

Rivista di

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Anno XXXII

Luglio-Dicembre 2004

Numero 56

Editoriale	<i>L'intersoggettività fra "Adlerismo" e "Teoria della mente"</i> di G. Ferrigno	
G. G. Rovera	<i>Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto</i>	9
S. Fassino et Alii	<i>Il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare secondo la prospettiva della Psicologia Individuale</i>	15
A. Ferrero	<i>Standardizzazione dei processi delle psicoterapie psicodinamiche: una revisione critica in prospettiva adleriana</i>	35
N. Cattich G. Saglio	<i>"Inconscio" e "Incognito": i luoghi della mente</i>	47
C. Marocco Muttini	<i>Problemi clinici in preadolescenza: tra fase di sviluppo ed evoluzione patologica</i>	63
S. Pagani	<i>Dall'avventura alla sventura. Tempo e depressione</i>	75
E. Bignamini R. Bombini	<i>Approccio psicodinamico al tossicodipendente</i>	87
Arte e cultura	<i>"Stand by me": il viaggio, la meta come crescita interiore dell'individuo di T. L. Mascia</i>	103
Recensioni	.....	113
Novità Editoriali	.....	117
Notiziario	.....	127

Spedizione in abbonamento postale art. 2 comma 20/c legge 662/96 - Filiale di Milano



PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Year XXXII

July-December 2004

Number 56

CONTENTS

Editorial	<i>Intersubjectivity between "Adlerism" and "Theory of Mind"</i> by G. Ferrigno	
G. G. Rovera	<i>The Adlerian Model in the Helping Relationship</i>	9
S. Fassino et Alii	<i>Eating Disorder Treatment According to an Individual Psychological Perspective</i>	15
A. Ferrero	<i>The Standardization of Processes of Psychodynamic Psychotherapies: a Critical Revision in an Adlerian Prospect</i>	35
N. Cattich G. Saglio	<i>"Unconscious" and "Unknown": the Places of Minds</i>	47
C. Marocco Muttini	<i>Clinical Problems in Pre-adolescence between the Stage of Development and Pathological Evolution</i>	63
S. Pagani	<i>From Adventure to Misfortune. Time and Depression</i>	75
E. Bignamini R. Bombini	<i>Psychodynamic Approach to the Drug Addict</i>	87
Art and culture	<i>"Stand by me": the Journey, the Goal of the Inner Growth of the Individual</i> by T. L. Mascia	103
Reviews	.....	113
Editorial News	.....	117
Announcements	.....	127



Editoriale

L'intersoggettività fra "Adlerismo" e "Teoria della mente"

L'Adlerismo identifica come area privilegiata di ricerca il rapporto dialettico fra stati emotivi e relazione: il "sentimento di inferiorità", che rappresenta il principio motivazionale della vita psichica, e le "emozioni" a esso collegate avvalorano sempre più nuclei concettuali che evidenziano l'importanza "primaria" della relazione in Alfred Adler. È, infatti, promotore d'aggancio relazionale il "sentimento d'inferiorità", fonte della concomitante "emozione dell'insicurezza" avvertita da ciascun individuo, fin dal primo giorno di vita. Ogni uomo, proprio in quanto fenomeno temporale "finito e mortale" sempre in bilico fra passato, presente e futuro, si sporge per mezzo della sua inesauribile attitudine creativo-immaginativa verso l'infinito, l'immortalità, la perfezione utopica curativa della "ferita originaria del difetto di base", costruendo la finzione di un "avvenire ancora assente nel regno del possibile", del "non ancora".

Anche quando gli stati emotivi tendono a difendere finzionalmente l'"individuo", frapponendo una certa "distanza" fra il Sé e gli "altri da Sé" attraverso l'ira, la nausea, la paura, l'angoscia, la gelosia, l'invidia, la sfiducia, la rabbia, lo situano, in realtà, sempre e comunque, in una relazione "fredda", non partecipativa, ma caratterizzata da un "legame intersoggettivo" indissolubile, esattamente come avviene attraverso emozioni "calde" come l'amore, la fratellanza, la compassione, la tenerezza, la fiducia, la pietà, che tendono a "congiungere" gli individui in un vincolo di condivisione affettiva arricchente.

Si ama, si odia, si prova simpatia o antipatia, tenerezza o rabbia sempre e comunque per qualcuno: il sentire interiormente una vasta gamma di mutevoli sentimenti ed emozioni sottende necessariamente un "traghetare" da se stessi

verso “Altri da Sé”. Senza “empatia”, senza la capacità di “collocarci” dentro il “pathos” degli altri per viverlo, sentirlo e comprenderlo come se fosse il nostro “pathos”, non è possibile vera comunicazione né autentico incontro, scambio, dialogo, reciprocità e legame fra anime. Il “saper conversare”, utilizzando le emozioni come ponte d’incontro mentale col nostro partner interattivo, rappresenta il primo passo del processo d’incoraggiamento adleriano. In questo senso, non è pensabile curare le lacerazioni dell’animo sofferente esclusivamente con la farmacologia senza coinvolgimento emozionale da parte del terapeuta, senza inesauribile disponibilità all’ascolto, in quanto è necessario calarsi nell’individuo unico e irripetibile prima che nel paziente.

Ma come è possibile che la propria mente riesca ad “agganciare” cognitivamente ed emozionalmente in modo intersoggettivo quella degli altri? Come è possibile riconoscere gli stati mentali, il pensiero intenzionale, le emozioni, i desideri, le credenze e le conoscenze implicite del “Sé” e dell’“Altro da Sé”? Cosa dobbiamo intendere per processo d’incoraggiamento empatico adleriano, fondato sul vedere con gli occhi, il sentire con le orecchie, il vibrare con il cuore dell’altro? E quali sono i suoi precursori?

Precursore dell’empatia e, di conseguenza, del sentimento sociale adleriano è il concetto di Zärtlichkeitsbedürfnis, ovvero il bisogno di tenerezza primaria, di cui già nel 1908 Adler scrive con fervore. Il bisogno (Bedürfnis), provato dal bambino fin dal primo vagito, di ricevere tutto ciò che è condensabile col termine “delicato”(Zärt) e, di conseguenza, affetto, cura, amore, coccole, se è riconosciuto, coltivato e fertilizzato con sufficienti attenzioni e scambi di reciprocità da parte del caregiver che si prende cura di lui, consente di “afferrare in alto le stelle eterne” che vivificano un buon “legame di attaccamento”: l’innato senso sociale del bambino, come sostiene Pier Luigi Pagani**, si raffina, col tempo, nel linguaggio della tenerezza, della reciprocità, del sentimento sociale. Lo Zärtlichkeitsbedürfnis adleriano, in altre parole il bisogno di reciprocità e di tenerezza primaria, anticipa pionieristicamente i concetti di holding e di handling, sostenuti più tardi da Winnicott, la teoria della capacità di rêverie della madre, elaborata da Bion, la concezione del campo e del traffico intersoggettivo descritta da Stern. Sia Winnicott sia Bion sia Stern, come già nel 1908 Alfred Adler, sono accomunati dall’interesse per il tema dell’intersoggettività primaria nell’interazione fra la mente del bambino e la mente dei suoi partner significativi.*

* ADLER, A. (1908), *Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes*, in ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (a cura di, 1914), *Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie*, Reinhardt, München.

** PAGANI, P. L. (2003), *Dal bisogno primordiale alle istanze differenziate: dal “senso sociale” al “sentimento sociale”*, Riv. Psicol. Indiv., 53: 25-29.

A questo proposito, i recenti studi della “Teoria della mente” confermano come lo sviluppo della capacità di decentramento e di comunicazione empatica intersoggettiva richieda la costruzione nei primi anni di vita di una “matrice nutritiva primaria” che consenta l’acquisizione dell’adleriano linguaggio della tenerezza.

Venti anni fa la cosiddetta “Teoria della mente”^{} era un’area di ricerca poco conosciuta. Solo recentemente è letteralmente esplosa, attraverso studi longitudinali e training specifici, che si occupano degli aspetti socio-cognitivo-emotivi rivolti allo sviluppo nei bambini della capacità di comprendere che il mondo è rappresentato nella mente e che gli individui agiscono in base alle loro rappresentazioni del mondo: la comprensione dell’interazione sociale dipende dall’acquisizione della capacità di attribuire, a se stessi e agli altri, stati mentali, intenzioni, emozioni, sentimenti, credenze, pensieri, spiegando e prevedendo su questa base l’azione umana.*

*Il nuovo filone di studi della “Teoria della mente”, che ha carattere pluridisciplinare e interdisciplinare, estende la ricerca dei precursori della comprensione della “mente propria ed altrui” anche in direzione di “eventuali” basi neurofisiologiche che predisporrebbero il bambino all’acquisizione di alcune competenze che agevolano la reciprocità, l’intersoggettività, la capacità di stendere ponti di collegamento mentale verso gli “Altri da Sé”: il bambino mostra da subito e progressivamente, tranne che in casi di autismo acclarato, la tendenza a seguire la direzione dello sguardo di un altro, a leggere la mente intenzionale del genitore, mentre il genitore tenta di capire e contenere lo stato mentale del bambino in uno stretto intreccio tra aspetti relazionali di natura cognitiva e affettiva. Il bambino riesce a riconoscere la mente del genitore, mentre questi tenta di capire e contenere lo stato mentale del bambino^{**}.*

Nella relazione madre-bambino la sensibilità del genitore nei confronti dei sentimenti dei figli è il fattore chiave che influenza la qualità dell’attaccamento. La comprensione da parte del bambino dei sentimenti, delle emozioni, delle credenze e delle intenzioni reali degli altri è una vera e propria conquista che lo colloca nell’area della logica comune, della verità assoluta adleriana e costituisce un balzo immaginativo-finzionale sul lato utile della vita, in quanto lo preserva dal pericolo di ricorrere esclusivamente alla propria “logica

^{*} *Presso il Dipartimento di Psicologia dell’Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano si è creata un’unità di ricerca, costituita da una équipe di lavoro che si avvale degli apporti specifici di altri ricercatori interni ed esterni, sulla “Teoria della mente”, fondata e diretta dalla professoressa OLGA LIVERTA SEMPIO e dalla professoressa ANTONELLA MARCHETTI.*

^{**} *LIVERTA SEMPIO, O., MARCHETTI, A. (a cura di, 2001), Teoria della mente e relazioni affettive, Utet, Torino.*

privata”, cioè alla proiezione dei propri sentimenti ed emozioni. Sempre nell’ambito della “Teoria della mente” Camaioni ha evidenziato, nei suoi studi sulle principali caratteristiche e fasi dello sviluppo comunicativo dalla nascita a circa un anno di vita, come la comunicazione intenzionale e la scoperta della mente siano un’acquisizione tardiva collocabile non prima dei dodici mesi: Alfred Adler parlerebbe di senso sociale primario, alludendo a una vera e propria danza conversazionale, basata sull’empatia, che inizialmente congiunge “il bambino e la madre” in un legame diadico. «Intorno alla metà del primo anno di vita assistiamo alla comparsa di un fenomeno nuovo: il bambino comincia a guardare alternativamente l’adulto e un oggetto/evento esterno che attrae la sua attenzione in quel momento. A questo punto, l’interazione da “diadica” si trasforma in “triadica”, in quanto coinvolge, oltre ai due partecipanti, anche una terza entità esterna, che diventa il potenziale argomento su cui si comunica. [...] Di fronte a oggetti/eventi esterni sconosciuti e ambigui, il bambino si rivolge al genitore come fonte attendibile d’informazione e regola la propria risposta alla novità sulla base della reazione emotiva della madre. Se la madre si mostra rilassata e sorridente, il bambino si avvicina e interagisce con lo stimolo nuovo, se la madre manifesta paura o preoccupazione, il bambino evita lo stimolo e si allontana» (p. 84)*. Ci troviamo di fronte a una comunicazione emotivo-affettiva implicita in cui si parla della realtà col linguaggio simbolico-intenzionale: il bambino riesce a pensare il pensiero proprio e altrui attraverso il silenzio, attraverso un incontro fra menti. Nei rapporti d’amicizia il saper mettersi in sintonia con ciò che suscita felicità e dispiacere nell’amico è uno degli aspetti che determinano l’intimità e la qualità dell’amicizia.

Tutte queste nuove e originali ricerche della “Teoria della mente”, trasferite sul piano clinico, arricchiscono e confermano le basi del modello epistemologico socioculturale individualpsicologico, avvalorando l’importanza della “relazione” e della “comunicazione intenzionale implicita” come strumento terapeutico di lavoro e di cura all’interno del setting adleriano: tutte le nostre forze, direbbe Eugenio Borgna, devono perciò confluire in direzione di un’etica e di una gentilezza della psichiatria e della psicoterapia.

Il “saper conversare” all’interno della stanza d’analisi, utilizzando le emozioni come ponte d’incontro mentale col paziente, rappresenta il primo passo del processo d’incoraggiamento. Incoraggiare, infatti, significa tendere una mano a chi soffre, riuscire a entrare nella sua mente, ma anche nel suo cuore accendendo la luce del rapporto intersoggettivo.

* CAMAIONI, L. (2004), Sviluppo comunicativo e scoperta della mente in condizioni normali e patologiche, in MARCHETTI, A., LIVERTA SEMPIO, O. (a cura di), Uno con molti, Utet, Torino.

Il setting è un luogo “sacro”: il regno dell’indicibile, dell’ineffabile, dell’implicito, del pensato, del “mai” detto, ma alluso, echeggiato, intuito, vissuto. Non tutti i pensieri e le emozioni possono essere verbalizzati, non tutte le “nuvole” rovesciano giù un acquazzone di “parole”, direbbe Vygotskj. Il paziente prima di essere un caso clinico è una persona unica e irripetibile e “ogni” rapporto terapeutico è irripetibile: si costruisce nell’hic et nunc dell’intersoggettività dialogica, che è alimentata dal fuoco delle emozioni, dei sentimenti, degli sguardi e dei silenzi carichi di significati.

Il rapporto terapeuta/paziente è per molti aspetti molto simile all’interazione madre-bambino: il bambino desidera sentirsi nutrito, abbracciato, rincuorato, coccolato, ma anche la madre si sente ricompensata. La madre fornisce il carburante al figlio e viceversa ed entrambi sono coinvolti in un’esperienza di rapporto intersoggettivo reciprocamente arricchente.

La maggior parte degli psicoterapeuti e degli psichiatri è solito parlare dei “successi professionali”, minimizzando le difficoltà incontrate nella gestione della relazione emotiva con “alcuni” pazienti: sono proprio questi pazienti, però, che ci spingono a guardare nei nostri abissi, a gestire le nostre emozioni e i nostri sentimenti, a fare i conti con la nostra inferiorità, col nostro bisogno di onnipotenza terapeutica.

Sebbene le reazioni controtransferali abbiano un carattere ubiquitario, preferiamo raccontare abbondante materiale relativo solo al transfert, senza che osiamo né rivelare i nostri sentimenti né svelare quanto, all’interno del setting, sia stato fatto o detto o interpretato e in che modo, per il timore di essere criticati o valutati dagli altri colleghi, nel momento in cui palesiamo le nostre emozioni e il nostro “stile” privato d’approccio al paziente.

In pratica, non diciamo quasi nulla sull’interazione intersoggettiva implicita che, come abbiamo riscontrato nelle interessanti ricerche effettuate nell’ambito della “Teoria della mente”, contraddistingue ogni rapporto e, quindi, ogni trattamento terapeutico, che non può essere, perciò, considerato una semplice esperienza intellettuale, ma un vero e proprio “incontro” edificato dalla coppia creativa all’interno di un campo cognitivo-emozionale.

La routine di un rapporto terapeutico, basato esclusivamente sull’esperienza diagnostica del professionista, psicoterapeuta o psichiatra, se non è alimentata dalla fiamma viva di una relazione empatica, può “spegnere” il paziente tramutandolo da persona a semplice caso, caso clinico. Il terapeuta deve armarsi del coraggio e della capacità di riconoscere dentro di sé pensieri, emozioni e sentimenti che gli appartengono, per poter conseguentemente leggere, riconoscere e riconoscersi empaticamente nella sofferenza, nella gioia

e nel dolore del paziente che gli sta di fronte. Occorre circoscrivere solidamente i confini cognitivo-emotivi dell' "Io" e del "Tu" della coppia terapeutica per poter accedere successivamente a un "Noi creativo".

Il terapeuta, ben preparato e coraggioso, deve smantellare la "finzione rafforzata" di un "controllo onnipotente" all'interno del setting rinunciando al bisogno di ricevere continue gratificazioni narcisistiche alla propria autorappresentazione professionale e concedersi l'avventura, a volte "rischiosa", d'immersi in un'interazione diadica/triadica, che implica un incontro fra menti basato su una comunicazione intersoggettiva implicita e sull'inevitabile intreccio di movimenti transferali/controtransferali.

Soltanto coloro che hanno lo spirito falsato, scriveva Adler ne "Il temperamento nervoso", possono voler racchiudere l'animo umano nei limiti stretti di una dottrina scientifica onnipotente. In ultima analisi, la Psicologia Individuale è un'arte e lo psicologo vero è soprattutto un "artista".

Giuseppe Ferrigno

Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto

GIAN GIACOMO ROVERA

Summary – THE ADLERIAN MODEL IN THE HELPING RELATIONSHIP. In any type of training of the helping profession, more and more it is spoken which it can be the role and the several functions of the operating ones in the organizations, the structures, the institutions. The model of the Individual Psychology Compared seems to offer to the helping profession valid methodological instruments in the helping relationship.

Keywords: HELPING RELATIONSHIP, HELPING PROFESSION, ADLERIAN MODEL

Il XVIII Congresso Adleriano coincide, come ha ricordato Pier Luigi Pagani, con il 35° Anniversario della Fondazione della SIPI (Milano, 29 ottobre 1969). Esso rappresenta pure una prosecuzione dei contributi scientifici del Congresso del 2001 di Bologna sulla "Ricerca in Psicologia Individuale" [7]. Quale sede dell'incontro è stato scelto il Monastero di Santa Croce di Bocca di Magra (La Spezia) per criteri di sobrietà e di rigore. E ciò per favorire anche un clima di cooperazione e per facilitare l'afflusso degli allievi e degli studenti delle Scuole Adleriane.

I

Come è noto il paradigma della *Psicologia Individuale Comparata*, per la sua flessibilità, è aperto al rinnovamento fra *tradizione e cambiamento*, in un'elaborazione teorico-pratica in continua evoluzione bio-psico-socio-dinamica. I filoni tradizionali, distinguibili nelle aree di psicoterapia analitica, di *counseling* e di psicopedagogia, con rinnovato vigore si arricchiscono oggi di ulteriori campi teorico-applicativi: sia dialogando con altri paradigmi scientifici, sia recuperando la discussione filosofica sul soggettivo/oggettivo, sul fare/sape-

re/saper fare, nell'ambito degli incerti confini delle *relazioni d'aiuto* largamente intese.

Al riguardo, quali possono essere i punti di domanda circa 1) le configurazioni concettuali, 2) le metodologie, 3) le aree di committenza e di intervento?

- Al primo punto si possono fornire risposte di definizione e di limite;
- al secondo punto ci si pone il problema delle finalità e delle prassi operative a cui dovrebbero corrispondere metodiche e tecniche con relativa specifica afferenza a professionalità e con status-ruoli ufficialmente codificati: oppure, come nel volontariato, solo riconosciuti;
- il terzo punto riguarda i tipi di committenza, d'utenza e d'intervento.

Il rischio che potrebbe derivare dal ventaglio delle relazioni d'aiuto sarebbe quello di un'eterogenea frammentazione che si riferisse più ai "luoghi comuni" che non al "senso comune" adleriano. E ciò di conseguenza porterebbe alla discussione di ciò che è e di ciò che non è la psicoterapia, riconosciuta come professione rispetto ad altre prassi terapeutiche, anche in un'ottica transculturale [5, 7].

Le relazioni d'aiuto sono caratterizzate da individui che optano per una *helping profession*, con modalità diverse, ma con una base motivazionale o *vocazionale* (come definito nei paesi anglosassoni), molto simile all'adleriano "interesse sociale", il quale è volto specialmente ad aree psico-socio-sanitarie.

Talune forme delle relazioni d'aiuto, riferite da Mario Fulcheri nel suo libro su "Le attuali frontiere della Psicologia Clinica" [2], vengono qui prospettate nelle categorie a) e b). In linea generale si possono distinguere alcuni gruppi:

a) Le Professioni dell'aiuto *propriamente dette*, con *specifiche finalità e competenze riguardo le Psicoterapie ed il Counseling*.

b) *Le Professioni che implicano l'aiuto*:

- professioni nell'ambito sanitario: *infermieri, medici, esperti nella riabilitazione psico-motoria, sino alla liaison-consultation*, eccetera;
- professioni nell'ambito psico-socio-educativo: *assistenti sociali, insegnanti, educatori professionali, consulenti agli sportelli dell'ascolto*;
- professioni che comportano informazioni o consulenze a livello di particolari relazioni d'aiuto: *medici, avvocati*, eccetera.

c) *Nuove forme di professionalità nelle relazioni d'aiuto* che si riferiscono a offerte formative molteplici correlate a nuovi *status-ruoli*, alcuni dei quali hanno già *in itinere* un riconoscimento giuridico: oltre al Corso di Laurea in "Scienze Infermieristiche" (b), in "Lingue e Comunicazioni per il territorio", in "Scienze e Tecniche Psicologiche delle relazioni d'aiuto", in "Pedagogia dell'età evolutiva", eccetera, vanno ricordate le Scuole di Specializzazione per gli insegnanti delle scuole secondarie e, infine, i Corsi di Perfezionamento in "Psicogeriatrica", in "Mediazione culturale" a favore degli immigrati ed in "Educazione della Salute".

- d) *L'Attività di volontariato*, quale quarta categoria, copre un vasto territorio che attiene al solidarismo svolto o da strutture organizzate o da singoli individui, al di fuori della propria famiglia, senza scopi di lucro, i quali in forma spontanea erogano servizi a favore della collettività.

Il fenomeno del volontariato che si realizza con la crisi del *welfare state*, è aumentato in misura elevatissima. Basti pensare che in Italia la "legge quadro" emanata l'11 agosto 1991 n. 266 (grazie all'art. 18, 33 e 38 della Costituzione) regola i principi generali d'indirizzo, decreta i provvedimenti di tutela, disciplina le norme, le modalità, le aree della cooperazione e le compatibilità a scopo solidaristico.

Le persone che praticano questo tipo di cooperazione sono oltre 500.000, attraverso più di 9.000 organizzazioni (di matrice sia cattolica che laica) ed indirizzano la loro attività nella maggior parte verso il settore socio-sanitario e quello della protezione civile. Questo complesso fenomeno è ancora giuridicamente in evoluzione, ma le attività tendenti a realizzare fini assistenziali, educativi, culturali e scientifici, sono distribuite in numerose aree (1, p. 787). Esse in modo percentuale più consistenti riguardano minori (32%), malati in generale (37%), anziani in generale (30%), famiglie in difficoltà (23%), handicappati fisici (21%), anziani non autosufficienti (14%), immigrati (14%), eccetera.

L'aspetto solidaristico, o individuale o sotto forma di organizzazioni, come nei *gruppi di autoaiuto* (ad esempio nell'Anonima Alcolisti), è adiacente a una delle linee teorico-pratiche adleriane del "*Cooperare*". Esso è stato sottolineato da larghe indicazioni provenienti dai partecipanti al Convegno di Chicago del Maggio 2004, durante l'insediamento del Presidente Crossman [6]; tale cooperazione si radica nel *Sentimento Sociale* e si concretizza nelle molteplici ramificazioni della "relazione d'aiuto", ivi comprese quelle riguardanti l'*Adozione* e l'*Affidamento* del minore.

II

L'adleriano *modello di rete quale rete di modelli* trova nei contesti teorico-pratici delle relazioni professionali d'aiuto (a e b) la sua possibilità applicativa, ma pure l'auspicabile diffusione presso le categorie delle nuove professionalità (c): attraverso l'apertura all'informazione, alla formazione, alla supervisione, al tutoring, eccetera; senza contare che gli interventi d'aiuto strutturati ed organizzati potrebbero avvalersi di valutazioni complessive di analisi di processo e di disciplina. Nelle attività di volontariato (d) rientrano invece quelle relazioni d'aiuto che fruiscono di fattori d'intervento aspecifici quali ad esempio la fornitura di presenza, l'ascolto incoraggiante, l'empatia, la riservatezza, la capacità di *coping*

con l'équipe d'intervento. Tutto ciò fa capo a coloro che partecipano al piano assistenziale ed anche agli *operatori umanitari all'estero* che si costituiscono e si coordinano in diverse professionalità, eccetera. Nella rete potrebbero essere inserite opportune competenze, addestramento, tirocinio, o almeno un "supporto" da parte di un operatore adleriano.

Nelle molteplici realizzazioni pratiche, prima fra le quali la psicoterapia, ma non escluse le altre forme di *helping*, è ormai avvalorata l'ipotesi che si registrino quali agenti terapeutici sia *fattori psicoterapeutici specifici*, sia *dimensioni psicoterapeutiche aspecifiche*.

a) I fattori specifici della relazione di aiuto corrispondono alle metodiche delle psicoterapie analitiche strutturate. Qui nel *continuum supportivo/intensivo* si possono utilizzare diverse tecniche quali lo smascheramento delle finzioni, la confrontazione, l'elaborazione di materiale profondo, l'interpretazione dei sogni e del transfert, eccetera, in sintesi l'analisi dello stile di vita.

b) Tra i fattori aspecifici sono annoverate la cosiddetta *fornitura di presenza* e l'alleanza di lavoro (*helping alliance*), in cui la partecipazione emotivo/affettiva, la comprensione empatica, taluni dinamismi di identificazione con l'altro, appaiono presupposti per raggiungere i vari obiettivi di intervento attraverso le competenze comunicazionali (verbali, non verbali e di informazione).

c) Una *strategia dell'incoraggiamento* è situabile tra i fattori specifici e quelli aspecifici e deve essere modulata a seconda del contesto, della persona, delle finalità e degli strumenti operativi [3, 4]: temi questi di assoluta attualità anche sotto il *profilo transculturale*.

III

Il Congresso organizzato da Eugenio Torre a Novara qualche anno or sono, si incentrava sulla *creatività nelle relazioni d'aiuto*: comunicazione, relazione, tecnica e organizzazione. Il contributo personale [4] in quell'occasione sottolineava come nell'ambito delle relazioni d'aiuto (con particolare accento alle psicoterapie adleriane) ci si dovesse comunque riferire alle competenze, alla formazione ed alla responsabilità etica degli operatori (il *de facto*) con riconoscimento riferibile a specifici ordinamenti istituzionali (il *de iure*).

Diventano quindi aspetti centrali le eventuali malpratiche, specie per gli psicoterapeuti, che possono emergere nel corso delle molteplici caratteristiche di tutti gli interventi di *helping* [5]. Le modalità di agire le relazioni d'aiuto fra "tecnica e arte", pongono inoltre una distinzione tra il *come fare*, (procedure di apprendimento tecnico-metodologico) e il *fare come* (procedure di esperienza congeniale identificatorie). Il nucleo di fondo specie delle professioni d'aiuto delle psicoterapie strutturate e del *counseling*, si possono effettuare per apprendimento "sotto

il profilo tecnico” nel *come fare* (esempio: durata e frequenza delle sedute, tecnica del colloquio, eccetera); ma altri aspetti, ancor più importanti, sono legati alla *creatività* del rapporto interpersonale, al “*fare come*”, correlato a procedure d’esperienza congeniali identificatorie. Si sottolinea che tutte le professioni che implicano aiuto, abbiano anche componenti che attengono al *Sé creativo*.

La formazione legata all’eredità delle Scuole Adleriane si può esprimere nelle molteplici forme delle relazioni d’aiuto, sia a livello della matrice teorico-metodologica (il come fare), sia nell’utilizzare il sé creativo degli allievi (il fare come). Il rapporto tra formante e formato (il come fare) vivifica quella che sarà la relazione d’aiuto, che è all’insegna di un apprendimento non basato soltanto su codici, ma pure su procedure esperienziali, rielaborate nel corso di una formazione ricorrente/permanente.

IV

In sintesi nei vari tipi di tirocinio e/o d’addestramento nelle *helping profession*, sempre più si parla di quale possa essere il ruolo e la funzione degli operatori nelle organizzazioni, nelle strutture, nelle istituzioni: tra tecniche e arti socio-sanitarie-assistenziali. I tempi che cambiano conducono a mutamenti ed a nuove dinamiche fra pluriprofessionalità e multidisciplinarietà: nell’utilizzo delle tecniche, nell’associazione con psicofarmaci e negli strumenti psicoriabilitativi e preventivi.

Infine, non ci si può sottrarre né alle istanze etiche e neppure a quelle che sono le problematiche legate ai costi/benefici e quindi alle previsioni di spese, in rapporto ai risultati acquisibili ed a ricerche di *follow-up*, anche a lungo periodo. Il modello della *Psicologia Individuale Comparata* sembra offrire alle *helping profession* adeguati strumenti metodologici formativi ed operativi per raccogliere l’attuale sfida sulle relazioni d’aiuto, così come sono state tra l’altro prospettate, nel percorso del XVIII Congresso della SIPI.

Bibliografia

1. CAPUZZO, E. (a cura di, 2000), Voce: Volontariato, *Enciclopedia Italiana Treccani*, Roma, V: 787.
2. FULCHERI, M. (2004), *Le attuali frontiere della Psicologia Clinica*, CSE, Torino.
3. ROVERA, G. G. (1982), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
4. ROVERA, G. G. (1996), L'incoraggiamento può essere creativo, in TORRE, E. (a cura di), *La creatività nelle relazioni d'aiuto*, I. L. G., Milano 1999: 1-7.
5. ROVERA, G. G. (2004), Iatrogenia e Malpratica in Psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 7-50.
6. ROVERA, G. G. (2004), Presentazione, in ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, C.S.E., Torino: XI-XIII.
7. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano e la complessità delle ricerche, in ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, C.S.E., Torino: 3-8.

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

Il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare secondo la prospettiva della Psicologia Individuale

SECONDO FASSINO, ANDREA PIERÒ, ALESSIA NOVELLI,
ANNALISA BRUSTOLIN, ELENA BARBIERI, GIOVANNI ABBATE DAGA

Summary – EATING DISORDER TREATMENT ACCORDING TO AN INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE. The present article points to summarize the current knowledge about eating disorders pathogenesis and topical therapeutical strategies. Moving from an individual psychological point of view the authors describe the integrated treatment of ED according to the biopsychosocial approach.

Keywords: EATING DISORDERS, BULIMIA, ANOREXIA

1. Patogenesi

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), vera e propria “epidemia sociale” degli anni ‘80 e ‘90 [51], presentano ancora oggi numerosi problemi di configurazione psicopatologica e di trattamento. Il sistema nosografico maggiormente utilizzato in psichiatria [6] classifica tra i *Disturbi dell’Alimentazione* tre quadri patologici: l’Anoressia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN) e i Disturbi Alimentari Non Altrimenti Specificati (DCA NAS). Nonostante la classificazione categoriale, questi disturbi si presentano spesso in un “continuum psicopatologico” [38] che riguarda una cangiante strutturazione “ibrida” del Sé (narcisistico-borderline-isterica-ossessiva), che talora si presenta come patologia associata [5].

I. 1. *Fattori biologici.* I DCA sono disturbi che si manifestano quasi esclusivamente nel sesso femminile, anche se lo studio delle forme maschili di AN ha fornito risultati interessanti [34]. Alla base di tale diversità d’incidenza vi potrebbero anche essere differenze biologiche ancora da approfondire. Il riscontro di alterazioni biologiche e neurotrasmettitoriali nei pazienti con DCA è stato ampia-

mente descritto dalla letteratura [8, 9, 18, 67, 92]; la discussione, tuttavia, è ancora aperta riguardo la natura primitiva o secondaria di tali alterazioni obiettive [16, 58] e il loro ruolo nel mantenimento della sintomatologia nel tempo e del rischio di ricadute.

Il modello adleriano riconosce nelle pazienti affette da DCA una “propensione biologica” [60] a sviluppare il disturbo alimentare. Ciò va inteso nell’ottica di un “determinismo morbido” ove si presuppone che le componenti biologiche siano rilevanti, ma non sufficienti. In altre parole, “l’inferiorità d’organo” [3] non va considerata tanto in senso biologico stretto, quanto appunto in senso bio-psico-sociale [63]. Tali evidenze sono confermate dagli studi condotti su famiglie [59] e gemelli [15] che hanno mostrato come non esista una “predisposizione genetica” di per sé in grado di determinare lo sviluppo dei DCA senza l’intervento di fattori ambientali e culturali.

I. 2. *Fattori socio-culturali e il ruolo della famiglia.* I DCA rappresentano un gruppo di disturbi che spesso risultano non soltanto “compatibili” con il contesto culturale in cui si manifestano, ma anzi possono essere visti come un veicolo comunicativo socialmente riconosciuto ed “apprezzato”. Il contesto socioculturale favorisce un investimento dell’individuo su aspetti quali la cura del corpo, il mantenimento di una forma corporea efebica ed androgina attraverso l’associazione sempre più frequente tra competitività e magrezza. Ciò avviene anche grazie alle capacità persuasive dei *media*, prima tra tutti la televisione, “cattiva maestra” [79], che favoriscono e diffondono stili di vita fondati sull’apparenza, sull’intolleranza, sul “tutto subito”, verso un’illusoria facilità del vivere, che poggia sulla scissione tra metodi e obiettivi esistenziali e sulla trasgressione [89].

Inoltre, una cultura maschilista, che si sente improvvisamente minacciata dall’autoaffermazione femminile, promuoverebbe l’ideale della magrezza femminile con l’intento di “mantenere le donne al loro posto”. In questo contesto, il digiuno e soprattutto le abbuffate possono costituirsi come una “protesta femminile” volta a recuperare il potere sul proprio corpo, ed in definitiva sulla propria identità, attraverso atteggiamenti liberatori [70].

I DCA, come più in generale i disturbi di personalità “borderline”, sarebbero il risultato di un’interazione dinamico-strutturale [50, 51, 74] tra *individuo, famiglia e società*, in cui famiglie scissionali sono il prodotto di una cultura fatta di valori e simboli guida troppo contraddittori e discordanti. Lo studio del ruolo patogenetico della famiglia nei DCA ha fornito evidenze molto importanti. Tra gli autori che più hanno contribuito a delineare le caratteristiche delle famiglie di pazienti affette da DCA spiccano [12, 75, 95], con contributi sulle cosiddette “famiglie psicosomatiche”.

In generale, i genitori di pazienti con DCA non sarebbero in grado di fornire alle figlie una relazione calda, non viziante ed empatica che favorisca la maturazione della personalità e la formazione dell'identità, attraverso l'integrazione armonica degli elementi del Sé in formazione [29]. In una prospettiva adleriana si è osservata l'incapacità delle famiglie a riconoscere ed affrontare i conflitti: il *diniego* e l'*evitamento* delle problematiche esistenti sarebbero funzionali ai membri della famiglia per preservare un'immagine ideale di perfezionismo costituita dalla famiglia "felice e coesa", in cui un falso sentimento sociale maschera una celata Volontà di Potenza. Uno strisciante senso d'inadeguatezza condurrebbe verso lo sviluppo di dinamiche familiari segnate da una confusione dei ruoli e delle responsabilità [17]. I padri delle pazienti affette da DCA, spesso distratti e talora ostili, sono resi insicuri dai valori obbliganti del successo e dell'apparenza: la figlia potrebbe allora assumere il ruolo di realizzatrice delle ambizioni paterne, in una dinamica d'eccessiva protezione, controllo e atteggiamenti vizianti [16, 60]. Le madri, "sole" e disorientate, incerte della propria identità, agirebbero un legame simbiotico con la figlia o, al contrario, un'espulsione affettiva precoce. La famiglia, soprattutto della paziente bulimica, sarebbe fonte di distorsioni comunicative e confusive dove, sotto una facciata "quasi perfetta", potrebbero essere mascherati modelli sessuali caotici, fino all'abuso sessuale [47], conflitti profondi non superati da parte di entrambi i genitori, vissuti di tipo proiettivo verso l'esterno [80]. Padri e madri di pazienti anoressiche presentano un livello peculiarmente basso della dimensione caratteriale dell'Autodirettività [40], come pure le madri delle pazienti bulimiche, mentre i padri di quest'ultime presenterebbero alterazioni temperamentali della Persistenza [37].

I. 3. *Personalità, aspetti intrapsichici, rabbia e aggressività.* La complessità dei DCA ha condotto alcuni Autori a studiarne la personalità secondo i due modelli d'approccio tradizionalmente impiegati in ambito psichiatrico. Il primo è l'approccio categoriale, che ha come obiettivo la diagnosi di Disturbi di Personalità in Asse II [6] che, qualora presenti, possono influenzare il decorso del disturbo, l'esito dei trattamenti [7] e la variabilità dei quadri clinici dei DCA [78, 81]. Il secondo è l'approccio dimensionale che ha l'obiettivo di delineare un profilo personale di base che rende un soggetto più a rischio di esprimere un DCA [20].

L'approccio categoriale ha rilevato una prevalenza di disturbi di Cluster C tra 0% e 22% [53, 54] nell'AN e una prevalenza di Disturbi di Cluster B nel 2% - 50% di pazienti bulimiche [66]. La presenza di disturbi di personalità in Asse II rende spesso più difficoltosi i trattamenti e, in particolare, sembra che le pazienti affette da DCA e da un concomitante Disturbo di Personalità tendano ad avere una prognosi peggiore in termini di durata di malattia e gravità della psicopatologia associata, anche dopo remissione [35]. L'approccio dimensionale è stato condotto da Autori attraverso il *Tridimensional Personality Questionnaire* (TPQ) ed il *Temperament and Character Inventory* (TCI), sviluppati da Cloninger [19, 21] che

consentono di integrare tra loro gli aspetti bio-psico-sociali dell'origine dei disturbi psichici, in quanto le influenze genetico-biologiche sono considerate come assolutamente interconnesse con quelle dinamico-ambientali [14, 20, 34, 39].

Le pazienti anoressiche si caratterizzano per l'alto Evitamento del Danno, la bassa Ricerca della Novità e l'alta Dipendenza dal Riconoscimento [10, 13, 17, 61, 99], per bassi punteggi di Autodirettività ed alti valori di Persistenza [23]. Le pazienti bulimiche si caratterizzano, come le anoressiche, per punteggi elevati nell'Evitamento del Danno [76, 103]; si distinguono invece per alta Ricerca di Novità [13] e per punteggi superiori nella Dipendenza dal Riconoscimento [10] ed inferiori nell'Autodirettività [13, 24].

Adler definì l'anoressia una malattia attraverso la quale si esprime una veemente rivolta di soggetti ambiziosi ma scoraggiati: suicidio camuffato. Lo scopo che traduce l'intero atteggiamento è il rifiuto del ruolo femminile. Il rifiuto degli alimenti è un mezzo per acquisire potenza [2]. Tuttora questo sembra essere l'asse portante della dinamica intrapsichica e interpersonale dell'anoressia. Le pazienti con DCA esperiscono, infatti, un profondo sentimento inconscio di non valere nulla, al quale spesso contribuiscono inadeguate aspettative genitoriali. Attraverso complesse dinamiche d'interazione tra elementi biologici, psicologici e ambientali s'instaura una risposta di tipo compensatorio che si caratterizza come tentativo di sentirsi degne d'amore e attenzione in quanto uniche e speciali [12].

Nella prima e seconda adolescenza si slatentizza così un'accentuata difficoltà a raggiungere l'identità e l'autonomia psicologica con la costituzione di un Sé-Stile di Vita fittizio di *bambina buona e perfetta* [60] e con la comparsa dei sintomi dell'anoressia. La privazione di nutrimento, il vomito, l'estenuante attività fisica sono un attacco al falso Sé e affermazione di un nascente vero Sé mediante istanze aggressivo-distruttive al Sé corporeo e al corpo.

