciò accade sempre più anche con le persone. Nella società odierna sempre più con difficoltà trovano posto coloro che appaiono consumati o non perfettamente efficienti. Anziani, disabili mentali o fisici spesso non sono al centro di percorsi di cura ma di collocazione. Il vero problema, derivante paradossalmente proprio dal maggior benessere che ha allungato la vita e ha reso la nostra società una società cronicamente malata di vita, è che non c’è stata un’analoga educazione alla cura di tale cronicità e appena un oggetto, una situazione, una persona smette di funzionare, viene collocata.

Cronicità equivale spesso ad immobilità o ipomobilità. Nella nostra società, per contro non c’è concetto attualmente che permei maggiormente la cultura in cui abitiamo che non quello di flessibilità. Tutto deve diventare flessibile, intercambiabile, modulare, elastico. Il mercato del lavoro si è ormai orientando sempre più sul concetto di flessibilità, per cui è richiesto ai nuovi assunti di farsi carico di una nuova mentalità per cui è necessario spostarsi, viaggiare, modificare, il proprio *status* lavorativo, traslocare da una azienda all’altra, modificando sempre più il concetto lavorativo di “precario” in “flessibile”. Ciò che un tempo, la fedeltà all’azienda, la stabilità, la garanzia che si sarebbe continuata e perpetuata la tradizione insita nel corpo e nel *corpus* di una ditta, di una azienda, di un’impresa, oggi è proprio ciò che viene visto come caratteristica vecchia e indesiderata [44]. Il progresso tecnologico, che ha portato ad avere sempre più come riferimento il *software* e non l’*hardware*, ha evidenziato sempre più come fosse necessario potersi interfacciare in modo elastico, mutevole, cangiante a questa morbidezza e lassità dei limiti e a questa camaleontica connotazione della forza lavoro e sociale. Tale flessibilità è stata mutuata non solo, ovviamente, in ambito lavorativo, ma un po’ ovunque.

Flessibilità, precarietà e temporaneità dei contesti lavorativi e sociali, amicali ha reso più evidenti condotte di riferimento sociali per cui sempre più si delinea una famiglia in cui i coabitanti appaiono sempre più autoreferenziali. L’acquisizione di una maggiore coscienza di sé come individui con possibilità di scelta e di responsabilità di fronte alla propria libertà sociale ha portato a modificazioni radicali. La parità dei diritti sociali e lavorativi (non ancora la parità culturale) ha reso possibile anni fa l’inizio di un reale processo di autonomizzazione per le donne che ha aperto, anche a loro, possibilità sociali quali quella del divorzio (o della fine di un legame di coppia non matrimoniale) che non erano pensabili per le masse dato che non potevano essere concretamente sostenute da un punto di vista economico e d’altro canto ha messo in scacco un modo storicizzato di intendere

la natura del rapporto di coppia e degli equilibri al suo interno. Nel contempo, mentre si acquisivano maggiori libertà e un maggior lasso di tempo in cui esercitarle, la natalità è crollata contestualmente all'allungamento dell'aspettativa di vita: è infatti sempre più difficile pensare di occuparsi a vita di qualcuno che vive a vita, specie quando a doversene occupare si è sempre più soli. Il processo di industrializzazione e urbanizzazione ha contribuito da decenni a iniziare a smontare il modello di famiglia allargata: le case non sono più luoghi pensati per accogliere famiglie numerose, le dimensioni delle camere sono sempre più piccole nelle abitazioni di nuova costruzione e nella mente anche degli urbanisti e degli architetti c'è sempre meno bisogno di spazi grandi da abitare.

Sempre di più i bambini sono figli unici; i genitori sempre più si separano o divorziano e sempre più ricostruiscono una propria vita affettiva con un *partner* diverso, che spesso ha condiviso la stessa esperienza determinando così la nascita di famiglie nucleari multicentrate. In questo l'opera di costruzione di una personale identità, che precedentemente, nel bene o nel male, fondava la sua struttura anche su una appartenenza già data e dove i guai e le sofferenze concernevano l'appartenere ad un sistema che aveva sue proprie regole, sta lasciando il posto ad una strutturazione della personale identità più problematica. Bauman, citando Dany-Robert Dufour, afferma che i riferimenti del passato sono tutti utilizzabili, ma nessuno di loro ha autorità sufficiente da imporsi a chi cerca punti di riferimento, che non più reperiti nella storia personale e familiare debbono essere ricercati nel mondo dei pari [11]. Da identità verticale, storica, intesa come incarnazione individuale contro cui si combatte e che ciclicamente si sostituisce, magari unendo le forze in gruppo per "la causa", il riferimento attuale è mancante di tale opposizione storica verticale e ci si confronta solo con il gruppo dei pari, svuotato di contenuto e arricchito di consistenza superficiale labirinticamente costituita nel perenne contatto e interazione.

La confusione imperante che avvolge il tutto è il ritenere che l'affrancamento dal modello di appartenenza sia in realtà possibile e che questo possa portare ad un movimento di liberazione, di ottenimento della libertà inteso come "fare quello che si vuole". Questo quando proprio il tentativo di affrancamento dal limite umano attraverso il disconoscimento della solidità del tempo e dello spazio, della realtà tridimensionale, cronica, perennemente morente, non porta altro risultato che presentare successivamente il conto, facendo crollare la finzione onnipotente all'interno di un'inconsapevolezza totale dell'"essere" che è comunque dentro al gioco della vita (e quindi della morte sempre possibilmente arrivante che ne siamo consapevoli o meno). La reale libertà è al contrario "volere quello che si fa", ossia farsi pienamente carico della propria storicità e della pesantezza solida della propria tridimensionalità inserita in un fluire temporale per cui si è liberi solo assumendo su di sé i vincoli dai quali non ci si può liberare, primo fra tutti il proprio *essere gettati nel mondo* e il proprio involontario e incontrovertibile *essere appar-*

tenenti ad un sistema diseguale, ingiusto, irreparabile, imperfetto, ma non meno necessario. Per farsi carico della propria libertà personale occorre una sicurezza di fondo, mancante la quale, gli attori sono privi della fiducia necessaria per esercitare tale libertà. Il grande inganno propugnato dal consumismo è il circondare il soggetto non tanto di oggetti da acquistare continuamente, incessantemente, quanto di finzioni, di fantasie, di specchi dove le merci vengono prodotte esclusivamente per il loro consumo immediato così da rispondere essenzialmente e solamente ad una dinamica di desiderio e di rifiuto della frustrazione [34].

Il vissuto di continuità personale con la possibilità di sostenere un'identità ed un'individualità personale si fa viepiù problematico. La grande confusione, sul piano psicologico, è asserire che questa sia una cultura edonistica dove tutto gira attorno alla tensione verso l'appagamento immediato del desiderio da parte di un "sé" stabile in grado di definirsi come essere senziente e desiderante quando, spesso, tale definizione è tutt'altro che data: non è il desiderio di avere che muove, ma il desiderio, la necessità di *essere*. Memorabile a tale proposito è il ritratto sociale tracciato da Palahniuk nel romanzo "Invisible Monsters" [40].

È l'epoca dell'appagamento attuale, immediato, astorico, per cui tutto deve accadere *ora* e non è possibile attendere "oltre" a causa dell'insopportabilità per il desiderio, l'attesa, il rischio. Significativo osservare come anche il calendario festivo dell'anno sembra avere subito un accorciamento radicale dei tempi vuoti tra una ricorrenza e l'altra. I festoni natalizi iniziano ad essere affissi appena dopo la festività di ognissanti e vengono tolti appena in tempo per mascherarsi per il carnevale, quasi per non poter lasciare spazio ad una quotidianità "normale"; i periodi dei saldi sono sempre più allargati; quando non ci sono festività tradizionali ci pensano i centri commerciali a invadere attraverso i canali pubblicitari le case con "feste" sempre nuove e ridondanti per anniversari, decennali, ricorrenze sempre più improbabili, mero pretesto per tenere aperto un giorno di più.

Viviamo in una continua festa, in una continua danza macabra dove quando finisce la musica il rischio è di non avere altro posto che essere fuori dal giro. Essenzialmente desideriamo ciò che vediamo, ma se vediamo quello che viene fatto vedere, allora desideriamo ciò che ci viene fatto vedere, e se ci viene fatta vedere sempre la stessa cosa ovunque noi siamo, allora desideriamo essenzialmente tutti la "stessa" cosa "ovunque" noi siamo. In tale contesto dove desiderare "altro" non è più lecito, nella misura in cui sparisce l'attesa, il desiderio, la tensione, sparisce, purtroppo la speranza e lo slancio in avanti.

Stante la lunga premessa prima esposta appare evidente che il concetto di normalità, inteso come uno stato sia collettivamente che soggettivamente vissuto come adeguato alla propria condizione, si sia radicalmente modificato negli ultimi decenni. Il crollo degli storici parametri di riferimento e di contenimento

sociali che potevano essere rappresentati da una semplificatoria, a volte ridicola e grottesca, a volte tragica e sanguinosa, a volte assurda e demenziale, ma comunque sempre presente, definizione di una faziosità cui appartenere e che collocava nell'appartenenza del bene e del male, ha reso la situazione sociale estremamente più complessa.

La comparsa non solo in ambito scientifico, ma sempre più anche in ambito filosofico, psicologico, esistenziale, umano, economico, di concetti quali la flessibilità, la liquidità, la relatività ha imposto all'uomo moderno di confrontarsi con una realtà (oggettiva, non soggettiva) che è molto più possibilista di un tempo. Questo, tuttavia ha generato molta confusione tra i concetti di *possibilità* e *libertà*, anche a causa di un contemporaneo processo di "ritardo" complessivo in quella maturazione individuale (il processo di autonomizzazione anche pratica ed economica si è via via spostato in avanti negli anni) che dovrebbe consentire all'individuo di gestire la pletora di possibilità che gli si parano innanzi, illudendo che l'accesso sconsiderato a tutto ciò che circonda significhi essere liberi. Si configura un individuo continuamente scegliente dove nessuna scelta è duratura. Il soggetto attuale deve essere un soggetto consumante in cui la possibilità di non radicarsi mai troppo su una scelta è il fondamento del nostro capitalismo *liquido*. Si va a configurare un io "stabilmente instabile", completamente incompleto, definitivamente indefinito e autenticamente in autentico [11]. Questa è la nuova normalità.

È *normale*, non entrando in merito alle valenze educative dei contenuti dei programmi, che i bambini di oggi trascorrono molto tempo davanti alla televisione e che trovino sempre a disposizione un cartone animato; è *normale* che si utilizzi fin da ragazzi, cosa che ormai viene insegnata nelle scuole, il *personal computer* e che ci sia accesso per tutti alla navigazione su *internet*; è *normale* che la massa della popolazione possieda fin da ragazzi un telefono cellulare; è *normale* che gli adulti dei paesi occidentali spesso "migrino" quotidianamente in massa per andare a lavorare, determinando così flussi di massa verso e dai grandi centri urbani, sedi di fabbriche e uffici; è *normale* che anche i ragazzi come gli adulti migrino nei fine settimana verso nuovi centri di aggregazione (discoteche e centri commerciali); è *normale* oggi avere accesso a sostanze stupefacenti i cui effetti sulla mente sono profondamente differenti rispetto alle droghe in uso fino a pochi decenni fa.

Questi fatti si ritiene che abbiano complessivamente un effetto considerevole sulla strutturazione e definizione della mente umana. Questa considerazione non vuole avere caratteristica di giudizio, ma essere solamente un'iniziale presa di coscienza che nasce dalla constatazione che i labirinti moderni in cui la mente umana spesso naufraga, dando vita a forme psicopatologiche diverse, appaiono per alcuni versi radicalmente diversi rispetto alle descrizioni cliniche di inizio secolo. Non ritenendo di poter imputare tali mutamenti a stravolgimenti biologi-

ci, organici, genetici, che sappiamo richiedere alla specie tempi di gran lunga maggiori per manifestarsi, si ribadisce il concetto che ogni cultura ha la sua psicopatologia, ritenendo che il disagio che appare più specifico nel nostro tempo si regge su una profonda modificazione del modo in cui viene percepita anche la realtà “normale” nelle sue coordinate spaziali, temporali, relazionali e non solo nel contenuto simbolico che appartiene ad ogni momento storico.

Si ritiene che il *tempo* in cui sono immersi i figli della società attuale sia un tempo tutto speciale, un tempo che non segue più le modificazioni naturali imposte dal vincolo naturale (il moto di rotazione e rivoluzione della Terra e della Luna, il variare delle stagioni, l'assestarsi della luce e del buio), ma che si è svincolato da esse per rispondere alle esigenze imposte dal progresso tecnologico. L'ontologica *inferiorità* dell'uomo come specie (dato che quindi appare come carattere essenziale dell'uomo in quanto tale) ha determinato lo sviluppo *compensatorio* della cultura, della tecnologia, dell'urbanistica, della capacità di condividere e scambiare informazioni (e in sostanza denaro e quindi potere, tanto da non essere accessibile da parte di tutti in modo uguale) con la finalità fittizia e assolutamente illusoria da parte dell'uomo di poter controllare la vita e il mondo e di essere in grado di detenere realmente una qualche forma di potere sul contesto naturale cui appartiene e in cui l'avvicinarsi della vita e della morte, della salute e della malattia, dei differenti stati d'animo e affetti è la regola.

Si è ceduto al «desiderio irresistibile di trovare una meta atta a rendere sopportabile la vita, dandole una direzione, fonte di calma e di sicurezza» (1, p. 14), almeno nelle intenzioni. Ciò senza rendersi conto tuttavia che il progresso tecnico e tecnologico che è stato il prodotto di tale movimento ipercompensatorio che avrebbe sancito idealmente il potere di controllo dell'uomo sul mondo, delineando al più una società “nevrotica”, è ormai dilagante ad un ritmo sempre più rapido e si è ormai autonomizzato rispetto alla possibilità umana di esercitare un qualsivoglia controllo su di esso [28]. Ormai si frequentano sempre più mondi virtuali e paralleli e il confine tra il mondo reale e quello virtuale è sempre più faticoso da cogliere (si veda in proposito il film “Nirvana” di Gabriele Salvatores, così come il recente fenomeno di “Second life”) e ciò delinea sempre più quanto la solidità dei confini, dei limiti sia stata messa in crisi. Tutto questo senza che in realtà nessuna innovazione tecnica, tecnologica, mediatica, informatica, medica possa medicare l'originaria *ferita* umana: l'impossibilità di mantenere sotto controllo alcunché, in prima istanza il rapporto con la propria morte.

VIII. Nuova follia

Il panorama sociale ed economico appare, dunque, essere profondamente mutato negli ultimi decenni. Anche per ciò che riguarda la clinica e la psicopatologia si

è assistito ad un profondo e radicale mutamento. Se questo è rilevabile dal punto di vista nosografico con una modificazione progressiva del sistema diagnostico ufficiale (DSM o ICD), è ancora più evidente da un punto di vista prettamente clinico.

Negli ultimi anni gli studi privati e gli ambulatori pubblici, le comunità terapeutiche e riabilitative, i servizi ospedalieri di pronto soccorso e i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), così come cliniche e centri specializzati hanno cominciato sempre più a conoscere una nuova massa di “folli” che sembra essere costituita da un’eterogenea accozzaglia di situazioni variegata, multiformi, profondamente differenti tra loro in quanto a sintomatologia, gravità, disabilità, prognosi. Superando l’apparenza più immediata, si ritiene che in realtà la situazione sia profondamente diversa.

Operando una semplificazione probabilmente arbitraria, che peraltro non può che essere tale proprio in quanto definizione *a priori* di categorie inclusive ed esclusive e, quindi, con tutti i limiti e i significati finzionali di rassicurazione rispetto al non già noto che tale procedimento può avere, si propone una suddivisione delle forme di disagio psichico in due macrogruppi. Nel primo si possono includere le manifestazioni che nel corso della storia, secondo le descrizioni storiche e cliniche, hanno conosciuto modificazioni essenziali nel contenuto, rimanendo sostanzialmente invariate nella forma, ossia nel *modo* con cui l’essere umano si rapporta al mondo attraverso gli *a priori* spazio-temporali. A tale gruppo appartengono le psicosi maggiori come la schizofrenia e la psicosi maniacodepressiva, al di là delle denominazioni con cui attualmente queste vengano definite. Tali condizioni implicano una decisa frattura rispetto alla realtà circostante nel tentativo fallito di mantenere un possibile rapporto con un mondo perlomeno sopportabile. Esse si manifestano con profonde modificazioni dei parametri spaziali e temporali e sono, con maggiore probabilità, associate ad anomalie anche biologiche ed organiche, anche se, come ricorda Minkowski, «L’io biologico non esiste in se stesso e per se stesso: è sempre immerso nella vita» (37, p. 115).

Parlare di depressione unipolare o depressione maggiore, di depressione melanconica, significa riferirsi ad una condizione in cui oltre ad una clinica caratterizzata per una deflessione del timismo, da una contrazione della motivazione e dell’energia psichica, dalla presenza di pensieri di colpa e rovina che possono arrivare al delirio vero e proprio, può sussistere essenzialmente una complessiva contrazione dell’esistente nei rapporti con il mondo: contrazione dello spazio vissuto e praticabile che, attraverso un processo di raggrinzimento e di inaridimento nella privazione del fluido vitale che permette ai piani esistenziali di scorrere l’uno sull’altro e di lasciarsi trascorrere in un tempo che fluisce, viene poco per volta a delineare un mondo in cui lo spazio diviene sempre più piccolo, a volte esitante nella propria abitazione, nella propria stanza, nel proprio letto, nel pro-

prio corpo. A volte anche il corpo non è più un terreno sicuro e possibilmente praticabile e si arriva nella sindrome di Cotard che denega la stessa esistenza del corpo o di parti di esso. Contrazione del tempo vissuto, che dal suo articolarsi fluido delinea un possibile incedere da un passato attraverso il presente verso un proprio futuro possibile, divenendo un tempo via via più ridotto, in cui il futuro si perde, si arresta, si congela. Un tempo in cui il proprio passato non appare mai passato del tutto e si ripropone opprimendo e schiacciando in un appiattimento assoluto la solidità tridimensionale del vivere, gettando in baratri bui ove le normali sfumature si perdono.

Nella fase euforica della psicosi maniacodepressiva, peraltro, l'exasperazione dei contrasti esistenziali determina la cristallizzazione nell'opposto, nel movimento incessante, continuo, senza sosta in cui lo spazio e il tempo subiscono un processo di amplificazione, in cui ogni processo esistenziale diviene l'iperbole di se stessa, in cui i legami vitali vengono costantemente scavalcati all'insegna della possibilità assoluta, continua e senza ostacoli. La tridimensionalità della vita viene appiattita e percepita come dall'alto attraverso un processo osservativo di cui il soggetto sembra non fare più parte attiva del mondo, essendone contaminato e contaminandolo, bensì semplicemente sorvolandolo. Si perde la profondità della vita mantenendo un'amplificazione della temporalizzazione spazializzata che dilata l'esperienza contraendo la dimensione della mondanità. Tutto è a portata di mano senza che il soggetto possa in alcun modo essere arrestato, frenato dall'attrito cui ogni corpo vivente avente una massa, un peso specifico, una carnalità incontra nel proprio incedere nel mondo. Il presente appare costantemente sgretolato e sfilacciato rispetto ad un passato che non è più duraturo e ad un futuro che appare sempre come la propria perpetua possibilizzazione senza che ciò incontri mai una messa in pratica finalizzata di alcunché. Si evince chiaramente come il finalismo causale, che sottende ogni movimento psichico e fisico, si dirami in ramificazioni labirintiche senza che in nessuna di esse si ritrovi la messa in pratica della possibilità umana.

In entrambi i casi tale è la distanza dal *mondo comune*, dalla vita, dall'essere con l'altro, che non appare più esservi alcuna tensione finalistica. Nel primo caso si perde totalmente il riferimento con la "possibilità" come dimensione esistenziale (perdendosi quindi ogni possibile progettualità), mentre nel secondo caso il futuro vissuto come assoluta possibilità perde i propri riferimenti mondani, irreversibili, irrevocabili, storici con un passato che abbandona la presa rispetto alla corporeità temporospaziale dell'individuo.

Per ciò che riguarda la psicosi schizofrenica si assiste allo smarrimento del fluido incedere del tempo vissuto che si frantuma, non perdendosi come accade nella psicosi maniacodepressiva, perché cristallizzato nell'una o nell'altra dimensione passata o futura, bensì perché si perde assolutamente la struttura unitaria del

tempo vissuto. Il tempo dello schizofrenico è un tempo sfrangiato ove il passato non passa, non trascorre, non lascia spazio al presente e al suo accadere, con la possibilità di incontrare il misterioso e l'imprevedibile insito nell'esperienza umana in quanto tale, e il futuro non riesce a strutturarsi nella propria dimensione di avvenire e di attesa angosciante, ma comunque gravida e fertile.

Se ciò è sommariamente ciò che accade nelle esperienze vissute dei soggetti psicotici, si ritiene che non vi siano state nel corso del confronto con i cambiamenti sociali, ambientali e culturali storicamente inseriti, delle modificazioni sostanziali nella "forma" di tali condizioni, bensì che profondi mutamenti si possano ravvisare nei contenuti che popolano le manifestazioni sintomatologiche con cui esse si presentano, specialmente a carico della sfera idetica.

Nel secondo gruppo si intendono inserire le altre forme con cui si manifesta il disagio, ossia forme che denotano una più stretta dipendenza ed influenzamento nel confronto con la società di appartenenza sia per ciò che riguarda il contenuto che la forma con cui l'essere umano si confronta con il tempo e con lo spazio vissuto. Appare logico pensare che le trasformazioni che hanno coinvolto la società, la cultura, l'economia, la politica, la tecnologia nelle loro accezioni più vaste abbiano contaminato in modi sempre diversi il "contenuto" della mente umana, fornendo un materiale di elaborazione per il sé creativo che era impensabile precedentemente. Questo fornisce a nostro avviso una più che plausibile giustificazione alla comparsa, anche nelle forme di disagio psichico, che altro non sono che una manifestazione altra della possibilità umana rispetto ad un concetto di "normalità", di contenuti nuovi. La paranoia sempre più si esplica sostanzialmente con la certezza incrollabile di essere messi sotto controllo con l'ausilio di strumenti elettronici, microspie, telecamere. Il delirio di influenzamento spesso parte dalla constatazione allucinatória che "in televisione si parla di me" (un esempio letterario emblematico in tal senso è fornito da Paul Auster nel libro "Timbuctù" [8]). Le manifestazioni grandiose della euforia maniacale si manifestano con un'aumentata potenza che non si traduce più così frequentemente con una presa di contatto con il divino, come accadeva nelle esperienze sciamaniche, bensì con il vissuto di un'accresciuta potenza lavorativa, economica, politica, sociale, sessuale. Le manifestazioni legate ai disturbi alimentari, presenti anche in tempi lontani, se un tempo apparivano più legate a manifestazioni di tipo ascetico-mistico oggi appaiono arricchite e mutate in direzione di un immaginario collettivo indirizzato verso modelli proposti dai mass media legati alla leggerezza scheletrica come elemento insito di per sé nella moda o nella attrattiva sessuale (non sessuale), proposta nella società occidentale odierna, dove il gioco di potere, elemento cardine dell'anoressia, non è più veicolato dal contatto con il divino, ma con il terreno. Le procedure di controllo e le ossessioni che si manifestano a livello del contenuto del pensiero traggono i propri contenuti dalla vita quotidiana moderna (si controlla ripetutamente di aver chiuso il gas, l'acqua, ad esempio).

Considerazioni banali queste, ma che vogliono solo mostrare come l'uomo, essere sociale, non può che trarre il materiale per il proprio processo immaginativo e creativo individuale, individualmente elaborato e significato, da ciò che collettivamente la società di cui fa parte propone come modello di riferimento culturale. Forme psicopatologiche tipiche di un'epoca sociale passata come l'isteria charcottiana, fine '800 inizi '900, si sono, perciò, poco per volta perse tra i libri di storia della medicina e della psichiatria e non trovano più grande rilievo nella clinica odierna. Le classiche forme di nevrosi, basate storicamente su una clinica simbolica e che sono servite come riferimento alle scuole di psicologia del profondo e alla psichiatria dinamicamente orientata fino ai decenni centrali del secolo scorso, sono andate via via perdendo la loro importanza clinica lasciando il posto a manifestazioni che possono essere definite grossolanamente come psicopatologie presimboliche.

Soggetti classificati come affetti da disturbo borderline di personalità, disturbi alimentari, disturbo da attacco di panico, dipendenza o abuso di nuove sostanze psicotrope, hanno cominciato ad essere assidui frequentatori di servizi dedicati alla salute mentale ricevendo sempre maggiori cure, attenzioni e riconoscimento e presentando una clinica che appare essere sostanzialmente giocata sul tema del limite e dell'identità, che la tradizione psicoanalitica ha tradotto in un nuovo concettualizzare il "narcisismo" aprendo con ciò una profonda crisi interna al suo stesso impianto teorico. Sembra che se prima la dialettica fosse tra il *non potere* e il *potere*, tra il *desiderare* e il *non riuscire*, in una dialettica che nelle differenti scuole ha preso accezioni spesso molto distanti l'una dalle altre, nell'ultimo periodo si è assistito ad una tale complessificazione della situazione per cui i fondamenti di ogni orientamento non possono non confrontarsi con un radicale modificarsi della realtà.

La clinica attuale sembra non potersi più solo collocare in una "dialettica", adlerianamente parlando, oscillante tra il difficile equilibrio tra sentimento sociale, volontà di potenza, complesso di inferiorità, compensazioni e ipercompensazioni, dato che l'apparire di tali forme nuove di follia apre radicalmente l'accesso ad un baratro ancora più profondo. Le riflessioni teoriche proposte da Adler rimangono in tutta la loro validità nella misura in cui il terapeuta si confronti con un *individuo* che porta con sé il proprio *stile di vita* assolutamente unico, irripetibile, determinato finalisticamente dall'opera poetica del *Sé creativo*, e il personale *piano di vita* caratterizzato da finzioni da svelare, da significati e simbolismi personali da decodificare. L'impressione è che però sempre più il terapeuta fatichi, specie nelle forme cliniche sopra citate, che si vogliono qui denominare forme "ibrido-liquide", a trovarsi di fronte ad un siffatto *individuo*, spesso perso nei meandri del troppo possibile senza che tuttavia questo possa confrontarsi con una stabilità foss'anche patologica. Sembra che il modello più diffuso di stile di vita sia quello dell'instabilità e dell'impossibilità a fermarsi, in un vortice finzionale

di continue opportunità che tuttavia non vengono vissute come possibile articolarsi del soggetto in relazione con il suo ambiente alla luce del proprio stile di vita individuale, bensì come continuo rimando identitario in cui il porsi in questa o in quella dimensione fornisce frammenti spesso non coesi di identità presa a prestito dall'esterno.

In una società come quella attuale sempre più prevale il modello di "ibridazione", e tale concetto sembra trovare un parallelo anche nella presentazione psicopatologica. Si potrebbe parlare, utilizzando un concetto di Rovera, di una pletora di disturbi ibridi, in cui i dati che emergono in modo più evidente sono una «Patologia del Sé con modalità pervasiva polimorfa, volontà di potenza distorta, mete ipercompensatorie fittizie, particolare deficit cognitivi, impoverimento del sentimento sociale, aggressività maligna, identità psico-sessuale e corporea imperfetta, falsificazione dell'esistenza» (43, p. 4). Se infatti nel concetto di ibridazione è implicita una tendenza ad operare una mescolanza che tuttavia ha perso i riferimenti forti che consentono lo stesso mescolare senza perdersi, si comprende bene come sul fronte psicopatologico le situazioni che appaiono sempre più evidenti sono quelle di perdita dei confini, dei limiti, delle definizioni, del concetto stesso di individuo.

Si comprende bene come la Psicologia Individuale, che pone proprio l'individuo inserito nel proprio contesto sociale e culturale al centro del proprio pensare ed agire in senso metapsicologico e terapeutico, non può non essere chiaramente interrogata proprio su queste situazioni limite. In queste forme non psicotiche, specie se compromesse in modo grave dal punto di vista clinico e psicopatologico, la stessa strutturazione dello stile di vita individuale rischia di restare in forma abbozzata, amorfa (con una clinica non più individualmente connotata e simbolicamente caratterizzata, ma ove il presimbolico, l'agito, l'impulsività, indici di un'indefinizione assoluta, appaiono come elementi determinanti) o scissa (nel senso della possibilità di strutturare uno stile di vita apparentemente stabile con un adattamento funzionale alla vita sociale, e accanto a questo il manifestarsi della possibilità di uno scivolamento verso funzionamenti presimbolici o asimbolici in cui l'elemento della frattura temporale irrompe con tutta la sua forza, tipicamente nella comparsa degli attacchi di panico, così come nell'uso "a spot" di nuove sostanze stupefacenti, tipicamente nei fine settimana).

L'armamentario tipico del procedere terapeutico analitico che prevedeva, a seconda della scuola di appartenenza, l'interpretazione, l'analisi del transfert, l'analisi dello stile di vita, l'analisi dei sogni e di altre manifestazioni dell'inconscio ha dovuto mettersi completamente in gioco vivendo momenti di profonda crisi. Se i disturbi sopra citati, specie nelle loro forme più severe, mettono in scacco la classica dinamica di simbolizzazione e significazione, occorre fermarsi per riflettere su quale terreno di gioco la partita si stia giocando.

La nuova clinica è una clinica presimbolica, basata essenzialmente sulla lassità o addirittura sulla carenza del limite e sulla presentazione di movimenti di tipo impulsivo, di *acting*, di uno psichismo corporeo ove il raggiungimento del piacere immediato o perlomeno della cessazione del dolore psichico che deriva a volte dalla possibilità stessa di pensare (e contemporaneamente dall'impossibilità di accedere pienamente alla follia), appaiono spesso predominanti sulla possibilità di reperire significati simbolici individuali. Il soggetto clinicamente identificato come borderline vive costantemente sul ciglio del baratro. Un passo in avanti verso il *mondo comune* può determinare la caduta nelle profondità più irraggiungibili e qualunque spazio e tempo vuoto sono vissuti come la costante minaccia del franare del terreno sotto i piedi. In tal senso tutte le relazioni sono vissute come potenzialmente salvifiche e potenzialmente mortifere, poiché viene riversata in ciascuna di esse, da un lato, l'assoluta necessità di colmare il vuoto strutturale di cui il soggetto si sente costantemente prigioniero e, dall'altro, la possibilità sempre vissuta di poter essere l'artefice della propria sofferenza, del proprio dolore, della propria morte. È tale la profondità dell'angoscia senza nome che viene provata, che l'unico modo per poterla spegnere è spesso quello di far comparire un dolore del corpo, più stabile, più identificato, più preciso o, dall'altro canto, lo spegnere lo psichismo con massicce dosi di farmaci o alcool nella ricerca di uno stordimento e di un offuscamento più sopportabili o con la ricerca della morte. In tal senso va chiarito tuttavia che i tentativi di suicidio di soggetti strutturalmente ibrido-liquidi non vanno intesi il più delle volte come lo strutturarsi di una progettualità mortifera di autosoppressione, ma come il tentativo di annullare nell'istante attuale un dolore che è insopportabile, ed è insopportabile proprio *perché non vi è altro tempo che l'adesso*. Spesso tali persone, dopo pochi minuti da che sono stati salvati da un siffatto tentativo, ritornano a scherzare e a vivere "come se nulla fosse".

Ciò corrisponde esattamente al vissuto di un tempo che è gelidamente e a volte incomprensibilmente per il terapeuta compartimentalizzato e suddiviso in scatole a tenuta stagna dove, chiusa una, se ne apre un'altra senza alcun collegamento. In forma meno drammatica ciò accade anche nelle situazioni, che riteniamo essere comunque parte di questa fluida categoria clinica delle condizioni ibrido-liquide, che nosograficamente possono essere identificate nella bulimia nervosa, nell'uso di sostanze stupefacenti (cocaina e nuove sostanze eccitanti), nel disturbo da attacchi di panico. In tutte queste condizioni, infatti, si ravvisa la stessa *vertigine del vuoto* e la stessa *impossibilità ad accedere al simbolico* che viene saltato in favore di un accesso fisico, corporeo, carnale che non lascia spazio al pensiero, al vuoto, al dolore, alla gioia.

Si è posta molta attenzione alle possibili origini traumatiche dei disturbi borderline. Non si vuole entrare qui in merito alla questione. Si vuole solo segnalare che in una società in cui sono sempre più indefiniti i ruoli, i confini, i mandati, la pos-

sibilità di operare un riconoscimento dell'individuo che esiste in quanto tale non essendo supportati da un sistema di identificazione già dato (dove magari non era in gioco la componente affettiva, ma quantomeno quella contenitiva) è *di per sé* un vissuto traumatico.

Nei racconti rimemoranti (magari donati dopo lunghi mesi o anni di "terapia", dopo che è risultato possibile vivere il luogo terapeutico come luogo non minaccioso) dei soggetti affetti da questo spettro di disturbi appare sempre l'elemento della non considerazione di sé come individui, abuso inteso come violenza sessuale, psicologica, fisica, come annullamento della propria esistenza in favore dei bisogni di genitori a loro volta alle prese con istanze narcisistiche di sopravvivenza psichica in un mondo dove tutto è incerto e fluido. La situazione attuale parla, da un lato, di una sempre maggiore fatica a strutturarsi a partire dalla base sicura su cui si è e dall'altro del confronto che tale fragile continuità deve sostenere con un mondo sempre più possibile e, quindi, sempre più angosciante. Se quindi giustamente Adler faceva già notare che l'angoscia, anche nelle sue "moderne" manifestazioni agorafobiche, ha a che fare con una vertigine dell'altezza derivante dal porsi più in alto degli altri e dal bisogno, devalorizzando apparentemente se stessi, di controllare e di dominare gli altri, si ritiene tuttavia che la vertigine sia oggi così perturbante anche perché sembra mancare sempre più un solido terreno da cui elevarsi [2].

In tali situazioni di instabilità strutturale, il paziente può avere difficoltà ad accedere alla possibilità di un trattamento psicoterapeutico secondo le regole previste in modo "classico" dal *setting*. In un'ottica adleriana il processo di trattamento può essere schematicamente suddiviso in tre fasi. La prima è dedicata alla comprensione da parte del terapeuta dello stile di vita del soggetto, facendo riferimento alla raccolta dei dati anamnestici, della costellazione familiare, alla raccolta dei primi ricordi, all'analisi dei sogni; la seconda fase prevede che il soggetto stesso acquisisca consapevolezza del proprio stile di vita; la terza fase riguarda la revisione che l'analizzato deve apportare al proprio stile di vita [38]. Questa suddivisione sicuramente valida in senso generale rischia tuttavia di perdere almeno parzialmente validità nel caso in cui il soggetto soffra di una condizione ibrida dove il tema principale riguarda la definizione dei confini e dei limiti. Nella misura in cui vi sia una grave compromissione sul fronte relazionale, comportamentale, sociale, psicopatologico che si manifesta attraverso il presentarsi caotico, poliedrico, non rimemorante e assolutamente stante nell'ora astorica dell'istante impulsivo, agito e non pensato, presimbolico del fluire senza confini dei vissuti, delle emozioni, dei pensieri, come tipicamente accade nelle condizioni borderline (ma che meno drammaticamente accade anche nelle crisi di panico), appare evidente che l'accesso alle tre fasi sopra citate che caratterizzano un processo psicoterapeutico classicamente inteso potrebbe essere addirittura considerata non una condizione per il trattamento, ma il trattamento stesso.

Un tale *iter* forse è fin troppo maturo e stabile per un soggetto che fatica a vivere il proprio presente come parte di un fluire strutturatosi nella storia personale che coglie nel passato e si pro-getta in là nel futuro e dove il presentarsi in un confronto troppo serrato con il mondo genera la necessità di scaricare l'angoscia attraverso un atto impulsivo o la somatizzazione asimbolica della crisi di quasi-morte dell'attacco di panico. Per avere accesso ai ricordi, ai sogni, al processo di simbolizzazione che si struttura all'interno di un *setting* terapeutico o analitico deve esserci primariamente la possibilità che il *setting* mantenga una minima stabilità.

In tali situazioni, la possibilità di un intervento basato su uno schema psicoterapeutico classicamente inteso ove l'acquisizione di consapevolezza, l'insight, a cui dovrebbe seguire una ristrutturazione del proprio stile di vita, non è perseguibile proprio a causa della necessità di rifondare primariamente un confine del sé individuale sicuro e più stabile. Del resto la Psicologia Individuale identifica come presupposto per la possibilità di strutturare una configurazione psicologica relativamente stabile una corrispondente capacità di distinguersi in modo altrettanto stabile dagli altri, con la possibilità di sperimentare relazioni ambientali realistiche, in continua ambivalenza tra bisogni autoaffermativi (aspirazione alla supremazia) e di convalida sociale (sentimento sociale). Se tuttavia proprio tale definizione è in questione, si comprende bene come possa essere carente la strutturazione di uno stile di vita stabile. Non a caso, come è già stato accennato, s'intende definire tali forme cliniche come ibrido-liquide. Soggetti che vivono l'impetuosità incoercibile della propria parte emozionale e che appaiono in balia di movimenti affettivi non integrabili tra loro, in un tempo frantumato e compartimentalizzato con una disintegrazione del fluire storico in piccoli scampoli ove tutto ciò che accade ora è assolutamente vero, difficilmente possono essere "presi" da un'interpretazione assolutamente corretta nel contenuto su una resistenza, a volte palese rispetto al *setting* terapeutico. L'accogliere un'interpretazione è un processo né scontato né semplice e richiede innanzitutto una fiducia, un affidarsi, un riconoscere la non pericolosità dell'altro di fronte a sé, elementi questi che spesso sono i nodi problematici più evidenti dei soggetti affetti da disturbi ibridi.

La maggiore tenuta sociale di un soggetto affetto da attacchi di panico rispetto all'impulsività solamente agita di un soggetto borderline con un funzionamento gravemente compromesso può celare un uguale latente terrore rispetto al fidarsi dell'altro. In tal senso l'interpretare (e prima ancora il vivere) gli attacchi al *setting* da parte del terapeuta esclusivamente come "resistenze" al trattamento, da smontare per procedere oltre nel lavoro analitico, rischia di non cogliere l'altro lato del problema. In situazioni in cui si vive la minaccia continua al proprio essere, il significato implicato può non essere solo giocato sul fronte del potere e della devalorizzazione del terapeuta, ma può anche essere la condizione minima di

sopravvivenza, tale per cui “posso stare nella relazione a queste condizioni” (si vedano sedute saltate, orari non rispettati, ritardi nei pagamenti, tentativi di contaminare il *setting* personale con “visite” o consulenze per parenti, tentativi di confondere i ruoli psicoterapeutici e farmacoterapeutici). Qui più che mai il terreno *apparentemente preparatorio* per condurre in porto un processo terapeutico e analitico, costituito dalle tre fasi della terapia sopra citate e che può coinvolgere un tempo estremamente lungo, mesi, a volte anni perché si strutturi una fiducia tale del terapeuta e del contesto terapeutico da consentire il rispetto pieno degli accordi inizialmente presi, è in realtà non un preludio ma la terapia in se stessa. La terapia *non avrà luogo dopo* aver definito questi confini, per reggersi sul rispetto di essi come presupposto condiviso, sondabile e interpretabile nei momenti di mancanza o di attacco, ma dopo essere giunti a una condizione in cui prende corpo l'accettazione dei limiti e dei confini imposti dalla relazione con l'altro, vissuto come non mortifero e invasivo, si può probabilmente considerare la terapia conclusa. Il consentirsi di essere ospitati per divenire a propria volta ospiti dell'Altro, dell'alterità dell'altro, del mondo, della vita è innegabilmente segnale di “guarigione”, intesa come assunzione della stabilità e della responsabilità della propria esistenza e come fluida possibilità di affrontare i *compiti vitali* che sono propri di ciascun individuo.

Nel trattamento di disturbi ibridi la relazione possibile è spesso esattamente quella condizione che può essere sostenuta e dove piuttosto il dotarsi di un *setting* di rete o allargato (a patto che i nodi della rete siano in una costante, chiara, schietta comunicazione e strutturazione della formulazione delle ipotesi terapeutiche del caso, pena il gioco di inversione dei ruoli, di confusione, di collusione, di distrazione che un soggetto abituato per sopravvivenza alla fluidità, all'agire, al non-sostare su nulla con il pensiero è avvezzo con abilità e naturalezza a mettere in piedi ogniqualvolta gliene si offra l'occasione) ha spesso più successo che stringere in modo rigido e asfissiante un unico *setting* già definito. In tal senso va ricordato che quasi sempre per il trattamento di un disturbo ibrido-liquido va integrato un intervento psicofarmacologico atto a contenere la dimensione impulsiva del soggetto (tipicamente con una terapia a base di un farmaco SSRI o di uno stabilizzatore dell'umore).

Questo comporta che per il trattamento di tali disturbi spesso non è sufficiente una sola figura psicoterapeutica (se è possibile fare una psicoterapia senza dare farmaci, non si ritiene possibile dare farmaci senza una comprensione dello stile di vita della persona che si sta curando e quindi agire in senso lato una funzione psicoterapeutica), bensì un “luogo” psicoterapeutico, ove gli attori, i *setting*, i contesti debbono, entro confini precisi e ben definiti, contribuire a formare una sorta di mente unitaria ma allo stesso tempo suddivisa. Evidente che ancor più in questo caso i due, o più, attori debbono mettere in atto quell'integrazione che i soggetti ibrido-liquidi non riescono assolutamente a realizzare vivendo spesso in

frammenti di tempo, di relazioni, di rappresentazioni di sé e del mondo sCOORDINATI e spesso contrastanti ed opposti tra loro. Forse proprio quest'opera di integrazione dei frammenti è uno degli obiettivi di maggior rilievo nel trattamento di tali condizioni. Forse è anche questo uno dei significati possibili rispetto all'apertura, al rinnovamento della teoria e della prassi nel mantenimento dei principi di fondo che è stata ricordata da Rovera e ripresa poi da Ferrigno [24] e che riporta alla necessità di cogliere l'individuo inserito nel fluire della sua interpretazione del mondo.

Qui il tentativo a volte latente di "possedere" il paziente da parte del terapeuta rischia di portare quest'ultimo a disperati tentativi di presa su un soggetto che non può per sua natura venire afferrato, né preso proprio perché strutturalmente liquido e quindi, se da un lato appare assolutamente funzionante secondo un principio di tipo mimetico adesivo di soddisfazione delle attese del terapeuta (spesso ne assume le posture, inizia a parlare con il suo linguaggio, porta sogni se il terapeuta è curioso in tal senso; a volte si appalesa una più chiara seduzione del terapeuta), d'altro canto, proprio per il timore dell'invasione che teme poter essere messa in gioco dal terapeuta stesso è assolutamente sfuggibile, pena il terrore di annichilimento, di fagocitazione, di perdita dei confini del sé. Solo la possibilità di far sentire che la forma informe che tale liquidità ha preso nel tempo cristallizzandosi in un fluido camaleontismo cangiante, sempre mutevole può comunque essere accettata ora per quello che può essere, nella consapevolezza (da parte del terapeuta) che tuttavia proprio tale forma informe impedisce da un lato il vivere strutturato in modo "sano" nei tre compiti vitali, dall'altro lo strutturarsi di un *setting* terapeutico, "scolasticamente" inteso, può porgere al paziente un sentire da parte di un orecchio attento, obliquo, non pretenzioso ma sempre presente.

È essenziale che quest'ascolto resti sempre disponibile, ma non manipolabile, che non sia influenzato nella propria possibilità d'essere dalla rabbia distruttiva e dalla tenera aggressività maligna che caratterizza proprio l'essenza dei disturbi ibrido-liquidi e che quindi le regole del *setting* vengano difese in modo fermo ma elastico nel continuo monitoraggio della propria aggressività elicitata dal rischio di sentirsi detronizzato da parte del paziente. Se è importante ad esempio raccogliere informazioni determinanti per cogliere quali siano i dinamismi assolutamente individuali del soggetto in rapporto all'interpretazione che dà di sé e del mondo che lo circonda attraverso la raccolta dei primi ricordi, della costellazione familiare, dell'anamnesi clinica, se necessario, debitamente mascherata, di eventuali test, appare evidente come tutto ciò può cadere nel vuoto, nel momento in cui il paziente, ad esempio, non riesce a ricordare (in una clinica ibrido-liquida non è così raro).