La compromissione progressiva delle strutture organiche dovute al calo ponderale provoca compensazioni psichiche patologiche e alterazioni somatopsichiche (linguaggio degli organi) d'importanti funzioni: percezione, attenzione, pensiero e volontà [39]. Inconsapevolmente tali pazienti fanno del proprio corpo uno strumento di ribellione, di controllo delle dinamiche familiari, di manifestazione silenziosa per la propria sofferenza. Esso è talora vissuto come appartenente ai genitori (nuclei psicotici) ed una Volontà di Potenza distorta diviene aggressività maligna inconsciamente rivolta alla distruzione dei genitori tramite la distruzione di sé. Si consolida una struttura autolesiva del "Sé adulto femminile" (Sé normativo perverso).

L'Ideale del Sé rimane estremamente esigente e rigido, permeato da sentimenti d'onnipotenza [86], ma il fallimento della "meta finzionale" infantile di un sim-

bolico corpo perfetto, bello ed invulnerabile, provoca una vertiginosa “caduta catastrofica” [104]. La ribellione distruttiva rimarrebbe però “socialmente accettabile” [16], espressa attraverso il corpo, generalmente incompresa dall’ambiente circostante. Il risultato è un tentativo onnipotente di ottenere approvazione ed al contempo ribellarsi, di realizzare una “insana compensazione” dei propri sentimenti di vuoto e solitudine [52, 60].

Per la bulimia è controversa la distinzione oppure il *continuum* psicopatologico dinamico con l’anoressia. Gli aspetti borderline di personalità sembrano diffusi. Corpo e cibo sarebbero usati come difese verso una vita adulta matura, con regressione, fissazioni narcisistiche e componenti sado-masochistiche espresse sia in atteggiamenti autodistruttivi che in altri comportamenti ritenuti equivalenti bulimici (cleptomania, abuso di sostanze, sessualità promiscua). L’alterazione degli impulsi è quindi più marcata: un Sé normativo più debole, un Concetto di Sé meno strutturato non arginano una Volontà di Potenza distorta. Spesso vi sono tratti depressivi sia da perdita che da vuoto ma, su un piano sociale, spesso la bulimica può mascherare il proprio disagio dietro un apparente successo nelle aree della vita.

In realtà si riscontra timore dell’intimità, isolamento e scarso sentimento sociale [68]. Forte coinvolgimento seguito da ritiro è la caratteristica dello Stile di vita: esso presenta una linea direttrice rivolta soprattutto ad evitare l’abbandono, che è ritenuto intollerabile per gli effetti disgreganti sul Sé. Nelle bulimiche risulta inoltre maggiore l’aggressività verso genitori interiorizzati. Essa, rivolta contro il proprio corpo, deriverebbe da un atteggiamento masochistico con motivazioni inconsce di tipo ostile e sadico correlate alla profonda angoscia di separazione. L’origine dei bisogni masochistici di punizione potrebbe essere motivata anche dalla rabbia inconscia verso le figure genitoriali. L’abbuffata e la sua cancellazione mediante il vomito, risultanti in una perversa aggressione al corpo, appaiono così come un tentativo onnipotente di amore/odio totale.

I tratti comuni ad anoressia e bulimia riguardano *volontà di potenza* distorta, *meta* ipercompensatorie, impoverimento del *sentimento sociale*, *aggressività* maligna, *identità* psicosessuale e corporea imperfetta. Vi è un anomalo concetto di Sé: esso conseguirebbe ad un’insufficiente comunione funzionale tra madre e bambino. In alcune situazioni questa non esiste addirittura, oppure il processo di separazione è fallito, oppure questa comunione funzionale si è conclusa in modo negativo: di qui si formerebbe un’identità del Sé precoce, ma fortemente precaria. L’ambiente appare minaccioso e rafforza una forte ambivalenza relazionale: accentuata vicinanza e lontananza emotiva. In quest’ottica, la Psicologia Individuale identifica nel Sé corporeo [97] una delle organizzazioni psichiche che articolerebbe gli aspetti psicostrutturali, psicosociali e familiari delle pazienti [85, 86]. Tale concezione si riallaccia alle ipotesi dispercettive [11] che evidenziano nei pazienti con

DCA l'incapacità di sentirsi padroni dei comportamenti, dei bisogni, degli impulsi ed in definitiva del proprio corpo.

Nei DCA vi sarebbe una scorretta percezione della propria immagine di Sé e del proprio ruolo. L'autostima sarebbe, perciò, fragilissima, patologicamente dipendente dall'estetica e dal funzionamento corporeo, quasi sempre "in scacco" davanti ad un Sé grandioso narcisistico [62]. A ciò si accompagnerebbe internamente l'incapacità a distinguere anche le sensazioni aggressive e sessuali, che verrebbero, quindi, confusivamente vissute come fame e/o sazietà. Rabbia e depressione, unitamente a una sensazione di "vuoto psico-strutturale", non permetterebbero perciò la maturazione dell'assetto psicosessuale della femminilità adulta, ma manterrebbero una dipendenza regressiva e mete infantili onnipotenti.

Il termine "aggressività" si riferisce a un'ampia gamma di comportamenti che possono svolgere funzioni diverse nell'adattamento dell'uomo alla realtà che lo circonda. Il termine "aggressione" può descrivere sia l'adattamento all'ambiente in modo attivo, creativo e disponibile, sia il comportamento negativo e distruttivo [65]. Nel linguaggio psicomodinamico il termine aggressività è sinonimo o di pulsione o di reazione a una pulsione frustrata. Adler [1] aveva avanzato in un primo momento l'idea che l'aggressività fosse una pulsione innata o primaria e, in seguito a successive rielaborazioni, teorizzò che tutti i modelli comportamentali sorgessero dall'interagire di due istanze (Volontà di Potenza e Sentimento Sociale), in risposta a profondi sentimenti d'inferiorità.

Una Volontà di Potenza distorta avrebbe prodotto un discontrollo dell'aggressività, così come un aumento dell'aggressività avrebbe contribuito a una Volontà di Potenza non adattativi. Nei DCA impulsività, aggressività e rabbia sono sempre importanti elementi psicopatologici [42, 101]. Le pazienti affette da DCA spesso sono autocritiche e per alcune di loro il disturbo alimentare può rappresentare una forma di rabbiosa protesta nei confronti di un'autorità esterna [55]. Le azioni impulsive possono essere correlate alla difficoltà nell'esprimere i vissuti aggressivi [99, 101] e a modalità di funzionamento di personalità caratteristiche dei disturbi psicosomatici [34]. L'ostilità, la bassa tolleranza alla frustrazione e l'aggressività delle pazienti affette da DCA sarebbero un modo di relazionarsi che, almeno in parte, deriva dalle distorte modalità relazionali familiari [96] e dalle esperienze infantili [100, 101]. Le pazienti bulimiche mostrano più alta impulsività rispetto alle anoressiche, e tra le pazienti bulimiche quelle meno impulsive rispondono più rapidamente ai trattamenti [26], ma hanno più frequenti ricadute.

Recenti studi condotti presso il Centro Pilota per la Diagnosi e la Cura dei Disturbi Alimentari dell'Università di Torino hanno mostrato come, a livello temperamentale, le pazienti affette da BN sembrano più predisposte ai sentimenti di rabbia, soprattutto in risposta a situazioni vissute come svalutanti e di attac-

co alla propria autostima; emerge inoltre una tendenza a esprimere impulsivamente all'esterno la rabbia sia nei confronti degli oggetti che delle persone [34], accompagnata da una bassa tolleranza alla frustrazione. Le pazienti anoressiche hanno invece una tolleranza patologicamente alta nei confronti di frustrazione e svalutazione, tendendo a negare e reprimere i sentimenti di rabbia, ed appaiono poco differenti rispetto a controlli sani in termini di livello di rabbia. Le bulimiche sarebbero così più extrapunitive, le anoressiche intrapunitive: in realtà le differenti modalità di gestione della rabbia rappresentano due facce della stessa medaglia ed entrambe paiono modalità "immature" e "pericolose", frutto di uno Stile di Vita poco adattivo, poco creativo ed eccessivamente unilaterale. Molte pazienti affette da DCA (sino al 50%) interrompono precocemente i trattamenti, ed in particolare le psicoterapie, mentre spesso sono assidue frequentatrici di ambulatori dietologici ed endocrinologici, preferendo un approccio polarizzato sul corpo, che non intacca la propria struttura difensiva e che preserva una situazione di maggiore "sicurezza". La mancata presa di consapevolezza, seppur parziale, delle dinamiche sottese al disturbo, rappresenta nei DCA un indice prognostico negativo [7], soprattutto in relazione a un maggior rischio di ricadute. Le pazienti che interrompono la terapia sono più arrabbiate ed hanno più difficoltà a gestire e riconoscere i sentimenti aggressivi, ma anche in questo caso tali difficoltà sembrano dipendere dalla presenza di tratti caratteriali più disturbati e disturbanti [35].

II. *Articolazione dell'intervento terapeutico*

II. 1. *L'approccio alla paziente con DCA.* La caratteristica principale negli interventi sui DCA è la personalizzazione della strategia terapeutica: in accordo con l'assunto adleriano dell'unicità dell'individuo [3], ogni paziente necessita di un apposito programma strategico individuale. Tale assunto va inserito nel modello di intervento proposto oggi per il trattamento dei disturbi psichiatrici, il modello bio-psicosociale [25], multifattoriale [48], di Rete [90], per cui all'intreccio eziopatogenetico di nodi causativi biologici, psicologici e sociofamiliari, dovrebbe corrispondere una strategia terapeutica che articoli in maniera non contraddittoria e non iatrogenica trattamenti nutrizionistici, farmacologici, psicoterapeutici e socioriabilitativi.

Per "strategia" s'intende un progetto terapeutico elaborato in seguito a una valutazione psichiatrica e medica complessiva ed adeguato alla patogenesi multifattoriale. Tale progetto deve prevedere frequenti raccordi di coordinamento tra i terapeuti coinvolti: psicoterapia a fasi (1° psicoterapeuta individuale) associata o no a psicofarmacoterapia, interventi del medico-nutrizionista, supporto psicoterapeutico alla famiglia (2° psicoterapeuta), eventuali ricoveri in ambiente ospedaliero o *day hospital*.

La natura del disturbo di base nell'AN e nella BN porta le pazienti a cercare il trattamento soltanto dopo che sono state malate per molti anni: i sintomi alimentari e gli effetti sul corpo e sulle emozioni hanno, infatti, una profonda radice autoprotettiva. La restrizione calorica, le abbuffate e le condotte d'eliminazione spesso agiscono come *anestetici psicologici* per negare le affettività negative e rimuoverle dalla coscienza e permettono di soddisfare inconsci bisogni di sicurezza, controllo e rabbia. Come risultato, questi sintomi di DCA tendono ad auto-mantenersi, auto-rafforzarsi, e non infrequentemente divengono intrattabili, cronici ed inaccessibili al trattamento [57]. Le pazienti sono disponibili a rinunciare a queste autoprotezioni solo in cambio di un equivalente "rifornimento emotivo di amore e tenerezza" [77]: è perciò indispensabile rivolgere una particolare attenzione alle resistenze, che nascono dall'ambivalenza e dall'egosintonia e che rendono necessarie una variazione del piano terapeutico e un'attenta modulazione del controatteggiamento.

II. 2. *La rete dei curanti*. Nelle fasi iniziali del trattamento è di primaria importanza arrestare le situazioni acute d'emergenza e d'urgenza e costituire la rete dei curanti [33]. L'obiettivo è costruire una relazione terapeutica vissuta come affidabile dalla paziente, iniziando da un lato ad analizzare il più precocemente possibile le dinamiche individuali così come si delineano nello Stile di vita di questa [60, 68], dall'altro ad arrestare la regressione somatopsichica del Sé attraverso una terapia psicofarmacologica e nutrizionale. Tali interventi, inquadrabili come afferenti al polo supportivo delle dinamiche tra il gruppo dei terapeuti e la paziente, ha lo scopo di contenere le angosce e le istanze distruttive della paziente e dei familiari e di fornire possibilità di adattamento e sviluppo della cooperazione della paziente.

Un *primo terapeuta* imposta una terapia psicofarmacologica, che deve essere sempre affiancata da una riabilitazione nutrizionale, poiché lo stato di denutrizione porta all'inefficacia di tali terapie [7]. Il *medico nutrizionista* cura i sintomi del calo ponderale e delle condotte d'eliminazione e avvia talvolta una vera e propria riabilitazione dello stile alimentare. Le terapie nutrizionali e farmacologiche hanno anche un rilevante significato "relazionale": il farmaco, le prescrizioni alimentari ed i ripetuti controlli ematochimici rappresentano spesso sia un ostacolo che un veicolo alla relazione terapeutica e ai movimenti transferali e controtransferali.

Quasi sempre i farmaci e gli interventi nutrizionistici svolgono anche la funzione di "controatteggiamento protesico" da parte del terapeuta, per prevenire in questi lo scoraggiamento e la disperazione possibili durante la psicoterapia di gravi pazienti con DCA. Il primo terapeuta inizia anche una psicoterapia individuale che nel corso del trattamento potrà spostarsi dal versante supportivo a quello espressivo. Gli interventi intensivi (smascheramento delle mete fittizie tramite interpretazione, confronto, analisi del transfert, dei sogni etc.) sono attuati

solo se utili alla creazione di un'alleanza terapeutica, soprattutto nelle fasi avanzate del percorso psicoterapeutico e comunque quando il BMI sia uguale o superiore a diciotto.

Un *secondo terapeuta* fornisce un appoggio più o meno strutturato ai genitori. Il coinvolgimento della famiglia rappresenta un importante intervento supportivo, tanto più utile quanto più è giovane la paziente e non vi è cronicizzazione [91]. I familiari, infatti, rappresentano parte rilevante degli aspetti realmente positivi o negativi della situazione esistenziale della paziente (spesso "paziente designata") nella misura in cui sono in grado di non colludere con lei, di non accettare di essere il ricettacolo supino o lo schermo respingente dei suoi bisogni scissi e proiettati, giocano un ruolo decisivo di sostegno o d'ostacolo al lavoro terapeutico. Fra i due terapeuti, e fra questi ed il medico nutrizionista, deve esistere un buon rapporto, una vera "alleanza", per evitare il rischio di caos comunicativo iatrogenico e di rafforzamento delle tendenze scissionali di alcune pazienti. Compito principale del terapeuta dei genitori è tradurre i messaggi d'aggressività e aiuto della paziente, favorendo lo sviluppo di frammenti comunicativi più comprensibili e partecipativi tra i familiari. Il secondo terapeuta interviene direttamente mediante suggerimenti, spiegazioni clinico-psicopatologiche sul disturbo della figlia, sulla terapia farmacologica e psicologica. Egli spesso stabilisce regole per l'atteggiamento dei genitori, con l'intento implicito di attenuare il sistema dell'angoscia e fornire un *set* relazionale più stabile e fruibile per la figlia.

III. *L'intervento psicoterapeutico*

III. 1. *Il controatteggiamento del terapeuta.* Quest'alleanza di fondo terapeutica-paziente sembra necessaria, pena il fallimento, persino alla buona riuscita anche delle proposte cognitivo-comportamentali rivolte al controllo dei sintomi. I pazienti con DCA sono considerati difficili da trattare per molte ragioni, e più di qualsiasi altro disturbo psichiatrico, evocano talora intensi sentimenti d'ostilità, rabbia, disperazione e *stress* nel terapeuta [44, 49, 56]. Le cause sottostanti di queste reazioni controtransferali negative sono poco esplorate; per questo suscita interesse lo studio psicopatologico della personalità e dei profili specifici della rabbia e dell'impulsività delle pazienti che interrompono o che non sono responsive alle cure [32, 34, 36]. Nella gestione di tali pazienti gli aspetti legati al controatteggiamento del terapeuta sono di notevole importanza. Come per altri disturbi, il controatteggiamento può talora essere esplicitato chiaramente mediante commenti d'approvazione o riprovazione e la trasmissione verbale e non verbale del proprio stato emotivo [41].

Le ragioni per le reazioni negative nei confronti di queste pazienti sono complesse. In una classica descrizione dell'esperienza nel trattamento di pazienti con AN,

Meyer e Weinroth [72] descrivono il fatto che un *outcome* favorevole non è tanto basato sul fornire *insight* psicologici complessi quanto piuttosto sul provvedimento di calore umano ed il soddisfacimento del desiderio di attenzione che queste pazienti cercano dai terapeuti. I medici devono imparare ad accettare senza risentimento la possibilità che la loro funzione più importante sia quella di fornire una relazione autentica e leale che si focalizzi sulla qualità di vita e rimuova il sentimento di isolamento e solitudine che queste pazienti provano [57].

Questo tende a porre ai terapeuti pesanti richieste di tempo ed energia, che possono mobilitare intense reazioni ostili. Parenti ansiosi e richiedenti possono ulteriormente aggiungersi al senso di disperazione che può accompagnare l'esperienza terapeutica con questi pazienti. Un adeguato approccio psicoterapeutico con pazienti AN e BN richiede qualcuno che sia disposto a dedicare una grande quantità di tempo e sforzo e che sia preparato ad accettare la frustrazione ed il fallimento a dispetto di tale investimento [57]. Inoltre, la letalità dei DCA richiede una costante sorveglianza controtransferale sia delle angosce di morte che del furore terapeutico che tutto vuol guarire.

Il terapeuta non deve dimenticare che i sintomi alimentari rappresentano un precario equilibrio per la paziente e perciò deve elaborare i propri vissuti controtransferali d'impotenza, paura e delusione, facendo attenzione a non pretendere l'aumento di peso o l'attenuazione delle condotte di riduzione ed eliminazione alimentare etc. come segno della propria efficacia. Egli, nel comprendere i sentimenti di vuoto, ripetitività e non incisività indotti dalla paziente, aiuta la stessa a prendere coscienza della disperazione insita nei suoi mezzi fittizi di assicurazione.

Il sesso del terapeuta può ricoprire un ruolo importante nel trattamento di pazienti con DCA. Per le terapeute donne, possono emergere sentimenti di competizione e di invidia nella relazione con pazienti che denigrano i loro corpi, ma che possono essere donne attraenti. La paziente con AN può considerare la terapeuta come un altro competitore nella battaglia senza fine per la magrezza, ricreando con questa relazioni di rivalità, vissute con le sorelle e le madri, su peso e forma corporea, cibo e alimentazione.

Tali problemi possono anche insorgere con i terapeuti uomini, sebbene sia più probabile che una paziente con BN o AN possa inizialmente idealizzarli come rimpiazzo del padre assente. Per le pazienti con anamnesi d'abusi sessuali, il rapporto con un terapeuta uomo è complesso e delicato. Tentando di avere sia controllo e potere nella relazione, sia di distanziarsi dal divenire emotivamente vulnerabile, la paziente può erotizzare la relazione. È importante che il terapeuta sia in grado di lasciar emergere il bisogno profondo di tenerezza che questi vissuti veicolano. Tali vissuti, spesso di tipo arcaico e presessuale, si presentano quando la paziente allenta le difese contro l'angoscia di "non essere" direttamente dal

nucleo profondo, dal *deficit di appartenenza primaria* [27, 94] che ha subito. L'affrontare queste sensibili aree personali senza sessualizzare la relazione - il che rappresenterebbe una ripetizione patogena - può essere talora difficile anche per i terapeuti più esperti.

Per tutti i terapeuti, uomini o donne, vi sono aspetti in pazienti con AN o BN che evocano forti sentimenti negativi che possono contribuire alle difficoltà al trattamento. In terapeuti non connessi empaticamente, le dettagliate descrizioni di vomito, abbuffate, abuso di lassativi o di droghe, che inducono di per sé repulsione e disgusto, possono accrescere i sentimenti negativi verso la paziente [57]. Non infrequentemente, tuttavia, nelle fasi avanzate del trattamento questi aspetti sono riconosciuti come richieste implicite di quell'incondizionata accettazione e *amore* che queste pazienti non hanno percepito da bambine: una richiesta di riparazione che, se fraintesa, rafforza iatrogenicamente il disturbo nucleare. In una ricerca sui trattamenti a rete multimodali in pazienti anoressiche [31] si è ottenuta una buona risposta nella maggioranza delle pazienti trattate dopo i primi sei mesi quando almeno uno dei genitori era assistito con un intervento di *counseling*.

Un altro aspetto rilevante che emerge da questa ricerca riguarda il fatto che i terapeuti hanno una formazione psicodinamica e una volta alla settimana usufruiscono di una supervisione specialmente dedicata alle pazienti con anoressia. Vi è stata poca ricerca sistematica su quali sono le qualità del terapeuta che possono contribuire alle sue reazioni negative nei confronti di un paziente con DCA. Gli anni di esperienza e la dimensione della casistica sembrano importanti mediatori di controtransfert [45]: terapeuti con meno esperienza hanno riportato sentimenti più frustranti e di rabbia rispetto a quelli con maggiore esperienza.

Probabilmente terapeuti con più esperienza hanno una visione più longitudinale di questi disturbi e reagiscono meno negativamente all'esperienza di impotenza e fallimento che queste pazienti talora provocano nel terapeuta più giovane e più bisognoso di conferme. Tali sentimenti negativi sono generalmente predittivi di un *outcome* sfavorevole [46]; il peso di questi fattori rispetto ad altri predittori di non responsabilità negli interventi a sei mesi non deve essere sottovalutato [31]. Un altro fattore associato alle reazioni negative era la dimensione della casistica del terapeuta. Terapeuti che hanno un maggior numero di pazienti DCA nelle loro casistiche hanno riportato più sentimenti che frustrazione, rabbia, stanchezza e manipolazione di quelli con meno pazienti con DCA [57].

III. 2. *Progressione del percorso psicoterapeutico*. In una fase iniziale l'orientamento terapeutico è di tipo supportivo, caratterizzato dalla messa in atto del cosiddetto processo di transmotivazione [82]. Questo procedimento, caratteristico del *processo di incoraggiamento* adleriano, è analogo solo in certi aspetti alla

terapia dell'aumento motivazionale (MET), derivata con successo dal campo delle dipendenze [73], perché rappresenta, più che una tecnica, un peculiare orientamento di tutta la relazione terapeutica.

La paziente con DCA sembra sopportare poco i tentativi seduttivi di mitigare l'unilateralità estremizzata dei propri convincimenti: in questo modo riesce ad orientarsi più facilmente magari in una seconda *fase* dell'intervento. Ciò rimanda al concetto di "modulazione" delle sofferenze [71] secondo la soglia che in quel momento la paziente può sopportare. Come in altri disturbi, dopo diverse *fasi*, spesso si progetta una psicoterapia analitica a tempi indeterminati: attraverso avanzamenti e regressioni, in un clima relazionale di alleanza col *deficit* (stile supportivo di analisi) [83, 93], si interiorizzano questi stili di dialogo interiore. La strategia psicoterapeutica nei DCA prevede [7, 60, 68, 88] un andamento a fasi di cura (cicli di 15 sedute) con alternanza d'interventi supportivi e intensivi. Le accentuazioni più supportive o più espressive si alternano a seconda della condizione clinica della paziente e non sono sempre nettamente separabili tra loro.

Le fasi supportive sono fondate sull'alleanza con il *deficit* [93] dove prevale l'atteggiamento educativo-cognitivo: il terapeuta aiuta la paziente a comprendere gli effetti delle condotte di restrizione ed eliminazione alimentare sulle funzioni cognitive. Nelle fasi espressive, in momenti più avanzati, sono favoriti approfondimenti analitici degli aspetti relazionali. In particolare, per le anoressiche si descrive un pervasivo bisogno di controllo, un *transfert* iniziale generalmente negativo e il diniego o la minimizzazione della condizione di malattia [60].

Il terapeuta attraverso il perdurante atteggiamento anamnestic [28] ricostruisce le dinamiche della costellazione familiare, da cui è possibile ipotizzare quelle intrapsichiche della paziente, ed il funzionamento nelle aree della vita [68]. Durante i successivi miglioramenti, si può rafforzare la terapia con l'analisi dello Stile di Vita per una migliore comprensione dei pattern della personalità della paziente [60]. Nelle anoressiche si possono focalizzare le mete finzionali di un falso Sé caratterizzate da elementi narcisistici e passivo-dipendenti di controllo onnipotente e perfezione assoluta, e le istanze distruttive ed aggressive ad esso collegate.

Nelle bulimiche apparirebbero invece più rilevanti gli aspetti borderline, di disgregazione ed una difficile coesione del Sé espressa tramite la manipolazione del cibo e degli altri. Il terapeuta deve essere in grado di alternare ricorrentemente uno stile relazionale supportivo ad uno espressivo, di analisi, in corrispondenza alle prevalenti modalità deficitarie e scissionali del Sé della paziente. Lo stile supportivo è utile qualora nella struttura psichica prevalgano *deficit*, inferiorità, rifiuto dell'ambivalenza e ricorso costante alla scissione; stili espressivi sono preferibili per prevalenti conflittualità, ambivalenze intrapsichiche e interpersonali.

In un procedimento intermittente a fasi o cicli di sedute (da 10 a 20 sedute per fase e adeguati intervalli [30, 69]) si può giungere ad intensificazioni maggiormente analitiche della cura. Ci si sofferma allora sulle conflittualità e le ambivalenze intrapsichiche ed interpersonali. L'obiettivo della psicoterapia diventerà perciò lo smascheramento delle finzioni, con interventi di confrontazione e di interpretazione rispetto al significato dello stile di vita e delle proprie convinzioni fondamentali e quindi alla ridefinizione delle mete e dello Stile di Vita [4, 60, 68, 87]. Gli obiettivi terapeutici strutturali del "recupero della identità e soggettività" e di un riorientamento teleonomico [84, 87] si raggiungono con la rielaborazione cognitiva e, quando possibile, emotiva e quasi corporea di ferite e mancanze originarie di autostima. Da qui origina lo smascheramento delle mete funzionali dell'Ideale del Sé per un processo maturativo verso mete concrete [3] ed autorealizzative [63] e rapporti intersoggettivi significativi. In maniera più specifica, alcuni terapeuti adleriani [60] sottolineano l'importanza dello smascheramento delle mete funzionali che sostengono il comportamento maladattivo delle anoressiche: il cibo viene interpretato come mezzo per controllare la propria vita, percepita dalla paziente come poco dominabile.

Ciò le garantisce una nuova (patologica) identità fruibile per vendicarsi, perseguire una meta fittizia di perfezione [43] e nascondere sentimenti di vuoto e solitudine. La psicoterapia incoraggerà, nelle ultime fasi, il rimaneggiamento della Volontà di Potenza, lo sviluppo del Sentimento Sociale e l'utilizzo delle capacità cognitive e del Sé creativo per "pensare ed agire come se essa fosse la persona che voleva essere" [22].

Nella bulimia [68], oltre la focalizzazione sulle dinamiche del controllo, pare rilevante sottolineare anche la distanza emozionale posta dalle pazienti nei confronti degli altri e delle situazioni di vita. Cognitivamente si confronta inoltre la modalità di pensiero tutto/nulla: una maggior fiducia nelle proprie possibilità di scelta, può agevolare la sperimentazione in collaudi reali e modificare alla lunga la rigidità di pensiero. Il collegare il proprio schema percettivo mentale alle proprie emozioni ed al disturbo alimentare è un ulteriore aiuto che viene fornito alla paziente [98]. Ciò permette di comprendere come il proprio comportamento, secondo una logica privata, limita il proprio livello di funzionamento.

I percorsi di cura talora durano anni, sebbene la "percezione analitica" debba essere presente sin dall'inizio: la terapia è volta alla ricerca di un cambiamento strutturale, in grado di rafforzare stabilmente la coesione e l'identità del Sé, sapendo che sino a che il soggetto poggia la salvaguardia della propria autostima su meccanismi prevalenti di denegazione e scissione, l'interpretazione non produce *insight* circa lo smascheramento delle mete fittizie.

Spesso nei Disturbi Alimentari Psicogeni vi è un carente *insight* corporeo ed emotivo, mascherato da uno (pseudo) “*insight*” intellettuale che diviene una specie di “cintura difensiva ossessiva” da parte del soggetto [86], a tutto scapito di un buon andamento clinico. Solo una minoranza delle pazienti affette da DCA raggiunge un vero *insight* emotivo trasformante. Per tali motivi è preferibile riferirsi all’*hic et nunc* della relazione terapeutica e della vita della paziente, e solo in una fase successiva, utilizzare la tecnica della confrontazione per modulare le dinamiche d’incoraggiamento/frustrazione tra terapeuta e paziente, impiegando le interpretazioni solo tardivamente. È necessario, infatti, che il Sé risulti più coeso per reggere la frustrazione necessaria ad esprimere e poi accogliere gli aspetti negativi e dolorosi di ogni vissuto.

IV. Considerazioni conclusive

Sono stati esaminati alcuni aspetti della complessa patogenesi multifattoriale dei DCA e in particolare quelli che contribuiscono alla loro difficoltà di trattamento. I DCA sono ancora in evoluzione perché rappresentano una espressione modulata, indotta culturalmente e perversa negli effetti di segnalare e di lenire una profonda patologia dello sviluppo del Sé, con complicate interazioni familiari e somatopsichiche che aggravano la vulnerabilità dell’organismo. Alcune difficoltà delle cure sono collegate allo stile relazionale impregnato di rabbia indiretta, che spesso risulta in una richiesta paradossale di accettazione e stima con effetti perversi. La sottile ma pervicace e distruttiva aggressività che determina e mantiene questi disturbi è attiva anche nei confronti del progetto terapeutico e non raramente lo vanifica.

Le numerose difficoltà sono soprattutto collegate alla mancanza di valutazione e comprensione che alcuni terapeuti hanno per questi complessi disturbi, ed ai sentimenti controtransferali che possono indurre un approccio drastico di trattamento, mentre “il prerequisito essenziale per essere un buon psicoterapeuta con queste pazienti è l’umiltà” [103]. Per tutti questi motivi i DCA sono un disturbo paradigmatico delle nuove aree cliniche e delle sfide cui lo psichiatra oggi è chiamato: si evidenzia qui la nuova identità di esperto manager del cambiamento del paziente e della sua famiglia, competente e capace di impiegare e articolare trattamenti medici e psicosociali, ma soprattutto la dinamica sofisticata delle proprie ed altrui emozioni.

Migliorare la conoscenza di ciò che si oppone al cambiamento di queste pazienti permetterà agli psichiatri di stabilire nuovi interventi volti specificatamente ad aumentare la motivazione e a ridurre la resistenza alla modificazione del comportamento e dell’atteggiamento presenti, anche se meno vistose, in molti disturbi d’interesse psichiatrico. Il ruolo dello psichiatra è fondamentale per offrire ai colleghi in *liaison* multidisciplinare e alle pazienti le capacità cliniche richieste per il miglioramento

psicologico e fisico. Potendo rappresentare una sfida ed una difficoltà, i DCA in costante aumento meritano profonda attenzione nella psichiatria del prossimo futuro, poiché il patrimonio psicodinamico costituisce uno strumento culturale e formativo indispensabile per il trattamento delle pazienti affette da tali disturbi.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1908), La pulsion d'agression dans la vie et dans la nevrose, in SCHAFER, H. (a cura di, 1976), *La psychologie d'Adler*, Masson, Paris.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1992.
3. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
4. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
5. ALLISON, D. B. (1995), *Hand Book of Assessment Methods for Eating Behaviours and Weight-Related Problems*, Sage Publication, London.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*, American Psychiatric Association, Washington D. C.
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Revision), *Am. J. Psychiatry*, 157 (1).
8. BRAMBILLA, F. (2000), L'approccio psicobiologico: neurotrasmettitori, neuropeptidi e neuroormoni nell'anoressia e bulimia, in CAZZULLO, C. L., CLERICI, M. (a cura di), *Trattamento Integrato dei Disturbi Alimentari*, Masson, Milano.
9. BREWERTON, T. D. (1995), Toward a Unified Theory of Serotonin Dysregulation in Eating and Related Disorders, *Psychoneuroendocrinology*, 20: 561-590.
10. BREWERTON, T. D., HAND, L. D., BISHOP, E. R. Jr. (1993), The Tridimensional Personality Questionnaire in Eating Disorders, *Int. J. Eat. Disord.*, 14: 213-218.
11. BRUCH, H. (1973), *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*, tr. it. *Patologia del comportamento alimentare: obesità, anoressia mentale e personalità*, Feltrinelli, Milano 1977.
12. BRUCH, H. (1978), *Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa*, Harvard University, Cambridge.
13. BULIK, C. M., SULLIVAN, P. F., JOYCE, P. R., CARTER, F. A. (1995), Temperament, Character and Personality Disorder in Bulimia Nervosa, *Nerv. Ment. Dis.*, 183: 593-598.
14. BULIK, C. M., SULLIVAN, P. F., JOYCE, P. R., CARTER F. A., McINTOSH, V. V. (1998), Predictors of 1-Year Treatment Outcome in Bulimia Nervosa, *Compr. Psychiatry*, 39 : 206-214.

15. BULICK, C. M., SULLIVAN, P. F., KENDLER, K. S. (2000), An Empirical Study of the Classification of Eating Disorders, *Am. J. Psychiatry*, 157: 886-895.
16. CARLSON, J. (1996), Eating Disorder, in SPERRY, L., CARLSON, J. (a cura di), *Psychopathology and Psychotherapy: from DSM-IV Diagnosis to Treatment*, Accelerated Development, Washington DC.
17. CASPER, D., ZACHARY, D. (1984), The Eating Disorder as a Maladaptive Conflict Resolution, *J. Indiv. Psychol.*, 42: 445-452.
18. CLERICI, M., LUGO, F., PAPA, R., PENATI, G. (1996), *Disturbi alimentari e contesto psicosociale*, Angeli, Milano.
19. CLONINGER, C. R. (1987), A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants, *Arch. Gen. Psych.*, 44: 573-588.
20. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M. (1999), Personality Disorders, in SADOCK, B., SADOCK, V. (a cura di), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (7th edn)*, Lippincott Williams & Wilkins, New York: 1723-1764.
21. CLONINGER, C., R., SVRAKIC, D. M., PRZYBECK, T. R. (1993), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psych.*, 50: 975-989.
22. COREY, G. (1996), *Adlerian Therapy*, in COREY, G. (a cura di), *Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy*, Brooks/Cole, Pacific Grove, CA.
23. DIAZ-MARSA, M., CARRASCO, J. L., HOLLANDER, E., CESAR, J., SAIZ-RUIZ, J. (2000), Decrease Platlet Monoamine Oxidase Activity in Female Anorexia Nervosa, *Acta Psychiatr. Scand.*, 101: 226-230.
24. DIAZ-MARSA, M., CARRASCO PERRERA, J. M., PRIETO LOPEZ, R., SAIZ RUIZ, J. (1999), El papel de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria, *Actas Esp. Psiquiatr.*, 27: 43-50.
25. ENGEL, G. L. (1980), The Clinical Application of the Biopsychosocial Model, *Am. J. Psychiatry*, 137: 535-544.
26. FAHY, T., EISLER, I. (1993), Impulsivity in Eating Disorders, *Br. J. Psychiatry*, 162: 193-197.
27. FASSINO, S. (1990), Le due istanze fondamentali nel processo analitico, *Ind. Psychol. Doss*, 2: 45-60.
28. FASSINO, S. (1991), "Funzioni psicoterapeutiche dell'anamnesi", *XXV Congresso Nazionale Soc. It. Psicoterapia Medica*, «Anamnesi e Psicoterapia», Pavia.
29. FASSINO, S. (1994), La psicologia dei farmaci. *Riv. Psicol. Indiv.*, 35: 59-69.
30. FASSINO, S. (1995), Psicoterapia breve a orientamento individualpsicologico: riflessioni sull'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 38: 43-53.
31. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., GARZARO, L., FORNAS, B., ROVERA, G.G. (2001), Outcome Predictors, in Anorectic Patients after 6-Months of Multimodal Treatment, *Psychoter. Psychosom.*, 70: 1-7.
32. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (2001), Non-Responder Anorectic Patients after Six Months of Multimodal Treatment. Predictors of Outcome, *European Psychiatry*, 16: 445-451.
33. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., FICO, L., GARZARO, L., ROVERA, G. G. (1998), Earliest Recollections in Anorexia and Bulimia, *Eating and Weight Disorders*, 3: 53-63.
34. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P., AMIANTO, F., ROVERA, G., ROVERA, G. G. (2001), Temperament and Character in Italian Men with Anorexia Nervosa: a Controlled Study with the Temperament and Character Inventory, *J. Nerv.*

Ment. Dis., 189: 788-94.

35. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., MONDELLI, V., BOGGIO, S., PIERÒ, A., LEOMBRUNI, P., BARBIERI, E., BOLGIANI, M., BERGESE, S., BRUSTOLIN, A. (2004), "Disturbi della personalità e disturbi del comportamento alimentare: stabilità della diagnosi dopo remissione", *XI Perugia Meeting of Medicine and Psychiatry*, Assisi.

36. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., ROVERA, G. G. (2002), Drop-out from Brief Psychotherapy in Anorexia Nervosa, *Psychother. Psychosom.*, 71: 200-6.

37. FASSINO, S., AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P., GARZARO, L., LEVI, M., ROVERA, G. G. (2003), Bulimic Family Dynamics: Role of Parent's Personality: a Controlled Study with the Temperament and Character Inventory, *Compr. Psychiatry*, 44: 70-77.

38. FASSINO, S., LEOMBRUNI, P., ABBATE DAGA, G., BRUSTOLIN, A., MIGLIARETTI, G., CAVALLO, F., ROVERA, G. G. (2002), Efficacy of Citalopram in Anorexia Nervosa: a Pilot Study, *Eur. Neuropsychopharmacol.*, 12: 453-9.

39. FASSINO, S., PIERÒ, A., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P., MORTARA, P., ROVERA, G. G. (2002), Attentional Biases and Frontal Functioning in Anorexia Nervosa, *Int. J. Eat. Disord.*, 31: 274-283.

40. FASSINO, S., SVRAKIC, D., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., STANIC, S., ROVERA, G. G. (2002), Anorectic Family Dynamics: Temperament and Character Data, *Compr. Psychiatry*, 43: 114-20.

41. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara*, Centro Scientifico Editore, Torino.

42. FICHTER, M. M., QUADFLIEG, N. (1997), Six-Year Course of Bulimia Nervosa, *Int. J. Eat. Disord.*, 22: 361-84.

43. FRANK, H., PARIS, J. (1981), Recollections of Family Experience in Borderline Patients, *Arch. Gen. Psych.*, 38: 1031-1034.

44. FRANKENBERG, F. R. (1984), Female Therapists in the Management of Anorexia Nervosa, *Int. J. Eat. Disord.*, 3: 25-33.

45. FRANKO, D. L., ROLFE, S. (1996), Countertransference in the Treatment of Patients with Eating Disorders, *Psychiatry*, 59: 108-116.

46. FREE, N. K., GREEN, B. L., GRACE, M., CHERNUS, L. A., WHITMAN, R. M. (1985), Empathy and Outcome in Brief Focal Dynamic Therapy, *Am. J. Psychiatry*, 142: 917-921.

47. FULLERTON, D. T., WONDERLICH, S. A., GOSNEL, B. A. (1995), Clinical Characteristics of Eating Disorder Patients Who Report Sexual or Physical Abuse, *Intern. J. Eating Disorders*, 17: 243-249.

48. GARFINKEL, P. E., GARNER, D. M. (1982), *Anorexia Nervosa: a Multidimensional Perspective*, Brunner/Mazel, New York.

49. GARNER, D. M. (1984), Iatrogenesis in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, *Int. J. Eat. Disord.*, 4: 701-726.

50. GERTH, H., MILLS, C. W. (1953), *Character and Social Structure*, tr. it. *Carattere e struttura sociale*, UTET, Torino 1955.

51. GORDON, R. A. (1990), *Anorexia and Bulimia. Anatomy of a Social Epidemic*, tr. it. *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, Cortina, Milano 1991.