Il terapeuta viene chiamato costantemente al compito tanto assurdo quanto necessario di comprendere come possibili, senza colludere con esse, le violazioni

messe in opera da parte del paziente senza viverle semplicemente come provocazioni e come attacchi al suo (illusorio e fittizio) potere, ma potendole anche leggere come estrema difesa che cerca di tutelare un sé fragile, sempre a rischio, indefinito, sempre alla ricerca di attenzione e cura ma sempre rifuggente proprio da queste. Il poter ritrovare una sicurezza di sé spesso passa proprio attraverso la sicurezza che le cose, solide, croniche (di una realtà che ferisce quando ci si sbatte contro, che può coccolare nella sua morbidezza soffice e graffiare per la sua ruvidezza) forniscono ad un'esistenza liquida. Questa, inevitabilmente, finirà con l'adattarsi alla *solidità* del contenitore che la accoglie, che *non può essere rigida*, ma, allo stesso tempo, non può che essere ferma in quel paradosso aporetico che il paziente ibrido-liquido ingaggia costantemente con il proprio terapeuta.

Spesso il lavoro terapeutico con soggetti fortemente traumatizzati (violati, abbandonati, dimenticati, mai esistiti...) non può che passare attraverso la dolorosa fase del riuscire a prendere coscienza delle cose così come sono, a riprendere contatto con il mondo nella sua solidità e con la sua cronicità, pur rinunciando a qualsivoglia velleità riparatoria, a qualsiasi vendetta inutile rispetto al rifondare ciò che è allora naufragato, a qualsiasi colpevolizzazione autodiretta semplicemente perché la realtà è quella che si vede. Semplicemente, per curare persone loro malgrado inserite in un tempo e in una storia, occorre ritornare al tempo, alla storia, alla carne, prima ancora che al significato. Spesso il terapeuta ricerca il significato nascosto, recondito, rimosso, dimenticato che alberga nell'anima del paziente senza rendersi conto che già qui, ora insieme a lui, si può rifondare un nuovo senso che possa permettere proprio il recupero di ciò che si andava cercando proprio magari quando non ve ne è nemmeno più bisogno. Nulla di meno, nulla di più. Accompagnare una persona verso una maggiore consapevolezza è per il terapeuta, che decida di intraprendere questo cammino, un viaggio sempre nuovo perché ogni volta è il tornare sui propri passi lasciando andare, anche per il terapeuta, ciò che non può essere fittiziamente trattenuto, ricostituito, ricostruito, ripresentificato. Viaggio che non può essere sfida. L'accettare la sfida, sempre portata dal paziente, per dimostrare che effettivamente è vittima di un destino segnato e non vi è altra possibilità per lui, scoraggiato rispetto alla possibilità di riprendere in mano la responsabilità della propria vita, finisce sempre con il determinare la sconfitta di qualcuno: o del terapeuta che soccombe alla distruttività del paziente o del paziente che soccombe all'aggressività del terapeuta.

Ciascuno dei due, pur di non perdere il proprio ruolo, spesso è disposto a mietere vittime ciecamente poiché teme che fidarsi dell'altro (per il paziente fidarsi del terapeuta e per il terapeuta fidarsi del paziente) significhi perdere qualcosa. Quando si ingaggia una relazione si perde sempre qualcosa per poter fare spazio ad altro che può prendere corpo nel luogo della *coppia terapeutica*. In realtà non c'è nessuna sfida possibile perché non c'è nessun premio e nessuna speranza di cambiamento rispetto al dramma della finitezza della vita. Il problema non è gua-

rire o far guarire l'altro da un male per cui non c'è guarigione, ma aprirsi alla possibilità di accogliere la dimensione di alterità offrendosi all'ospitalità nei confronti dell'altro. Non si guarisce della vita, ma della vita ci si può prendere cura. Se, dunque, è vero che vi sono dolori incolmabili di per sé (un grave lutto, un abbandono, un grave abuso, eventi questi che non possono non lasciare un segno, un marchio, un vuoto), spesso è anche vero che ci si addolora del dolore e che si soffre per la sofferenza, non lasciando che il fluire della vita (del tempo) possa effettivamente portare via tutto quanto si può portare via, come suggerito dall'adagio popolare, restando la mente e lo spirito arpionati ad un tempo andato, ma che tiene saldamente segregata la protensione verso un futuro, qualsiasi esso possa essere. Si può, forse, procedere verso la consapevolezza, verso il pensiero, verso un sentire che sia poco per volta non più così incandescente tanto da doverlo fare agire ad altri, tanto da dover zittire il dolore facendo qualcosa, tanto da dover urlare continuamente il proprio desiderio e la propria paura di poter essere finalmente accettati per ciò che si è.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
3. ANDREOLI, V. (2007), *La vita digitale*, Rizzoli, Milano.
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. AUGÉ, M. (1992), *Non-lieux*, tr. it. *Nonluoghi*, Eléuthera, Milano 1993.
6. AUGÉ, M. (1997), *L'impossible voyage. Le tourisme et ses images*, tr. it. *Disneyland e altri nonluoghi*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
7. AUGÉ, M. (2003), *Le temps en ruines*, tr. it. *Rovine e macerie*, Bollati Boringhieri, Torino 2004.
8. AUSTER, P. (1999), *Timbuktu*, tr. it. *Timbuctú*, Einaudi, Torino 1999.
9. BAUDRILLARD, J. (1976), *L'échange symbolique et la mort*, tr. it. *Lo scambio simbolico e la morte*, Feltrinelli, Milano 2002.
10. BAUDRILLARD, J. (1983), *Totalement obscène et totalement séduisante*, in CODELUPPI, V. (a cura di, 1987) *Jean Baudrillard. Il sogno della merce. Antologia di scritti sulla pubblicità*, Lupetti, Milano.
11. BAUMAN, Z. (2005), *Liquid Life*, tr. it. *Vita liquida*, Laterza, Roma-Bari 2006.
12. BAUMAN, Z. (2006), *Homo consumens*, tr. it. *Homo consumens, lo sciame inquieto dei consumatori e la miseria degli esclusi*, Erickson, Gardolo 2007.

13. BINSWANGER, L. (1960), *Melancholie und Manie: Phänomenologie Studien*, tr. it. *Melancolia e mania*, Bollati Boringhieri, Torino 1977.
14. BINSWANGER, L. (1992), *Über Ideenflucht*, tr. it. *Sulla fuga delle idee*, Einaudi, Torino 2003.
15. BORGNA, E. (1992), *Malinconia*, Feltrinelli, Milano.
16. BORGNA, E. (1995), *Come se finisse il mondo*, Feltrinelli, Milano.
17. BORGNA, E. (1997), *Le figure dell'ansia*, Feltrinelli, Milano.
18. BORGNA, E. (2005), *L'attesa e la speranza*, Feltrinelli, Milano.
19. CANCRINI, L. (2006), *L'oceano borderline. Racconti di viaggio*, Cortina, Milano.
20. CODELUPPI, V. (a cura di, 1987), *Jean Baudrillard. Il sogno della merce. Antologia di scritti sulla pubblicità*, Lupetti, Milano.
21. COSENZA, D., RECALCATI, M., VILLA, A. (a cura di, 2006), *Civiltà e disagio-Forme contemporanee della psicopatologia*, Bruno Mondadori, Milano.
22. DERRIDA, J. (1996), *Apories. Mourir. S'attendre aux "limites de la vérité"*, tr. it. *Aporie. Morire. Attendarsi ai "limiti della verità"*, Bompiani, Milano 1999.
23. 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.
24. FERRIGNO, G. (2006), Alfred Adler, fra "tradizione" e "cambiamento", *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 3-4.
25. FERRIGNO, G. (2007), La sindrome della "bella Angelica", ovvero la giostra della vita, *Riv. Psicol. Indiv.*, 61: 3-7.
26. GABBARD, G. O. (2005), Mind, Brain, and Personality Disorders, tr. it. *Mente, cervello e disturbi di personalità*, *Psicoterapia e scienze umane*, XI, 1: 9-26, 2006.
27. GALIMBERTI, U. (1979), *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano.
28. GALIMBERTI, U. (1999), *Psiche e teche. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli, Milano.
29. GREEN, A. (1990), *La folie privée*, tr. it. *Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata*, Cortina, Milano 1991.
30. HEIDEGGER, M. (1927), *Sein und Zeit*, tr. it. *Essere e tempo*, Longanesi, Milano 1976.
31. JANKÉLÉVITCH, V. (1996), *La mauvaise conscience*, tr. it. *La cattiva coscienza*, Edizioni Dedalo, Bari 2000.
32. KLEIN, N. (2000), *No logo*, tr. it. *No logo*, Baldini&Castoldi, Milano 2001.
33. LA PORTA, F. (2004), *L'autoreverse dell'esperienza. Euforia e abbagli della vita flessibile*, Bollati Boringhieri, Torino.
34. LASCH, C. (1984), *The minimal self*, tr. it. *L'io minimo. La mentalità della sopravvivenza in un'epoca di turbamenti*, Feltrinelli, Milano 1985.
35. LECCARDI, G. (2005), L'arte della fuga: eccessi di leggerezza in anoressia e mania, *Riv. Psicol. Indiv.*, 57: 31-50.
36. MINKOWSKI, E. (1933), *Le temp vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques*, tr. it. *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, Einaudi, Torino 1971.
37. MINKOWSKI, E. (1936), *Vers une cosmologie*, tr. it. *Verso una cosmologia. Frammenti filosofici*, Einaudi, Torino 2005.
38. PAGANI, P. L. (1996), *Il caso della signora B. Dialoghi adleriani*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, numero speciale.

39. PAGANI, P. L. (1996), La distruttività xenofoba: delirio di onnipotenza o legge spietata dell'evoluzione?, *Riv. Psicol. Indiv.*, 40: 25-34.
40. PALAHNIUK, C. (1999), *Invisible Monsters*, tr. it. *Invisible Monsters*, Mondadori, Milano 2000.
41. PALAHNIUK, C. (2002), *Choke*, tr. it. *Soffocare*, Mondadori, Milano 2002.
42. POUTSKA, F., LEHMKUHL, G. (1994), Disturbi borderline secondo la concezione individualpsicologica, *Riv Psicol. Indiv.*, 35: 31-49.
43. ROVERA, G. G. (1996), La "Hybris" del paziente Borderline, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino.
44. SENNET, R. (1999), *The Corrosion of Character*, tr. it. *L'uomo flessibile. Le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale*, Feltrinelli, Milano 1999.
45. 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 Casalino, 8
I-24121 Bergamo

Dis-socialità e autolesionismo nel Disturbo Borderline di Personalità: due casi clinici

BARBARA SIMONELLI, SIMONA FASSINA, MANUELA SCALDAFERRO, ERSILIA GUASTAFIERRO, ANDREA FERRERO

Summary – DIS-SOCIALITY AND SELF-HARMING BEHAVIOUR IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: TWO CLINICAL CASES. The self-harming behaviour is a specific symptomatological and clinical expression that frequently appears in the psychopathological frame of Borderline Personality Disorder, and it is highly correlated with affective instability, impulsivity and aggressiveness, and with traumatic experiences during childhood. From a psychodynamic and clinical point of view, the self-harming behaviour satisfies different needs if compared to the suicidal one, and that is really important in the management of the setting. The ‘materialization’ of the psychic pain, the acting out of destructive thinking of self-punishment and guilt, the exasperated asking for attention, are important psychodynamic aspects, and all of them substitute the “mentalization” of the inner psychic experience and the integration of splitted parts of Self. These dynamics are described in the histories of two patients, treated with the *Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy*, currently in the standardization and experimentation phase.

Keywords: BORDERLINE PERSONALITY DISORDER, SELF-HARMING BEHAVIOUR, SELF-DESTRUCTIVENESS

Il tema della dis-socialità, declinato in molteplici e differenti forme sintomatologiche e cliniche, si rivela particolarmente esplicativo per descrivere i pazienti con Organizzazione Borderline di Personalità, e lo è ancor di più nel contesto teorico della Psicologia Individuale, secondo cui questi pazienti per motivi dinamico-strutturali non hanno sviluppato nella loro infanzia una quantità sufficiente di sentimento sociale in rapporto alla loro volontà di potenza [45]. In questo lavoro vengono riportate le storie cliniche di due pazienti con Organizzazione Borderline di Personalità che esprimono drammaticamente la propria sofferenza psichica ed esistenziale anche attraverso agiti autolesionistici.

I. La letteratura scientifica

Una prima importante considerazione in tema di agiti autolesionistici riguarda l'importanza, rilevata anche dalla letteratura scientifica, di considerare tale gesti come sintomi psicopatologici differenti dagli agiti anticonservativi. In uno studio [55] che ha messo a confronto 60 pazienti con Disturbo di Personalità del Cluster B che mettono in atto tentativi anticonservativi, di cui 30 hanno nell'anamnesi atti di autolesionismo e 30 no, è stato trovato che coloro che agiscono atti autolesivi sono generalmente più impulsivi ed hanno una maggior tendenza alla cronicizzazione di questo comportamento, ma soprattutto sono consapevoli che procurarsi ferite non è un atto che minaccia realmente la loro vita. Uno studio su 75 pazienti donne con Disturbo Borderline di Personalità [8] ha sottolineato alcune differenze significative tra coloro che commettono tentativi anticonservativi e coloro che agiscono atti autolesivi: nel primo caso le pazienti sembrano voler fuggire dal peso e dalle responsabilità di fronte ai compiti della vita e ai sentimenti di colpa disperante, nel secondo caso sembrano utilizzare questi comportamenti per esprimere rabbia, per punire se stesse, per recuperare sentimenti normali e per distrarsi. L'indipendenza del comportamento autolesionistico da quello suicidario nel Disturbo Borderline di Personalità è anche supportata da un altro studio [47] su 37 pazienti, con *follow-up* a 5 anni, che non ha evidenziato una correlazione significativa tra i cambiamenti clinici descritti nei pazienti suicidari e quelli nei pazienti autolesionisti, ipotizzando quindi l'indipendenza della funzione clinica e psicopatologica dei sintomi osservati.

Paris in particolare sostiene che il comportamento autolesionistico assolve a funzioni psicologico-dinamiche specifiche, diverse rispetto a quello suicidario [37, 39]. In primo luogo, l'autolesionismo tende a ridurre la disforia e produrre sollievo da stati d'umore negativi [22] e, a causa di questa funzione de-tensiva, può divenire un metodo abitudinario per diluire lo stress psicologico, configurandosi come un reale comportamento di *addiction* [33]. La capacità di distrazione è un secondo meccanismo attraverso il quale l'autolesionismo può ridurre lo *stress* [33], allontanando il dolore psicologico e ri-focalizzandolo sulla sofferenza fisica.

L'autolesionismo può anche essere utilizzato per comunicare una condizione di sofferenza e ottenere così cure da persone significative, e tra queste anche dal terapeuta [11, 36, 37], oppure per esprimere emozioni in forma simbolica [22, 23], per esempio, come auto-punizione per la percezione di una colpa o per esprimere una paura che non può essere comunicata in modo differente [53]. È descritta infine una correlazione tra autolesionismo e fenomeni dissociativi [31, 56, 57]: molti pazienti che si tagliano esperiscono la dissociazione come disforia, oppure si feriscono quando vivono stati dissociati della coscienza: in questi momenti, la vista del sangue può rimandare loro che sono realmente vivi. In que-

sti stati emotivi il ferirsi non è associato al dolore: alcuni studi [6, 27] hanno rilevato che molti pazienti borderline sono meno sensibili al dolore, e ciò in relazione alla produzione di oppioidi endogeni [54].

L'instabilità affettiva, descritta come rapidi cambi di umore in relazione a cambiamenti ambientali, e l'impulsività sono frequentemente considerate i tratti caratteristici del Disturbo Borderline di Personalità. In particolare, la tendenza ad utilizzare l'azione per ridurre la tensione interna è l'aspetto chiave dell'impulsività [19, 21, 24, 35], ed in supporto a ciò l'autolesionismo è associato ad alti livelli di impulsività [54]. Un secondo fattore che sembra avere influenza sulla tendenza ad agire atti autolesionistici deriva dalla correlazione di questi con esperienze di vita negative o traumatiche, in particolare durante l'infanzia [11, 26], e tra queste spesso episodi di abuso sessuale [7, 20, 34, 40, 42, 48, 49]. Un terzo fattore che sembra poter influenzare comportamenti auto-aggressivi è l'aspetto del contagio sociale.

II. *L'impostazione psicodinamica individualpsicologica*

In ambito psicodinamico la diagnosi di Organizzazione Borderline si riferisce ad una specifica configurazione della personalità, caratterizzata da una particolare percezione di Sé e dell'altro, peculiari meccanismi di difesa e di compensazione dell'equilibrio psichico, differenti capacità di gestione della realtà [13, 28, 29].

Rovera sottolinea che l'Organizzazione Borderline viene a «collocarsi in una rete interattiva, tra vari nodi: bio-psicologico, intrapsichico, interpersonale, della costellazione familiare e del contesto socioculturale. Ciò comproverebbe l'ipotesi di una etiopatologia multifattoriale su basi temperamentali innate, con esperienze negative molto precoci, o da una grave carenza emotiva o di natura traumatica anche sessuale, sulle quali si struttura un particolare amalgama personologico, che è a sua volta interconnesso a situazioni familiari e a elementi psicosociali e pure "eventi della vita" che possono costituirsi (o meno) come fattori di destabilizzazione» (46, p. 8).

Una delle caratteristiche psicodinamiche principali che permettono di descrivere le organizzazioni borderline è la specifica modalità anti-ambivalente che questi pazienti utilizzano per difendersi dalla sperimentazione intrapsichica e relazionale della conflittualità e dell'ambivalenza [13].

Assumendo, coerentemente con la metapsicologia adleriana ed il concetto di ermafroditismo psichico [1, 13, 16], che i dinamismi della mente procedono attraverso il continuo e progressivo superamento di dicotomie (maschile/femminile, alto/basso, inferiore/superiore, forte/debole), possiamo ipotizzare che le modali-

tà intrapsichiche e relazionali di affrontare tali conflitti permettano di distinguere tra organizzazioni nevrotiche e borderline di personalità. Specificatamente, in queste ultime, il meccanismo difensivo della scissione rende la percezione di Sé, la separazione dall'altro e la percezione della realtà solo parzialmente possibili; ma è proprio attraverso tale modalità difensiva che questi pazienti riescono a salvaguardare e mantenere coeso, seppure per via idealizzata, un nucleo di identità e di autostima personale.

A questa dinamica intrapsichica scissionale sono da attribuire alcune caratteristiche peculiari dell'organizzazione borderline, ed in particolare l'instabilità ciclica che porta questi pazienti a frequenti e repentine oscillazioni dell'umore, tra momenti di "eccitamento sovraccarico d'ansia e di ira" e momenti in cui viene sperimentato un "vuoto disperante", una depressione assoluta, con pensieri e agiti di tipo anticonservativo. Si verifica un'oscillazione continua fra fantasie di grandezza estremamente positive, con grande idealizzazione della propria persona, e sentimenti di una profonda solitudine e nullità [13]. Un ulteriore aspetto che sembra descrivere il funzionamento di questa organizzazione di personalità è un *deficit* specifico nella funzione della mentalizzazione, descritta da Fonagy come la capacità di concepire gli stati mentali propri e altrui, consci ed inconsci [17].

La Psicologia Individuale pone particolari attenzioni alle prime vicissitudini relazionali tra il bambino e la madre ed alle loro implicazioni nella strutturazione della patologia. Laddove infatti vi è una madre sufficientemente rispecchiante, accogliente ed incoraggiante, che mette a disposizione del bambino la propria capacità di sentimento sociale, sotto forma di relazione reale ma anche di possibilità di funzionamento psichico interiorizzabile e integrante le esperienze del Sé, allora vi è un bambino che, pur nella soggettività e nell'individualità dell'esperienza psichica, è in grado di interiorizzare un sentimento di accoglimento profondo e primario, necessario per sviluppare il senso interno di essere degno di esistere, e di mantenere un equilibrio fra desideri di autoaffermazione e bisogni di relazione. Poustka e Lehmkuhl [43] rimandano la genesi dell'organizzazione borderline ad un'esperienza negativa legata al momento dell'allontanamento dalla "comunione funzionale tra madre e figlio", che comporterebbe la formazione di una "instabile identità dell'Io ed una insicurezza per cui non può instaurarsi una realistica relazione con l'ambiente".

Altri autori adleriani approfondiscono il ruolo traumatico che alcune costellazioni familiari o alcune esperienze evolutive o traumatiche possono avere nello sviluppo dell'organizzazione borderline di personalità. Scarso e Munno [50, 51] ipotizzano che si possa parlare di patologia borderline ogni volta che si osserva «ancora in atto, in un soggetto giovane-adulto, un problematico processo di separazione-individuazione», che si connota in particolare con un rapporto oggettualmente definibile "genitori-figli psico-siamesi" secondo uno "psichismo parassitario".

Sarebbe dunque osservabile una “fissazione” alla fase adolescenziale, caratteristica clinica che può essere alla base dell’aspetto poliedrico assunto dalla sintomatologia. La fissazione “familiare” appare illuminante anche per comprendere le caratteristiche del transfert “capriccioso” del borderline. Affinché si possa sviluppare una relazione transferale è necessario un investimento affettivo su persone all’esterno alla famiglia. Ma questa, nel caso del borderline, funziona come un “buco nero” che tutto attrae e nulla lascia sfuggire. [...] Nel gioco entrano poi anche le immagini materne e paterne dei genitori in un’articolazione transgenerazionale molto complessa» (51, p. 47).

È in questa fase delicatissima di riorganizzazione intrapsichica che fallimenti, esperienze negative e traumatiche possono comportare carenze o difficoltà nei processi di mentalizzazione e significazione degli eventi, siano essi interni, socio-relazionali o ambientali, e nella costruzione di un mondo intrapsichico e relazionale complesso ed articolato.

Un ultimo fattore che può essere importante prendere in considerazione rispetto alle possibili implicazioni etiologiche nell’organizzazione di personalità è forse da rimandare, in linea con la prospettiva adleriana, a fattori transgenerazionali e transculturali, che spiegherebbero anche la maggior incidenza di queste patologie nei nostri tempi. La maggiore attenzione, tipica dell’Età Moderna, all’età infantile e alla responsabilità genitoriale, “impedendo di abbandonare i figli *de facto*, determina talora un “abbandono affettivo” che assume a volte, per i meccanismi di colpa sollecitati, la iperprotezione” [50]. Ciò potrebbe quindi sostenere le ipotesi, di cui sopra abbiamo parlato, che imputerebbero la patologia borderline a difficoltà nell’ambito della separazione dai genitori e all’individuazione. Molti studi sostengono che alcuni aspetti della cultura moderna, così attenta ai valori connessi al narcisismo, possa in effetti essere correlata all’aumento della diffusione della patologia borderline [44].

Questi aspetti specifici del funzionamento borderline ci permettono di aprire la riflessione sul significato psicodinamico degli agiti autolesionistici, che necessariamente si declinano nelle storie di vita uniche ed individuali dei nostri pazienti, come ci ha insegnato Alder. È interessante sottolineare che anche Paris [37], un ricercatore clinico non adleriano, sottolinea come, nella misura in cui i pazienti borderline utilizzano gli agiti autolesionistici come strumento per la regolazione affettiva, questo comportamento possa divenire un vero e proprio “stile di vita”.

III. *La Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy*

I due casi di seguito riportati sono stati seguiti presso il Dipartimento di Salute

Mentale dell'ASL 7 – Regione Piemonte, dove ha avuto inizio nel febbraio del 2005 la sperimentazione della *Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy* (SB-APP) per pazienti con Organizzazione Borderline di Personalità [16]; il trattamento si svolge secondo uno o più moduli, ripetibili e in sequenza, di psicoterapia psicodinamica ad orientamento individualpsicologico, che consistono ciascuno di 40 sedute a cadenza settimanale e con un setting rigoroso.

Non sono ancora molto numerosi gli studi empirici sugli esiti delle psicoterapie psicodinamiche con pazienti con Organizzazione Borderline di Personalità. Kernberg e collaboratori riferiscono gli esiti di una ricerca che ha coinvolto 23 donne trattate con la *Transfert-Based Psychotherapy*, in cui è risultata una significativa diminuzione degli agiti anticonservativi e autolesivi, ed anche una diminuzione delle ospedalizzazioni [9]. Perry e diversi altri autori hanno evidenziato l'efficacia di psicoterapie psicodinamiche long-term nel promuovere, in pazienti borderline, il ricorso a strategie difensive maggiormente adattive [5, 32, 41]. Diversi studi randomizzati di Bateman e Fonagy, che hanno utilizzato il *Mentalization-based Treatment*, descrivono risultati incoraggianti: questa tecnica sembra ottenere una significativa riduzione dei comportamenti impulsivi, autolesivi e suicidari aumentando la capacità di auto-osservazione dei pazienti, in contesti sia di ospedalizzazione che ambulatoriali [2, 3, 18].

Il modello della *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy* (APP) [12, 15] declina il processo di incoraggiamento nelle diverse fasi, esplorativa, trasformativa e prospettica, della psicoterapia, al servizio di obiettivi intrapsichici e relazionali unici ed individuali, specifici e complessi; tali obiettivi terapeutici, proposti nella psicoterapia di un paziente con organizzazione borderline di personalità, si orientano verso il raggiungimento di un senso dell'identità maggiormente definito e della possibilità di costruire relazioni più realistiche e stabili.

In particolare è possibile evidenziare quali obiettivi specifici della psicoterapia con pazienti borderline:

- la possibilità della mentalizzazione degli affetti in luogo degli agiti;
- l'utilizzo di meccanismi di difesa e di compensazione maggiormente adattivi;
- una migliore integrazione di vissuti ed affetti.

Il modello della SB-APP prevede che al servizio di tali obiettivi siano posti specifici elementi tecnici:

- gestire in modo non rigido ma rigoroso e attento il *setting*, in modo che possa offrire confini reali ed intrapsichici in luogo della mancanza di confini tipica del paziente borderline;
- filtrare gli stimoli intrapsichici intollerabili e gli eventi esterni simbolicamente destrutturati per il paziente, che inducono risposte regressive "maligne";

- trattare le resistenze a partire da quelle più distruttive e rispettare quelle maggiormente adattive;
- incoraggiare la tolleranza delle emozioni: l'obiettivo specifico è di giungere ad una maggiore tollerabilità dell'ambivalenza.

Tra gli strumenti a disposizione del terapeuta, si evidenzia la specifica efficacia de:

- la convalidazione empatica degli stati affettivi ed emotivi;
- il riconoscimento selettivo degli aspetti ambivalenti;
- la promozione della mentalizzazione in luogo dell'agito impulsivo.

La qualità della relazione terapeutica deve invece essere impostata su:

- una regolazione attenta della distanza relazionale, allo scopo di evitare il rischio di una dipendenza regressiva;
- l'offerta di una relazione stabile e costante, che consenta al paziente di sperimentare il sentimento della sicurezza, in luogo delle paure abbandoniche che lo caratterizzano, e che gli permetta identificazioni con un "altro" accettante.

IV. Due casi clinici

Claudio ha 40 anni. Entra in psicoterapia con tutta la sua aggressività e la sua posizione di sfida. La sua prima comunicazione alla nuova terapeuta è che lui ha già fatto un certo numero di psicoterapie, che è già stato visto da molti specialisti, ma che nessuno capisce niente di lui perché è un caso irrecuperabile, e che quindi questo nuovo tentativo sarà inutile.

Sposato, con due bambini, lavora in un'officina meccanica. Ha fatto uso smodato in passato di alcol e stupefacenti, frequentando ambienti criminali e compiendo atti illegali. Seguito dal SERT per un certo periodo, riesce di fatto a disintossicarsi da solo con l'aiuto del padre.

La sintomatologia attuale è costituita da "attacchi di panico", alterazioni in senso depressivo del tono dell'umore, sporadiche ideazioni anticonservative, comportamenti autolesionistici (si taglia sulle braccia) e, nei momenti di crisi, aumenta l'abuso di alcol. Più volte afferma che «il dolore fisico è l'unica cosa che mi calma, mi distoglie dall'ansia e dal malessere, non mi fa pensare». Il peggioramento altalenante della sintomatologia è connesso anche all'aggravarsi della situazione relazionale in famiglia con una ricaduta sulla sfera lavorativa: cambia infatti continuamente lavoro.

Alternativamente porta in seduta personaggi idealizzati, autorevoli, potenti e salvifici, ma anche persecutori, svalutanti, maligni e pericolosi. Anche la coppia psicoterapeuta-psichiatra è alternativamente bersaglio di idealizzazioni e di

svalutazioni. Claudio è una persona intelligente e dotata; sembra consapevole del fatto di indossare delle maschere per nascondere la sua sofferenza nell'avvicinarsi alle persone.

I primi due mesi della psicoterapia sono caratterizzati dalle sue puntuali minacce di suicidio. Sin dai primi incontri egli esibisce le ferite che si procura: in una seduta mostra il braccio alla terapeuta chiedendole di poterlo disinfettare: si vedono profondi tagli sanguinanti ancora aperti. Alla domanda se egli provi dolore, Claudio risponde di sì: «un dolore che ha un senso, mentre l'angoscia che provavo ieri sera mentre mia moglie mi accusava di non essere un buon padre di famiglia perché avevo perso un altro lavoro mi soffocava». Solo dopo alcune sedute potrà riconoscere che «queste ferite che ho sul braccio sono il segno per me e per mia moglie delle ferite che ho dentro».

Il funzionamento scissionale di Claudio è evidente: alterna idealizzazione e svalutazione, rispetto a sé e rispetto agli altri. Significativo appare il continuo alternarsi della rappresentazione intrapsichica di Sé rispetto alla particolare configurazione di due coppie antitetiche, forte/debole e buono/cattivo, che ha la sua matrice relazionale nella figura idealizzata del padre, da poco defunto, che viene descritto alternativamente come un uomo debole e senza carattere o una figura eroica, salvifica e idealizzata. Nello specifico, nella compartimentazione idealizzata delle parti di sé del paziente trova spazio esclusivamente la coppia forte=cattivo, in contrapposizione all'immagine del padre debole=buono. Nel percorso terapeutico, attraverso una ri-lettura della figura paterna, è stato possibile "smontere" l'equazione forte=cattivo=pericoloso per sé e per gli altri *versus* buono=debole=degno di essere amato.

La terapeuta ha accompagnato Claudio attraverso una ri-narrazione della propria storia: è stato possibile dare una "sequenza diacronica" agli eventi, se non proprio una "continuità", attraverso il riconoscimento di differenti immagini di sé, che non è stato possibile integrare, ma quanto meno riconoscere come appartenenti a momenti diversi della propria vicenda esistenziale. Questo importante cambiamento è avvenuto dopo una seduta in cui, dopo un lungo racconto riguardo ad azioni illegali commesse e alla descrizione della sua forza, Claudio afferma: «Io potrei scaraventare lei e la scrivania contro il muro con una mano sola, lo sa?». Dopo un breve silenzio Claudio chiede alla terapeuta: «Dottoressa, ma lei ha paura di me?». Alla risposta della terapeuta «No. Non ho paura, perché so che lei potrebbe scaraventare me e la scrivania contro il muro con una mano sola, ma so anche che non lo vuole fare» è seguito un lungo pianto, disperato e liberatorio. Terapeuta e paziente hanno lavorato a lungo su questo pianto, sul significato della debolezza, su come in un "pianto da bambini" si possa vedere la forza di un uomo che affronta le proprie difficoltà e non se ne ritrae.

Più di altre situazioni cliniche, questo caso si offre alla lettura adleriana: la grande sfida esistenziale di Claudio è legata alla possibilità di prendere contatto con la parte debole di sé, la parte inferiore, costantemente scissa e proiettata sulla figura paterna, a cui è collegata la possibilità della sperimentazione della parte buona di sé. Ogni volta che egli si ‘impegna’ per essere un bravo padre e marito, viene attivata inconsciamente anche la parte debole di sé, contrastata con agiti impulsivi ed aggressivi. L’intreccio intrapsichico e relazionale delle istanze adleriane si è declinato in modo che, a fronte di una carenza originaria di sentimento sociale, il paziente ha attivamente individuato una meta personale ipercompensatoria di forza e superiorità, ottenuta attraverso la continua percezione idealizzata di sé come persona forte, ma cattiva. In passato tale imposizione è stata agita con la messa in atto di comportamenti a forte connotazione antisociale, frequentando ambienti criminali e compiendo atti di violenza. Attualmente prevalgono invece agiti auto-aggressivi, che hanno anche una funzione autopunitiva.

Successivamente, ipotizziamo che nel corso delle precedenti “terapie inutili”, così le ha definite, Claudio abbia potuto raggiungere livelli più integrati di espressione dell’aggressività, che non è stata più agita in senso antisociale, ma si è focalizzata su agiti autolesionistici e sull’abuso più moderato di sostanze. Insieme alla rabbia sono comparsi sentimenti depressivi, attacchi d’ansia e di panico, psicodinamicamente collegati alla minaccia di disindividuazione ermafrodita, cioè dell’invasione nel campo della coscienza di vissuti di debolezza, inadeguatezza ed incapacità che potrebbero far vacillare il senso di Sé.

Nella definizione adleriana di ermafroditismo psichico, la prima coppia antitetica che viene presa in considerazione è quella di maschile/femminile. L’ingresso del femminile terapeutico rimanda al ruolo della madre nella storia clinica di questo paziente: in particolare colpisce la quasi totale assenza della madre nei suoi racconti. I tentativi di indagare quest’area producono risposte evasive: il discorso ritorna sempre sul padre. Questo dato potrebbe dire molto a proposito della relazione tra Claudio e la madre, caratterizzata, sembra, da una grande assenza. La scelta è di rispettare la negazione del paziente, almeno in questa fase della terapia. La relazione terapeutica forse molto orientata all’accudimento, sembra aver consentito una prima esperienza di contatto “nutriente” con il femminile.

Il Sé corporeo è l’unica parte del Sé che il paziente riesce a sentire senza troppa angoscia, ed è anche la parte che ora attacca con maggior aggressività, attraverso gli agiti autolesionistici: essi rappresentano la materializzazione e l’espiazione del suo dolore, espresso in senso autopunitivo rispetto a Sé, ma hanno anche una valenza etero-aggressiva. La terapeuta non può che sentirsi controtransferalmente impotente e rischia di attivare soltanto la parte di Sé accudente, se pur necessaria, ma debole agli occhi del paziente. Inoltre, gli agiti in seduta vengono accolti come comunicazioni, certamente aggressive e trasgressive, ma sulle quali è

possibile lavorare nella direzione di una maggiore mentalizzazione degli stati affettivi. In situazioni come queste l'utilizzo attivo del controatteggiamento diviene fondamentale: accanto a strumenti quali convalidazione empatica e incoraggiamento ad elaborare, esso può rappresentare uno strumento utile al processo di mentalizzazione che conduce anche alla maggior consapevolezza dei propri stati emotivi.

Claudio, nel corso della terapia, ha smesso di tagliarsi. Potendo iniziare a dare un senso alla propria storia, la sua sintomatologia depressiva è andata progressivamente riducendosi e la sintomatologia ansiosa è diventata via via più gestibile; ha anche cominciato ad assumere regolarmente la terapia farmacologica. Quando, due mesi prima della conclusione concordata della psicoterapia, la terapeuta ha cominciato ad introdurre il tema della separazione, Claudio ha però scelto di "tagliare" le sedute, droppando senza avvertire le ultime 5 e rendendosi di fatto irreperibile.

Il miglior compenso clinico raggiunto, la possibilità di riconoscere ed accogliere nella propria storia di vita parti di sé inizialmente inaccettabili e incomprensibili, la possibilità di accettare una diversa organizzazione, seppure ancora scissionale, della propria identità sono i risultati che sembrano conseguiti, al costo di uno spostamento dell'agito, dal proprio corpo alla relazione terapeutica. La possibilità dunque di attribuire alle ferite una funzione comunicativa verso l'altro (la moglie e la terapeuta) e una funzione simbolica per sé potrebbero rappresentare un primo passo verso la mentalizzazione in luogo dell'agito. Si è salvata, in ogni caso, la relazione con lo psichiatra, grazie al quale sappiamo che quella di Claudio è stata una "fuga nella salute"; tagliando le sedute, ha potuto agire ancora la propria distruttività, indirizzandola al setting terapeutico e preservando, almeno per ora, i risultati parziali conseguiti.

Anna è una donna di 42 anni, sposata, con due figli quasi adolescenti, che lavora in un reparto ospedaliero. Dopo alcuni contatti con psichiatri in ambito privato ed un ricovero in ospedale, giunge al DSM, accetta le terapie farmacologiche dello psichiatra, con il quale stabilisce subito un'alleanza positiva, caratterizzata da un transfert paterno sottilmente idealizzato, ed accetta l'invio alla psicoterapia.

Il sintomo che la porta in psicoterapia è il frequente ricorso ad agiti autolesionistici: utilizzando gli strumenti di sala operatoria che ha quotidianamente a disposizione, si procura dei tagli, spesso profondi e in zone del corpo pericolose, come sul collo vicino all'arteria carotidea o all'interno della gamba vicino alla femorale. Sutura da sola le ferite, e successivamente inizia ad aprirle e richiuderle più volte, «perché non sono state chiuse come voglio, in modo perfetto, senza dolore». Di alcune ferite «festeggia il compleanno»: «la più vecchia ha compiuto due anni ad agosto». Grazie a queste ferite ha imparato «a non avere più paura di niente» e si è esercitata a «provare meno dolore: è come se mi fossi

pian piano anestetizzata contro il dolore». Le ferite non sono mai guarite abbastanza bene per Anna, continua ad aprirle e richiuderle, fino a far diventare dura la carne intorno e a rendere le cicatrici irrimediabilmente vistose. Ha anche molti segni sul viso: brufoli che vengono infettati e tormentati per mesi, fino a creare ferite sempre più estese: così un'*herpes* labiale si trasforma in una cicatrice che arriva fino al naso.

Con fatica ed estrema sofferenza racconta l'episodio che l'ha fatta precipitare in una profonda crisi depressiva: alcuni anni prima scopre di avere un nodulo al seno, che lei "sentiva" maligno, nonostante il parere di tutti i medici interpellati – così almeno lei riferisce – riesce a farsi operare nel febbraio 2002 e, fatalmente, il tumore è risultato maligno. È molto arrabbiata con i medici perché, e lo sottolinea con enfasi, «nessuno ha voluto *vedere* il fatto che io stavo male davvero, hanno cercato di convincermi che non avevo *niente*».

Ha vissuto come una costrizione e una "violenza sul corpo" prima la chemioterapia e poi la radioterapia, e nel frattempo è andata sviluppando la convinzione che il suo corpo aveva dato quel chiaro segnale e che lei forse avrebbe dovuto morire; aggiunge che se il male dovesse tornare, non si farebbe più operare e lascerebbe che il tumore avesse il suo percorso, perché in fondo pensa di aver assolto i suoi compiti fondamentali e desidera soltanto morire. Non ha mai effettuato i controlli clinici necessari, «non per paura di sapere se c'è qualcosa che non va, ma per paura di sentirsi dire che va tutto bene».

Riferisce spesso pensieri di morte: «non il suicidio, perché è connotato troppo negativamente dal giudizio sociale, ma modi molto più fini e meno sospetti che ho a disposizione quotidianamente, come il pungermi con siringhe infette o uscire di strada con l'auto», oppure spera nel ritorno del male, «così nessuno potrebbe dire che sono una vigliacca, ma *vedrebbero* il dolore della mia anima».

Descrive spesso sentimenti di un vuoto profondo, che nullifica ogni cosa: se stessa, i suoi progetti, la sua famiglia. Una delle immagini più eloquenti che la paziente utilizza per descrivere se stessa è la seguente metafora: si sente come su una scacchiera, su cui c'è tutta la sua vita, ma alcune caselle sono buche, cadendo nelle quali si precipita in un luogo nero e senza fondo.

Sin dal primo colloquio con lo psichiatra, e poi nelle 15 sedute che precedono una interruzione temporanea del trattamento, la signora allude, chiedendo peraltro di non approfondire l'argomento, ad un abuso sessuale da lei subito da parte del padre, iniziato quando lei aveva 5 anni e protrattosi fino all'adolescenza. Solo in quel momento riferisce di aver iniziato a comprendere «l'orrore di quei gesti: allora il dolore del corpo si è trasformato in un dolore dell'anima». Non ha mai raccontato a nessuno questa vicenda così drammatica. «Ma come facevano a

essere così scemi da non vedere che stavo male? Mi sgridavano, dicendomi che non avevo *niente*. Nessuno ha mai *volutamente vedere*».

Durante la prima parte del trattamento, Anna non si ferisce sostanzialmente più. Inizia però a mangiare in modo compulsivo, senza fame, aumentando di diversi chili; rispetto a questo, si chiede da sola se abbia spostato la sua sofferenza sul cibo «per colmare il vuoto che sento dentro».

L'interruzione, il “taglio” delle sedute, che ha dinamiche profonde e complesse, prende forma in un momento in cui la terapeuta, a seguito di particolari dinamiche tra la paziente e la famiglia del marito, la invita a permettersi di essere arrabbiata per l'atteggiamento e i comportamenti svalutativi della suocera.

Il nuovo ricorrere ad agiti autolesionistici e la mantenuta alleanza con lo psichiatra portano Anna a decidere di “ricucire” il *setting* e di riprendere la terapia. Sin dalla prima seduta, e per le successive 18, risulta evidente che la paziente ha deciso che qualcuno possa *vedere* le ferite della sua anima e che il suo *niente* debba finalmente avere una forma ed un significato.

Il racconto degli abusi è drammatico, ma possibile. Un sogno ed un ricordo in particolare le permettono di comprendere parte del significato del suo continuo ferirsi: ricorda che il padre una volta le aveva dato un fazzoletto bianco di stoffa per pulirsi, che si era sporcato di sangue; a questo associa la sua abitudine di non utilizzare garze sterili per pulire le ferite, che possono poi essere buttate, ma fazzoletti bianchi, che poi si trova a dover ossessivamente lavare. Nel corso delle sedute riesce a tollerare ed elaborare il pensiero che l'impulso a tratti incontrollabile non tanto di ferirsi, ma di riaprire le ferite, per farle guarire alla perfezione e completamente, senza dolore, rappresenta simbolicamente il tentativo di cancellare e guarire senza più dolore il ricordo degli abusi.

Verso la fine della terapia Anna può permettersi di riconoscere, vivere emotivamente ed esprimere l'aggressività verso la madre, che “sapeva” e non ha fatto nulla per proteggerla, e verso la famiglia del marito. Riesce anche, per la prima volta nella vita, ad imporsi con il padre in una circostanza familiare. Alla 32° seduta, contemporaneamente all'avvicinarsi della conclusione della psicoterapia, Anna porta un elemento nuovo: è andata dalla dermatologa per farsi aiutare a curare le cicatrici sul viso, ed ha accettato per la prima volta che un collega le suturasse una ferita.

L'analisi si chiude con la riflessione che l'aver permesso alla terapeuta di *vedere* realmente le ferite di Anna, non solo le cicatrici sul corpo ma anche “i mali dell'anima”, le ha permesso di liberarsi dalla coazione di ripeterle ossessivamente a scopo catartico, integrandole in parte nella propria storia e, così facendo, potendo prendersene cura.

Il corpo è il teatro dei drammi esistenziali di questa paziente, mai visto e riconosciuto nel suo dolore (così almeno il suo vissuto), siano essi i genitori, i medici, i familiari del marito, il marito stesso. Il corpo dunque come luogo e veicolo non di esperienze di tenerezza ed accudimento, ma di dolore e mancato riconoscimento, che divengono “incontenibili”: l'enuresi notturna fino alla scuola media, l'abuso da parte del padre fino all'adolescenza, l'impossibilità di sperimentare la tenerezza e l'intimità sessuale con il marito, il tumore al seno, fino ad arrivare alle ferite autoinferte e a tratti all'iperalimentazione compulsiva.

L'esperienza del tumore, con le fantasie angosciose legate ad un male interno portatore di morte, può aver svolto la funzione di “detonatore psicosomatico”. La sintomatologia autolesionistica sembra rappresentare un tentativo di auto-protezione ad alto contenuto simbolico, emotivo ed affettivo, gestita attraverso fantasie e modalità di controllo onnipotente, ossessivo e passivo-aggressivo, allo scopo di proteggere il Sé da angosce dis-individuative di vuoto e di mancato riconoscimento profondo; dal punto di vista relazionale tale sintomatologia rimanda alla rappresentazione aggressiva ed accusatoria del proprio dolore di fronte a coloro che *non hanno visto*.