52. GUIDANO, V. F., LIOTTI, G. (1983), *Cognitive Processes and Emotional Disorders*, Guilford, New York.

53. HALMI, K. A., GARFINKEL, P. E. (1996), Eating Disorders, in GABBARD, G. O.,

- ATKINSONS, S. D. (a cura di), *Synopsis of Treatments of Psychiatric Disorders, II ed.* American Psychiatric Press, Washington DC.
54. HERZOG, D. B., KELLER, M. B., LAVOR, P. W., KENNY, G. M., SACKS, N. R. (1992), The Prevalence of Personality Disorders in 210 Women with Eating Disorders, *J. Clin. Psychiatry*, 53: 147-152.
55. JOHNSON, C., MADDI, K. L. (1986), The Etiology of Bulimia: Biopsychosocial Perspectives, *Ann. Adolesc. Psychiat.*, 13: 253-273.
56. JONES, D. M. (1985), Bulimia: a False Self Identity, *Clinical Social Work J.*, 13: 305-316.
57. KAPLAN, A. S., GARFINKEL, P. E. (1999), Difficulties in Treating Patients with Eating Disorders: a Review of Patient and Clinical Variables, *Can. J. Psychiatry*, 44: 665-670.
58. KAYE, W. H., GENDALL, K., KYE, C. (1998), The Role of the Central Nervous System in the Psychoneuroendocrine Disturbances of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, *Psychiatr. Clin. North Am.*, 21: 381-396.
59. KAYE, W. H., LILENFELD, L. R., BERRETTINI, W. H., STROBER, M., DEVLIN, B. ET ALII (2000), A Search for Susceptibility Loci for Anorexia Nervosa: Methods and Sample Description, *Biol. Psychiatry*, 47: 794-803.
60. KEEN, D. R. (1996), Anorexia Nervosa: an Adlerian Perspective on Etiology and Treatment, *Individual Psychology*, 52: 4.
61. KLUMP, K. L., BULIK, C. M., POLLICE, C., HALMI, K. A., FICHTER, M. M, ET ALII (2000), Temperament and Character in Women with Anorexia Nervosa, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 188: 559-567.
62. KOHUT, H. (1977), *The Restoration of the Self*, tr. it. *La guarigione del Sé*, Boringhieri, Torino 1980.
63. MANASTER, G. J., CORSINI, R. J. (1982), *Individual Psychology: Theory and Practice*, Adler School of Professional Psychology, Chicago.
64. MAREMMANI, I., DI MURO, A., CASTROGIOVANNI, P., CAPODIECI, S., DE LEO, D. ET ALII (1999), Aggressività, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
65. MASLOW, A. (1954), *Motivation and Personality*, tr. it. *Motivazione e Personalità*, Armando, Roma 1973.
66. MATSUNAGA, H., KAYE, W. H., MCCONAHA C., PLOTNICOV, K., POLLICE, C., RAU, R. (2000), Personality Disorders among Subjects Recovered from Eating Disorders, *Int. J. Eating Disord.*, 27: 353-7.
67. MAURI, M. C., LEVA, P., RUDELLI, R. (1996), Basi neurobiologiche della bulimia e dell'anorexia nervosa, in CLERICI, M., LUGO, F., PAPA, R., PENATI, G. (a cura di), *Disturbi Alimentari e contesto psicosociale*, Angeli, Milano: 147-155.
68. Mc CORMICK, D., KOTTMAN, T., ASHBY, J. (1996), Conceptualization and Treatment of the Bulimic Client from an Adlerian Perspective, *Individual Psychology*, 52: 406-419.
69. Mc GLASHAN, T. H. (1993), Implicazioni delle ricerche sull'outcome nel trattamento del disturbo borderline di personalità, in PARIS, J. (a cura di, 1995), *Il disturbo borderline di personalità: eziologia e trattamento*, Cortina, Milano.
70. MEADOW, R. M., WEISS L. (1992), *Women's Conflict about Eating and Sexuality: the Relationship between Food and Sex*, tr. it. *Sesso e cibo*, Positive, Verona 1995.
71. MELTZER, D. (1986), L'apparato protomentale e i fenomeni somatopsichici, in MEL-

- TZER, D., *Studies in Extended Metapsychology*, tr. it. *Studi di metapsicologia allargata. Applicazioni cliniche del pensiero di Bion*, Cortina, Milano 1987.
72. MEYER, B. C., WEINROTH, L. A. (1957), Observations on Psychological Aspects of Anorexia Nervosa, *Psychosom. Med.*, 19: 389-98.
73. MILLER, W. S. (1985), Motivation for Treatment: a Review with Special Emphasis on Alcoholism, *Psychol. Bull.*, 98: 84-107.
74. MILLON, T. (1993), La personalità borderline: un'epidemia psicosociale, in PARIS, J. (a cura di, 1995), *Il disturbo Borderline di personalità: eziologia e trattamento*, Cortina, Milano.
75. MINUCHIN, S., ROSMAN, B. L., BACKER, L. (1978), *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, tr. it. *Famiglie psicosomatiche*, Astrolabio, Roma 1980.
76. MITSZUSHIMA, H., ONO, Y., ASAI, M. (1998), TCI Temperamental Scores in Bulimia Nervosa Patients and Normal Women with and without Diet Experiences, *Acta Psychiatr. Scand.*, 98: 228-230.
77. PEGGY, C. P. (1998), *Guérir l'anorexie et la bulimie par la méthode Montreux*, tr. it. *Fame d'amore. Una nuova cura per anoressia e bulimia*, Mondadori, Milano 2001.
78. PODAR, I., HANNUS, A., ALLIK, J. (1999), Personality and Affectivity Characteristics Associated with Eating Disorders: a Comparison of Eating Disordered, Weight-Preoccupied and Normal Samples, *J. Pers. Ass.*, 73: 133-147.
79. POPPER, K. R., CONDRY J. (1994), *Cattiva maestra televisione*, Donzelli, Reset, Milano.
80. RAVENSCROFT, K. (1988), Psychoanalytic Family Therapy Approaches to the Adolescent Bulimic, in SCHWARTZ, H. I. (a cura di), *Bulimia: Psychoanalytic Treatment and Theory*, Int. Un. Press, Madison Connecticut: 443-488.
81. ROSENVINGE, J. H., MARTINUSSEN, M., OSTENSEN, E. (2000), The Comorbidity of Eating Disorders and Personality Disorders: a Meta Analytic Review of Studies Published between 1983 and 1998, *Eat. Weight. Disord.*, 5: 51-62.
82. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una teoria dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-47.
83. ROVERA, G. G. (1991), Prefazione, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Psicopatologia e Farmaci: interazioni somatiche psicologiche e sociali*, C.S.E., Torino.
84. ROVERA, G. G. (1993), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di, 1999), *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano.
85. ROVERA, G. G. (1994), Formazione del Sé e patologia borderline, *Atque*, 4: 127-140.
86. ROVERA, G. G. (1996), Possibilità di insight nella psicoterapia di pazienti bulimiche (rilievi e prospettive), in ROVERA, G. G. (a cura di), *La psicoterapia dei Disturbi Alimentari Psicogeni*, C. S. E., Torino.
87. ROVERA, G. G. (1996), Il "dopo" della conclusione di una psicoterapia analitica, in FURLAN, P. M. (a cura di), *La conclusione della psicoterapia*, C. S. E., Torino.
88. ROVERA, G. G., BALZOLA, F. (1995), In tema di anoressia e bulimia: contributi psicopatologico-clinici, *Arch. Psicol. Neurol. Psychiatr.*, 3: 231-242.
89. ROVERA, G. G., FASSINO, S. (1998), Il disturbo borderline, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari Adleriani*, Angeli, Milano.
90. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rass. Ipn. Min. Med.*, 75: 1-9.
91. RUSSEL, G. F. M. (1983): *Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, in RUSSEL, G. F.

- M., HERSOY, L. (a cura di), *Handbook of Psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge.
92. SANTONASTASO, P., SACCON, D., FAVARO, A. (1997), Burden and Psychiatric Symptoms on Key Relatives of Patients with Eating Disorders: a Preliminary Study, *Eating and Weight Dis.*, 2: 44-48.
93. SCHMIDT, R. (1985), Neuere Entwicklungen der Individual Psychologie im deutschsprachigen Raum, *Z. Indiv. Psychol.*, 10: 226-36.
94. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologischen Therapie, *Beitr. Z. Indiv. Psychol.*, 6: 90-99.
95. SELVINI PALAZZOLI, M. (2000), Il terapeuta familiare nel trattamento dei disturbi alimentari, in CAZZULLO, C. L., CLERICI, M. (a cura di), *Trattamento integrato dei disturbi alimentari. Un approccio multidisciplinare*, Masson, Milano.
96. SHUGAR, G., KRUEGER, S. (1995), Aggressive Family Communication, Weight Gain, and Improved Eating Attitudes During Systematic Family Therapy for Anorexia Nervosa, *Int. J. Eat. Disord.*, 17 : 23-31.
97. SHULMAN, B. H. (1981), Life Style, in *Contribution to Individual Psychology. Selected Papers*, Alfred. Adler Institute, Chicago.
98. SPERRY, L., CARLSON, J. (1996), *Psychopathology and Psychotherapy: from DSM-IV Diagnosis to Treatment*, Accelerated Development Inc., Washington DC.
99. STEIGER, H., GOLDSTEIN, C., MONGRAIN, M., VAN DER FEEN, M. (1990), Description of Eating Disorders, Psychiatric and Normal Women Along Cognitive and Psychodynamic Dimensions, *Int. J. Eat. Disord.*, 9: 129-140.
100. STROBER, M. (1992), Disorders of the Self in Anorexia Nervosa: an Organismic-Developmental Perspective, in JOHNSON, C. (a cura di), *Psychodynamic Theory and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, Guilford Publisher, New York: 354-373.
101. STROBER, M., HUMPHREY, L. L. (1987), Familial Contributions to the Etiology and Course of Anorexia Nervosa and Bulimia, *J. Cons. Clinic. Pathol.*, 55: 654-659.
102. TILLER, J., SCHMIDT, U., ALI, S., TREASURE, J. (1995), Patterns of Punitiveness in Women with Eating Disorders, *Int. J. Eat. Disord.*, 17: 365-371.
103. VANDEREYKEN, W., BEAUMONT, P. J. W. (1998), Challenges and Risks for Health Care Professionals, in VANDEREYKEN, W., BEAUMONT, P. J. W. (a cura di), *Treatment Eating Disorders. Ethical, Legal and Personal Issue*, The Atlone, London.
104. WALLER, G. (1993), Sexual Abuse and Eating Disorders: Borderline Personality and Eating Disorder as a Mediating Factor?, *Br. J. Psyc.*, 162: 771.
105. WOODCOCK, A., DAVIS, M. (1978), *Catastrophe Theory*, tr. it. *La teoria delle catastrofi*, Garzanti, Milano 1982.

Secondo Fassino e coll.,
“Centro Pilota Regionale per la Cura
dei Disturbi del Comportamento Alimentare”
Ospedale Amedeo di Savoia
Padiglione Denis
Corso Svizzera 164
I-10149 - Torino

Standardizzazione dei processi delle psicoterapie psicodinamiche: una revisione critica in prospettiva adleriana*

ANDREA FERRERO

Summary – THE STANDARDIZATION OF PROCESSES OF PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPIES: A CRITICAL REVISION IN AN ADLERIAN PROSPECT. The problem of the standardization of processes defining analytical psychotherapies is getting more and more important during the last ten years. This matter regards all the psychodynamic schools and the Individual Psychology too. The possibility to standardize the adlerian psychotherapies is connected to the possibility to use a right method for the research. The definition of processes is only relatively important in the training of the analyst and psychotherapist. The best therapist is the technically experienced one, but also the one who doesn't give up the vital source of his own experience and the one who continuously learns from the relation with the patient.

Keywords: STANDARDIZATION, PHASES OF TREATMENT, CREATIVITY

I. Introduzione

Il problema della standardizzazione dei processi che definiscono l'analisi o le psicoterapie ad indirizzo analitico ha assunto nell'ultimo decennio importanza crescente; la questione riguarda tutte le scuole psicodinamiche e quindi anche la Psicologia Individuale. I motivi che stanno alla base dell'attenzione rivolta alla ricerca di processo sembrano molteplici e compositi. Vi sono innanzi tutto *motivi teorici e scientifici*. Una migliore definizione dell'operatività clinica con i pazienti:

- potrebbe condurre ad una riformulazione dell'analisi e della psicoterapia adleriana in termini psicologici più attuali, aggiornati e confrontati con nuove evidenze cliniche, con situazioni sociali diverse, con le indicazioni che provengono dalla letteratura scientifica;

* L'articolo prende spunto dalla relazione presentata al 22° Congresso dell'International Association of Individual Psychology, «Sé e Società - Sviluppo, processo e qualità», München 2002.

- permetterebbe di definire più correttamente le indicazioni cliniche e di specificare le varianti della tecnica per le diverse patologie trattate [23];
- fornirebbe uno schema di riferimento per paragonare l'analisi o la psicoterapia psicodinamica adleriana con altre tipologie di intervento;
- permetterebbe una adeguata riproducibilità e valutazione dei trattamenti, anche in termini di appropriatezza, di *effectiveness* (ovvero di efficacia nella pratica clinica) e di rapporto costi-benefici.

A questo tipo di considerazioni se ne uniscono altre di carattere assai differente che hanno a che fare con le *condizioni socio-economiche dell'assistenza sanitaria*, pubblica o privata, e con gli *assetti culturali prevalenti* nella società occidentale odierna. Secondo questi altri ordini di motivazioni, combinati tra loro, è necessario fare uso di interventi il più possibile brevi, efficaci e poco costosi, perché le risorse sono limitate. Nei confronti di questa pressione sociale, una migliore definizione dei processi:

- potrebbe delineare in quali ambiti, e perché, deve essere scelta una psicoterapia lunga e costosa;
- definirebbe quali sono gli aspetti per cui i risultati dell'analisi o delle psicoterapie analitiche possono essere migliori e, soprattutto, più duraturi;
- potrebbe confutare il sospetto che il fatto di essere riluttanti a validare le prassi terapeutiche nasconda una minor efficacia dei trattamenti.

Tuttavia, a mio parere, la motivazione più importante per affrontare seriamente la questione della standardizzazione dei processi che sottendono le psicoterapie psicodinamiche è di *ordine deontologico*: secondo Sandler e Dreher [28], la posizione secondo cui ci si disinteressa degli esiti e di come si può pervenire ad essi non è corretta.

Dobbiamo ai nostri pazienti il rispetto di un rendiconto puntuale di cosa facciamo con loro, per quale motivo, per quanto tempo. In particolare possiamo chiederci [18]:

- vi sono modi nuovi e migliori di effettuare il lavoro psicoterapeutico?
- vi sono nuovi e migliori cambiamenti che la psicoterapia può apportare?
- vi sono nuove e migliori condizioni che possono favorire i risultati?

Quest'assunzione di responsabilità comporta inevitabilmente anche la consapevolezza dei limiti entro cui definizioni di questo tipo si possono dare. Se l'analisi e la psicoterapia devono promuovere negli individui una maggiore libertà, anche dalla sofferenza, non tutto è codificabile. La percezione del limite e la tolleranza dell'inferiorità, come ci ha insegnato Adler, sono condizioni sane dell'operatività umana, preservandoci dalla tentazione dell'onnipotenza come dalla rassegnazione dell'inutilità di ogni nostro impegno.

II. Problemi specifici nella codificazione dei processi

Un primo livello di difficoltà per poter codificare e standardizzare i trattamenti è di *ordine epistemologico*. In termini generali, Piaget affermava che la filosofia senza scienza (cioè senza sapere) è quella che noi chiamiamo saggezza. La saggezza deve saper distinguere credenze evidenti per taluni, ma non condivise da altri, dalle verità che possono essere dimostrate. Detto altrimenti, ci possono essere diverse saggezze, mentre la verità è una sola.

In questo senso, Hampe [15] ha di recente sostenuto che la psicologia psicodinamica dovrebbe poter sviluppare una sua propria metodologia di ricerca, come ogni altra scienza contemporanea. Alcune difficoltà specifiche della *ricerca quantitativa*, che sono segnalate in letteratura [8, 18, 21] e sono strettamente inerenti ad alcuni concetti specifici della metapsicologia adleriana, riguardano:

- il problema idiografico, ovvero della compatibilità tra l'unicità dell'individuo, come viene sottolineata dalla Psicologia Individuale, e l'applicazione di metodiche sperimentali;
- la valutazione del miglioramento delle abilità sociali e del ben-essere soggettivo, correlata ai concetti di aspirazione alla supremazia e sé creativo;
- la struttura relazionale della comunicazione di ogni singolo terapeuta con ogni singolo paziente in seduta, che si riferisce al sentimento sociale;
- gli aspetti simbolici della struttura della mente, che fanno riferimento al concetto di finzione.

Nel chiedersi se i fenomeni che si osservano in analisi sono descrivibili al di fuori di una prospettiva clinica, Elliott e coll. [7] annotano come stia aumentando la tradizione della ricerca con strumenti qualitativi nelle scienze sociali, che corrisponde a sviluppare la comprensione dei fenomeni oggetto di studio, basandosi il più possibile sulla prospettiva di ciò che è studiato.

Nella *ricerca qualitativa* non si escludono quindi le prospettive soggettive, ma sono supportate e confrontate:

- con moduli o schemi di credibilità (triangolazioni);
- con valutazioni di coerenza;
- chiarendo l'appartenenza culturale dei ricercatori.

Attraverso questi processi, i risultati che si ottengono, attraverso forme differenti di dati e di analisi, tracciano nell'insieme una rete di significati che possiede una forza strutturale. Queste valutazioni riattualizzano le considerazioni espresse a suo tempo da Rovera e coll. [27] sulla Psicologia Individuale come modello di rete.

Peraltro, né paradigmi quantitativi, né paradigmi qualitativi possono misurare le dinamiche inconse o altri aspetti del cambiamento durante la terapia. Secondo

Leuzinger Bohleber e Target [17], la possibilità che emerge, al di là di polarizzazioni troppo semplici, è quella di effettuare inferenze sui processi inconsci, a cui si possono collegare delle procedure di valutazioni che aumentino la validità e la confrontabilità delle osservazioni di *raters* indipendenti che fanno riferimento a definizioni chiare.

Altre difficoltà si riferiscono poi a considerazioni che si riferiscono alla *metapsicologia*, alla *teoria della clinica* ed alla *teoria della tecnica*:

- a quali schemi teorici [14, 12] si fa riferimento?
- qual è il rapporto [16] tra teoria e tecnica?
- la tecnica [13] è pura o si usano strategie di rinforzo, tecniche suggestive, medicine?

A proposito di questi aspetti, è stata effettuata una ricerca con l'ausilio del data-base dell'*Istituto di ricerca della SAIGA*, società membro della *IAIP*, sui lavori pubblicati entro giugno 2002 sulle due riviste adleriane indicizzate, quella americana e quella tedesca, usando "processo psicoterapeutico" come parola chiave. Su 92 lavori considerati ne sono stati selezionati 47, perché non si riferivano ad aspetti troppo limitativi o a setting particolari. Da un punto di vista descrittivo, è emerso che:

- i lavori che identificano la relazione terapeutica (interazione, alleanza, transfert e controtransfert) come indicatore specifico di processo sono i più numerosi (29%);
- gli studi che evidenziano la qualità dei fattori conoscitivi (decodificazione dello stile di vita, finzioni, aspetti narrativi, storia individuale) sono di poco inferiori (25%);
- solo un quinto circa dei contributi (19%) si soffermano sulla rilevanza di singoli elementi della tecnica (interpretazione, confrontazione, tecniche supportive, interventi manipolatori o direttivi);
- ancora inferiori (17%) sono quelli che definiscono la tecnica del trattamento facendo riferimento all'organizzazione di personalità del paziente ed alle resistenze;
- all'interno di questi raggruppamenti tematici, peraltro, le definizioni delle specificità del processo psicoterapeutico sono talmente diversificate da far ipotizzare ad Eva Presslich Titscher [22] che si possano oggi distinguere una "Classical Adlerian Psychotherapy" da una "Psychoanalytically Oriented Adlerian Psychotherapy", abbastanza differenti tra loro.

III. Definizione di alcuni indicatori di processo della Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP)

Con il termine di *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP)* intendiamo una tecnica psicoterapeutica specifica, in via di codificazione presso l'*Istituto*

di *Ricerca della SAIGA* e secondo quanto a suo tempo recepito dalla *IAIP (Individual Psychology Newsletter Volume 42, Number 3, December 2000)*.

La *APP* è basata sulla Psicologia Individuale, nell'accezione secondo cui essa fa parte delle cosiddette "psicologie del profondo". La metapsicologia adleriana si fonda su basi autonome e differenti da quella di Freud, ma sembra aver percorso alcuni degli sviluppi psicoanalitici odierni, sottolineando, in particolare, gli aspetti interpersonali, intersoggettivi e transculturali dei trattamenti psicoterapeutici ed analitici. Secondo Tenbrink [33], la Psicologia Individuale è anche un utile orientamento di fondo per valutare la Psicoanalisi attuale.

III. 1. *Premesse d'ordine epistemologico.* La *APP* si fonda su alcune *premesse di ordine epistemologico*. In questo senso fa riferimento a tre paradigmi [9]:

- il paradigma dell'unità psico-somatica dell'individuo;
- il paradigma della regolazione della *self-regulation*;
- il paradigma dei moduli di legame.

Il paradigma della *self-regulation* e dei moduli di legame sono interconnessi e definiscono in che modo interagiscono le istanze psicologiche della volontà di potenza e del sentimento sociale.

Il problema dei rapporti tra la mente e il corpo va inteso secondo il *paradigma dell'unità psico-somatica* dell'individuo. Gli studi originari di Adler sulla compensazione psichica dell'*inferiorità d'organo* [1] sono la premessa per comprendere in che modo la matrice biologica (temperamento) e la matrice psico-sociale (carattere) concorrono a definire l'identità [5, 30, 31, 32]. Costituiscono anche la base per definire l'eziopatogenesi della patologia psichiatrica, rispetto a cui si considerano: (a) le modalità di risposta dell'individuo alle minacce inferiorizzanti che provengono dall'ambiente, che possono dare origine ad un *difetto* della maturazione psicologica o ad un *conflitto regressivo*; (b) le difficoltà dello *psychodynamic coping* [3] delle alterazioni biologiche che predispongono ad uno specifico disturbo (si pensi, ad esempio, alle psicosi). Secondo il *paradigma della self-regulation*, la costruzione dell'identità è funzione dell'autostima. Sull'immagine interiore, anche ideale, di sé si strutturano in modo creativo (sé creativo) gli stati soggettivi delle persone.

Il *paradigma dei moduli di legame* definisce che il senso psicologico delle manifestazioni umane non può prescindere dalle interazioni dell'individuo con i suoi simili in un eco-sistema aperto [25]. Mentre s'instaurano rapporti umani significativi, si costruiscono relazioni tra i bisogni e le istanze del mondo interiore dell'individuo, mediante connessioni simboliche prevalentemente inconsce.

III. 2. *Aspetti generali della teoria della tecnica*. Rispetto agli aspetti generali della *teoria della tecnica*, la *APP* segue le proposizioni definitorie del “metodo analitico” secondo Alfred Adler [2]:

- vi è un significato nel meccanismo inconscio (*simbolico-finzionale*) che sottende i fenomeni psichici nei sani e nei malati, rispetto a cui:
- è importante rintracciare la fonte del materiale psichico e seguirne le fasi dell’evoluzione (*continuità della vita psichica – punto di vista genetico*);
- i rapporti intrapsichici tra i vari bisogni e le istanze della psiche e, inoltre, i rapporti tra mondo interno e mondo esterno (*relazioni, cultura*) determinano la dinamica delle *manifestazioni compensatorie* che strutturano la psiche (*punto di vista dinamico*);
- il riconoscimento del materiale avviene attraverso le *comunicazioni* del paziente (significato inconscio semplice e ipercomplessa *rielaborazione* cosciente) anche attraverso l’arte di sopportare i corsi personali del proprio pensiero (*controtransfert*) e di farsi guidare, invece, dalla vita *psicoaffettiva* (*organizzazione di personalità, difese, transfert*) del paziente attraverso la raffinatezza e la sensibilità psicologica (*empatia*).

Da questi principi generali discendono due considerazioni generali sulla tecnica utilizzata dalla *APP* [10]:

- non vi è contrapposizione, come fattore curativo specifico, tra comprensione ed attaccamento [19]. La comprensione non esclude l’attaccamento, anzi lo prevede. Lo spazio relazionale, ivi comprese le componenti trasferali e controtrasferali che concorrono a definirlo, è correlato allo spazio interiore perché vi possa essere un *insight* [6]. Il processo d’incoraggiamento non discende solamente da un atteggiamento genericamente amorevole o prescrittivo, ma può essere funzione dell’accesso al mondo simbolico;
- non vi è contrapposizione rigida per quanto riguarda le *polarità espressive o supportive* a cui possono fare riferimento i singoli elementi della tecnica di una psicoterapia ad indirizzo psicodinamico o di un’analisi.

La distinzione fra trattamenti espressivi o supportivi risulta, infatti, spesso imprecisa o fuorviante. Decisivo è invece comprendere che il superamento del sentimento d’inferiorità ha un significato radicalmente differente se si tratta della fallimentare auto-frammentazione dello schizofrenico, della minaccia di diffusione dell’identità del paziente borderline o del senso di fallimento esistenziale del nevrotico.

Psicoterapia psicodinamica vuol dire, quindi, innanzi tutto, scegliere e dosare gli interventi del terapeuta in funzione dell’assetto delle difese del paziente (che si manifestano in seduta come resistenze) e della sua condizione relazionale e sociale. Ad orientare il terapeuta sarà dunque la diagnosi in senso dinamico-

strutturale, perché fornirà a ciascun elemento della teoria della tecnica un significato, di volta in volta, destinato a rispettare e rinforzare la struttura difensiva del paziente oppure a provocare un mutamento dell'organizzazione di personalità.

In sintesi, il significato mutativo o conservativo della tecnica è valutato, differenzialmente dagli approcci psicoterapeutici non psicodinamici, in base alla qualità dell'opposizione inconscia al cambiamento da parte del paziente. Si parte dalle sue "buone ragioni" per non voler cambiare nulla, dal momento che i cattivi risultati del suo atteggiamento l'hanno indotto invece a chiedere aiuto.

III. 3. *Aspetti relativi agli obiettivi clinici.* Tre aspetti definiscono congiuntamente gli obiettivi clinici della APP: (a) identità più definita e relazioni più realistiche, per le organizzazioni borderline di personalità; minore ambivalenza e minori relazioni conflittuali, per le organizzazioni nevrotiche di personalità; (b) decremento o non incremento della sintomatologia; (c) incremento complessivo del benessere del soggetto.

III. 4. *Fasi del trattamento.* Secondo le indicazioni di Rovera, Fassino e Angelini [26], il trattamento si articola in tre momenti o fasi, con l'avvertenza di considerare che, in generale, *le fasi del trattamento si susseguono ripetutamente*, e non necessariamente nell'ordine citato, *all'interno di cicli di sedute o nell'ambito di una stessa seduta* e non descrivono solo il succedersi di momenti temporali diversi della psicoterapia.

- *Fase esplorativa.* La comprensione dello stile di vita attiene di norma alla fase iniziale del trattamento e si accompagna alla costruzione della relazione terapeutica, specie con i pazienti con organizzazione nevrotica di personalità; questa condizione può riconoscere, peraltro, molteplici eccezioni, più frequentemente nei pazienti con organizzazione borderline di personalità, ove alcuni aspetti specifici della promozione dell'*insight* e dell'analisi del progetto possono caratterizzare l'inizio della psicoterapia; in questo caso, la costruzione della relazione comporta da subito un importante lavoro di regolazione della distanza relazionale.
- *Fase trasformativa.* È questa la fase che veicola la formazione di nuove configurazioni delle istanze e dei bisogni; di nuove configurazioni transfereali; di nuove relazioni sociali [11]. Una focalizzazione intensiva sull'interpretazione di transfert definisce massimamente l'analisi rispetto all'APP.
- *Fase prospettica.* Caratterizza gli sviluppi del processo verso l'apertura di nuove configurazioni dei progetti esistenziali.

Al termine del trattamento, la *fase conclusiva* comporta di norma la ridefinizione della relazione terapeutica e l'elaborazione del distacco e non solo una sintesi

degli obiettivi perseguiti o raggiunti; la liquidazione del *transfert* caratterizza in modo più specifico l'analisi rispetto all'APP.

Ognuna di queste fasi è costituita da due *elementi dinamici di processo*, che sono sempre presenti:

- la comprensione;
- il processo d'incoraggiamento.

III. 5. *Elementi dinamici di processo*. Gli elementi dinamici di processo assumono un significato almeno in parte differente, a seconda della fase del trattamento che è considerata; si suddividono, a loro volta, in *sub-elementi*, specifici per le varie fasi, che dettagliano l'operatività in seduta.

Ogni sub-elemento del processo si avvale dell'utilizzo combinato e variato di un gruppo di *interventi tecnici* (TI), che sono classificati secondo lo schema del *Menninger Clinic Treatment Intervention Project*: interpretazione, confronto, chiarificazione, incoraggiamento ad elaborare, convalidazione empatica, consigli ed elogi, conferma (accorpendo agli interventi di conferma anche eventuali interventi di prescrizione). Questi sono usati differentemente se il trattamento è rivolto ad un soggetto con un'organizzazione nevrotica di personalità (NPO) oppure con un'organizzazione borderline di personalità (BPO) [6].

La formalizzazione del processo terapeutico della APP che abbiamo presentato intende promuovere una possibile siglatura delle sedute. Non si pretende però di obiettivare un processo che rimane profondamente dialogico. La siglatura di aspetti specifici non può che tenere conto che *comuni fattori o processi operano in tutte le psicoterapie* [4]. Essa, inoltre, si riferisce ad elementi verbali complessi: bisogna tener conto che ciascuno di essi è sovradeterminato e che la comunicazione terapeutica è anche mediata dal linguaggio non verbale.

IV. *Alcune considerazioni conclusive*

Occorre ricordare, inoltre, al termine di queste sintetiche riflessioni sulla possibilità di standardizzare o meno le psicoterapie adleriane, che l'utilità di una più accurata definizione dei processi è legata alla possibilità di utilizzare una corretta metodologia per i disegni di ricerca [34]. Si possono così sintetizzare alcuni dei problemi più importanti e frequenti:

- come traslare i dati da gruppi sperimentali a gruppi naturalistici?
- come superare il gap tra la ricerca basata sull'evidenza e la pratica clinica?
- come allocare i pazienti nei gruppi controllati: allocazione randomizzata, mista (randomizzata, ma considerando anche le scelte del paziente), per scelta (l'allocazione è però cieca per gli *assessors*)?

Desidero, infine, segnalare come la definizione dei processi rivesta un'importanza solo relativa nella formazione degli analisti e degli psicoterapeuti. Seguendo le indicazioni proposte da Rovera [26], essa si riferisce, infatti, solo ad alcuni aspetti della tecnica (del "come fare") e non considera gli aspetti congeniali ed identificatori (del "fare come") secondo cui ci si forma a diventare psicoterapeuti od analisti.

A monito conclusivo, circa la necessità di non cedere alla tentazione di investire la ricerca di processo di aspettative eccessive, citerò la definizione che Milne e coll. [20] hanno fornito di "psicoterapeuta esperto" (il riferimento è alla psicoterapia cognitiva). Essi sostengono che il terapeuta non sempre si rifà alle regole, alle linee-guida o a impostazioni pre-definite. È necessario, infatti, che possieda una tacita e profonda comprensione dei riferimenti tecnici, ma deve essere anche capace di usare nuove tecniche di soluzione dei problemi.

Stabilito un quadro di riferimento, la creatività d'ogni singola relazione tra terapeuta e paziente rimane un'irripetibile sorgente di promozione umana, di libertà ed autenticità di progetto. Il terapeuta migliore è dunque quello tecnicamente esperto, ma che non rinuncia alla sorgente vitale della propria esperienza e che impara continuamente dal rapporto con il paziente.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1907), *Studie über Minderwertigkeit von Organen*, tr. fr. *La compensation psychique de l'état d'infériorité des organes*, Payot, Paris 1971.
2. ANSBACHER, H. L. (1987), A. Adlers Unterscheidung zwischen psychoanalytischer Methode und Freudscher Theorie, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 12: 233-243.
3. BENEDETTI, G. (1990), Modelli interpretativi e conoscitivi della personalità in psicoanalisi, *Atti Congresso, «Personalità e psicopatologia»*, ETS, Pisa.
4. BERGIN, A. E., GARFIELD, S. L. (a cura di, 1994), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change (4th ed)*, Wiley, New York.
5. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRYZBECK, T. R. (1993), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-990.
6. DATLER, W. (1988), Über den Wunsch nach Veränderung und die Angst vor dem Neuen. *Zeit. f. Individualpsychol.*, 23: 128-141.
7. ELLIOTT, R., FISCHER, C. T., RENNIE, D. L. (1999), Evolving Guidelines for Publication of Qualitative Research Studies in Psychology and Related Fields, *Brit. J. Clin. Psychol.*, 38: 215-229.
8. ERWIN, E. (1999), How Valuable Are Psychotherapy Experiments? The Idiographic Problem, *J. Clin. Psychol.*, 55: 1519-1530.

9. FASSINO, S., FERRERO, A. (In press), *Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators*.
10. FERRERO, A. (2000a), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
11. FERRERO, A. (2000b), Le alternative alla depressione: ruolo dell'insight nelle trasformazioni psicoterapeutiche, in FERRERO, A. (a cura di), *Clinica psicodinamica delle depressioni. Le scuole analitiche si incontrano*, CSE, Torino.
12. FONAGY, P., TARGET, M., STEELE, M., GERBER, A. (1995), Psychoanalytic Perspectives on Developmental Psychopathology, in CICCHETTI, D., COHEN, D. J. (a cura di), *Developmental Psychopathology Theory and Methods*, Vol I, Wiley & Sons, New York.
13. GARFIELD, S. L. (1991), Common and Specific Factors in Psychotherapy, *J. Integr. Eclectic Psychother.*, 10: 5-13.
14. GREENBERG, J. R., MITCHELL, S. A. (1983), *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, Harvard University, Cambridge, MA.
15. HAMPE, M. (2002), Pluralismus der Wissenschaften und die Einheit der Vernunft, in HAMPE, M. (a cura di), *Die Erfahrungen, die wir machen, widersprechen den Erfahrungen, die wir haben. Formen der Erfahrung in den Wissenschaften*, Duncker und Humblot, Berlin.
16. KURTHEN, M. (1998), Intentionalität und Sprachlichkeit in Psychoanalyse und Kognitionswissenschaft, *Psyche*, 52: 850-883.
17. LEUZINGER BOHLEBER, M., TARGET, M. (2002, a cura di), *The Outcomes of Psychoanalytic Treatment*, Whurr, London.
18. MAHRER, A. R. (1999), Introduction: How Can Research Discover How to Do Psychotherapy?, *J. Clin. Psychol.*, 55: 1425-1427.
19. MIGONE, P. (1995), *Terapia psicoanalitica. Seminari*, Angeli, Milano.
20. MILNE, D. L., BAKER, C., BLACKBURN, I. M. ET AL. (1999), Effectiveness of Cognitive Therapy Training, *J. Behav. Ther. Exper. Psychiatry*, 30: 81-92.
21. POLINGHORNE, D. E. (1999), Traditional Research and Psychotherapy Practice, *J. Clin. Psychol.*, 55: 1425-1427.
22. PRESSLICH TITSCHER, E. (2000), Jedem sein eigener Adler – Anmerkungen zu Henry T. Stein, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 25 : 123-131.
23. ROTH, A., FONAGY, P. (1996), *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*, Guilford, New York.
24. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Indiv. Psychol. Dossier*, 1: 94-118.
25. ROVERA, G. G., BOGETTO, F., FASSINO, S., FERRERO, A. (1979), *Il sistema aperto dell'Individual-Psicologia*, Quaderni Riv. Psicol. Indiv., Milano.
26. ROVERA, G. G., FASSINO, S., ANGELINI, G. (1977), Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia, *Min. Psych.*, 18: 167-174.
27. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari, *Min. Med.*, 1: 1-9.
28. SANDLER, J., DREHER, A. U. (1996), *What Do Psychoanalysts Want?* Routledge, London.
29. SCHMIDT, R., SHULMAN, B. (1999), Erwin Ringel e Rudolf Dreikurs: che cosa è rimasto del loro lavoro, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, CSE, Torino.

30. SIEVER, L. J. (1993), Substrati biologici del disturbo borderline di personalità e loro rilevanza patogenetica, in MAFFEI, C. (a cura di), *Il disturbo borderline di personalità*, Boringhieri, Torino.
31. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind*, tr. it. *La mente relazionale*. Cortina, Milano 2001.
32. SVRAKIC, D. M., CLONINGER, R., STANIC, S., FASSINO, S. (2003), Classification of Personality Disorders: Implications for Treatment and Research, in SOARES, J. C., GERSHON, S. (a cura di), *Handbook of Medical Psychiatry*, Marcel Dekker Inc., New York: 10, 117-148.
33. TENBRINK, D. (1997), Zur Theorie und Praxis der psychodynamischen Kurzpsychotherapie, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 1: 3-31.
34. WARD, E., KING, M., LLOYD, M., BOWER, P., SIBBALDS, B., FARRELLY, S., GABBAY, M., TARRIER, N., ADDINGTON-HALL, J. (2000), Randomised Controlled Trial of non Directive Counselling, Cognitive-Behaviour Therapy, and Usual General Practitioner Care for Patients with Depression, I: Clinical Effectiveness, *Brit. Med. J.*, 321: 1383-1388.

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

“Inconscio” e “incognito”: i luoghi della mente

NICCOLÒ CATTICH, GIUSEPPE SAGLIO

Summary – UNCONSCIOUS AND UNKNOWN: THE PLACES OF MINDS. Starting from etymology of the word “unconscious” we lead the reader to the meaning of “unknown”. Then we consider, by Wandering, Labyrinth and Mountain metaphors, the analytic and psychotherapeutic processes as an exploration of a “terra incognita”, that is patient’s individuality. Along with this travel, the patient trusts an expert guide and his instruments: the analyst and his theoretical and technical knowledge. Then we represent Individual Psychology as a “tool” to use while wandering, instead of a “final goal” to reach and to show because of its objective existence.

Keywords: UNCONSCIOUS, WANDERING, LABYRINTH

I. Introduzione

Il concetto di *inconscio* è associato storicamente a Freud. Il termine in sé risulta evocativo e misterioso insieme, per diverse ragioni. Fra queste vi è il fatto che può essere utilizzato sia come *sostantivo* che come *aggettivo* e porta un’etimologia che varrebbe la pena di esplorare.

Il verbo *scire* in latino significa *sapere*; il prefisso *cum* assume una valenza integrativa e riflessiva nelle accezioni che riguardano i vissuti; per cui la parola *cosciente* dovrebbe significare *consapevole*, *che* in qualche modo *sa di sé*. Di conseguenza *incosciente* è una persona che non sa di sé, sempre, spesso o a volte, a seconda del contesto in cui usiamo il termine. Seguendo questo filo interpretativo, *conscio* significherebbe *che riguarda la consapevolezza*, ed *inconscio*, per la valenza antinomica del prefisso *in*, indicherebbe il contrario, cioè *che riguarda la non-consapevolezza*. Ciò che, però, resta indefinito è “cosa bisogna sapere”.

A questo primo livello di dubbio si pone l'ambiguità della parola *inconscio*, utilizzata in qualità di sostantivo ad indicare quasi il *corpus* globale di *ciò che non si sa di sé*, ma anche come aggettivo che qualifica la condizione, di per sé fluttuante, di realtà interiori più o meno profonde; realtà considerate o meno *consapevolmente* per necessità funzionali, anche solo di natura economica sul piano neuropsicologico, e non per questo ignorate in assoluto. L'oggetto "*inconscio*" era stato anche proposto da Freud quale "luogo della mente" e nello stesso tempo del sistema nervoso centrale; ciò a sottolineare la doppia valenza di tale concetto, di realtà oggettiva addirittura concreta da un lato, e di realtà dinamica dall'altro, espressione funzionale della mente *sine materia*.