Il primo *follow-up* a 3 mesi conferma che Anna non ha più fatto ricorso ad agiti anticonservativi. Questo ci permette di ipotizzare che l'interpretazione del significato simbolico degli agiti anticonservativi ha permesso alla paziente di mentalizzare la propria sofferenza interna, rendendola libera, almeno in questo momento, di non utilizzare più il corpo per esprimerla.

V. Conclusioni

La letteratura scientifica sottolinea il fatto che l'autolesionismo non sia ancora stato pienamente compreso nella sua complessità psicodinamica, e spesso viene descritto come uno dei principali sintomi che inducono al ricovero del paziente borderline [22, 25, 37, 39]. Se è vero che il ricovero può avere temporaneamente per il paziente la funzione di alleviamento dalle tensioni, questo stesso effetto può implicitamente rinforzare la sintomatologia, poiché il ricovero può divenire un mezzo strumentale per evitare il conflitto ed il confronto con dinamiche e sofferenze più profonde [38].

La consapevolezza che sia descritta clinicamente una differenza significativa tra agiti autolesivi e atti suicidari può assicurare rispetto alla possibilità di farsi carico del paziente e del suo sintomo nel contesto di una psicoterapia, senza ricorrere al ricovero ospedaliero. Dunque, compito del clinico che si trova a dover trattare un paziente borderline che commette atti autolesionistici è quello di poter tol-

lerare emotivamente e a livello controtransferale [8, 48] il peso di tali agiti nel contesto del trattamento psicoterapeutico.

L'agito autolesionistico portato in seduta, di fatto un attacco al *setting*, può comunicare messaggi e bisogni differenti dei pazienti. Dal punto di vista intrapsichico, può rappresentare la "materializzazione" del dolore psichico, nella sua forma più drammatica, accompagnato da pensieri auto (e/o etero) aggressivi legati a fantasie di autopunizione e sentimenti di colpa; può permettere, attraverso l'esperienza del dolore corporeo, di recuperare il contatto con parti del sé in momenti di particolare tensione psichica, funzionando come un 'collante intrapsichico' nei momenti in cui il paziente lotta contro la percezione della disindividuazione e del crollo dell'identità. Dal punto di vista della relazione terapeutica, l'agito autolesionistico può rappresentare una esasperata richiesta di affettività, di attenzione e di cura; oppure può configurarsi come un tentativo simbolico di distruggere i confini del setting come attacco alla dipendenza dal terapeuta [52].

In questa prospettiva, l'eventualità che un paziente, all'interno di un trattamento psicoterapeutico strutturato, possa riuscire a rinunciare agli atti autolesionistici, anche solo temporaneamente e al prezzo di agire questa necessità intrapsichica di fatto "tagliando" la relazione con il terapeuta, può essere un primo necessario passo verso la possibilità di "mentalizzare" un'esperienza intrapsichica e relazionale, invece che "materializzarla" sul proprio corpo, denotando in questo modo la possibilità di un livello di funzionamento, seppur di poco, più integrato.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, ASTROLABIO, Roma 1971.
2. BATEMAN, A. W., FONAGY, P. (1999), Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: a Randomized Controlled Trial, *Am. J. Psychiatry*, 156: 1563-1569.
3. BATEMAN, A. W., FONAGY, P. (2001), Treatment of Borderline Personality Disorder with Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: an 18-month Follow-up, *Am. J. Psychiatry*, 158: 36-42.
4. BATEMAN, A. W., FONAGY, P. (2004), *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*, tr. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*, Cortina, Milano 2006.
5. BOND, M. D., PERRY, J. C. (2004), Long-term Changes in Defense Styles with Psychodynamic Psychotherapy for Depressive, Anxiety and Personality Disorder, *Am. J. Psychiatry*, 161: 1665-1671.
6. BOHUS, M., LIMBERGER, M., EBNER, U. ET ALII (2000), Pain Perception During Self-Reported Distress and Calmness in Patients with Borderline Personality Disorder and Self-Mutilating Behaviour, *Psychiatry Res.*, 95: 251-260.
7. BRODSKY, B. S., CLOITRE, M., DULIT, R. A. (1995), Relationship of Dissociation to Self-Mutilation in Female Patients with Borderline Personality Disorder, *Am. J. Psychiatry*, 152: 1788-1792.
8. BROWN, M. Z., COMTOIS, K. A., LINEHAN, M. M. (2002), Reasons for Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in Women with Borderline Personality Disorder, *J. Abnorm. Psychol.*, 111: 198-202.
9. CLARKIN, J. F., FOELSCH, P. A., LEVY, K. N., HULL, J. W., DELANEY, J., KERNBERG, O. (2001), The Development of a Psychodynamic Treatment for Patients with Borderline Personality Disorder: a Preliminary Study of Behavioral Change, *J. Personal. Disord.*, 15: 487-495.
10. DULIT, R. A., FYER, M. R., LEON, A. C., BRODSKY, B. S., FRANCES, A. J. (1994), Clinical Correlates of Self-Mutilation in Borderline Personality Disorder, *Am. J. Psychiatry*, 151: 1305-11.
11. DUBO, E. D., ZANARINI, M. C., LEWIS, R. E., WILLIAMS, A. A. (1997), Childhood Antecedents of Self-destructiveness in Borderline Personality Disorder, *Can. J. Psychiatry*, 42: 63-69.
12. FASSINO, S., FERRERO, A. (2005), Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Consult. Clin. Psychol.*, submitted.
13. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara*, CSE, Torino.
14. FERRERO, A. (2004), Standardizzazione dei processi delle psicoterapie psicodinamiche: una revisione critica in prospettiva adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 35-46.
15. FERRERO, A. (2005), "Which Kind of Adlerian Psychotherapy? The Power of Different Theoretical Issues Underlying Different clinical Practices", invited lecture, *23rd Congress of International Association of Individual Psychology*, Torino.
16. 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.

17. FONAGY, P. (1991), Thinking about Thinking: Some clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient, *Intern. Journ. of Psychoan.*, 72: 639-656.
18. FONAGY, P., BATEMAN, A. W. (2006), Mechanism of Change in Mentalization-Based Treatment of Borderline Personality Disorder, *J. Clin. Psychol.*, 62: 411-430.
19. FOSSATI, A., BARRATT, E. S., CARRETTA, I., LEONARDI, B., GRAZIOLI, F., MAFFEI, C. (2004), Predicting Borderline and Antisocial Personality Disorder Features in Nonclinical Subjects Using Measures of Impulsivity and Aggressiveness, *Psychiatry Res.*, 125: 161-170.
20. GABBARD, G. O., MILLER, L. A., MARTINEZ, M. (2007), The Mind-brain Interface in Borderline Personality Disorders, *Anniversario Fondazione Clinica Viarnetto*, Lugano, Svizzera.
21. GOODMAN, M., NEW, A. (2000), Impulsive Aggression in Borderline Personality disorders, *Curr. Psych. Rep.*, 2: 56-61.
22. GUNDERSON, J. G. (2001), *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, tr. it. *La personalità borderline. Una guida clinica*, Cortina, Milano 2003.
23. GUNDERSON, J. G., RIDOLFI, M. E. (2001), Borderline Personality Disorder: Suicidality and Self-Mutilation, *Ann. N. Y. Acad. Sc.*, 932: 61-73.
24. HERPERTZ, S., SASS, H., FAVAZZA, A. (1997), Impulsivity in Self-Mutilative Behaviour: Psychometric and Biological Findings, *J. Psychiatr. Res.*, 31: 451-465.
25. HULL, J. W., YEOMANS, F., CLARKIN, J., LI, C., GOODMAN, G. (1996), Factors Associated with Multiple Hospitalizations of Patients with Borderline Disorder, *Psychiatry Serv.*, 47: 638-641.
26. JOHNSON, J. G., COHEN, P., BROWN, J., SMAILES, E. M., BERNSTEIN, D. P. (1999), Childhood Maltreatment Increases Risk for Personality Disorders During Early Adulthood, *Arch. of Gen. Psychiatry*, 56: 600-606.
27. KEMPERMAN, I., RUSS, M. J., CLARK, W. C., KAKUMA, T., ZANINE, E., HARRISON, K. (1997), Pain Assessment in Self-Injurious Patients with Borderline Personality Disorder Using Signal Detection Theory, *Psychiatry Res.*, 70: 175-183.
28. KERNBERG, O. F. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino 1978.
29. KERNBERG, O. F. (1976), *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, tr. it. *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*, Boringhieri, Torino 1980.
30. KORNER, A., GERULL, F., STEVENSON, J., MEARES, R. (2007), Harm Avoidance, Self-harm, Psychic Pain, and the Borderline Personality: Life in a "Haunted house", *Compr. Psychiatry*, 48: 303-308.
31. LEIBENLUFT, E., GARDNER, D. L., COWDRY, R. W. (1987), The Inner Experience of The Borderline Self-Mutilator, *J. Personal. Disord.*, 1: 317-324.
32. LEICHSENRING, F., LEIBING, E. (2003), The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behaviour Therapy in the Treatment of Personality Disorder: a Meta-Analysis, *Am. J. Psychiatry*, 156: 1312-1321.
33. LINEHAN, M. (1993), *Dialectical Behavioral Therapy of Borderline Personality Disorder*, Guilford, New York.
34. MAFFEI, C. (1996), La patogenesi traumatica della personalità borderline, in ROVERA G. G. (a cura di), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino.

35. MOELLER, F. G., BARRATT, E. S., DOUGHERTY, D. M., SCHMITZ, J. M., SWANN, A. C. (2001), Psychiatric Aspects of Impulsivity, *Am. J. Psychiatry*, 158: 1783-1793.
36. PARIS, J. (2002), Chronic Suicidality among Patients with Borderline Personality Disorder, *Psychiatr. Serv.*, 53: 738-742.
37. PARIS, J. (2004), Half in Love with Easeful Death: the Meaning of Chronic Suicidality in Borderline Personality Disorder, *Harv. Rev. Psychiatry*, 12: 42-48.
38. PARIS, J. (2004b), Is Hospitalization Useful for Suicidal Patients with Borderline Personality Disorder?, *J. Personal. Disord.*, 18: 240-247.
39. PARIS, J. (2005), Understanding Self-mutilation in Borderline Personality Disorder, *Harv. Rev. Psychiatry*, 13: 179-185.
40. PARIS, J., ZWEIG-FRANK, H. (1992), A Critical Review of the Role of Childhood Sexual Abuse in the Etiology of Borderline Personality Disorder, *Can. J. Psychiatry*, 37: 125-128.
41. PERRY, J. C., BANON, E., IANNI, F. (1999), Effectiveness of Psychotherapy for Personality Disorder, *Am. J. Psychiatry*, 156: 1312-1321.
42. PERRY, J. C., HERMAN, J. L. (1993), I traumi e le difese nell'eziologia del disturbo borderline di personalità, in PARIS, J. (1993), *Borderline Personality Disorder. Etiology and Treatment*, tr. it. *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*, Cortina, Milano 1995.
43. POUTSKA, F., LEHMKUL, G. (1985), Disturbi Borderline secondo la concezione Individual Psicologica. Possibilità e limiti della terapia nei bambini e negli adolescenti, *Riv. Psicol. Indiv.*, 35: 31-49, 1994.
44. RATTNER, L. (1986), Die Narzisstische Persönlichkeit in der Sicht der Individualpsychologie, *Zeit. of Individualpsychol.*, 11: 25-40.
45. ROVERA, G. G. (1993), Individualpsychologische Psychotherapie mit Borderline – Patienten, XIX° Congr. Internaz. di Psicol. Indiv., Budapest.
46. ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino.
47. SABO, A. N., GUNDERSON, J. G., NAJAVITS, L. M., CHAUNCEY, D., KISIEL, C. (1995), Changes in Self-Destructiveness of Borderline Patients in Psychotherapy. A Prospective Follow up, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 183: 370-376.
48. SANSONE, R. A., SONGER, D. A., GAITHER, G. A. (2000), Medically Self-Harming Behaviour and its Relationship to Borderline Personality among Psychiatric Inpatients, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 188: 384-386.
49. SANSONE, R. A., GAITHER, G. A., SONGER, D. A. (2002), The Relationships among Childhood Abuse, Borderline Personality, and Self-Harm Behaviour in Psychiatric Inpatients, *Violence Vict.*, 17: 49-55.
50. SCARSO, G., MUNNO, D. (1996), Aspetti nosografici della patologia borderline, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino.
51. SCARSO, G., LAGUZZI, S., CANDELLERI, S., FILA, P. (1994), La patologia borderline fra individuo e relazione familiare, *Rassegna di Studi Psichiatrici*, Università degli Studi di Torino – Istituto di Clinica Psichiatrica, vol. LXXIII, fasc. 1.
52. SCHLOESSER, A. (2000), Grenzlinien in der Psychotherapie. Borderlines in Psychotherapy, *Zeit. of Individualpsychol.*, 25: 197-203.
53. SHEARER, S. L. (1994), Phenomenology of Self-Injury among Inpatient Women

with Borderline Personality Disorder, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 182: 524-526.

54. SIMEON, D., STANLEY, B., FRANCES, A., MANN, J. J., WINCHEL, R., STANLEY, M. (1992), Self-Mutilation in Personality Disorder: Psychological and Biological Correlates, *Am. J. Psychiatry*, 149: 221-226.

55. STANLEY, B., GAMEROFF, M. J., MICHALSEN, V., MANN, J. J. (2001), Are Suicide Attempters who Self-Mutilate a Unique Population?, *Am. J. Psychiatry*, 158: 427-432.

56. ZLOTNICK, C., MATTIA, J. I., ZIMMERMAN, M. (1999), Clinical Correlates of Self-Mutilation in a sample of General Psychiatric Patients, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 187: 296-301.

57. ZWEIG-FRANK, H., PARIS, J., GUZDER, J. (1994), Psychological Risk Factors for Dissociation and Self-Mutilation in Female Patients with Personality Disorder, *Can. J. Psychiatry*, 39: 259-265.

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

Arte e Cultura

Finalismo adleriano e fenomenologia: il caso di “Laura” a confronto con “Evgenij Irtenev”

DANIELA BOSETTO

Summary – ADLERIAN FINALISM AND PHENOMENOLOGY: “LAURA” MEETS “EVGENIJ IRTENEV”. The article intends to develop a reflection/a comparison between the adlerian model in psychopathology and a phenomenological model. Special attention is paid to the theme of emotions as a point of convergence between the two theories. The theoretical part is followed by the introduction of a case particularly referred to the theme of projectuality as a dimension of the “lived”. “Laura” meets “Evgenij Irtenev”.

Keywords: FINALISM, PHENOMENOLOGY, TOLSTOJ

I. Premesse teoriche

Chi si avvicina alla Psicologia Individuale non può non condividere l’assioma adleriano secondo il quale *non siamo in grado di pensare, di sentire, di volere, di agire senza avere in mente un fine* ed è proprio l’ammettere di avere un *fine* che ci permette di accostarci alla *realtà* [2]. Sarà dunque il perseguimento di un *fine ultimo* a determinare l’intera vita dell’anima umana e di conseguenza possiamo veramente concepire l’*organo psichico* solo in funzione del *fine* che il soggetto si propone. In realtà, in Adler *causalismo* e *finalismo* sono intimamente collegati in una successione temporale a tal punto che l’orientamento teleologico della Psicologia Individuale sarà definito proprio *finalismo causale* [31].

Il contatto tra due sostanze chimiche, reazione scientificamente spiegabile, non si verifica se si prende in considerazione il comportamento, in quanto esso può avere effetti diversi su individui con caratteristiche diverse. Secondo Adler, ciò accade perché l'uomo è spinto dall'*intenzionalità*, che non può sussistere in due sostanze chimiche. La Psicologia Individuale in quanto *psicologia dinamica* parte dall'osservazione di fenomeni che effettivamente avvengono, anche se questi e le reazioni che inducono possono essere sottoposte a infinite varianti. Se pensiamo per esempio ad una frase essa può generare effetti diversi a seconda della comunicazione non verbale e del tono di voce di chi la pronuncia [31].

Adler, supportato dall'osservazione, dalla costruzione d'ipotesi e dalla sperimentazione, proprie del metodo scientifico, è consapevole che tutti gli organismi siano orientati verso la sopravvivenza e per conseguirla debbano, quindi, progettare il proprio avvenire. La Psicologia Individuale si fonda dunque sul presupposto che la personalità sia un'*unità* diretta verso uno *scopo*. Il vero ordine della vita e della psiche diviene dunque l'*agire per un obiettivo*. Per Adler bisogna sempre interrogarsi non solo sul "da dove?" e sul "perché?", ma anche e soprattutto sul "a che scopo?" e sul "verso dove?".

«Se il movimento fosse semplicemente causale e repentino non sarebbe mai sufficiente per giustificare lo sforzo che richiede, deve esserci quindi una meta da raggiungere» (4, p. 40). Osserviamo, dunque, come l'organismo umano si muova spesso in una realtà confusa e poco chiara e abbia continuamente bisogno di previsione e di sicurezza. Nasce da qui il bisogno per l'uomo di pianificare il futuro immaginandone uno sempre più appagante del presente. «In ogni essere umano, noi possiamo scoprire, dentro tutte le spinte parziali, una spinta complessiva. Tutti i nostri sforzi tendono al conseguimento di una posizione in cui sia stato raggiunto un senso di sicurezza in cui, cioè, abbiamo la sensazione che tutte le difficoltà della vita sono state superate e che noi alla fine, in relazione alla situazione complessiva che ci circonda siamo usciti salvi e vittoriosi. Se è questo il nostro scopo, allora tutti i movimenti e le espressioni debbono essere coordinati e ridotti all'unità, e la meta è costretta a svilupparsi in modo da conseguire un'ideale di meta finale. Nella lotta per il raggiungimento della meta finale della sicurezza, la mente si trova sempre di fronte alla necessità di concretare il suo scopo [...]. La direzione scelta dalla mente può, in realtà, essere anche disastrosa, ma viene scelta perché la mente erroneamente la concepisce come la più vantaggiosa. Tutti gli errori psicologici consentono quindi una scelta della direzione da dare al movimento. Il fine della sicurezza è comune a tutti gli esseri umani ma alcuni non individuano in che direzione si trovi la sicurezza e i loro movimenti concreti li portano fuori strada» (*Ibid.*, pp. 40-41).

La cornice teorica che abbiamo fino ad ora delineato ci permette di interpretare la *vita* come *movimento* che si sviluppa attraverso un *passato*, un *presente* ed un

futuro ed il comportamento di un individuo può essere compreso solamente prestando attenzione agli obiettivi verso cui si orienta. Ma una visione teleologica implica un *Sé creativo* con il compito d'integrare le molteplici esperienze, di orientare il comportamento e di ipostatizzare lo *stile di vita* che a sua volta governa la struttura della *personalità*. Ed è proprio lo *stile di vita*, impronta soggettiva dell'individuo, che attribuisce significato alle nostre esperienze attraverso una trama che non è mai “rigida” ma aperta ai cambiamenti. L'essere umano nel tumulto di emozioni, fantasie e pensieri, attraverso le proprie costruzioni finzionali, tende sempre verso un obiettivo che progetta liberamente e verso il quale proietta poi tutte le sue azioni.

Ma se «la legge fondamentale della vita è il superamento [...] poiché l'uomo aspira alla perfezione, la sua psiche è in costante movimento e avverte la propria pochezza nei confronti della meta da raggiungere. Solo la sensazione di aver conseguito una posizione sufficientemente avanzata in questo sforzo permette all'uomo di avvertire il proprio valore e gli trasmette un sentimento di tranquillità e felicità. Quindi essere uomini significa avvertire un senso di inferiorità che esige di essere superato. La via che porta alla vittoria è molteplice quanto la meta di perfezione cercata» (5, pp. 48-49).

Nell'approccio alla Psicologia Individuale è, inoltre, estremamente attuale il rapporto interazionale mente-corpo: «Noi veniamo a trovarci faccia a faccia con queste interazioni tra mente e corpo, mentre sono in azione, abbiamo, cioè, davanti a noi un individuo – anima e corpo – che deve essere curato, e se la nostra cura poggia su basi erronee non potremo curarlo. La nostra teoria deve necessariamente fondarsi sull'esperienza e deve necessariamente essere verificata. Noi viviamo in mezzo a queste interpretazioni, e questo fatto rappresenta la più grande sfida a trovare il punto di vista corretto» (4, p. 39). Osserviamo come il corpo non sia mai lasciato solo nello sviluppo delle sue potenzialità, in quanto la mente può intervenire per aiutarlo. È risaputo che fin dai primi giorni di vita maturi una collaborazione di crescita tra *mente* e *corpo*, impegnati in una *cooperazione come parti indivisibili* di un tutto unico. Ogni movimento dell'uomo nasconde sempre un significato ed è la mente che gli conferisce questo significato. La psicologia, perciò, diventa *scienza della mente* e «l'oggetto della psicologia è l'esplorazione del significato implicito di tutte le espressioni di un individuo, per trovare la chiave che permetta di individuare il suo scopo e di paragonarlo con gli scopi degli altri individui» (*Ibid.*, p. 41).

Ogni movimento espressivo, sentimento, volontà, azione, sogno e anche tutti i fenomeni psicopatologici sono in funzione di un *piano di vita unitario* ed è proprio, dal tendere alla meta che nasce l'unità della personalità: tutta la vita è movimento verso la crescita, verso l'espansione. La relazione umana rappresenta, a sua volta, *una lotta per una posizione di superiorità* e la nevrosi è una

costruzione fittizia difensiva che conduce il soggetto a raggiungere *una meta di superiorità*. A questo proposito Adler, esprimendosi sulla *natura e sulla formazione del carattere*, afferma che «ciò che si intende normalmente per carattere è manifestazione di una certa forma espressiva dell'anima umana, che tenta di assumere una posizione di fronte alla vita. Anche il carattere è un concetto sociale cui si può ricorrere solo facendo riferimento alle relazioni fra l'uomo e l'ambiente [...]. Il comportamento di un uomo nasce dal fine ultimo che si è prefissato, identificabile con il raggiungimento della potenza, della superiorità, del predominio sugli altri. Questo scopo influisce sulla concezione del mondo, sull'immagine della vita, sulla dinamica espressiva. I tratti del carattere dell'uomo non sono altro quindi che le manifestazioni esteriori delle sue linee di movimento. Sono le basi che ci consentono di riconoscere un individuo di fronte ai suoi simili, alla collettività, ai problemi dell'esistenza» (3, pp. 135-136).

Un soggetto in continuo conflitto con l'ambiente e tendente al predominio, svilupperà in modo particolare tratti di personalità quali ambizione, diffidenza e invidia e gelosia, tratti di carattere funzionali a sostenere una lotta. Il *finalismo* compare molto presto nel bambino ed è paragonabile a «un'energia che forma e dirige, operando in modo che non esistano due individui perfettamente uguali, ma ognuno rappresenti una particolare e originale unità» (Ivi).

II. Il “mal-essere” nel modello adleriano e nel modello fenomenologico

Il modello adleriano, orientato al *finalismo causale*, ci fornisce dunque una chiave di lettura per la comprensione del *senso esistenziale* di alcune manifestazioni psicopatologiche. È infatti possibile notare, nella maggior parte dei soggetti affetti da psicosi, la presenza di ideali esasperati: gli schizofrenici aspirano spesso ad essere Dio. Secondo la teoria adleriana lo scopo perseguito dallo psicotico è quello di eludere i propri compiti fondamentali di vita come *l'amore, l'amicizia, il lavoro* portandolo a sviluppare una sofferta tensione fra *bisogno di sicurezza* e *bisogno di affermazione individuale*. Il suo disegno, connotato da ambivalenza, non gli permetterà di condividere la vita relazionale e sociale con gli altri: riuscirà ad esprimersi solo attraverso un vissuto delirante in alternativa alla realtà del “senso comune”.

Interessanti a questo proposito le osservazioni di Adler sulla personalità del ballerino russo Vaslav Nijinsky (1890-1950), famoso danzatore del balletto imperiale, la cui carriera fu interrotta da una psicosi nel 1919. Adler, leggendo il diario di Vaslav, confermò la sua teoria sulle dinamiche della schizofrenia e ne studiò la personalità prepsicotica evidenziando anche la possibilità e le modalità di recupero. I prodromi premorbosi del ballerino sembrano riflettere la predisposizione ad uno *stile di vita viziato*. Adler ritiene che in ogni bambino parzialmente psico-

tico, prima che la malattia si manifesti, è sempre possibile rintracciare i segni di una particolare condizione dell’esistenza in concomitanza con un insuccesso che porta ad un calo dell’interesse sociale [8].

Un’esasperazione dell’ideale di superiorità è possibile solo quando l’individuo, avendo smarrito il reale interesse di comunicazione con l’altro, perde anche il senso della ragionevolezza e della comprensione. Ma l’obiettivo dell’ideale esasperato pone anche il soggetto di fronte a tali difficoltà da rendere inefficace il *senso comune*: ne deriva un blocco che inibisce e sotterra il *sentimento sociale*. Lo schizofrenico si presenta inesorabilmente nella sua veste di strenuo difensore dell’irrazionalità opponendosi con tutte le sue forze alla realtà nei cui confronti interpone una certa *distanza*.

Un’interessante lettura del vissuto psicotico, non distante per certi aspetti dal modello adleriano, risulta essere l’orientamento fenomenologico, che non interpreta il sintomo in sé ma in relazione a quanto esso possa modificare il modo di *essere-nel-mondo* e di *far-parte del mondo*. L’*altro-da-noi* appare nella sua umana ragione di essere e nella sua intenzionalità *incrinata*, ma *non infranta*, anche se l’area dell’enigmaticità e la strenua angoscia esistenziale restano ferme nel loro silenzio e nella loro ambigua e dilaniata sofferenza [9].

Ma per quanto riguarda l’*intenzionalità*, possiamo interpretare la schizofrenia, come «un ammasso di macerie e un’aggregazione anarchica di sintomi, o una forma di esistenza dotata di senso: anche se diversa dalla nostra. [...] I modi di comunicare con il mondo e la coscienza dell’io, il tempo e lo spazio, non rappresentano entità astratte e teoriche ma dimensioni reali dell’esistenza che si modificano nelle loro connotazioni strutturali quando l’esperienza psicotica sconvolge le normali e quotidiane articolazioni della vita» (10, pp. 96-97).

Si crea una sorta di «cerchio magico attorno all’ammalato, che gli impedisce di avvicinarsi alla realtà della vita, di guardare la verità in faccia, di ammettere una decisione o un esame sul suo valore. I compiti professionali, esami, rapporti sociali, amorosi e matrimoni offrono, non appena si presentano come problemi di vita, la causa attuale» (1, p. 98). Riteniamo che la sofferenza, sia di tipo psicotico che non, è sempre affiancata dalla solitudine, dal ritiro in se stessi e talvolta è proprio la ricerca dell’isolamento, della *distanza* in senso adleriano, che riesce a dare un senso al dolore e alla disperazione del soggetto. Se prendiamo ad esempio le nevrosi coatte possiamo osservare come il lavarsi, la paura di toccare, il ripercorrere le strade già percorse, il distruggere i lavori iniziali o il lasciarli incompiuti siano espressioni del tema della *distanza* e in questo senso Adler ci richiama al concetto di “arrangement” come espressione fisica della distanza stessa.

Secondo l'interpretazione fenomenologica, nelle forme ossessive più intense il distacco dalla realtà è evidente e l'eliminare questa difficoltà attraverso la comunicazione e attraverso l'apertura al mondo circostante risulta estremamente complesso. L'esperienza ossessiva ci allontana dal quotidiano, da ciò che può essere considerato ovvio, viene a mancare la fiducia in se stessi e negli altri: si è *sco-raggiati*. Tutto diviene terribilmente ostile, ogni cosa è percepita in modo oscillante. Ciò che è inatteso viene vissuto come devastante e si diviene schiavi di una logica della programmazione esasperata. Ci si allontana sempre più dal reale, si cerca rifugio nella solitudine, una solitudine sconcertante in ogni sua sfaccettatura. La "scelta" di vita ossessiva non concede nessuna distrazione e le ripetizioni, seppur nella loro ovvietà, divengono infinite ed inarrestabili.

«A questo scacco, a questa acuta percezione di non riuscire a realizzare l'ideale di perfezione e di precisione (disperatamente ricercato e perduto), si accompagna una coscienza di colpa che si fa intensa e lacerante, e si fa portatrice di un'ulteriore angoscia: in una circolarità di sofferenze senza fine che si rincorrono e si potenziano reciprocamente. Ne conseguono, così, idee che si aggrovigliano e si susseguono precipitosamente e ostinatamente, impulsi che si accendono e riaccendono inesorabilmente e confusamente; azioni che si realizzano e si ripetono nella ricerca di una "perfezione" assoluta che non lasci spazio ad alcuna incertezza ed ad alcuna imprecisione» (11, p. 169).

Il nevrotico non si chiederà mai "cosa deve fare per crearsi un'esistenza armonica" ma come "forgiare la sua vita per soddisfare la sua tendenza al predominio". «Il paziente accentua i suoi sintomi, che da tutta la sua esperienza gli si formano nel modo di cui lui ha bisogno e che gli sono necessari per la glorificazione della sua personalità» (2, p. 45).

III. *La psicoterapia adleriana a confronto con quella fenomenologica*

Secondo Adler la fase più rilevante della terapia «è lo scoprire il sistema o il piano di vita dei nevrotici [...]. La comprensione e la visione generale di questo piano si possono ottenere nel modo migliore con una immedesimazione intuitiva e con una comprensione creativa dell'essenza del paziente. [...] Uno degli stratagemmi più importanti della psicoterapia consiste nell'attribuire il lavoro e il successo della guarigione al paziente stesso, cui bisogna mettersi a disposizione» (*Ibid.*, pp. 46-47).

Può essere utile al fine di ottenere chiarimenti, rilevanti per il terapeuta, sulla comprensione della nevrosi del paziente, porre la seguente domanda: «Cosa farebbe se lei guarisse con la mia cura?» (*Ibid.*, p. 50). Chi ha provato a porre questa domanda ad un paziente avrà potuto verificare che «il paziente risponderà

nominando proprio quell'azione alla quale egli sfugge scoraggiato mediante la sua nevrosi» (*Ivi*).

Adler di fronte alla malattia mentale assume un atteggiamento di fiducia. Egli pensa che lo stimolare nel paziente l'interesse per gli altri gli consenta di imboccare un percorso di “cura”: «La premessa più importante alla guarigione è lo smantellamento della finzione rafforzata del malato, secondo la quale il mantenimento dei propri valori può avvenire solo al di fuori della società e della logica comune» (4, p. 72). Ci si chiede come possa perseguirsi un incremento del sentimento sociale di fronte a pazienti chiusi nella loro “solitudine artistica”? È indispensabile proporsi come «partner esente da rischi, che non voglia cioè né umiliare, né imporre proprie soluzioni. Operata, con pazienza e gradi, la conquista affettiva, si potrà dirigere verso l'obiettivo più ambizioso: avviare la coppia terapeutica verso la speranza e la progettazione. La terza fase, che nei trattamenti adleriani assume una dimensione maggiore, è quella in cui l'analista e l'analizzato percorrono assieme il grafico del recupero, sempre dentellato e spezzettato da frustrazioni che sembrano inattivare il collaudo, dopo ciascuna delle quali il soggetto, aiutato dalla sua guida, sappia accantonare le nostalgie di una nuova regressione» (*Ibid.*, p. 73).

Osserviamo che «quando il paziente in trattamento individualpsicologico giunge alla fase di impegno per il recupero, non è solo divenuto consapevole che le sue precedenti finalità erano inconsistenti e improduttive, ma ha ricevuto un *processo di incoraggiamento*, che lo stimola a formulare nuovi progetti, nella speranza di trovare in essi una più gratificante realizzazione dei tre compiti vitali: sessualità ed affetti, intelligenza e lavoro, amicizia e fluidi rapporti interpersonali. Prende così corpo un'ambivalenza dinamica fra la vecchia *linea direttrice* scalfita dall'autocritica, ma ancora permeata di suggestioni negative, e il nuovo *piano di vita*, certamente più faticoso e sofferto, ma vitalmente alternativo a tante esperienze di frustrazione provate in passato» (25, p. 9).

«L'*incoraggiamento* è uno degli aspetti più importanti di ogni sforzo correttivo» (36, p. 169) e deve passare attraverso l'analisi del termine opposto, cioè attraverso lo *scoraggiamento*, inteso come «una malattia subdola che corrode la serenità dell'animo, appanna la mente e paralizza la progettualità. [...] I passi successivi che l'operatore dovrà compiere consisteranno nell'indirizzare la persona che gli si affida verso il *lato utile della vita* e nell'aiutarla a trovare la sua personale modalità di cambiamento, entrando strategicamente nelle sue modalità decisionali e, soprattutto, facendo leva sull'*incoraggiamento*» (*Ibid.*, pp. 169-170).

Da un punto di vista fenomenologico, in sintonia con la psicologia adleriana, il recupero deve passare attraverso il *vivere-con i pazienti*: l'intersoggettività, come modo radicale di *essere* e di *essere-in-relazione*, si costituisce così come preme-

sa comune alle diverse modalità di articolazione terapeutica [10]. L'*affettività* diviene struttura portante della *cura* ed ogni *cura* è correlata radicalmente con il mondo degli affetti: ogni attività di *cura* implica strategie complesse che necessitano d'integrazione [11].

«Confrontarsi con anime ferite dalla sofferenza, coglierne l'intensità, la spontaneità, esige (richiede) di sapere decifrare cosa c'è, cosa vive, cosa risuona nell'interiorità degli altri. [...] Richiede di *aprirsi alle emozioni*: a queste esperienze antitetiche, alle esperienze razionali, ma dotate comunque di conoscenza, e capaci di rendere sempre più degna e ricca la vita di ogni giorno [...]. Ascoltare il silenzio di un'anima che soffre, o il suo grido, al di là di ogni parola, è indubbiamente un rischio, una sfida, una fatica [...]. Nel contesto di ogni relazione umana si nascondono significati sommersi che possono consentire, a chi soffre, di ritrovare inattese scialuppe sulle quali salvarsi anche con in mari in tempesta» (*Ibid.*, p. 191). Nella *cura* è necessario considerare anche il linguaggio del silenzio e quello dei gesti e ciò è riconosciuto anche dalla Psicologia Individuale ed è altrettanto vero che «se qualcosa allevia il dolore e riapre il cuore alla speranza, sono le parole che nascono dalla capacità di risalire dai volti, dagli sguardi, dalle parole spezzate che ascoltiamo, a volte anche dai silenzi, di risalire da tutto questo a forme di immedesimazione autentica con le intenzioni, le angosce, le inquietudini, le speranze degli altri» (*Ibid.*, p. 196).

Anche il terapeuta adleriano «accoglie quasi incondizionatamente le *manifestazioni emotive* del paziente alleandosi con i frammenti più evolutivi del Sé e scoraggia gli agiti autolesivi» (36, p. 218). Nella cura dei pazienti borderline «il terapeuta deve poter accogliere il paziente a lungo prima di poter lavorare *intensivamente* sui meccanismi della scissione in modo che ciò risulti tollerabile. Le confrontazioni, validanti, incoraggianti, più ancora che le interpretazioni in senso stretto costituiscono sovente una modalità di lavoro specifica rispetto alla scissione, attivando, come se fossero collanti, tentativi di ricoesione del Sé» (*Ibid.*, p. 272).

Sono proprio le emozioni che vanno a modificare l'equilibrio psichico, agendo sulla sfera affettiva e conseguentemente sull'umore. Ma le emozioni influenzano anche l'equilibrio vegetativo e somatico causando pallore, rossore, palpitazioni, sudore etc. Nella sofferenza dell'esperienza psicopatologica si stagliano, durante il rapporto terapeutico, quelle *emozioni che tendono a separare* come l'*ira*, la *tristezza*, la *nausea*, l'*angoscia*. Ed ecco che incalzante ricompare il tema della *distanza* come espressione del disagio; tra i compiti del terapeuta adleriano ci sarà anche quello di far recuperare al paziente l'esperienza di *stati emotivi che uniscono* quali appunto la *compassione*, intesa come pura espressione del sentimento sociale, e la *gioia* che lascia intravedere il desiderio di comunicare [26].

«Il modello adleriano che pone al di sopra di ogni programma l'avviamento degli individui ad equilibrati rapporti interpersonali, fornendo loro le indicazioni per una condotta attiva, solidale e incoraggiante nella comunità umana, fa della Psicologia Individuale, una *vera teoria* dell'uomo, la sola teoria dell'uomo fra le tre dottrine storiche della psicologia del profondo, la *psicologia sociale* per antonomasia» (*Ibid.*, p. 38). «La psichiatria – sostiene Borgna – o è psichiatria sociale o non è psichiatria: parola tematica, questa, di ogni psichiatria fenomenologica che *non* intenda arroccarsi nei labirinti inutilmente sofisticati della pura teoresi (della pura riflessione teorica) ma che si confronti con la realtà personale e interpersonale, individuale e sociale, della sofferenza e della sofferenza psichica emblematicamente» (11, p. 197).

Rovera fa riferimento al modello bio-psico-sociale, multifattoriale, di rete sostenendo che «una società multietnica, come quella del futuro in Italia, esige una formazione attenta al dialogo, al confronto, all'ascolto e alla consapevolezza di non poter comprendere totalmente l'altro, lasciando spazio alla volontà e al desiderio di aprirsi alla relazione, per stabilire relazioni di aiuto corrette» (35, p. 233). Ritorna ricorrente il tema della *distanza* che crea disagio: «Gli immigrati provano quasi sempre sentimenti di insicurezza, di estraneità, di inadeguatezza. Il sentirsi straniero e il sentire lo straniero suscitano intime paure e contemporaneamente vicinanza e lontananza, esclusione ed inclusione, articolazione e marginalità» (*Ibid.*, p. 234). Il rapporto terapeutico, in quest'orizzonte, può essere letto alla luce del modello bio-psico-sociale: «Il terapeuta e il paziente sono individui unici e irripetibili nella loro unità bio-psico-sociale, ma pure la loro interazione intersoggettiva ed interpersonale è singolare ed irripetibile» (*Ibid.*, p. 247).

IV. *La poesia come modalità di comunicazione del paziente*

Le *emozioni* che *uniscono e che separano* giungono al terapeuta sotto diverse forme di linguaggio: il corpo che parla, la memoria, gli stati d'animo, l'immaginazione, il disegno, ma anche il linguaggio creativo-poetico.

Le espressioni creative sono particolarmente fluide quando ci troviamo in presenza di sofferenze psicopatologiche di tipo psicotico e non: «Le emozioni, dunque, quelle della tristezza e della disperazione, dell'angoscia e della nostalgia, della morte volontaria come ultima speranza di vita e della morte di una persona cara come irrevocabile frattura esistenziale, quali si riescono a cogliere in alcuni testi poetici diversi nella loro qualità espressiva e creativa ma accomunati da un'analoga lacerazione psicologica ed umana: ritrasfigurata e riaccesa da parole dicibili ed indicibili che aiutano ad intendere meglio i modi di essere di *ogni* umana sofferenza: psicotica e non-psicotica» (11, pp. 111-112).

Ci addentriamo ora nel labirinto delle “emozioni” che Laura, interprete paradigmatica della situazione che stiamo analizzando, riesce a comunicare proprio attraverso la *magia* di una *poesia che proviene dal cuore*. La distanza si esprime «quando la sofferenza scende nella nostra anima (nei nostri cuori), e ci tortura nelle nostre fibre più nascoste e segrete, lacerandole e spezzandole, essa tende a *separarci* dal mondo delle persone e dal mondo delle cose; isolandoci ed incrinando, in misura più o meno intensa e radicale, la nostra relazione con gli altri: quella che è, cioè, la intersoggettività come struttura portante della condizione umana» (*Ibid.*, p. 130).

Il senso della sofferenza di Laura, signora sulla cinquantina, longilinea, dai capelli corti, sportiva nell’abbigliamento, forse un tempo donna “vivace” si manifesta attraverso il suo volto ancora “espressivo” di una profonda angoscia. Quando si presenta al primo colloquio, appare molto provata e tesa anche a causa della recente morte del coniuge. Vive con un figlio, studente universitario brillante ma difficile da gestire.

Manifesta già dal primo colloquio un delirio mistico-religioso che l’accompagnerà a lungo nel percorso terapeutico, anche se tenuto “a bada” dalla cura farmacologica del suo psichiatra. L’eloquio “confuso” lascia però intravedere quegli spazi di razionalità che mi fanno capire che si potrà lavorare insieme. L’atteggiamento empatico di accoglienza è quello che mi ha aiutato a porre le basi del nostro futuro lavoro analitico. Laura non ha avuto paura, si è fidata di me anche quando mi esprimeva il suo timore di essere “pazza”.

Laura nel momento in cui porta le poesie è in terapia da circa due anni (siamo nel 1998), prosegue fino al 2002. Poi interrompe perché si sente più sicura, ritiene di potercela fare. Ogni tanto ritorna per aggiornarmi sui suoi “amori”; il figlio nel frattempo si è laureato, svolge un lavoro di prestigio, si è sposato. Non vedo Laura dal 2005, ma nel settembre del 2007 mi ricontatta, vuole riprendere l’analisi. Una fase di cambiamento ha sconvolto Laura, sta per diventare nonna, nell’agosto del 2007 ha una nuova crisi, mentre è in chiesa e sta accendendo delle candele. Si sente staccata dalla realtà “come se” fosse un angelo: il vuoto intorno, confusione in testa, è spaventatissima, corre dallo psichiatra, ha bisogno di farmaci.

Laura rivive, pensando al nipote, le paure e le angosce che aveva sempre nutrito per il figlio. Ma quando c’era il marito riceveva “energia”, perché lui era un pranoterapeuta. La luce delle candele è in fondo per lei quel simbolo di energia, calore, affettività che sta ancora cercando attraverso un rapporto affettivo stabile con un partner. Laura, trasgressiva sessualmente, ha sempre portato dentro di sé un forte senso di colpa. L’antitesi tra l’amore per gli angeli, Dio, la Madonna e il lasciarsi andare sessualmente con i più “svariati maschili” che le prestavano

attenzione ha logorato e lacerato la sua autostima. Dalla morte del marito, ha iniziato una relazione con un uomo sposato, più giovane di lei di cinque anni. Sente un forte coinvolgimento fisico, ma non si aspetta nulla. Non c'è progettualità, ma la dipendenza è forte, non vuole rinunciare e si accontenta dei frammenti di tempo che le vengono furtivamente concessi. In questi ultimi mesi ha conosciuto anche una persona con la quale può condividere un sentimento di compartecipazione emotiva, sta sperimentando la magia di uno scambio affettivo armonico con un partner che si sta prendendo cura di lei. Laura in questa fase è piena di energie e sta sviluppando anche i suoi interessi culturali. Accoglie ogni settimana il nipotino, il figlio e la nuora e si sente appagata nel suo ruolo di nonna. I suoi pensieri ogni tanto si confondono nella luce delle candele quasi a confermare quella sua lontana paura di *essere pazza*. Ma da un punto di vista *finalistico* il pensare di *essere pazza* è strumentale: *non essere pazza* implicherebbe scegliere. Laura non riesce a controllare le sue emozioni, sperimenta eccessi emozionali, sentimenti estremi ed intensi che la distanziano talvolta dal mondo, quasi proteggendola in quel suo perdersi nella suggestione della luce di una candela o nel mal di testa che le permette di estraniarsi e rinunciare ad eventuali impegni. La mente di Laura spesso si agita precipitando in una spirale di ansia che le impedisce di scegliere ciò che per lei può essere costruttivo. Come afferma Erich Fromm, «il senso di solitudine provoca l'ansia; anzi è l'origine di ogni ansia. [...] Il bisogno dell'uomo, dunque è il bisogno di superare l'isolamento, di evadere dalla prigione della propria solitudine. L'impossibilità di raggiungere questo scopo porta alla pazzia, poiché, il panico della completa separazione può essere vinto solo da un isolamento dal mondo esterno così totale da cancellare il senso di separazione, perché allora il mondo esterno, dal quale si è separati, scompare» (17, pp. 26-27).