Portando avanti questa linea di riflessione, si può giungere alla tematica della *dottrina*, spontaneamente richiamata ad un'estremità della catena etimologica che prosegue con i termini *sapere - sapere di sé - consapevole - conscio - inconscio*. In particolare, il dubbio retorico è che l'utilizzo, quanto meno nella lingua italiana, della parola *inconscio* faccia capo ad un'impostazione dottrinaria della conoscenza della psiche in termini psicodinamici, come se ci fossero *saperi* (dogmi?) da recepire, predefiniti, di cui diventare *consapevoli* in quanto fondamentalmente *inconsci*. Questo dubbio può essere lasciato sospeso e proposto alla riflessione del lettore.

Ciò che però risulta interessante è l'implicita esclusione di un altro termine che appartiene alla storia della Psicologia Individuale: l'aggettivo *cognitivo*. L'etimo di questo termine risale al verbo *conosco/cumnosco*, dove *nosco* porta il significato di *ad/prendo*; il prefisso latino *ad* rivela la natura dinamica dell'apprendimento, gesto di avvicinamento ad una realtà da *conoscere*, che prima di *diventare nota*, e cioè *saputa*, va esplorata partendo da un presupposto probabilmente diverso da quello presente nella logica dell'inconscio psicoanalitico: nessuno può davvero *sapere* di ciascun individuo senza prima *conoscerlo*. Vale a dire, in linea con quanto Adler ha sempre professato, che nessun sapere sul paziente può essere dato a priori al paziente stesso se non in forma di finzione, in attesa che l'individuo si *riconosca* nelle interpretazioni che gli forniamo.

Ciò che vorremmo cogliere percorrendo questo pericoloso e sottile filo di rasoio, è la differenza tra l'*inconscio* "dell'ignorante" che viene ammaestrato su di sé, senza che questi possa partecipare attivamente alla formulazione del "sapersi", e l'*inconscio* in quanto *non ancora conosciuto* da nessuno dei due protagonisti dell'incontro terapeutico. Ci sembra suggestivo utilizzare a questo punto l'aggettivo *incognito* in alternativa ad *inconscio*, quale finzione rappresentativa del processo di esplorazione individuale in una "terra incognita" intrapsichica.

La psicologia cognitiva si è evoluta a partire da un presupposto, anzi dal disinteresse nei confronti delle dinamiche intrapsichiche, intese come movimenti inte-

riori fra istanze inconse. Si è affermato spesso che la Psicologia Individuale abbia gettato le basi sia della Psicologia del Sé che di quella Cognitiva, probabilmente per la rilevanza data da Adler a concetti come *l’appercezione tendenziosa* e la conseguente importanza attribuita ai *primi ricordi*. Si è diffuso durante il secolo scorso, quindi, un equivoco fuorviante riguardo Adler e la Psicologia Individuale, come se questa escludesse, rifiutandola, qualsiasi metapsicologia. Sappiamo in realtà come Adler non fosse d’accordo con la teoria psicoanalitica, a causa della centralità data alla *libido*, mentre recepisce l’importanza della dimensione inconscia della realtà psichica, facendo alcune differenze. Infatti, Adler nega l’esistenza di un *profondo* in quanto inaccessibile, che possa solo essere *saputo o non saputo* grazie all’insegnamento di un *sapiente* (analista), ma piuttosto di un *inconscio conoscibile* attraverso un viaggio all’interno di sé.

La proposta individualpsicologica è stata quella di immaginare un mondo interiore da *conoscere*, per cui l’aggettivazione di *conscio* o *inconscio*, riferita alle dinamiche intrapsichiche profonde, potrebbe essere utilizzata anche nel significato di *conosciuto* o *sconosciuto*. Utilizzeremo la *metafora del viaggio* proprio perché sottolinea il valore del *processo conoscitivo intrapsichico*, auspicato in Psicologia Individuale. Per cui l’analista può essere rappresentato come *guida esperta di luoghi sconosciuti*, che possiede gli *strumenti e l’esperienza* per muoversi in una *terra incognita* verso cui l’individuo gli chiede di essere guidato: «Si può dire che la vera conoscenza dell’uomo è oggi limitata a un solo tipo d’individuo, il peccatore pentito; ossia a colui che ha potuto sperimentare tutte le soluzioni devianti della vita psichica o che, almeno, le ha sfiorate ed è riuscito a salvarsi. Si potrebbe prendere in considerazione anche il tipo umano che, per la sua natura particolarmente sensibile, è in grado di comprendere una dimostrazione che gli sia effettuata. Tuttavia, chi ha fatto esperienza diretta di ogni forma di passione resterà sempre il miglior conoscitore dell’uomo» (1, p. 34). E non una guida turistica che propone luoghi oramai universalmente noti perché continuamente citati e che “bisogna vedere”.

Alla luce di questa metafora, le istanze della Volontà di Potenza e del Sentimento Sociale possono essere considerate alla stregua di strumenti per orientarsi, “bussole” che servono a muoversi nella terra incognita; diversamente da “luoghi turistici” quali il complesso di Edipo o l’Es, “Tours Eiffel” ormai svuotate di senso e capacità suggestive, considerate mete da conquistare piuttosto che da visitare, dati per quello che irrevocabilmente (im)pongono e poi tutti a casa.

II. Immagini del viaggio

Il desiderio di *ri-trovarsi* attraverso un processo di conoscenza è preceduto spesso dal vero e proprio bisogno di trovarsi, nel senso di “finalmente individuarsi”,

di non vivere più la scissione piuttosto che la frammentazione del Sé. Sul luogo della desolazione che i processi di *separazione* inconsci lasciano nella spazio intra-psichico, *riunire* le parti di sé e del Sé riattivando canali di comunicazione dismessi.

L'esperienza di *disintegrazione* che il paziente prova in condizioni di estrema sofferenza psichica può evocare l'immagine della tempesta in un deserto; la confusione piena di trappole, che il conflitto intollerabile provoca in una struttura borderline, può essere vista in una palude sabbiosa, dove le sabbie mobili sono dappertutto per cui bisogna fuggirle senza però saperle individuare. La paralisi allora, e la nebbia, e il desiderio di morire, a fronte di una vitalità comunque urgente. Ambivalenza nevrotica tollerabile sì, ma che fa perdere l'orientamento come accade in una giungla, in una foresta di notte, per cui da soli si può vagare ma senza sapere in quale direzione.

Prima o poi si materializza un Virgilio, invocato o invadente autorità sanitaria, che si propone come guida; una guida esperta che prospetta alla persona sofferente un *viaggio*. Può porsi come via di fuga, altre volte come un *trekking* estremo; una passeggiata a caccia di sorprese o un pellegrinaggio. Ma tutte le volte, prima o poi, la persona guidata con esperienza scopre quale sia la vera meta di quel viaggio. Si assiste, infatti, insieme, al disvelamento di paesaggi e figure in primo piano; ci si accorge di essere in presenza di una realtà nuova, la cui novità è in parte relativa e in parte assoluta. Il paesaggio c'era già, ma per il paziente è una scoperta strana: non vi era mai stato prima, ma lo *ricosce*. La guida non può riconoscere quel luogo in particolare, ma *conosce* già ambienti simili. Mentre le figure in primo piano, un po' più in là sparse tutto intorno sono davvero nuove (*transfert* ed *analisi del transfert*), create specialmente durante quel viaggio da un Sé Creativo al servizio della relazione terapeutica.

Come in un quadro di Watteau le figure in primo piano sono nitide e nervose, dipinte con vitalità concentrata sulla superficie, mentre il paesaggio è sullo sfondo incerto ed evocativo, così è ciò che si vede dal finestrino durante il viaggio terapeutico. Laddove la cornice del *setting* contiene una realtà presente e contingente (la relazione con il terapeuta) vivida ed oggetto dell'attenzione cosciente, il paesaggio della propria storia individuale prende forma lentamente, si configura sullo sfondo, malinconico ed autentico allo stesso tempo.

III. *Approccio al viaggio*

Sentieri che interrompendosi sviano, portando a perdersi. Ci si perde allora per errore? Oppure a volte ci si vuol perdere nella speranza così di ritrovarsi? Le incursioni nella Terra Incognita fatte da soli, ricordano molto le avventure in soli-

taria o in gruppo senza adeguata preparazione, alla ricerca di altro, fantasticando su una realtà che non esiste come tale; si può anche non tornare più, o morire. Oppure, non sono incursioni verso luoghi sconosciuti, incogniti, ma fughe dal disagio dell’ambivalenza verso un altro disagio, come quello del disorientamento. Scappando dai fantasmi ci si inoltra nel bosco senza preoccuparsi della direzione in cui si sta andando, e quando i punti di riferimento sono oramai lontani, allora è il momento di accorgersi che si è perduti. *Nel mezzo del cammin di nostra vita mi ritrovai in una selva oscura, chè la diritta via era smarrita.*

Dante, spinto sempre più nel folto della foresta dalle tre fiere, si accorge tardi di aver perso il cammino. *Donna perduta* invece è la protagonista femminile che sa bene da dove fuggire senza sapere realmente verso cosa andare. È la società maschile allora a stabilire che, dovunque vada, sarà persa, perché non è rimasta al suo posto.

Il viaggio è anche, però, andare oltre, per il bisogno di *trans-gredire*, di superare il limite per il valore che questo porta di per sé, qualsiasi terra ci sia oltre la frontiera. Quando un tracciato di confine rappresenta un ostacolo posto di traverso alla linea direttrice della meta fittizia, ecco che le energie al servizio della psiche si concentrano su quell’ostacolo. Le scelte potranno essere diverse, ma quando l’individuo decide di andare oltre senza affidarsi alla guida del sentimento sociale, i passi successivi sono spesso falsi, finti, finzionali.

Perdersi da sé quindi è facile, spesso necessario; più difficile è tornare indietro senza l’aiuto di Virgilio, specialmente se ci si aspetta di tornare a casa con una scoperta, un tesoro, un reportage, da tenere per sé e mostrare agli altri quale conferma della Terra Incognita esplorata; mostrare l’opera del *Sé Creativo* per riceverne conferma dal mondo reale. Il Sentimento Sociale come filo che unifica il percorso, dall’incontro con il terapeuta/guida, alla proiezione delle diapositive dei luoghi della (propria) mente trovati, e prima sconosciuti al mondo.

IV. Spazio incognito e spazio inconscio

Per continuare a cercare, per cercarsi è necessario muoversi: è così che nasce il bisogno di viaggiare, sia letteralmente che in senso metaforico. Il movimento si realizza, in un primo tempo, in uno spazio sconosciuto: è un’esperienza primaria o assimilabile ad essa. Si tratta di intraprendere un viaggio di “scoperta” in quello che chiamiamo “spazio incognito” e quindi non conosciuto e inesplorato, selvaggio e inabitabile. Questo spazio deve essere percorso attraverso un progetto e un processo prevalentemente razionali: si configura così l’esperienza del viaggio nelle sue componenti di “partenza”, di “viaggio in corso” e di “arrivo”.

La “partenza” riguarda il bisogno di distacco da un ambiente vissuto come limitato e limitante, nonché il bisogno di individualità e di autonomia. Nello stesso tempo comporta una separazione e una perdita, determina uno stato di sofferenza. Il “viaggio in corso” soddisfa il bisogno di movimento e nel movimento produce una condizione di stabilità, di immutabilità, di perpetuazione delle categorie spazio-temporali. Si determina un vissuto di flusso continuo: «La continuità del movimento, crea l’idea dello spazio infinito, vasto, libero» (5, p.15). L’interruzione del movimento produrrà una sospensione, una pausa e quindi la specificità di uno spazio chiuso: l’arrivo in un luogo.

L’“arrivo” rappresenta il bisogno di appartenenza, di definizione e di conferma degli eventi, la delimitazione degli spazi, ma anche di nuove possibilità trasformative, di ridefinizione e di confronto culturale, di riconsiderazione del rapporto con le differenze dell’altro. L’arrivo sollecita inoltre il bisogno di ripartire, della riproposizione del viaggio.

Tutti i viaggi hanno anche una funzione destabilizzante: viaggiando si va incontro alla separazione, alla perdita, alla confusione, alla solitudine, alla nostalgia. Occorre anche poter ritornare: garanzia stessa del viaggiare, costituente del suo stesso significato. Il ritorno dà forma alla meta, la rende continuamente riconoscibile e, nel contempo, irraggiungibile: “andare fuori”, “ritornare in sé”. La circolarità del viaggio preserva dal pericolo della morte e dall’angoscia dell’immortalità: è morte e resurrezione, ritorno e rinnovamento.

Attraverso l’esperienza della dimensione incognita, svolta prevalentemente nel mondo esterno e avendo acquisito un maggiore senso di sé, si possono creare i presupposti per una più approfondita conoscenza del mondo interno. Si entra allora in uno “spazio inconscio” attraverso un’esperienza introspettiva (il percorso analitico).

La partenza costituisce una separazione, una perdita, una sofferenza. Significativa è la condizione di essenzialità, di distacco dagli oggetti della vita quotidiana, di semplificazione assoluta, di riduzione ascetica dei bisogni e degli interessi, che favorisce e permette l’incontro con se stessi, il sentirsi un soggetto vivente. Il viaggio può diventare una “pausa” ricercata come necessità per alimentare il proprio spirito. La sospensione “autistica” e la fuga “regressiva” possono essere intese come viaggio nella propria “follia” contenuta, comunque, all’interno dei confini e delle regole sociali. Il contenimento resta garantito dall’opportunità del “ritorno dal viaggio”. La partenza è separazione dal sociale, è un evento di “determinazione dell’individuale”. Il ritorno diventa allora una possibilità di confronto dell’“individuale costituito” con gli altri individui, un momento di strutturazione e di conferma dell’identità.

In questa accezione è riconoscibile il senso della “fuga” in termini evolutivi, in quanto possibilità di sperimentarsi come “altro da sé” tra sconosciuti e ritornare, eventualmente cambiati, tra coloro che sanno attuare un riconoscimento. Ci si muove verso il tempo delle origini, prima del diluvio, verso gli idilli del paradiso perduto, verso la memoria da ritrovare, verso l’infinito e l’indefinito. Il movimento riproduce le dinamiche dell’esistenza trascinando con sé i bisogni e le acquisizioni della scoperta e della conoscenza, i rischi della deriva e del naufragio, l’ineluttabilità della morte. Si viaggia per raggiungere l’estremo confine del mondo verso uno spazio che rappresenti la morte, ma nello stesso tempo anche l’immortalità. Si viaggia verso un anelito vano e illusorio di superamento del limite assoluto, ma in realtà alla ricerca del riconoscimento dei propri limiti, necessari per tracciare il profilo della propria unicità e individualità. Ogni percorso, infatti, è assolutamente individuale ed è diretto verso le proprie mete fittizie in una dimensione, però, che non può comprendere l’isolamento: senza le parole, i gesti, l’incrocio degli sguardi saremmo perduti nella foresta (la psicosi) o affogati nello stagno (il narcisismo). Privati del sentimento sociale perderemmo la strada del ritorno, non potremmo sopravvivere: il sentimento sociale è la nostra strada. L’orologio e la bussola.

A volte vogliamo o siamo costretti ad imboccare vie secondarie o ad abbandonare il tracciato per raggiungere una zona d’ombra che stiamo cercando e che ci inquieta. Sarà necessario imparare ad aspettare che l’ombra venga raggiunta e cancellata dalla luce: solo così potremo riconoscere lo stesso luogo, ritrovare la nostra identità, il senso dell’incontro con l’altro, della ricerca inesauribile delle affinità e delle differenze.

V. *Spazio fantasticato*

Prima della realizzazione materiale il viaggio è svolto nell’immaginazione. I percorsi si aprono in uno *spazio fantasticato* e si affiancano così ai percorsi del pensiero. È un’attività usuale attraverso la quale si crea un movimento astratto tra luoghi della mente, passando in spazi differenti richiamati da associazioni, rimandi, emozioni, illuminazioni, desideri, immagini. Si attraversano regioni, anche molto lontane tra loro, a volte contraddittorie, incompatibili e impossibili, altre volte si percorrono “stanze” in successione continua, seguendo progressioni più lineari e prevedibili. È questa la fase in cui ci si dispone al pensare. Sono valutati gli strumenti necessari per affrontare il viaggio, così come ci si prepara a un percorso analitico: l’ingresso nello spazio fantasticato corrisponde al riconoscimento del bisogno, alle motivazioni, alle scelte, alla dotazione emotiva di base, alle capacità di strutturazione e di tenuta delle difese, alla costituzione del sé attraverso le istanze delle spinte autoaffermative e del sentimento sociale. Si tratta già di una premessa analitica pur in assenza, in questo caso del

setting. Nello stesso modo si forma il progetto nelle diverse componenti di attivazione, svolgimento, conclusione, elaborazione, cambiamento. *Lo spazio fantastico* si nutre, attraverso le precedenti esperienze dello spazio vissuto (l'esperienza emotiva analitica) e trova una sua ragione nel bisogno di ripercorrerlo ancora con una tensione piena verso lo *spazio assoluto* (la meta fittizia).

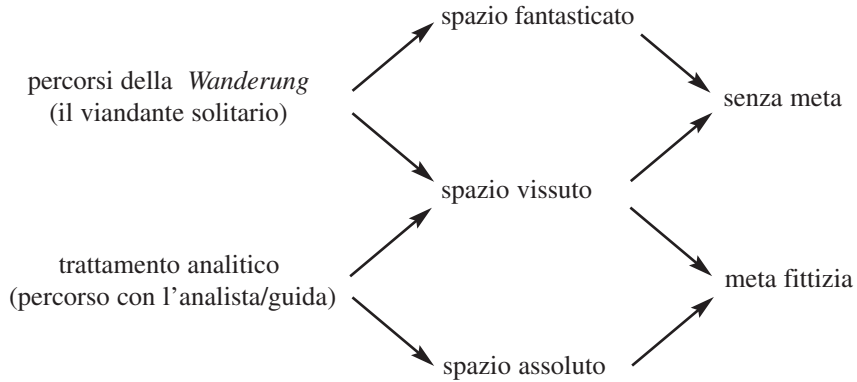
VI. *Spazio vissuto*

Con la partenza vera e propria inizia il viaggio in svolgimento, il percorso concreto, l'esperienza in corso composta dalle spinte, dalle motivazioni e dai bisogni del "conoscere" e del "fare". Possiamo ritrovare allora la fase in cui ci si dispone al movimento per intraprendere un percorso fondato sulle esperienze conoscitive e pragmatiche. *Lo spazio vissuto* è costituito dall'esperienza terapeutica, è fondato sulle dinamiche emotive, è attraversato dalle traiettorie e dai percorsi analitici e riconosce nella parola lo strumento prevalente. Nasce dal pensiero dello *spazio fantastico* e si muove verso le mete e gli ideali dello *spazio assoluto*, in realtà già comprendendolo in qualche misura.

VII. *Spazio assoluto*

È uno spazio finzionale che deriva dai bisogni di finalismo e si radica con i presupposti di realtà dello spazio vissuto, ritrovando in esso il proprio significato e la propria funzione. *Lo spazio assoluto* rappresenta la meta fittizia riconoscibile attraverso lo sguardo del mito: l'Atlantide, l'Eldorado, le sorgenti del Nilo. È la vetta mai raggiunta in precedenza e che rimarrà irraggiungibile. Nonostante tutto si porrà ancora come meta a cui tendere indefinitamente. È questa la prospettiva in cui ci si dispone al riconoscimento di sé. In realtà è un non-spazio che restituisce però una forma, che sottolinea il contorno individuale, che contiene le tensioni, i desideri, le aspirazioni, i progetti, le illusioni così come le perdite, i fallimenti e le cadute in basso, proprie della condizione umana.

Lo spazio fantastico/spazio vissuto si coniuga nella trama individuale dei percorsi della "Wanderung" romantica e nell'immagine del viandante solitario. In questo caso la meta non è necessaria: ciò di cui si va alla ricerca è l'esperienza stessa del viaggiare e dell'attraversare, l'esperienza del perdersi all'interno del viaggio, cercando di placare l'irrequietezza che trova senso nel movimento. La meta è lo spazio, il proprio universo, la cosmogonia personale, in cui muoversi, è la cornice in cui si iscrive l'irrequietezza. Alla fine non serve andare oltre. La meta, in questa prospettiva, è uno spazio senza meta.



Lo spazio vissuto/spazio assoluto si interseca invece nelle trame della relazione e del percorso con l'analista/guida. La meta è rappresentata dall'esperienza dei vissuti emotivi generati dall'incontro con l'altro e con se stessi. Il viaggio è fatto allora con una guida, un accompagnatore che aiuta a svelare e riconoscere il senso della meta e questa, noi sappiamo fin dall'inizio, è fittizia, assolutamente irraggiungibile. È un percorso di ricerca, di espressione creativa e di confronto.

Ma sarà questo secondo tempo (dopo la precedente esperienza della *Wanderung*) a considerare la prospettiva del ritorno (anche attraverso l'esperienza della guida) e quindi a costituire la funzione del *setting* e il senso della relazione analitica. Ogni trattamento analitico comprenderà tuttavia tratti di vagabondaggi solitari, del pericolo di smarrirsi (le regressioni con l'analista e le riprese del cammino, le progressioni attraverso i processi di identificazione).

VIII. *L'analista/guida*

Si va alla ricerca dell'altro (la guida/accompagnatore) dopo aver smarrito la strada per passare dalla ricerca “senza meta” al riconoscimento della “meta fittizia”, attraverso un processo a due, un confronto/scambio con l'altro durante l'esperienza comune: un processo dialettico, dialogico, duale fondato su presupposti di creatività, all'interno di una cornice prestabilita.

L'esperienza analitica non implica un vissuto transferale solipsistico a senso unico, ma un incontro-scontro costante tra due stili di vita: la coppia creativa in costante movimento si evolve [6]. Il paziente/cliente narra la propria storia (pro-

cede sulle proprie gambe), restituisce forma a sé e alla propria esistenza attraverso la parola che acquista senso nel momento in cui è espressione e comunicazione accolta, riconosciuta e interpretata dall'analista/guida.

L'interpretazione rappresenta un processo creativo duale secondo cui ciò che l'analista legge e propone è reinterpretato dal paziente, attraverso un evento circolare al contempo intrapsichico e relazionale [3]. Il terapeuta/accompagnatore aiuta a perdersi (processo di identificazione regressiva nei confronti del paziente) e poi a ritrovarsi (identificazione progressiva del paziente nei confronti del terapeuta) [7, 9].

IX. *Perdersi e ritrovarsi*

Ci si perde nel deserto, in mare, sulle montagne, nelle foreste. Ci si ritrova in una dimensione ancestrale, solitaria, sconosciuta. Le immagini della montagna e della foresta si offrono, a questo riguardo, come molto efficaci per i rimandi metaforici che contengono e come condensato simbolico estremamente ricco di suggestioni. Sono spazi ormai rivelati e conosciuti dopo la scoperta, tuttavia si presentano a noi come vivida rappresentazione del connubio spirito/natura, paesaggio dell'anima, spazio del versante selvatico e primigenio da salvaguardare, raffigurazione della casualità e del caos da contrapporre all'ordine dell'organizzazione sociale, fondamento di una nuova estetica, scena dell'eterno vagabondare e del viaggio come realizzazione illusoria dell'immortalità, del travalicamento dei confini conosciuti.

La montagna resterà, con i suoi richiami verso l'alto e verso ciò che è irraggiungibile, quell'altrove non avvicinabile: le sue regioni alte non sono abitabili dall'uomo, le sue regioni altissime non sono vivibili oltre un tempo breve. La sfida è un avvicinamento alle regioni/ragioni della fine. L'attraversamento può essere solamente temporaneo, occasionale, fugace: siamo inesorabilmente costretti a scegliere tra il ritorno e il naufragio [2].

Riconosciamo una forte attrazione verso le montagne fino ad avvertire il bisogno di salirle, di attraversarle. Sappiamo però che questa necessità potrà trovare una soluzione solo nella temporaneità: possiamo salire, ma non ci potremo trattenere oltre un certo tempo, occorrerà scendere. L'uomo non è adatto per abitare i luoghi alti: maggiore sarà la quota raggiunta, minori saranno l'efficienza e la resistenza.

Pensiamo che questo possa essere un presupposto primario per comprendere ciò che si cerca in un ambiente di alta montagna: una sfida, la tensione verso un fine (meta fittizia), muoversi verso una realizzazione, ma anche la ricerca di un limi-

te da riconoscere, il limite personale, indispensabile per vivere. Tale aspetto non è peraltro separabile dalle caratteristiche dell’ambiente naturale: i grandi spazi, le rocce e i ghiacci, la rarefazione dell’aria, così come le emozioni accompagnano ogni salita: l’euforia, la paura, la solitudine [8].

Perdersi in alto, in montagna, nelle nuvole, nel bianco assoluto, può portare a perdere la vita. Perdersi in basso, nella foresta, nel labirinto, nei percorsi circolari del viandante può portare a perdere la ragione, a dilagare nella follia se non viene considerato il ritorno. Con “ritorno” si intende qui la possibilità/necessità di un ritorno alla parola, alla relazione, al riconoscimento dell’ineluttabilità del bisogno di realizzazione del sentimento sociale.

Il concetto del ritorno, del “bisogno di ritornare”, si completa e si correla con il bisogno di movimento sempre riferito e interpretato attraverso la nostalgia della propria casa, della “stabilità”. Così come il “partire/uscire da sé” si confronta con il “ritornare in sé”, nel proprio spazio esistenziale. L’equilibrio all’interno delle spinte ambivalenti e contraddittorie, permette il compimento del viaggio e garantisce il mantenimento del senso dell’agire.

Nello stesso tempo l’esperienza del “perdersi in alto” può, avvicinando all’annullamento, restituire maggiore senso e comprensione al vivere. Così come il “perdersi in basso”, sempre nella temporaneità dell’esperienza che si conclude, facilita il contatto con la propria vulnerabilità, la perdita dell’equilibrio, la possibile esposizione alla catastrofe. Perdersi in basso induce a prendere contatto con l’eventualità di perdere l’ordine delle cose, rispetto all’invasione delle emozioni. Il viaggio ci costringe a conservare un legame con la realtà e con l’esterno, ma anche ad approfondire e a consolidare il legame con le proprie parti più autentiche.

X. Il labirinto

Il cercarsi e il perdersi attraverso il movimento richiamano fortemente le immagini del labirinto con i suoi tracciati, i significati dei suoi possibili percorsi, le modalità di utilizzo, la funzione delle mete con le finalità catartiche e trasformative che sottendono.

Le figure del labirinto che vogliamo considerare, in questo senso, si configurano in due modelli classici prevalenti. Il primo prevede uno svolgimento obbligato dall’esterno al centro, raggiunto il quale – con un’inversione della direzione – si ritorna all’esterno. La scelta di entrare in questo labirinto, la spinta a percorrere la traccia che in genere ha un andamento spiraliforme, hanno una connotazione fortemente affettiva ed emotiva. Lo svolgimento in piano della spirale sug-

gerisce un viaggio al centro, durante il quale non c'è il rischio di perdersi per raggiungere la meta. Spesso si arriva al centro con rapidità, senza fermate intermedie, al di fuori di un percorso analitico. In molti di noi il richiamo fortissimo dei bisogni attira nel vortice: il loro soddisfacimento si realizza quando è raggiunta la fonte del disagio. Ci si perde allora se si rinuncia a tornare indietro, ad uscire dalla spirale.

Aggiungendo all'immagine simbolica e funzionale di questo primo tipo di labirinto, la terza dimensione della verticalità, la spirale può acquistare le caratteristiche di un vortice che s'inabissa nelle profondità dell'inconscio. La suggestione adleriana di tale immagine è evidente; lasciarsi andare alla forza centripeta dei bisogni inconsci è causa di angoscia, alla quale il nevrotico cerca di porre rimedio resistendo e compensando, poiché il vissuto evocato da tale forza è di vulnerabilità, di inferiorità, di caduta in basso vorticoso e rovinoso; e quando la prospettiva analitica evoca il vortice, si aggiunge lo spettro della passività, perché il pregiudizio fa pensare che non ci sia possibilità di scegliere/partecipare al processo di apprendimento di sé. D'altra parte, il contatto fulminante con il centro profondo rischia davvero di far perdere chi lo sperimenta. La soddisfazione immediata dei bisogni non elaborata attraverso il sentimento di realtà, provoca spesso l'estraneamento, l'alienazione in fondo all'abisso dell'autismo psicologico.

L'inferno dantesco è una spirale a senso unico da cui non si può uscire, se non con l'aiuto di una guida che non sia un uomo comune; e genera per *compensazione* una montagna la cui massa equivale al vuoto dell'abisso infernale, ugualmente spiraliforme ma tendente verso l'altitudine massima. Ricordiamo la parola tedesca *Unterbewusstsein*, utilizzata per indicare l'inconscio, in cui il prefisso *unter* (sotto) ne dichiara la suggestione implicita d'inferiorità.

Il secondo tipo di labirinto, al contrario, non prevede un centro a cui arrivare e non è affatto semplice da percorrere. È un dedalo di cui sono importanti l'entrata, ma soprattutto l'uscita, ardua da individuare. In questo caso ci si perde facilmente, senza morire per questo, ma si può rimanervi intrappolati fino alla fine. E quand'anche si guadagni l'uscita, l'esperienza del labirinto costituisce il fine in sé. Non essendoci un centro, un nucleo da contattare, il viaggio nel labirinto di questo tipo ha le caratteristiche di un'esplorazione mossa dal desiderio di conoscenza dettato dalla ragione che, come per Ulisse, assume le sembianze anche di una deriva, di una fuga mascherata da curiosità intellettuale, cosicché alla fine del viaggio viene a mancare il sentimento di profondità. È ciò che accade quando non è stato possibile il cambiamento.

L'insegnamento di Adler sul concetto di finzione ci impegna a considerare tali anche le due istanze della Psicologia Individuale. Ma è anche vero che ciò comporta il massimo livello di disorientamento possibile per l'analista. È possibile

accettare che Sentimento Sociale e Volontà di Potenza siano costrutti finzionali, soggetti quindi a decadere in futuro? Abbiamo imparato dalla Psicologia Individuale che ciò che importa è la *comparazione* dell'individuo alla propria storia e alla progettualità inconscia, e probabilmente è necessario utilizzare le istanze – così come gli altri costrutti teorici adleriani – quali strumenti di viaggio di volta in volta, senza avere come obiettivo la dimostrazione che tali costrutti esistano, ma apprezzarne l'adeguatezza qualora risultino utili al cambiamento autentico. Così come non importa che un'interpretazione sia vera, ma che sia utile ad un *insight* del paziente.

L'immagine di un terzo labirinto, composizione dei due tipi precedenti, può aiutare a “vedere” il ruolo del terapeuta/analista e quello del paziente: un labirinto che rappresenti anche un *dedalo*. Il percorrerlo connota la ricerca di un centro inconscio da raggiungere (meta fittizia) *come se* ci fosse qualcosa di dato a priori da scoprire racchiuso in una stanza segreta centrale (il corpus teorico analitico e la ragione delle interpretazioni). Nello stesso tempo inoltrarsi in un labirinto significa esplorare le deviazioni e i rami ciechi trovando “oggetti” (ricordi, occasioni transferali, piccoli cambiamenti quotidiani) sparsi inaspettatamente, che potrebbero servire ad andare avanti verso la meta con più facilità.

Nel frattempo l'accezione della parola inconscio si sposta sempre più dalla sua valenza di *sostantivo* a quella di *aggettivo*. Sempre meno verosimilmente il centro del labirinto conterrà un luogo chiamato *inconscio*, e sempre più si ritrovano durante il percorso realtà *inconsce*.

Proporre allora al paziente un percorso labirintico che garantisca una discesa controllata, senza che debba temere la vertigine della spirale in discesa; il timore di iniziare un percorso analitico è generalmente spiegato dal timore di perdere il controllo; di perdere la propria posizione di sicurezza a causa della perdita di controllo sulla propria affettività, sul proprio tendenzioso schema della realtà, a causa di tutte le cose che *non si sanno*, cioè *inconsce*, e che l'analista rivelerà dalla sua posizione di *scienza/sapienza*, cioè di superiorità «poiché non vi è nulla di più sgradevole del palesare bruscamente a un uomo quanto si è appreso sulla sua vita psichica» (1, pp. 30-31). È comprensibile quindi questo timore – a volte vera e propria angoscia – di fronte all'idea pregiudiziale di un abisso, *maelstrom*^{*}, in fondo al quale non ha senso lasciarsi precipitare.

In realtà lo psicologo individuale si propone quale guida, alla scoperta di una terra incognita: il paziente. L'alleanza terapeutica, che comprenda questo termi-

* Termine norvegese che significa “vortice d'acqua”. [N.d.R.]

ne preciso, può lasciar intuire al paziente già dall'inizio che il viaggio terapeutico prescinde da posizioni date di inferiorità e superiorità. Si conosce insieme al paziente l'incognito che lo riguarda, viaggiando insieme, affiancati, entrambi portatori di umanità. Come Virgilio rappresenta per Dante il Sé Ideale, così l'analista è schermo di proiezione delle fantasie di onnipotenza. Come con Virgilio Dante ridimensiona l'immagine idealizzata, così il paziente impara a fare i conti con la realtà di cui è composto l'analista.

E come Virgilio, che conosceva già una parte del cammino, si ferma ad un certo punto perché Dante non può proseguire che da solo, così l'analista sa e conosce, ma non può che fermarsi anche lui per salutare il paziente, ciascuno posto di fronte alla propria deviazione, dopo aver condiviso il possibile. Virgilio e l'analista non sono onnipotenti, e soprattutto non possono superare la barriera dell'individualità. Virgilio si alterna nel rivolgere la parola ai personaggi della Commedia, ma è Dante che affronta con la forza dei propri bisogni i dialoghi che lo aiutano a passare oltre.

Quindi *inconscio* come punto di arrivo, attraverso un *percorso rituale*, già dato dalla dottrina analitica, e *incognito* come deviazioni continue esplorative dell'individualità. Ma *inconscio* anche quale dimensione affettiva che può essere contattata e vissuta e non conosciuta razionalmente, laddove le *ragioni* invece appartengono alla dimensione incognita e conoscibile.

Queste due immagini della coppia Inconscio/Incognito, incrociate e sovrapposte da una tensione ambivalente, potrebbero risolvere l'apparente contraddizione alla base della Psicologia Individuale: *i meridiani e i paralleli non esistono* (Sentimento Sociale e Volontà di Potenza), *ma non possiamo prescindere da essi nel quotidiano per orientarci nel mondo*.

Viaggiare insieme tra fantasie transferali, sogni indimenticabili, primi ricordi, con il paziente alla ricerca della propria individualità, è come esplorare un labirinto, viaggiare in una terra incognita, meditare davanti ad un paesaggio, che alla fine del percorso comune si rivelano una benefica illusione: sbiadendosi e svanendo con il commiato finale lasciano il paziente con se stesso, con ciò che ha appreso e ripreso di sé. E così anche la bussola, la mappa, il coltello, tutti gli strumenti intellettuali teorici utilizzati restano un ricordo; trasformati piuttosto in *souvenirs* affettivi che ricordano l'esperienza di viaggio con l'analista-guida.

Abbiamo proposto allora un percorso di riflessione, attraverso la metafora del viaggio inteso con duplice valenza; di esplorazione del mondo che ci contiene e di quello contenuto dentro di noi. Ci sembra anche, forse coerentemente, di aver viaggiato sul versante razionale ed intellettuale ma allo stesso tempo di aver dato

spazio ad immagini che parlano un linguaggio analogico, linguaggio questo più affine alla sfera dell’intuizione e dell’affettività. A conferma che questa duplicità caratterizza davvero il nostro lavoro di psicoterapeuti.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell’uomo*, Newton Compton, Roma 1970.
2. CAPRA, L., SAGLIO, G. (2001), *Attraverso i monti. Colli e collegamenti intra-alpini a sud del Monte Rosa*, Priuli & Verlucca Editori, Ivrea.
3. FERRERO, A. (2000), L’analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
4. KERN, H. (1981), *Labyrinthe*, tr. it. *Labirinti*, Feltrinelli, Milano 1981.
5. LEED, E. J. (1991), *The Mind of the Traveller. From Gilgamesh to Global Tourism*, tr. it. *La mente del viaggiatore. Dall’Odissea al turismo globale*, Il Mulino, Bologna 1992.
6. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel “setting” adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-41.
7. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell’incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17/18: 28-50.
8. SAGLIO, G., MAZZONE, M. (2001), Salire in “alto”, scendere in “basso”: alpinismo e Individualpsicologia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 49: 29-46.
9. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches. Agens in der I. P. Therapie-oder, *Beitr. Z. Individualpsychol.* 6: 90-109.

Niccolò Cattich
Via D’Acquisto, 10
I-13011 Borgosesia (VC)

Problemi clinici in preadolescenza: tra fase di sviluppo ed evoluzione patologica

CHIARA MAROCCO MUTTINI

Summary – CLINICAL PROBLEMS IN PRE-ADOLESCENCE BETWEEN THE STAGE OF DEVELOPMENT AND PATHOLOGICAL EVOLUTION. Today, pre-adolescence is considered an evolutionary stage in itself with distinctive features in comparison with adjoining periods. The transitory nature of behaviour corresponds to the still-incomplete and variable structure of the personality. It should be remembered that behavioural features, at times expressed in the form of symptoms, may be transitory and are, therefore, not signs of a clinical situation. It is important to know how to recognise elements which indicate a pathological structuring “in fieri”. These are not always noticed at an early stage, particularly in the family environment. The need for appropriate educative intervention will be highlighted through three cases observed, with a view to prevention of stable pathological evolutions.

Keywords: PRE-ADOLESCENCE, PREVENTION, EDUCATIVE INTERVENTION

I. Introduzione

La letteratura si orienta oggi all'individuazione di un periodo “preadolescenziale” separato rispetto a quelli contigui. Sia l'osservazione clinica sia l'esperienza pedagogica fanno ritenere che la preadolescenza vada considerata come una fase dello sviluppo specifica [12] collocabile tra i 10 e i 14 anni circa. Avvengono in questa fascia d'età i fenomeni puberali [9] che condizionano trasformazioni imponenti dal punto di vista fisico. Caratteristica del periodo, anche se contiene una contraddizione di termini, è la transitorietà delle trasformazioni in atto, che sono intese come “migrazioni” rispetto alle condizioni di stabilità precedenti, riguardanti il corpo, i rapporti sociali, l'assetto cognitivo, l'identità.

Oggi la crescita somatica è più precoce che in passato e rientra per lo più nel periodo considerato. Non va tuttavia identificata la preadolescenza con la pubertà, perché le trasformazioni sono più ampie e riguardano aspetti della personalità

meno evidenti ma non meno importanti. Il preadolescente ha attitudini e modi d'essere che lo distinguono anche sul piano delle dinamiche psichiche e su quello relazionale [1] e rendono difficile ma opportuna una valutazione mirata dei suoi comportamenti, nei quali distinguere fisiologia e disadattamento [18].

La preadolescenza non è riferibile solo alle trasformazioni fisiche. Le stesse sollecitazioni che derivano dalle modificazioni del corpo inserite in un programma biologico, sono alla base di importanti cambiamenti cognitivi, affettivo-relazionali e dell'identità, attraverso il variare delle identificazioni. Nel corso della preadolescenza si registra un'accelerazione dei mutamenti, dopo la relativa stabilità della "latenza" nella fanciullezza. Utilizzo questo termine ripreso dalla Psicoanalisi perché è entrato nell'uso: si riferisce al periodo che va dal declino della sessualità infantile all'inizio della pubertà [16], nel quale le funzioni dell'Io hanno stabilito per lo più compensi efficienti e prevalgono quindi sui moti pulsionali.

Si ritiene che i cattivi scolari, i bambini instabili, asociali, turbolenti, aggressivi, esprimano nelle varie forme del comportamento il mancato superamento del sentimento di inferiorità originario, che ostacola le compensazioni a causa dello scoraggiamento [3, 5]. Nell'ottica adleriana questo è il meccanismo che, formulato da altri autori in termini d'ostacoli all'elaborazione edipica, sta alla base di disturbi di sviluppo che porteranno a formare la schiera degli adolescenti votati a molteplici fallimenti [21].