La soluzione sessuale con il partner più giovane diventa per Laura un modo per superare la separazione ma è anche vero che «l'atto sessuale, senza amore, non riempie mai il baratro che divide due creature umane, se non in modo assolutamente momentaneo» (*Ibid.*, p. 30). Nella poesia "Amore-Dolore", il tema che Laura affronta è quello dell'"amore" come *fusione interpersonale* che nel momento in cui genera *separazione* diviene *dolore*. Il *dolore della sofferenza*, in quanto la morte viene presentata come espressione estrema del dolore stesso. La morte fa paura perché rappresenta il distacco supremo da tutto ciò che di più caro si ha: gli amici, le persone amate, la stessa vita. Il momento della morte si identifica con i momenti del distacco, della lacerazione dei sentimenti più intimi e personali. «Quando si vive l'evento, la morte non si è ancora verificata, quando si è verificata non la si vive più, quindi la morte non esiste prima che si verifichi e cessa di essere nel momento stesso in cui si verifica» (13, p. 48).

AMORE-DOLORE

Non si può quantificare il grado di dolore, amore
unica cosa non può vivere senza l'altra

Un sottile velo divide
queste qualità,
queste qualità apparentemente differenti fortemente
uguali.

La mamma con il bimbo
amorosa domani
quella mamma
davanti a un bocciol di rosa una lacrima riversa cadrà.

Uomo innamorato dato tutto per scontato felicità
gioia finalmente compresa.

Quand'ecco giorno
triste pochi mesi
son bastati la vita
scivola tra le dita
solo una pausa di
dolor pur addolcita
sussurrò:
volevo solo te.

Amicizia tutto dona con impeto con trasporto contenta
di sé
infiltrandosi nei più
il cor suo lo sa un
dolor l'aspetterà un dì
se questa non s'accorgerà
l'agonia avverrà morte
certa ci sarà.

Attutire il colpo si dovrà con un pizzico di saggezza,
negar
non si può il dolor
più in là osservando
lentamente comunicare

AMORE e DOLORE

Nella poesia “Inno alla vita” si innesca sempre il tema dell’*amore* inteso come premura, rispetto, responsabilità e conoscenza. L’amore per Laura è *premura* soprattutto nell’amore della madre per il bambino. Amore è *interesse attivo* per la vita e la crescita di ciò che amiamo e la responsabilità diviene *risposta al bisogno*, espresso o inespresso, di un altro essere umano: rispetto come aspirazione a che l’altra persona cresca e si sviluppi per quello che è, in quanto non c’è rispetto senza conoscenza della “persona reale”. Cura e responsabilità sarebbero cieche se non fossero guidate dalla conoscenza [17].

Attraverso il linguaggio simbolico della poesia Laura esprime *un’emozione che tende ad unire*: si riduce la “distanza” attraverso la *gioia*, che mostra il desiderio di comunicare agli altri la propria soddisfazione [26]. *L’emozione che unisce*, la gioia per la nascita del nipote e per la prospettiva di un amore appagante, può modificare la stabilità psichica, agendo sulla sfera affettiva, e conseguentemente sull’umore [26].

INNO ALLA VITA

In un negozio da me conosciuto
c’era un bambino bello paffuto
nella carrozzina era disteso
tra un respirar e l’altro un succhiotto muoveva il suo labbro.

Il mio sguardo si abbassò fino a scorgere il suo
gli occhi miei si specchiavano, vagavano, cercavano
in
un mare calmo azzurro
conciliante.

La mano mia si avvicinò e lui calmo
l’afferrò tocco dolce e più deciso.

Al contatto di quella
manina il mio cor
sorrise corrisposta
dal suo sguardo
sorridente rassicurante
modo il cor suo
invitante.

Stampato ho qui nel petto
il sigillo dell’amor.

Io vorrei arrivare a
voi, dentro noi, gli occhi
riveder invitanti
andare avanti.

Sulla strada lasciar cader vecchi
brandelli bianchi stanchi

Sorridere alla vita
ricominciar a radunar
forza, coraggio, onestà,
caparbieta.

L'anima certa si rallegrerà
ci ringrazierà ricordandosi quella
scintilla scaturita da un contatto della vita.

In quel cucciolo di bambino
incontrato quel mattino.

V. Laura ed Evgenij: quale progettualità?

Ma ecco come si racconta, ora, Laura:

«Laura è nonna di Samuele, gioia, felicità. Con la gioia mi sto rinnovando. A mio figlio non davo fiducia, vedevo solo me stessa, mi preoccupavo troppo. Come trovare l'equilibrio, non è facile alla mia età. Ora sto camminando anche se ogni tanto la paura mi frega. La paura sono le mie fantasie, ma la paura del vuoto è naturale. Ogni tanto ho paura di far cadere dalle mie braccia Samuele. Ho paura di essere inadeguata, il nuovo mi fa paura. Ma non è paura, forse è solo inadeguatezza. Mi è difficile lasciare dopo otto anni Paolo. Sì, è sposato, ma sessualmente mi appaga. Ora che sa che ho un amico che si interessa a me, è diventato più premuroso nei miei confronti. Sto vivendo male la religione, frequentare un uomo sposato è in contrasto con i miei valori religiosi. Ma in fondo non faccio male a nessuno, in silenzio ho rispettato la sua famiglia. Non mi devo sentire "condannata", devo volermi bene».

«Ho fatto un sogno e mi ha lasciato bene. Faccio una premessa, ho conosciuto questo compagno al corso di dialetto milanese, mi è simpatico e si chiama Giacomo come mio marito che è morto. Mi telefona, è una persona colta, non è sposato, è un bell'uomo, gli è morta la madre da qualche anno e prima viveva con lei».

«Ho sognato che ero sul divano e vedo di fianco a me una ragazza giovane, briosa e bella. Rideva, sì sorrideva. Io dico sarà vera? La tocco, mi alzo e percepisco una bella presenza. Cammino con lei. Sento poi tangibile un corpo maschile che si avvicina e mi dice: sì, *puoi farlo* e mi sentivo bene, un bene quasi materno, senza pulsioni sessuali. Solo tenerezza. Lascio il sogno. Mi sveglio, sento una carica positiva, sono felice».

In sintesi, attraverso le associazioni libere, Laura attribuirà al suo sogno questo significato: «Voglio essere la ragazza del sogno, l'amico che ho incontrato è vero e posso coltivare con lui numerosi interessi, è tangibile, sono alla ricerca di tenerezza, di protezione e *posso farlo*, cioè posso decidere di uscire dalla solitudine di un rapporto basato solo sull'esperienza sessuale, quasi assimilabile all'esperienza di *trance* che mi procura il lasciarmi trasportare dalle luci delle candele». Possiamo pensare che Laura stia iniziando ad intravedere nell'amore un *sentimento attivo* che non può essere *costrizione* e si sente dunque pronta a una nuova *progettualità*.

Dopo una settimana dal sogno, Laura mi comunica di aver riflettuto e di non voler rinunciare a Paolo, il rapporto ora lo vive più serenamente, perché non si sente inferiore a lui in quanto l'amico appena conosciuto le permette di vivere senza nascondersi similmente a come Paolo vive con la moglie. Parlerà chiaro a Giacomo, gli dirà che con lui vuole solo un'amicizia profonda, ma la sessualità non ci può stare, almeno per il momento. Laura ha pensato che Giacomo potrebbe anche andarsene, ma si sente abbastanza forte, è riuscita a superare quel senso di *inadeguatezza* che per tanti anni l'ha accompagnata. Ha "acquisito la consapevolezza" – così si esprime – che le voci che la tormentavano non erano quelle del "diavolo" che voleva punirla ma "era lei" che sentendosi in colpa, per la continua trasgressione di quei "principi religiosi" secondo i quali chi crede in Dio commette peccato nel caso frequenti uomini sposati, si era creata stati allucinatori di voci che la rimproveravano. Il rifugio in un mondo psicotico le ha consentito di vivere a una "certa distanza" dal reale: non solo la "voce del diavolo", ma anche l'allucinazione della "luce delle candele" hanno offerto a Laura lo stratagemma fittizio per non tradire la religione, per non commettere peccato, per non sentirsi sporca.

Laura nel suo dramma richiama Evgenij Irtenev, il protagonista del racconto "Il diavolo" di Tolstoj. Eugenij si confida con lo zio: «Be', io pensavo che fosse una cosa così, che a un certo punto avrei troncato e che sarebbe finita lì. E avevo troncato ancor prima del matrimonio [...]. Poi ad un tratto, e non so neanche io perché – davvero, sai. Certe volte ti vien proprio da creder che esistano le stregone rie – l'ho veduta, e il verme m'è entrato nel cuore, e adesso mi divora. Io ingiurio me stesso, perché comprendo tutto l'orrore della mia azione che ora potrei commettere in qualsiasi minuto, e ci sto andando io stesso incontro a questa cosa, e se non l'ho ancora fatto è stato soltanto perché Dio mi ha salvato. Ieri stavo

andando da lei [...]. Salvatemi da me stesso. Ecco quello che vi chiedo. Oggi per puro caso mi hanno impedito di farlo, ma domani o un altro giorno, non me lo impediranno [...]. E lo zio esclama: “Ma di, possibile che tu sia talmente innamorato?” – rispose lui – “Ma no, no, è tutt’altra cosa. Non si tratta di quello, è una qualche forza che mi ha preso e che mi tiene. Io non so cosa fare. Forse troverò le forze e allora”» (37, p. 224).

Lo zio diventa per Evgenij come lo psicoterapeuta per Laura: «L’aver confidato allo zio quel suo mistero, e, soprattutto, i tormenti di coscienza e di vergogna che egli patì dopo quel giorno di pioggia, restituirono la ragione a Evgenij» (*Ibid.*, p. 225). Egli, come Laura, riconquistò la *progettualità*: «In quella settimana Evgenij andò più volte in città, a ritirare il denaro per il viaggio, e dava disposizioni sia a casa che in ufficio riguardo all’azienda, e ridivenne allegro, e si riavvicinò alla moglie, e cominciò a riaversi dal punto di vista morale» (*Ivi*).

Purtroppo, come spesso accade in psicoterapia, e ciò è causa di grave frustrazione per lo psicoterapeuta, assistiamo a imponenti recidive, rovinose e spesso irreversibili. Evgenij avrà una ricaduta: «Già, io sarei quello che tronca quando decide di troncarsi – diceva a se stesso – [...] Perché io pensavo, sì, di essere libero, ma non ero libero. [...] Sì, due vite ho davanti, adesso» (*Ibid.*, p. 229). Evgenij si rende conto che deve effettuare una scelta: «Perché lei è un diavolo. Un diavolo, proprio. Perché lei si è impadronita di me contro la mia volontà. Ammazzarla, sì. I modi di uscirne sono due: ammazzare mia moglie, oppure ammazzare lei. Perché così non si può vivere, non posso vivere così. Non posso. [...] Non si può. Ci sono solo due vie d’uscita. Ammazzare mia moglie oppure ammazzare lei. Oppure... Ah sì, ce n’è anche un’altra: ammazzare me» (*Ibid.*, pp. 229-230). Tolstoj nella variante del finale del racconto fa pronunciare a Evgenij queste parole: «Ma possibile che io non possa dominare me stesso? [...] Ma non c’è nessun Dio. Ma io non voglio, non voglio. E’ il diavolo, sì lei è il diavolo. [...] Trasse di tasca il revolver e una volta, due, tre le sparò nella schiena» (*Ibid.*, p. 234).

Molte storie di *follia* ancor oggi sono portatori di una *progettualità*: il suicidio o l’omicidio.

Se Evgenij «era malato di mente quando si suicidò (primo finale) o quando commise il delitto (secondo finale) – così si esprime Tolstoj – allora tutti gli uomini sono malati di mente quanto lui, e i più malati di mente sono indubbiamente coloro che negli altri uomini scorgono sintomi di folia che non scorgono in sé medesimi» (*Ibid.*, p. 235).

Laura è riuscita a riconoscere in se stessa i *sintomi di una folia* riconducibili alle *proprie emozioni ingigantite* in una personalità insicura che aveva perso fiducia nella vita.

Laura, a differenza di Evgenij, sta continuando la psicoterapia, luogo privilegiato delle emozioni caratterizzate dal dolore, dall'angoscia, dalla tristezza, dalla nostalgia, ma anche dalla gioia. Ed è proprio nel *setting* che si mescolano come in un processo alchemico "senso" e "non-senso" della vita, paura e desiderio della morte, progettualità e smarrimento.

Laura sembra, al momento, decisa a *non voler naufragare*.

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 1970.
3. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1994.
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*, De Agostini, Novara 1990.
6. ADLER, A. (1933), *Religion und Individualpsychologie. Eine prinzipielle Auseinandersetzung über Menschenführung*, Fischer, Francoforte sul Meno 1975.
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. ANSBACHER, H. L., PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1982), *Adler e Nijinsky da un incontro: ipotesi sulla schizofrenia*, Quad. Riv. Psicol. Indiv., n. 6.
9. BORGNA, E. (1992), *Malinconia*, Feltrinelli, Milano.
10. BORGNA, E. (1995), *Come se finisse il mondo*, Feltrinelli, Milano.
11. BORGNA, E. (2001), *L'arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli, Milano.
12. BORGNA, E. (2005), *L'attesa e la speranza*, Feltrinelli, Milano.
13. BOSETTO, D. (1997), *Psicologia generale*, Fonte, Milano.
14. ELLEMBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino 1976.
15. FERRIGNO, G. (2005), "Il piano di vita, i processi selettivi dello "stile di vita" e la comunicazione intenzionale implicita della "coppia terapeutica creativa": dalla "teoria" alla "clinica", *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 59-97.
16. FERRIGNO, G. (2004), Le emozioni come "luogo" d'incontro fra menti, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 3-6.
17. FROMM, E. (1956), *The Art of Loving*, tr. it. *L'arte di amare*, Mondadori, Milano 1986.

18. GABBARD, G. O. (2000), *Psichiatria psicodinamica*, Cortina, Milano.
19. GALIMBERTI, U. (1979), *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano.
20. GOLEMAN, D. (1995), *Emotional Intelligence*, tr. it. *Intelligenza emotiva*, RCS Libri, Milano 2007.
21. HEIDEGGER, M. (1924), *Sein und Zeit*, tr. it. *Essere e tempo*, Longanesi, Milano 1976.
22. KOHUT, H. (1978), *The Search for the Self*, tr. it. *La ricerca del Sé*, Boringhieri, Torino 1982.
23. MEZZENA, G. (1995), *Luci e ombre della vita emotiva. Capire le emozioni per conoscere se stessi*, Firenze libri, Firenze.
24. PAGANI, P. L. (1996), *Il caso della signora B - Dialoghi adleriani*, Quad. Riv. Psicol. Indiv., Milano, numero speciale.
25. PAGANI, P. L. (1997), Analisi comparata del processo di guarigione nelle nevrosi fobiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 41: 5-11.
26. PAGANI, P. L. (2000), Discorso sulla Psicologia Individuale e sull'ecclettismo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48 : 21-39.
27. PAGANI, P. L. (2002), *Piccolo lessico adleriano. Dizionario argomentato dei lemmi e delle locuzioni della Psicologia Individuale*, Istituto Alfred Adler di Milano, Milano.
28. PAGANI, P. L. (2006), Dalla pulsione aggressiva al sentimento sociale: sulle tracce del pensiero di Adler, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 5-36.
29. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-42.
30. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
31. PARENTI, F. (1987), *Alfred Adler. L'uomo, il pensiero, l'eredità culturale*, Universale Laterza, Bari.
32. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1987), *Lo stile di vita*, De Agostini, Novara.
33. RATTNER, J. (1997), Alfred Adler, in BOSETTO, D. (a cura di), *Alfred Adler*, Fonte, Milano 2004.
34. ROGERS, C. R. (1980), *A Way of Being*, tr. it. *Un modo di essere*, Houghton Mifflin, Boston.
35. ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di, 2004), *La Ricerca in Psicologia Individuale*, CSE, Torino.
36. SANFILIPPO, B. (a cura di, 1998), Itinerari adleriani. *La psicologia del profondo incontra la vita sociale*, Angeli, Milano.
37. TOLSTOJ, L. (1911), Il diavolo, in SIBALDI, I. (a cura di), *La morte di Ivàn Il'ic e altri racconti*, Mondadori, Milano 2008.

Daniela Bosetto
Via Urbano III, 3
I- 20123 Milano

Recensioni

ROMANO, A. (a cura di, 2004), *Jung e la clinica. Teoria e prassi nella psicologia analitica*, Moretti & Vitali Editori, pp. 169

Rileggere il passato attraverso la lente di ingrandimento che le problematiche attuali, psicologiche e non, ci consentono di utilizzare, oggi, dopo tante sovrapposte interpretazioni, numerose variazioni sul tema ed una quantità enorme di esperienze individuali fatte che hanno arricchito, trasformato ed evoluto le dottrine psicoanalitiche dei padri fondatori, formati su intuizioni originarie ancora oggi feconde, euristicamente inesauribili, seppure rivisitate, amplificate o problematizzate rispetto ai contesti iniziali. Questo è l'intento e la spinta culturale sottesa al convegno tenutosi a Torino nel 2003, organizzato dalla nascente associazione per la ricerca in psicologia analitica (acronimo Arpa), associazione sorta per mano di alcuni psicologi junghiani "dissidenti", non più a loro agio tra le strette istituzio-

nali imposte dalle due storiche associazioni junghiane italiane (Cipa e Aipa), in qualche modo arroccate su posizioni dottrinali e procedurali interne poco flessibili tanto da indurre e spingere ad un gesto insieme creativo, fondativo, responsabile e liberatorio, quale quello di inaugurare un nuovo centro culturale, di studi e di ricerca nell'ambito dell'area junghiana, possibilmente più aperti a spifferi e correnti, portato al sincretismo ed al dialogo con altre scuole e impostazioni psicologiche e non, in primis freudiani e adleriani.

Il testo in esame raccoglie appunto gli atti del convegno organizzato dall'Arpa e svoltosi a Torino nel 2003, il cui tema centrale ruotava intorno al rapporto tra teoria e prassi nella psicologia junghiana (come nelle altre psicologie) ed al tentativo di definire e identificare il "cosa" e il "come" dell'essere clinici in riferimento alla teoria ed alla concreta relazione analitica con il paziente, la pratica appunto.

La clinica dunque, tra arte e scienza, partendo dal riferimento etimologico greco, *klinike tekne*, che significa l'arte di curare chi giace a letto con ovvio rimando al predominante e originario aspetto medico/scientifico della nascente psicoanalisi, oggettivante rispetto al corpo del malato, per arrivare alle più sofisticate interpretazioni ed analisi sulla natura complessa, giocata su più livelli, fatta di linguaggi e metalinguaggi, della relazione analitica tra paziente e analista.

Forse non è successo casualmente che il convegno si sia tenuto presso la galleria d'arte moderna di Torino, quasi ci fosse, rispetto ai temi trattati, un'attrazione ed un richiamo alla componente artistica, creativa, non catalogabile in schemi razionali preordinati, non esauribile nell'interpretazione, dell'operare psicoterapico. Come del resto, leggendo gli interventi degli autori che compilano il nostro testo, si nota chiaramente l'intento di evitare ogni possibile deriva estetizzante o, peggio, magica del lavoro analitico, così come evidente è il profondo senso di responsabilità che il ruolo del terapeuta impone e richiede, seppure nell'apertura al rischio di sbagliare, di non capire, di non riuscire a modificare (Deo concedente pensano gli junghiani), insito nell'operare e nel lavorare con l'inconscio proprio e altrui, rischio ineliminabile attraverso il rassicurante ripiegamento verso la teoria di riferimento, qualunque essa sia.

Nonostante lo scopo ed il senso della psicoterapia differiscano sensibilmente a seconda dell'approccio adottato, in Freud la chiarificazione, in Adler l'educazione, in Jung la trasformatio-

ne, la centratura e focalizzazione sugli aspetti prettamente relazionali, seppure asimmetrici, tra medico e paziente, rendono più sfumate ed in rapporto reciproco queste differenze, a volte ma soprattutto una volta, del tutto inconciliabili.

A questo proposito viene giustamente ricordato come Jung stesso dichiarava spesso di non avere nulla in contrario al fatto che alcuni pazienti fossero trattati con i metodi di Freud o di Adler, quasi che le teorie fossero relativamente importanti (secondo la tipologia dei casi trattati) ai fini della "guarigione" o del miglioramento della sofferenza del paziente.

In quale modo poi clinica e psicoterapia possano e debbano parlarsi, costruttivamente, viene enucleato citando, tra gli altri, un autore che ha spesso costituito un ponte tra scuole psicologiche diverse, oltre che rispetto ad altre discipline, autore che guarda caso quanto alla propria formazione proviene proprio strettamente dall'ambito clinico, Donald Winnicott. I suoi concetti e le successive elaborazioni si irradiano nelle più disparate direzioni, verso la filosofia, la fenomenologia, l'interpretazione simbolica, la psicologia dell'età evolutiva, in quell'alternarsi di interpretazioni ed evidenze cliniche da una parte ed attenzioni e interrogazioni sugli aspetti relazionali e immaginativi del campo analitico dall'altra, che ha reso così fecondo e produttivo il suo lavoro.

Infine particolare attenzione, a parere di chi scrive, merita l'intervento di Sergio Molinari il quale attraverso un gioco creativo e teatrale fa parlare Jung con altri grandi autori del passa-

to, Freud, Melanie Klein, Bion, tralasciando la vera storia dei rapporti intercorsi nella realtà e viceversa privilegiando il racconto fantastico, seppure solidamente ancorato ad una profonda ermeneutica della metapsicologia di ognuno; un gioco immaginario su ciò che non è accaduto ma che sarebbe potuto accadere, una sorta di seconda lettura degli eventi, dei conflitti e dei rapporti tra i più importanti fondatori di teorie psicologiche, sempre in tensione tra vita e pensiero, un gioco che il filosofo decostruzionista

Derrida, colui che ha avvicinato la psicoanalisi alla filosofia, avrebbe chiamato l'ipotesi secondaria, quella perdente, quella che non ha avuto luogo, seppure inscritta nel testo che si vuole interpretare.

Resta da immaginare quale potrebbe essere il risultato del dialogo e del confronto tra i due uomini Jung e Adler, secondo questo stimolante teatro immaginario, situato tra gioco e realtà.