Gli autori di ambito psicodinamico sottolineano il continuum dello sviluppo tra fanciullezza e preadolescenza, affermando che gli scompensi in preadolescenza sono spesso le conseguenze di conflitti bambino-famiglia [15], di errori educativi [4], o di esperienze di vita come delusioni, traumi sessuali precoci [14], ogni altro evento che alteri l'organizzazione della personalità ed i suoi sistemi difensivi. Adler fu un anticipatore nel sottolineare come certi disadattamenti in fase puberale non rappresentino un cambiamento, ma un estrinsecarsi di problemi preesistenti, dovuto alla nuova situazione [3].

Nella preadolescenza si attualizza la lotta contro gli straripamenti pulsionali legati alla problematica sessuale e alle minacce rappresentate dalla trasformazione corporea. La crisi puberale si verifica più precocemente nelle ragazze che nei maschi; essa si manifesta con un insieme di trasformazioni biologiche, corporee, psichiche che aprono un periodo di crisi. Tra le manifestazioni di crisi si può verificare la rimessa in questione dell'identità sessuale, con conflittualità profonde circa le antinomie maschile/femminile, passività/attività, riconducibili alla compresenza di polarità che solo la cultura rende antitetico, come già Adler aveva evidenziato, parlando invece d'ermafroditismo psichico [2].

Anche la messa in discussione delle certezze consolidate nella fanciullezza e resa possibile e fisiologica dalle nuove capacità cognitive genera insicurezza. In que-

sta fase il sostegno e l'accettazione da parte dell'ambiente possono essere determinanti per un'evoluzione positiva della crisi. Può essere invece fonte di insicurezza insormontabile per il preadolescente la percezione del suo cambiamento fisico e di ruolo, come pure il conflitto tra autonomia e dipendenza, quando la attribuzione di responsabilità da parte dell'ambiente è vissuta come prematura e non tollerabile. Altre volte all'opposto, è il desiderio di autonomia non ben gestito, se gli adulti ostacolano di fatto il distacco scoraggiando e sottolineando l'inferiorità [3]. Sono presenti tendenze inconscie ambivalenti non risolte: il preadolescente manifesta atteggiamenti contraddittori [19], che sono l'espressione delle spinte evolutive da un lato e regressive dall'altro sia nel suo comportamento spontaneo, sia ancor più in corso di un trattamento terapeutico intrapreso perché si è già manifestato un disagio. Il risveglio puberale delle pulsioni attiva, infatti, anche sentimenti d'angoscia, con timori di "scompaginamento" del sé che sta nascendo dall'abbandono dell'identità infantile [20].

La crisi della famiglia negli anni recenti ha aumentato il numero di ragazzi in stato di sofferenza e disadattamento, come è sottolineato da una vasta letteratura: nelle famiglie divise o monoparentali l'incidenza di comportamenti antisociali e di evoluzioni patologiche è più alta [8, 10, 11]. In queste famiglie le tensioni intrapsichiche sono meno facilmente smaltite: le richieste dell'ambiente o viceversa la mancanza di sostegno sono generalmente più evidenti e non consentono il permanere in quelle condizioni, talora necessarie alla crescita, dette moratoria [13] o bonaccia [23].

Le sindromi neurotiche, fobiche e isteriche sono sintomi, agiti attraverso il corpo, del disadattamento rispetto al cambiamento. L'insorgenza di una sindrome ossessiva può segnalare il tentativo di mantenere il controllo, da parte di personalità già più strutturate, inclini ai sensi di colpa [17]. Molti esempi clinici confermano problematiche di questo tipo: alcuni preadolescenti accusano sintomi palesemente regressivi come tics, enuresi, encopresi, pur affermando di "non essere più bambini" e rivendicando in modo anche fortemente oppositivo una maggiore libertà di azione e insofferenza al controllo. Di solito situazioni conflittuali di questo tipo sono slatentizzate da eventi che acquistano il significato di causa scatenante: la nascita di un fratello, la separazione dei genitori, eventi che cambiano l'assetto familiare e quindi i rapporti ed i ruoli. Anche situazioni scatenanti meno clamorose sono talora sul singolo di notevole impatto, dato il periodo di vulnerabilità che l'individuo attraversa.

Nei sintomi nevrotici si possono, per il significato simbolico che viene loro riconosciuto, leggere non di rado gli elementi psicodinamici che vi sono sottesi, come il desiderio inconscio di tornare ad un periodo vissuto come più felice, di prendere il posto di un fratello neonato, o di identificarsi con un modello, soggettivamente importante ma disfunzionale come è il leader di un gruppo deviante. Altre

volte il sintomo nevrotico è imitativo di comportamenti patologici presenti in qualche figura dell'ambiente. Come notato da Bergeret [7] la possibilità di manifestare una sindrome neurotica in età evolutiva indica una strutturazione relativamente "normale" della personalità anche se presenta nodi irrisolti di conflittualità. Analogamente Adler sottolinea che il bambino attraverso i sintomi nevrotici mette in atto una condotta "intelligente" in quanto dotata di un finalismo, pur se, in questo caso, mirante a una ipercompensazione, alla meta fittizia [2, 3].

In una fase di modificazioni così estese e transitorie, non è ancora corretto parlare di stallo dello sviluppo né di crollo psicotico. Queste sono situazioni cliniche diagnosticabili in adolescenza, anzi verso il termine di essa, quando la personalità va verso l'acquisizione di maggiore stabilità, e diventano per contro distinguibili eventuali aspetti sia di labilità borderline sia apertamente regressivi.

II. *Contributo personale: casi clinici*

Nel periodo preadolescenziale si può considerare particolarmente delicata la distinzione fra normalità e patologia, fra crisi passeggera e disturbi di rilevanza clinica. Come, e a maggior ragione che nell'adolescenza, la transizione in atto comporta cautela nella diagnosi. Né l'osservazione né la psicodiagnosi devono condurre ad un etichettamento che rischia di cristallizzare, attraverso una sorta di "previsione che si autoavvera", il comportamento.

Molte volte nell'esperienza clinica di chi scrive si è assistito a errori di giudizio nella valutazione del preadolescente, da parte degli adulti coinvolti: i motivi per i quali il ragazzo è stato condotto alla consultazione non presupponevano un disturbo, ma semplici forme di disagio transitorio, magari alimentato proprio nella relazione con gli educatori, in casa o a scuola. Situazioni più serie sotto il profilo psicopatologico non sempre sono, d'altra parte, percepite correttamente e, talora, sono sottovalutate. La riflessione è quindi opportuna per far crescere una cultura che sappia interpretare correttamente i vari casi, tenendo conto che la prevenzione è in quest'età largamente possibile e rappresenta anzi la finalità prevalente degli interventi.

Per appoggiare tale assunto sono riportati alcuni esempi, di cui si riferisce qualche breve notizia anamnestico-clinica. Inoltre nella tabella sono presentati i risultati dei test di Rorschach. Non si è ritenuto necessario fornire la lettura completa dei singoli protocolli, ma solo mettere in evidenza gli elementi utili per il discorso in oggetto.

Caso 1°

Ragazza di 13 anni. Ha una sorella di un anno, che ha accolto con una certa indifferenza apparente, cercando di svalutarla e di occuparsene il meno possibile. In

rapido collegamento temporale alla sua nascita, la paziente ha cominciato a presentare un tic costituito da un verso, come un singhiozzo prolungato, suggestivamente somigliante al vagito di un neonato. Nonostante questo sintomo, che si presenta in ogni ambiente, ma pare più frequente a casa, la ragazza manifesta interessi consoni all'età, anzi sembra persino più grande: molto curata nel vestire, si trucca, assume atteggiamenti di sfida se i genitori pongono limiti al suo desiderio di uscire coi coetanei; vuole andare in discoteca (di pomeriggio, per ora!), è intollerante nei confronti di ogni proposta che non sia in linea con la sua appartenenza di gruppo (andare in montagna coi suoi, aiutare in casa, eccetera).

Il trattamento psicologico si è svolto per circa un anno, con andamento discontinuo perché la ragazza non era del tutto collaborativa. Passava da atteggiamenti quasi seduttivi, evidentemente finalizzati ad ottenere appoggio nelle sue rivendicazioni presso i genitori, a momenti di opposizione aperta, o di svalutazione del percorso «tanto per quello che serve...!». Si è individuata una carenza educativa nello stile parentale: entrambi i genitori, persone sinceramente attaccate alla figlia ma culturalmente poco attrezzate, non riuscivano a proporre valori in alternativa a quelli conformistici del gruppo (l'apparenza, gli abiti firmati, etc.); le uniche indicazioni erano aiutare in casa, andare a trovare i nonni, trascorrere la domenica in campagna con loro, occuparsi della sorellina, non appetibili rispetto al fascino esercitato dai nuovi comportamenti di gruppo vissuti come alternativi e trasgressivi (le prime sigarette, la discoteca). Le potenzialità intellettive presenti, anche se funzionanti più per adattamento conformistico che con modalità creative, non erano alimentate e gli investimenti anziché dirigersi verso oggetti nuovi, ripiegavano sul narcisismo (la cura esagerata per la propria persona) e la regressione (la ricerca di attenzione mediante il tic che mimava un vagito).

In questo caso appare particolarmente evidente la contrapposizione tra desiderio di essere grande e timore di perdere i vantaggi di essere piccola, probabilmente alimentato dalla nascita della sorellina e da un cambiamento del proprio ruolo all'interno della famiglia. Una richiesta di responsabilità verso la neonata ha fatto sentire gli svantaggi della crescita, non compensati da un'approvazione della nuova immagine corporea e del nuovo ruolo sociale di precoce adolescente. La discrepanza vistosa tra aspetto fisico, desiderio di sperimentare alcune libertà come la discoteca e la frequentazione di un gruppo misto da un lato e immaturità affettiva dall'altro si è manifestata attraverso la patologia che esprime il versante regressivo mentre l'atteggiamento di sfida verso gli adulti difende l'immagine di "grande" che consciamente il soggetto vuole dare di sé.

Il test di Rorschach ha messo in luce una limitata dotazione, la cui efficienza si basa sulla accentuazione di aspetti di precisione, anche ossessiva (F+, A%, per-sev.), che corrispondono all'adeguamento alla "cultura del gruppo", mentre le capacità creative e critiche sono particolarmente deboli (nessuna K). L'identità,

per una serie di risposte “animale”, piuttosto stereotipate alle varie tavole (“rana” “insetto”) si presenta ancora legata a vissuti infantili.

Caso 2°

Ragazza di 13 anni, secondogenita di due figlie. Frequenta la 3° media. È condotta all’osservazione dalla madre, su sollecitazione degli insegnanti, a causa del cattivo rendimento scolastico. Non porta soggettivi elementi di sofferenza al colloquio. Si presenta ordinata e collaborativa, con aspetto fisico curato, abbigliamento appropriato benché semplice, non particolarmente alla moda. I genitori provengono da un contesto socio-economico modesto e, anche dal punto di vista culturale, la famiglia non è molto evoluta, per quanto sia inserita in modo soddisfacente nel proprio contesto sociale. Si può ricostruire che il rendimento scolastico della ragazza fin dalle elementari non è mai stato buono. Si è sempre attribuito ciò a “poca voglia di studiare” ma la docilità del comportamento non aveva fatto sospettare alla famiglia problemi.

Recentemente, sulla scorta dell’imitazione delle compagne di scuola più mature, la ragazzina ha cominciato a manifestare insofferenza per la disciplina familiare, come i richiami a studiare o a sbrigare faccende domestiche, e le limitazioni nelle uscite. Vorrebbe godere di maggiore libertà, che i suoi non sono disposti a concederle. Ne vengono fuori discussioni anche accese, nelle quali la ragazza manifesta intemperanze verbali, non tollerate in quanto l’aspetto fisico già da grande (la ragazza è mestrata e ben sviluppata) fa ritenere ai suoi che “dovrebbe capire e non fare i capricci come i bambini.” La conflittualità con l’ambiente appare sostenuta da un giudizio poco obiettivo da parte degli adulti che non hanno capito come lo scarso rendimento sia legato ad una sottodotazione intellettuale che si sta rivelando con maggiore evidenza nel momento in cui si accentuano le richieste della scuola e il gruppo dei coetanei sta compiendo lo scatto verso il pensiero formale. L’immaturità, sostenuta dal livello basso, porta la ragazzina a trovare in coetanee più evolute modelli da imitare, peraltro in accordo col momento evolutivo. Le rivendicazioni di un cambiamento nello *stile di vita*, verso una maggiore autonomia non sono comprese né accettate, per quanto fisiologiche, e sostengono comportamenti talora incoerenti e poco adeguati che aumentano le occasioni di conflitto.

Si è qui operato in due direzioni: da un lato attraverso un sostegno alla ragazza per rinforzare l’immagine di sé, che era di scarsa competenza, con desiderio di disimpegno dalle difficoltà (come lo studio). La percezione di sé come donna, fisicamente cresciuta e attraente, non doveva essere messa in discussione perché era anzi l’aspetto di maggiore adattamento su cui fondare la ricostruzione del suo *stile di vita*. L’orientamento scolastico verso una scelta praticabile (come una scuola professionale) diventava essenziale per trovare una linea realizzativa, onde

allargare la fiducia in sé ad altri elementi che non fossero solo legati al corpo. La famiglia era d'altra parte aiutata ad accettare il passaggio verso la autonomizzazione, che doveva essere vista come responsabilizzazione, quindi positiva, invece che come trasgressione da sanzionare.

Dal test di Rorschach emerge la sottodotazione, che comporta non solo lo scarso rendimento cognitivo, ma una rilevante carenza di controllo dell'affettività (CF – C). Pur essendo il nucleo del sé costituito, l'identità non è raggiunta (Tav. III), come pure manca l'identificazione alla figura materna. Anche in questo caso, il tentativo di mantenere un controllo sulla realtà è affidato a vistosi meccanismi ossessivi (persev.).

Caso 3°

Ragazzo di 13 anni, figlio unico. Ha frequentato le scuole con profitto. Giunge all'osservazione su richiesta del padre che, volendo indirizzarlo agli studi liceali, chiede una consulenza sulle attitudini. Il ragazzo si presenta collaborativo ma timido nel rapportarsi agli adulti. Dal colloquio emerge una scarsa socializzazione tra i coetanei, sia nell'ambiente scolastico che fuori; risulta che sia stato educato in un clima di iperprotezione, con genitori ansiosi che hanno limitato le iniziative di autonomizzazione. Oggi, rispetto ai compagni egli si trova in una posizione di inferiorità, confrontandosi con la loro maggiore emancipazione, e ne soffre. In famiglia non sembra esserci percezione adeguata di questo disagio, attribuito a generica "timidezza". Emerge quindi, dall'osservazione, che mentre sul piano cognitivo il ragazzo non presenta difficoltà (il Q.I. è risultato al test WISC 114), sono presenti problemi affettivo-relazionali che ostacolano la rielaborazione dell'identità. I vissuti di inadeguatezza trovano corrispondenza in evidenti problemi di identità al test di Rorschach, nella risposta contaminata alla tav. IV "paterna" ("una specie di albero con rami strani come grossi piedi") e devitalizzata alla tav. VI sessuale ("specie di insetto che è stato schiacciato, esce sangue... ali spezzate"). Analoghi fenomeni alle tavole femminili. L'identità alla III tavola non è corretta ("donne") e il contenuto denuncia una tendenza alla passività ("piegate in avanti") che ben si accorda con la scarsa fiducia in sé, nonostante un livello di dotazione discreto (K – FK). L'im maturità è però tanto pronunciata da compromettere la resa (F+% basso, contam.).

Questo caso, di cui si hanno notizie meno approfondite in quanto l'osservazione è stata breve e solo finalizzata all'inquadramento diagnostico, è stato presentato per l'indubbio interesse che riveste, data la disparità nella percezione dei problemi da parte dell'ambiente, nel vissuto del ragazzo, e nella psicodiagnosi. Rappresenta uno degli esempi di come a questa età i reali problemi possano essere sottovalutati o percepiti in modo non obiettivo, con conseguenti rischi per la salute mentale nell'adulto.

Tabella: riassunti numerici dei test di Rorschach*

	<i>caso 1°</i>	<i>caso 2°</i>	<i>caso 3°</i>
T	5	5	13
R	17	10	14
G	12	10	7
D	5	-	6
Dbl Do Dd	(1)	(5)	(3)
K	-	-	2
FK	-	-	1
k	-	-	1
F%	88	40	57
F+%	83	50	62
FC	-	-	1
CF	1	4	-
C	-	1	-
FE	-	1	-
EF	1	1	1(+2)
TRI	0/1	0/5.5	2/0.5
TRI II	0/1	0/1.5	2/1
Ban	4	3	5
A%	82	30	43
H%	5	0	14
Tav.III	D F+ no Ban	G CF nat no Ban	Ban
V	Ban	Ban	Ban contam.
VI	Ban	Ban	G EF A dévít mutil
VII	G EF ombra no Ban	G EF nat no Ban	G F- A dévít mutil
IX	G F- A persev.	Dbl CF nat	G k ogg.
IV	G F+ A persev.	G F- nat	G F+ Bot contam
fenomeni particolari	persev 6 dévít 1	persev 5 dévít 1	contam 3 dévít 3 mutil. 1

*Nel testo sono commentati solo i dati ritenuti specificamente inerenti al discorso in oggetto. [N.d.A.]

III. Considerazioni

Il momento della diagnosi, anche testologica, assume importanza come elemento che concorre dinamicamente a costruire esperienze di sé e di relazione [6] e risulta quindi di particolare delicatezza. Spesso non c'è corrispondenza fra vissuto soggettivo di sofferenza e obiettività clinica, e tra clinica e struttura. Si tratta di un'età in cui la transizione tra fanciullezza e maturazione si compie in modo eterocronico, non facilmente prevedibile nel suo andamento e nei suoi esiti. Le intemperanze comportamentali, improntate all'azione spesso senza riflessione, né autocontrollo, fanno considerare dall'ambiente come disturbi, quelle che rientrano invece in condotte largamente frequenti e da considerare fisiologiche per l'età (come ad esempio taluni aspetti oppositivi o impulsivi dei casi 1° e 2°). Un eccesso di autocontrollo può essere sintomo di inibizione e di un'immaturità profonda, di ben maggiore rilievo psicopatologico, come si è osservato nel 3° caso in modo quasi fortuito, data la mancata percezione del disagio da parte dell'ambiente che aveva chiesto la consultazione per un orientamento all'indirizzo scolastico.

L'evidenza della sintomatologia clinica nel caso 1° risulta dal conflitto tra tendenze contrastanti, tipiche nel periodo preadolescenziale, nel quale la eterocronia tra aspetti diversi dello sviluppo come la crescita corporea, la maturazione cognitiva, l'affettività, l'identità, è massima. La trasformazione è discontinua ed avviene attraverso continue progressioni e regressioni. Gli affetti infantili, specie quelli per i genitori, sono caratterizzati da forte dipendenza che è di ostacolo alla definizione dell'identità. Il rifluire del passato nel presente è una delle caratteristiche delle difficoltà evolutive, ma è anche l'opportunità di una rielaborazione risolutiva delle antiche situazioni [22]. È importante poter distinguere una sofferenza connessa prevalentemente alla crisi evolutiva in atto da quella che affonda le radici in una struttura patologica costituitasi nel passato. Casi clinici di questo tipo rappresentano una minoranza e potrebbero avere già dato qualche segnale nelle età precedenti, mentre sono assai più frequenti le situazioni di crisi legate ai cambiamenti in atto e pertanto da considerare fisiologiche nel periodo considerato. I tre soggetti presentati hanno una dotazione di partenza differente e diverso contesto educativo.

Il caso 1° presenta una sintomatologia clinica clamorosa: il verso acuto, ad alta voce, che il soggetto emette, con varia intensità e frequenza ma in qualsiasi contesto ambientale, la fa etichettare come "malata". Ciononostante la ragazzina percepisce se stessa come dotata e competente, riconosce di avere qualche problema ma non lo drammatizza, mostrando piuttosto un disagio per il divario tra le sue aspirazioni d'autonomia e i limiti imposti. Il livello culturale familiare è modesto, nonostante le ambizioni di promozione sociale, e non offre stimoli verso una definizione di obiettivi personali più impegnativi, aderenti a quelli proposti dalla

scuola. La carenza di valori univoci e chiari conduce la ragazzina al rifiuto dei limiti imposti e a costruirsi dei valori basati solo sulla cultura di gruppo. Nello stesso tempo, il sintomo è funzionale ad esonerarla dai compiti che apparentemente non vuole, ma fondamentalmente non sa, assumersi, come le responsabilità nello studio, o nell'aiutare in casa (la gelosia verso la sorellina è una delle componenti nella scelta inconscia del tipo di sintomo).

Il caso 2° vive in un ambiente culturalmente poco evoluto, con richieste non troppo impegnative, che, data la bassa dotazione possono favorire l'adattamento. Il conflitto è, in questo caso sorto su problemi di comportamento tipici dell'età (le uscite, le amicizie) e non corrisponde ad una situazione psicopatologica; può pertanto essere affrontato e risolto con un approccio pedagogico.

Il caso 3°, la cui dotazione è discreta, vive in un ambiente più stimolante, che si aspetta però da lui una riuscita brillante. Il divario tra risorse e richiesta ha accentuato l'insicurezza e l'inibizione, come si vede da un rendimento cognitivo (F+%) assai poco soddisfacente e dalla coartazione affettiva (TRI) che ostacola l'adattamento al mondo esterno. Questo caso quindi, nonostante la mancata percezione da parte degli altri di un problema, presenta una crisi evolutiva che si è già tradotta in sofferenza soggettiva (la timidezza, l'isolamento dai coetanei) e può condurre a sviluppo patologico.

Nei tre casi presentati emerge in modo netto la necessità di un intervento educativo, sia da parte della famiglia che della scuola, coerente, saldo e nello stesso tempo aperto e flessibile: il preadolescente non ha ancora raggiunto quella capacità di costruirsi dei valori e di riflettere criticamente sulla realtà, che è premezza per l'autonomia. Tuttavia senza una progressiva responsabilizzazione non può progredire. Gli adulti sono pertanto un punto di riferimento importanti [1].

Interpretare in chiave di patologia ciò che è manifestazione di immaturità conferma nel ragazzo una immagine di sé svalutata e protrae un comportamento che, ricondotto invece all'ambito della transitorietà e della modificabilità, è più facilmente superabile. La scelta dell'intervento terapeutico deve quindi essere attenta, prudente, tempestiva ma non precipitosa. In primo piano va messo l'approccio pedagogico, che a livello del profondo ha una valenza strutturante oltre che correttiva. L'appoggio da parte degli adulti e l'imposizione di limiti sono quindi indicati, ma devono variare a seconda del momento evolutivo, accompagnando la crescita e assecondando le competenze che man mano si sviluppano. Queste danno luogo a richieste, che talvolta l'ambiente considera eccessive. Il soggetto sente di essere in crescita e sperimenta in tal modo qualità ed entità dei cambiamenti. Questi vanno accolti con prudenza, valutandoli in base alle risorse della persona, ben sapendo che la transitorietà della situazione renderà continuamente

te superate le posizioni raggiunte e richiederà modifiche nella relazione. Così si trasmette un messaggio d'incoraggiamento e si contribuisce alla formazione della nuova immagine di sé che il ragazzo sta cercando di costruire.

Bibliografia

1. ABIGNENTE, G., DINACCI, A. (1990), *Identikit del preadolescente*, Liguori, Napoli.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. ADLER, A. (1929), *Individualpsychologie in der Schule*, tr. it. *La Psicologia Individuale nella scuola*, Newton Compton, Roma 1979.
4. ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwereziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1976.
5. ADLER, A. (1930), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1975.
6. ALIPRANDI, M. T., PELANDA, E., SENISE, T. (1990), *Psicoterapia breve di individuazione*, Feltrinelli, Milano.
7. BERGERET, J. (1974), *La personnalité normale et pathologique: les structures mentales, le caractère, les symptômes* tr. it. *La personalità normale e patologica*, Cortina, Milano, 1984.
8. BILLER, H. (1974), *Paternal Deprivation: Family, School, Sexuality and Society*, tr. it. *La deprivazione paterna*, Il pensiero scientifico, Roma, 1978.
9. BRUTTI, C. R. (a cura di, 1997), Pubertà e preadolescenza, *Quaderni di psicoterapia infantile*, 35, Borla, Roma.
10. CHIOSSO, G. (1994), La ricerca di senso nell'adolescenza, in FULCHERI, M., MONACO, F. (a cura di), *Momenti critici dell'esistenza: l'adolescenza, il tempo del lavoro, l'invecchiamento*, Libreria Cortina, Torino.
11. CHIOSSO, G., TORTELLO, M. (a cura di, 1997), *La famiglia difficile*, Utet, Torino.
12. DE PIERI, S., TONOLO, G. (1990), *Preadolescenza. Le crescite nascoste*, Armando, Roma.
13. ERIKSON, E. H. (1968), *Adolescence et crise. La quête de l'identité*, Flammarion, Paris.
14. FAIN, M., KREISLER L., SOULE, M. (1978), *L'enfant et son corps*, Puf, Paris.
15. FONTANA, U. (1990), Con i difficili a scuola, in DE PIERI, S., TONOLO, G. (a cura di), *Preadolescenza. Le crescite nascoste*, Armando, Roma: 306-314.
16. LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, tr. it. *Enciclopedia della psicanalisi*, Laterza, Bari 1968.
17. MÁLE, P. (1980), *Psychothérapie de l'adolescent*, tr. it. *Psicoterapia dell'adolescente*, Cortina, Milano 1982.
18. MAROCCO, MUTTINI C. (1995), L'uso dei tests nella diagnosi delle patologie dell'adolescenza, in GRANDI, L. (a cura di), *La psicodiagnosi*, Libreria Cortina, Torino: 89-96.

19. MAROCCO MUTTINI, C. (2001), La preadolescenza, *Scuola e didattica*, 6: 49-64.
20. RINALDI, R. (1997), Il trattamento psicoanalitico di un grave disturbo ticcoso in età puberale, in BRUTTI C. R. (a cura di), *Pubertà e preadolescenza*, Borla, Roma: 81-92.
21. SACCO, F. (1997), Destino dell'encopresi nella pubertà, in BRUTTI, C. R. (a cura di), *Pubertà e preadolescenza*, Borla, Roma: 43-59.
22. SENISE, T. (a cura di, 1989), *L'adolescente come paziente*, Angeli, Roma.
23. WINNICOTT, D. W. (1965), *The Family and Individual Development*, tr. it. *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, Armando, Roma 1968.

Chiara Marocco Muttini
Via Giordana, 5
I-10100 Torino

Dall'avventura alla sventura. Tempo e depressione

SILVIA PAGANI

Summary – FROM ADVENTURE TO MISFORTUNE. TIME AND DEPRESSION. The subjective perception of time is essential to understanding depression. On one hand, time could be considered as a language used by the individual to narrate his way of entering into contact with the world, life and change. On the other, depression is connected to an experience of real or affective loss, that conditions individual perception and representation of time, creating the fiction of misfortune in the mind of the depressed person. I will use these assumptions to show what time tells us about depression.

Keywords: TIME, DEPRESSION, LOST

I. *Il tempo come linguaggio*

Tempo e depressione. I due termini sono strettamente collegati. Quando si pensa alla depressione, infatti, emerge immediatamente l'immagine di una persona che, come un albero, è tenacemente radicata nel terreno del passato.

Ma che cos'è il tempo? Non è né una *realtà oggettiva e assoluta, né una cosa*. Ogni cultura, ma anche ogni *individuo*, ha una percezione propria, particolare del tempo. Non solo, la stessa persona può vivere la temporalità in modo diverso in momenti differenti della vita, se non della giornata. La non univocità del modo in cui pensiamo e viviamo il tempo ha portato la filosofia a elaborare la tesi del tempo come "costruzione simbolica", come una delle dimensioni organizzatrici dell'esperienza umana. *In altre parole, la mente crea il tempo soggettivo, ma a sua volta il tempo ordina la mente.*

Noi ordiniamo le nostre esperienze di vita attorno a particolari ritmi temporali e ne definiamo la struttura d'ordine, la velocità, la direzione, cioè ne costruiamo

forma e senso. In termini adleriani il *tempo soggettivo* è dunque una *finzione*. Ciò non significa che non ci sia una generale e generica percezione di temporalità esterna, dettata dai cicli del cosmo e dell'organismo, ma che l'esperienza temporale più significativa per la nostra esistenza sia interna, soggettiva.

Sergio Moravia è andato ancora più in là e ha definito il tempo un linguaggio: «Il tempo appare, in effetti, il modo in cui gli uomini *dicono* la loro esperienza secondo un certo ordine. Senza il tempo, se ci si pensa bene, non c'è discorso umano, o discorso *tra* uomini» (16, p. 208). Per parlare degli eventi, delle sensazioni, delle emozioni, delle esperienze, ma anche dei pensieri della nostra quotidianità o della nostra vita nella sua complessità abbiamo bisogno di collocarli in un tempo: “Ho pensato...”, “Sento...”, “Forse accadrà...”, “È successo...”, “In questo momento...”, “Allora...”, “Chissà se...”, “Spero che...”, “Sarà sempre...”, “Non starò mai...”*

Attraverso le “parole del tempo” noi riusciamo a comunicare a noi stessi e agli altri aspetti fondamentali del nostro essere, in particolare del nostro essere nel mondo. Il tempo diventa dunque una delle espressioni del linguaggio della mente. È significativo a questo proposito come molte delle espressioni più importanti della creatività umana parlino del tempo: *Essere e tempo* di Martin Heidegger, *Nel corso del tempo* di Wim Wenders, *Alla ricerca del tempo perduto* di Marcel Proust.

Ma se il tempo è un linguaggio, di che cosa parla? Sempre seguendo Moravia, il tempo parla dell'uomo. «Parla dell'uomo e del suo molteplice rapportarsi alle cose e agli eventi, a se stesso e agli altri uomini, alla vita e al suo divenire, al problema del “da dove” e del “verso dove” [...] e perché» (*Ibid.*, p. 209). Direi di più. Il tempo parla del singolo, di quella persona unica e indivisibile, del *suo* modo *soggettivo* di relazionarsi con il mondo delle cose e degli uomini, con se stesso, con la vita, con il divenire e la pro-gettazione. Con il problema di dare il *suo* senso, il significato e la direzione, al percorso della sua vita che parte dalla domanda “da dove vengo?” e arriva alla domanda “verso dove vado?” attraverso il “perché”. Ma anche con il problema di dare il suo senso al *suo* non essere, «sia al non-essere come semplicemente *ciò-che-non-è-più* o come *ciò-che-non-è-ancora*; sia al non-essere come insieme delle invisibili potenzialità che sembrano pulsare nell'esistente, pronte a liberarsi e a svilupparsi trasformando l'esistente medesimo; sia, almeno in certi casi, al non-essere sotto forma di *ulteriorità* o di *alterità assoluta*» (*Ivi*).

* Vorrei sottolineare come il *verbo* con tutte le sue possibili *coniugazioni temporali* sia l'elemento imprescindibile della struttura grammaticale del nostro linguaggio. Senza verbi non si raccontano storie. [N. d. A.]

Moravia per "alterità" intende l'essere non ancora immaginabile, ma possibile, che potrà *ad-venire*. Penso, tuttavia, che si possa dare anche un significato ulteriore, complementare. È quello dell'*alterità* intesa come *l'essere altro da te*, distinto e anche differente, attraverso cui incontrare i propri limiti, i propri confini, le proprie inferiorità, ma anche le proprie possibilità. Infatti, non si può essere *altro* se non s'incontra l'Altro, anche *scontrandosi* con lui. È il problema *dell'essere*, del *non essere* e del *divenire*, ponte tra il secondo e il primo, che Alfred Adler ha capito così profondamente quando parla di sentimento soggettivo d'inferiorità e di dinamismo finalista. E ancora è il rapporto tra il tempo e la mente che Adler sottolinea quando intuisce che la mente è un fenomeno temporale, paradossalmente lo spazio per il tempo, *il luogo di convergenza tra passato e presente e futuro* [1] in un continuo movimento trasformativo, che cambia l'essere, ma anche il non essere e le modalità del divenire.

II. Il tempo nella depressione: dalla parte della sventura

Comincerò con due rappresentazioni. La prima è quella di Glen Gabbard che descrive i soggetti con una "personalità depressiva" come individui affetti da *cronici* sentimenti di colpa e d'impotenza, con un'autostima *costantemente* bassa, la tendenza all'autopunizione, all'ipercritica e alla rinuncia, una modalità relazionale di tipo dipendente accompagnata da sentimenti di disperazione per la convinzione che le cose *non cambieranno mai* [12].

La seconda è quella dell'Associazione degli psichiatri americani, che nel DSM IV [4] presenta, come manifestazioni associate al Disturbo Distimico e all'Episodio Depressivo Maggiore, profondi sentimenti di inadeguatezza, una *perdita* generale di interesse o di piacere, ritiro sociale e sentimenti di colpa o ruminazioni sul *passato*, sentimenti soggettivi di irritabilità o rabbia eccessiva e riduzione di attività, efficienza o produttività. In queste due descrizioni molte sono le "parole" che indicano, direttamente o indirettamente, significati temporali: "cronici", "costantemente", "mai" associato al futuro, "perdita", "passato". La percezione soggettiva del tempo sembra essere dunque un elemento essenziale nei vissuti depressivi. Questa è anche la convinzione della psichiatria fenomenologica che ha mostrato come nella frammentazione della continuità e dell'unitarietà del tempo nelle sue declinazioni statiche di *passato* isolato dal *presente* e ancor di più dal *futuro*, si possano individuare «l'essenza e il senso ultimo delle esperienze depressive» (7, p. 170).

Nella depressione, la rappresentazione del divenire, nel senso di *pro-gettazione* verso il futuro sembra inaridirsi, fino a prosciugare l'immagine dell'avvenire. Detto con il linguaggio poetico di Eugenio Borgna «l'orizzonte del passato risucchia ogni altro orizzonte temporale: il sentiero che si apre al futuro è sbarrato

nella dissoluzione della speranza, di ogni speranza» (*Ibid.*, p. 171). Ciò che resta, in superficie, è l'esclusiva rappresentazione del passato, invasiva e totalizzante, *onni-comprendiva* e *onni-potente*, e come tale *immobile e imm modificabile* come roccia: la discontinuità, la frattura, la separazione dal fluire lineare del tempo, ma anche l'isolamento dal mondo, dagli Altri, dal Sé creativo-protensivo, rappresentazione di quegli aspetti del Sé che portano a esplorare la realtà, a immaginare, a simbolizzare e a progettare "sempre-e-di nuovo" [8], in modo avventuroso, la propria esistenza.

È interessante notare come la rappresentazione del tempo fermo, chiuso, si coniughi spesso con l'immagine della solitudine, di uno spazio vuoto o stretto, impossibile da riempire, dove l'individuo si sente e si trova isolato, impotente a muoversi verso l'Altro o a incoraggiare il moto dell'Altro verso di sé. Questo legame tra *tempo, spazio e relazione* è particolarmente presente nella psichiatria individualpsicologica che sottolinea l'isolamento, la sfiducia del depresso in se stesso e nel mondo [23] e la rinuncia a progettare.

«L'astensionismo [...] scandisce una carenza d'azione, un appiattimento del pensiero e un ottundimento motorio, che connotano il correre del tempo con una simbologia di vuoto e desolazione» (21, p. 46). In questo *correre del tempo vuoto e desolante* sta il dramma del depresso. Un dramma costruito su uno spazio vuoto di relazioni, sulla percezione di una solitudine impossibile da riempire, che il tempo che corre inesorabilmente verso una fine desolante rende ancora più arido, «come se nulla fosse utile, come se ogni cosa dovesse finire male» (6, p. 356). Come se ci fosse solo impotenza, cui il depresso risponde con rabbia o rassegnazione. Egli è sempre in bilico tra le due, teso a sospendere il tempo o a illudersi di arrestarlo. Ma restare in questa illusione significa stare fuori dal tempo del vivere. Il progetto di vita del depresso, paradossalmente, è un *anti-progetto*: stare fuori dal tempo per rimanere al di qua del *tempo finito*, cioè del limite della finitudine umana e dunque della perdita e della morte. Il suo progetto è proteggersi da tutto ciò. Infatti, è il volto della perdita e della morte, reali o simboliche, che il depresso vede all'orizzonte e a cui tenta di sfuggire. È un volto che nella sua esistenza ha già incontrato, spesso *troppo presto* o *all'improvviso* e che è depositato come immagine indelebile al cuore del Sé, formando o deformando, a seconda delle risorse e delle possibilità del soggetto di mentalizzare, l'esperienza umana [15].

La correlazione tra depressione ed esperienze di perdita, è stata sottolineata da Sigmund Freud, che in *Lutto e melanconia* connette «la melanconia a una perdita oggettiva sottratta alla coscienza, a differenza del lutto in cui nulla di ciò che riguarda la perdita è inconscio» (11, p. 194). Anche la psichiatria individualpsicologica riconosce la validità della constatazione psicoanalitica [20, 22] e afferma che «l'avvio della depressione [...] può essere reattivo a reali situa-

zioni di perdita soprattutto affettiva. Quando le perdite si verificano durante l'infanzia, la depressione può improntare in modo duraturo lo stile di vita o giacere nella psiche come potenzialità di riserva, riattivata più tardi da fattori scatenanti» (21, p. 50).

La perdita, tuttavia, non è solo reale, ma anche «di affetto, protezione, garanzia di sicurezza» (22, p. 148). Ma sospendere il tempo nella realtà è impossibile, nella mente invece è attuabile rendendolo infinito e uno dei modi di sperimentare l'infinità è il movimento circolare, dove la fine si confonde con l'inizio. Nella depressione tutto è solo apparentemente immobile, in realtà il moto è senza sosta e senza limiti, ma invece di essere *pro-tensivo* verso qualcosa o qualcuno, è *circolare*, in continua ossessiva e schiavizzante ripetizione intorno al passato e narcisisticamente attorno al sé, per non scontrarsi con la paura, la tristezza e la rabbia. È un movimento senza direzione, non trasformativo, ma che stabilizza. Stare dentro un tempo circolare, chiuso, significa non rischiare mai di incontrare la perdita, intesa anche come la fine, il limite, la naturale inferiorità che invece il fluire lineare e aperto del tempo presuppone.

Come il tempo anche lo spazio mentale del depresso è chiuso, assorbito dal troppo pieno della memoria e dei ricordi che lasciano solo pochi spiragli di libertà all'immaginario utopico e al desiderio, pericolosamente proiettati verso il futuro. Paradossalmente nella depressione il futuro non è assente, ma fin troppo presente nella sua inesorabilità, nel suo percorso di avvicinamento alla fine. È allora da dimenticare, affogandolo nel mare della memoria, oppure da controllare, anticipandone i pericoli, o ancora da esorcizzare, affidandosi a formule magiche come: “Non accadrà mai...”, “Non ci riuscirò...”, “Sarà come sempre...”, “Non cambierà niente...”, “Non serve a niente...”. È un futuro senza immaginario, dunque senza speranza. Non è il futuro della destinazione, ancora da avvenire e divenire, è al contrario il futuro dell'immaginato, del destino già stabilito nel suo accadere, dove il tempo di vita «è un tempo senza transito [...] che si consuma senza lasciare residui» [28]. È il futuro della *s-ventura*, finzione rafforzata più rassicurante dell'*av-ventura*, immagine guida vitale, ma carica di incertezza. Dice Adler: «L'imperativo categorico della melanconia diviene: “Agisci, pensa e senti come se l'orribile destino che hai dipinto sul muro si sia già avverato o sia inevitabile”» (2, p. 221).

“Sventura” è il negativo di “ventura”, participio futuro neutro plurale del verbo latino “venire” e significa “le cose che verranno”. La ventura, dunque, si proietta nel futuro, ignoto ma portatore di speranza, di occasioni di crescita e conoscenza. Tutto può accadere, la *ventura* non è esente da rischi, ma è aperta all'immaginario fiducioso, all'incontro con il nuovo e la possibilità, che spinge verso il movimento in direzione e il tempo vissuto. La *ventura* è il “sempre-e-di nuovo” di Martin Buber che caratterizza l'esistere come incontro continuo e ogni volta

rinnovato e trasformativo con l'Altro, il mondo e la vita. «È così che ha inizio l'*avventura*, l'insieme delle azioni e dei pensieri che esplorano un ignoto ed esplorandolo cambiano il soggetto stesso di tali azioni e di tali pensieri, il cosiddetto protagonista. La difficoltà che diviene avventura prefigura la possibilità, anche remota, di un vantaggio, cioè di un cambiamento e di uno sviluppo vitale, ancorché ignoto e incerto» (24, p. 53).

Nell'*avventura* cresce l'“uomo cercante” di cui parla Robert Nozick [17], eternamente curioso perché mai concluso e consapevole della propria non autosufficienza. Nella *sventura*, invece, tutto è già accaduto e ha portato danno e dolore. Il futuro della *sventura* è dunque senza desiderio perché dominato dalla paura e dall'anticipazione in chiave pessimistica di ciò che l'avvenire potrà portare. Sempre Adler: «In ciascun caso, il sintomo o attacco del paziente significa che ha abbandonato il presente attraverso l'anticipazione, e la realtà attraverso l'empatia con il ruolo di una persona che sta già morendo» (2, p. 222).

L'ignoto perde le sue caratteristiche d'incertezza e di possibilità per trasformarsi in un noto chiuso dentro l'unica dimensione della certezza catastrofica. Da questo sconosciuto non si apprende, ci si difende. La rappresentazione di *sventura* può diventare allora rassicurante, come tutti i fondamentalismi totalizzanti. La *sventura*, infatti, è stabile, perché rimanda a qualcosa che si sa già, al contrario dell'*avventura*, che implica la capacità di tollerare le perturbazioni interne ed esterne, cioè una relativa instabilità e non conoscenza di sé e del mondo, senza le quali non c'è movimento progressivo.

Dice Adler parlando dei pessimisti-depressi: «[Essi] passano tutta la vita cercando di provare di essere colpiti dalla sfortuna e non riescono a portare a termine nulla di ciò che intraprendono. A volte sembrano compiacersi del proprio fallimento, come se questo derivasse da una forza soprannaturale [...]. Queste forme di esagerazione sono tipiche di chi si considera al centro dell'universo. [...] I pessimisti, infatti, pensano che le forze ostili trascurino gli altri per occuparsi esclusivamente di loro» (3, p. 199).

Simone Weil, partendo dalla sua esperienza personale, sostiene che la filosofia, in particolar modo, ha cercato di definire il concetto di *sventura*: «Nel campo della sofferenza, la *sventura* è una cosa a sé, specifica, irriducibile. È tutt'altra cosa che la semplice sofferenza. S'impadronisce dell'anima e le imprime in profondità un marchio suo proprio, il marchio della schiavitù» (27, p. 28). Per lei la *sventura* è la conseguenza di un avvenimento deflagrante, casualmente anonimo e indifferente, generatore di un dolore percepito come inestinguibile, che colpisce persone innocenti.

Per Weil, dunque, si ha *sventura* quando si è colpiti, senza colpa e in solitudine, dall'ingiustizia della casualità, che se inesplorata può rendere schiavi dell'in-comprensione, dell'impossibilità di trovare una ragione che spieghi il suo abbattersi. Perché ci sia sventura, nel senso dato da Weil, deve esserci anche una sofferenza "irriducibile", cioè che non scomparirà né si attenuerà, una sofferenza che non dà speranze, che diventa presenza costante della vita. Una sofferenza percepita come irrisolvibile, senza possibilità di soluzione e di ri-soluzione, che rischia di rendere schiavi del suo esistere, nel senso che paradossalmente può diventare anche una sofferenza irrinunciabile. Ma proprio per la sua irrinunciabilità il vissuto di sventura, se cristallizzato nel tempo, può trasformarsi anche in una forma di schiavizzazione dell'ambiente familiare e sociale circostante.

La *sventura*, dunque, non è solo un evento drammatico con determinate caratteristiche, ma è soprattutto una condizione psichica stazionaria e schiavizzante di paralisi del movimento propulsivo e del senso di destinazione. «Un altro effetto della sventura è quello di rendere l'anima sua complice, iniettandole a poco a poco il veleno dell'inerzia. Chiunque abbia provato la sventura abbastanza a lungo, instaura una certa complicità con essa» (*Ibid.*, p. 33). Chi entra in uno stato di sventura, se da un lato e in un primo momento si trova nella condizione passiva di subire una situazione e la schiavitù dei suoi vincoli, dall'altro mantiene attiva questa dimensione schiavizzante, stabilendo una complicità, un compiacimento, direbbe Adler, con l'inerzia come tentativo estremo di trovare stabilità e ordine, per fuggire il dolore, la paura e la rabbia o per controllarli. La *sventura* diventa allora l'unico mezzo per evitare altre tempeste del vivere e il perenne orbitare attorno al passato e al sé, è un modo per trovare scampo, per salvarsi dal *tempo rappresentato come destino*. Ma è una salvezza "fittizia". Così come è illusoria la progettualità del depresso, non assente come potrebbe apparire, ma anch'essa circolare, inerziale, tesa a proteggere al posto di esplorare, a stabilizzare invece di vivere in destinazione.

III. *Di che cosa parla il tempo nella depressione?*

Se il tempo è un linguaggio e se rappresenta il senso ultimo delle esperienze depressive, allora è necessario chiedersi: di che cosa parla il tempo nella depressione? La prima risposta generale è che il tempo narra il modo in cui la persona si relaziona con gli altri, la vita e il suo divenire, inteso anche come cambiamento. Racconta la strada già percorsa e indica la direzione verso cui sta andando. La seconda risposta più specifica è che il tempo nella depressione racconta una storia di perdita e di paura di nuove assenze. In sintesi, si può ipotizzare che il depresso venga da una perdita, reale o soggettivamente percepita, e vada verso la fuga o la sospensione dal tempo vissuto per salvarsi da altre perdite.

Egli, infatti, sembra potersi rappresentare solo due dimensioni temporali: il *passato* e il *futuro*. Il *presente* appare *assente*, quasi a sottolineare concretamente il vuoto, anche di rappresentazioni mentali, lasciato dalla Non presenza-Assenza dell'altro amato, che nell'esperienza del bambino orfano è concreta, mentre nell'esperienza del bambino maltrattato o del capro espiatorio si traduce in assenza o discontinua presenza d'affetto, comprensione, fiducia, in altre parole di *benevolenza*. Il presente vissuto è sostituito dall'*esistente*, un eterno e ripetitivo esistente, vuoto di novità e passione, che donano colore e calore al tempo dell'*esistenza*. Per la persona depressa c'è un "prima" e un "dopo", ma non un "ora". È dunque nella dialettica Presenza/Assenza che il depresso si muove, così come la memoria, struttura di senso e di comprensione fondamentale nella depressione, si costruisce tra il ricordo di un evento o di un significato e l'oblio di un altro [19]. Paradossalmente per il depresso è necessario il pieno asfissiante del prima e del suo ricordo per colmare il vuoto dell'ora, rappresentato non come uno spazio di libertà e di possibilità, da riempire in futuro con fiduciosa creatività, ma come vuoto senza confini di presenza incolmabile.

Il *tempo*, dunque. E la depressione. La prima domanda cui la rappresentazione soggettiva del tempo di un individuo risponde è: da dove viene la *sua* depressione? Qual è l'inizio della *sua* storia? Il Principio della nostra esistenza psicologica è la relazione con l'altro che ci fonda come persone. «All'inizio è la Relazione che è una categoria dell'essere, una disposizione ad accogliere; all'inizio è l'a priori della relazione, il *Tu innato*» (14, pp. 51-2). All'inizio è l'*av-ventura* della relazione con l'altro e poi con il mondo e la vita. L'uomo dunque è una trama di rapporti. Non solo sostanza, ma relazione. Lo ha detto Adler parlando di sentimento sociale, lo hanno detto Buber e Emmanuel Lévinas analizzando la relazione *Io-Tu*, lo dicono i risultati più recenti dell'*infant research*.

Il radicamento al passato, al ricordo, a ciò che è stato, ci dice, invece, che il "principio" dell'esperienza depressiva è la rottura, reale o soggettivamente percepita, della relazione con l'altro e con essa della fiducia di base [18], che si trasforma nel tempo in sfiducia in se stesso, negli altri e nella vita. Anche Adler descrive una sorta di sfiducia di base quando mostra come il comportamento del depresso prenda avvio da: «un punto di partenza fittizio ma che tuttavia racchiude tutta la psiche, una prospettiva melanconica che ha le sue radici nella vita psichica infantile, prospettiva secondo la quale la vita rassomiglia ad un gioco d'azzardo difficile e spaventoso in un mondo pieno di ostacoli, in cui la maggioranza degli uomini si dimostra ostile» (2, p. 219). La mancanza di fiducia porta come conseguenza l'isolamento. Ma senza relazione c'è solo paura e solitudine. E per superare la paura senza fiducia resta solo la rabbia. "Ho bisogno di sentirmi più forte della mia paura". Così sentono i bambini che spesso esprimono la depressione con irritazione, aggressività e scoppi d'ira, così percepiscono gli adulti che mascherano la loro rabbia con lamentele, oppositività, astensionismo, rivendicazioni.

Ma la relazione con l'altro si crea attraverso l'Esserci con *continuità* di due soggetti che si incontrano. Qui mi riferisco a una relazione a due, non per escludere rapporti più complessi, ma in quanto schema originario di tutti gli altri rapporti. Il sentimento sociale nasce nella relazione primaria per poi estendersi e diventare senso di comunità.

Ora, per esemplificare la relazione tra un Io e un Tu prenderò simbolicamente come matrice il rapporto tra genitore e bambino. Dalla parte del genitore, Esserci non è solo una questione di presenza fisica, ma prima di tutto di presenza costante nel tempo, attraverso una continuità di cura e di attenzione*. Esserci non implica solo occupare uno spazio, ma lasciare che il proprio tempo si riempi dell'altro nel *presente che segue il presente*. In Principio, infatti, c'è solo il presente, e la continuità si stabilisce sull'esserci nel presente. Non c'è memoria perché il passato non c'è ancora. *Non c'è futuro perché non c'è passato*. L'immaginario e l'apertura al mondo del possibile che caratterizzano il futuro con speranza non nascono nel vuoto, ma si strutturano sulla matrice creata dalle prime esperienze. Si può dunque ipotizzare che il modo di vivere il presente dell'inizio della relazione con il genitore dia forma alla mente del bambino e alla temporalità soggettiva in tutte e tre le declinazioni. In sintesi, si può immaginare, che *la forma della Relazione crei la struttura del tempo individuale*.

Come per il genitore esserci significa *avere in mente* il figlio, dove la continuità del tempo definisce anche la pienezza dello spazio mentale, così per il bambino, sentire di Esserci nella mente del genitore significa percepire la sua presenza nel tempo e poterla proiettare fiduciosamente nel futuro. All'"io ci sono", trasmesso dal genitore, corrisponde il "tu ci sei stato e allora tu ci sarai" nella mente del bambino, finzione vivificante e tranquillizzante, che apre alla creazione della finzione vitale fondamentale: la speranza. «Non adesso, domani. Qualcosa già è presente e nello stesso momento non lo è ancora. Questa è la speranza. Una prefigurazione che rimanda a qualcosa che contemporaneamente c'è e non c'è. La speranza si organizza in un progetto, in un progetto aperto, non definito in partenza, ma fondato sulla fiducia, perché altrimenti questa dilazione temporale non sarebbe sostenibile» (24, p. 50). La presenza continua del genitore contribuisce anche alla costruzione dell'altra finzione incoraggiante: la fiducia. All'"io ci sono" del genitore, infatti, si collega l'"io so di esserci nella tua mente", del bambino. Dal presente che segue il presente con continuità nasce allora la rappresentazione del passato e poi del futuro. *L'esserci dunque struttura il tempo*

* La continuità di cura e di attenzione ha a che vedere non solo con la tempestività delle cure fisiche del bambino, ma anche con la sintonizzazione con il suo sentire e il suo dire. Definire questo concetto comunque richiederebbe una riflessione a parte, che per ora rimando. [N. d. A.]

del futuro, del possibile, dell'avventura. Un futuro non prevedibile, ma neppure così imprevedibile. Un futuro fiducioso e aperto al rischio, ma anche alla possibilità. Un futuro da affrontare in compagnia dell'altro simbolicamente sempre presente: "tu ci sei-tu ci sarai".

E il Non-Esserci? Che cosa succede di fronte all'assenza reale del genitore o a una sua presenza discontinua, intervallata da assenze imprevedibili? Se si accetta che la modalità dell'entrare in relazione dia forma alla rappresentazione del tempo allora si può ipotizzare che anche il Non-Esserci strutturi il tempo, in particolare il futuro. Ma questa, al contrario della precedente, è la rappresentazione di un futuro altamente imprevedibile oppure troppo prevedibile sul lato drammatico dell'esistenza. È un futuro pericoloso, di sventura, senza speranza. Un futuro desertificato dalla paura e dalla solitudine. Un futuro da controllare, se non da fermare perché destino e come tale impossibilità di divenire e ancor prima di essere e di esserci.

Paradossalmente è allora il futuro al centro dell'attenzione e della tensione del depresso. La ripetizione circolare attorno al passato e al sé serve a fuggire l'imprevedibilità pericolosa del futuro, dell'altro e della vita. Il tempo nella depressione ci parla allora di un modo diffidente di relazionarsi agli altri, alla vita e al divenire. Afferma Adler: «L'anamnesi dei nostri malati ci mostra in modo molto chiaro che tutti i malinconici appartengono ad un tipo che non sa sinceramente attaccarsi a nulla, che si sente facilmente sradicato e che perde facilmente fiducia in se stesso e negli altri» (2, p. 217). Il tempo ci racconta di una sfiducia di base, nata dalla percezione di una discontinuità nella presenza dell'altro o di una sua totale assenza. Ciò che resta nella mente del depresso non è un fiducioso "tu ci sarai", ma una domanda "tu ci sarai?" che non ha mai risposta.

Solo un *compagno di viaggio terapeutico* con la *passione* per l'esistenza può trasformare questa domanda in una risposta certa, in un "principio speranza", che renda la vita non solo essere, ma divenire. È una "passione" per l'umano che non si spegne mai, rappresentata così intensamente da quella luce tenuta tenacemente accesa da Picasso sopra la crudezza e la desolazione di Guernica.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1924), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1992.
3. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1994.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995), *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, tr. it. *DSM-IV, tr. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1999.
5. ANGLÉSIO, A. (1998), *La depressione*, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari Adleriani*, Angeli, Milano.
6. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
7. BORGNA, E. (2001), *L'arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli, Milano.
8. BUBER, M. (1929), *Ich und Du*, tr. fr. *Je et tu*, Auber, Paris.
9. FERRERO, A. (1995), *Insula Dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria psicodinamica*, Centro Scientifico Editore, Torino.
10. FERRIGNO, G., PAGANI, P. L. (1997), *L'immaginario fra presente, passato e futuro e la costanza dello stile di vita, Il tempo e la memoria. Atti del 6° Congresso Nazionale. Marina di Massa, 20-22 ottobre 1995*, Milano: 175-183.
11. FREUD, S. (1915), *Trauer und Melancholie*, tr. it. *Lutto e malinconia*, in *La teoria psicoanalitica. Raccolta di scritti 1911-1938*, Boringhieri, Torino 1979: 191-209.
12. GABBARD, G., O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV Edition*, tr. it. *Psichiatria psicodinamica. Nuova edizione basata sul DSM-IV*, Cortina, Milano 1995.
13. HILLMAN, J. (1983), *Healing Fiction*, tr. it. *Le finzioni che curano*, Cortina, Milano 1984.
14. LEVINAS, E. (1987), *Hors sujet*, Fata Morgana, Paris.
15. LINGIARDI, V. (2001), *I am lost. Perdita e perdersi nella patologia borderline, Setting*, Moretti & Vitali, Bergamo.
16. MORAVIA, S. (1999), *L'enigma dell'esistenza*, Feltrinelli, Milano.
17. NOZICK, R. (1981), *Philosophical Explanations*, tr. it. *Spiegazioni filosofiche*, Il Saggiatore, Milano 1987.
18. OREFICE, S. (2002), *La sfiducia e la diffidenza. Metodologia clinica per i casi difficili*, Cortina, Milano.
19. PAGANI, P. L., COPPI, P. (1997), *Memoria e oblio: funzioni e finzioni nel pensiero antitetico, Il tempo e la memoria. Atti del 6° Congresso Nazionale. Marina di Massa, 20-22 ottobre 1995*, Milano: 159-173.
20. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
21. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica*, Centro Scientifico Torinese, Torino.
22. PARENTI, F., PAGANI P. L. (1989), *Capire e vincere la depressione. La "protesta in grigio" dei nostri giorni*, De Agostini, Novara.

23. PARENTI, F., ROVERA, G. G., PAGANI, P. L., CASTELLO, F. (1975), *Dizionario Ragionato di Psicologia Individuale*, Cortina, Milano.
24. PELLIZZARI, G. (2002), *L'apprendista terapeuta. Riflessioni sul "mestiere" della psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino.
25. WADDINGTON, C. H. (1977), *Tools for Thought*, tr. it. *Strumenti per pensare*, Mondadori, Milano 1977.
26. WEIL, S. (1970), *Cahiers I*, tr. it. *Quaderni I*, Adelphi, Milano 2000.
27. WEIL, S. (1998), *Il chicco di melagrana*, San Paolo, Milano.
28. ZAMBRANO, M. (1992), *I beati*, Feltrinelli, Milano.

Silvia Pagani
Via Maroncelli, 13
I-20154 Milano
e-mail: sipagani@katamail.com

Approccio psicodinamico al tossicodipendente

EMANUELE BIGNAMINI, ROBERTA BOMBINI

Summary – PSYCHODYNAMIC APPROACH TO THE DRUG ADDICT. Adlerian theory allows to approach substances abuse hardly, it overcomes abstractions and excessive simplifications. More specifically it underlines the importance of contribution of neurosciences and of social sciences and it includes them into a global vision of the problem. This brings the attention to the psychodynamics approach, which seems to have lost importance in the past years as a consequence of a loss of psychopathological understanding of substance dependence. It shows the different ways to assume substances (use, abuse, dependence, obsession), which brings out different clinical problems and fundamental elements of psychopathology of substance dependence: avidity, compulsive/impulsiveness, grievance for something lost, regret for cohesive mode/heroic dimension, discontinuity of the self. Recognizing substances dependence as a specific pathology linked to a psychodynamics frame allows to find the basis for psychotherapy treatment, which is practically considered an essential element of the strategy of integrated treatment for drug addicts.

Keywords: PSYCHOPATHOLOGY, SUBSTANCES ABUSE, PSYCHOTHERAPY

I. Premessa

Nei punti che seguono si cercherà di sviluppare alcune considerazioni sulla necessità di far fare un passo ulteriore all'approccio psicodinamico alle tossicodipendenze, per riuscire a valorizzare l'irrinunciabile contributo che, secondo chi scrive, questo approccio dà alla comprensione e alla cura di questa patologia. Attualmente, le neuroscienze e la cura farmacologica da una parte e il paradigma cognitivo-comportamentale dall'altra, occupano quasi tutta la scena delle tossicodipendenze, mentre si afferma sempre di più l'idea che l'approccio psicodinamico sia interessante sul piano della astratta teoria, ma di fatto ben poco potente sul piano dell'intervento. Questa convinzione è condivisa, purtroppo, dagli stessi psicoterapeuti e se è vero che anche lo psicoterapeuta vive e lavora in una società (per una società) della quale fa parte, che lo ha formato e che lo fa vivere, possia-

mo capire che anche la ricerca psicodinamica possa avere condiviso, in questo senso, i pregiudizi che considerano il fenomeno della tossicomania “distante” (alieno, non comprensibile in sé) o segno che rinvia a qualcosa d’altro, e che portano a privilegiare quindi un approccio più astratto, o letterario, piuttosto che strettamente clinico e immerso nella comprensione dell’esperienza.

Del resto, è noto come i pazienti tossicodipendenti non diano particolari soddisfazioni allo psicoanalista nel *setting* abituale, fatto confermato dalla scarsità di studi e di lavori sulla psicoterapia psicodinamica della tossicodipendenza (mentre sono decisamente più numerosi quelli di scuola cognitivo-comportamentale, che consente di trattare il problema dall’esterno, in ordine ad un modello di “normalità” proposto da una committenza terza). Lo sfumare dell’approccio psicodinamico nella pratica clinica costituisce un impoverimento che riduce le possibilità d’elaborazione e di cura della condizione patologica. Questa affermazione va però sostenuta con un contributo concreto alla clinica delle dipendenze da sostanze; qui di seguito si propongono alcuni stimoli in questa direzione. Specifici aspetti propedeutici, tra cui la definizione concettuale di patologia da dipendenza, non potranno essere qui ripresi per questioni di spazio e di focalizzazione del discorso. Si rimanda per questi ai lavori originali [6, 7].

II. *Un problema di fondo*

Qualsiasi approccio psicodinamico alla tossicodipendenza tende a considerare una serie di eventi concatenati ricercando il senso o la causa della condizione in atto in qualcosa di accaduto “prima”: la genesi della tossicodipendenza è rintracciata in altri problemi, precedenti e sottostanti, che avrebbero significato strutturale, mentre essa è considerata generalmente un epifenomeno o addirittura semplicemente un sintomo o una forma espressiva del disturbo psicopatologico.

Questa impostazione rende difficile (da una prospettiva psicodinamica) la comprensione della tossicodipendenza come patologia: il “vero problema” sarebbe sempre da inseguire altrove e la tossicomania sarebbe solo una particolare forma di quel problema. Certamente questo può essere verificato in alcune circostanze, ma è altrettanto vero che in molte altre rimane una petizione di principio, difficile da riconoscere nel caso clinico, spesso indimostrabile e a volte fuorviante; si potrebbe applicare anche al caso della tossicodipendenza una critica che Kernberg [11] formula nei confronti della applicazione rigidamente astratta delle teorie psicologiche che, secondo l’Autore, riflette sul piano clinico la tendenza a sottovalutare l’importanza dei fattori ambientali e a sopravvalutare invece l’importanza della presunta intensità innata delle pulsioni, con il rischio che le interpretazioni possano indottrinare intellettualmente i pazienti.

Se quindi è vero che l'abuso di sostanze è solo un item per fare diagnosi (con il DSM-IV) di disturbo di personalità borderline, è altrettanto vero che la tossicodipendenza si configura come qualcosa di sostanzialmente diverso dalla semplice assunzione di sostanze.

III. *Linee di ricerca psicodinamiche*

Come esemplificazione del fatto che la tossicodipendenza è abitualmente affrontata "come se" fosse qualcosa d'altro (e senza la pretesa di riassumere o tanto meno di discutere in questa sede le posizioni degli Autori) si ricorda che per Rosenfeld la personalità del tossicodipendente è sovrapponibile a quella della sindrome maniaco-depressiva; Meltzer definisce come tossicomania un tipo di organizzazione narcisistica delle strutture infantili che indebolisce e può eliminare la parte adulta della personalità dal controllo del comportamento; Bowlby, elaborando la teoria generale dell'attaccamento, descrive la condizione di "iperdipendenza", che viene successivamente definita meglio come "attaccamento ansioso" o "immaturo"; Kohut inquadra la tossicomania nell'ambito dei disturbi narcisistici, per cui la droga è una sostituzione di una funzione che l'apparato psichico non può svolgere, non un sostituto di un oggetto d'amore o da cui essere amati. Bergeret sostiene che non esiste una struttura di personalità specifica del tossicomane e che non c'è una struttura psichica profonda che caratterizza i comportamenti di dipendenza, mentre qualunque tipo d'organizzazione mentale può dare loro origine e individua quindi tossicomani a struttura nevrotica, tossicomani con modalità di funzionamento mentale di tipo psicotico, tossicomani con un'organizzazione depressiva della personalità.

Olievenstein, allievo di Lacan, è forse l'unico che dedica una parte significativa della sua attività non solo di ricerca, ma anche di cura, ai tossicomani, e conduce osservazioni su circa 12.000 casi seguiti presso il Centro Medico Marmottan di Parigi. Anch'egli però, pur individuando uno specifico meccanismo psicologico per descrivere la genesi della dipendenza (la teoria della "fase dello specchio infranto", per la quale il rituale tossicomano trae origine dall'esperienza di una simultaneità del riconoscimento del Sé e della sua frattura ed è basato sulla ricerca ad ogni costo di provare di nuovo, tramite il farmaco, quella prima esperienza d'incontro riuscito con l'immagine del Sé solo intravista. La droga equivale allo sprofondarsi nell'arcaico, nel pregenitale, rimettendosi nella posizione del bambino piccolo e annullando la frattura), da un punto di vista fenomenologico e clinico, conferma le osservazioni di Glover per cui il tossicomane somiglia sempre "un poco" a qualcosa già conosciuto clinicamente (e cita elementi di psicoticità maniaco-depressiva o paranoie ed elementi di perversione, in particolare l'omosessualità).

IV. *La prospettiva adleriana*

Anche la prospettiva adleriana riconduce la tossicodipendenza agli schemi fondamentali della teoria; forse la centralità di altri interessi di ricerca e la relativa novità del problema sul piano clinico, ha relegato, anche nella ricerca di matrice individualpsicologica, la tossicodipendenza ad aree periferiche di attenzione, non favorendo un completo dispiegarsi della notevole potenzialità che la teoria adleriana può dimostrare proprio in quest'ambito.

IV. 1. *La genesi della tossicodipendenza.* Adler, per spiegare le dinamiche che stanno alla base delle tossicodipendenze, utilizza alcuni concetti fondamentali della Psicologia Individuale, quali: l'intelligenza privata, i falsi scopi, il pensiero antitetico, la finzione, così come vengono elaborati dal bambino viziato o trascurato e maltrattato. *L'intelligenza privata* (o "personale") è un meccanismo comune nei nevrotici, che ha come scopo quello di giustificare i pensieri e le azioni del soggetto e che è suscettibile di errori, proprio perché risponde a bisogni soggettivi. Infatti, il desiderio del soggetto di evadere dalle richieste della vita, di evitare di prendere decisioni, di scappare davanti alle proprie responsabilità, portano il soggetto stesso a crearsi un proprio mondo individuale all'interno del mondo collettivo. I *falsi scopi* (modalità comportamentali o di reazione tipiche, attivate dai bambini in situazioni di scoraggiamento, finalizzate al recupero di una certa sicurezza e quindi alla capacità di affermarsi per ritrovare una collocazione sociale. Dreikurs [10] evidenzia quattro falsi scopi che un bambino può mettere in atto per trovare una propria collocazione: attenzione indebita, lotta per il potere, vendetta, totale inadeguatezza) sono modalità psicologiche di rassicurazione disadattative, lesive per se stessi e per gli altri.

Il *pensiero antitetico*, dal punto di vista adleriano, è la percezione della realtà basata sugli opposti (alto/basso, maschile/femminile) e concorre a determinare lo stile di vita. Nel tossicodipendente si possono osservare quelle modalità dinamiche che lo spingono a passare da uno stato di inferiorità a una condizione di superiorità; infatti, egli combatte una specie di lotta contro la sostanza stessa, perseguendo una volontà di potenza che lo porta a pensare di poter gestire la droga in una sfida nella quale egli si percepisce come vincitore, mentre viene sconfitto. Le *finzioni patologiche* sono strumenti che permettono al tossicomane di costruirsi un mondo fittizio, sognante, di fuggire dalla realtà e di alleviare l'ansia che deriva dal caos in cui è immerso.

Adler [1] sostiene che il soggetto che fa uso di sostanze vuole cancellare il proprio sentimento di inferiorità; la sostanza viene usata per non dover affrontare i problemi che la realtà impone e assumerla dà una percezione fittizia del mondo, che però viene assunta "come se" fosse reale. Il benessere indotto dalle sostanze non permette all'individuo di capire e risolvere le sue problematiche, ma lo

induce all'abuso per poter rivivere le sensazioni piacevoli e riprodurre il mondo fittizio. Si instaura quindi, nel tossicodipendente, un sistema di finzioni atto a difendere il precario senso d'identità raggiunto, negandone gli aspetti problematici. Le relazioni infantili con le figure genitoriali hanno, sempre secondo la Scuola Adleriana, un ruolo molto importante nello sviluppo delle tossicodipendenze. Il *bambino viziato* sviluppa una dipendenza assoluta soprattutto con la madre, che non permette di procedere secondo un corretto processo di individuazione: «abituato alla costante presenza di una persona, ogni situazione che ne preveda l'assenza appare ora inaccettabile» (4, p. 477).

Il tossicodipendente sostituisce alla madre la sostanza stupefacente, sempre presente e capace di nutrire il soggetto. L'insicurezza profonda che lo caratterizza fa sì che percepisca la sua insufficienza di fronte alla realtà esterna e usi la droga come agente deresponsabilizzante. Egli, fuggendo dalla realtà, imputa all'ambiente ogni proprio fallimento e non sviluppa adeguatamente il sentimento sociale. Nel contesto sociale, non riuscirà più a trovare la dimensione viziente dell'infanzia e quindi vivrà un disagio nelle relazioni con il mondo e non sarà in grado di realizzare i compiti vitali autonomamente. Il *bambino trascurato o maltrattato* non ha avuto accanto a sé persone che si sono prese cura di lui e che hanno cercato di alleviare il primissimo sentimento di inferiorità fisiologico. Il bambino, in questo caso, non riesce a raggiungere un sufficiente grado di autonomia e ciò aggrava il suo sentimento d'inferiorità, trasformandolo in complesso d'inferiorità. Adler ha paragonato lo stile di vita del tossicomane con quello del melanconico, il quale utilizza la propria debolezza come un'arma per evitare le responsabilità, aspirando a «costringere l'altro alla propria volontà e a conservare il prestigio, mediante l'anticipazione della rovina» (2, p. 217). La droga favorisce l'illusione di significatività: i drogati hanno mete troppo elevate che non possono essere raggiunte; ciò produce frustrazione e l'uso della sostanza per alleviarla, permettendo loro di illudersi, rifugiandosi nel mondo della fantasia.

IV. 2. *Lo stile di vita tossicomane*. La Psicologia Individuale ha cercato di descrivere lo stile di vita tossicomane, analizzando sia la psicogenesi sia la finalità delle scelte dell'individuo. «Secondo Adler, la ricerca del piacere è all'origine del comportamento che porta alla dipendenza» (3, p. 58). Adler ritiene che i meccanismi che stanno alla base della dipendenza siano gli stessi delle nevrosi, delle difficoltà educative e delle perversioni. Infatti egli pone sullo stesso piano i soggetti che abusano di sostanze, i nevrotici e i criminali e considera la tossicodipendenza come un sintomo nevrotico causato da un mancato adattamento alla vita, che si manifesta, fin dall'infanzia, con comportamenti quali scoraggiamento, vigliaccheria, inadeguatezza, tutti dovuti a uno scarso sviluppo di sentimento sociale.

Tutto ciò può portare l'individuo ad isolarsi per superare il sentimento di inferiorità, usando una sostanza per non dover affrontare i problemi che la realtà gli

impone. Infatti, uno dei fini dell'uso di sostanze è quello di evitare di prendere decisioni, di non dare risposte alle domande che la vita impone. Il temperamento dei tossicomani, come osserva Parenti [16], presenta alcuni aspetti comuni. Tra questi troviamo la *tendenza a mentire e il diritto a ricevere*. La tendenza a mentire, l'iperdifesa, l'arroganza, contraddistinguono tutto lo stile di vita del tossicomane dando un'immagine di sé del tutto negativa e una diffidenza verso il mondo esterno che viene rappresentato come ostile. Il drogato nasconde la sua dipendenza e ciò scaturisce dall'ambivalenza fra la scelta tossicomane e il timore di punizioni.

L'altra caratteristica evidente del temperamento del tossicomane è la convinzione del diritto a ricevere. «Già in partenza il tossicomane è spesso un individuo debole, emotivamente a livello infantile, con la sindrome caratteriale del bambino viziato. La dipendenza da sostanze tossiche lo fa ulteriormente regredire e lo conduce ad elaborare un tipo di richiesta analoga al “pianto cattivo”, con cui nell'infanzia si esige l'osservanza di una promessa non mantenuta. Inoltre il drogato vive la sua scelta o come una finzione eroica o come una protesta scettica verso un mondo ostile. La tenuta di questo artificio gli impone la recitazione di una superiorità emarginata e un disprezzo per i “cosiddetti normali”, nei confronti dei quali egli deve avanzare le sue esigenze con arroganza e non può manifestare gratitudine quando sono appagate, per non far crollare tutto il suo edificio compensatorio» (16, p. 88).

Il tossicodipendente è consapevole di commettere un crimine e per giustificarlo deve colpevolizzare ulteriormente la società. Egli ha una mentalità dissociale che lo rende sospettoso e sempre attento. I reati che commette per procurarsi le sostanze tossiche sono vissuti come la conseguenza di una mancata concessione e della frustrazione di un diritto. Inoltre Adler ha evidenziato come l'irritabilità, la rabbia, l'aggressività, l'impazienza, la spacconeria, l'ambizione, la disobbedienza e la tendenza criminale, siano presenti nella personalità tossicomane e come siano espressione di un'aspirazione alla superiorità derivante da una compensazione verso un sentimento d'inferiorità. Si può quindi dire che il tossicomane è un «tipo attivo, ma non ha abbastanza sentimento sociale» (4, p.179).

Adler inserisce i tossicomani nella categoria del tipo “che domina”, collerico: «individui il cui approccio alla realtà mostra dall'infanzia e per tutta la vita, un atteggiamento dominante e “soggiogante” [...]. A questo tipo appartengono anche i suicidi e i tossicomani» (4, pp. 178-179). Infine, la droga può anche essere una forma di giustificazione di fronte al fallimento delle proprie azioni. Adler paragona la tossicodipendenza allo stato di un nevrotico che si rifugia in manicomio per evitare le responsabilità: «il suo orgoglio tremante lo sedusse a rifugiarsi nella malattia che lo salvava, come in altri casi si cerca un narcotico, per esempio nell'alcolismo o nel morfinismo» (2, p. 180).

V. *Dubbi e domande*

Di fatto, per chi ha a che fare con numerosi tossicodipendenti tutti i giorni, molto diversi tra loro per condizione socioculturale, storia personale, famiglia d'origine, pattern d'uso di sostanze, molte domande rimangono ancora aperte: nel momento in cui si è fissata una tossicodipendenza, tutti questi soggetti così diversi hanno qualcosa in comune? Che cosa? Le osservazioni e le descrizioni sopra riportate si adattano ad alcuni casi, ma non rendono ragione in modo soddisfacente delle variazioni presenti nei soggetti accomunati dalla tossicodipendenza. L'omogeneità che sembra essere suggerita dalle discussioni teoriche s'infrange e si disperde nella frammentazione dei casi clinici, così diversi tra loro e dalla teoria, sospingendo nuovamente lo psicoterapeuta alla ricerca di terreni apparentemente più solidi (qualcosa d'altro, che non la tossicomania). Ma è così vero che tra tutte le situazioni, così diverse, che capitano all'osservazione del clinico non si possa trovare qualcosa di comune e di specifico, qualcosa che non sia "altro" e che individui adeguatamente la condizione patologica?

VI. *Addiction personality e preference*

La convinzione che dovesse sussistere in ogni caso una sequenza tra un prima e un dopo, tra accadimenti o condizioni psicopatologiche predisponenti allo sviluppo successivo della tossicomania ha sostenuto numerose ricerche tese a "scoprire" una eventuale personalità premorbosa tipica del tossicodipendente (una *addiction personality*), cioè caratteristiche costanti, coerenti, pregnanti e predittive rintracciabili nella personalità (o nello sviluppo psicoaffettivo) di soggetti che poi diventeranno tossicodipendenti. Dispiace riconoscere che tante fatiche non hanno dato frutto e che, ad oggi, non sia possibile descrivere una "personalità premorbosa specifica" del tossicodipendente.

Anche l'ultima versione della tipologia delle "dipendenze patologiche" (modernizzazione impropria del termine "tossicodipendenze" [6, 7]) elaborata da Cancrini [8], anche se apparentemente più raffinata, non esce dal *loop* concettuale: il discorso psicopatologico non può che riguardare ciò che è "precedente" o "sottostante" la tossicodipendenza. Ciò che interviene nel rapporto con la sostanza e ciò che è determinato dall'effetto della sostanza, anche sul piano psicologico, non interessa perché viene riduttivamente visto come un riduzionismo farmacologico. Del resto, le stesse tipologie di Cancrini, che comprendono nella revisione attuale la dipendenza reattiva o da disturbo dell'adattamento, la dipendenza di area nevrotica, le dipendenze che si instaurano su precedenti disturbi di personalità (borderline, istrionico, dipendente, schizoide, schizotipico ed evitan-

te, narcisistico, antisociale), paiono descrivere più l'universo della psicopatologia che il sottoinsieme della patologia da dipendenza.

Curiosa è anche la nota con cui Cancrini riconosce che alcune dipendenze traumatiche possono insorgere in persone che presentano un quadro di personalità sostanzialmente normale. L'osservazione però, invece di stimolare la riflessione, viene liquidata con la considerazione che riguarda solo un piccolo numero di dipendenze. Ammesso che il "piccolo numero" corrisponda alla realtà e che non sia un errore di campionamento, il dato pare comunque interessante: non solo la tossicodipendenza può insorgere in ogni possibile condizione patologica precedente, ma addirittura anche in chi non ha alcuna situazione psicopatologica preconstituita ed è invece sostanzialmente sano e diventa tossicodipendente in seguito ad un "trauma". Le domande che rimangono aperte sono dunque "la tossicodipendenza che insorge in così diverse personalità, che cosa è allora? Che cosa si fissa nella risposta disadattativa, ad esempio di un soggetto sano?" e "che cosa dobbiamo trattare sul piano psicoterapeutico in un soggetto sano in cui si sia strutturata la tossicodipendenza?".

La ricerca di risposte a queste domande porta necessariamente ad occuparsi della psicopatologia della dipendenza e non consente più il rifugio in giochi esplicativi che in realtà non aiutano a capire. A fianco e in dialogo con queste ricerche sulla personalità premorbosa, molte altre energie ancora sono state spese per cercare di correlare eventuali aspetti psicopatologici pre-tossicomani con la preferenza per una particolare sostanza piuttosto che un'altra. Queste ricerche erano sostenute anche da un'osservazione un po' generica, ma apparentemente indiscutibile, di una certa "fedeltà" del soggetto alla sostanza cosiddetta primaria; osservazione che veniva assunta come dato clinico da studiare (il problema della *preference*), escludendo però sia osservazioni di tipo socioculturale ed economico, sia considerazioni di tipo più strettamente psicobiologico, quali quelle relative all'imprinting. I depressi assumerebbero l'eroina per attenuare l'angoscia, i maniacali la cocaina per sostenere l'euforia, gli psicotici gli psicodislettici, sia per entrare in un mondo allucinato consono al loro stato mentale, sia in modo difensivo per giustificare la loro dissociazione [5]: queste, schematicamente, alcune ipotesi, finora non sufficientemente dimostrate.

La teoria della preferenza per una specifica sostanza, oggi, viene messa a confronto con i nuovi stili di consumo, caratterizzati da un'ampia gamma di sostanze interscambiabili da parte del consumatore o scelte in relazione allo stato psichico voluto, così come deve tenere conto delle politiche di marketing e di vendita di alcune sostanze (in questo periodo, ad esempio, la politica dei prezzi per lo sviluppo dell'uso della cocaina): il legame tra struttura di personalità o disturbo psicopatologico e tipo di sostanza ne risulta di molto allentato o quanto meno relativizzato da altri fattori apparentemente più cogenti.