(Fabio Volpe)

Novità Editoriali

BIGGIO, G. (2007), *Il counselling organizzativo. Origini, specificità, sviluppi applicativi della relazione d'aiuto nelle organizzazioni*, Cortina, Milano

La specificità del volume consiste nel mostrare come viene utilizzato il *counselling* nel contesto organizzativo, chiarendone le differenze rispetto a pratiche organizzative a esso apparentate, come la *tutorship* o l'orientamento. Il lettore viene guidato a comprendere le particolarità di un modello di relazione di aiuto costruito in uno scenario che ne ha influenzato metodi e applicazione, acquisendo strumenti per una più accurata valutazione e un intervento più incisivo.

BORGNA, E. (2007), *Come in uno specchio oscuramente*, Feltrinelli, Milano

Femminile e maschile come categorie psichiatriche ed esistenziali diverse ma dialoganti, che nella fragilità della vita trovano la loro riconciliazione. Eugenio Borgna attraversa gli enigmi della differenza tra maschile e femminile nella sofferenza e nella creatività, nella nevrosi e nella follia. Tratteggia esperienze dissonanti di malinconia, di schizofrenia, di morte volontaria, ma anche esperienze di poesia, pittura, scultura: Emily Dickinson e Georg Trakl, Vincent Van Gogh e Camille Claudel tra gli altri, e le altre. Ne vengono altrettanti ritratti, altrettante riflessioni sul male in ogni sua espressione, sul senso del dialogo, sulla cura e sul prendersi cura in psichiatria come nell'esistenza di ogni giorno. Apre il volume una straordinaria rievocazione autobiografica dei primi anni di lavoro in ospedale psichiatrico. Lo chiude una meditazione rarefatta, essenziale, austera sulla fragilità delle parole, dei gesti, con cui avvicinare la sofferenza, senza cancellarla nel silenzio, senza negarle una luce possibile.

DE BIASI, R. (2007), *Gregory Bateson*, Cortina, Milano

L'interesse per Gregory Bateson, una delle figure più singolari nella cultura del Novecento, ha ormai superato i limiti delle singole discipline in cui egli ha lasciato un'impronta e ha coinvolto la sua complessa eredità. Questo libro fornisce gli strumenti critici essenziali in una prospettiva interdisciplinare e offre una ricostruzione del cammino intellettuale di Bateson: dall'esperienza di antropologo alla fondazione del pensiero sistemico-cibernetico, dalle ricerche sulla comunicazione alla meditazione sulla crisi ecologica e sull'epistemologia del sacro.

DE MASI, F. (1999), *La perversione sadomasochistica*, Bollati Boringhieri, Torino 2007

L'autore delinea, all'interno della tradizione psicoanalitica, alcune grandi correnti di pensiero sul tema delle perversioni e in particolare del sadomasochismo. Da questa indagine, si rivela immediatamente ineludibile un approfondimento della natura della sessualità e del contesto in cui si realizza il piacere dell'orgasmo. De Masi considera poi i rapporti tra la sessualità condivisa e l'esperienza perversa, e quelli tra perversione e devianza, nonché l'attuale immagine sociale della perversione come un fenomeno ormai non più relegato nell'anonimato e nel segreto. Nell'universo delle perversioni, il sadomasochismo resta peraltro misterioso e, anche per motivi di riservatezza, non risulta troppo ampiamente trattato nella letteratura psicoanalitica. L'indagine di De Masi lo porta ad accentuarne l'aspetto pericoloso ed estremo, quello che coincide con la sessualizzazione del piacere distruttivo. L'autore non trascura tuttavia la possibilità che comportamenti perversi o fantasie sadomasochistiche agite siano spesso sintomatici della riattualizzazione di altre esperienze, e che in tali comportamenti il piacere si colleghi al dispiacere traumatico di vissuti dolorosi del passato.

ERBA, S. (2007), *Terapeuti. La storia di un gruppo, lo sviluppo di un pensiero, la pratica di un metodo*, Angeli, Milano

In questo testo alcuni psicoterapeuti accomunati dall'appartenenza a un medesimo gruppo, quello che dal 1972 è "Il Ruolo Terapeutico", e dalla condivisione di una stessa concezione del lavoro terapeutico, fondata sulla libertà e sulla responsabilità di sé del soggetto, si interrogano sulle motivazioni della loro scelta di dedicarsi alle relazioni d'aiuto e riflettono sui loro percorsi umani e professionali. Il volume raccoglie, oltre alle relazioni presentate al seminario residenziale de "Il Ruolo Terapeutico" tenutosi a Rodi nel maggio 2005, anche i

contributi di Luciano Cofano, Pierluigi Sommaruga e Anna Laura Dillon, la cui assenza da questo testo lo avrebbe reso meno completo. Nell'appendice vengono infine presentati un articolo di Tommaso Senise, che per il suo carattere autobiografico è stato fonte preziosa di ispirazione e riferimento metodologico, e il saggio di Sergio Erba "Un pensiero fondante le relazioni d'aiuto", che riassume il frutto del lavoro di ricerca, di applicazione e di teorizzazione, portato avanti negli anni dal gruppo de "Il Ruolo Terapeutico" nel campo della psicoterapia.

FARRI, M. M., CASTELLANI PEILA, P. (2007), *Il figlio del desiderio. Quale genitore per l'adozione?*, Bollati Boringhieri, Torino

Il problema dell'adozione, sempre più presente ed enfatizzato dai mezzi di comunicazione, anche sull'onda dell'emotività, resta tuttavia una realtà carica di interrogativi. Infatti, che cosa significa essere genitore adottivo? È sufficiente desiderare un bambino e volergli bene per risolvere tutti i problemi? La legislazione attuale è adeguata in proposito? Le autrici riflettono su questi e altri interrogativi in un'ottica psicodinamica. Il libro è scritto «dalla parte degli adulti» e i protagonisti sono gli aspiranti genitori: infatti essere veramente «dalla parte del bambino» implica aiutare gli adulti a ricercare dentro di sé i significati profondi legati alla mancanza e al desiderio di un figlio. Non vengono peraltro trascurate «la voce e l'esperienza» del bambino abbandonato, attraverso l'analisi del materiale clinico che sottolinea il faticoso processo di crescita dall'infanzia all'adolescenza nella nuova famiglia.

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

Il primo *Manuale di psichiatria biopsicosociale* in Italia registra i cambiamenti della psichiatria attuale e affronta la materia in modo originale e innovativo, offrendo un vasto apparato bibliografico e percorsi di studio differenziati per un pubblico con diversi gradi di preparazione. Un valido testo di studio e consultazione per studenti di medicina, psichiatria, psicologia e altre professioni sanitarie. Una stimolante base di approfondimento per psichiatri, psicologi clinici, medici di famiglia interessati alla pratica biopsicosociale. Come la clinica già dimostrava, le recenti scoperte delle neuroscienze hanno confermato l'efficacia della psicoterapia e la sua importanza nel conoscere il funzionamento profondo della mente umana (studi di E. R. Kandel, Nobel per la Medicina). Il *Manuale di psichiatria biopsicosociale* parte da questa concezione e affronta la materia in modo originale e innovativo: la prima parte riguarda la metodologia diagnostica

in un contesto di per sé psicoterapeutico (modelli causativi, psicopatologia di base e dinamica, colloquio clinico, anamnesi e valutazione complessiva); la seconda parte considera i disturbi *DSM-IV* in un approccio psicodinamico, sintetico e fruibile per dare senso a diagnosi e cure biopsicosociali; nella terza parte sono presentate le terapie farmacologiche psicoterapeutiche e riabilitative in un'articolazione biopsicosociale basata sulla progettazione strategica ad personam secondo la recente formulazione esplicativa psicodinamica; la quarta parte, infine, comprende temi di psicosomatica, psichiatria di liaison, psicogeriatrica, fondamenti etici e legali, temi oggi di piena competenza psichiatrica, senza tralasciare un documentato sguardo al futuro: farmacogenetica, neurobiologia, empatia e psicoterapia, psichiatria della persona, formazione, momenti di significato e spiritualità, genetica e ambiente familiare, qualità e costi delle cure.

FERRO, A. (2007), *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*, Cortina, Milano

L'attenzione è rivolta alle modalità in cui si formano le emozioni, a come vengono vissute sia da parte del paziente sia da parte dell'analista. Com'è nello stile dell'autore, la teorizzazione viene "narrata" attraverso materiale clinico di pazienti adulti e bambini e si evidenziano gli strumenti che rendono possibili tali narrazioni. Di grande utilità è il capitolo dedicato alle esercitazioni cliniche, incluso per la prima volta in un testo di psicoanalisi. Viene posto un problema con differenti soluzioni possibili: sta al lettore, sulla base del contenuto del volume, cimentarsi con i quesiti proposti, che mettono alla prova la capacità di moltiplicare i punti di vista.

GALIMBERTI, U. (2007), *L'ospite inquietante. I giovani e il nichilismo*, Feltrinelli, Milano

Il nichilismo, ovvero il momento in cui "i valori supremi perdono il loro valore", è l'ospite che si insinua nella formazione dei giovani, schiavi dell'età della tecnica. Inutile scacciarlo, quell'ospite, dice Nietzsche, bisogna guardarlo in faccia. Il nichilismo che è la negazione di ogni valore è anche quello che Nietzsche chiama "il più inquietante fra tutti gli ospiti". Siamo nel mondo della tecnica e la tecnica non tende a uno scopo, non produce senso, non svela verità. Fa solo una cosa: *funziona*. Finiscono sullo sfondo, corrosi dal nichilismo, i concetti di individuo, identità, libertà, senso, ma anche quelli di natura, etica, politica, religione, storia, di cui si è nutrita l'età pretecnologica. Chi più sconta la sostanziale assenza di futuro che modella l'età della tecnica sono i giovani, contagiati da una progressiva e sempre più profonda insicurezza, condannati a una deriva del-

l'esistere che coincide con il loro assistere allo scorrere della vita in terza persona. I giovani rischiano di vivere parcheggiati nella terra di nessuno dove la famiglia e la scuola non "lavorano" più, dove il tempo è vuoto e non esiste più un "noi" motivazionale. Le forme di consistenza finiscono con il sovrapporsi ai "riti della crudeltà" o della violenza (gli stadi, le corse in moto ecc.). C'è una via d'uscita? Si può mettere alla porta l'ospite inquietante? Nell'ultimo capitolo, *Il segreto della giovinezza*, Galimberti lascia pensare che disvelare ai giovani la loro "pienezza", la loro "espansività" sia il primo passo per ricondurre a verità il salmo 127: «Come frecce in mano a un eroe sono i figli della giovinezza». Noi pensiamo che il nichilismo consista nella mancanza di senso, ma cercare un senso è una necessità della cultura cristiana secondo la quale la storia è orientata verso un fine. I greci invece si preoccupavano dell'arte di vivere, che consiste nel conoscere le proprie capacità: se le fai fiorire raggiungi la felicità. Se i giovani si amassero, se sapessero esplicitare la propria virtù, capirebbero che il senso dell'esistenza è limitato e non proiettato in un altrove che non abbiamo la possibilità di conoscere.

GIUSTI, E. (2007), *Tecniche immaginative. Il teatro interiore nelle relazioni d'aiuto*, Sovera, Roma

Dare vita al nuovo: immaginare attivamente altri orizzonti e scenari con la forza motrice della fantasia per rispondere alle sfide innovative del cambiamento. L'esplorazione e la scoperta di possibilità molteplici apre il sipario sull'utilità applicata di procedure e strategie creative nella facilitazione dei trattamenti psicologici. La produzione di nuove connessioni analogiche e divergenti stimola la visualizzazione mentale a generare nuovi punti di vista, opzioni originali e autoliberanti.

GOODHEART, C. D., KAZDIN, A. E., STERNBERG, R. G. (2006), *When Practice and Research Meet*, tr. it. *Psicoterapia a prova di evidenza. Dove la pratica e la ricerca si incontrano*, Sovera, Roma 2007

L'attività quotidiana del professionista è arricchita da riflessioni critiche e rilevanti sulle migliori prove di efficacia disponibili per i trattamenti psicologici e terapeutici. La clinica degli interventi attendibili viene integrata e potenziata dagli effetti collaborativi dell'aderenza alle metodiche interattive e prescrittive. Il testo consente di sviluppare un'ottica di pratica terapeutica e di formazione continua centrata sulle evidenze della ricerca scientifica.

LAVELLI, M. (2007), *Intersoggettività*, Cortina, Milano

Quando, e in che modo, i lattanti di pochi mesi iniziano a entrare in contatto con gli stati affettivi degli altri? Il volume affronta tali interrogativi alla luce delle ricerche più attuali nel panorama internazionale. La prima parte mette a confronto le principali teorie sulle prime forme di intersoggettività, la seconda illustra le origini dell'esperienza intersoggettiva dal periodo neonatale ai dodici mesi di vita, mostrando che questa prima compartecipazione emotiva costituisce la base per la condivisione di ogni altro stato mentale che si manifesta nella comunicazione del bambino con gli altri.

PETRELLA, F. (2007), *La mente come teatro. Psicoanalisi, mito e rappresentazione*, CSE, Torino

Nuova edizione aggiornata, con postfazione di Simona Argentieri. Il racconto di un'esperienza di teatroterapia come pratica riabilitativa, un testo sul mito come teatro della mente e uno scritto sulla conoscenza e la sua scena. Un saggio agile e di grande interesse per psicologi, psichiatri, psicoanalisti, per chi opera nella riabilitazione psichiatrica e per chi lavora nel teatro. Teatro e rappresentazione, metafore centrali per tutta la psicoanalisi, già presenti nel pensiero di Freud, restano ancora oggi concetti su cui poco si è indagato. Della mente si parla in termini teatrali e il teatro spesso è un dispositivo psichico nel quale si esteriorizza la mente dell'uomo. Che significato ha la rappresentazione nella teoria e nella prassi dello psicoanalista e dello psichiatra? Quando si può parlare di rappresentazione e simulazione nell'esperienza psicopatologica e clinica? Il libro affronta il problema nei suoi aspetti teorici e clinici generali. La teatralità è qui usata come metafora per descrivere e analizzare i processi psicoanalitici, riferimento teorico utile a restituire la complessità di certe dinamiche riguardanti la clinica o la relazione analitica. La nuova edizione di "La mente come teatro" introduce il lettore in un circolo di esperienze e di riflessioni di interesse vitale, che mette in gioco la conoscenza e la sua scena, le funzioni della mente e le ragioni dell'efficacia terapeutica del teatro. Dopo la chiusura dei manicomi, stabilita dalla legge Basaglia, diverse strutture psichiatriche e riabilitative si servono del teatro come esperienza terapeutica. Il testo è un utile strumento di approfondimento per chi pratica teatroterapia e per chi esercita il teatro nelle scuole come esperienza formativa. Il volume è testo di adozione presso la Scuola di specializzazione in Psichiatria dell'Università degli Studi di Pavia.

RESNIK, S. (1982), *Theatre of Dream*, tr. it. *Il teatro del sogno*, Bollati Boringhieri, Torino 2007

Questo testo ormai classico è stato interamente riveduto e ampliato dall'autore. La scena è Venezia, città onirica sempre presente nella vita e nell'attività clinica e didattica di Resnik. Il libro riflette sulla complessità interpretativa del fenomeno onirico attraverso un'esperienza clinica dove si dà peso determinante al processo descrittivo fenomenologico e all'esperienza estetica. I diversi capitoli corrispondono a un ordine non sempre articolato secondo una logica lineare. Il libro ha infatti la struttura e lo spirito del seminario. La ricerca si costituisce così come avventura feconda, come impresa che non esclude la paura. In un affascinante percorso attraverso i testi clinici di Freud e di Jung, i sogni raccontati da pazienti psicotici gravi e le suggestioni di opere letterarie e poetiche (Shakespeare, ma anche Lautréamont e Gérard de Nerval), Resnik ci presenta il sogno come mistero, come linguaggio enigmatico, come esperienza vissuta e spazio di libertà: un modo di far vibrare i nostri sensi sullo sfondo di paesaggi sempre nuovi e inattesi. In questa nuova edizione l'autore si sofferma anche sulle più recenti osservazioni in campo fisiologico, neuropsicologico e psicologico sperimentale sul tema del sogno. A integrazione e arricchimento del pensiero già ricchissimo di Resnik, Mauro Mancia nel saggio introduttivo affronta il tema del rapporto tra neuroscienze e psicoanalisi relativamente al sogno, definendo i limiti dei rispettivi metodi di indagine e ampliando la sua riflessione fino al problema della relazione tra mente e cervello.

ROVERA, G. G. (2008), *Volontà di Comprensione. La Psicologia Individuale Comparata fra Teorie della Mente, Neuroscienze e Pluralità Culturali*, C.S.E., Torino, in press

La "Volontà di Comprensione" si pone oggi quale alternativa all'oggettivismo, guardando alla realtà come "continuum" creativo di significati soggettivi ed intersoggettivi. Si viene così a costituire un ponte tra conoscenza oggettiva e soggettiva: la prima concerne la spiegazione scientifica (*tout court*) e la seconda la "conoscenza dell'uomo"; questa passa attraverso l'esperienza dell'Altro come interazione consensuale della propria esperienza (un'"esperienza totale" in cui sono implicati i processi cognitivi, emotivi e relazionali). Nel dibattito contemporaneo dei nuovi scenari della complessità, la frantumazione delle epistemologie generali conduce, anche attraverso la globalizzazione dell'informazione, a fenomeni quali la "post modernità" e la "pluralità culturale". In tale clima di "decostruzione", emergono le filosofie speciali, quali ad esempio quelle della scienza, della mente, del linguaggio, dell'arte. Inoltre, lo sviluppo interdiscipli-

nare delle neuroscienze porta a considerare tesi innovative sulla mente biologica, sulla mente relazionale, sulle connessioni mente cervello corpo, su particolari aspetti delle evoluzioni naturale e culturale. E ciò grazie alle ricerche della biologia molecolare, della neurofisiologia (cellule specchio), della psicobiologia, della neurofilosofia, della psicologia, della psichiatria e delle psicoterapie (cognitivo comportamentali, socio culturali e specie psicologico dinamiche). L'Individual Psicologia Comparata adleriana, quale modello di rete e rete di modelli, grazie ai suoi assunti di base, si pone oggi come paradigma teorico e pratico centrato sulla persona umana e compatibile, correlabile, plausibile, con il pensiero scientifico contemporaneo. Il "come se", quale metodologia d'appoggio, permette una serie di studi utilizzabili nel contesto di una "comprensione" teleonomicamente orientata. Sono così rivisitati criticamente temi classici, riguardanti tra gli altri l'inconscio e la coscienza (anche autoriflessiva), i vari tipi di memoria, l'olismo, il finalismo psichico, il coinvolgimento empatico, le metafore terapeutiche, l'immaginazione ed il Sé creativo; anche il sogno, riconsiderato attraverso molteplici "cornici" (biologica, psicologica, clinica, transculturale, esistenziale), è soprattutto recuperato attraverso i significati e gli usi clinico psicoterapeutici. Questi argomenti, ampiamente tematizzati in un'analisi psicoterapica, hanno pure riscontro con le evidenze delle tecniche del "neuroimaging": ciò facilita l'indagine sui processi di cambiamento clinico, in relazione ad una trasformazione dell'architettura cerebrale. Queste importanti prospettive aprono all'impiego multimodale e strategico degli interventi (rispetto al disagio psichico, alla dimensione culturale, alla ricerca). La "Volontà di Comprensione", volta soprattutto alla "dinamica con l'alterità" ed al "sentimento sociale", è da considerare, perciò, non solo quale espressione della irrinunciabile spinta dell'individuo tra soluzioni controverse e problemi aperti, ma pure come lo sforzo verso un'auspicabile "riconciliazione" tra filosofia, scienza ed arte, nell'ambito di una costante evoluzione dello "stile di vita", il quale è connesso strutturalmente con la dimensione etica ed il "senso della vita". Il volume, di oltre 350 pagine e con circa 300 voci bibliografiche, è suddiviso in 6 parti e 16 capitoli. È, inoltre, arricchito da note, glossario e indice analitico. L'uscita editoriale è prevista per l'aprile 2008.

SORRENTINO, A. M. (2006), *Figli disabili. La famiglia di fronte all'handicap*, Cortina, Milano

Il volume, che colma un vuoto nella saggistica sul tema, prende avvio da un'esperienza ventennale nell'ambito della presa in carico delle famiglie con un figlio disabile e nella formazione d'operatori dell'area riabilitativa. Viene evidenziata l'importanza dell'evento invalidante nella vita del soggetto e nell'equilibrio dell'organizzazione familiare. L'onda lunga di disagio e di stress si ripercuote sul figlio paziente influenzandone lo sviluppo, ma la riabilitazione può costituire una potenziale risorsa per cambiamenti decisivi.

STEINER, J. (1993), *Psychic Retreats. Pathological Organisations in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients*, tr. it. *I rifugi della mente*, Bollati Boringhieri, Torino 2007

Sono luoghi mentali in cui ci si ritira quando si vuole sfuggire a una realtà insostenibile perché angosciata. Si tratta di zone della mente in cui trionfa l'onnipotenza e, in fantasia, qualunque cosa è permessa. Il sollievo che si ricava dal ritirarsi in questi rifugi comporta però il rischio dell'isolamento e quindi della compromissione delle relazioni con gli altri, e di una perdita di contatto con la realtà, che diventa gravissima nel caso di soggetti con un'organizzazione patologica della personalità. Il volume, ricco di resoconti ed esempi clinici, presenta, su base kleiniana, una teoria dei rifugi della mente, la cui dinamica appare con particolare chiarezza all'interno del trattamento psicoanalitico

Notiziario

La Segreteria Generale
dell'**INTERNATIONAL ASSOCIATION OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY**
comunica che il

24° CONGRESSO INTERNAZIONALE DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

dal titolo

TENDERNESS & AGGRESSIVENESS the Challenge of Our Times

TENEREZZA E AGGRESSIVITÀ la sfida del nostro tempo

si terrà a Vilnius, capitale della Lituania,
dal 31 luglio al 3 agosto 2008,
a cura della

LITHUANIAN SOCIETY OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

Sede del Congresso: Vilnius University, Universiteto street 9, LT-01513

Ulteriori informazioni, anche in merito alle comunicazioni si potranno ottenere
scrivendo a **vilnius_congress@yahoo.com**