VII. *La teoria dell'autocura*

Nonostante gli esiti negativi delle ricerche sulla *addiction personality* e sulla *preference*, si è ampiamente affermata in ambito psicodinamico quella che Khantzian [12], ha elaborato come “teoria dell’autocura”, arricchita successivamente da alcune varianti (teoria dell’ipersensibilizzazione e teoria dell’alleviamento della disforia [15]). Questa teoria, apparentemente molto esplicativa e certamente, in specifici casi, del tutto sostenibile sul piano idiografico, è diventata lo schema interpretativo preferito da chiunque voglia prendere le distanze da un atteggiamento giudicante e moralistico verso la tossicodipendenza, assumendone invece una visione comprensiva. In effetti, l’idea che le sostanze abbiano un ruolo adattativo (almeno sul breve periodo), compensando i deficit dell’organizzazione difensiva del tossicomane, appare molto suggestiva e quasi “autoesplicativa”. La natura intuitiva della teoria ne ha favorito la diffusione anche tra i non professionisti, diventando una generalizzazione buona per tutte le circostanze. Nonostante la sua universale diffusione, la teoria dell’autocura non è stata validata [9, 13, 14], anzi ne è stato messo in discussione il significato (sul lungo periodo, prevalgono gli aspetti disadattativi dell’uso di sostanze). Questa teoria, inoltre, non modifica il consueto approccio: l’assunzione di sostanze rimanda a qualcosa di “altro” e di “precedente”, mettendo in primo piano i disturbi psicopatologici preesistenti e sullo sfondo la tossicodipendenza, ancora una volta considerata solo epifenomeno, per quanto con valenza di meccanismo di compensazione o di riparazione.

VIII. *Potenzialità innovative dell’approccio individualpsicologico*

Tenendo conto di quanto sopra, secondo chi scrive, la teoria individualpsicologica potrebbe consentire un approccio psicodinamico al problema della tossicodipendenza originale, più fecondo e compatibile con gli sviluppi delle conoscenze sulla tossicodipendenza. È necessario però poter riconoscere alla tossicodipendenza la dignità di vera e propria condizione patologica, cosa che non esclude che un’assunzione di sostanze psicotrope possa avere la valenza di sintomo, ma afferma che quando si parla di tossicodipendenza ci si riferisce ad un’entità nosologica autonoma, con una propria patogenesi, una propria fisiopatologia e una propria psicopatologia [6, 7]. Ciò che rende particolarmente pregnante la teoria adleriana nel campo delle tossicodipendenze è la possibilità di valorizzare concetti come quello di *meiopraxia d’organo*, di unità biopsicologica dell’individuo, d’interazione individuo-ambiente, che consentono di dialogare con le recenti acquisizioni delle neuroscienze. «L’inferiorità è un concetto relativo alle richieste dell’ambiente e alla situazione in generale. [...] L’interazione di forze diverse, presenta vari aspetti: [...] tra organismo e ambiente fisico, tra organismo e ambiente sociale, tra i diversi organi separati e tutti gli altri organi e infine tra corpo e mente» (4, p. 7).

Adler elaborò la sua teoria dell'inferiorità d'organo basandosi sull'interazione corpo-mente; l'inferiorità a cui si riferisce «riguarda un organo con uno sviluppo ritardato o con un'alterazione parziale o completa della sua crescita. Le inferiorità possono riguardare gli organi di senso, il sistema digerente, il sistema respiratorio, il sistema genito-urinario, il sistema circolatorio e il sistema nervoso. [...] Il destino degli organi inferiori è assai variabile e il loro sviluppo, unitamente agli stimoli ambientali, spinge al superamento di tale inferiorità [attraverso] la compensazione dell'organo, la compensazione attraverso un altro organo, la compensazione attraverso l'organo psichico, la supercompensazione organica o psicologica. [...] Un modo in cui l'inferiorità si manifesta è attraverso la localizzazione di una malattia in un organo specifico, e ciò accade quando l'organo inferiore reagisce agli stimoli patogeni provenienti dall'ambiente. [...] Queste ultime [le richieste esterne] hanno una durata limitata e sono determinate da un particolare ambiente, per cui le loro modificazioni esprimono sia un progresso culturale, sia cambiamenti nel modo di vivere o miglioramenti sociali. Essi sono il prodotto della mente umana e con l'andare del tempo tendono a impedire che gli organi siano sottoposti a tensione eccessiva. Le richieste esterne sono correlate alla loro potenzialità di sviluppo e quando superano una certa soglia agiscono sull'organo inferiore» (4, pp. 9-10).

Se al concetto di organo si affianca quello più moderno di “sistema” (ad esempio, sistema neuroendocrino) o di “patrimonio” (ad esempio, patrimonio genetico) si coglie immediatamente l'attualità dell'intuizione adleriana. Fondamentale è poi la visione dell'uomo come unità globale inserita in una rete di rapporti. «Adler non si limitò a inquadrare un organo psichico unitario, matrice sia delle attività coscienti che di quelle inconscie, ma intuì nell'uomo una più vasta e articolata unità psico-fisica, avvertendo una complessa rete di scambi e condizionamenti reciproci, capaci di avvincere l'una all'altro la psiche e il soma» (16, p. 47).

La teoria adleriana considera l'uomo come un'unità somatica-psichica-sociale inscindibile e su ciò si basa il “modello di rete”. Infatti, come afferma Rovera [17], l'individuo considerato nella sua unità e totalità, è posto in una rete di relazioni interpersonali e sociali, fondando il senso della propria vita (unico e irripetibile) nel substrato delle reti psicologica e biologica. La tossicodipendenza, infatti, mette in difficoltà ogni paradigma (biologico, psicologico, socio-culturale) preso da solo: la radicalità dell'esperienza tossicomana (vedi oltre) mette in evidenza il significato di finzione operativa di ogni approccio, utile pragmaticamente per poter avvicinare la realtà, ma necessariamente parziale. La Scuola Adleriana è in grado di evitare il rischio di trasformare le proprie ipotesi in finzioni rafforzate, che postulano di poter realizzare non solo una semplificazione operativa del reale, ma una trasformazione della realtà in qualcosa di “veramente” semplice.

IX. Il cortocircuito biopsicologico

La tossicodipendenza non può, quindi, essere considerata come qualcosa che sta dentro l'individuo, un fatto del tutto intrapsichico; ma neppure solo un effetto farmacologico di sostanze particolari o il risultato di un determinato ambiente socioculturale. La tossicodipendenza è in grado di "saltare" come un corto circuito, le strutture biologiche e psicologiche più evolute dell'individuo, ricollegandosi a strutture primarie e primitive, radicali: sul piano biologico, l'aumento di dopamina nella *shell* del nucleo *accumbens* e il coinvolgimento dei circuiti ipotalamo-frontali (*reinforcement* e *reward*) fissa l'esperienza degli effetti delle sostanze (le "top five": cocaina, eroina, alcol, cannabinoidi, nicotina) trasformandoli in abitudine e in motivazione alla ripetizione; sul piano psicologico, gli effetti delle sostanze, caldi e nutrienti o esaltanti e trasfiguranti, riescono a sostituirsi ad oggetti più simbolici e mentalizzati; sul piano cognitivo ed emotivo, il ciclo desiderio/rifiuto (o vuoto e urgenza/sazietà e nausea) svuota di senso ogni altra esperienza di vita.

Questi aspetti, che costituiscono la psicofisiopatologia della tossicodipendenza, sono a loro volta modulati dalla capacità di risposta dell'individuo alle sostanze (determinata geneticamente, oltre che psicologicamente). Potremmo dire, su questa base, che la tossicodipendenza scaturisce dalla "reazione" tra una sostanza e un "recipiente attivo", dalla relazione che si stabilisce tra soggetto e oggetto. Del resto, pensando al termine "dipendenza", che si riferisce proprio ad una modalità relazionale, questa osservazione sembra tautologica.

X. Modalità di relazione con la sostanza

Se si accetta che la tossicodipendenza non sia dovuta esclusivamente alla potenza farmacologica della sostanza e dei suoi meccanismi di azione, e peraltro non sia neppure un "prodotto" della psiche che sceglie una modalità di espressione o di compensazione tra le tante, ma che sia invece una patologia della/nella relazione tra soggetto e sostanza, si deve anche riconoscere che esistono importanti diversità nell'universo di chi assume droghe: il rapporto soggetto-sostanza non è unico e identico per tutti e bisogna riconoscere che, anche considerando la medesima sostanza e soggetti con uguali condizioni psicopatologiche, è possibile distinguere almeno quattro pattern di relazione: uso, abuso, dipendenza e mania.

L'uso (cioè un'assunzione di sostanza che non comporta problemi di nessun tipo) di sostanze potenzialmente tossicomaniogene è certamente possibile: nella nostra cultura questo è evidente per l'alcol dove, a fianco di moltissimi alcolisti, esistono consumatori che mai, in vita loro, manifestano problematiche alcolcorrelate, anche quando possono essere presenti disturbi dell'umore o di personalità.

L'assunzione di sostanza che causa problemi non di per sé, ma esclusivamente in relazione al contesto in cui avviene, è un abuso (cfr. DSM-IV); il contesto può essere di tipo normativo (divieti per Legge), di tipo sanitario (protezione da rischi), di tipo relazionale (conflittualità). La dipendenza è la necessità di assumere la sostanza per compensare un'alterazione dell'omeostasi (biopsicologica) dell'individuo indotta dalla sostanza stessa, che ne compromette la funzionalità (cognitiva, emotiva, fisiologica). Nella dipendenza, l'assunzione di sostanza restituisce al soggetto in astinenza una condizione di apparente equilibrio che mima la "normalità".

La distinzione tra dipendenza fisica e dipendenza psichica è superata e fuorviante: i sistemi interessati dal meccanismo della dipendenza rappresentano l'anello di congiunzione tra cervello e mente, tra biologico e psicologico, tra soma e psiche e non si dà l'uno senza l'altro. Non si considera dipendenza la necessità di assumere sostanza (ad esempio, un farmaco qualsiasi) se la sostanza non corregge uno stato di squilibrio da essa stessa determinato (non sono dipendenze quelle da terapie sostitutive ormonali, ma neanche quelle da oppiacei per la terapia del dolore, ad esempio, neoplastico e per due motivi: 1) il dolore neoplastico non è stato indotto dalla cessazione dell'assunzione della sostanza; 2) tolleranza e astinenza, eventualmente indotte dagli oppiacei, non bastano a fare diagnosi di dipendenza: per il DSM ci vogliono almeno tre criteri, e il terzo è di tipo comportamentale; se non si innesca un meccanismo "affettivo" nella relazione tra soggetto e sostanza, i semplici meccanismi biologici di assuefazione non caratterizzano una tossicodipendenza).

La mania è un'assunzione di sostanza dominata dalla impulsività, dall'*escalation* dell'avidità, dalla coartazione della coscienza anche durante e dopo l'assunzione; la sostanza non riporta ri-equilibrio e compenso come nella dipendenza, e non consente una ripresa apparentemente normale delle funzioni cognitive, emotive, biologiche, ma anzi amplifica sempre di più lo squilibrio dell'individuo.

XI. *La trasformazione tossicomantica*

L'incontro con la sostanza tossicomantica è radicalmente trasformativo: il soggetto fa un'esperienza che lo cambia in profondità, in quanto, come detto sopra, coinvolge le dimensioni biologiche e psicologiche più profonde. Questo cambiamento diventa un'esperienza di riferimento per il soggetto e non è più cancellabile dalla sua memoria; ogni altra esperienza verrà confrontata con quella e, senza una adeguata elaborazione, ne uscirà perdente. Cos'altro può dare simili gratificazioni, un simile piacere, un simile desiderio? E perché ci si dovrebbe rinunciare? Il premio è talmente grande, o la tensione del desiderio talmente insopportabile, che la stessa vita sembra niente, pur di ottenerlo o di liberarsene.

Anche quando tutto sembra rovinato dalla droga, l'abitudine è talmente radicata da non poter essere scambiata con altro. Per di più, le modalità di vita del tossicomane sono fortemente stressanti, emozionanti, ed esercitano un efficace effetto di compenso alla depressione disperante che incombe, sostenendo difese di tipo maniacale. Se sopra abbiamo sostenuto che non è possibile riconoscere una personalità premorbosa tipica del tossicodipendente, vogliamo ora affermare che questa "trasformazione" operata dall'esperienza della sostanza fa convergere le modalità di funzionamento di soggetti, in origine molto diversi tra loro, verso alcune caratteristiche che potremmo definire come "personalità post-morbosa" del tossicodipendente. Infatti, i soggetti tossicodipendenti, pur diversissimi tra loro e anche se in forme e in dimensioni diverse, condividono questi aspetti:

1. *avidità*: la pulsione orale divoratrice, il bisogno di introdurre in sé, di ingoiare, il tutto e subito, il trionfo maniacale dell'annientamento di ogni ostacolo (meccanismo che funziona anche nei confronti del programma di cura, che si vuole rapido e indolore);
2. *compulsività/impulsività*: l'insorgere del desiderio, subdolo o tumultuoso, che sfuoca ogni altro oggetto, che cambia il valore alle cose, il modo di pensare, cui segue la scarica motoria del passaggio all'atto e il *down* successivo, determinando una discontinuità emotiva e cognitiva traumatica e destabilizzante;
3. *lutto per l'oggetto perduto*: l'oggetto-droga lascia un vuoto profondo nella vita del paziente, vuoto difficilmente colmabile da altri oggetti, meno totalizzanti e gratificanti. Il paziente vive un disorientamento esistenziale, nel quale il sentimento prevalente è la nostalgia per ciò che si è lasciato e non si può sostituire. Inoltre, siccome il lutto è metaforico e dipende da una rinuncia affidata alla sua scelta, che è sempre reversibile, il pensiero e l'umore del paziente oscillano tra il desiderio di cedere e il desiderio di astenersi;
4. *rimpianto per dimensione fusionale-eroica*: l'alto livello emozionale connesso allo stile di vita tossicomane sostiene vissuti eroici, grandiosi, pur nella tragicità, che offrono un senso di pienezza appagante, anche se fittizio. Il coinvolgimento di strutture biologiche e psicologiche profonde e arcaiche, connesse al piacere, sostiene la sensazione di vivere una esperienza totalizzante, che altera i confini e le forme delle parti di sé e degli oggetti esterni e offre una percezione esaltante di pseudounità (fusione). La rinuncia nei confronti della droga non cancella il ricordo, la memoria dell'esperienza, che subisce, nel tempo, una trasformazione che cancella gli aspetti negativi, che motivano al cambiamento, e trattiene quelli positivi, che amplificano il rischio di ricadute. La vita senza droga offre spesso panorami spenti e grigi, depressivi, nei quali non vi è traccia di grandiosità: il processo di adattamento ad una vita "normale" non procede spontaneo e lineare.
5. *discontinuità del Sé* : il soggetto si vive, in relazione al suo rapporto con le sostanze, prima della tossicodipendenza, durante la tossicodipendenza, dopo la cessazione dell'assunzione di sostanze, come "interrotto". Nella fase di separazione dalla sostanza, cerca di ricongiungersi al suo ricordo di come era

prima della tossicodipendenza, tentando di eliminare, oltre alla sostanza, anche il periodo di vita ad essa connesso come se fosse una “non vita”, un tempo “fermo” e sradicato, durante il quale non era veramente se stesso. Il tentativo di cucire il presente direttamente al prima, saltando il “mentre”, forma una piega, come quando si cuciono insieme parti lontane di un tessuto, nella storia personale nella quale rimangono nascoste, come in una tasca, parti di sé. La gestione di questa operazione di nascondimento richiede in realtà molte energie e restituisce al soggetto la sensazione di non avere la capacità di ricongiungere le diverse parti della storia personale in un *continuum* di senso. Anche quest’aspetto sostiene la particolare depressione da cessazione dell’assunzione di sostanze e alimenta il malessere che può spingere alla ricaduta, illusorio appianamento del tessuto attraverso l’eliminazione del “dopo”.

Questi aspetti individuano la psicopatologia specifica dei tossicodipendenti, che li condividono a prescindere dalla loro personalità premorbosa, dalla storia personale, dalle condizioni socioeconomicoculturali, dal patrimonio genetico, dal tipo di sostanza assunta. Ovviamente, tutti questi fattori modulano i diversi *items* nella loro espressione qualitativa e quantitativa, rendendo unica e irripetibile la persona e offrendo anche la possibilità di organizzare dei *cluster*; ad esempio, i consumatori di crack hanno alcune caratteristiche prevalenti diverse dagli alcolisti e comuni tra di loro, ma non ne inficiano il significato.

XII. *Necessità di chiarezza diagnostica*

Queste caratteristiche consentono di fare una diagnosi di patologia da dipendenza attraverso la valutazione psicopatologica anche in assenza di una assunzione in atto di sostanze e anche se non coesistono comportamenti antisociali che, in questa prospettiva, assumono il valore di fattori complicanti, che aggravano il quadro clinico, ma non lo definiscono. Gli aspetti sociologici sono spesso associati alla tossicodipendenza in modo stereotipato: comportamenti devianti e criminali, amorali, trascuratezza per la propria salute etc. hanno a volte un ruolo confondente, spingendo lo psicoterapeuta a considerare sostanzialmente diverse le problematiche del paziente benestante e colto, in cui si tende a riconoscere una psicogenesi significativa e la necessità di una psicoterapia, da quelle del paziente deprivato, per il quale si privilegiano letture socioculturali e interventi rieducativi.

Se le differenze di intervento sono certamente segno della competenza del terapeuta (e della disponibilità di servizi), non bisogna tuttavia dimenticare che il nucleo biopsicopatologico è comune e che la risposta terapeutica al problema del paziente deve certamente essere modulata in relazione alle risorse del paziente, ma è una risposta alle stesse identiche domande fondamentali. Il problema è fare un corretto inquadramento diagnostico, più che categorie sociologiche.

XIII. *Il problema della cura*

Non si vuole, in questa sede, approfondire il discorso psicoterapeutico, per il quale si rimanda ad un prossimo intervento. Tuttavia appare opportuno sottolineare che un approccio al problema quale quello sopra proposto, che è stato elaborato nella attività clinica svolta sia in ambito privato, sia in ambito pubblico in un Servizio metropolitano, riporta in primo piano l'importanza dell'approccio psicodinamico nella cura della tossicodipendenza, certo in una gestione multidisciplinare del paziente. Il rapporto psicoterapeutico può offrire, attraverso una relazione significativa, una possibilità di scambio al paziente.

Non sono le punizioni che sostengono la motivazione al cambiamento, quando *reward* e *reinforcing* sono così potenti; al massimo possono favorire il mimetismo dei comportamenti. Non è sul piano operativo che si può offrire uno stile di vita interessante: non è con una borsa lavoro da 400,00 € al mese e con lo stile di vita che tale cifra consente che si motivano persone abituate a ben altre emozioni. È sul piano del confronto sulle scelte di vita, sul senso dell'esistere che l'incontro psicoterapeutico offre al paziente (e al terapeuta) possibilità di nutrimento e di sollievo, di scambio di oggetti, di *resetting* delle strategie di gratificazione, di rifinalizzazione del progetto di vita, opportunità di riconoscere dimensioni autentiche che permettono di ridimensionare la rinuncia a un livello sostenibile e di elaborare il ricordo in qualcosa di appartenente alla propria storia passata (ovviamente, senza mai dimenticare che il percorso psicoterapeutico è parallelo a, e incide su, il processo di reversione del *brain reward system*).

XIV. *Conclusioni*

Quanto sopra vuole essere uno stimolo a riflettere sulla tossicodipendenza in modo più "penetrante", con lo scopo di riaffermare l'importanza dell'approccio olistico alla comprensione del problema e della psicoterapia psicodinamica nel trattamento di questa patologia. È un primo approccio (anche se giunge dopo anni di interrogativi) che deve essere sviluppato, ma che vuole proporre una riflessione sulla tossicodipendenza fatta non dall'esterno, con il rimando ad altro, ma da una posizione di vicinanza, che consenta il riconoscimento della "luce" che questa patologia proietta sull'esistenza umana.

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. Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma 1967.
3. ANGLÉSIO, A., FULCHERI, G., SANFILIPPO, B. (2000), Le dipendenze patologiche: la prospettiva adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 55-74.
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. BERGERET, J. (1982), *Toxicomanie et personnalité*, Presse Universitaires de France, Parigi.
6. BIGNAMINI, E., CORTESE, M., GARAU, S., SANSEBASTIANO, S. (2002), *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica*, Editeam, Bologna.
7. BIGNAMINI, E., BOMBINI, R. (2003), Considerazioni sul pensiero e sul linguaggio delle "tossicodipendenze", *Medicina delle Tossicodipendenze*, anno XI n. 38.
8. CANCRINI, L. (2003), *Schiavo delle mie brame*, Frassinelli, Milano.
9. CASTANEDA, R. (1994), Empirical Assessment of the Self-Medication Hypothesis Among Dually Diagnosed Inpatients, *Comprehensive Psychiatry*, 3: 35.
10. DREIKURS, R. (1969), *Children: The Challenge*, tr. it. *I bambini una sfida*, Ferro, Milano.
11. KERNBERG, O. (1980), *Internal World and External Reality*, tr. it. *Mondo Interno e realtà esterna*, Boringhieri, Torino 1982.
12. KHANTZIAN, E. J. (1985), The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence, *American Journal of Psychiatry*, 142.
13. KOSTEN, T. R. (1997), Substance Abuse and Schizophrenia: Editors' Introduction, *Schizophrenia Bulletin*, 23.
14. MAREMMANI, I. (1997), Comorbilità psichiatrica nella dipendenza da eroina, *Giornale Italiano di Psicopatologia*.
15. MUESER, K. T. (1998), Dual Diagnosis: a Review of Etiological Theories, *Addictive Behavior*, 3, 23.
16. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
17. ROVERA, G. G. ET ALII (1984), Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari, *Rass. Ipn. Min. Med.*, 75: 1-9.

Emanuele Bignamini
Via Filadelfia, 237/8
I-10100 Torino

Roberta Bombini
Corso Alessandro Tassoni, 66
I-10144 Torino

Arte e Cultura

“Stand by me”: il viaggio, la meta come crescita interiore dell’individuo

TITO LIVIO MASCIA

Summary – “STAND BY ME”: THE JOURNEY, THE GOAL OF THE INNER GROWTH OF THE INDIVIDUAL. This article is a reflection on the voyage into the magical world of teenagers. It describes the inner growth of individual representing the metamorphosis of the soul in the continuous development towards the future and in the constant search of one goal.

Keywords: TEENAGERS, JOURNEY, FINALISM

I. “Stand by me”: tra racconto e autobiografia

“Stand by me” è tratto dal libro di Stephen King “Stagioni diverse” composto di quattro racconti: “L’eterna primavera della speranza”, da cui è ricavato il film “Le ali della libertà”, “L’estate della corruzione”, al quale si è ispirato il film recente “L’allievo”, “L’autunno dell’innocenza”, da cui è stato prodotto il film “Stand by me”^{*}, “Una storia d’inverno”. “Stagioni diverse” rappresenta la metamorfosi dell’anima colta nelle sue diverse tappe, in un divenire verso il futuro, alla ricerca costante d’una meta.

“Stand by me”, in larga parte autobiografico, è la storia di un ragazzo povero nato in campagna che vuole diventare uno scrittore dei nostri tempi: Stephen King. Il

^{*} *Stand by me. Ricordo di un’estate*, regia di Rob Reiner, USA 1986.

fine del racconto appare come un valore aggiunto, dove il superamento della natura causale non è la pura e semplice sommatoria d'eventi.

II. *Il racconto: un percorso di crescita*

La trama del racconto descrive l'esperienza e il percorso di crescita di quattro ragazzi che, uniti da un forte spirito di solidarietà e dall'amicizia che compensa difficili situazioni familiari, sono protesi alla ricerca di un sentimento di sicurezza che le famiglie d'origine non potevano dare. Tutto inizia quando la radio locale dà la notizia che un ragazzo della stessa età dei protagonisti, un certo Ray Braun, nella vicina cittadina, uscito per raccogliere mirtilli tre giorni prima, non è ancora rientrato.

I quattro ragazzi, Gordie, Chris, Teddy, Vern, dopo aver appreso casualmente che Ray Braun era morto, decidono di cercarlo, ma quando lo trovano si rendono conto che la loro vera meta non è quella di rinvenire un corpo: la meta del protagonista Gordie è rappresentata da quel lungo e faticoso percorso che è la vita, soprattutto quando si parte da lontano, da una piccola cittadina di provincia del Maine, da una famiglia che si mostra lontana e che non è in grado di offrire quel senso di tenerezza che è stato riservato solo al fratello maggiore.

Il senso di *distanza* che pervade il racconto, nel descrivere i rapporti con i genitori, è il muro dell'incomunicabilità che si erge alto e si concretizza nell'emblematica descrizione di una cena, dove il fratello amato è quasi venerato dai genitori, attirando su di sé tutte le attenzioni: «A cena era tutto un Denny. Io dicevo "Passami il burro" e papà diceva "Denny, sei sicuro che l'esercito è proprio quello che vuoi?". Io dicevo "Passami il burro" e mamma chiedeva a Denny se voleva che gli prendesse una delle camicie Pendleton in vendita in paese e io finivo per prendermi il burro da solo. [...] Questa faccenda dell'essere ignorato non riuscii a chiarirmela bene finché non ebbi l'occasione di fare una relazione a scuola su un libro che s'intitolava "L'uomo invisibile"» (6, p. 360).

La mancanza di un vero senso di tenerezza nella famiglia non incide sul *sentimento sociale* di Gordie che anzi pare rafforzarsi e finalizzarsi verso la meta di diventare un uomo, uno scrittore all'interno del suo gruppo d'amici, vincendo quel *sentimento d'inferiorità* cagionato dal sentirsi un escluso all'interno della propria famiglia e realizzando l'aspirazione di iscriversi al liceo e poi all'università.

«Un *sentimento di inferiorità* più o meno radicato sussiste sempre alla base di ogni esperienza psichica. Di qui origina d'altra parte lo stimolo che spinge il bambino a costruirsi un fine, capace di dargli sicurezza, garanzie per l'avvenire e facoltà di scelta circa le modalità con cui realizzare il fine stesso» (2, p. 71).

III. *I luoghi e la natura come una metafora: la conquista dello spazio soggettivo*

Tutto il racconto si snoda lungo le rotaie della ferrovia che da Castle Rock porta alle vicine cittadine, i quattro ragazzi seguono le rotaie che sembrano rappresentare una traccia, una linea disegnata nella loro anima, che già li orienta verso il futuro, verso la loro meta (essere uomini). «Possiamo rappresentarci l'anima come un insieme di forze in continuo movimento, provenienti da un'unica matrice e nel contempo dirette verso un unico fine: sarebbe pertanto errato considerarla come un tutto statico» (*Ibid.* p. 37).

La città di Castle Rock che è ormai alle loro spalle allungata sulla collina, circondata dal verde di Castle View, rappresenta l'origine, il punto di partenza e anche il passato. Il presente è invece rappresentato dai luccicanti binari dritti davanti, orientati verso l'orizzonte, proiettati sul futuro. L'equazione temporale corre sul filo dei binari e coagula i tre tempi, passato, presente e futuro, un attimo fuggente, tutto teso verso il superamento di un'età che non può più tornare verso l'autunno dell'adolescenza e proietta la vita del giovane scrittore e dei suoi amici oltre tale periodo, verso la realizzazione dei suoi sogni. È la conquista di uno spazio soggettivo che non è un luogo fisico.

L'estate e il paesaggio sono visti e visitati in modo soggettivo da Gordie con i suoi occhi: «Impressioni diverse per persone diverse, dicono, ed è esatto. Così se vi dico estate, voi ricevete un insieme d'immagini private, personali, che sono completamente differenti dalle mie [...] ma per me significherà sempre correre lungo la strada. [...] La parola mi evoca l'immagine delle rotaie della ferrovia GS & WM, che corre verso un punto di fuga in lontananza, così bianche da luccicare sotto il sole e quando chiudi gli occhi le vedi ancora lì nel buio» (6, p. 393). Il modo di percepire il mondo e il carattere di Gordie sono modellati dalla soggettività e dall'unicità delle esperienze del protagonista che trovano nei binari le loro coordinate virtuali. Tracciano una linea la cui retta è volta al superamento del sentimento d'insicurezza, quasi una ricerca del protagonista adolescente finalizzata alla valorizzazione del proprio senso di personalità [1].

È come se il *Sé ideale* di Gordie chieda e riceva conferma nel racconto, dai dialoghi, dal confronto in quel procedere insieme con i suoi coetanei, ove narra delle storie da lui create e chiede il parere per collaudare le proprie capacità narrative. Dall'apprezzamento ricevuto, ricava una maggiore sicurezza e la necessaria autostima per affrontare un ruolo così impegnativo. Tanto che nell'atto di raccontare emerge il *Sé* del protagonista, quasi ad esercitare un potere sui propri ascoltatori-lettori. «E quando ebbe finito di leggere l'amico cominciò a guardarmi in uno strano modo nuovo, che mi faceva sentire molto particolare, come se si vedesse costretto a riconsiderare tutta quanta la mia personalità. Disse sei bravo» (6, p. 420).

I protagonisti raggiungono il ponte ferroviario della GS & WM che congiunge le sponde del fiume Castle River, simbolicamente è il ponte che congiunge le sponde del passato a quelle del futuro e rappresenta il passaggio dall'infanzia all'adolescenza, luogo mitologico della prova, luogo dell'iniziazione verso il mondo dei grandi e l'attraversamento di esso rappresenta il superamento delle difficoltà. Il superamento del senso d'inferiorità rappresenta la compensazione strutturale e la congiunzione tra famiglia e società e la stessa impalcatura del ponte suggerisce l'immagine di un codice, di una struttura a matrice lineare che trascrive simbolicamente il rapporto di causa ed effetto, il ripetersi periodico del movimento (un codice binario), le linee elicoidali del Dna. Non è il semplice passaggio del treno a tradurre questo causalismo in un movimento finalistico, ma le percezioni che il protagonista riceve durante il viaggio e le loro libere rielaborazioni, in un processo di crescita.

Prima di raggiungere il ponte il gruppo si muove in modo spontaneo, prima in fila indiana poi raggruppato, disegnando un modulo composto di linee diritte, spezzate e curve. «I tratti del carattere di un bambino compagno di pari passo alla direzione che egli segue nel corso del suo sviluppo, direzione che può assumere, come potremo constatare, l'aspetto di una linea retta oppure curva» (2, p. 141).

Lungo il ponte che rappresenta una prova, i ragazzi si muovono in coppia ai lati dei binari. Da un lato Gordie e Vern e dall'altro Teddy e Chris: Vern il più debole è accompagnato da Gordie, il più capace nell'affrontare le difficoltà dell'ingresso nella vita sociale: sembra pertanto che si venga a formare una coppia simbiotica, creando su quel ponte un legame, un patto nel momento della difficoltà, come l'incontro che si stabilisce fra paziente e terapeuta. Ed è proprio nel momento in cui si staglia il treno Vern incespica e si muove carponi, ed è sempre Gordie che lo aiuta e lo spinge nella scarpata quando il treno li ha ormai raggiunti. I ragazzi, che hanno difficoltà a superare gli ostacoli della vita e tendono a inciampare, presentano un'elevata sofferenza psicologica [2].

Nel procedere sui binari Gordie riflette: «Sarebbe stato più sicuro mettersi a quattro zampe e avanzare così, ma non potevo farlo, nessuno di noi poteva farlo, se mai gli spettacoli al cinema Gen ci avevano insegnato qualcosa, questo era che solo i perdenti strisciano. [...] I tipi in gamba camminano eretti» (6, p. 413).

IV. Rituale e spazio scenico

Ogni evento fondamentale della vita è come un rito di passaggio, è il corridoio magico in cui avviene il cambiamento, la metamorfosi, è camminare lungo le rotaie per andare incontro a uno della stessa età (amicizia), è come scegliere una corsia che si percorre quando ci si sposa, quella lungo la quale ti portano quando

ti seppelliscono. «Il nostro corridoio erano quei binari gemelli, e ci camminavamo in mezzo, andando avanti verso qualunque cosa potesse significare» (*Ibid*, p. 463).

Questo brano è suggestivo nel significare che in ogni età vi sono delle tappe fondamentali, ma in ogni caso è necessario darsi delle mete, un significato, negli adolescenti come negli adulti. Lo spazio scenico del racconto, i protagonisti ed il rituale si adattano al fine come in uno schema interiore fatto di tappe, di scelte, di limiti, in funzione dipendente dal fine.

V. La tensione verso l'ideale di personalità: la finalità, l'autoaffermazione

Ecco che superato il pericolo, nello sfidarlo, Gordie acquista il coraggio, quasi l'incoscienza di superare l'imbarazzo di raccontare le proprie storie prima al fratello, a pochi amici, a un gran pubblico, di conseguenza un impegno sociale. Raccontare le sue storie è come il desiderio di crescere e vincere la paura di scrivere, è come sfidare il treno che corre; da grande vuol fare lo scrittore, lo scrittore a tempo pieno.

L'orgoglio è l'altro elemento essenziale che lo distingue. La personalità del bambino permane nell'uomo, Gordie esprime il desiderio di diventare un grande scrittore; ma è la scoperta del fanciullo che nel raccontare può attirare l'attenzione che concretizza la sua finalità principale. Una linea dominante è la vanità nel ricercare il consenso e compiacersene; quel consenso negato in famiglia diventa il motivo ricorrente di uno scrittore teso al successo, un consenso sempre più ampio. L'essere primo nelle vendite, raccontare ed essere ascoltato, disegna la modalità di esprimere la propria meta che se negata trova rifugio in un silenzio protratto. L'attitudine alla valorizzazione può concretizzarsi, in conseguenza dell'aumento della tensione interna, in manifestazione del carattere di natura aggressiva, quale la vanità [2].

VI. La timidezza: l'atto di scrivere è come un fatto segreto

La timidezza è rilevata nelle difficoltà di Gordie a comunicare, già annunciata nei ricordi dell'infanzia, quando in famiglia nessuno lo ascoltava. Al protagonista sembrava di essere invisibile, in quei racconti dell'infanzia, quando emerge un sommesso diario interiore comunicato non ai familiari ma solo agli amici. La comunicazione verbale, seppure frammentaria, diviene un mezzo, un fine e un modo di sentirsi importante, di conquistare un suo spazio, di trovare una gratificazione e quando nei racconti la parola diventa scrittura, compensazione di un lungo silenzio, è la sfida che trova concretezza nella professione di scrittore di successo, è il motivo di fondo che ripete: «Se non mi ascoltano scriverò». Quanto

più sofferta e tormentata è la carenza percepita, tanto più forte è la reazione liberatoria, quando afferma che le cose più importanti sono le più difficili da dire. La *distanza* che separa l'individuo dai problemi che la vita gli pone e dal contesto sociale tende ad aumentare con la timidezza [2].

VII. *La creatività*

Voler raccontare a un largo pubblico è un atto di coraggio, una forte *volontà di potenza*, dove la *creatività* si traduce in una spinta all'autoaffermazione e si concilia con un forte *sentimento sociale* dello scrittore. «Un'analisi delle fantasie dei fanciulli consente di appurare come in esse abbia un ruolo essenziale il gioco della potenza e come vi si rispecchino sempre le finalità dell'ambizione» (2, p. 63).

Nello scrivere si riconosce tutta quanta la personalità di uno scrittore, la totalità, l'unicità; è come trascrivere in una matrice il proprio codice segreto, il proprio profilo, rispecchiare l'anima in un foglio di carta. È la parte più intima del Sé che si manifesta. È nel progettare il proprio futuro professionale, nel creare i racconti, che si delinea il fine del fanciullo scrittore in un ambito lavorativo che richiede una continua progettazione individuale [9].

VIII. *Il raggiungimento del fine placa il sentimento d'incertezza*

Durante il "viaggio" Gordie, parlando del futuro, avverte la prossima separazione, Teddy e Vern andranno alle professionali, mentre lui e Chris al *college*; simbolicamente i binari dividono a due a due i protagonisti lungo il percorso. L'incertezza emerge nel dialogo tra Gordie e Chris, dove Gordie avverte l'importanza del mondo degli adulti ed afferma: «I ragazzi perdono tutto se non c'è qualcuno che li tiene d'occhio e se i tuoi sono troppo distratti per farlo, allora dovrei farlo io» (6, p. 438). Alla fine del racconto anche le strade di Chris e Gordie si dividono, dovendo quest'ultimo frequentare il campus di Orono dell'università del Maine, è il prezzo che deve pagare alla realizzazione del suo sogno, divenire uno scrittore di successo.

Continuando nella ricerca del corpo del coetaneo, i ragazzi lasciano la traccia dei binari, per addentrarsi nel bosco, e approssimandosi la sera, stanchi del cammino, si fermano per dormire. Qui incomincia il sogno di Gordie, le cui immagini simboliche testimoniano la ricerca di un futuro più sicuro: sogna l'amico Chris che tenta di salvarsi dalle acque di un laghetto chiedendogli aiuto, lo vede immergersi e trascinato a fondo da due cadaveri gonfi Vern e Teddy, poi riemergere e tendergli la mano, ma invece di afferrarla l'amico si dirige verso un punto dove si tocca.

Il protagonista, futuro scrittore, nel sogno cerca con un movimento dal basso verso l'alto di emergere, per trovare una soluzione agli angosciosi problemi che intravede nel presente, nel disperato tentativo di superare le difficoltà della vita scolastica e di scrittore, in un movimento corale salvifico dei progetti di vita suoi e dei suoi compagni. Attraverso il sogno si manifesta l'atteggiamento verso i coetanei e i peculiari tratti del carattere [1].

Gordie come sospinto da una forza meccanica simile alla legge dei corpi immersi nei liquidi, principio d'Archimede, supera nel sogno il puro meccanicismo nella ricerca di una strada per il suo avvenire e posto davanti ad un problema vuol trovare una via d'uscita [2]. «Il sogno è “un ponte gettato verso il futuro”, mediante il quale l'individuo tenta di collaudare la sua posizione verso obiettivi attuali o ipotizzati incoraggiando o scoraggiando determinate linee finalistiche» (9, p. 41).

Il dilemma del sogno si risolve nella realtà quando l'autore sceglie di aiutare l'amico nelle difficoltà alle scuole superiori e descrive i suoi rapporti con Chris come un aggrapparsi l'uno all'altro, in acque profonde e il loro desiderio di andarsene via da Castle Rock, un fine comune che non gli permetteva di lasciar andare a fondo l'amico o nuotare da solo. «Se fosse annegato quella parte di me sarebbe annegata con lui» (6, p. 502). È solo l'apparente necessità delle scelte, dettate dall'ambizione, che possono isolare il protagonista dalla società, aumentandone la distanza.

È l'incertezza dell'addentrarsi in un mondo sconosciuto, il bosco, senza le coordinate di orientamento, che proiettano i protagonisti verso il futuro e il nuovo che orientano il sogno alla ricerca di luoghi più sicuri. È quando si riscontra l'utilità del singolo finalizzata all'utilità del gruppo che si cementa il senso di sicurezza. «Tutte le modalità e le norme della nostra vita sentono l'influenza della società e delle sue molteplici esigenze; [...] l'individuo, infatti, può accontentare i suoi impulsi vitali, sentirsi sicuro e apprezzare la vita solo in quanto comunitario, non certo nell'isolamento» (2, p. 47).

Quando Gordie ormai scrittore famoso guarda la macchina per scrivere la vede come un'eterna sfida, il timore di rimanere senza parole e argomenti; solo il racconto concluso ne placa momentaneamente l'ansia e l'insicurezza.

IX. Adolescenza e finalismo causale

Il ritrovamento del corpo del coetaneo morto da parte dei quattro ragazzi non rappresenta la fine dell'esistenza, ma il superamento della condizione adolescenziale, è la morte di una parte di noi stessi per ritrovarne una nuova, “l'individuo che cresce”, per acquisire un valore maggiore più rassicurante, la condizione di uomo.

Il corpo nel racconto appare come un involucro inerte disteso lungo la massicciata della ferrovia: averlo trovato e poterne decidere la sorte rappresenta un momento di confronto e condivisione dei vissuti relazionali del gruppo. È ciò che ci si lascia alle spalle per consentire la trasformazione psico-fisica della condizione adolescenziale.

Ed è proprio nell'atto di lasciare quel corpo morto ed inanimato del coetaneo e nell'avviarsi verso la cittadina che si percepisce il moto finale dell'adolescente che per entrare a pieno titolo nella società deve abbandonare qualcosa di sé, la propria parte morta e progettarne una più vitale ed aderente alla propria personalità in una ricerca di identità che s'intreccia in modo insolubile con la capacità di socializzare.

Il crescere è la costruzione di una nuova immagine di sé, indica un processo dinamico bio-psichico fatto da una successione di fatti talora apparentemente slegati, che si ricompongono nell'unità individuale con un procedimento di sintesi teleologica [3].

X. Il racconto: una riflessione scientifica

Il racconto mostra diversi concetti tipici del pensiero di Adler e si presta a considerazioni di carattere scientifico e filosofico, mostrando tutta la sua attualità, tanto da sembrare il pensiero scientifico adattarsi ad alcuni concetti adleriani piuttosto che il contrario. Il finalismo causale è uno di questi. La fisica classica, fino alla relatività stretta, era pervasa di causalismo e lo stesso si può affermare per le scienze naturali. La psicologia era potentemente attratta e affascinata dalla ripetitività della sperimentazione, ma il pensiero di Adler ha rotto quest'incantesimo: il causalismo da solo non può spiegare i fenomeni della psiche.

La semplice lettura di tale racconto ci conferma come un adolescente necessita di costruirsi il proprio mondo interiore in modo soggettivo e originale. Per Adler la meta finale è il principio che guida la causalità soggettiva, interna e relativa, simile al concetto di schema, in gran parte inconscia; essa presiede al principio di unità ed auto-coerenza della personalità [4]. Nel racconto la causalità interna è percepibile nel momento in cui la sequenza di eventi, le esperienze dei quattro ragazzi sono guardati e narrati da Gordie, che si muove secondo la sua personale prospettiva, prospettiva di colui che subordina tutta la vita alla meta finale.

Il pensiero scientifico moderno, per uscire dalle strettoie del casualismo rigido, si trovò a dover cogliere, nei vari campi d'indagine, una propria "causalità interna", ridefinire un proprio campo d'applicazione, un proprio codice, proprie regole. In particolare, nel campo delle scienze biologiche, non possiamo fare a meno di

porci degli interrogativi riguardo agli scopi a cui si riferiscono le regolarità osservate nella struttura, nella funzionalità e nel comportamento. Le risposte a questi interrogativi sono spesso spiegazioni teleologiche, caratterizzate dall'impiego della formula “allo scopo di” o di un suo equivalente [7].

XI. *Finalismo causale a confronto con le neuroscienze*

Molte nozioni di neuroscienza finiscono per confermare il pensiero di Adler anche in questo campo e le sue anticipazioni. Compito delle neuroscienze è di far luce sulla natura dei processi mentali che ci consentono di percepire, agire, apprendere, ricordare; processi che non si riducono a un semplice comporre e scomporre; ma tali da dare origine alla spiccata individualità che caratterizza le azioni dell'uomo. Anche i filosofi della mente Jhon Searle e Thomas Nagel, sul cui impianto teorico si basano alcuni principi neuroscientifici, sembrano far appello ad Adler quando affermano: «La coscienza è comunemente considerata come una condizione di consapevolezza; la consapevolezza è articolata in tre caratteristiche dominanti: la soggettività, l'unità e l'intenzionalità» (5, p. 329).

Tuttavia le neuroscienze non sono ancora state in grado di affrontare direttamente problemi come il senso soggettivo d'individualità, la volontà e la finalità, parametri che sono comuni a tutti noi.

XII. *Umanesimo scientifico adleriano, psiche, finalismo*

L'Universo Scientifico Adleriano è l'universo del relativo, dove l'unicità dell'esperienza non può ridursi a mere regole schematiche, per quanto possano apparire belle e soddisfacenti, né in rigide formule che si ripetono immutabili nel tempo; il modello di *Umanesimo Scientifico Adleriano* coglie tutti i molteplici aspetti della società attuale tesa alla ricerca non più di verità assolute, ma al confronto culturale ed immersa nel suo spazio naturale: il divenire storico.

L'uomo è rappresentato nell'atto di progettare, di poter prevedere come in una sequenza il ricorrere probabilistico degli eventi, di programmare il proprio futuro in senso finalistico, capace di creare e trasformare la propria realtà come nel racconto dove uno scrittore realizza il proprio progetto professionale.

La visione finalistica dell'animo racchiude, da un lato, l'insieme delle funzioni psichiche complesse in una formula originale, “il finalismo causale”, sintesi composta di elementi causali semplici e complessi e dell'elemento teleologico prospettico e multidimensionale, che trasforma i processi mentali in un moto ascendente da un livello *inferiore* a uno *superiore* [8], orientandoli tra le infinite pos-

sibilità, e, dall'altro, contiene la risposta all'eterno quesito sulla possibilità di verificare l'equazione di finalità causale. Tale risposta non può che essere l'uomo, la cui conoscenza porta verso l'unicità.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den Nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
3. ADLER, A. (1923), *Progress in Individual Psychology*, tr. it. *Fondamenti e progressi della Psicologia Individuale*, *Riv. Psicol. Indiv.*, 1995, 37: 11-24.
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. KANDEL, E. R., SCHWARTZ, J. H., JESSELL, T. M. (2000), *Principles of Neural Science, 4e* by Eric R. Kandel, James H. Schwartz, Thomas M. Jessell, tr. it. *Principi di neuroscienze*, Ambrosiana, Milano 2003.
6. KING, S. (1987), *Stand by me (The body)*, tr. it. *Stagioni diverse (Il corpo)*, Sperling & Kupfer, Milano 1989.
7. LOSEE, J. (1993), *A Historical Introduction to the Philosophy of Scienze* tr. it. *Filosofia della Scienza. Un'introduzione*, il Saggiatore, Milano 2001.
8. PARENTI, F. (1975), *Dizionario ragionato di Psicologia Individuale*, Cortina, Milano.
9. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.

Tito Livio Mascia
Via G. Espinasse, 16
I-21050 Busto Arsizio (VA)

Recensioni

VADALÀ, G. (2003), *Syzygos – Il doppio, da compagno divino a immagine del Sé*, Moretti & Vitali Editori, Bergamo, pp. 440

Il libro, pur nella selezione operata attraverso le scelte dell'autore che ha cercato di circoscrivere gli argomenti da trattare, si presenta come un volume poderoso e impegnativo per il lettore. La ricerca e la ricostruzione storica di alcuni periodi particolarmente significativi rispetto alle tesi sostenute è una ricerca di assoluto valore, approfondita, esaustiva, riccamente documentata.

Se però dovessimo individuare il merito più grande di questo sforzo euristico e culturale, questo merito va rintracciato nell'originalità della proposta ermeneutica che suggerisce di intendere e comprendere la figura del Doppio, compagno divino dell'uomo, esaminata nelle pagine del testo quale espressione dell'archetipo del *Sè*, così come viene concepito dalla psicologia

jungghiana. Interpretazione che vuole sottrarre i concetti riferibili alla figura del Doppio dall'ambito della psicopatologia, ambito nel quale, perlopiù, sono stati relegati dalla cultura psicoanalitica, seppure nelle differenti accezioni adottate dalle varie scuole e dottrine psicologiche del secolo scorso. Un atteggiamento diffuso e prevalente rispetto all'originale interpretazione di Vadalà che restituisce all'immagine simbolica protagonista di questo lavoro una connotazione "positiva", spontanea, naturale che poco ha a che fare con la riduzione del suo significato a sinonimo di conflitto e dissociazione psicotica della personalità.

La prima parte del libro è dedicata all'analisi della dottrina manichea vista quale particolare versione del più generale insieme di movimenti che fanno capo allo gnosticismo; il manicheismo dunque rivisitato secondo il suo reale significato storico che non coincide con quello attribuitogli dal senso comune che lo identifica come una

dottrina rigida e semplificante tendente alla divisione radicale delle cose in bene e male, bianco e nero.

Viceversa l'*excursus* storico e filologico dell'autore ci consegna una versione del manicheismo più fedele alla sua realtà storica di mito cosmogonico e antropologico nel quale bene e male, seppure concettualmente nettamente distinti, convivono l'uno accanto all'altro, compresenti in tutte le cose mondane, compresi gli individui, ogni individuo.

La realtà indipendente e sostanziale del male concepita dal manicheismo (concezione in sintonia con la teoresi junghiana in opposizione alla dottrina della *privatio boni* sostenuta dalla Chiesa Cattolica) ha provocato una reazione nel Cristianesimo dell'epoca che ha operato nei confronti del manicheismo una falsificazione storica generando successive incomprensioni profonde a causa del fatto che la visione immaginifica del profeta Mani poneva dei problemi di natura psicologica difficili da affrontare e risolvere. A conferma di questa situazione sta il fatto che nonostante l'opposizione radicale del vincente Cristianesimo su tutte le dottrine gnostiche, ancora oggi il contributo delle visioni manichee si rivela prezioso e curiosamente vicino alle tematiche psicologiche che la nostra epoca ci costringe ad affrontare.

Vediamo ora più dappresso cosa indica esattamente il termine *Syzygos*, parola greca che significa letteralmente accoppiato, coniugale e si riferisce nei molti esempi presenti in numerose tradizioni linguistiche e culturali

ad una figura di compagno che viene in aiuto ed in soccorso del soggetto a cui appare, oppure anche ad un avversario della persona che sperimenta la visione, in ogni caso un'immagine indissolubilmente legata ad un'anima di cui rappresenta un specie di *alter ego*.

Il *Syzygos* di Mani, così come ci viene tramandato dal codice manicheo di Colonia (tradotto personalmente dall'autore e riportato in appendice al volume) appare al profeta sotto forma di guida spirituale e lo spinge, accompagnandolo, ad intraprendere un percorso inedito, personale, coraggioso, possibile solo nella misura in cui si decide di staccarsi dalle consolidate abitudini religiose, familiari, culturali ereditate dalle generazioni precedenti.

L'apparizione del suo doppio sconvolge Mani, lo illumina, lo spaventa, lo sfida e, per usare le parole di un profeta a noi più familiare, Cristo, appare e "viene con la spada non per unire ma per dividere i padri e le madri dai figli".

Un'apparizione quindi che si caratterizza come funzionale alla crescita psicologica di Mani che da una parte è protetto e difeso dal suo doppio e dall'altra gli viene fornito l'insegnamento di un maestro in grado di disvelare gradualmente al fanciullo la sua verità, la sua vocazione. È facile leggere tra le righe la valenza pedagogica, così moderna ed attuale, insita in questo rapporto e dialogo interiore/esteriore.

Il Doppio di Mani così separa il profeta dal suo ambiente familiare,

aprendogli davanti una strada diversa da tutte quelle preordinate da altre volontà.

Per capire esattamente cosa Vadalà intenda per compagno divino e come lavori psicologicamente questa immagine simbolica è interessante sottolineare il confronto con le immagini del doppio prodotte dalla letteratura analitica nelle sue varie sfaccettature, in particolar modo contrapponendo le concezioni psicopatologiche della manifestazione del doppio con la concezione esistenziale e positiva del simbolo, estranea quindi alla dimensione patologica e conseguentemente terapeutica (di nuovo la valenza pedagogica aperta, non normativa, e la declinazione di un approccio psicologico non riduttivo ma simbolico). Effettivamente i padri fondatori delle psicologie del profondo hanno analizzato solo l'aspetto negativo delle manifestazioni del *Syzygos*, considerando un aspetto psichico distruttivo e disgregante della personalità, un aspetto tendente alla dissoluzione dell'io e della coscienza; la tesi di Vadalà è invece quella per cui viene attribuita a questo particolare contenuto psichico una spinta "individuativa", una manifestazione quindi dell'archetipo del *Sè* che raccoglie in sé stesso tutti gli elementi della psiche, compresi i contenuti inconsci di cui l'io non è ancora venuto in contatto e che rappresenteranno, forse, futuri cambiamenti e trasformazioni della personalità individuale.

Nell'ultima parte del libro sono analizzati e sintetizzati le accezioni del doppio assunte da molti autori quali

Rank, Freud, Jung, Funari, Ferenczi, Von Franz, Neumann, Schwartz-Salant, Di Lorenzo; le interpretazioni divergono sostanzialmente da quella dell'autore di questo lavoro proprio per i motivi appena accennati. Con qualche eccezione come per esempio nel caso della psicologa milanese Silvia di Lorenzo con la quale l'autore condivide l'interpretazione del Doppio come funzione di mediazione dell'invisibile, un mediatore tra due mondi, una rappresentazione della parte attiva dell'inconscio in quel determinato momento, immagine che si oppone per definizione alla coscienza e che acquista tanta più forza ed energia quanto più l'io si oppone e resiste a quei contenuti, secondo una dinamica psichica interna ben nota per la quale una forte negazione, rimozione e mistificazione di contenuti psichici vitali e autentici provoca un'altrettanto potente attivazione dell'inconscio con modalità anche distruttive tese alla dissociazione. Ma è proprio il carattere di opposizione della coscienza all'inconscio che determina la connotazione negativa delle forze inconscie che si mostrano quindi minacciose nei confronti dell'io, piuttosto che, come nel caso del doppio, la sola immagine simbolica, espressione della personalità "totale", che esprime contenuti non esprimibili in altro modo poiché sconosciuti alla coscienza, contenuti non classificabili né in modo positivo né in modo negativo.

Massima considerazione quindi è data alla relazione tra coscienza e inconscio, dialogo nel quale si giocano le possibilità o gli scacchi a cui pos-

sono andare incontro gli individui nel difficile lavoro di conoscenza e consapevolezza del proprio essere nel mondo; una considerazione e attenzione per ciò che accomuna tutti gli psicologi che lavorano su questa relazione interiore indipendentemente

dalla scuola psicologica a cui appartengono, privilegiando la concretezza delle immagini e l'incertezza aperta del caso singolo, rispetto alla sicurezza degli impianti teorici di riferimento.

(Fabio Volpe)

Novità Editoriali

AIRENTI, G. (2003), *Intersoggettività e teoria della mente. Le origini cognitive della comunicazione*, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 203

Il cinese e il tedesco sono due lingue molto diverse, ma i parlanti di queste due lingue hanno in comune il processo mentale che permette di costruire le frasi di qualunque linguaggio. Un dialogo fra un avvocato e il suo cliente ha poco in comune con le parole che si scambiano due innamorati, ma si tratta sempre di due espressioni della capacità comunicativa. Fare proprio il punto di vista cognitivo significa esplorare i processi all'origine delle svariate forme che ogni capacità può assumere. Per quanto riguarda la comunicazione, ne consegue che non si possono studiare separatamente la comunicazione e le vicende del suo sviluppo. Inoltre, è sbagliato vedere la comunicazione esclusivamente come uso del linguaggio, e il suo studio come un aspetto dello studio del linguaggio. In altri termini, un bambino prende parte a interazioni comunicative anche se è ancora incapace di parlare: la capacità comunicativa non dipende dalla capacità linguistica. Le teorie della comunicazione abitualmente utilizzate non considerano comunicative le interazioni dei bambini più piccoli, e in generale non servono per studiare la comunicazione infantile. L'autrice si propone di costruire un quadro teorico all'interno del quale spiegare i processi di sviluppo della capacità comunicativa, a partire dalle prime interazioni non verbali del bambino fino alle interazioni verbali e non verbali tra adulti.

CURCI, P., GALEAZZI, G. M., SECCHI, C. (2003), *La sindrome delle molestie assillanti (Stalking)*, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 197

Il tema delle continue molestie dirette a un soggetto che, turbato e impotente, le subisce sembra allargarsi sempre di più ad aree della vita sociale non direttamente di competenza psichiatrica: il partner rifiutato che non accetta la separazione; l'individuo isolato e sprovveduto che aspira ostinatamente a un legame d'intimità; il soggetto che «si dedica» a qualcuno da cui ritiene di aver ricevuto

un torto. Negli ultimi anni i media e la letteratura scientifica hanno proposto una rilettura di queste differenti costellazioni comportamentali mettendo in primo piano una sorta di denominatore comune, costituito dalla presenza, nelle «molestie assillanti» (o comportamenti di stalking), di intrusività, varietà e continuità. Il concetto riunifica in un'unica categoria gruppi di azioni note e già descritte come parti di condotte devianti più complesse (vedi l'erotomania o le molestie sessuali), ma anche atteggiamenti e gesti in passato tollerati o solo lievemente sanzionati, il cui significativo incremento di frequenza pare connesso anche a particolari cambiamenti della società contemporanea: la crisi dell'indissolubilità del matrimonio; le modificazioni dei rituali di corteggiamento; il fenomeno del divismo; gli sviluppi della tecnologia della comunicazione; l'ambiguo e paradossale concetto di *privacy*. Se si tiene conto della coppia molestatore-vittima, le molestie assillanti si configurano come una vera e propria patologia della comunicazione e della relazione. Come risulta dall'Indice, il libro presenta l'argomento in maniera esaustiva avvalendosi di contributi internazionali e multidisciplinari.

DI GREGORIO, L. (2003), *Psicopatologia del cellulare*, Angeli, Milano, pp. 173

La società attuale è dominata dal continuo bisogno di essere in comunicazione con gli altri. Ovunque ci si trovi c'è sempre un telefonino che suona e qualcuno che risponde. Da dove nasce la necessità di essere sempre in contatto con l'altro? Che funzione svolge il telefonino nell'offrire a tutti una continua reperibilità? Cosa lo rende uno strumento così indispensabile? Quali effetti può avere sulla nostra creatività e su quella di bambini e ragazzi? Si può parlare di una psicopatologia "da cellulare" o "del "cellulare"? Per dare risposta a queste domande, è necessario analizzare le diverse funzioni psicologiche che intervengono nella comunicazione e nell'interazione a distanza e come esse si modificano in base alle funzionalità tecniche e multimediali dei moderni telefonini. Dalla difficoltà di relazione con il mondo e dall'incertezza dell'incontro affettivo con l'altro scaturisce la paura di non ricevere risposta alla nostra domanda d'amore o di interesse. Per questo ricorriamo immediatamente al cellulare. Il cellulare viene investito di significati affettivi che lo rendono un oggetto-feticcio e in breve ci si ritrova ad essere posseduti dal proprio possesso tecnico. Queste sono solo alcune delle riflessioni da cui prende spunto l'autore e già da esse emerge quanto, oggi, sia fondamentale mettere in luce le valenze e le implicazioni psicologiche legate all'uso della telefonia mobile, così prepotentemente entrata nella nostra quotidianità.

FERRANDES, G., LONGO, E., TEMPIA VALENTA, P. (2003), *Le emozioni dei Malati e dei Curanti*, Centro Scientifico Editore, Torino, pp. 108

Il fenomeno della malattia cronica è diventato un problema ricorrente in medicina e nella società, a causa dell'aumento dell'aspettativa di vita e del miglioramento delle tecniche di cura. La cronicità della malattia esercita infatti ripercussioni sul contesto familiare e sociale del paziente che spesso ricadono, con effetti destabilizzanti, sul paziente stesso. Questo testo vuole quindi porsi come un "ponte" che avvicina tutti coloro che, da posizioni diverse, affrontano i molteplici aspetti della cronicità, in particolare delle malattie tumorali e dell'insufficienza renale cronica. Sin dalle prime pagine emerge con forza, attraverso le storie che accompagnano ogni capitolo del libro, l'intensa esperienza dei malati, dei loro familiari e dei curanti. Accanto all'attenzione verso i vissuti emotivi, le Autrici danno ampio spazio a informazioni e a suggerimenti molto concreti che permettono al paziente e a chi lo accompagna di disporre di nuovi strumenti conoscitivi per potenziare la propria capacità decisionale. Nonostante i temi difficili e impegnativi, le Autrici riescono, in questo libro, a trasmettere un senso di leggerezza e di serenità che è frutto di una sensibilità e una conoscenza dei vissuti, delle aspettative e delle speranze delle persone che si trovano a convivere con la malattia cronica.

FERRO, A., BASILE, R., BOLOGNINI, S., BONAMINIO, V., FERRUTA, A., NORSA, D. (a cura di, 2004), *Psicoanalisi e pluralismo delle lingue. Selezione dallo «International Journal of Psycho-Analysis» (2002)*, Bollati Boringhieri, Torino

Il volume presenta la scelta operata da un gruppo di psicoanalisti italiani fra gli articoli pubblicati nel 2002 dallo «International Journal of Psycho-Analysis», la rivista fondata nel 1920 da Ernest Jones. Ci si rivolge a un pubblico di lettori clinici e non, nell'intento di documentare in presa diretta, valorizzare e incrementare il confronto delle idee in un momento estremamente interessante del dibattito psicoanalitico internazionale, dibattito a cui partecipa a pieno titolo questa generazione di analisti italiani. Viene così a delinearsi un panorama per molti versi sorprendente della psicoanalisi contemporanea, sotto il segno di una duplice apertura, dove le specificità nazionali e culturali (il «pluralismo delle lingue») sono assunte come elementi non di divisione ma di arricchimento complessivo, e dove il dialogo con le altre discipline inserisce la psicoanalisi nel contesto della ricerca scientifica, e la riflessione sulla psicoanalisi viene a far parte di un più ampio discorso di storia della scienza.

GREEN A. (2002), *Courants de la psychanalyse contemporaine*, tr. it. *Idee per una psicoanalisi contemporanea*, Cortina, Milano 2004, pp. 234

Dopo la morte di Freud, la psicoanalisi si è frammentata e dispersa. Andrée Green riprende i dati fondamentali relativi all'interpretazione attuale della pratica e della teoria, presentando i principali concetti che attraversano l'opera di Freud e che sono stati messi in luce sotto l'influenza congiunta di Winnicott, Bion e Lacan. L'obiettivo è offrire al lettore un nuovo "compendio" della psicoanalisi contemporanea, consentendo di individuare le idee direttrici che caratterizzano il sapere psicoanalitico del nostro tempo.

LADOUCEUR, R., SYLVAIN, C., BOUTIN, C., DOUCET, C. (2003), *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*, Centro Scientifico Editore, Torino, pp. XII+212

I giochi d'azzardo esistono da sempre, ma mai come oggi hanno assunto tanta popolarità. Chi, diciamolo, non ha mai puntato del denaro sperando di guadagnarci qualcosa, o addirittura di vincere la somma in grado di cambiargli la vita? Per la maggioranza delle persone, giocare d'azzardo è un divertimento privo di conseguenze. Alcuni individui sviluppano invece un vero e proprio comportamento patologico: giocare diviene allora una malattia o una dipendenza che si manifesta attraverso l'impulso irrefrenabile a puntare denaro. Questo libro descrive e spiega nei particolari, secondo le scoperte più recenti, la psicologia del gioco d'azzardo (*gambling*). Dimostra chiaramente che la trappola principale di questi giochi consiste nell'ignorare che il "caso" ne è il solo e unico fattore determinante. Indica quali siano le abitudini di gioco più diffuse, e propone strumenti terapeutici efficaci per venire in aiuto al giocatore eccessivo.

MANCIA, M. (2004), *Sentire le parole*, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 214

In questa raccolta di scritti – che nel loro insieme compongono un saggio di grande compiutezza e organicità – Mauro Mancia ci offre le sue riflessioni su alcuni aspetti della psicoanalisi di oggi e degli anni recenti, ma anche sulle vicende storiche di questa disciplina. Il suo discorso esprime l'ottica che gli è peculiare e che gli deriva dalla sua formazione e dalla sua attività di ricerca nel campo della neurofisiologia, rendendolo una figura inconfondibile tra gli analisti italiani. Di qui una particolare attenzione al fenomeno oggi estremamente significativo del dialogo tra psicoanalisi e neuroscienze; i capitoli sulla memoria; l'originale trattazione del fenomeno onirico. Ma anche i raffinati scorci clinici, le considerazioni sull'amore di transfert, le incursioni nell'arte e nella letteratura.

MARCHETTI, A., LIVERTA SEMPIO, O. (a cura di, 2004), *Uno con molti. Cultura e costruzione dell'individualità*, Utet, Torino, pp. 271

Il rapporto tra il sé e l'altro, la personalità, le risorse del soggetto, la conversazione, la comunicazione e la narrazione: questi e molti altri temi formano la relazione tra la cultura e l'individuo, una relazione sempre sfidata dall'anomia e dal nichilismo che, figli del secolo appena concluso, proiettano la propria ombra su quello appena iniziato. Qual è il posto dell'individuo? Non quello di «uno e molti», attore che non dispone di opzioni interpretative del proprio copione, scritto e diretto fuori di lui, né quello di «uno tra molti», mosso da istanze universaliste e astoriche, ma quello di «uno con molti», che sviluppa la propria cultura a partire dai primi passi e per l'intero ciclo di vita. Le curatrici del volume, Antonella Marchetti e Olga Liverta Sempio, conducono, con gli autori presenti nel saggio, un viaggio che si snoda attraverso le tappe fondamentali della costruzione dell'identità. Il punto di vista teorico e metodologico fondante è affiancato dall'analisi del rapporto individuo-cultura all'interno dei contesti evolutivi fondamentali, la scuola e la famiglia, e del setting terapeutico. Trasversale è lo studio dell'espressività interpersonale dell'individuo: dalla conversazione osservabile entro specifici microcosmi socio-istituzionali (per esempio la scuola), alla comunicazione nel suo sviluppo tipico e atipico, all'ironia come modo di scambiare significati, ai comportamenti artistici e creativi dell'individuo. Il soggetto, il sé, diviene e si trasforma nella società interagendo con ambienti, stimoli e relazioni: *Uno con molti* ci aiuta a capirne il percorso.

MARINELLI, S. (2004), *Il gruppo e l'anoressia*, Cortina, Milano, pp. 142

Il testo considera le teorie psicoanalitiche che più si sono occupate degli aspetti sociali e primitivi della mente, adatte ad ampliare nel gruppo l'ascolto e l'elaborazione e a dotare di senso le esperienze anche drammatiche che comportano le patologie cosiddette "alimentari". Sottolineando la necessità per l'analista di adattare il modello di cui dispone ai bisogni specifici della "posizione" anoressica, l'autrice presenta il gruppo come sistema capace di accogliere e dotare di coesione i pazienti affetti dalle moderne patologie legate alla fragilità psicosomatica e dell'identità.

MOLINARI, E., RIVA, G. (2004), *Psicologia clinica dell'obesità. Ricerche e interventi*, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 338

La cura dell'obesità richiede percorsi diagnostici e terapeutici che tengano conto della complessità delle cause di questa patologia, delle numerose complicanze asso-

ciate e della sua rilevanza psicosociale. Lo studio e la cura dell'obesità sono dunque il luogo privilegiato dell'integrazione tra competenze mediche e psicologiche. Dopo aver passato in rassegna gli studi sulle rappresentazioni corporee, sulla qualità della vita e sugli atteggiamenti nei confronti dell'alimentazione, gli autori presentano alcuni strumenti psicometrici per la valutazione psicopatologica dell'obesità e alcune prospettive di intervento che comportano l'impiego di nuove tecnologie, e in particolare della realtà virtuale. Il volume è completato da un Cd-Rom che contiene tavole, questionari e altri strumenti di valutazione e autovalutazione

PALACIO ESPASA F. (2003), *Dépression de vie, dépression de mort*, tr. it. *Depressione di vita, depressione di morte*, Cortina, Milano 2004, pp. 234

Nella sua pratica terapeutica con i bambini e i genitori, Francisco Palacio Espasa è stato colpito dall'importanza dei lutti non risolti nella vita psichica. In ogni soggetto coesistono differenti fantasmi di perdita: distruzione catastrofica degli oggetti, morte degli oggetti, perdita del loro amore. È la predominanza dell'una o dell'altra forma di tali fantasmi a determinare la severità della conflittualità depressiva. Le proposte teoriche e cliniche dell'autore contribuiscono a rinnovare le strategie terapeutiche e a fare in modo che, accanto alla tristezza e al dolore divenuti consci, emerga il temuto affetto della colpa.

PIERI, P. F. (2004), *Dizionario junghiano*, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 540

Il "Dizionario junghiano" viene incontro alle esigenze dei lettori e studiosi di Jung, proponendosi altresì come un agile strumento di consultazione e di studio per quanti vi si accostassero per la prima volta. Le centinaia di voci secondo le quali la trattazione si articola prendono in esame altrettanti termini e concetti della psicologia analitica, dei quali viene fornita una sintetica definizione e viene seguita la storia attraverso i decenni di elaborazione delle dottrine junghiane e le successive revisioni a cui lo stesso Jung sottopose i propri scritti. Ne risulta un'originale lettura trasversale di teorie e concetti, e inoltre una puntuale mappatura delle relazioni via via intercorse tra la psicologia analitica e la psicoanalisi di Freud e dei suoi seguaci, la psichiatria, la psicopatologia. Vengono messi in luce gli scambi e il dialogo mai interrotto con altre discipline quali l'antropologia, la linguistica, la storia delle religioni, le scienze naturali, e soprattutto la filosofia. Le numerose citazioni junghiane sono tratte dall'edizione Boringhieri delle «Opere», in 19 volumi.

PONZIANI, U. (2004), *Psicologia e dimensione spirituale*, Il Mulino, Bologna, pp. 344

L'intensa ripresa della religiosità nella cultura occidentale, fenomeni come la globalizzazione e l'incontro, a volte drammatico, con altre risposte spirituali, le derive fondamentaliste sottopongono incessantemente al nostro tempo l'esigenza di comprendere a fondo le dinamiche psicologiche implicate. In questo momento storico appare quindi necessario e possibile allargare i confini della ricerca psicologica anche ai vissuti spirituali che, sottovalutati o considerati fuorvianti dal punto di vista dell'oggettività scientifica, si fanno incessantemente presenti e ineludibili nelle persone. Questo volume affronta il tema della dimensione spirituale nella costruzione della personalità mettendo al centro della riflessione proprio il bisogno, tutto umano, di allargare i confini della propria conoscenza. Cosa accade nell'evoluzione delle persone che cercano risposte al senso della propria vita in termini spirituali? Al contrario, quali limitazioni per una vita che non accetta la sfida della complessità esistenziale non inserendo dimensioni totalmente altre da sé? Il volume nella sua articolazione fornisce una prima risposta a questi interrogativi, valutando le ricadute del tendere alla dimensione spirituale sulla strutturazione dello stile di vita personale.

REZZONICO, G., LICCIONE, D. (a cura di, 2004), *Sogni e psicoterapia. L'uso del materiale onirico in psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino

Tradizionalmente gli psicologi cognitivi non si occupavano di sogni (appannaggio di altri orientamenti psicoterapeutici, primo fra tutti quello psicoanalitico), soprattutto per le difficoltà di un'indagine rigorosamente empirica in merito. Sulla base degli attuali sviluppi della ricerca sperimentale e con l'emergere delle teorie costruttiviste e l'interesse per lo studio scientifico delle emozioni, si percepisce anche in ambito cognitivista l'importanza dell'attività onirica, in particolare nella clinica. Per i cognitivisti il sogno è un processo mentale irrazionale che va studiato nella sua funzione evolucionistica, nelle indicazioni psicologicamente significative che può fornire, nella sua semantica e nella sua sintassi, e anche dal punto di vista della sua utilità terapeutica, cioè dei cambiamenti che l'analisi del sogno può produrre nel paziente.

RIGLIANO, P. (2004), *Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*, Cortina, Milano, pp. 296

Si tende sempre più a vedere ogni tossicomane come un soggetto portatore al tempo stesso di un disturbo di rilevanza psichiatrica. In undici capitoli che affrontano le differenti forme di tossicodipendenza, l'autore prende in esame la definizione e il trattamento delle condizioni di "doppia diagnosi" e fornisce un'analisi dettagliata del rapporto tra i singoli disturbi psichiatrici e tutte le sostanze più pericolose, dall'alcol alle anfetamine, dalla cocaina all'eroina. Sviluppando una critica della visione corrente, il volume si rivolge a psicologi e psichiatri, che sempre più spesso affrontano pazienti con forme di dipendenza, agli operatori delle comunità terapeutiche, agli operatori sociali impegnati nel supporto ai giovani.

ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (2004), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, Centro Scientifico Editore, Torino, pp. XIII + 263

La ricerca è considerata uno degli argomenti più importanti dell'attuale panorama scientifico internazionale. In questa direzione è situabile la serie di contributi che riguardano l'area della Psicologia Individuale Comparata. Vengono tratteggiati taluni aspetti teorici e pratici della ricerca che sottolineano come la crisi di un'epistemologia fondante porti ad uno studio sulla complessità della ricerca. Sicché si tende da un lato alla riaffermazione dell'unità metodologica e dall'altro lato all'approccio pragmatico a rete interattiva rispetto alla molteplicità disciplinare. Nella cornice di un paradigma scientifico bio-psico-sociale, le indagini adleriane si ramificano in vari filoni, trattando temi di carattere teorico generale, di ricerca applicata, di psico-biologia, di psicopatologia dinamica (riprendendo ad esempio la finzione edipica), di psicoterapia, di *counseling*, di psicopedagogia e di psicosociologia. Vengono tratteggiate altresì le dimensioni della creatività artistica, dell'etica, del transculturalismo, della psicofisiologia del sogno, del placebo, della psicoterapia in internet e della *psychotherapy-cult*. Il futuro delle ricerche in Psicologia Individuale Comparata si pone criticamente in un rapporto di compatibilità e di dialogo con altri modelli scientifici, che attengono alle nuove frontiere, quali ad esempio quelle della mente relazionale, delle concezioni evoluzioniste, della clinica basata sull'evidenza. Tutto ciò recuperando appieno il senso profondo dei vissuti individuali, dell'unità della persona e della sua umana "presenza al mondo".

SENATORE, I. (2004), *Il cineforum del dottor Freud*, Centro Scientifico Editore, Torino, pp. 240

Cento “piccoli” film, seppelliti dalla polvere e caduti troppo precocemente nell’oblio. Pellicole che ti entrano dritto nel cuore e che ti lasciano senza respiro. Registi “minori”, non considerati nelle retrospettive, ma che hanno fatto grande la Storia del Cinema. Cineasti ribelli, irregolari, clandestini che sapevano e sanno muovere la macchina da presa con tocco sapiente, ruvido ed essenziale. Film dello star-system hollywoodiano riproposti per “decongestionare” lo sguardo dello spettatore. Maestri del cinema che ci regalano alcune riflessioni e frasi *cult* da rimandare a memoria nella nostra mente. Infine, interviste a registi e personaggi del cinema: Agosti, Battiato, Brass, Faenza, Fox, Mezzogiorno, Orlando, Ozpetek, un viaggio nel mondo del cinema, appassionante ed appassionato. Un volume che non sarebbe dispiaciuto al dottor Freud, non a caso la scelta del titolo e la copertina che riprende la locandina del film *Prendimi l’anima* con la foto del Dr. Jung.

STARACE, G. (2004), *Il racconto della vita. Psicoanalisi e autobiografia*, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 207

Raccontare la propria vita significa esplorare, recuperare e dare senso a una materia debole fatta di cose incerte, caduche, enigmatiche, di oggetti materiali, di persistenze e cambiamenti; vuol dire entrare in quell’ambiguità fondamentale che è l’esistenza di tutti. L’intento del libro è quello di mettere in luce i meccanismi psicologici che contribuiscono alla formazione del «pensiero autobiografico». Partendo dalle narrazioni cliniche, e quindi dalla stanza dell’analisi, si realizza un continuo andirivieni tra le comunicazioni in seduta e i lavori autobiografici veri e propri, tra i contenuti delle ricostruzioni della storia personale e gli stili narrativi adoperati. Ciò che appartiene alla mente si esprime in ogni manifestazione del soggetto, da quella più immateriale a quella più concreta, dal corpo agli abiti che lo rivestono, dagli eventi che attraversano la vita alla memoria e agli scritti che la condensano. Questa prospettiva imprime all’indagine un orientamento che si può definire di antropologia psicoanalitica tale da interessare storici e sociologi, antropologi e pedagogisti, insomma tutti gli interpreti attenti e appassionati delle storie di vita.

VALLEUR, M., MATYSIAK, J. C. (2003), *Sexe, passion et jeux vidéo*, tr. it *Sesso, passione e videogiochi. Le nuove forme di dipendenza*, Bollati Boringhieri, Torino 2004, pp. 207

«Dipendenza» suggerisce piacere, ma anche attrazione fatale e pericolo. C'è chi si stordisce con la passione, costretto a passare da un colpo di fulmine all'altro. C'è chi, dopo una giornata senza sesso, è in crisi di astinenza, come un drogato che non ha avuto la sua dose. Ma, cosa ancora più sorprendente, c'è chi non può fare a meno del coniuge, al punto da non riuscire a separarsi da colui o da colei che lo maltratta. Oggi la sofferenza dei tossicomani e degli alcolisti è almeno riconosciuta. Ma che ne è di coloro che possono essere definiti «tossicomani senza droga»? La passione, il sesso e il gioco, naturalmente, nelle sue nuove varianti: il videogioco e Internet. Negli Stati Uniti esistono decine di gruppi terapeutici che operano sul modello degli Alcolisti Anonimi, e anche in Europa ci si comincia a occupare di questi casi. Il libro ci invita a riflettere sui meccanismi profondi di questi tipi di dipendenza, ponendo il problema se li si debba considerare e trattare come una malattia.

Notiziario

“POTERE E DIMENSIONE CULTURALE” “POWER AND CULTURAL LIVING”

23° CONGRESSO DELL’“INTERNATIONAL ASSOCIATION OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY”

www.iaipwebsite.org

Torino, Italia
26-29 maggio 2005

Segreteria Organizzativa

PLANET s.r.l.

Società del Gruppo Centro Scientifico

P.zza Statuto, 10 – 10122 Torino, Italia

Tel. +39.011.5214008 - fax +39.011.4362949- info@planetcongressi.it

S.I.P.I. - Società Italiana di Psicologia Individuale

C. Berselli

Tel. +39.02.4524963 - chiarabers@libero.it

Istituto di Psicologia Individuale A. Adler Torino

M. Dolcimascolo

Tel. + 39.011.6690464 - istituto.adler@tiscalinet.it - www.istitutoadler.it

S.A.I.G.A. - Società Adleriana Italiana Gruppi e Analisi

S. Fassina

Tel. +39.011.8129274 - info@saiga.it - www.saiga.it

**XXIII CONGRESSO INTERNAZIONALE DELLA I.A.I.P.
“POTERE E DIMENSIONE CULTURALE”
TORINO, 26 - 29 MAGGIO 2005**

L'argomento del XXIII Congresso Internazionale della I.A.I.P. affonda le sue radici nella tradizione adleriana e nel contempo, dal suo tronco, si ramificano tematiche di piena attualità.

La Psicologia Individuale Comparata, in un'accezione biopsicosociale, deve confrontarsi oggi con l'evoluzione complessiva delle scienze che vanno dagli aspetti geneticobiologici dell'emergentismo ai moduli di legame affettivi primari; dalle connessioni sociali alle decodificazioni nelle varie culture; dalle confrontazioni razziali, etniche, linguistiche, economiche, religiose al “senso comune” sotteso dal “sentimento sociale”.

L'analisi delle disuguaglianze, inoltre, porta direttamente ad un'analisi del potere in una reciprocità densa di significati teorici e pratici. L'impatto della globalizzazione delle nuove tecnologie conduce altresì a realizzare prospettive socio-culturali e di conseguenza originali stili di vita.

Da ciò la P.I.C. può effettuare ricerche e metodologie nell'area delle sue molteplici articolazioni teoriche e pratiche lungo i filoni indicati dalle varie sessioni e tavole rotonde. Esemplificativamente sono trattati: il potere e le scienze biologiche, psicologiche e sociali; i significati del potere nelle diverse culture; gli interventi multidisciplinari e pluriprofessionali tra culture e poteri; il potere e la comunicazione multimediale, eccetera.

L'augurio è che tutti gli Adleriani si impegnino di persona per giungere ad una reale cooperazione. Per facilitare la partecipazione attiva, il termine per la presentazione degli abstract, in italiano od in inglese, è stato procrastinato al 20 Gennaio 2005.

Molti cordiali saluti e un arrivederci a presto

Gian Giacomo Rovera